

MANUAL DE NORMAS E CONDUTAS

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA



ESTADO DE ALAGOAS

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS

GOVERNADOR JENHA FILHO



ESTADO DE ALAGOAS

**FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
GOVERNADOR LAMENHA FILHO
(UNCISAL)**

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA

MANUAL DE NORMAS E CONDUTAS

RONALDO AUGUSTO LESSA SANTOS
Governador do Estado de Alagoas

ÁLVARO ANTÔNIO MELO MACHADO
Secretário Estadual de Saúde

TELMO HENRIQUE BARBOSA DE LIMA
Presidente da UNCISAL

MARIA LAURA DANTAS BRANDÃO SANTIAGO
Diretora Geral da Maternidade Escola Santa Mônica

JOSÉ CARLOS SILVER
Diretor Clínico da Maternidade Escola Santa Mônica

ANDRÉ FALCÃO PEDROSA
Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da UNCISAL

1ª edição - 2004



ESTADO DE ALAGOAS

**FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
GOVERNADOR LAMENHA FILHO
(UNCISAL)**

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA

MANUAL DE NORMAS E CONDUTAS

EDITORES ADJUNTOS

JOSÉ ANTÔNIO MORAIS MARTINS
Coordenador da COREME da UNCISAL

ELIANE DE ALBUQUERQUE MOURA
Professora de Obstetrícia da UNCISAL

ALESSANDRA PLÁCIDO LIMA LEITE
Professora de Ginecologia da UNCISAL

1ª edição - 2004



ESTADO DE ALAGOAS

**FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
GOVERNADOR LAMENHA FILHO
(UNCISAL)**

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA

MANUAL DE NORMAS E CONDUTAS

COLABORADORES DO HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS

- Alexandre Guilherme V. Rossi
- Álvaro Nabib Atallah
- Andréa Cristina Riquetto da Silva
- Amélia Elisa Seidl
- Ana Lúcia Puls
- Ana Paula Amarante
- Angélica Cristina Rodrigues
- Bettina B. Duque Figueira
- Cecília Tieko Utida
- César Y. Hayashida
- Clarice Assaeda Morishita
- Cláudia Medeiros de Castro
- Cláudia Serafin
- Coríntio Mariani Neto
- Cristiano Fernando Rosas
- Edmundo Arlindo
- Édson José Leão
- Elmo Araújo P. de Melo
- Felipe Lazer Júnior
- Iara Baldacini
- Jayme Adamo Júnior
- Jorge Amarante
- Jorge Duarte Ribeiro
- Jorge F. Kuhn dos Santos
- José Domingos Borges
- José Resende Neto
- José Tadeu Nunes Tamanini
- Luiz Antônio Fernandes
- Laércio Brenna
- Luís Henrique Álvares Nucci
- Marcelo Giacobbe
- Márcia Tereza Hulvany Patti
- Maria Cristina da Silva
- Maria José Guardia Mattar
- Maria Nieves Monterroso
- Maria Rita Souza Mesquita
- Maurício J. B. Roquiues Neto
- Miriam Hadad
- Miriam Teixeira leite
- Moisés Kanas
- Roberto A. Almeida Prado
- Roberto Gustavo Tasseli
- Rogério Gondo
- Romeu Abreu Neto
- Rosa Lúcia Vilano
- Rosana Lúcia Paiva
- Sandra Maria Russo
- Sérgio Augusto Monteiro
- Sérgio Daré Júnior
- Sérgio Naufal Teixeira de Souza
- Sérgio Yamamoto
- Solimar Ferreira
- Temístocles Pie de Lima
- Tenilson Amaral Oliveira
- Teodora Alves da Costa
- Valdir Tadini
- Walquiria A. Tamelini
- Wu Nan Kwang

**FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
GOVERNADOR LAMENHA FILHO
(UNCISAL)**

**MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA
MANUAL DE NORMAS E CONDUTAS**

COLABORADORES DA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA

- Alessandra Plácido Lima Leite
- Alexandre José Calado Barbosa
- Alexandre Luiz dos Santos Melo
- Alexandre Ferraz Soares Mariano
- Ana Aurélia Salles Campos
- Ana Christina Ferreira Cavalcanti
- Andréa Morcef Wanderley
- Antônio Otávio Bento Vianna
- Arlete Perciano da Rocha Camerino
- Avelar Holanda Barbosa Júnior
- Cecília Maria Bezerra Freitas
- Cláudio Fernando Rodrigues Soriano
- Denise Peiser da Silva Mano Viana
- Eliane de Albuquerque Moura
- Eurides Maux de Carvalho
- Eugênia de Oliveira C. Costa
- Everaldo Mascarenhas Barbosa
- Fernando Antônio N. S. da Ressurreição
- Helder Torres Alves
- Jamille Wanderley de Lima Paiva
- José Humberto Belmino Chaves
- José Antônio Morais Martins
- Karine Tenório de Lucena
- Karine Macedo Aderne
- Mancos Antônio Cintra Júnior
- Maria Alessandra Eugênia da Silva
- Maria Laura Dantas Brandão Santiago
- Mychella Bianca Alvim de Lima
- Moacyr Clay Matos de Araújo
- Nilza Maria Martins Sobral
- Renata Perches
- Renise de Melo V. F. Cavalcante
- Rita de Cássia Dantas Monteiro Santana
- Rosa Virgínia Soares Cavalcante
- Sandra Helena Rios de Araújo
- Sílvia Mara Gomes Melo
- Sônia Aparecida Lourenço
- Sueli Maria Leite Borges
- Telmo Henrique Barbosa de Lima
- Teresa Valéria Barros Gomes
- Ubiracy Melo de Almeida
- Vanessa Cavalcante
- Waleska Lúcio de Lima Araújo
- Waniza Martha Galvão Barros Leite

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA

APRESENTAÇÃO

Prezados colegas e funcionários da Maternidade Escola Santa Mônica:

Este **Manual de Normas e Condutas** é fruto do **compromisso e engajamento de todos** para o **aprimoramento da assistência** que prestamos às pacientes, para a **melhoria das condições de trabalho** e para o **engrandecimento da Instituição** em que trabalhamos e a qual nos dedicamos.

Foi elaborado tendo como modelo o **Manual de Residência Médica do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**, cuja edição foi coordenada pelo **Prof. Dr. Coríntio Mariani Neto e Prof. Dr. Valdir Tadini**.

Atualizamos e complementamos alguns capítulos já existentes, adicionamos outros e adaptamos certas condutas à nossa realidade. Aos profissionais desse Hospital, o nosso reconhecimento e agradecimento por esta valorosa contribuição no estabelecimento das nossas rotinas.

Selecionamos os **principais temas do nosso exercício profissional** com um enfoque prático e objetivo, enfatizando o diagnóstico e tratamento, para servir de orientação básica aos profissionais que aqui trabalham.

A todos que contribuíram e incentivaram para o desenvolvimento deste manual e às pacientes, nosso objetivo maior, que, na ânsia de solução de suas enfermidades, enriquecem nosso aprendizado e nos trazem satisfação, a **nossa gratidão e respeito**.

Maria Laura Dantas Brandão
Diretora Geral da MESM

José Carlos Siver
Diretor Médico da MESM

José Antônio Moraes Martins
Coordenador da Comissão de Residência Médica da MESM

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: NORMAS INSTITUCIONAIS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS

- REGIMENTO INTERNO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA (13)

- PRONTUÁRIO MÉDICO (30)
- ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA RELAÇÃO EQUIPE-PACIENTE (32)
- ASPECTOS PSICODINÂMICOS DA GESTAÇÃO (35)
- PRONTO ATENDIMENTO (40)
- ULTRA-SONOGRAFIA (42)
- HEMOTERAPIA (44)
- CONDUTA EM EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO (47)

CAPÍTULO 2: OBSTETRÍCIA – NORMAS E ROTINAS GERAIS

- PRÉ-NATAL DE GESTANTES NORMAIS (49)
- ENFERMARIA DE PATOLOGIA OBSTÉTRICA (51)
- CENTRO OBSTÉTRICO (53)
- CARDIOTOCOGRAFIA (60)
- ANESTESIA (62)
- ANTIBIOTICOTERAPIA (73)
- APRESENTAÇÃO PÉLVICA (75)
- ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO (78)
- ALOJAMENTO CONJUNTO (83)
- ALEITAMENTO MATERNO (90)
- AVALIAÇÃO DA MATURIDADE FETAL (97)
- VITALIDADE FETAL (101)
- RASTREAMENTO E CÁLCULO DE RISCOS PARA TRISSOMIAS FETAIS (105)

- MALFORMAÇÕES FETAIS MAIS COMUNS E ASPCTOS LEGAIS PARA INTERRUPÇÃO (110)

CAPÍTULO 3: OBSTETRÍCIA – TEMAS

- HIPEREMESE GRAVÍDICA (139)
- ABORTAMENTO (141)
- INCOMPETÊNCIA ÍSTIMO CERVICAL (144)
- ASFIXIA PERINATAL (145)
- ASMA (148)
- TUBERCULOSE E GRAVIDEZ (152)
- CÂNCER GENITAL E MAMÁRIO (155)
- CARDIOPATIAS (157)
- DERMATOPATIAS (161)
- DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (164)
- DIABETES MELITO (167)
- DOENÇAS AUTO-IMUNES (176)
- DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (178)
- DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (188)
- GEMELARIDADE (191)
- HEMOPATIAS (194)
- INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (198)
- INFECÇÕES GERAIS (201)
- CHOQUE SÉPTICO (207)
- ISOIMUNIZAÇÃO Rh (214)

- MOLÉSTIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (217)
- NEFROPATIAS (220)
- ÓBITO FETAL (226)
- PARASITOSSES (230)
- PATOLOGIAS VASCULARES (233)
- PLACENTA PRÉVIA (235)
- DISTÚRBIOS DO LÍQUIDO AMNIÓTICO (240)
- GESTAÇÃO PROLONGADA (243)
- PREMATURIDADE (245)
- PREENHEZ ECTÓPICA (250)
- ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS (253)
- SÍNDROMES EPILÉPTICAS (256)
- TIREOIDOPATIAS (258)

CAPÍTULO 4: GINECOLOGIA – NORMAS E ROTINAS GERAIS

- SEMIOLOGIA GINECOLÓGICA (271)
- EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS (275)
- PREPARO PARA CIRURGIAS GINECOLÓGICAS (276)
- PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA NO PÓS-OPERATÓRIO (278)
- ENFERMARIA DE GINECOLOGIA – ROTINAS (281)
- ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA (285)
- PLANEJAMENTO FAMILIAR + ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO (289)
- PROGRAMA DE ATENDIMENTO À MULHER VITIMADA SEXUALMENTE (294)

- **CAPÍTULO 5: GINECOLOGIA – TEMAS**
- ALGIA PÉLVICA (299)
- CLIMATÉRIO (303)
- DISTOPIAS GENITAIS (308)
- DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA AGUDA E SUBAGUDA (312)
- DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (317)
- FISTULAS ENTERO-GENITAIS (321)
- GINECOPATIAS INFANTO-PUBERAIS (324)
- HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (328)
- INFERTILIDADE CONJUGAL (332)
- LEUCORRÉIAS (336)
- MASTOPATIAS (340)
- MASTOLOGIA – ROTINAS (343)
- MIOMA UTERINO (368)
- SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (372)
- ONCOLOGIA GINECOLÓGICA E MAMÁRIA (374)
- ESTADIAMENTO DAS NEOPLASIAS (374)
- CARCINOMA DE MAMA (378)
- CARCINOMA DE COLO UTERINO (384)
- CARCINOMA DE ENDOMÉTRIO (386)
- CARCINOMA DE OVÁRIO (388)
- QUIMIOTERAPIA (390)
- PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR (392)

PATOLOGIA CERVICAL (392)

PATOLOGIA VULVAR (395)

- URO-GINECOLOGIA (397)

INCONTINÊNCIA URINÁRIA (397)

FÍSTULAS UROGENITAIS (400)

DERIVAÇÕES URINÁRIAS (403)

APÊNDICES

- LISTA DE MEDICAMENTOS: NOMES COMERCIAIS DAS DROGAS CITADAS NESTE MANUAL (407)
- DIETAS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (428)
- LEITURAS SUPLEMENTARES (434)

CAPÍTULO 1

NORMAS INSTITUCIONAIS

E

ROTINAS GERAIS



ESTADO DE ALAGOAS

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS GOVERNADOR LAMENHA FILHO (UNCISAL)

Transformada pela Lei nº 6.145 de 13 de Janeiro de 2000
Rua Jorge de Lima nº 113 – Trapiche
Maceió – Alagoas

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA REGIMENTO INTERNO

José Antônio Morais Martins (MESM)

A Residência Médica da Maternidade Santa Mônica, conforme a lei 6932, de 07 de julho de 1981, e a lei 7601 da Comissão Nacional de Residência Médica, constitui modalidade de ensino de Pós-Graduação, destinada a médicos, sob a forma de Cursos de Especialização, caracterizada por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos vinculados à maternidade, sob supervisão da Comissão de Residência Médica, a qual é vinculada ao Centro de Estudos dessa instituição.

CAPÍTULO I

Natureza, Finalidade, Constituição e Competência da COREME

Artigo 1º - A COREME é um órgão de assessoramento da Diretoria da Maternidade Escola Santa Mônica e tem por finalidade planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar os Programas de Residência Médica (PRM) desenvolvidos na maternidade, bem como selecionar candidatos e avaliar o rendimento dos alunos dos vários programas.

Artigo 2º - A COREME é constituída por:

- a - Diretor da Maternidade.
- b - Um Coordenador Geral ((Presidente da COREME).
- c - Coordenador da Ginecologia (Chefe de Serviço).
- d - Coordenador da Obstetrícia (Chefe de Serviço).
- e - Um residente representante de cada ano do Programa de Residência Médica.
- f - Dois representantes do corpo clínico do hospital portadores de certificado de Residência Médica ou docentes.
- g - Representante da Comissão de Educação Permanente.

§ 1º O Coordenador Geral é indicado pelo Diretor do hospital e referendado pela COREME.

Artigo 3º - O Representante dos Residentes e seu suplente são eleitos, dentre seus pares, com mandato de um ano, renovável por mais um ano, nos primeiros 30 (trinta) dias do início do Programa de Residência Médica.

Artigo 4º - Os membros da COREME, com exceção dos representantes dos residentes, terão mandato de 2 (dois) anos e podem ser reconduzidos.

Artigo 5º - Compete ao Coordenador Geral:

- a - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME.
- b - Organizar e propor a pauta das reuniões.
- c - Organizar e atualizar o acervo da COREME.
- d - Coordenar, orientar e supervisionar as atividades de apoio técnico-administrativo.
- e - Baixar normas e instruções aprovadas nas reuniões.
- f - Exercer, nas reuniões, o voto de qualidade.
- g - Cumprir e fazer cumprir este Regimento assim como os Regimentos das unidades de saúde onde os programas são desenvolvidos.
- h - Propor, após apuração, quando for o caso, penalidades a médicos residentes faltosos.
- i - Pronunciar-se em nome da comissão.
- j - Propor mudanças neste Regimento.
- k - Representar a COREME junto à Direção da Maternidade e à Comissão Estadual e Nacional de Residência Médica.
- l - Zelar pelo cumprimento do PRM aprovado pela COREME.
- m - Elaborar e apresentar o regulamento do PRM.
- n - Elaborar e apresentar o calendário de atividades científicas do PRM.
- o - Participar irregularidades, deficiências e problemas que afetem o bom andamento do Programa às Chefias dos Serviços.
- p - Apresentar relatório anual do PRM.

Artigo 6º - Compete aos Chefes de Serviços:

- a - Zelar pelo cumprimento das atividades do PRM pelos médicos residentes.
- b - Elaborar as escalas de atividades dos residentes segundo as normas e disponibilidade do serviço e em concordância com o PRM aprovado pela COREME.
- c - Supervisionar as atividades dos residentes, estabelecendo medidas disciplinares quando do não cumprimento das mesmas e comunicar irregularidades à COREME.
- d - Encaminhar à COREME os resumos de frequência e notificação de medidas disciplinares.

Artigo 7º - A COREME reunir-se-á pelo menos uma vez ao mês, ou extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação do coordenador ou da metade mais um de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 1º - A COREME reunir-se-á com pelo menos 50% de seus membros em primeira convocação ou em qualquer número em segunda convocação, 30 minutos após a primeira, quando decidirá em votação, pelo sistema de maioria simples.

§ 2º - Será redigida ata correspondente a cada reunião, que será lida, discutida e submetida à aprovação na reunião seguinte.

Artigo 8º - É de exclusiva competência da COREME:

- a - Zelar pela qualidade da Residência Médica da Maternidade Escola Santa Mônica (MESM).
- b - Rever, periodicamente, o Programa de Residência Médica da MESM, apreciar as alterações existentes em novas propostas dos programas, sugerindo, se necessário, modificações para adequá-las aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente.
- c - Extinguir programas considerados insatisfatórios.
- d - Solicitar credenciamento de programas junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
- e - Coordenar e supervisionar a execução dos PRM.
- f - Fazer esforços, junto aos órgãos competentes, para obtenção de recursos necessários à execução do PRM.
- g - Designar e desligar preceptores do PRM.
- h - Organizar, coordenar e supervisionar a seleção de candidatos aos PRM.
- i - Organizar a recepção e orientação aos novos residentes.
- j - Aplicar sanções disciplinares aos médicos residentes, inclusive seu desligamento do PRM.
- k - Determinar, anualmente, o número de vagas para cada PRM.
- l - Notificar à CNRM qualquer alteração ocorrida no programa.

CAPÍTULO II

Definição, Objetivos, organização e Manutenção dos Programas de Residência Médica.

Artigo 9º - A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de Curso de Especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de tempo integral e sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ único – O Programa de Residência Médica funcionará sob aprovação oficial da Comissão Nacional de Residência Médica e sob controle administrativo da Maternidade Escola Santa Mônica e da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UNCISAL.

Artigo 10º – O Programas de Residência Médica têm como objetivos:

- a - Aprimorar habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões.
- b - Desenvolver atitude que permita valorizar a significação dos fatores somáticos, psicológicos e sociais que interferem na doença.
- c - Valorizar as ações de saúde de caráter preventivo.
- d - Promover a integração do médico em equipe multiprofissional para prestação de assistência aos pacientes.
- e - Estimular a capacidade de aprendizagem independente e de participação em programas de educação continuada.
- f - Estimular a capacidade de crítica de atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais.

Artigo 11º - ESTÁGIOS, FÉRIAS E PLANTÕES

O Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia da Maternidade Escola Santa Mônica terá início no primeiro dia útil do mês de fevereiro de cada ano e término no último dia de janeiro. As atividades serão desenvolvidas nos seguintes estágios:

GINECOLOGIA

- Enfermaria, ambulatório e centro cirúrgico.

OBSTETRÍCIA

- Pronto atendimento.
- Centro obstétrico e pré-parto.
- Enfermarias (patologia e puerpério).

Estágios obrigatórios determinados pela CNRM:

- Cirurgia geral.
- Mastologia.
- Neonatologia.
- Patologia cervical.
- Ultra-sonografia.

§ 1º A carga horária será igualmente dividida entre ginecologia e obstetrícia.

§ 2º A escolha dos estágios será feita pelos residentes, de comum acordo com a COREME, em reunião no primeiro dia, e obedecerá a ordem de classificação do concurso de residência ou será determinada pela COREME e não poderá ser alterada no transcorrer do ano. Ao escolher o estágio, o residente automaticamente estará escolhendo o mês de suas férias.

§ 3º O horário de entrada e saída será determinado conforme as necessidades de cada estágio. Em média, a carga horária será de 60 horas semanais, incluindo os plantões, conforme manda a lei que rege a residência médica.

§ 4º Os plantões serão fixos de segunda a sexta-feira (período noturno) e finais de semana e feriados (diurno e noturno) e serão determinados pela COREME, em comum acordo com os Chefes de Serviços, ou escolhidos, assim como os estágios, no primeiro dia.

§ 5º O horário dos plantões, durante a semana, será das 19:00 às 07:00 h do dia seguinte. O número de residentes por plantão será determinado pela COREME.

§ 6º Nos finais de semana e feriados, o plantão será de 24 h, com início às 07:00 h e término às 07:00 h do dia seguinte e deverão ser escolhidos pelos próprios residentes de comum acordo com os Chefes de Serviços ou COREME, ou determinados por estes. A escala deverá ser enviada para a COREME. Caso haja consenso, os plantões de finais de semana e feriados poderão ser de 12 horas (diurno e noturno), porém, neste caso, o número de plantões aumentará para todos os residentes.

§ 7º A passagem de plantão é obrigatória em todos os plantões, inclusive nos fins de semana e feriados.

Artigo 12º - O PRM terá duração de 02 (dois) anos obrigatórios. Caso algum programa ofereça ou venha a oferecer um terceiro ano opcional, a seleção dos candidatos ao terceiro ano será feita levando-se em consideração o aproveitamento do residente em seus dois anos de estágio, além do exame de avaliação de conhecimentos na especialidade.

§ 1º - Os PRM terão 80 a 90% de sua carga horária dedicadas a treinamento em serviço e o restante dedicadas a atividades teórico-práticas.

§ 2º - A carga horária dedicada a treinamento em serviço será distribuída, em cada programa, nos termos do Artigo 5º da Resolução CNRM nº 05/79.

§ 3º - As atividades teórico-práticas serão desenvolvidas conforme o disposto no parágrafo 2º do artigo 5º da Lei nº 6.932/81 e no Artigo 6º da Resolução citada no parágrafo anterior.

Artigo 13º - Os PRM respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais de atividades do residente, nelas incluídas, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

Artigo 14º - A Coordenação de cada PRM será exercida por um preceptor indicado pela Direção da Maternidade e referendado pela COREME. As atividades do PRM serão realizadas sob a orientação de preceptores.

Artigo 15º - A relação preceptor/residente será de, no mínimo, um preceptor em regime de tempo integral para 06 (seis) residentes ou 02 (dois) preceptores em regime de 20 (vinte) horas para 03 (três) residentes.

Artigo 16º - Os preceptores serão escolhidos dentre os profissionais do serviço, médicos ou docentes, com título de especialização ou de pós-graduação na área do programa.

Artigo 17º - Os preceptores serão referendados pela COREME, por indicação dos Chefes de Serviços e do Coordenador do Programa baseado-se nos seguintes critérios:

- a - Avaliação curricular.
- b - Disponibilidade de carga horária.

§ Único - Os demais profissionais Médicos do Serviço poderão ser considerados orientadores dos Residentes.

Artigo 18º - Os PRM são mantidos com dotação da UNCISAL.

CAPÍTULO III Do Médico Residente:

SEÇÃO I Seleção dos candidatos à Residência Médica

Artigo 19º - A seleção dos candidatos à Residência Médica seguirá os seguintes mecanismos:

§ 1º - A UNCISAL fará publicar em Diário Oficial ou jornal de grande circulação no Estado o Edital do Concurso Seletivo, até 15 (quinze) dias antes da data do início da seleção, no qual deverão constar:

- a - Os PRM oferecidos e os respectivos números de vagas.
- b - Os critérios da seleção.
- c - Relação dos documentos exigidos para inscrição.

§ 2º - No ato da inscrição a um dos PRM o candidato deverá apresentar:

- a - Requerimento à COREME especificando o Programa que pretende cursar
- b - Diploma de médico outorgado por instituição brasileira oficial ou reconhecida, ou por Instituição estrangeira desde que tenha sido validado no Brasil. Poderão ser aceitas inscrições de estudantes os quais estejam cursando o último período do curso.
- c - Declaração de tempo disponível para o exercício da Residência.
- d - Xerox autenticada de CPF, RG e comprovante de residência.
- e - Número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

§ 3º - Não serão aceitas inscrições de ex-residentes que tenham sofrido desligamento do Programa de Residência Médica por algum ato de indisciplina.

§ 4º - A seleção dos candidatos se processará através de prova escrita (objetiva), prático-oral e/ou entrevista, sendo a prova escrita eliminatória e a prático-oral e/ou entrevista seletivas.

§ 5º - Para as provas eliminatórias serão dadas notas de 0 (zero) a 10 (dez), sendo 5 (cinco) a nota mínima para aprovação. Caso o número de aprovados seja insuficiente para o preenchimento do número de vagas do PRM, a COREME poderá utilizar como nota mínima para aprovação, a nota que corresponda à metade da nota máxima obtida pelo candidato melhor classificado.

§ 6º - Para a realização das provas seletivas serão constituídas Bancas Examinadoras compostas por 3 (três) preceptores indicados pela COREME.

§ 7º - A classificação final dos candidatos será homologada pela COREME e o preenchimento das vagas seguirá a ordem de classificação até o limite do número de vagas de Programa de Residência Médica.

SEÇÃO II

Admissão dos candidatos selecionados

Artigo 20º - Os candidatos selecionados serão chamados para ocuparem as vagas existentes, por ordem decrescente de classificação em edital afixado no quadro de avisos da Secretaria da COREME.

Artigo 21º - Os candidatos selecionados terão o prazo de 03 (três) dias úteis para fazerem sua inscrição e assinarem o contrato padrão previsto no Artigo 3º da Lei nº 6.932/81, com validade de 12 (doze) meses e que, de acordo com o aproveitamento, poderá ser revalidado por mais um ano.

§ 1º - Findo o prazo estipulado no capítulo deste artigo, serão convocados os excedentes, pela ordem de classificação, até 60 (trinta) dias do início do Programa.

§ 2º - Quando houver um 3º ano opcional, as vagas serão preenchidas através de processo de seleção aberto aos médicos que tenham concluído o 2º ano de Residência de acordo com a Portaria 05/79 da CNRM/SESu/MEC.

Artigo 22º - Não será permitida a transferência de Médicos Residentes entre diferentes Instituições, mesmo havendo uma única mantenedora.

Artigo 23º - Não será permitida a transferência de Médicos Residentes da mesma Instituição para outro Programa.

Artigo 24º - Serão encaminhadas à CNRM cópias de documentação referente ao processo seletivo e à admissão dos residentes em até 15 (quinze) dias antes da data do início dos PRM.

SEÇÃO III

Atribuições do Médico Residente

Artigo 25° - As atribuições dos Médicos Residentes serão definidas e distribuídas conforme o que compete a cada categoria de Residente (R1, R2 e R3) em regulamento do respectivo programa, segundo o que dispõem os Artigos 12 e 13 deste Regimento.

SEÇÃO IV

Avaliação do Aproveitamento do Médico Residente

Artigo 26° - A avaliação de aproveitamento do Médico Residente utilizará os seguintes mecanismos:

§ 1° - Avaliação trimestral através de provas escritas e prático-orais elaboradas pelos respectivos preceptores e coordenadores. Considera-se para aprovação a nota mínima de 7 (sete).

§ 2° - Avaliação de desempenho pessoal por escala de atitudes, onde estejam incluídos assiduidade, pontualidade, comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse no desempenho das atividades e capacidade de resolução de problemas. Esta avaliação será feita pelos preceptores ao término de cada estágio estabelecido nas escalas de atividades.

§ 3° - Avaliação de monografias ou trabalhos científicos apresentados no primeiro e segundo ano de residência. É obrigatório apresentação de pelo menos uma monografia ou trabalho científico em cada ano de residência médica.

§ 4° - O residente deverá tomar conhecimento dos resultados de cada avaliação.

§ 5° - A promoção para o 2° ano, assim como a obtenção do certificado de conclusão do Programa (CNRM) dependem de:

- a – Cumprimento integral da carga horária prevista no Programa.
- b – Aprovação na avaliação final do aproveitamento.
- c – Desempenho profissional satisfatório, medido para escala de atitudes.

Artigo 27° - Caso o Médico Residente não complete o PRM, não terá direito a nenhum tipo de certificado da COREME ou da Maternidade.

SEÇÃO V

Direitos e Deveres

Artigo 28° - São direitos do Médico Residente:

- I - Bolsa:** uma bolsa de estudo nos termos do Artigo 4° da Lei nº 6.932/81; valor a ser definido pela legislação competente.
- II - Férias:** um dia de folga semanal e 30 (trinta) dias consecutivos de repouso por ano de atividade em época a ser determinada pela COREME no primeiro dia de estágio, de acordo com as conveniências dos Serviços. O período de férias não poderá ser modificado sem o consentimento da COREME.

III - Alojamento que lhe proporcione condições de conforto e descanso.

IV - Alimentação e assistência médico-odontológica nos serviços da UNCISAL.

V - Licença maternidade: à médica residente gestante será assegurada a continuidade da bolsa de estudo por um período de 04 (quatro) meses e a prorrogação da mesma por igual período para complementar a carga horária que deverá ser reposta no final da residência.,

VI - Licença médica – deverá ser apresentado atestado médico e poderá ser concedida após aprovação pela COREME, até 15 (quinze) dias. A partir deste prazo, haverá suspensão da bolsa e o residente deverá requerer auxílio doença ao INSS. Tal período deverá ser repostado em época determinada pela COREME, sem remuneração.

VII - Interromper o seu PRM, por motivo relevante, a critério da COREME, com conseqüente interrupção da bolsa de estudo, pelo período máximo de 15 (quinze) dias. O residente deve justificar os motivos do afastamento na solicitação que fizer à COREME.

§ **Único** - Os afastamentos para tratamento de saúde deverão ser autorizados mediante parecer do serviço médico do pessoal da maternidade ou UNCISAL.

VIII - Dispensas – não haverá dispensa oficial pela COREME para cursos, congressos, palestras e jornadas. O pedido de afastamento deverá ser solicitado por escrito à COREME, no mínimo com 30 (trinta) dias de antecedência. Após consulta ao chefe do estágio em que o residente estiver passando, o afastamento poderá ou não ser aprovado, bem como a necessidade ou não de reposição do período de estágio não cumprido.

IX - Representação – os residentes elegerão um representante para os R1 e outro para os R2 junto à COREME. Os representantes terão acesso direto à presidência da COREME e terão direito a voz e voto nas reuniões dessa comissão.

São atribuições dos representantes dos residentes:

a - Auxiliar a COREME nas tarefas e programas concernentes às atividades dos residentes.

b - Auxiliar a supervisão das atividades científicas programadas pelo PRM.

c - Comunicar ao Coordenador do PRM ocorrências que julgar necessárias.

d - Encaminhar à COREME sugestões apresentadas pelos residentes para melhoria das condições de trabalho e de treinamento.

f - Cumprir e fazer cumprir este Regimento e o Regulamento do PRM.

X - Reclamações – todo residente tem o direito e o dever de apresentar suas reclamações sempre que se julgar lesado em qualquer estágio, dentro do programa estabelecido pela COREME. Tais reclamações, sempre em caráter sigiloso, deverão ser encaminhados por escrito diretamente a COREME, que tomará as providências necessárias, dentro de sua competência.

XI - Supervisão – é o direito inalienável do residente requisitar a presença e supervisão de um médico do corpo clínico da maternidade (preceptor ou orinietador) em todo e qualquer procedimento médico que realize, durante

as 24h do dia. Não sendo atendido, o fato deverá ser comunicado, à COREME.

Artigo 29º - São deveres do Médico Residente:

- I - Cumprir este Regimento, o Regulamento do PRM e demais normas legais e regulamentares da Maternidade Escola Santa Mônica.
- II - Cumprir rigorosamente a carga horária determinada pela COREME e as escalas de atividades. A falta a qualquer atividade programada pela COREME ou pela direção do hospital deverá ser justificada por escrito, no máximo, em 24h. A justificativa não aceita pela COREME implicará em falta grave, sujeita as sanções pertinentes.
- III - O residente deverá assinar folha de frequência, diariamente, na entrada e em todas as atividades consideradas obrigatórias pela COREME. Qualquer tipo de fraude nas assinaturas de frequência será considerado falta grave.
- IV - Exercer com zelo, dedicação e presteza as atribuições que lhe forem confiadas;
- V - A reposição de carga horária deverá obedecer a distribuição da carga horária habitual do residente, não podendo ser paga previamente nem por meio de plantão.
- VI - Observar o código de ética médica.
- VII - Tratar com cordialidade e educação os usuários, colegas, supervisores e demais profissionais da instituição e manter um bom relacionamento com as pacientes e com toda a equipe multiprofissional de saúde. É fundamental o respeito à hierarquia própria da instituição.
- VIII - Deverão ser observados os princípios de ética social, higiene, asseio e decoro pertinentes ao ambiente hospitalar.
 - XIX - O residente somente poderá frequentar o ambiente hospitalar com roupa branca ou avental branco longo. O uso de crachá de identificação é obrigatório em todas as dependências do hospital.
- X - Zelar pela conservação de materiais da maternidade que lhe forem confiados.
 - XI - Manter as condições de higiene e arrumação nas áreas de uso comum aos residentes.
 - XII - Observar silêncio na área da Residência Médica, após às 22 (vinte e duas) horas.
 - XIII - É terminantemente proibido fumar em qualquer área de uso comum e/ou transito de pacientes.
- XIV - O vestuário pertinente ao centro cirúrgico e obstétrico é de uso obrigatório e restrito a estes locais, sendo proibido o seu uso nas demais dependências do hospital.
 - XV - É obrigatório nas consultas de pronto atendimento e ambulatório, nas internações, evoluções, prescrições de procedimentos e pedidos de exames, a identificação do residente, com carimbo legível (contendo nome e CRM) e assinatura.
 - XVI - Todo e qualquer procedimento deverá ser minuciosamente descrito pelo residente no prontuário da paciente tão logo tenha terminado de realizá-lo.

- XVII - O residente não poderá assinar requisições de exames laboratoriais externos nem laudos periciais. Tais documentos deverão ser preenchidos pelo residente e assinados por um médico contratado.
- XVIII - O residente será submetido a avaliações periódicas a serem determinadas em época oportuna pela COREME. O residente considerado reprovado por essas avaliações não receberá certificado de conclusão da residência médica. O residente que abandonar o estágio antes de seu término não receberá qualquer tipo de certificado ou declaração de estágio.
- XIX - Todos os residentes devem comparecer às reuniões científicas semanais determinadas pela COREME. Para tanto, estão liberados das demais atividades, com exceção das emergências.
- XX - Ao final de cada ano de estágio, o residente deverá apresentar monografia ou trabalho científico sobre tema previamente selecionado, elaborada individualmente, com orientação direta de um médico preceptor ou orientador e sob supervisão do grupo de desenvolvimento científico.

SEÇÃO VI

Proibições

Artigo 30º - Ao Médico Residente é vedado:

- I - Ausentar-se do local onde esteja exercendo suas atividades sem autorização do preceptor.
- II – Retirar, sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer objeto ou documento da maternidade.
- III - Tomar medidas administrativas sem autorização por escrito de seus superiores.
- IV – Transferir a pessoa estranha à maternidade o desempenho de atribuições que sejam de sua responsabilidade.
- V - Proceder de forma desidiosa no cumprimento de suas atribuições.
- VI - Prestar quaisquer informações que não sejam as de suas específicas atribuições.
- VII - Utilizar instalações e/ou materiais da maternidade para fins de lucro próprio.

SEÇÃO VII

Sanções Disciplinares

§ 1º - A formação de eventuais comissões de sindicância será sugerida pela COREME e determinada pela Direção da Maternidade.

Artigo 31º - O não cumprimento de qualquer das obrigações citadas será considerado falta, estando sujeita às seguintes sanções disciplinares:

- I - Advertência verbal.
- II - Advertência por escrito.
- III - Suspensão temporária do programa de residência.

III - Desligamento do PRM (Sempre através de processo).

Artigo 32º - O julgamento da gravidade da falta e a determinação da penalidade serão feitos pela COREME. Quando necessário, em casos mais graves, a direção da maternidade determinará e executará a penalidade, sempre assessorada pela COREME. Na aplicação das sanções disciplinares serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem, as circunstâncias agravantes e atenuantes e os antecedentes funcionais do infrator. As faltas que ferirem o código de ética médica serão submetidas diretamente à comissão de ética médica da MEMS e, se necessário, encaminhadas ao CRM.

Artigo 33º - A advertência será aplicada por escrito nos casos de violação e proibição e de inobservância de deveres que não justifiquem imposição de penalidades mais graves.

Artigo 34º - A suspensão da bolsa não poderá exceder de 30 (trinta) dias e será aplicada em caso de reincidência de faltas punidas com advertência, de violação de proibições e inobservância de deveres.

Artigo 35º - Os desligamentos do PRM serão analisados por comissão de sindicância e obedecerão as leis maiores da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Poderão ser aplicados nos seguintes casos:

- I - Reincidência de falta previamente punida com a suspensão da bolsa
- II - Falta de assiduidade habitual.
- III - Inobservância do Artigo 29, incisos V, VI e VII deste Regimento.
- IV - Violação das proibições contidas no Artigo 30, incisos II, IV, V e VII deste Regimento.

Artigo 36º - Para fins deste Regimento é considerado falta de assiduidade habitual, falta não justificada às atividades diárias programadas por 3 (três) dias consecutivos ou 8 (oito) dias intercalados e a 2 (dois) plantões no período de 6 (seis) meses.

SEÇÃO VIII **Processo Disciplinar**

Artigo 37º - Qualquer irregularidade cometida pelo médico residente será comunicada ao Chefe de Serviço que após ouvir o infrator poderá analisar de forma sumária e tomar as medidas punitivas que julgar conveniente. Os casos que julgar necessário deverão ser encaminhados à COREME.

Artigo 38º - A COREME promoverá a apuração da denúncia mediante processo disciplinar, assegurada ao acusado ampla defesa.

§ 1º - Quando o fato apurado não configurar evidente infração disciplinar ou ilícito penal o processo será arquivado. Caso contrário a COREME poderá sugerir à direção do hospital a formação de comissões de sindicância.

§ 2º - Como medida cautelar, a COREME poderá determinar o afastamento do acusado do exercício de suas atividades pelo prazo de até 60 (sessenta) dias corridos, com prejuízo da bolsa, enquanto transcorrer o processo disciplinar.

Artigo 39º - Processo disciplinar (= sindicância), nos termos deste Regimento, é o instrumento destinado a apurar infrações praticadas pelo Médico Residente no exercício de suas atribuições e no âmbito da maternidade.

§ 1º - O processo disciplinar poderá ser julgado pela COREME.

§ 2º - O Processo Disciplinar desenvolver-se-á nas seguintes fases:

- a - De Instauração e formulação do ato que constitui uma comissão.
- b - De Inquérito que compreende instrução, defesa de relatório e durante o qual a COREME promoverá a tomada de depoimentos, investigações e diligências cabíveis, objetivando a coleta de provas, recorrendo, quando necessário, a técnicos e peritos, de modo a permitir a completa elucidação dos fatos;
- c - De Julgamento que deverá ser feito pela COREME.

Artigo 40º - O Processo Disciplinar deverá ser concluído durante a reunião da COREME e dele poderá resultar:

- I - Arquivamento do processo
- II - Aplicação de penalidade.
- III - Instauração de Inquérito Disciplinar.

Artigo 41º - O Inquérito Disciplinar obedecerá ao princípio do contraditório e deverá ser concluído no prazo de 60 (sessenta) dias.

Artigo 42º - Os autos da sindicância integrarão o processo como peça informativa da instrução.

Artigo 43º - As testemunhas serão intimadas a depor mediante mandato expedido pela COREME, devendo a 2ª via, com o ciente do interessado, ser anexada aos autos.

Artigo 44º - O depoimento será prestado e reduzido a termo.

§ 1º - As testemunhas serão inquiridas separadamente.

§ 2º - Na hipótese de depoimentos contraditórios ou que se infirmem, proceder-se-á à acareação entre os depoentes.

Artigo 45º - Concluída a inquirição das testemunhas, a COREME promoverá o interrogatório do acusado, observados os procedimentos previstos nos Artigos 43 e 44 deste Regimento.

§ **Único** - No caso de mais de um acusado e sempre que divergem em suas declarações sobre fatos ou circunstâncias, será promovida a acareação entre eles.

Artigo 46° - Tipificada a infração disciplinar, será formulada a indicação do acusado com a especificação dos fatos a ele imputados e das respectivas provas.

§ 1° - O indiciado será citado por mandado expedido pela COREME para apresentar defesa escrita, no prazo de 5 (cinco) dias, assegurando-lhe, ou a seu representante legal, vistas do processo, no recinto da COREME.

§ 2° - Havendo 2 (dois) ou mais indicados, o prazo será comum e de 8 (oito) dias.

Artigo 47° - Considerar-se-á revel o indiciado que, regularmente citado, não apresentar defesa no prazo legal.

§ 1° - A revelia será declarada por termo nos autos do processo.

§ 2° - Para defender o indiciado revel, a COREME designará um de seus membros, preferencialmente médico residente.

Artigo 48° - Apreciada a defesa, a COREME elaborará relatório, onde resumirá as peças principais dos autos e mencionará as provas em que se baseou para formar sua convicção.

§ 1° - O relatório será sempre conclusivo quanto à inocência ou a responsabilidade do acusado.

§ 2° - Reconhecida a responsabilidade do acusado, a Comissão indicará o dispositivo legal ou regulamentar transgredido, bem como as circunstâncias agravantes ou atenuantes.

§ 3° - Nos casos de inobservância do inciso V do Artigo 29 deste Regimento, deverá a COREME encaminhar uma cópia do processo ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 49° - Das decisões da COREME cabe recurso ao Conselho Técnico Administrativo da MESM.

CAPÍTULO IV **Disposições Gerais**

Artigo 50° - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela COREME.

Artigo 51° - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela COREME e homologação pelo Conselho Técnico Administrativo da MESM.

Artigo 52° - Este regimento obedece e é submisso às leis Estaduais, Federais e Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica.

§ **Único** - Qualquer alteração neste Regimento só poderá nele ser incluída após tramitação prevista no Artigo 51 deste Regimento.

O presente Regimento foi aprovado em Assembléia da COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME) do dia 09 de abril de 2004 e assinado pela Comissão abaixo:

Maria Laura Dantas Brandão
Diretora Geral da MESM e Membro
da COREME

André Flacão Pedrosa
Pró-Reitor de Ensino e Pesquisa da
UNCISAL

José Antônio Morais Martins
Coordenador da COREME da MESM

Alessandra Plácido Lima Leite
Membro da COREME da MESM

Eliane de Albuquerque Moura
Membro da COREME da MESM

Karine Tenório de Lucena
Representante dos Residentes de Obstetrícia e
Ginecologia na COREME da MESM

Avelar Holanda Barbosa Júnior
Membro da COREME da MESM

Moacyr Clay Matos de Araújo
Representante dos Residentes de Obstetrícia e
Ginecologia na COREME da MESM

Mychella Bianca Alvim de Lima
Membro da Comissão de Educação
Permanente e membro da COREME da
MESM

Maria Rejane Calheiros da Virgem
Membro do Conselho Técnico Administrativo
da MESM

LEI N° 6.932, de 07 de julho de 1981.

Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei :

Art. 1º - A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º - As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer Programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º - É vedado o uso da expressão “residência médica” para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º - Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º - O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

- a) A qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa.
- b) O nome da instituição responsável pelo programa.
- c) A data de início e a prevista para o término da residência.
- d) O valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Art. 4º - Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo de valor equivalente ao vencimento inicial da carreira de médico, de 20 (vinte) horas semanais, do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP, paga pela instituição, acrescido de um adicional de 8% (oito por cento), a título de compensação previdenciária, incidente na classe da escala de salário-base a que fica obrigado por força de sua vinculação, como autônomo, ao regime da Previdência Social.

§ 1º - As instituições de saúde responsáveis por programas de residência médica oferecerão aos residentes alimentação e alojamento no decorrer do período da residência.

§ 2º - Ao médico residente, inscrito na Previdência Social na forma deste artigo, serão assegurados todos os direitos previstos na Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, bem como os decorrentes do seguro de acidentes do trabalho.

§ 3º - À médica residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do art. 7º desta Lei.

Art. 5º - Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§ 1º - O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 2º - Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º - Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 7º - A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão.

Art. 8º - A partir da publicação desta Lei, as instituições de saúde que mantenham programas de Residência Médica terão um prazo máximo de 6 (seis) meses para submetê-los à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 9º - Esta Lei será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação .

Art. 10 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 11 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 07 de julho de 1981; 160º da Independência e 93º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Rubem Ludwig

Murilo Macêdo

Waldir Mendes Arcoverde

Jair Soares

(Publicada no Diário Oficial da União de 09/07/81)

Código de Ética Médica

Capítulo V – Relação com pacientes e familiares

Artigo 69: “É vedado ao médico: deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente”

Deixar de elaborar prontuário médico constitui infração ao código de ética médica. Embora inscrito no artigo 69 do CEM e em várias normatizações dos conselhos de medicina como uma obrigação ética dos médicos, ainda é uma das mais frequentes infrações à ética médica.

Entende-se por prontuário médico o conjunto de documentos padronizados e ordenados cronologicamente, que contenha anamnese, o raciocínio clínico, os exames laboratoriais, as hipóteses de diagnósticos, a conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas, podendo ser também uma série de fichas clínicas de atendimento a um paciente. Deve ser realçado que o prontuário médico é um instrumento precioso para o ensino, a pesquisa, a elaboração de sensos e propostas de assistência à saúde pública, bem como para avaliação da qualidade da assistência médica prestada.

Infelizmente, alguns colegas médicos se esquecem que o prontuário médico também é uma valiosa peça de defesa legal. Inúmeras vezes a ausência de prontuários ou o seu preenchimento incompleto parcial – como por exemplo, a inadequada descrição cirúrgica ou a falta de anotações relevantes nas folhas de observação clínica que justifique determinadas condutas médicas, colocam muitas vezes o profissional em situação de precária defesa perante os tribunais.

Não são raros os prontuários que, além de incompletos, são manuscritos com letras e até assinaturas ilegíveis, o que também se constitui em grave infração ética.

O artigo 39 do Capítulo III, sobre a responsabilidade profissional, do nosso diploma legal dispõe: “ é vedado ao médico: receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituário, laudo, atestados ou quaisquer outros documentos médicos”.

É relevante salientar que o prontuário médico pertence ao paciente e que, por delegação deste, pode ter acesso ao mesmo médico assistente. Deverão sempre se resguardadas todas as informações nele contidas por força do sigilo médico que alcança além do médico, todos os seus auxiliares e pessoas afim que, por dever de ofício, tenham acesso às informações confidenciais constantes no prontuário. Somente ao paciente é facultado o poder de lançar mão deste segredo, liberando sua obrigação. É importante lembrar ainda que é obrigatório constar no prontuário médico: a identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses de diagnóstico, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado; a obrigatoriedade da letra legível do profissional que atendeu ao paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do médico e respectiva inscrição no CREMESP; com também do registro diário da evolução clínica do

paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e o tipo de alta hospitalar. É bom lembrar que o prontuário médico é um documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde.

Assim sendo, compete ao médico em seu consultório e aos diretores clínicos e/ou diretores técnicos, nos estabelecimentos de saúde, a responsabilidade pela guarda destes documentos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA RELAÇÃO EQUIPE-PACIENTE

Cláudia Medeiros de Castro (HMLMB)
Solimar Ferrari (HMLMB)
Denise P. da S. Mano Viana (MESM)

Na prática clínica deste serviço, constatamos algumas situações que dificultam a relação entre usuários e equipe de saúde. Destacamos que utilizamos o termo usuário para designar todos aqueles que freqüentam o serviço, seja na qualidade de paciente ou de acompanhante, incluindo-se neste último grupo familiares, marido, namorado, amigos, vizinhos, pessoas com quem acabamos por nos relacionar durante o tratamento dos que compõem o primeiro grupo. Como é ao paciente que dirigimos nossos esforços para que venha se beneficiar o melhor possível do atendimento oferecido, neste texto pretendemos abordar alguns dos elementos presentes na relação entre a equipe e a paciente.

A CONSULTA

Em nossa cultura, a procura de atendimento em um serviço de saúde poucas vezes é uma busca de alguma ação preventiva. Na maioria das vezes, a pessoa que vai a alguma unidade de saúde encontra-se doente ou acreditando-se doente, ou ainda em uma situação que considera predispor ao desenvolvimento de alguma doença, como no caso das gestantes que muitas vezes consideram a gestação como um estado que traz riscos para si própria ou para o bebê. Além disso, chega em um ambiente estranho, às vezes sozinha, para ser atendida por um desconhecido. Assim, na primeira consulta médica, a paciente chega insegura, ansiosa, desconfiada e com medo do diagnóstico e dos exames físicos, o que faz com que retardem a procura de um médico.

Quando a consulta é ginecológica, estes sentimentos se exacerbam, pois além de ter que abordar sua sexualidade (tema que para muitos ainda é um tabu, inclusive para o profissional médico) terá que se desnudar e ser tocada nas suas áreas mais íntimas. Para algumas mulheres o temor em relação ao exame ginecológico pode ser acompanhado de fantasias negativas (assédio sexual ou violação, por exemplo), gerando a recusa em ser examinada; para outras, as fantasias sexuais podem gerar um comportamento de sedução (caso o profissional seja homem).

É neste contexto que alguns comportamentos como agressividade, passividade, dificuldades em entender as informações e não adesão ao tratamento se manifestam. Assim, é fundamental que o profissional busque estabelecer a comunicação com a paciente, procurando oferecer informações claras, em linguagem acessível e que se encontre disponível para ouvir, pois é ouvindo que poderá entender as dúvidas e esclarecê-las, diminuindo a ansiedade da paciente e estabelecendo uma relação de confiança. Ao tocoginecologista é fundamental consagrar um tempo à paciente, isto dá a ela o sentimento de sua importância o que sempre tem um efeito benéfico. É muito comum na consulta médica, a paciente não perguntar sobre seu estado ou sobre a conduta médica e, se não perguntam, não é porque não querem saber, muito pelo contrário, a falta do estabelecimento de um canal de comunicação por parte do médico inibe a paciente e a desencoraja de perguntar sobre sua saúde e sua sexualidade.

Nas consultas obstétricas, além de alguns fatores já citados, o profissional da saúde deve considerar que a gestante não é só uma futura puerpera, é também uma futura mãe, membro e formadora de uma família e que faz parte de uma sociedade, deve ainda levar em consideração que a gestação é uma situação de crise de caráter adaptativo (reorganizador) que gera ambivalência afetiva, alteração da imagem corporal e da sexualidade, ansiedade, angústia, fantasias negativas que trazem o medo de mal formação fetal, temor do parto e da possibilidade da sua própria morte e de seu bebê, medo este que se torna mais concreto quando se trata de uma gravidez de alto risco.

O obstetra precisa ter um conhecimento prévio da psicodinâmica da gravidez para, a partir da relação médico paciente, perceber e avaliar seu estado emocional e se necessário encaminhar para um tratamento mais adequado, tendo assim uma atuação psicoprofilática, pois como sabemos o estado emocional interfere no desenvolvimento psicomotor da criança e pode desencadear várias intercorrências clínico-obstétricas (hiperemese gravítica, DHEG, prematuridade, depressão ou psicose puerperal). É este 'cuidar' que possibilita ao médico realmente exercer a obstetrícia (palavra originada do latim que significa 'estar ao lado de').

É preciso conceituar a obstetrícia como a arte e a ciência de amparar biopsicosocialmente à grávida, seu filho e ao novo pai.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Não é só a paciente apresenta reações emocionais durante a consulta, mas o profissional de saúde também, muitas vezes como reação ao comportamento da mesma, em uma atitude que chamamos de contra-transferencial e que depende das características de personalidade do profissional. Este pode sentir-se incomodado, irritado, arredio, tratando a paciente com rispidez, grosseria ou mesmo com agressividade.

O que indica a necessidade, não apenas dos médicos, mas também dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde, de refletirem sobre suas atitudes com as pacientes e sobre as repercussões destas no tratamento.

O psicólogo pode e deve participar dessa reflexão, atuando neste processo de conscientização da contra transferência, favorecendo a integração da equipe e facilitando a relação médico-paciente.

O paciente que não estabelece uma relação de confiança com o profissional, poderá omitir informações, abandonar o tratamento ou aceitar parcialmente as orientações recebidas. Quando estabelece uma comunicação adequada e uma relação de confiança, o paciente passa a sentir-se responsável por suas condutas assim como por seu tratamento.

A HOSPITALIZAÇÃO

A pessoa hospitalizada encontra-se afastada de sua casa, de sua família, de seus objetos pessoais, em um ambiente estranho, com roupas que não são as suas, muitas vezes tem seu corpo exposto e é inadequadamente conhecida não por seu nome, mas pelo número do prontuário, do leito, da doença, ou de parte do corpo, ou seja, tem sua identidade desconsiderada. Quando é paciente cirúrgica, pode sentir-se ameaçada em sua integridade corporal apresentando fantasias de morte e/ou de mutilação. Quando tem um diagnóstico

oncológico ou de alguma doença carregada de fortes representações sociais negativas, como a AIDS, tem de lidar com a ameaça de morte, da perda de papéis sociais e da discriminação. Neste contexto, a hospitalização deixa a paciente fragilizada emocionalmente, muitas vezes ansiosa, angustiada ou deprimida.

É comum que manifestações que trazem algum mal-estar à equipe aconteçam, como choros freqüentes, recusa de dieta, recusa em cooperar, hostilidade, dificuldades em entender as informações. Outras atitudes como extrema passividade, aceitação de todos os procedimentos, idealização de algum membro da equipe, também são comuns, todas remetendo a um estado de busca de ajuste psíquico a esta nova situação.

Novamente é importante que a equipe busque estabelecer uma comunicação adequada, transmitindo as informações em linguagem acessível, não mentindo, evitando estabelecer alianças com familiares que impossibilitem o paciente de opinar/conhecer sobre seu próprio tratamento.

COMO LIDAR COM AS MÁS NOTÍCIAS

Sabemos que alguns diagnósticos são difíceis de serem transmitidos, porém é responsabilidade do profissional médico buscar os meios e momentos adequados para fazê-lo, respeitando os limites do paciente e em alguns casos as informações deverão ser transmitidas gradualmente. Destacamos que poderá ser necessário repetir a informação até que pacientes e familiares possam se apropriar das mesmas.

Nos casos de óbito, é importante transmitir as informações a paciente e aos familiares, buscando localizá-los logo após a constatação. Durante a notícia recomendamos que o profissional garanta a privacidade, esteja disponível a esclarecer as dúvidas, que seja continente ao choro e a manifestações de hostilidade que possam ocorrer. Recomendamos ainda que se informe sobre a possibilidade de acompanhamento psicológico em nosso serviço, nos casos em que se verifique a necessidade ou até solicite a presença de um psicólogo durante o atendimento.

O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

Neste serviço temos uma equipe de psicologia que poderá esclarecer dúvidas diagnosticas dos profissionais, através de discussão de casos clínicos ou de avaliação e emissão de parecer psicológico e estar junto em situações de transmissão de diagnósticos mais “difíceis”. Esta interconsulta é fundamental não só para uma melhor avaliação da paciente, mas também que a equipe de saúde veja a mesma na sua integralidade.

Há ainda acompanhamento psicológico no ambulatório com a realização de avaliação, psicoterapia individual, grupos psicoterápicos e informativos. Há também a participação deste profissional em equipes multiprofissionais nos seguintes projetos:

- *Gestante adolescente
- *Gestante de alto risco
- *Planejamento familiar
- *Violência sexual
- *Triagem neonatal

ASPECTOS PSICODINÂMICOS DA GRAVIDEZ

Denise P. da S. Mano Viana (MESM)

A gravidez é uma situação de crise (no sentido adaptativo, reorganizador), é um período crítico vital de caráter regressivo que propicia possibilidades de modificações tanto no nível pessoal, quanto familiar e social. A gestante não é só uma futura parturiente, é também uma futura mãe, membro e formadora de uma família e faz parte de uma sociedade.

A gravidez não é doença, mas produz grandes alterações no aspecto orgânico e psicológico da mulher. É um período que gera angústia, introversão, passividade, ambivalência afetiva, oscilação de humor, tendências a fantasias, alteração da imagem corporal e da sexualidade; é um processo de muitas transformações e grande fragilidade psicoafetiva. As emoções evocadas durante a gestação são profundas e às vezes contraditórias; além dos conflitos, emerge a cobrança da “mãe perfeita”.

A adaptação da gestante a estas mudanças psicológicas pode ser conceituada como a aquisição das condições necessárias para completar tarefas ou estágios específicos, tais como:

- **Aceitação da realidade da gravidez;**
- **Desenvolvimento da ligação afetiva com o feto**
- **Aceitação e resolução da sua relação com a figura materna**
- **Percepção e aceitação do feto como um ser independente**
- **Elaboração do luto do filho ideal e aceitação do filho real**
- **Desenvolvimento da função materna.**

O estado emocional da mãe tem repercussão na gravidez e pode interferir no desenvolvimento fetal bem como desencadear intercorrências clínico-obstétricas, como nos casos de hiperemese gravídica, DHEG, aborto recorrente, prematuridade, depressão e psicose puerperal. O ciclo gravídico-puerperal reativa conflitos com as figuras parentais, principalmente com a figura materna; a atividade hormonal também influencia na variação emocional.

O obstetra precisa ter um conhecimento prévio da psicodinâmica da gravidez para perceber e avaliar o mundo mental da gestante, tendo assim uma atuação psicoprofilática, uma vez que terá condições de providenciar, precocemente, o tratamento mais adequado, cuidando para que a gestação e o parto se desenvolvam com tranquilidade. É importante que ele possa acolher a grávida, ser o canal que drena suas angústias e ansiedades; indicar, explicar, orientar, ser afável; um gesto de carinho e conforto, em alguns momentos, vale tanto quanto as explicações técnicas.

“ O obstetra não necessita conhecer os meandros do inconsciente de suas pacientes e, mesmo sem psicanálise, há de saber ouvir e se interessar verdadeiramente pela pessoa de suas clientes” (Prof. Danilo Perestrello)

O estudo da psicodinâmica da gravidez iniciou após 1950 a partir de estudos desenvolvidos por Deutsch, Bibring, Racamier, Benedek, Colman & Colman, Soifer, entre outros. Começou-se a perceber características comuns a cada trimestre gestacional como veremos a seguir:

1º TRIMESTRE

- A partir da percepção ou confirmação da gravidez que inicia a formação da relação materno-filial; surge a ambivalência afetiva, o querer x o não querer (não existe gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada); desejo x incertezas; amor x incapacidade. Nesta fase se inicia a perda da identidade social (deixa-se de ser filha para ficar em um estado intermediário entre o status de mulher e o de mãe); ocorre uma regressão natural, uma identificação com o feto. A elaboração deste processo, de maneira positiva ou negativa, e o significado do papel social a ser assumido vão depender de sua capacidade de adaptação, da maturidade (que será tanto mais equilibrado quanto mais amadurecido for o casal) e das relações parentais, principalmente com a figura materna.

- A sonolência, do ponto de vista psicológico, corresponde a regressão, tem origem na percepção das mudanças orgânicas e nas incógnitas; diante do conflito suscitado, a mulher adota a solução de afastar os estímulos, internos e externos, por via do repouso (mecanismo de defesa).

- Oscilação de humor, vulnerabilidade, aumento da sensibilidade e da irritabilidade são resultantes da influência hormonal e de fatores pessoais.

- A diminuição do desejo sexual ocorre em função do medo, da insegurança, do risco de aborto e do desconforto físico (náuseas e vômitos).

- As náuseas e vômitos coincidem com a ansiedade da incerteza da gravidez e serve também para evidenciá-la.

2º TRIMESTRE

- É o mais tranqüilo, sente-se o feto; a relação afetiva com o bebê é mais “palpável”. Do ponto de vista emocional, é o período mais estável.

- A interpretação dos movimentos fetais pode ser caracterizada afetiva ou agressivamente, em função das fantasias suscitadas, aceitação ou rejeição da gravidez.

- Começam a surgir fantasias sobre o futuro filho (filho ideal) que não necessariamente são as mesmas para o casal.

- O desejo pode surgir como uma maneira de reafirmar o amor que o companheiro sente por ela ou como expressão de insegurança.

- Perda da identidade corporal; a grávida sente-se estranha em seu próprio corpo, não sendo mais capaz de controlá-lo como anteriormente, fica confusa a percepção de seus limites.

- A gestante perde a dimensão de seu espaço e do seu tempo.

- Surge sentimento de feiúra, base de muitas depressões e fantasias ciumentas a respeito do marido e de possível afastamento numa relação extra conjugal.

- O amor paternal aparece e/ou se desenvolve a partir da percepção e explicação dos movimentos fetais (a maternidade é um fato, a paternidade é um simples pressuposto). Pode acontecer sentimento de inveja que se exprime através da hostilidade, indiferença, rejeição sexual e aventuras extra conjugais.

- O homem reativa o conflito da dissociação da figura feminina, mulher x mãe, Eva x Maria.

3º TRIMESTRE

- Sentimentos contraditórios aparecem: vontade de ter logo o filho x prolongar a gestação, a atenção e as adaptações que se fazem necessárias.

- Sonolência, irritabilidade, dores nas costas podem surgir.

- Ansiedade com a proximidade do parto e o medo da criança não ser normal (fantasia de não produzir bons frutos).

- Medo da dor, do parto, da morte, do descontrole e de não ser uma boa mãe.

- A dor do parto costuma provocar um acesso de angústia que leva a paciente (não preparada) a adotar condutas inadequadas, difundindo a ansiedade no meio familiar e na equipe de saúde. É fundamental o enfoque psicológico para aliviar a crise, favorecendo a participação colaborativa.

4º TRIMESTRE

- Começa com o parto e vai até a aceitação e a integração do novo ser ao esquema do casal. O parto é só um momento, muito mais importante é o pré e o pós parto que representam reconstrução de vida.

- O parto é a separação de dois organismos que até então viviam em simbiose. A partir da expulsão, o bebê adquire vida própria roubando o foco das atenções, o quê, muitas vezes, gera na mãe dificuldades de aceitação desta nova realidade. A dificuldade na elaboração deste conflito, perda x ganho, e na elaboração do luto do filho ideal, podem desencadear o babyblues e até a depressão puerperal.

- A chegada de um filho pode ou não formar um vínculo afetivo saudável entre o casal, pode ou não modificar vínculos familiares e pode ou não propiciar algo bastante afetivo entre mãe e filho. O recém nascido é o detonador de modificações de vínculos e de papéis, o que gera angústia e ansiedade.

- É importante o desenvolvimento da função materna para que a mãe tenha condições psíquicas para assumir e suprir os cuidados e necessidades básicas do bebê.

GRAVIDEZ E SEXUALIDADE

Durante a gestação, na maioria das vezes, ocorre uma diminuição do desejo sexual, excitação e orgasmo, o que é mais freqüente no 1º e 3º trimestres gestacionais. Algumas alterações anatômicas e funcionais podem modificar a resposta sexual. O aumento das mamas pode alterar sua sensibilidade a dor, deixando assim de funcionar como área erógena; edema e congestão da parede vaginal, bem como o aumento do útero, pode gerar desconforto à penetração do pênis. No entanto, estas alterações não impedem o exercício normal da sexualidade, mesmo assim se observa uma modificação no comportamento sexual não só da mulher como também do homem, que às vezes passa a ver a companheira como “mãe” e, portanto, intocável; justificativas como “medo de machucar o bebê”, “medo de romper a bolsa” e “pecado” são usadas pelo casal que passa a ter como único objetivo o filho.

Podemos observar que:

- No 1º trimestre há um bloqueio do desejo sexual, principalmente por causa da insegurança, medo de aborto, náuseas e vômitos. A libido da mulher se volta para o processo de mudanças.

- No 2º trimestre a percepção real da gravidez e a ausência de vômitos, propiciam o aumento do erotismo e da qualidade orgástica.

- No 3º trimestre o volume do ventre dificulta o sexo, que tende a diminuir de freqüência.

- No pós-parto, observa-se uma diminuição do interesse sexual e uma secura vaginal devido a queda das taxas hormonais. Aproximadamente um ano após o parto, o casal deve voltar ao ritmo anterior à gestação. Infelizmente, fatores emocionais negativos associados a dificuldade do casal em administrar crise, acaba provocando ou mantendo a inadequação sexual, tornando-se um distúrbio sexual conjugal.

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

- Ação psicoprofilática, a nível ambulatorial, atuando nas manifestações psíquicas, inerentes a gestação, durante o pré-natal, sob o enfoque da psicoterapia breve.

- Realizar avaliação psicológica, atendimento individual ou grupal, dependendo da demanda, e quando solicitado, emitir parecer psicológico.

- Trabalhar a elaboração das dicotomias: vida x morte, desejo x medo, filho ideal x filho real, bem como no processo de adaptação a mudança dos papéis sociais.

- Na hospitalização, identificar e amenizar as ansiedades, angústias e fantasias negativas inerentes ao quadro clínico, através de técnicas de aconselhamento, clarificação, apoio psicológico, orientação, relaxamento e acolhimento, sob o enfoque da psicoterapia breve.

- Atuar nas situações especiais: prematuridade, má formação, óbito fetal, rejeição da gravidez ou do R.N., estupro, pseudociese, gravidez na adolescência, depressão e psicose puerperal, intercorrências clínico-obstétricas e hospitalização prolongada.

- Favorecer a adaptação da realidade clínico-hospitalar, fortalecendo a estrutura egóica da paciente, afim de que ela coopere com o tratamento.
- Processar a humanização no momento do parto, propiciando a participação colaborativa da paciente.
- Orientar, favorecer e estimular a formação do vínculo afetivo mãe-bebê, o aleitamento materno e o planejamento familiar.
- Acompanhar o médico durante a notícia do óbito, trabalhar as angústias, a perda, favorecendo o processo de elaboração do luto, tanto da mãe, do marido, como dos familiares.
- Atuar como agente interlocutor, como facilitador da relação equipe-paciente-família.
- Promover a integração e humanização da equipe de saúde.
- Participar dos projetos da maternidade e ambulatório, como membro das equipes interprofissionais.
- Realizar interconsultas com a equipe de saúde e discussões de casos clínicos.

PRONTO ATENDIMENTO

Márcia Maria A. Aquino (HMLMB)
Corintio Mariani Neto (HMLMB)
José Antônio Morais Martins (MESM)

1. O pronto Atendimento (PA) será realizado pelos médicos plantonistas (12-7h) e residentes escalados para o PA. Os acadêmicos acompanharão este atendimento, não podendo jamais fazê-lo desacompanhados.
2. Após a realização da história e do exame físico completos, preencher claramente a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), fazendo constar inclusive os exames complementares eventualmente realizados, o diagnóstico e o destino dado à paciente. É obrigatório a identificação do residente com carimbo legível (com nome e CRM) e assinatura do residente e médico orientador ou preceptor que indicar a conduta.
3. Após o atendimento, a paciente terá um dos seguintes destinos, decidido e sob a responsabilidade do médico e do residente:
 - Dispensada com orientação e/ou receita.
 - Colocada na observação do Pronto Atendimento para administração de medicamentos, aguardar resultado de exames, melhor observação, etc. Atenção: Esta paciente deverá ser reavaliada com frequência e, após estabelecimento do diagnóstico e reavaliação do quadro clínico, ser decidido a conduta e o destino da paciente. Todas as avaliações e dados devem estar rigorosamente detalhados nas fichas de atendimento.
 - Internada no pré-parto ou em uma enfermaria. Neste caso solicitar os exames de rotina para todas as pacientes que internarem na maternidade, que são: Hemograma, VDRL, teste rápido para HIV, tipagem sanguínea e fator RH (verificar se a paciente não já apresenta estes exames do pré-natal).
 - Encaminhada para outro hospital (sempre após constato com o hospital para onde a paciente será encaminhada ou através do Central de Regulação de Leitos, caso exista).
4. Quando da internação, a ficha obstétrica deverá ser preenchida integralmente no PA, além da FAA. Para procedimentos cirúrgicos, o laudo para emissão de AIH deverá ser preenchido pelo médico que realizar o procedimento, no momento deste. Para tratamento clínico, o laudo para emissão de AIH deverá ser preenchido pelo médico que assinar a alta da paciente, no momento desta. Caso a paciente tenha feito o pré-natal no Hospital, solicitar o prontuário junto ao SAME. Sempre que possível, anexar o cartão do pré-natal à papeleta de internação.
5. As pacientes encaminhadas do ambulatório de internação da ginecologia para procedimentos eletivos deverão ter sua ficha ginecológica, prescrição e exames de rotina preenchidos no ambulatório.
6. As pacientes internadas para tratamento ginecológico de urgência pela equipe do Centro Obstétrico deverão ter sua ficha de exame ginecológico preenchido na íntegra no PA e complementados, caso necessário, pela equipe da ginecologia da enfermaria.
7. Toda paciente internada pelo PA será encaminhada para a sala de higienização e daí ao seu destino.

8. Toda observação ou dado anotado no prontuário deverá ser datado, com horário, assinado e carimbado. Deve-se procurar manter o prontuário em ordem, atualizado e fazer as anotações corretas.
9. Após a internação, a paciente deverá ser reavaliada para que seja adotada a conduta pertinente, devendo este procedimento ser devidamente documentado na papeleta de evolução.
10. Toda conduta adotada que discorde deste Manual deverá ter justificativa assinada no prontuário.
11. Os exames que podem ser pedidos no PA são:
 - Cardiocografia
 - Hemograma
 - Glicemia
 - Urina tipo I
 - Pregnosticon
 - Tipagem ABO e Rh
 - Ultra-som
 - VHS
 - Teste rápido Anti-HIV
 - RX simples

Observação: os pedidos de urgência deverão ser indicados e assinados pelo chefe médico de plantão.

ULTRA-SONOGRAFIA

Marcelo Giacobbe (HMLMB)
Wu Nan Kwang (HMLMB)
Avelar Holanda Barbosa Júnior (MESM)

EXAMES REALIZADOS PELO SETOR

- ✓ US obstétrico.
- ✓ US morfológico.
- ✓ US pélvico ginecológico (via abdominal e endovaginal): solicitar o exame desta forma e deixar a via de exame a critério do médico ultra-sonografista.
- ✓ US mamário.
- ✓ US abdome total.
- ✓ US hipocôndrio direito.
- ✓ US abdome superior.
- ✓ US rins e vias urinárias.
- ✓ US crânio.
- ✓ Perfil Biofísico Fetal.
- ✓ Dopplervelocimetria obstétrica.
- ✓ Dopplervelocimetria de massas ovarianas e endometrial.
- ✓ Dopplervelocimetria mamária.
- ✓ Ecodopplercardiografia fetal.
- ✓ Histerosonografia (com e sem contraste): para avaliação da cavidade uterina, pólipos endometriais, miomas submucosos e verificação da permeabilidade tubária.

PROCEDIMENTOS ASSISTIDOS PELO SETOR

- ✓ Amniocentese para propedêutica âmnic.
- ✓ Punção de nódulos e cistos mamários.
- ✓ Punção de cistos ovarianos.
- ✓ Derivação urinária em pacientes oncológicos.

ROTINA PARA A MARCAÇÃO DE EXAMES

1. Ambulatório

Preencher a solicitação de SADT em uma via incluindo:

- ✓ Identificação do paciente.
- ✓ Resumo clínico.
- ✓ Tipo de ultra-som (especificar).
- ✓ Assinatura e carimbo.

2. Pronto Atendimento (PA)

As pacientes originárias do PA terão prioridade em atendimento de urgência somente se for devidamente preenchido o impresso de solicitação de exame de urgência. Não serão aceitas solicitações de exames de urgência sem:

- ✓ Carimbo e assinatura do diarista ou plantonista.
- ✓ Justificativa clínica para a necessidade de realização do exame dentro do prazo solicitado.

Os pedidos que não estiverem preenchidos desta forma serão agendados da mesma forma que os exames de rotina do ambulatório.

3. Centro Obstétrico e Enfermarias

- ✓ Solicitar o exame da mesma forma que item A.
- ✓ Obrigatoriamente, o profissional administrativo ou de enfermagem do setor deverá entregar em mãos a solicitação ao Setor de Ultra-som, que se encarregará da realização do exame assim que possível.

RESULTADOS DE EXAME

As pacientes encaminhadas do ambulatório e do PA receberão o laudo após o término do exame. As internadas e as que realizarem ultra-sonografia mamária terão seu laudo anexado ao prontuário.

PREPARO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME

- ✓ US ginecológico: ingestão de 6 copos de água duas horas antes do exame. Bexiga cheia.
- ✓ US obstétrico no primeiro trimestre da gestação: ingestão de 6 copos de água duas horas antes do exame. Bexiga cheia.
- ✓ US obstétrico: necessita de bexiga cheia somente quando a suspeita diagnóstica for placenta prévia e insuficiência istmo-cervical.
- ✓ US de abdome total: jejum de 6 horas e ingestão de 6 copos de água duas horas antes do exame. Administração de Luftal e óleo mineral na véspera do exame. Bexiga cheia.
- ✓ Os demais exames não requerem preparo prévio.

OBSERVAÇÃO

Sempre que possível, recomenda-se que o residente responsável pelo caso acompanhante a realização do exame ecográfico. Esta atitude, não só denota maior interesse pelo diagnóstico, como facilita a troca de informações clínicas com o médico ultra-sonografista, em benefício da própria paciente.

HEMOTERAPIA

Elmo Araújo P. de Melo (HMLMB)
Maria Alessandra Eugênia da Silva (MESM)

INTRODUÇÃO

Alguém já comentou que “a transfusão mais segura, é aquela que foi cancelada e não se realizou”

Hoje, as técnicas imunohematológicas usadas na preparação dos componentes do sangue são sofisticadas, o que leva a uma margem de erro praticamente nula, aliada à tecnologia usada na fabricação de bolsas de coleta, equipos de transfusão, filtros e a realização de testes sensíveis e específicos. Estes são múltiplos para cada doença pesquisada e reduziram, ao mínimo, as doenças transmissíveis por transfusão de sangue.

Contudo, os exames acima são realizados por seres humanos passíveis de erros. Além dos chamados “erros cléricos”, existem os erros burocráticos, como por exemplo, a identificação equivocada de solicitações e amostras de sangue, muitas vezes causando o óbito da paciente.

O ideal é que haja o diagnóstico correto e precoce da condição mórbida, tentando tratá-la com medicação menos agressiva e a identificação e mensuração do componente sanguíneo deficiente antes de indicar uma transfusão. Essa conduta contribui para uma melhora da segurança e da qualidade da transfusão e para a manutenção dos estoques de hemocomponentes e hemoderivados.

INDICAÇÕES DE TRANFUSÃO DE ROTINA EM GINECOLOGIA

1- Glóbulos vermelhos ou concentrado de glóbulos ou papa de hemácias

- ✓ Hemoglobina <9g/dl ou Ht<27%
- ✓ Quadro clínico e PA sistólica <100mmHg, pulso <100bpm
- ✓ Sangramento >500ml em uma única ocasião

Aumento de 1g/dl na Hb ou 3% no Ht^o por unidade de concentrado transfundida.

2. Plasma fresco congelado

- ✓ Sangramento em presença de deficiência de algum fator de coagulação
- ✓ Alongamento do TP e TTPA e fibrinogênio <150mg/dl, na vigência de sangramento.
- ✓ Pacientes com PTT

O plasma fresco congelado contém fibrinogênio, fatores II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XIII e Von Willebrand. O que possui menor meia-vida é o fator VII(6 horas).

A administração de 10-20ml/kg de PFC aumenta os níveis de proteínas da coagulação em 20 a 30%.

3. Crioprecipitado

- ✓ Fibrinogênio <150mg/dl
- ✓ Doença de Von Willebrand
- ✓ Deficiência do fator XIII

Regra empírica - Administrar 1 unidade de crioprecipitado para cada 5 kg de peso do paciente. Fibrinogênio- meia-vida de 4 a 6 dias com recuperação transfusional de 50%.

4. Concentrado de plaquetas

- ✓ Plaquetas $<30.000/\text{mm}^3$, mesmo sem sangramento, até atingir este número.
- ✓ Hemorragia por plaquetopenia. Utilizar tantos concentrados de plaquetas quantos forem necessários, respeitando-se a volemia, até parar o sangramento.

Utilizando-se a fórmula abaixo, pode-se corrigir as plaquetas para um nível mínimo de segurança de $30.000/\text{mm}^3$.

$$\text{N}^\circ \text{CP} = \frac{\text{Pf} - \text{Pi}}{10.000} \times \text{Scm}^2$$

Nº CP: número de concentrados de plaquetas a transfundir

Pf: número de plaquetas desejável

Pi: número de plaquetas presentes antes da transfusão

Scm²: superfície corpórea em m²

5. Albumina humana

- ✓ Pacientes com intensa albuminúria.
- ✓ Indução da diurese quando o paciente estiver com sobrecarga de volume associada ao uso de diuréticos.
- ✓ Pacientes com hipertensão após paracentese.

Obs.: atualmente e quando houver disponibilidade de albumina humana, preferir a mesma ao invés de plasma, nos pacientes com hipoalbumina.

INDICAÇÕES DE TRANFUSÃO DE ROTINA EM OBSTETRÍCIA

1- Glóbulos vermelhos ou concentrado de glóbulos ou papa de hemáceas

- ✓ Paciente anêmica, com quadro clínico de astenia intensa, tontura, escurecimento de visão, ou sem quadro clínico mas com PA sistólica $<100\text{mmHg}$ e pulso $>100\text{bpm}$.
- ✓ Hemoglobina $<10\text{g/dl}$ ou Ht $<30\%$, mesmo sem quadro clínico.
- ✓ Sangramento $>500\text{ml}$ em única ocasião (hemorragia aguda).

2. Plasma fresco congelado, crioprecipitado, concentrado de plaquetas, albumina humana

- ✓ A mesma conduta utilizada na rotina de transfusão citada em ginecologia

Obs.: nas pacientes com anemia falciforme forma homozigota (SS), transfundir concentrado de glóbulos (AA) até atingir níveis de 12g ou 13g/dl, a fim de transformar a gestante em heterozigota (AS).

Nas pacientes com anemia falciforme, deve-se evitar as seguintes situações:

- ✓ Stress
- ✓ Ácidos
- ✓ Infecção
- ✓ Desidratação
- ✓ Anóxia

INDICAÇÕES DE TRANFUSÃO DE ROTINA EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS

1- Plasma fresco congelado

- ✓ Para recompor a volemia, em choque hipovolêmico. Após obter a normovolemia, solicitar o Ht e outros exames.

2- Concentrado de glóbulos vermelhos

- ✓ Indicado quando Ht <30% em paciente normovolêmico, usando-se de preferência glóbulos, no máximo, com 7 dias de estocagem.

3- Crioprecipitado e concentrado de plaquetas

- ✓ Utilizar na CIVD, além dos itens 1 e 2. neste casos as plaquetas finais, após a parada do sangramento, ficarão em torno de 60.000/mm³ (utilizar a fórmula). Caso necessário, utilizar glóbulos vermelhos, no máximo, com 7 dias de geladeira.
- ✓ Controle laboratorial (coagulograma) intra e pós cirurgia.

Observações:

- ✓ As quantidades utilizadas dos componentes sanguíneos variam de acordo com o peso do paciente e valores encontrados no coagulograma.

Lembre-se que a transfusão de componentes sanguíneos é uma terapêutica de alto risco, portanto, a sua indicação deve ser bem ponderada e analisada com critério.

CONDUTA EM EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

Renata Perches (MESM)

FERIMENTO COM PÉRFURO-CORTANTES CONTATO COM SANGUE OU OUTROS FLUIDOS

1) Atitudes do profissional acidentado

- Lavar o ferimento com água e sabão e ou só água se mucosas.
- Procurar a enfermeira e o médico do setor imediatamente.
- Procurar o serviço de medicina do trabalho dentro de 24 h (como ainda não dispomos, encaminhar-se ao setor de RH ou CCIH para preenchimento de ficha de notificação).
- Realizar acompanhamento clínico-sorológico quando indicado.

2) Atitude da enfermeira do setor

- Fazer uma avaliação inicial do acidente.
- Verificar o paciente fonte, colher sua história clínica e epidemiológica e realizar aconselhamento para realização do teste do HIV, VHB, VHC quando indicado.
- Solicitar ao paciente fonte ou responsável assinar a autorização para realização das sorologias.
- Comunicar a CCIH dentro de 24 horas.

3) Atitude do médico plantonista do setor

- Realizar o atendimento inicial ao profissional acidentado, avaliando o risco da exposição e sua imunidade relacionada ao VHB e tétano.
- Solicitar teste rápido anti HIV, HbsAg e anti HCV de paciente fonte conhecido com sorologia desconhecida.
- Encaminhar o acidentado para o HEHA (Hospital Escola Hέλvio Auto / HDT).

Obs: O funcionário deve iniciar as medicações, caso indicadas, preferencialmente até 2 horas após o acidente e evitar demora no encaminhamento ao HEHA.

*Solicitar sorologia anti- HCV, HbsAg e anti- HIV.

*Para prescrição e entrega dos medicamentos anti-retrovirais, vacinas e ou imunoglobulina anti hepatite B e tétano.

4) Atitude da CCIH

- Orientar e supervisionar o protocolo.
- Consolidar os dados dos acidentes de trabalho a cada 3 meses.

CAPÍTULO 2

OBSTETRÍCIA

NORMAS E ROTINAS GERAIS

PRÉ-NATAL DE GESTANTES NORMAIS

Luís Antônio Fernandes (HMLMB)
Coríntio Mariani Neto (HMLMB)
Ana Aurélio Sales (MESM)

PRIMEIRA CONSULTA

1. Seguir rigorosamente o roteiro e exame físico da ficha do pré-natal.
 2. Não esquecer o exame das mamas (propedêutica completa), toque vaginal e a anamnese sobre aleitamento.
 3. No final, destacar: idade gestacional provável, condições mórbidas detectadas (clínicas e obstétricas) e risco gestacional (baixo, médio, **alto**).
 4. Solicitar os exames complementares de rotina:
 - Tipagem ABO + Rh.
 - Hemograma.
 - Glicemia de jejum.
 - Urina tipo I.
 - Protoparasitológico de fezes.
 - Anti HIV I e II (informar a gestante).
 - Sorologia para toxoplasmose.
 - Sorologia para hepatite B e C.
 - Sorologia para sífilis (repetir no 2º e 3º trimestre).
 - Sorologia para rubéola.
 - Colpocitologia oncológica (vide capítulo Câncer genital e mamário) – na primeira consulta a depender da aceitabilidade da gestante.
 - Ultra-som gestacional endovaginal (se possível mensurar Translucência Nucal).
- Quando necessário:
- TOTG-S (teste oral de tolerância à glicose simplificado).
 - Urocultura + antibiograma.
 - Cultura de secreção vaginal + antibiograma.
5. Em casos de condições patológicas específicas como diabetes, hipertensão, cardiopatias, etc. (vide capítulo específico).

RETORNOS

- Em 30/30 dias até a 32ª semana.
- A partir da 32ª semana: retornos quinzenais.
- A partir da 36ª semana: retornos semanais (até o parto).

Retorno ajustado pelas condições clínicas

- Em todos os retornos, atualizar a idade gestacional, avaliar o risco gestacional, verificar cuidadosamente as queixas da gestante, bem como, realizar exame físico geral e obstétrico. Prestar muita atenção ao ganho ponderal, à pressão arterial, ao crescimento uterino, frequência cardíaca fetal e presença de edema. Diante de qualquer alteração, não hesitar em solicitar exames complementares direcionados para resolução do problema.

- Anotar os dados de interesse no cartão de pré-natal, na ficha de registro do prontuário e um relato da conduta adotada e novos exames solicitados.
- Registrar os resultados dos exames, orientar quanto à conduta e prescrever quando necessário.
- Os resultados dos exames serão apresentados em capítulos específicos.
- Durante acompanhamento deverá ser solicitada nova rotina laboratorial com hemograma, VDRL, EAS e se necessário HIV I e II. Ultra-sonografia gestacional, cardiocotografia e Dopplervelocimetria obstétrica.
- Atenção: Não existe alta do pré-natal. A gestante só deixará de ser acompanhada no ambulatório se for internada em trabalho de parto ou por alguma intercorrência ou após consulta puerperal.

ORIENTAÇÕES:

- Orientação dietética (dentro do possível: dieta normoprotéica, hipoglicídica e hipogordurosa).
- Observar ganho ponderal: em média, 1,5kg ao mês (total 10-12kg). Diante de gestante com ganho ponderal elevado ou IMC(índice de massa corpórea) acima do esperado encaminhá-la para nutrição.
- Encaminhar para vacinação anti-tetânica.
 - Incentivo ao aleitamento materno.
 - Preparo para o parto com estímulo à via vaginal.
 - Não prescrever de rotina polivitamínicos e sais minerais no 1º trimestre. A partir do 2º trimestre, prescrever sulfato ferroso 200mg VO ao dia, antes do almoço ou jantar.
 - Medicação sintomática: evitar medicação desnecessária, particularmente no 1º trimestre. Procurar corrigir distúrbios digestivos com orientação alimentar (dietas leves, dietas com resíduos, etc)
 - Analgésicos: de preferência paracetamol.
 - Antiespasmódicos: hioscina simples ou associada à dipirona. Dar preferência à via retal.
 - Antihelmínticos (vide capítulo parasitoses intestinais durante a gestação).

ENFERMARIA DE PATOLOGIA OBSTÉTRICA

Edson José Leão (HMLMB)
Sílvia Melo (HMLMB)
José Antônio Morais Martins (MESM)

INTERNAÇÃO

- Ao ser admitida na enfermaria de patologia obstétrica, a paciente pode ter duas origens:
 1. Ambulatório de pré-natal da MESM.
 2. Pronto Atendimento (paciente externa).
- O procedimento apresentará algumas diferenças, dependendo da origem.

1. Pacientes do pré-natal da MESM

Pré-natal normal

- Fazer a FICHA DE INTERNAÇÃO pelo Pronto Atendimento.
- Solicitar junto ao SAME a ficha do Pré-natal.
- Na ENFERMARIA DE PATOLOGIA OBSTÉTRICA fazer o PRONTUÁRIO PADRÃO.
- Solicitar sempre os EXAMES DE ROTINA (desde que não constem na ficha anterior).
- DEPENDENDO DA PATOLOGIA, instituir a ROTINA propedêutica e terapêutica do serviço.

Pré-natal de alto risco

- Idem ao item anterior.

2. Pacientes externas

- Internar sempre via Pronto Atendimento.
- Ficha de internação no Pronto Atendimento.
- Solicitação dos exames de rotina pelo Pronto Atendimento.
- Fazer prontuário padrão pela Patologia.
- Dependendo da patologia, instituir a rotina propedêutica do serviço.

REINTERNAÇÕES

- O registro de internação será feito pelo Pronto Atendimento (não fazer nova ficha, encaminhar direto para a Enfermaria de Patologia Obstétrica). Na enfermaria: não fazer nova ficha. Pedir a ficha anterior no ato de entrada.
- Registrar a re-internação e dar seqüência ao atendimento. Acrescentar no prontuário preexistente novas folhas para registro dos novos procedimentos.
- Não fazer novos exames subsidiários sem saber o que já contém o prontuário.

PROCEDIMENTOS

- Seguir as rotinas do Serviço.

RESOLUÇÕES DOS CASOS

- Sempre que possível, os casos deverão ser resolvidos pela equipe da Patologia. Na impossibilidade disto ocorrer, o caso deve ser passado à equipe de plantão pelo(s) médico(s) que estiverem acompanhando a paciente. Nos casos de indicação de resolução eletiva, os residentes da enfermaria de patologia obstétrica deverão, na medida do possível, programar-se para participarem do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) indicado(s) para os casos que estiverem acompanhando.
- Quando não for possível a resolução dos casos pela equipe da Patologia, serão resolvidos pelo plantão, após passagem do caso pelo(s) médico(s) que estiver(em) acompanhando o caso, respeitando-se sempre a orientação da chefia do Plantão.
- Quando os plantonistas forem chamados para atender casos na Enfermaria de Patologia Obstétrica, o procedimento adotado será de responsabilidade dos mesmos e deverá ser registrado nas folhas de evolução do prontuário, respeitando-se sempre a orientação da chefia do Plantão.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

- Rotina a ser pedida para todas as pacientes:

1. Laboratório:

- Tipagem sanguínea ABO + Rh.
- Hemograma (séries vermelha e branca).
- Urina tipo I.
- Sorologia para sífilis: VDRL (se + e $\leq 1:8$, pedir FTA – ABS).

2. Avaliação da vitalidade fetal

- Cardiotocografia (a partir da 30^a semana com intervalos a depender da enfermidade e sua gravidade).
- Ultra-som obstétrico (Com mensuração do volume do líquido amniótico - ILA ou maior bolsão).
- Dopplervelocimetria obstétrica (somente em casos específicos).

CENTRO OBSTÉTRICO (CO)

Moisés Kanas (HMLMB)
Corintio Mariani Neto (HMLMB)
Jorge Francisco Kuhn dos Santos (HMLMB)
José Antônio Morais Martins (MESM)

ASSISTÊNCIA AO PERÍODO DE DILATAÇÃO

1. Toda parturiente internada deverá ter como prescrição básica inicial:

- **Dieta líquida (sucos e água) para pacientes de baixo risco** com prognóstico favorável para evolução para parto normal.
- **Jejum para pacientes de alto risco** ou com possibilidade de evolução para parto cesárea.

Obs.: Tricotomia e enterocлизма não deverão ser prescritos de rotina.

2. Após a internação, a equipe de plantão no Centro Obstétrico deverá adotar a conduta conforme o item 9 das normas para o Pronto Atendimento.

3. Em caso de extrema urgência encaminhado ao Centro Obstétrico ou Centro Cirúrgico, preencher os dados do prontuário por completo após o encerramento do ato praticado.

4. A parturiente poderá deambular ou permanecer sentada ou em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, e os controles deverão ser feitos com rigor e anotado no prontuário, obedecendo-se os seguintes critérios:

- Dinâmica uterina com intervalo máximo 1 hora.
- Frequência cardíaca fetal com intervalo máximo 1 hora.
- Toques vaginais com intervalos de acordo com a evolução de cada caso.
- Amniotomia: Não praticar amniotomia de rotina, salvo em situações específicas.
- Sempre que possível, monitorar o trabalho de parto com o cardiotocógrafo.

Obs.: Em casos específicos, como por exemplo pacientes de alto risco, presença de mecônio, inibição de trabalho de parto prematuro, etc., o intervalo para verificação da dinâmica uterina e da frequência cardíaca fetal poderá ser reduzido.

5. Indicar liberalmente a analgesia de condução (peridural contínua) durante o período de dilatação, particularmente para as primiparurientes.

6. Qualquer mudança de conduta e/ou controles deverá ser realizada pela chefia do plantão e devidamente documentada no prontuário da paciente.

7. A transferência de uma paciente do CO para uma enfermaria será de responsabilidade da chefia do plantão, com prévia consulta ao responsável pelo setor de destino. O encaminhamento deverá ser feito com história clínica, diagnóstico provisório e prescrição médica.

8. Indução, condução e inibição de trabalho de parto, bem como analgesia durante a dilatação, deverão seguir rigorosamente os protocolos de conduta estabelecidos e deverão ser indicadas pela chefia do plantão. A condução do trabalho de parto deverá levar em consideração o partograma e a prescrição de ocitócito deverá ser de acordo com a avaliação do obstetra.

ASSITÊNCIA AO PERÍODO EXPULSIVO

1. Após a entrada da parturiente na sala de parto, instalar caráter para infusão intravenosa **somente nos casos em que for realizada a anestesia de condução**.
2. Controlar a FCF com intervalos máximos de 10 minutos.

3. Os partos normais poderão ser realizados por plantonistas, residentes ou acadêmicos, sendo que estes últimos sempre sob supervisão de um residente. Nos partos de risco materno e/ou fetal é obrigatória a presença de um plantonista na sala de parto.
4. Para as pacientes que não receberam analgesia de condução durante a dilatação, indicar liberalmente a raquianestesia para o período expulsivo, mesmo para os partos normais. Lembrar que ela deve ser realizada exclusivamente pelos médicos anestesistas ou sob supervisão direta destes.
5. Realizar a **episiotomia somente quando indicada (vide normas)**. A perineotomia (períneo >3 cm) deve ser indicada pelo chefe do plantão.
6. Aguardar parto espontâneo quando estiver evoluindo normalmente. Quando necessário, utilizar o fórcepe ou o vácuo extrator para abreviação do período expulsivo (vide normas para vácuo extração).

Atenção: é absolutamente proibida a aplicação de fórcepe com bloqueio bilateral dos nervos pudentos, salvo indicação específica assinada pelo chefe do plantão.

7. Laquear o cordão após os primeiros movimentos respiratórios do RN. Solicitar sempre a presença do neonatologista na sala de parto. Sempre colher sangue do cordão umbilical para exames. **ROTINEIRAMENTE, O RN DEVERÁ SER COLOCADO EM CONTATO COM A MÃE.**
8. Aguardar a dequitação espontânea. Realizar a revisão da placenta e dos anexos ovulares.
9. Fazer a revisão do canal de parto, sistematicamente, em todas as pacientes, sob anestesia de condução. Suturar as lacerações, bem como realizar os pontos profiláticos na comissuras labiais com categut 0 simples.
10. Episiorrafia por planos com categut 0 simples.
11. Realizar toque retal sistemático.
12. Preencher minuciosamente o prontuário na parte correspondente ao período expulsivo e dequitação.
13. Prescrever de acordo com a rotina do protocolo de conduta. Lembrar que não há indicação de manutenção de soro e/ou sonda nos partos vaginais, a não ser nos casos de exceção.
14. Manter a paciente em observação na sala de recuperação durante uma hora após o parto. Após este período, a puérpera poderá ser liberada para enfermaria pelo médico de plantão com carimbo e assinatura legíveis, após completa revisão de toda a ficha obstétrica e descrição do procedimento realizado, efetuando as eventuais correções necessárias. A responsabilidade da ficha será do residente que realizou o procedimento e do médico do plantão que autorizou a transferência da paciente para a enfermaria.

NORMAS PARA EPISIOTOMIA E EPISIORRAGIA

As evidências científicas mostram que a episiotomia, em casos selecionados, é mais benéfica do que a episiotomia rotineira (menor risco de complicações febris, dor e lesões severas vaginais ou perineais). Seguem-se abaixo as indicações de episiotomia seletiva.

Atente-se par ao fato de que primiparturiente não deve ser considerada como indicação rotineira (vide Bibliografia).

1. Indicações principais

- Primiparturiente (seletiva).
- Apresentação pélvica.
- Feto prematuro ou de baixo peso.
- Utilização de fórcepe.

2. Técnica

- Dar preferência à episiotomia médio-lateral direita com bisturi.
- A perineotomia somente poderá ser feita quando a altura do períneo (distância entre a fúrcula vaginal e o ânus) for maior que 3 cm e indicada pela chefia do plantão.

3. Técnica de sutura

- Usar sempre fio de catgut 0 simples.
- Mucosa: pontos contínuos ancorados desde o ângulo da incisão até as carúnculas himenais.
- Musculatura: aproximação das camadas profunda e superficial separadamente e com pontos simples separados.
- Pele: pontos simples ou de Donatti.

4. Terminada a sutura, realizar sistematicamente:

- Palpação abdominal: verificação do “globo de segurança” de Pinard.
- Toque vaginal, à procura de corpo estranho (gaze).
- Toque retal, para verificar presença de lacerações ou transfixação do reto.

ROTEIRO BÁSICO PARA APLICAÇÃO DE FÓRCIPE

É procedimento tocúrgico destinado a extrair o feto através de um fórcepe aplicado no pólo cefálico. Tem função de apreensão, rotação e tração do pólo cefálico.

Os partos com fórcepe serão realizados pelos residentes, sempre **sob supervisão de um médico do plantão**. O tipo de fórcepe e a técnica a ser empregada serão orientados pelo plantonista responsável.

1. Paciente em posição ginecológica sob anestesia (raqui ou peridural).
2. Anti-sepsia e colocação de campos.
3. Sondagem vesical de alívio.
4. Confirmação da variedade de posição e altura da apresentação.
5. Apresentação espacial do fórcepe.
6. Introdução das colheres de acordo com a técnica indicada.
7. Articulação das colheres e verificação da pega.
8. Tração de prova, precedida pela rotação quando necessário.
9. Episiotomia.
10. Tração do pólo cefálico até o posicionamento do hipomóclio.
11. Desarticulação e retirada das colheres em ordem inversa à introdução.
12. Ultimação do parto.

1. Indicações:

- Abreviação do período expulsivo (profilática, exaustão materna, cardiopatas, pacientes com cesárea anterior, inércia uterina).
- Sofrimento fetal agudo.
- Distócias de rotação.

2. Contra-indicações:

- Desproporção cefalopélica, placenta prévia centro-total ou centro-parcial.
- Apresentação córmica.
- Apresentação cefálica defletida de 2º grau (frente) e 3º grau (face).
- Feto morto há muito tempo (preensão e tração ineficientes).
- Prematuridade.
- Suspeita de macrosomia.
- Anomalias cranianas (hidrocefalia, etc.).
- Colo sem dilatação total.

3. Condições de aplicabilidade: colo com dilatação total, bexiga e reto vazios, cabeça normal (nem grande nem pequena), feto no termo ou próximo de termo, feto vivo ou morto recentemente, cabeça encaixada (+2 ou +3 do plano do Delee), bolsa das águas rota e proporção cefalopélvica.

Descrever sempre minuciosamente a aplicação do fórcepe, imediatamente após seu término, anotando as condições maternas e fetais, a indicação do uso do fórcepe, as eventuais intercorrências ou acidentes e condições do RN. Assinar e carimbar sempre.

ROTEIRO BÁSICO PARA VÁCUO-EXTRAÇÃO

É procedimento tocúrgico destinado a extrair o feto através de dispositivo de vácuo aplicado ao couro cabeludo.

1. Indicações:

- Abreviação do período expulsivo (profilática, exaustão materna, inércia uterina).
- Sofrimento fetal agudo.

2. Contra-indicações:

- Impossibilidade do parto vaginal (desproporção cefalopélica, placenta prévia centro-total ou centro-parcial).
- Apresentação córmica.
- Apresentação cefálica defletida de 2º grau (frente) e 3º grau (face).
- Apresentação pélvica.
- Feto morto há muito tempo (sucção e tração ineficientes).
- Prematuridade.
- Suspeita de macrosomia.
- Anomalias cranianas (hidrocefalia, etc.).

3. Condições: colo com dilatação total, bexiga e reto vazios, cabeça normal (nem grande nem pequena), feto no termo ou próximo de termo, feto vivo ou morto recentemente, cabeça encaixada (+2 ou +3 do plano do Delee), bolsa das águas rota e proporção cefalopélvica.

4. Técnica:

Os partos com vácuo serão realizados pelo residente sempre com supervisão de um médico plantonista. A escolha do tipo de campânula e a técnica serão orientadas pelo plantonista responsável.

Tempos principais da aplicação do vácuo:

2. Paciente em posição de litotomia (anestesia não necessária).
3. Bexiga e reto vazios.
4. Anti-sepsia e colocação de campos.
5. Confirmação da variedade de posição e altura da apresentação.
6. Apresentação espacial do vácuo extrator.
7. Introdução da campânula o mais próximo possível da fontanela lambdóide.
8. Verificação da pega.
9. Realização do vácuo até a pressão de 10 cmHg e nova verificação da pega.
10. Realização do vácuo até 55cm Hg, durante contração uterina; nova verificação da pega.
11. Tração do pólo cefálico obedecendo a linha de direção fetal, auxiliada pelos puxos.
12. Alívio da pressão até 10 cm Hg, caso não tenha havido o nascimento; repetição dos tempos 9 e 10. Obs: não há necessidade de episiotomia/perineotomia de rotina.
13. Alívio total do vácuo e retirada da campânula.
14. Ultimação do parto.
15. Coleta de sangue da artéria e veia umbilicais para pH e gasometria.
16. Revisão do anal de parto.

Descrever minuciosamente a cirurgia, imediatamente após o seu término, inclusive no tocante ao número de trações e de escapes, anotando as condições maternas e fetais, a indicação do uso do vácuo extrator, as eventuais intercorrências ou acidentes e as condições do RN. Assinar e carimbar sempre.

ROTEIRO BÁSICO PARA CESÁREA

A cesárea deverá ser indicada rigorosamente sob critérios obstétricos e sempre pela chefia do plantão. Salvo casos especiais, muito bem selecionados pela chefia do plantão, a técnica de escolha será a cesárea segmentar transversa transperitoneal. A abertura da parede poderá ser longitudinal ou transversa (Pfannenstiel), dando-se preferência a esta última.

Tempos principais:

1. Incisão na pele e subcutâneo com bisturi. Se houver cicatriz de laparotomia anterior, removê-la, incluindo pele e subcutâneo. Hemostasia.
2. Incisão na aponeurose com bisturi e complementada com tesoura.
3. Deslocamento amplo da aponeurose nas incisões de Pfannenstiel.
4. Divulsão digital dos retos abdominais.

5. Incisão longitudinal com tesoura no peritônio parietal.
6. Incisão arciforme com tesoura no peritônio visceral.
7. Botoeira, com bisturi, no miométrio.
8. Histerotomia arciforme por divulsão digital ou com tesoura (opção preferível em caso de cesáreas anteriores). A opção por histerotomia segmento-corporal ou corporal clássica deverá ser de indicação e supervisão da chefia do plantão.
9. Extração fetal manual ou com alavanca. Em casos de apresentação cefálica alta e móvel, deixar escora (ou aspirar) antes o líquido amniótico o suficiente para permitir sua descida e, assim, facilitar a sua extração.
10. Após a saída do pólo cefálico, aspirar as cavidades oral e nasal do RN com sonda nº 6 ou 8, principalmete se houver mecônio, colocá-lo em decúbito lateral abaixo do nível da placenta e clampar o cordão após o 1º movimento respiratório efetivo. Colher sangue do cordão para exames.
11. Auxiliar a dequitação com compressão fúndica.
12. Revisão sistemática da cavidade uterina.
13. Histerorrafia com catgut 1 cromado ou vicrio 0, pontos simples separados ou, excepcionalmente, contínuos ancorados.
14. Celiorrafia visceral com catgut 0 ou 00 simples, pontos simples contínuos.
15. Revisão dos anexos e da cavidade peritoneal.
16. Celiorrafia parietal com catgut 0 ou 00 simples, pontos simples e contínuos.
17. Aproximação da musculatura com catgut 0 simples, pontos separados.
18. Revisão cuidadosa da hemostasia.
19. Sutura da aponeurose com algodão 0 ou 00 ou vircryl 0 ou cromado 1, pontos simples separados.
20. Aproximação do subcutâneo com catgut 0 ou 00 simples, pontos simples ou de Donatti.
21. Curativo compressivo sistemático.

Descrever minuciosamente a cirurgia, imediatamente após o seu término. Sempre deverão constar da descrição: as condições maternas e fetais, os diagnósticos pré e pós-operatórios, as intercorrências e as condições do RN. **Assinar e carimbar sempre.**

ASSISTÊNCIA AO 4º PERÍODO (DE GREENBERG)

1. Após o parto, a puérpera deverá permanecer em observação na sala de recuperação (puerpério imediato), no mínimo, por uma hora.
2. Neste período, deverão ser observados atentamente:
 - Mucosas.
 - Pulso e pressão arterial.
 - Contração uterina (globo de segurança de Pinard).
 - Ferida operatória (se necessário, remover o curativo).
 - Loquiação.
3. Todos os dados acima deverão ser descritos no prontuário, com horário, assinados e carimbados.
4. Após este período de observação, a paciente poderá ser encaminhada à enfermaria, de acordo com item 14 (assistência ao período expulsivo).

PRESCRIÇÃO PÓS-PARTO

Vide prescrição de rotina (PO imediato) no capítulo “Normas para o Alojamento Conjunto”.

Competência dos residentes no CO

1. A princípio, os partos absolutamente normais podem ser realizados por acadêmicos, com a presença de um residente no campo.
2. Todo ato operatório deve contar com a presença do médico responsável **na sala**.
3. A permissão para o acadêmico ou residente realizar qualquer procedimento que não seja de sua competência é de inteira responsabilidade da chefia do plantão. Tal autorização deve ser anotada no prontuário da paciente.
4. Compete ao chefe do plantão, bem como aos demais plantonistas, realizar partos, cirurgias ou qualquer procedimento médico que seja atribuição do residente, sempre que julgar necessário, assim como determinar quem deve entrar no campo operatório para auxiliá-lo.

Compete ao R1:

1. Fórcepe de alívio.
2. Fórcepe baixo em cefálica fletida anterior (abreviação de período expulsivo).
3. Primeira cesárea, desde que não seja de urgência, ou seja, desde que ausentes: sofrimento fetal agudo, hemorragia, eclâmpsia, acidente de cordão, etc.
4. Curetagem uterina por abortamento incompleto.
5. Salpingectomia por prenhez ectópica.
6. Laqueadura tubárea pós-parto (somente quando tiver indicação precisa).
7. AMIU.

Compete ao R2

5. Fórcepe em cefálica fletida transversa ou posterior (distócia de rotação).
6. Fórcepe em bregmáticas.
7. Cesáreas de médio ou alto risco: uma ou mais cesáreas anteriores, apresentações anômalas, sofrimento fetal agudo, hemorragias, eclâmpsia, cesárea segmento corporal, etc.
8. Curetagem uterina por abortamento retido, moléstia trofoblástica e puerperal.
9. Parto pélvico.
10. Versão e extração pélvica em segundo gemelar.
11. Histerectomia puerperal.
12. Vácuo extração.

CARDIOTOCOGRAFIA

Maria Laura Dantas Brandão Santiago (MESM)

ROTINAS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME:

- AMBULATÓRIO, PRONTO ATENDIMENTO E ENFERMARIA DE PATOLOGIA OBSTÉTRICA
 - ✓ O agendamento dos exames de rotina solicitados pelo PA ou ambulatório deverá ser feito na própria sala de cardiocotografia com a funcionária do setor e, na ausência desta, com a funcionária do setor de Ultra-sonografia.
 - ✓ Os exames solicitados pela enfermaria de patologia obstétrica ou de urgência solicitados pelo PA ou ambulatório deverão ser realizados pelos profissionais designados para tal (residentes, médicos, técnicos de enfermagem treinados). Todos os traçados deverão ser analisados e o laudo emitido de imediato pelo médico e/ou residente escalado para tal ou pelo médico ou residente que está acompanhando a paciente. Na ausência destes profissionais, o laudo deverá ser dado pelo residente do pronto atendimento, sempre com o aval do médico plantonista.
 - ✓ Em caso de pacientes externas, o laudo, devidamente assinado, deverá ser entregue à paciente. Já nos casos de pacientes internadas, o laudo, também devidamente assinado, deverá ser encaminhado ao prontuário da paciente.

Atenção: Caso o médico ou residente que analisar o traçado encontre alterações significantes, que possam sugerir o comprometimento da vitalidade fetal, deverá tomar providências no sentido de orientar a paciente a procurar assistência, comunicar o médico assistente e/ou prestar assistência à paciente.

ASPECTOS TÉCNICOS E SISTEMATIZAÇÃO DO EXAME

- Gestante acima de 30 semanas com algum fator que possa interferir na vitalidade fetal.
- O exame pode ser realizado em qualquer horário desde que a paciente não esteja em jejum prolongado.
- Verificar a pressão arterial antes de iniciar o exame e sempre que surgirem alterações na FCF.
- Realizar as manobras de Leopold para identificação correta da apresentação e Posição fetal.
- Colocar a paciente em posição de semi-Fowler ou em decúbito lateral oposto ao dorso fetal, colocar os transdutores (Cardiotransdutor e tocotransdutor), entregar a paciente o marcador de eventos;
- Iniciar o registro apenas quando houver boa captação do sinal cardíaco fetal e sempre na velocidade de 1cm / mim. É melhor perder alguns minutos



a procura do foco que interromper o exame varias vezes devido à má qualidade do traçado.

- De um modo geral o intervalo entre os exames varia de um a sete dias de acordo com a enfermidade da paciente.
- O exame terá duração de 10 minutos se ocorrer a presença de pelo menos uma aceleração transitória. Caso isto não ocorra, a realização do estímulo sônico deverá ser efetuada.

PADRONIZAÇÃO

- **Linha de base normal** é aquela cujo valor se encontra entre 120 a 160 bpm.
- **Variabilidade normal** é considerada com valores entre 6 a 25 bpm.
- **Aceleração transitórias (AT)** são ascensos transitórios da FCF, com amplitude de pelo menos 15 segundos.
- **Espicas** são quedas rápidas e pouco amplas da FCF relacionadas ou não com o movimento fetal e não apresentam significado clínico.
- **Desacelerações prolongadas** são caracterizadas por quedas de natureza rápida ou lenta, de amplitude variável, porém superior a 15 bpm, com duração de 2 a 3 minutos e retorno lento a linha de base. Frequentemente são associados a hipotensão materna e/ou a hipertonia.
- **Desaceleração umbilical** segundo o NIH é a queda superior ou igual a 15 bpm com duração superior ou igual a 15 segundos e duração superior a 2 minutos.
- **DIP I ou desaceleração precoce** é a queda gradual da FCF coincidente com a contração uterina com decalagem, termo que se dá ao intervalo entre o nadir da desaceleração (ponto mais baixo) e o ápice da contração, menor que 18 segundos.
- **DIP II ou desaceleração tardia** - Caracteriza-se pela queda gradual da FCF e retorno lento a linha de base, com decalagem superior a 18 a 20 segundos, sempre após contrações uterinas.
-

CLASSIFICAÇÃO

- Utilizamos a classificação da FIGO 1987.
-

Parâmetro	Resultado		
	Normal	Suspeito	Patológico
Linha de base	110 a 150 bpm	100-110 ou 150-170	<100 ou > 170
Variabilidade	10 a 25 bpm	5-10 (>40mim) ou >25	<5 (>40mim) ou sinusoidal
Aceleração transitória	> ou = 2	Ausentes (>40 mim)	Ausentes

Desaceleração	Ausentes	Ocasionais ou pequenas	Recidivantes ou grandes , prolongadas ou tardias.
---------------	----------	------------------------	--

ANESTESIA

Arlete Perciano da Rocha Camerino (MESM)

INTRODUÇÃO

Estamos vivenciando uma época em que é imprescindível ter nos hospitais normas técnicas profissionais e educativas para promover o bem estar dos nossos pacientes.

Pensando nisso, o Serviço de Anestesiologia da Maternidade Escola Santa Mônica idealizou este protocolo e rotinas para que a gestante, ao chegar à esta maternidade esteja preparada física e psicologicamente para o enfrentamento perante o trabalho de parto e suas conseqüências.

OBJETIVOS

- Trabalhar com condutas definidas únicas.
- Bem estar do paciente.
- Evitar centralização da dor e problemas futuros.
- Permanência hospitalar curta.
- Diminuir os custos hospitalares.
- Melhorar a qualidade do serviço.
- Diminuir a morbimortalidade.
- Melhorar a evolução clínica.
- Diminuir a incidência de complicações no pós-operatório.
- Alta hospitalar precoce e, assim, maior disponibilidade de leitos.
- Prontuários melhores documentados em casos de questões processuais.

PRÉ-OPERATÓRIO

1.1 - AMBULATÓRIO DE ANESTESIA:

Importante para evitar o stress pré-operatório, pois sabemos que, se não tomarmos condutas preventivas, o stress desencadeará liberação de substâncias levando a alterações hemodinâmicas que vão repercutir durante a cirurgia e no pós-operatório.

No ambulatório, através da anamnese, exame físico e averiguação dos exames, poderemos conhecer nossa paciente pesquisando uso de drogas, alergias, doenças associadas, orientar como vai ser a anestesia e esclarecer a paciente a respeito dos riscos anestésicos cirúrgicos.

Se necessário, serão solicitados mais exames para maior segurança da equipe e escolha da melhor técnica anestésica.

A paciente será orientada sobre o jejum pré-operatório e a prescrição e utilização de medicação pré-anestésica.

Deverá funcionar junto com os obstetras e ginecologistas em regime ambulatorial.

- Pacientes alvo - Gestantes em regime ambulatorial.
- Pacientes do serviço de ginecologia.

Para melhor documentação quanto a eventuais processos, a paciente deverá assinar consentimento informado sobre o procedimento a que será submetida.

1.2 - PACIENTES INTERNADAS

Visita pré-anestésica – Deve constar anamnese e exame físico criterioso, com pesquisa de fatores de risco para complicações anestésicas e pós-operatórias, assim como grupo de risco anestésico. Deve-se pesquisar a última ingestão de alimentos e esclarecer e tranquilizar a paciente sobre qual vai ser o procedimento anestésico ideal para a mesma e, se necessário, prescrever medicação pré-anestésica de acordo com cada caso.

Obs.: Deve-se escrever tudo no prontuário, na folha específica para tal.

ANESTESIA

Abortamento incompleto (Técnica anestésica) – Anestesia de condução (raque ou peridural) para pacientes de estômago cheio. Anestesia geral para pacientes com tempo de jejum adequado (6 horas para líquidos e 8 horas para sólidos).

- Durante o trabalho de parto

Analgesia de parto

Consiste em amenizar ou abolir a dor do trabalho de parto.

Antigamente, o uso de drogas que relaxavam muito a musculatura, tanto uterina como as da pelve, prolongavam o trabalho de parto.

O surgimento de procedimentos menos invasivos, como o TENS e acupuntura, possibilitou o alívio das dores, principalmente no início do trabalho de parto.

Antigamente, para maior segurança materno-fetal, preconizavam-se os centímetros de dilatação para início da analgesia. Hoje, com o advento de drogas opióides analgésicas potentes, em uso no espaço peridural e raquidiano, não se usa mais este fator (o da dilatação) e sim o da solicitação e necessidade da paciente, pois sabemos que o limiar de dor difere em grau para cada ser humano. Basta ter uma boa dinâmica uterina.

Analgesia não prolonga, mas sim diminui o tempo do trabalho de parto.

MÉTODOS

Naturais sem drogas

a) Hipnose – Técnica muito boa porque acalma, sem drogas, não interferindo com o trabalho de parto e com o feto, mas é necessário o bom conhecimento desta técnica para utilizá-la e a paciente ser facilmente hipnotizável.

b) Acupuntura - Também como a anterior, necessita de profissional habilitado. Importante no primeiro estágio do trabalho de parto.

c) TENS (estimulação elétrica nervosa transcutânea) - Consiste na colocação de eletrodos perto da raiz nervosa a ser estimulada. No nosso caso de T10 a L1 e de S2 a S4 . Esta técnica ajuda bastante a parturiente, sendo necessário ter aparelhagem apropriada e que o grupo de anestesia seja orientado para o uso.

Com utilização de fármacos

Dependendo da experiência de cada profissional e do estágio do trabalho de parto, temos as seguintes técnicas:

1 - Intramuscular, geralmente usada pelo obstetra.

2 - Inalatória, que, em nosso meio, não está bem difundida.

3- Bloqueios regionais: anestesia peridural com punção única ou com cateter, raque anestesia ou raque peridural combinada.

4- Bloqueio de nervos periférico (pudendo): Uso em período expulsivo. Não é boa para o que nos propomos (analgesia durante o trabalho de parto). Restrito para o período expulsivo.

Cesarianas

a) Paciente inconsciência por eclâmpsia grave ou choque hipovolêmico

Proceder de acordo com o estado geral da paciente. Técnica anestésica - Anestesia geral com indução rápida, pensando no uso de drogas que passem menos pela placenta e que não altere o relaxamento uterino.

b) Paciente consciente

Técnica anestésica

Anestesia geral - Indicada em cardiopatias descompensadas com IC grave, edema agudo de pulmão, estenose mitral, asmática em crise, uso de anticoagulantes, plaquetopenia, infecção no local de punção, colunas com difícil acesso aos espaços e recusa absoluta da paciente.

Anestesia condutiva – Pacientes hípidas, cardiopatias compensadas, uso de anticoagulantes de curta duração (clexane) e com doenças pré-existente compensadas.

Obs.: Durante o procedimento cirúrgico o anestesista deverá iniciar a analgesia pós-operatória.

Sala de recuperação pós-anestésica

Todas as pacientes deverão, de rotina, ser encaminhadas para uma assistência imediata na sala de recuperação pós-anestésica. A alta deve seguir os critérios de Aldrete e Kroulik, devidamente checados pelo anestesiológista responsável pelo plantão, sempre documentando no prontuário.

Obs.: Para todas as condutas anestésicas, a instituição deverá ter, de rotina, todas as drogas e aparelhagem em fácil acesso para reanimação cardiorespiratória e difenidramina no carro de emergência para casos de pacientes extremamente alérgicos.

O anestesiológista tem o dever de averiguar todo o equipamento básico para um bom padrão anestésico cirúrgico.

PADRONIZAÇÃO DE DROGAS E CONDUTAS

Parto normal

1 – Inalatória

Técnica não utilizada em nossa meio, a droga de escolha é o óxido nitroso(N2O).

2 – Acupuntura ou TENS - Utilizar estas técnicas no primeiro estágio e no período expulsivo. Fazer raque anestesia em cela ou peridural lombar simples em L4/L5 com pouco volume.

3 –Anestesia peridural contínua - Assim que a parturiente demonstrar necessidade de analgesia e a dinâmica uterina permitir iniciar a analgesia com peridural continua.

Técnica –

a) Período de dilatação - Bloquear de T10 a L1 - bupivacaína 0,25% ou 0,125% 6ml + fentanil 100ug (ampolas de 2ml 50ug/ml) ou sufentanila 10ug (ampolas de 2ml 5ug/ml) ou ropivacaína 0,2mg por ml. Injetar 6ml associados ao fentanil 100ug ou sufenta na mesma dosagem acima, no início do trabalho de parto, o que facilita a deambulação da paciente. Deve-se observar a evolução do trabalho de parto junto com o obstetra e monitorar as contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal com cardiotocógrafo ou sonar.

a) Período expulsivo - Segunda dosagem - bupivacaína a 0,5% c/ adrenalina ou xilocaína a 2% c/ adrenalina - ambos 10ml.

4 - Raque anestesia em cela - Pacientes em período expulsivo ou indicação de fórceps. Droga utilizada - Xilocaína pesada a 5% na dose de 50mg com a paciente sentada ou bupivacaína pesada a 0,5% na dose de 5mg.

5 - Raque peridural combinada - Existem várias técnicas: a mais utilizada é com agulha apropriada dupla punção. Primeiro instala-se a raque com bupivacaína a 0,5% 0,5 ml associada a 2,5ug de sufentanila. Paciente sentada, neste intervalo, coloca-se o cateter de peridural. Após solicitação de analgesia complementar pela paciente, utilizaremos, pelo cateter, a seguinte dosagem: bupivacaína a 0,125% 6 a 8 ml.

Cesariana

Técnicas

1 – Peridural lombar simples – Punção, geralmente em L2/L3, com agulha descartável, usando, de acordo com o metâmero a ser atingido, de 20 a 30 ml.

Técnica 1 - Bupivacaína a 0,5% c/ adrenalina associado aos opióides fentanil 100ug(2ml) ou morfina de 1,5 a 2mg.

Técnica 2 - Xilocaína a 2% c/ adrenalina associada aos mesmos opióides acima citados, durante a cirurgia, já pensando na analgesia pós-operatória.

Após o nascimento do recém-nascido:

a) Tenoxicam 40mg IV ou diclofenaco 75mg no glúteo ao término da cirurgia.

b) Dipirona 1g IV diluído em água destilada para 10cc na sala de cirurgia

Obs.: Manter no pós- operatório a dipirona 1g IV de horário (6 / 6 h) ou paracetamol 500mg de 6/6 horas e o antiinflamatório de escolha também de horário.

2 – Peridural contínua: Nas pacientes cardíacas e pneumopatas que necessitem doses fracionadas para evitar bloqueios altos e queda brusca de pressão arterial e pulso, a técnica consiste em passar o cateter lombar e fazer doses fracionadas dos anestésicos locais escolhidos para que não haja modificações bruscas de frequência cardíaca e hipotensão. Neste caso, o profissional deverá fazer uma dose analgésica e no, término da cirurgia, retirar o cateter.

Fazer os mesmos procedimentos de rotina de analgesia pós-operatória da peridural simples.

3- Raque anestesia hiperbárica - Punção geralmente em L3/L4 com agulha a mais fina possível (27G).

Drogas: Xilocaína a 5% associada ou não a adrenalina na dosagem de 50 a 100mg ou bupivacaína a 0,5% na dosagem de 10 a 20 mg. Usar os opióides em doses para o espaço subaracnóideo (morfina 60 a 80ug, fentanil 25ug ou sufentanil 2,5ug) associado ao anestésico. Para analgesia pós-operatória, fazer, também, de rotina, o anti-inflamatório e o analgésico já preconizado na técnica peridural.

4- Anestesia geral

Objetivo : Hipnose, analgesia, relaxamento muscular e bloqueio das respostas reflexas do organismo ao stress cirúrgico sem prejudicar o feto.

TÉCNICA

- I) Venosa**
- II) Inalatória**
- III) Balanceada**

Em todas as técnicas:

- a)** Após revisão do material de intubação, equipamentos, escolha das drogas, respeitando-se sempre a passagem útero placentária e monitorizarão adequadas.
- b)** Instalar veia de grosso calibre jelco 20 ou 18.
- c)** Começar a hipnose com um benzodiazepinico.
- d)** Analgesia com analgésicos opióides.
- e)** Relaxamento muscular.
- f)** Intubar.
- g)** E com o anestésico de escolha para cada caso instalar a anestesia para o bloqueio dos reflexos autonômicos.
- h)** De acordo com o estado geral, pensar na analgesia pós-operatória da paciente com analgésicos e/ou anti-inflamatórios.

DROGAS PADRONIZADAS PARA ANESTESIA GERAL EM OBSTETRICIA

Anestésico endovenoso – Thionenbutal, hypnomidate, ketamina, propofol.

Anestésico Inalatório – Etrane, sevorane.

Opióides – Fentanil, alfentanil.

Relaxantes musculares – Quelicin, pancuron, tracrium.

Neurolépticos – Inoval.

Benzodiazepinicos– Diazepam, midazolan.

Analgésicos anti-inflamatórios - Dipirona, diclofenaco sódico, paracetamol.

Anticolinesterásico – Prostigmine.

Antagonista dos opióides – Naloxona (narcan).

PROTOCOLO E ROTINA DE VISITA PÓS-OPERATÓRIA PARA CONTROLE DE DOR E DAS COMPLICAÇÕES DEVIDO A DROGAS INJETADAS OU DO ATO ANESTÉSICO CIRÚRGICO.

PÓS-ANESTÉSICO

Visita pós-anestésica – Para controle de dor pós-operatória e tratar complicações do ato anestésico.

Introdução: Quando o fator primordial da equipe é analgesia pós-operatória e, conseqüentemente, o bem estar da paciente, surge logo em nossa mente o controle do quinto sinal vital: a dor.

Hoje vivemos crescentes mudanças nesta área. A dor pós-operatória está sendo abolida em nossos hospitais. Como exemplo disto temos uma organização norte americana independente sem fins lucrativos (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) que definiu a dor como o quinto sinal vital. Segundo esta organização, o paciente tem o direito de ter sua queixa de dor considerada e tratada de

forma efetiva e cabe às instituições a responsabilidade sobre a execução destes direitos em todos seus aspectos.

Quando programamos uma cirurgia ou sofremos um trauma agudo tipo acidental, este tipo de dor é previsível com fisiopatologia bastante conhecida, auto limitada no tempo se bem tratada. Entretanto, esta dor poderá se cronificar caso não seja levado em consideração a queixa do paciente e seja mantida uma rotina para bloquear a cascata da dor em todos os sentidos.

O que nos impede de melhorar é a educação de todos da área de saúde no sentido de tirar o temor de usar opióides potentes. A má orientação dos nossos para-médicos faz com que nos deparemos com a seguinte missão: dar conforto aos nossos pacientes com segurança.

O bom entrosamento entre a equipe é importante para melhor a qualidade de atendimento prestado. Por isto o planejamento da analgesia pós-operatória deverá ser uma obrigação do anestesiológista inserido nesta equipe desde o ambulatório de anestesia até o controle total da dor no pós-operatório.

Fazendo uma conceituação moderna, poderemos afirmar que a qualidade da anestesia cirúrgica é avaliada pela preocupação do profissional em dar uma boa analgesia após o ato anestésico cirúrgico.

No começo de nossa especialidade, não nos preocupávamos com a dor pós-operatória, deixando com o cirurgião esta rotina. Hoje em dia, com o advento de novas drogas altamente eficazes e evolução de conceitos, temos também que evoluir e atender nossos clientes com um pós-operatório sem dor. Logo, é obrigação do anestesiológista conhecer tão bem o seu paciente quanto o cirurgião e juntos chegarmos à melhor proposta analgésica para cada caso. No Brasil, apesar das diferenças sócio-econômicas e culturais, temos visto que os colegas em todos os estados têm perseguido os mesmos objetivos.

Na verdade, atualmente, temos várias opções para impedir que o paciente saia da sala com dor, tanto tecnicamente, com tipos de anestesia e drogas potentes, como bombas de infusão. Falta apenas a utilização destes recursos, o que só poderá acontecer com uma melhor educação dos que trabalham nesta área.

Nós da Maternidade Escola Santa Mônica estamos nos engajados neste trabalho e juntos conseguiremos fazer um pós-operatório digno e humano para nossos pacientes.

Analgesia pós-operatória

Feita pelo anestesiológista do pós-operatório

- a) Avaliar a paciente nas primeiras 24 horas com escalas visual analógica ou numérica de dor.**
- b) Prescrever a analgesia segundo a rotina já iniciada na sala de cirurgia.**

Complicações pós-operatórias

Prurido após o uso de morfina

Etapas

Ao usar morfina, prescrever na papeleta:

- 1° - 1 amp. de fenergan (cloridrato de prometazina 2ml com 50mg) 1ml 25mg s/n (ao aparecer o prurido) IM.**
- 2° - Dexametasona 0,1mg por kg de peso IV.**

Caso não regrida, chamar o anesthesiologista para prescrever naloxona (narcan 0,02 mg/ml 2ml).

3° - Naloxona (narcan) 1 amp diluída em 5 ml de água destilada, lentamente, em doses inicialmente de 1ml, espera-se 3 minutos e injetar a cada 3 minutos mais 1ml. Observar melhora do prurido, pressão e respiração. Dose total uma ampola.

Depressão respiratória, retenção urinária

Naloxona na dosagem acima citada. Nos casos mais graves, indicar UTI. Sempre deixar em observação, pois as doses dos opióides ultrapassam o tempo da naloxona. Após essa dosagem, se necessário, completar uma hora depois com a mesma dosagem acima citada (dose total 2 ampolas). Atenção para as reações adversas da naloxona: náuseas, vômitos, taquicardia, aumento da pressão arterial, tremores, sudorese, excitação, hipotensão, taquicardia ventricular e edema agudo de pulmão.

Náuseas e vômitos

Primeiro prescrever anti-heméticos. Se não regredir, introduzir a mesma conduta da depressão respiratória.

Cefaléia pós-raque

Imprescindível uma boa avaliação clínica da paciente pelo anesthesiologista, porque a conduta difere, dependendo do quadro clínico. Tratar a paciente inicialmente com hidratação oral e venosa, analgésicos e anti-inflamatórios sendo acompanhada pelo anesthesiologista por 24 horas. Se não regredir, punção lombar com injeção de sangue autólogo. Em casos de cefaléias graves, fazer a punção com injeção de sangue autólogo imediatamente.

Técnica - Repouso no leito por 24 horas.

Orientar para ingestão maior de água via oral.

Hidratação – Solução glicosada 5% 1000ml.

Solução fisiológica 0,9% 1000ml.

Ringer Lactato 1000ml.

Prescrever – Analgésicos dipirona 1g de 6/6 h IV no período da hidratação. Depois passar para oral, 500mg de 6/6h, ou paracetamol, 500mg oral de 6/6h,

- **Anti-inflamatórios** - Diclofenaco sódico oral, 1 comp. de 8/8h ou tenoxicam 20 mg oral de 12/12h.
- **Anti-eméticos** - Pacientes com náuseas, metoclopramida (plasil 10mg) 1amp IV diluído em água destilada, 10ml lento no soro de 8/8h.

OUTRAS COMPLICAÇÕES

Parestesias, lesão neurológica, reações adversas a drogas, choque anafiláticos, coma e morte acidental

Requerem uma boa integração da equipe com a paciente e seus familiares. Se mantivermos no propósito de humanização, um bom diálogo claro e eficiente e uma boa qualidade profissional e técnica, conseguiremos, com certeza, administrar bem os nossos acidentes.

Conduta: 1 - Entrar em contato com a paciente e familiares e esclarecer dúvidas a respeito do acidente para maior segurança da equipe devido a questões legais.

2 - Orientar e acompanhar o quadro até a sua regressão e estabilidade.

ROTINA DE CONTROLE PARA DOR AGUDA E CRÔNICA NO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DA CASA MATERNAL SANTA MÔNICA

Anestesiologista - Dra Arlete Perciano da Rocha Camerino

JUSTIFICATIVA

O mundo está numa corrida contra a dor. Todos os profissionais da área de saúde preocupados com o controle da mesma. Por isto, nós que fazemos parte do serviço de ginecologia da Maternidade Escola Santa Mônica estamos elaborando esta rotina para que juntos possamos evitar este sintoma, hoje considerado o nosso quinto sinal vital e passível de controle através de drogas potentes e mensurado através de tabelas apropriadas dia-a-dia, anexadas nas papeletas em nossos hospitais.

OBJETIVOS

1 – Controle eficaz da dor nos nossos pacientes.

2 – Pós-operatório tranquilo.

3 - Humanização.

4 - Satisfação dos pacientes.

5 – Economia com gastos no pós-operatórios.

6 – Alta precoce.

7 – Otimização de leitos.

ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA

Para todas as drogas devemos respeitar as intolerâncias, alergias e doenças associadas com uso de medicações, que poderão interagir com a medicação e intensificar a ação das drogas, causando sintomas e/ou aumentando os efeitos colaterais.

1 - Sala de cirurgia –

a) Bloqueio analgésico com opióides feito pelo anesthesiologista. Se necessário, passar cateter de peridural para controle de analgesia pós-operatório com opióides intra tecal. Checar com a equipe de anesthesiologia o profissional responsável pelo controle pós-operatório.

b) Analgesia com anti-inflamatórios não esteróides tipo preventiva, respeitando a clínica do paciente. Escolher os anti-inflamatórios após a história clínica de alergia, gastrite, doença renal, etc.

(Cetoprofeno, tenoxicam, diclofenaco) - Primeira dose administrada na sala de cirurgia.

Cetoprofeno 100mg dose venosa em 250ml de SG5% .

Tenoxicam 40 mg dose venosa..

Diclofenaco 1 ampola IM glúteo ao término da cirurgia.

c) Analgesia com analgésico simples

Dipirona – 1g EV, anotar hora para controle pós-operatório.

Em pacientes alérgicos, administrar paracetamol oral 500mg 6/6 h (logo após a liberação da dieta oral).

2 – Enfermaria

a) Analgésicos simples

Dipirona – 1g de 6/6h EV ou oral 500mg de 6/6h.

Paracetamol – oral 500mg 6/6h.

b) Anti-inflamatórios

Diclofenaco (voltaren) – 1 ampola no glúteo 12/12h, ou oral 1 comprimido de 8/8h

Tenoxicam (tilatil) – 20 mg endovenosa de 12/12h ou oral 1 comprimido de 12/12h.

Cetoprofeno (profenid) – 100mg em 250 de SG 5% de 12/12h endovenosa ou oral 1 comprimido de 8/8h.

c) Opióides

Tramal (tramadol) – 200mg em 500ml, 100 ml por hora ou 100 mg, uma ampola de 8/8h, via subcutânea ou oral, 1 comprimido de 50mg de 6/6h.

Codeína – 30 mg 6/6h oral.

Dimorf (morfina) – cateter de peridural 1,5 a 2 mg nas 24h.

Nubaim (nalbufina) – 1 ampola 10mg subcutânea de 8/8h.

DORES INTENSAS PROVENIENTES DE TUMORES INOPERÁVEIS

a) Enfermaria

Iniciar com o primeiro degrau da dor (analgésicos, anti-inflamatórios e coadjuvantes).

Não melhora - Segundo degrau da dor com drogas iguais às primeiras mais opióides fracos.

Não melhora - Terceiro degrau da dor com as drogas do primeiro degrau mais opióides fortes.

Não respondendo aos tratamentos anteriores, instalar cateter de peridural de demora e fazer analgesia com dimorf (morfina) 1,5 a 2mg ao dia, aumentando a dosagem de acordo com as necessidades da paciente.

Usar paracetamol 500mg de 6/6h e amitriptilina 12,5mg oral 2 x ao dia.

b) Acompanhamento ambulatorial e domiciliar pelo especialista em dor

Prescrição

1) Opióides (dependendo da intensidade da dor). Começando sempre com a melhor via de controle, a oral.

Tramadol (tramal, sensitran) 100mg de 6/6h

Codeína (codein) 30 mg 6/6h

Morfina (dimorf) 30 mg 6/6h

2) Antidepressivo tricíclico

Amitriptilina 12,5 a 75mg, dependendo da tolerância e intensidade da dor.

3) Analgésicos simples

Dipirona 500mg 6/6h oral.

Paracetamol 500mg de 6/6h via oral.

Obs.: Os pacientes que necessitam destas condutas são, na maioria, espoliados, desnutridos, anêmicos, etc. Por isto, temos que ter bastante precaução ao administrar estas drogas, principalmente no início, que é o período de adaptação. Deve-se orientar o acompanhante ou a enfermagem quanto às reações que poderão surgir para que o tratamento seja iniciado o mais rápido possível, assim que o especialista que prescreveu a droga seja comunicado.

Sempre se deve solicitar o acompanhamento de um psicólogo em todos os casos.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Jorge Amarante (HMLMB)

A necessidade do uso de antibióticos, durante o período gestacional, traz à tona questionamentos inevitáveis a respeito da sua segurança para o binômio mãe-filho e é dentro deste contexto que temos um rol de informações que auxiliarão a decidir sobre o uso de um ou outro antibiótico durante o período gestacional e de aleitamento.

principalmente em relação à ampicilina, as doses devem ser 30-50% mais elevadas que em mulheres não grávidas, porque durante a gestação, há eliminação mais acelerada deste antibiótico.

Atingem concentração tecidual satisfatória para o tratamento de infecções maternas e também fetais. As penicilinas isoladamente, mas principalmente quando combinadas com inibidores de β -lactamases (ácido clavulânico, sulbactam ou tazobactam), podem tornar positivo o teste de Coombs.

2. Cefalosporinas

geração I = cefalotina, cefazolina, cefalexina, cefadroxil

geração II = cefoxitina, cefuroxima

geração III = ceftriaxona, cefataxima. Ceftazidima

geração IV = cefepima

as cefalosporinas de todas as gerações acima listadas são de uso seguro durante o período gestacional. Cruzam bastante bem a barreira placentária, mas a concentração sérica materna, portanto, evitar o uso durante a fase de amamentação.

3. Carbapenemas (imipenem, meropenem)

São seguras para o uso durante a gestação e atingem concentrações fetais satisfatórias. A concentração no leite é igual à concentração sérica materna, portanto, evitar o uso durante a fase de amamentação.

4. Monobactam (aztreonam)

Seguro para o uso durante a gestação e atinge excelente concentração materna e fetal. pode ser usada no período da amamentação.

5. Aminoglicosídeos (amicacina, gentamicina, tobramicina e netilmicina)

Podem ser usados com segurança durante a gestação e puerpério (amamentação), mas a dose deve ser elevada ao redor de 20%, exceto nos casos de pré-eclampsia onde os níveis séricos devem ser monitorizados. A estreptomina deve ser evitada durante a gestação em razão do alto risco de ototoxicidade fetal.

6. **Macrolídeos** (eritromicina, azitromicina)

As drogas acima são seguras para o uso durante a gestação, mas com a teicoplanina ainda não se tem experiência suficiente para conclusões sobre sua segurança na gestação.

7. **Glicopeptídeos** (vancomicina, teicoplanina)

O uso da vancomicina é seguro durante a gestação, mas com a teicoplanina ainda não se tem experiência suficiente para conclusões sobre sua segurança na gestação.

8. **Quiolonas** (norfloxacin, ciprofloxacina, ofloxacina, pefloxacina, levofloxacina, gatifloxacina)

São medicamentos que não devem ser usados em obstetrícia em razão da potencial toxicidade à cartilagem de crescimento fetal, além do risco de aumentada pressão intracraniana em neonatos com o uso de ácido nalidíxico, antibiótico este, precursor de todas as outras quinolonas.

1. Tetraciclina

Contra indicações durante a gestação.

2. Clindamicina

Pode ser usada com segurança durante a gestação e as concentrações amnióticas e umbilicais são 30% e 46% menores que as concentrações maternas, respectivamente. A excreção no leite sofre variações individuais e deve-se atentar para eventos adversos no lactente.

3. Metronizadol

Seguro durante o 2º e o 3º trimestres da gestação, atinge excelentes concentrações fetais, com potencial teratogênico discutível no 1º trimestre da gravidez.

4. Sulfonamidas

Evitar no 1º e o 3º trimestres da gestação em razão de potencial teratogenicidade e hiperbilirrubinemia indireta, respectivamente.

5. Cloranfenicol

Seguro para uso durante a gestação, mas é recomendável evitá-lo próximo ao nascimento em razão da possibilidade da ocorrência de “gray-baby syndrome”.

APRESENTAÇÃO PÉLVICA

Márcia Maria A. de Aquino (HMLMB)

INCIDÊNCIA: 3 a 5% dos partos em gestação de termo.

TIPOS:

- PÉLVICA COMPLETA OU PELVIPODÁLICA
- PÉLVICA INCOMPLETA [MODO DE NÁDGAS OU AGRIPINA, MODO DE PÉS (UM OU AMBOS), MODO DE JOELHOS (UM OU AMBOS)].

CAUSAS:

- Vícios de conformação do útero.
- Mioma.
- Prenhez múltipla.
- Oligo ou polidrâmnio.
- Malformação fetal (MF).
- Vício pélvico.
- Multiparidade.
- Placenta prévia; cornual/fúndica.
- Prematuridade.

DIAGNÓSTIO:

1. Clínico

- Palpação: escava incompletamente ocupada, pólo mais volumoso, superfície irregular, redutível, ausência de sulco cervical, rechaço positivo no fundo uterino.
- Foco de escuta: acima da latitude umbilical.
- Toque (sulco interglúteo).

2. Ultra-sonográfico

- Diagnóstico de apresentação.
- Volume da cabeça.
- Deflexão da cabeça.
- MF.

3. Radiológico

- Diagnóstico da apresentação.
- Volume da cabeça.
- Deflexão da cabeça.
- MF.

PROFILAXIA: VERSÃO EXTERNA DURANTE A GESTAÇÃO

1. Condições para realização:

- Feto facilmente mobilizável.
- Paredes abdominal e uterina relaxadas.
- Bexiga vazia.
- Após 32ª semana de gestação.
- Tocólise (apesar de opcional, seu uso é sempre recomendado).

2. Contra-indicações à realização da versão:

- CIUR.
- TPP ou história anterior de RPM.
- Incompatibilidade Rh.
- Polidrâmnio.
- Malformação fetal.
- Primigesta idosa.
- Hemorragia vaginal.

3. Complicações da versão:

- Acidentes do cordão.
- RPM.
- Rotura uterina.
- Trauma fetal.
- Desencadeamento de TPP.

4. Segmento:

Logo após a versão realizar, sistematicamente, cardiotocografia e ultra-sonografia.

MECANISMO DE PARTO:

Desprendimento do pólo pélvico.

Desprendimento das espáduas.

Desprendimento da cabeça derradeira.

ASSISTÊNCIA AO PARTO PÉLVICO

1. Obstetra experiente, presença de anestesista e neonatologista.
2. Maior frequência de:
 - Óbito fetal intraparto.
 - Prolapso de cordão.
 - Traumas.
 - Baixos índices de Apgar ao nascimento.
 - Morte neonatal.

4. Incidência de cesárea: 15 a 100%.

5. Seleção das parturientes:

- Paridade

- Bacia
 - Atividade uterina + prensa abdominal adequadas.
 - Avaliação do feto (peso, hiperextensão, hiperrotação, modo de pés).
- 6.Trabalho de parto monitorizado.
 - 7.Postergar a rotura das membranas (cuidado com prolapso de cordão).
 - 8.Analgesia (peridural contínua).
 - 9.Utilizar manobra de Bracht.
 - 10.Alça de cordão.

O conhecimento e domínio de manobras que possam auxiliar em caso de dificuldades. Falhando a manobra de Bracht, realizar as manobras de Rojas ou Deventer-Muller para liberação do bisacromial.

Ocorrendo encravamento da cabeça derradeira, aplicar o fórcepe de Piper ou realizar manobra de Mauriceau.

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE PERINATAL

- Anóxia intraparto (por compressão ou procidência de cordão).
- Trauma intraparto.
- Peso baixo ao nascer.
- Malformação fetal.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO

Bettina B. Duque Figueira (HMLMB)

Asfixia ao nascimento é uma emergência médica que requer intervenção adequada e imediata. Constitui-se numa das 3 principais causas de mortalidade perinatal em nosso serviço. A sobrevida e o bem-estar do recém-nascido asfisiado dependem das medidas tomadas para assegurar as funções fisiológicas nos primeiros minutos de vida. Os objetivos dos cuidados imediatos na sala de parto são monitorar e apoiar os sistemas respiratório e circulatório do recém-nascido, durante a transição da vida fetal para a vida extra-uterina.

Utilizamos a sistemática de reanimação neonatal proposta pela Academia Americana de Pediatria e Associação Americana de Cardiologia, a qual, aqui no Brasil, é apoiada e difundida pela Sociedade Brasileira de Pediatria e suas filiadas.

ESTAR PREPARADO PARA REANIMAR- Antecipação e preparação constituem-se no primeiro passo para uma reanimação bem sucedida. Portanto, uma história perinatal completa deve ser sempre obtida antes de cada nascimento. Da mesma forma, devem estar sempre presentes e prontos para funcionar em todo nascimento: 1-uma fonte de calor radiante previamente aquecida, 2- todo o material de reanimação em perfeitas condições de uso e disponível para utilização imediata, 3- pelo menos uma pessoa capacitada a realizar TODOS os passos da reanimação e 4-pelo menos mais uma pessoa capacitada a iniciar as manobras de reanimação e auxiliar o primeiro indivíduo.

AVALIAÇÃO- DECISÃO- AÇÃO – A reanimação eficiente é obtida através de uma série de avaliações do recém-nascido seguidas por decisão da conduta necessária e então implementação da ação.

Cada passo posterior dependerá das condições do recém-nascido e da sua resposta à ação anterior.

A avaliação da necessidade de reanimação e dos passos sequenciais baseia-se em 3 sinais: 1- Movimentos respiratórios, 2- Frequência cardíaca e 3-Cor.

Realizam as avaliações sempre nesta ordem, de modo que só se passa ao próximo item quando o anterior estiver normal ou, caso esteja alterado, já tiver sido tomada uma conduta corretiva.

O “A-B-C” da reanimação- Os passos da reanimação do recém-nascido (RN) devem seguir o chamado ABC da reanimação:

A- Manter as vias aéreas pervias (AIRWAY)

Posicionar o recém-nascido

Aspirar boca, narinas e, em algumas situações, a traquéia.

Intubação traqueal quando necessário.

B- Iniciar a respiração (BREATHING)

Estimulação tátil

Ventilação com pressão positiva quando necessário (através de balão e máscara ou balão e cânula)

C- Manter a circulação (CIRCULATION)

Através de massagem cardíaca
Medicações

PASSOS INICIAIS- Uma sequência de ações deve ser realizada assim que uma criança nasce;

Prevenir a perda de calor

- Colocar sob fonte de calor radiante, secar a pele e remover as compressas úmidas.

Manter as vias aéreas pérvias

- Posicionar adequadamente com o pescoço em leve extensão
- Aspirar a boca e depois as narinas.

Avaliação: A necessidade de passos adicionais na reanimação depende das condições do RN. A avaliação deve seguir a sequência anteriormente descrita: respiração- frequência cardíaca (FC) e cor.
A realização dos passos iniciais da reanimação leva menos de 20 segundos, na maioria das crianças.

AVALIAÇÃO

1. Respiração: Se normal, espontânea, prosseguir com a avaliação da frequência cardíaca, caso contrário, iniciar ventilação com pressão positiva.
2. Frequência cardíaca: Deve ser contada em 6 segundos o seu valor multiplicado por 10 para se obter o valor em 1 minuto. Caso se encontre acima de 100bpm, prosseguir com a avaliação da cor, caso contrário, iniciar ventilação com pressão positiva.
3. Cor: Se houver cianose central (mucosas) oferecer oxigênio inalatório. Caso esteja corado ou apenas com cianose de extremidade, aquecer e observar.

Situação especial: líquido amniótico meconial – Requer atuação conjunta do obstetra e do pediatra que recebe o RN

Durante o parto após a liberação da cabeça e antes que se liberem as espáduas: o obstetra aspira a boca, a faringe e o nariz do RN utilizando sonda traqueal de nº 10 ou 12.

Após o nascimento: A conduta do pediatra irá depender das características do mecônio e das condições de vitalidade do RN.

Mecônio espesso ou particulado – Realizar aspiração traqueal sob visualização direta, mediante intubação traqueal, logo após o nascimento. Neste caso não realizar a secagem do RN antes da aspiração, uma vez que este procedimento pode estimular os movimentos respiratórios.

Mecônio líquido

1- **RN em boas condições clínicas:** medidas de reanimação de rotina, sem necessidade de aspiração traqueal.

2- **RN em más condições clínicas:** aspirar traquéia sob visualização direta, mediante intubação.

perpendicularmente à face do RN, fixo, a uma distancia de aproximadamente 1,0cm entre o nariz e a boca. A mão do reanimador posta-se em torno do catéter na forma de “concha” de modo a enriquecer a mistura de ar respirada pelo paciente.

VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA (VPP)

Está indicada nas seguintes situações:

- A criança apresenta apnéia ou “gasping”
- A frequência cardíaca é inferior a 100 bpm ou
- A cianose central persiste após administração de O₂ inalatório.

Material:

- Balão auto-inflável com capacidade de 240 a 750ml, dispositivo de segurança (válvula de liberação de pressão ou manômetro de pressão) e reservatório de oxigênio.
- Máscara de tamanho adequado para a face do recém-nascido.

Técnica:

- Ajustar a máscara à face do RN cobrindo a ponta do queixo, a boca e o nariz.
- Comprimir o balão de modo a obter expansão torácica de 0,5 a 1,0 cm.
- Procurar obter uma frequência respiratória de 40 a 60 irpm, com uma relação de tempo insp./tempo exp. De 1:2. Assim deve-se mentalizar o seguinte ritmo, enquanto se ventila o recém-nascido: aperta-solta-solta

Após 2 minutos de ventilação com pressão positiva, deve ser inserida uma sonda orogástrica para aliviar o estômago do paciente.

MASSAGEM CARDÍACA

É uma intervenção que visa o “C” do ABCda reanimação.

Indicações: Deve-se iniciar a massagem cardíaca quando, após 15 a 30 segundos de VPP e O₂ a 100% a FC está: abaixo de 60 bpm ou entre 60 e 80 bpm, mas não está aumentando.

Quando interromper: No momento em que a FC for \geq 80 bpm.

Técnica: existem duas técnicas básicas para a realização da massagem cardíaca no RN, as quais apresentam vários pontos em comum:

a. Posição do recém-nascido:

- Suporte rígido no dorso
- Pescoço levemente estendido

b. Compressão torácica: Mesma localização, profundidade e frequência.

Técnica dos polegares: Com base nos poucos dados de literatura existentes, é a técnica preferencial. Nesta técnica, os dois polegares são usados para comprimir o esterno. As mãos envolvem o tórax e os dedos dão suporte ao dorso do recém-nascido.

Técnica dos dois dedos: Apesar de não ser a preferencial, esta técnica apresenta como vantagem permitir a intervenção de um 3º reanimador, quando a necessidade de obtenção

de acesso venoso como cateter umbilical, por exemplo. Nesta técnica, as pontas dos dedos médios e indicador ou médio e anular de uma das mãos, são utilizados para comprimir o esterno. A outra mão serve como suporte ao dorso do paciente.

Local de compressão: é comum a ambas as técnicas: terço inferior do esterno, evitando-se a compressão do apêndice xifóide. O terço inferior localiza-se abaixo da linha imaginária traçada ligando os dois mamilos.

Pressão: Aquela suficiente para deprimir o esterno de 1 a 2 cm.

Frequência: Deve atingir 90 compressões por minuto. A massagem cardíaca sempre é acompanhada de VPP e estas devem ser intercaladas na proporção de 3 compressões para 1 ventilação (um-dois-tres-ventila).

INTUBAÇÃO TRAQUEAL

Está indicada nas seguintes situações:

- Ventilação com pressão positiva prolongada
- Ventilação com balão e máscara ineficaz
- Necessidade de aspiração traqueal (mecônio, sangue, etc.)
- Suspeita ou diagnóstico de hérnia diafragmática.

Prematuros extremos (<1.000 g): Podem necessitar de intubação imediata pela necessidade de reposição de surfactante ou incapacidade de manter respiração regular e eficaz por período prolongado.

O sucesso da intubação traqueal depende do preparo prévio do material adequado e da experiência do médico que realiza o procedimento. Caso o indivíduo que iniciou as manobras de reanimação do RN não esteja adequadamente treinado em intubação traqueal, é conveniente manter a ventilação com balão e máscara enquanto se aguarda a chegada de outro profissional experiente.

USO DE MEDICAÇÕES:

Poucos recém-nascidos submetidos a manobras de reanimação eficazes, necessitam da utilização de drogas. Estas estão indicadas quando:

- A FC permanece abaixo de 80 bpm apesar de VPP e O₂ a 100% e da massagem cardíaca por, no mínimo, 30 segundos.
- A FC é igual a zero.

Vias de administração:

Endotraqueal – Algumas drogas como a adrenalina e o naloxone, podem ser administradas diretamente na árvore brônquica, através da cânula traqueal.

Veia umbilical: é a via vascular mais frequentemente utilizada na administração de drogas na sala de parto. O cateter umbilical deve ser posicionado periféricamente, no primeiro ponto que permitia refluxo de sangue.

Veia periférica: As veias do couro cabeludo e das extremidades podem ser utilizada, porém são de acesso difícil durante a reanimação.

As medicações empregadas na reanimação neonatal são: adrenalina, expansores de volume, bicarbonato de sódio e naloxone.

1. Adrenalina: Está indicada quando: FC < 80 bpm 9após 30 seg. de VPP com O₂ a 100% e massagem cardíaca) ou FC igual a zero.

- Concentração recomendada: 1:10.000. Como a adrenalina disponível comercialmente no Brasil tem concentração de 1:1.000, é necessário diluí-la através da mistura de 1ml da solução milesimal com 9 ml de água destilada. Dose recomendada: 0,1 a 0,3 ml/kg infundida rapidamente por via IV ou endotraqueal. Pode ser repetida após 3 a 5 minutos.

2. Expansores de volume: São indicados quando houver evidência ou suspeita de sangramento agudo com sinais de hipovolemia. Tipos de expansores utilizados: sangue total (tipo O neg. com teste cruzado com sangue materno), albumina a 5%, soro fisiológico e Ringer lactato.

Na prática, o expansor mais utilizado é o soro fisiológico.

- Dose recomendada: 10ml/kg por via intravenosa a uma velocidade de 5 a 10 minutos. Pode ser repetido caso persistam os sinais de hipovolemia.

3. Bicarbonato de sódio: Está indicado em paradas cardio-respiratórias prolongadas, sem resposta a outras medidas terapêuticas. Só deverá ser utilizado após o início da ventilação eficaz.

- Concentração recomendada: 4,2% (0,5 mEq/ml) ou 2,5% (0,3 mEq/ml).
- Dose: 2 mEq/kg por via intravenosa, lentamente, com velocidade máxima de 1 mEq/kg/min.

4. Cloridrato de Naloxone: Está indicado quando o recém-nascido apresenta depressão respiratória grave e a mãe tem história de uso de opióides nas últimas 4h antes do parto.

- Dose recomendada: 0,1 mg/kg ou 0,25 ml/kg da solução a 0,4 mg/ml. Pode ser administrado por via endotraqueal ou intravenosa preferencialmente mas também são aceitas as vias IM e subcutânea. A velocidade de administração é rápida. O NALOXONE está contra-indicado em RN cuja mãe é dependente de opióide (heroína, morfina, etc.). A sua utilização nestes casos pode levar ao surgimento de crises convulsivas de difícil controle.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Apesar da necessidade dos cuidados na prevenção da asfixia perinatal, a atenção ao RN na sala de parto não deve se transformar num simples ato mecânico que vise apenas seguir um algoritmo de ações. A grande maioria dos recém-nascidos não necessita de manobras outras que não sejam aquelas descritas no item PASSOS INICIAIS. E estes bebês e suas mães, deve-se permitir um contato íntimo e prolongado pele-a-pele durante os primeiros 30 a 60 minutos de vida, estimulando e promovendo sempre que possível a amamentação precoce. **A prevenção da asfixia não deve em hipótese alguma servir de barreira à humanização do parto.**

ALOJAMENTO CONJUNTO (ROTINA DIÁRIA PARA EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO DAS PUÉRPERAS)

Everaldo Mascarenhas Barbosa (MESM)

Karine Macedo Aderne (MESM)

Rotina diária de evolução e prescrição das puérperas

ANOTAÇÃO INICIAL:

- Paridade da paciente.
- Tipo de procedimento (Parto normal, operatório (cesárea ou fórcepe - informar indicação e intercorrências).
- Uso de medicamentos (com suas dosagens e referência ao número de dias já utilizados).

Exemplos:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| - PPN (Pós-parto normal) | - 1º PPN Prematuro |
| - PPF (Pós-parto Fórcepe) | - 2º PPF Abruvição per. Expulsivo (APE) |
| - POC (Pós-operatório de cesárea) | - 3º POC – DPP |

EXAMES LABORATORIAIS E CONTROLES DE ENFERMAGEM (CHECAR E ANOTAR)

- Tipagem sanguínea da puérpera da paciente
- Sinais vitais (P, PA e T) – verificar no gráfico de controle de enfermagem. Conferir se necessário.
- Curva dos sinais vitais de 6/6 (em casos especiais, pode ser solicitado com intervalos menores).

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (Clínica do puerpério):

Anamnese Sucinta:

- Queixas subjetivas.
- Amamentação e dificuldades com o aleitamento.
- Hábito intestinal e urinário.

Exame Físico:

- **Estado geral** (Descrever mucosas, hidratação, etc.).
- **Mamas:** Turgescência, tipo de mamilo, fissuras, sinais flogísticos, presença de colostro ou leite.
Atenção: Uma das prioridades desta maternidade é estimular o aleitamento materno. Faça a sua parte.
- **Abdome:**
 - **Útero:** Involução, consistência, sensibilidade.
 - **Cicatriz cirúrgica:** Aspecto, sinais inflamatórios, hematoma, secreções.
 - **Distensão e ruídos hidroaéreos.**
- **Genitália:**
 - **Loquiação:** Característica (Coloração, odor, etc.) e quantidade dos lóquios.

- **Episiorrafia:** Edema, hematomas, secreções ou lacerações na episiorrafia.
- **Membros inferiores:** Edema, varizes, sinais de TVP (Dor + espastamento).

CUIDADOS ESPECIAIS

1. Mamas: (vide capítulo aleitamento materno)

- **Ingurgitamento:**
 - Suspende as mamas (manter horizontalizadas)
 - Ocitocina spray antes das mamadas
- **Ragádias:**
 - Exposição das mamadas ao sol
 - Bálsamo do Peru a 12,5% ou liozomia pomada S/N
- **Inibição da lactação:**
 - Enfaixamento compressiva
 - Restrição hídrica.
 - Analgésica – ácido acetilsalicílico 500 mg VO 6/6h
 - Se necessário, prescrever bromocriptina 2,5 mg VO 2x/dia durante 14 dias.

2. Abdome:

- Distensão com íleo paralítico
- Jejum
- Deambular
- Supositório de glicerina
- Controle nasogátrica
- RX simples de abdome em pé e deitada
- USG abdominal

Distensão com íleo dinâmico:

- Afastar a possibilidade de síndrome de O'Gilvie.
- Só prescrever antiflatulentos e laxativos com autorização do preceptor.
- Não prescrever de rotina vitaminas e sais minerais. No caso no sulfato ferroso prescrevê-lo na alta hospitalar.

3. Loquiação fétida sem febre:

- Estimular higiene genital.
- Prescrever ergóticos 1 cp Vo 8/8 horas por 24 a 48 horas

4. Puerpério com febre: investigar rigorosamente o foco de infecção.

- Útero
- Cicatriz cirúrgica (parede abdominal, episiorrafia).
- Trato urinário.
- Orofaringe
- Sistema respiratório.
- Coração (endocardite)

- Sistema digestivo (apendicite)
- Sistema vascular (tromboflebite pélvica)
- Mamas

5. Infecção com drenagem de secreção purulenta pela cicatriz cirúrgica (parede abdominal ou episiorrafia):

- Colher material para cultura e antibiograma.

6. Dor na episiorrafia e sangramento vaginal:

- Fazer toque vaginal para excluir hematoma (abaulamento da mucosa vaginal)
- Na presença de hematoma:
- Drenagem cirúrgica com hemostasia e ressutura
- Dreno de Penrose por 24 a 48 horas

FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO PUERPERAL:

- Cesariana.
- Parto normal com uso de fórceps ou vácuo extração.
- Parto prolongado (> 12 horas).
- Amniorrexe (> 6 horas).
- Número excessivo de toques.
- Tempo cirúrgico.
- Obesidade.
- Infecções pré-existentes.
- Corioamnionite.
- Baixo nível sócio-econômico.

EXAME FÍSICO:

Dependendo da sua forma clínica, podemos encontrar:

- Febre Alta (> 38 °C), com estado geral decaído, além de mucosas hipocoradas.
- Útero subinvoluído e/ou com dor à mobilização.
- Dor abdominal.
- Lóquios de odor fétido.
- Hipotensão.
- Colo uterino pérvio.

Nestes casos, deve-se, obrigatoriamente, solicitar: Hemograma, sumário de urina, USG pélvica.

No caso de infecção da F.O., comunicar, obrigatoriamente, a CCIH da maternidade para coleta de cultura e determinação dos cuidados locais a serem seguidos. Somente após estes cuidados e de comum acordo com a CCIH, introduzir a antibioticoterapia.

SISTEMATIZAÇÃO DE CONDUTAS NO PÚÉRPERIO.

UTEROTÔNICOS (ERGÓTICOS) E OCITÓCICOS:

Quando processada a dequitação com perda normal de sangue e boa contratilidade uterina, dispensamos os ergóticos e os ocitócicos. Essas drogas serão usadas nas pacientes de alto risco para hemorragia pós-parto:

- Placenta prévia.
- Deslocamento prematuro de placenta.
- Óbito fetal.
- Períodos de dilatação e/ou expulsão prolongados.
- Parto taquitócico.
- Parto induzindo ou conduzindo com ocitócico.
- Parto com versão.
- Múltiparas.
- Parturientes mais idosas.
- Parturientes anemiadas.
- Anestesia geral.
- Discrasias sangüíneas.
- Sutura de rotura uterina.
- Risco potencial de infecção.
- Hiperdistensão uterina (gemelar, macrossomia fetal, polidrâmio).

Esquema 1:

Ergometrina ou metilergonovina 1 amp. IM ou 1 cp VO 8/8 horas (exceto nas hipertensas e cardiopatas).

Esquema 2:

Soroglicosado 5% 500 ml + ocitocina 10 UI IV 20 gotas/min (aumentar a velocidade de acordo com a necessidade do caso).

ANTIBIÓTICOS (uso terapêutico e profilático):

Antibióticos (uso profilático e terapêutico):

Se os antibióticos prevenissem todas as infecções e não apresentassem inconvenientes, certamente seriam administrados a todos os pacientes submetidos a intervenção cirúrgica. Entretanto, além de destruir as bactérias, podem agir de maneira desfavorável sobre os pacientes e o meio hospitalar.

Por isso, devem ser selecionados os pacientes que realmente necessitam deste tipo de terapia, ou seja, aqueles com grande probabilidade de adquirir complicações bacterianas pós-operatórias.

Incidência de infecção: Cirurgias limpas – 1 a 3%.

Cirurgias potencialmente contaminadas – 7 a 10%.

Cirurgias contaminadas – 20 a 30%.

Portanto, a antibioticoterapia profilática será reservada aos casos de cirurgias contaminadas.

INDICAÇÕES DE ANTIBIÓTICOPROFILAXIA:

- Cesárea de urgência e/ou com tempo cirúrgico prolongado.
- Trabalho de parto prolongado (>12horas).
- Múltiplos toques vaginais durante o TP (>5).
- Bolsa rota com mais de 6 horas.
- Parto com contaminação fecal.
- Lacerações do canal de parto.
- Extração manual da placenta.
- Parto instrumental (Fórceps ou vácuo extração).
- Antissepsia insuficiente.

Esquema de profilaxia:

- Cefalotina IV:1,0g logo após a ligadura do cordão umbilical.

INDICAÇÕES DE ANTIBIÓTICOTERAPIA (Partos contaminados):

Cirurgias infectadas:

- Infecção intra-uterina (Na vigência de infecção materno-fetal (Corioamnionite) - Hipertermia em pacientes com RPM e/ou fisometria).
- Parto domiciliar.
- Presença de condiloma acuminado.

Esquema terapêutico:

- **Cefalotina 1 g IV de 6/6 horas.**
- **Metronidazol 500 mg 1 FA IV de 8/8 horas.**

Casos especiais:

- Imunodeprimidas.
- Desnutridas.
- Obesas.
- Diabéticas.
- Portadoras de doenças valvar reumática.
- Portadoras de patologias associadas.

Deve-se manter o esquema terapêutico venoso por 48 horas, passando assim para oral caso o quadro clínico da paciente assim o permita.

Quando se tratar de infecção exclusiva de F.O, deve-se apenas explorá-la e manter curativo com SF e Povidine tópico 3 x ao dia, acrescentando açúcar ou ácidos graxos. Tal conduta deve ser sempre discutida com a CCIH.

Obs.: Em casos graves, como choque séptico, hemorragias purpúreas, embolia pulmonar e outras enfermidades graves associadas, deve-se encaminhar a paciente à UTI materna, após contato com intensivista do horário.

Prescrições de Rotina (Sem intercorrências)

Parto Normal com ou sem episiotomia:

1. Dieta livre após duas horas.
2. Analgésico : Dipirona 1 comp. VO até de 6/6 horas.
3. Sinais vitais de 6/6horas.
4. Estimular aleitamento materno.
5. Obsevar lóquios.

Parto Fórcipe

- Dieta geral após 6 horas
- Analgésico: por ex. diclofenaco 50mg VO ou VR ou 75mg IM 8/8 horas
- Dipirona 30 gotas VO s/n
- Antibiótico e uterotônico (ou ocitócico):de acordo com os critérios já citados.
- Controles P, PA, T e sangramento via vaginal.

Cesárea:

1. Jejum por 6 horas. Depois dieta leve até eliminação de gases.
2. Hidratação venosa: SF ou RL 500-1000ml + SG 1000-1500 ml (Individualizar hidratação conforme necessidades).
3. Uso de anti-eméticos em caso de náuseas ou vômitos (Plasil 01 amp diluída em AD-SOS).
4. Uso de Analgésico injetável: Dipirona 01 amp diluída em AD IV de 6/6, além do diclofenaco sódico de 75 mg IM de 8/8 horas.
5. Uso de ocitócicos ou oterotônicos em casos individualizados de acordo com os critérios citados (10U em 500 ml de SG a 5 % com 20gotas/min).
6. Controle de sinais vitais (P, PA, T) e sangramentos via vaginal de 6/6horas.
7. Estimular aleitamento materno.
8. Obsevar lóquios.

Atentar para anotar os resultados da T.S e VDRL, não esquecendo que se o fator RH materno for negativo, com fator DU negativo e coombs indireto negativo, e do RN positivo ou negativo com fator DU positivo, a mesma deverá fazer uso da imunoglobulina anti-Rh, e se VDRL positivo, iniciar tratamento para sífilis com Penicilina Benzatina 2.400.000 U a cada 8 dias, por 3 semanas.

Cuidados pós-raquianestesia:

- As pacientes submetidas a raquianestesia deverão permanecer em DDH por 6 horas.
- Cefaléia pós-raqui: Hidratação rápida com SF 2000 ml + dipirona 2 ml IV 40 gotas/min, exceto se houver contra-indicação de hidratação (cardiopatas). Solicitar sempre a presença de anestesista para conduta a seguir (vide “Anestesia”).

Alta hospitalar (Em condições de normalidade):

- Parto normal (com ou sem uso de fórceps): 24 horas.
- Cesárea: 48 horas.

Orientações na Alta:

- Retorno pós-natal ao local da realização do pré-natal.
- Consultar planejamento familiar.
- Prescrição de sulfato ferroso.
- Retorno ao bando de leite em caso de intercorrências.
- Analgésico se necessário.

ALEITAMENTO MATERNO

Maria José Guardia Mattar (HMLMB)
Andréa Morcef Wanderley (MESM)

- As vantagens da amamentação são bem conhecidas, porém no mundo todo observou-se um declínio acentuado desta prática a partir do século XIX. Sabe-se do importante papel que os profissionais de saúde desempenham no apoio, no incentivo e na proteção da amamentação e que o sucesso dela depende também destes fatores e do bem estar materno.
- Àquelas mulheres que, quando crianças tiveram a oportunidade de vivenciar o ato de amamentar no convívio familiar e na sua comunidade e observaram a técnica, esta imagem acaba se tornando um processo natural após o parto. Para aquelas que vivem em comunidades onde existe a cultura da mamadeira, o hábito de amamentar deverá ser orientado e apoiado para que se consiga uma amamentação com êxito: aleitamento materno exclusivo até 6 meses e complementar até o 2º ano de vida ou mais.

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

- **1. Atendimento pré-natal – orientações básicas, ações educativas, estímulo ao aleitamento materno e técnicas de amamentação.**
- Durante o pré-natal são necessárias tanto as orientações sobre a importância da amamentação para a mãe, bebê, família e sociedade, como orientações de como é produzido o leite humano, qual é a técnica ideal para que o bebê consiga esvaziar totalmente a mama e mantenha a produção do leite para o sucesso da lactação. As orientações poderão ser em grupo facilitando as discussões e propiciando a troca de experiência entre mães, enfatizando-se habilidades na amamentação.
- Nos grupos de pré-natal são necessárias tanto as orientações sobre a importância da amamentação para mãe, bebê, família e sociedade, como orientações de como é produzido o leite humano, qual é a técnica ideal para que o bebê consiga esvaziar totalmente a mama e mantenha a produção do leite para o sucesso da lactação. As orientações poderão ser em grupo facilitando as discussões e propiciando a troca de experiência entre mães, enfatizando-se habilidades na amamentação.
- Nos **grupos** de pré-consulta, geralmente de 20 a 30 minutos, deve-se incluir os principais tópicos: **cuidado com as mamas, vantagens da amamentação para o bebê e para a mãe, benefícios do colostro, grupos e perigos da alimentação artificial, técnica de amamentação, anatomia e fisiologia da glândula mamária, prevenção de problemas na amamentação, alojamento conjunto e contato precoce mãe/ filho.** Deve-se apoiá-las, promovendo o aumento da autoconfiança para que amamentem com sucesso.
- **A orientação individual** também se faz necessária para conhecermos melhor cada caso.
Deve-se perguntar: **pensou em amamentar?**, estimulando a gestante a falar de suas dúvidas e temores, mostrando-se interessado nela como pessoa (estar atento, sensível, delicado e compreensivo). Ouvir e aceitar o que ela diz com

simpatia, elogiá-la para aumentar sua autoconfiança e informá-la sobre dúvidas de forma simples, sugerindo que faça da melhor forma.

- É importante saber sobre sua **experiência anterior com a amamentação**. Se a experiência anterior foi boa, elogie-a para que ela continue com esta boa prática. Se referir má experiência (fissuras, insegurança pelo choro, mitos e tabus, etc), orientá-la como prevenir e ter sucesso desta vez. Esclareça-a sobre os **mitos e tabus** (LEITE FRACO, LEITE INSUFICIENTE). Se a experiência foi boa, porém, nesta atual gestação, a situação social é outra, sugira alternativas para conciliar a amamentação com o trabalho, como conservar e estocar o leite.
- Salientar que se tiver alguma dificuldade a equipe do pré-natal ou do Banco de Leite Humano poderá ajudá-la a superar a situação e dar oportunidades para ela perguntar as dúvidas e ansiedades que tiver.

2. Vantagens maternas:

- Diminui o tempo de sangramento pós-parto e, conseqüentemente, a anemia.
- Ajuda a voltar mais rápido ao peso pré-gravídico.
- É um método natural de planejamento familiar.
- Pode reduzir a chance de câncer de ovário e de mama.
- É mais fácil e prático para a mãe.
- Há uma economia com a alimentação do bebê, cujo dinheiro poderá ser revertido em benefícios ou alimentos para toda família.
- A criança fica menos doente e economiza em medicamentos.
- Os gastos com consultas médicas, medicamentos exames laboratoriais e hospitalizações são reduzidos. As mães e os bebês ficam mais saudáveis.
- Quanto maiores os índices de aleitamento materno, tanto menores as taxas de mortalidade infantil.
- Diminui a poluição ambiental com a diminuição do lixo inorgânico como plásticos e borrachas (bicos e mamadeiras) e poluentes do ar pela diminuição dos transportes dos sucedâneos do leite materno.
- Nutrizes têm elevada eficiência energética. Podem produzir leite mesmo com uma ingesta calórica limitada.
- A depressão pós-parto é reduzida.
- A recuperação física no pós-parto é mais rápida.
- A ligação afetiva é estimulada, resultando em menos abuso e negligência de crianças.
- O aleitamento materno torna convenientes as mamadas noturnas e as viagens.
- O leite não estraga e não há preocupação com a falta de estoques.

3. Vantagens para o bebê:

- É o alimento mais completo e específico.
- Protege-o de infecções, especialmente diarreias e pneumonias.
- Protege-o de problemas alérgicos.
- Facilita a eliminação de mecônio, diminuindo o risco de icterícia e protegendo-o contra obstipação.
- Aumenta o laço afetivo mãe-filho, fazendo-o sentir-se amado e seguro.
- Fatores de crescimento presentes no leite acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação de seu sistema imunológico, sistema nervoso central e de órgãos como a pele.
- Enzimas digestivas como a lactase e a lipase, além de muitas outras enzimas importantes, protegem os bebês nascidos com sistemas enzimáticos imaturos ou defeituosos.
- A lactose ajuda a prevenir o raquitismo e estimula a absorção do cálcio e o desenvolvimento cerebral.
- Menor incidência de morte súbita no berço (síndrome da morte súbita de bebês).
- Menor risco de diabetes, câncer e infecções nos ouvidos na infância.
- Melhor resposta a vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente.
- Menos problemas ortodônticos e dentais (ausência de problemas dentários associados ao uso da mamadeira).
- Melhor desenvolvimento psicomotor, emocional e social.
- Associação com um coeficiente de inteligência mais elevado.

IMPORTÂNCIA DO ALOJAMENTO CONJUNTO.

O contato precoce com o bebê estabelece mais rapidamente a lactação e a mãe terá a oportunidade de sanar as dúvidas da amamentação e dos cuidados dos recém-nascidos ainda no período de internação.

PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO.

É importante orientar as gestantes sobre quais as modificações que acontecerão na gestação com sua mama, nos primeiros dias com a descida do leite e a importância da sucção do bebê para a estimulação da produção do leite mesmo que nos primeiros dias as mamas aparentem estar vazias.

Cuidados com as mamas durante a gestação.

Deve-se orientar a exposição ao sol no horário das 8 às 10 h ou após as 16:00 h, com duração de 5 a 15 minutos, ou banho de luz com lâmpada de 40 watts a cerca de 1 palmo de distância.

Evitar o uso de sabões, cremes ou pomadas na aréola e mamilos.

Paciente deverá ser orientada a usar sutiã fenestrado na altura do mamilo para aumentar a resistência da pele.

MANEJO CLÍNICO DA AMAMENTAÇÃO.

1. Como colocar o bebê no peito

- Antes de colocar o bebê para mamar a mãe deverá amolecer a aréola para facilitar a pega correta e a extração do leite.
- Deverá desprezar as primeiras gotas e, a seguir, fazer a higiene da aréola com o próprio leite.
- Deve-se deixar que o próprio bebê pegue o peito. A mãe o orienta estimulando o reflexo de busca.
- Para favorecer a pega, a mãe poderá segurar a mama com a mão oposta em forma de C (mão de bailarina).

2. Como deve ser a posição da mãe para amamentar.

- A mãe para dar de mamar deve tentar ficar tranqüila o máximo possível, relaxada e não apressar o bebê. Deve escolher a posição na qual se sinta mais confortável, geralmente sentada ou deitada.

3. Posição correta para sucção

São sinais indicativos de posição correta para o bebê mamar e de boa pega:

- Deverá estar com o corpo encostado no da mãe
- A cabeça e o corpo devem estar alinhados, apoiando-se o pescoço e o tronco com os braços e as nádegas com a mão.
- Com o rosto de frente para a mama de modo que o queixo possa tocar a mama.
- A boca deve estar bem aberta para poder abocanhar grande parte da aréola.
- O lábio inferior deve estar voltado para fora e cobrir quase toda a porção inferior da aréola, enquanto a parte superior da aréola é a que pode aparecer mais.
- As bochechas estão arredondadas.
- Observa-se o bebê tranqüilo, engolindo em ritmo regular, devagar e em goles profundos.
- Expressão materna tranqüila e não se queixa de dor.

4. Quando dar o peito

- Quando o bebê e a mãe estiverem em condições, a amamentação deverá se iniciar logo após o parto, se possível na primeira meia hora, independentemente do tipo de parto; neste momento a mama está flácida, favorece a pega e estimula a produção do leite.
- Deve-se amamentar toda a vez que o bebê mostrar interesse (esboçar reflexo de procura, movimentos de sucção dos lábios). De dia ou à noite

sob livre demanda, deixar que sugue o peito o tempo que desejar até largar.

- Em cada mamada oferecer um peito e depois o outro, se o bebê aceitar, estimulando a produção do leite, evitando ingurgitamento mamário e prevenindo fissuras. Na mamada seguinte, iniciar pelo peito que o bebê mamou por último na mamada anterior.
- Se o bebê não aceitar o segundo peito é importante que a mãe esteja orientada para extração manual do leite para manter a produção do mesmo e evitar o ingurgitamento da mama. Neste caso, na mamada seguinte, iniciará pelo peito não sugado na mamada anterior.

PREVENÇÃO PARA MAMILOS DOLOROSOS E FISSURAS.

Deve-se sempre observar se a posição para amamentar e a “pega” estão corretas.

- Amolecer a aréola e mamilo antes das mamadas, para oferecerem uma boa pega.
- Higienizar a aréola e o mamilo antes e após as mamadas com leite materno.
- Não usar sabonete, cremes, álcool ou qualquer outro produto nos mamilos e aréola.
- Manter as mamas secas com banhos de sol pela manhã e tarde por 15 minutos até às 10h ou após as 16:00h ou banho de luz de 40 watts ou secador de cabelos a 30 cm de distância por 5 minutos.
- Evitar mamas cheias, pois favorecem o ingurgitamento, dificulta a pega e favorece o aparecimento de fissuras.
- Se o bebê adormecer ao peito e não estiver mais mamando ativamente mas mantiver a pega da aréola, retire-o delicadamente do peito introduzindo o dedo mínimo no canto da boca do mesmo.
- Se o freio da língua do bebê for curto a ponto de impedir que ele a estique além do lábio inferior, e os mamilos da mãe continuarem doloridos por duas ou três semanas, considere a possibilidade de cortar o freio da língua.
- Trate a monilíase dos mamilos e da boca do bebê.

PREVENÇÃO DE MAMAS INGURGITADAS

- Amamentar com maior frequência;
- Esvaziar o leite excedente após a mamada com ordenha manual;
- Usar sutiã que sustente bem os mamilos;
- Se as mamas estiverem empedradas: amolecer as aréolas com massagem circular com as pontas dos dedos e a mama com a palma da mão, fazendo movimentos circulares até amolecer os pontos dolorosos.
- Verificar o posicionamento, para garantir uma boa pega de aréola.

LISTA DOS CONSELHOS QUE A GESTANTE DEVE TER ANTES DO PARTO, DE PREFERÊNCIA NO PRÉ-NATAL

1. Seu leite é o melhor alimento para o seu filho. A qualidade dele será a mesma, qualquer que seja sua dieta.
2. O tamanho e o formato da mama não importam, tanto mamas pequenas quanto grandes produzem leite adequado e em quantidade suficiente.
3. Amamentar não altera seu corpo. Ajuda a perder peso depois do nascimento do bebê. A gravidez sempre altera as mamas independentemente de amamentar ou não. Podem ocorrer mudanças devido à idade, porém se os peitos estiverem com boa sustentação durante a gestação e amamentação, após o desmame as mamas retornam à boa forma.
4. O aleitamento artificial é perigoso para a saúde do bebê na parte nutritiva, infecciosa, imunológica e afetiva. Caso sua família ou amigos insistam no uso da mamadeira explique que esta prática não mais é recomendada porque causa doenças.
5. É importante que o bebê mame logo após o parto dentro de 1 hora, se possível, para estabelecer uma boa pega. A sucção precoce favorece a descida do leite.
6. Permanecer com a criança ao seu lado, deixá-la sugar sob livre demanda desde o primeiro dia favorece o estabelecimento da lactação.
7. Usar roupas confortáveis que favoreçam a exposição da mama para favorecer a pega do bebê.
8. Todas as mulheres ficam mais emotivas e sensíveis que o habitual durante algumas semanas após o parto. Estes sentimentos são normais e desaparecerão após este período.
9. O uso do álcool, tabaco, quantidades excessivas de cafeína e outras drogas pode ser particularmente prejudicial durante a gestação e a lactação.

É de particular importância demonstrar para a gestante, puérpera ou nutriz que a Equipe de Saúde do Pré-natal, Alojamento Conjunto e Banco de Leite Humano estará disposta e disponível para ajudá-la assim que fizer necessário e quando ela precisar de ajuda; só assim, ela se sentirá segura e poderemos contribuir para o sucesso da lactação e o prolongamento da amamentação.

Em 25/02/2000, esta instituição recebeu do UNICEF e da OMS, através do Ministério da Saúde, o título de HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA, pelo trabalho aqui desenvolvido em promoção do aleitamento materno.

É importante que você conheça os 10 passos exigidos e que cumprimos para receber este título.

1. Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto permitindo que a mãe e o bebê permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.

9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno e encaminhar as mães aos mesmos, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

AVALIAÇÃO DA MATURIDADE FETAL

Jorge F. Kuhn dos Santos (HMLMB)

INTRODUÇÃO

A prematuridade continua sendo, até hoje, o mais sério problema perinatal a desafiar obstetras e neonatologistas. O parto pré-termo causa significativa morbiletalidade neonatal, decorrente da dificuldade em proporcionar oxigênio suficiente para um sistema pulmonar imaturo. Apesar do impacto positivo da terapia corticosteróide antenatal e da terapia surfactante neonatal, a síndrome do desconforto respiratório (SDR) continua sendo causa significativa de morbidade e mortalidade para os bebês prematuros. * (vide nota no final)

A constatação de maturidade pulmonar fetal tem sido considerada suficiente para a antecipação do parto em gestantes de alto risco, pois o sistema pulmonar é um dos últimos a se tomarem funcionalmente maduros na vida intra-uterina; todavia, a documentação apenas da maturidade do pulmão fetal não deveria ser utilizada como indicação isolada para o parto pré-termo. É fundamental a confirmação da maturidade pulmonar fetal, antes do nascimento eletivo, quando a idade gestacional (IG) for interior a 39 semanas, a menos que um dos seguintes critérios esteja presente:

- 1.Documentação dos batimentos cardíacos fetais (BCF) durante 20 semanas (estetoscópio de Pinard) ou 30 semanas (sonar Doppler);
- 2.Realização, há 36 semanas, de teste sérico ou urinário de gravidez com resultado positivo para gonodotrofina coriônica humana, desde que feito em laboratório confiável;
- 3.Medida ultra-sonográfica do comprimento cabeça-nádega (CCN) realizada entre 6 e 11 semanas de gestação e que confirme uma IG \geq 39 semanas;
- 4.Biometria fetal ultra-sonográfica realizada entre 12 e 20 semanas de gestação e que confirme uma IG \geq 39 semanas.

CLASSIFICAÇÃO DOS TESTES DE MATURIDADE PULMONAR FETAL

Testes Indiretos: não avaliam a função pulmonar *per si*, e sim a IG e a biometria fetal; assim, a maturidade pode ser inferida e a função respiratória neonatal prevista através dos seguintes:

Clínica: através da anamnese e do exame físico obstétrico realizados com esmero, poderá o tocólogo obter importantes dados para a estimativa clínica da IG; assim, tem-se os seguintes elementos:

Data da última Menstruação (DUM): desde que os três últimos ciclos menstruais tenham sido regulares (duração habitual e intervalo em torno de 28 dias), e não tenha havido uso de contraceptivo hormonal próximo à concepção;

Início da Percepção Materna dos Movimentos Corpóreos Fetais: em torno de 18 semanas;

Início da Ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais: 20 semanas (Pinard); 12 semanas (sonar Doppler);

Mensuração da Altura Uterina (AU): seguida de consulta ao gráfico AuxIG.

Laboratório:

Teste de Gravidez Positivo: se realizado até duas semanas do atraso menstrual, confirma a IG obtida pela DUM.

Radiologia: RX de Abdome em PA e Perfil, realizado no 3º trimestre da gestação, quando não disponível o ultra-som, com a finalidade de detectar os Núcleos da Ossificação Epifisários;

1. Distal do Fêmur (Núcleo de Béclard): surge a partir de 36 semanas de gestação;
2. Proximal da Tíbia (Núcleo de Told): surge a partir de 38 semanas de gestação.

Ultra-sonografia

1. Identificação ou Mensuração do Diâmetro médio do Saco Gestacional;
2. Mensuração do CCN: recorre-se a tabelas ou gráficos apropriados;
3. Mensuração do Diâmetro Biparietal: quando ≥ 92 mm, sugere feto de termo; há muitos resultados falso-positivos (crescimento fetal restrito) e falso-negativos (diabetes melito);
4. Mensuração do Comprimento Femural: quando ≥ 73 mm, sugere feto de termo; há muitos resultados falso-positivos (idem) e falso-negativos (idem);
5. Núcleos de ossificação Epifisários: há muitos resultados falso-positivos e falso-negativos:
 - Distal do Fêmur: surge a partir de 32 semanas de gestação
 - Próxima da Tíbia: surge a partir de 36 semanas de gestação;
 - Proximal do úmero: surge a partir de 38 semanas de gestação.
6. Graus de Maturidade Placentária (0, I, II e III): há muitos resultados falso-positivos e falso-negativos;
7. Visibilização dos Grumos de Verniz Caseoso: de possibilidade e valor controversos.

Amnioscopia:

Visibilização da Quantidade e Tamanho dos Grumos de Verniz Caseoso.

Amniocentese: raramente está indicada a punção da câmara amniótica para a obtenção do líquido antes de 33 semanas, pois é improvável um teste positivo: além disso, a confirmação de um pulmão maduro não afasta a necessidade de se considerar o risco de hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante, caso se opte pelo nascimento prematuro:

1. Visibilização da Quantidade e Tamanho dos Grumos de Verniz Caseoso;
2. Sulfato de Azul de Nilo a 0,1%: avalia a maturidade da pele fetal; a proporção de Células Orangiófilas no líquido amniótico é crescente, com o evolver da gestação: ≤ 34 semanas: $< 1\%$; 34-38 semanas: 1-10%; 38-42 semanas: 10-50%; ≥ 42 semanas: . 50%;
3. Papanicolaou: avalia a maturidade da pele fetal; as Células Parabasais e Intermediárias são substituídas pelas Escamosas Corneificadas e Pré-corneificadas entre 36-37 semanas;
4. Dosagem de Creatinina: avalia a maturidade renal e a massa muscular fetal; valores: $< 1,5$ mg%: Imaturo; de 1,5 a 2 mg%: Limítrofe; > 2 mg %: maduro.
5. Outros Testes: Dosagem de Glicose e Bilirrubina (maturidade hepática), Alfafetoproteína, Uréia, etc..

Testes Diretos:

Bioquímico: medem a concentração de componentes do surfactante pulmonar (fosfolípidos) no líquido amniótico;

1. Relação lecitina/esfingomiéline: Interpretação do Teste: Maduro: $\geq 2,0$ (em feto de mãe não diabética); $\geq 3,0$ 9em feto de mãe diabética). O polidrâmnio não altera o teste, todavia, mecônio e sangue podem torná-lo falsamente maduro;
2. Fosfatidilglicerol: a simples detecção deste fosfolípide no líquido amniótico é sinal de maturidade.

Desvantagem: surgimento tardio na gravidez. Vantagem: não é afetado pela presença de mecônio, sangue ou outros contaminantes do líquido amniótico, o que torna factível a utilização de amostras do conteúdo vaginal em gestantes com rotura prematura pré-termo das membranas.

Biofísicos: medem os efeitos *surface-active* desses fosfolípidos no líquido amniótico;

1. Teste de Clements: Desvantagem: mecônio e sangue podem determinar teste falsamente maduro; o polidrâmnio, teste falsamente imaturo. Realização vide figura 1. Interpretação: presença de halo de espuma estável na interface ar- líquido dos tubos de ensaio; Imaturo: em nenhum tubo ou somente no 1º tubo; *Borderline*: no 1º e 2º tubos; Maduro: nos três tubos;

Figura 1. Teste de Clements, modificado.

TUBO MATERIAL	1	2	3
LIQUIDO AMNIOTICO	1ml	0,75ml	0,5ml
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	-	0,25ml	0,5ml
ETANOL 95%	1ml	1ml	1ml

2. Polarização por fluorescência: medida por um analisador automatizado, reflete a realçaõ surfactante/ albumina no líquido amniótico, valor que se correlaciona com a maturidade pulmonar fetal. É técnica simples, rápida, automatizada e promissora, mormente em diabéticas; entretanto, mecônio e sangue podem interferir no resultado do teste: Interpretação: maduro: ≥ 55 mg de surfactante por grama de albumina (em feto de mãe não diabética)²

3. Perfil Pulmonar: é o emprego de múltiplos testes para avaliar a maturidade pulmonar fetal em decorrência dos excelentes valores preditivos de todos os testes diretos acima estudados; é de uso questionável.

CONCLUSÃO

Enfatiza-se que os testes avaliadores da maturidade pulmonar fetal são muito mais precisos na predição da maturidade (valores preditivos negativos acima de 95%) do que da imaturidade. Em outras palavras, se o resultado de qualquer um dos testes indica maturidade (teste negativo para a doença em questão, i.e., SDR), a probabilidade de diagnóstico neonatal da SDR é inferior a 5%, a probabilidade da presença da SDR (valores preditivos positivos entre 30 e 60%). Assim, perante teste de maturidade pulmonar fetal imaturo, deve-se utilizar os testes “em cascata” ou “seqüenciais”, iniciando pelos mais simples (Teste de Clements), e se o resultado for imaturo, os testes mais complexos(Relação L/S, Fosfatidilglicerol).

Lembrar que algumas condições podem antecipar ou retardar a maturidade pulmonar fetal. Assim, dentre as primeiras temos: Hipertensão Arterial, Hemoglobinopatias, Uso de Drogas Ilícitas, Crescimento Intra-uterino Restrito, Diabetes Melito com Vasculopatia, Rotura Prematura Pré-termo das Membranas Gestação Múltipla, Tabagismo, Hipertireoidismo, DPP Crônico e Uso de fármacos (Corticóides, Tocolíticos): Retardam a maturidade pulmonar fetal: Diabetes Melito sem Vasculopatia, Nefropatia sem Hipertensão Arterial, Insomunização, Hidropisia Fetal.

Finalizo lembrando: antes de pedir qualquer exame subsidiário, deve o tocólogo responder às seguintes questões: 1) O exame subsidiário elucidará as dúvidas que o exame clínico não conseguiu? 2) o resultado do exame subsidiário terá real valor na assistência? 3) A eventual alteração encontrada no exame subsidiário poderá ser tratada? 4) O exame subsidiário poderá ser ofensivo para o binômio materno-fetal? 5) O exame subsidiário determinará redução da morbimortalidade perinatal?

***Nota dos editores: no HMLMB, a SDR é a primeira causa de mortalidade neonatal**

VITALIDADE FETAL

Corintio Mariani Neto (HMLMB)

AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL

QUANDO AVALIAR

A avaliação da vitalidade fetal está indicada toda vez que houver risco de redução no suprimento de oxigênio do concepto. Estas situações podem estar presentes durante a gestação, na chamada insuficiência placentária crônica e/ou durante o parto.

As principais indicações, durante a gestação, podem se divididas em 4 grupos:

1. Intercorrências clínicas

Hipertensão arterial crônica

Endocrinopatias (diabete, hipertireodismo, etc.)

Doenças autoimunes

Nefropatias

Cardiopatias cianóticas

Pneumopatias

Hemopatias (anemias severas, coagulopatias, etc.)

Neoplasias malignas

2. Doenças próprias da gestação

Doença hipertensiva específica da gestação

Gestação pós-termo

Hemorragias do 3º trimestre (DPP, PP)

Rotura prematura de membranas pré-termo

Alterações de volume do líquido amniótico (oligoâmnio, polidrâmnio)

3. Enfermidades fetais

CIUR sem causa aparente

Isoimunização RH

Cardiopatias (arritmia, bloqueios, malformações)

Hidropisia fetal não imune

Malformações compatíveis com a vida extra-uterina

4. Situações especiais

Má história obstétrica (perda perinatal anterior)

Gestação múltipla (gêmeos discordantes)

Diminuição dos movimentos fetais

O início da avaliação da vitalidade fetal está diretamente relacionado com as condições de sobrevivência neonatal. Em nosso berçário, é excepcional que isto ocorra antes de 28 semanas de gestação. Como regra geral, iniciamos a propedêutica a partir da 30ª semana e, para os casos mais graves, recomendamos iniciar quando o peso fetal estimado for, no mínimo 750g. Nunca é demais lembrar, para estes casos, a corticoterapia pré-natal e o surfactante artificial após o nascimento.

A repetição dos exames irá depender de uma série de fatores, como a idade gestacional, a gravidade da condição patológica e o resultado da avaliação, podendo oscilar entre intervalos semanais até diários ou, ainda, mais que uma vez por dia.

COMO AVALIAR

Atualmente, os métodos mais utilizados são:

- Propedêutica clínica
- Cardiotocografia
- Volume de líquido amniótico
- Dopplervelocimetria

1. Propedêutica Clínica

- Contagem dos movimentos fetais

Há vários esquemas. Recomendamos uma contagem diária durante 60 minutos, com a gestante alimentada e em repouso. Valoriza-se (sinal de alerta) quando o número de movimentos percebidos for inferior a seis, assim persistindo na hora seguinte.

- Medida de altura uterina

Utilizando-se curvas de crescimento uterino (p.ex.: curva de Belizán) técnica mensuratória rigorosa, é possível suspeitar-se fortemente da ocorrência de CIUR, sempre que a medida estiver abaixo do 5º percentil, confirmando-se o diagnóstico com propedêutica mais apurada (ecografia).

- Testes de estimulação fetal

Utilizados como complemento da cardiotocografia anteparto basal, têm grande utilidade para o uso clínico simplificado. Com o auxílio do sonar Doppler ou mesmo do estetoscópio de Pinard, é possível realizar estímulo mecânico ou vibratório, com intuito de desencadear uma aceleração transitória (AT) da frequência cardíaca fetal. Do mesmo modo, podemos realizar um estímulo sonoro e observar a ocorrência ou não de um aumento de, pelo menos, 20 bpm, que dure 3 minutos ou mais.

Todos os métodos clínicos são de fácil execução, baixíssimo custo e acessíveis a todos, no ambulatório e durante a internação. Devem ser aplicados como métodos de triagem rotineiros, uma vez que apresentam valor preditivo negativo e especificidade elevados (indicativos de bem-estar fetal). Quando alterados, está indicada propedêutica mais sofisticada.

2. Cardiotocografia Anteparto

(vide capítulo: Cardiotocografia)

3. Volume de Líquido Amniótico (VLA)

A hipoxemia fetal crônica leva à distribuição circulatória, com prejuízo, de vários órgãos, como os rins e os pulmões e, conseqüentemente, à redução do VLA, sendo notável a associação entre oligoâmnio severo e aumento das taxas de morbidade e mortalidade perinatais. O VLA associado à CTGA constitui o chamado perfil biofísico fetal simplificado. As principais maneiras de determinar o VLA, através da ecografia, são a

medida vertical do maior bolsão e o índice de líquido amniótico, com limites inferiores de normalidade de 2 a 8 cm, respectivamente.

4. Dopplervelocimetria

O estudo da velocidade do fluxo sanguíneo em diversos vasos permite uma avaliação precoce das condições circulatórias da placenta, do cordão umbilical e do organismo fetal, especialmente, do sistema nervoso central. Interessa-nos, em particular, o grau de resistência placentária ao fluxo oriundo das artérias umbilicais e a constatação da existência ou não de alterações do fluxo cerebral, em função da redistribuição circulatória decorrente da hipoxemia fetal. A presença de alterações com ausência de fluxo diastólico umbilical e dilatação da artéria cerebral média (centralização) associam-se, sem sombra de dúvida, à menor oferta de oxigênio ao feto e, portanto, resultados perinatais adversos. Exatamente pela precocidade do diagnóstico, estes maus resultados podem também estar associados à prematuridade. Como os fetos apresentam capacidade distinta de adaptação às situações de hipoxemia, é preciso bom senso para que a interrupção terapêutica da gestação não ocorra muito antes da evidencia de algum sinal indicativo de real perigo à permanência do produto conceptual dentro do útero.

As principais anormalidades da dopplervelocimetria de interesse obstétrico são:

- Nas artérias uterinas (após a 26^a semana):
 - Presença de incisura diastólica
 - Relação sístole/diástole (A/B) > 2,6

- Nas artérias umbilicais:
 - Relação A/B elevada (ponto de corte variável entre 3,0 e 4,5)
 - Ausência de fluxo diastólico (diástole zero)
 - Fluxo diastólico reverso

- Na artéria cerebral média:
 - Centralização (índice de pulsatilidade umbilical superior ao cerebral)

Além destas, são descritas alterações do sistema venoso fetal de mau prognóstico, como pulsação da veia umbilical, fluxo reverso na veia inferior e alterações da velocidade de fluxo no ducto venoso.

Recomendamos o seguinte roteiro para avaliação fetal nas gestações de alto risco:

- Seguimento ambulatorial: métodos clínicos e perfil biofísico fetal simplificado rotineiros, a partir da 30^a. semana, com repetição entre um e sete dias, dependendo de cada caso;
- Pacientes internadas (casos mais graves): associamos a dopplervelocimetria umbilical e cerebral uma a duas vezes por semana. Para gestantes de termo ou próximas ao termo, a alteração de qualquer dos métodos implica em resolução do parto pela melhor via. Longe do termo, a situação mais comum é alteração do Doppler, que é acompanhada com CTG uma a duas vezes ao dia (tradicional ou computadorizada) e VLA cada 2-3 dias, junto com corticoterapia. Nestes casos,

constatada redução do VLA e/ou alteração cardiotocográfica, a gestação deve ser interrompida, independentemente da idade gestacional.

Com esta conduta, temos conseguido, para os casos francamente patológicos, sobrevida neonatal em torno de 74%, com idade gestacional média de 34 semanas, por ocasião do nascimento. Ressalte-se, ainda, que, em nosso berçário, a taxa de sobrevida neonatal na faixa de 750 a 999g está em torno de 28%, enquanto que, de 1.000 a 1.249g, sobe para 62%.

RASTREAMENTO E CÁLCULO DE RISCOS PARA TRISSOMIAS FETAIS

Felipe Lazer Júnior (HMLMB)

Toda mulher tem risco de seu feto/bebê ter um defeito cromossômico. A fim de calcular o risco individual é necessário considerar e multiplicar este risco por uma série de fatores que dependem de resultado dos testes de rastreamento realizados durante a gestação.

História Prévia

“Se uma mulher teve um feto/bebê anteriormente com trissomia do 21, 18 ou 13, o risco para trissomia na sua gestação atual é 3 vezes o risco conhecido.”

O risco para muitas anomalias cromossômicas depende da idade materna. Sabe-se também, que os fetos com defeitos cromossômicos possuem em risco maior de evoluir para abortamento espontâneo ou óbito intra-útero. Portanto, o risco de cromossomopatia também depende da idade gestacional em que ela vai ser pesquisada. Tanto maior quanto maior a idade materna e mais precoce a idade gestacional (Tabela 1).

Ultra-sonografia na 10^a. – 14^a. semana de gestação

A medida da translucência nucal (TN) representa um fator de correção que será multiplicado pelo risco conhecido para se calcular o novo risco. Quanto maior a medida da TN, maior o fator de multiplicação e portanto, maior o novo risco. Em contraste, quanto menor a medida da TN, menor o fator de multiplicação e menor o novo risco.

- Quanto maior a TN, maior o risco para trissomias.

Bioquímica materna entre 10 e 14 semanas de gestação

Os níveis de hCG no soro materno normalmente diminuem com a gestação. Quanto maior o valor da fração livre da B-hCG maior o risco para trissomia do 21. Novamente, para uma determinada idade gestacional cada valor de B-hCG representa um fator de correção que é multiplicado pelo risco conhecido para se calcular o novo risco. Os níveis de PAPP-A no sangue materno aumentam com a idade gestacional. Quanto mais baixos os níveis da PAPP-A, maior o risco de trissomia do 21. Portanto, para uma determinada idade gestacional cada valor da PAPP-A, representa um fator de correção que é multiplicado pelo risco conhecido para se calcular o novo risco.

- Quanto maior a concentração de B-hCG no soro materno maior o risco para trissomia do 21.
- Quanto menor a concentração de PAPP-A no soro materno maior o risco para trissomia do 21.

Bioquímica materna no segundo trimestre da gestação (16^a. semana)

As concentrações no soro materno da hCG, AFP e estriol não conjugado (ou de alguns destes) são dosadas e, utilizando-se os valores das concentrações destas proteínas e a idade materna, é calculado o risco para trissomia do 21 ao nascimento. O resultado inclui o risco conhecido (idade materna), e o risco corrigido (idade materna e bioquímico). Dividindo-se um pelo outro pode-se calcular a probabilidade (likelihood ratio), ou fator de correção pelo qual você multiplica o risco conhecido antes do próximo teste.

- Quanto maior a concentração da hCG no soro materno maior o risco para trissomia do 21.
- Quanto menor a concentração da AFP no soro materno maior o risco para trissomia do 21.
- Quanto menor a concentração de E3 no soro materno maior o risco para trissomia do 21.

Ultra-sonografia na 20ª. semana (US Morfológico)

Ausência de malformações

Em cerca de 50% dos fetos portadores de trissomia do cromossomo 21 pelo menos um dos seguintes marcadores deveriam ser identificados no exame ultra-sonográfico entre 16-22 semanas de gestação: ventriculomegalia leve, edema nuczal, defeitos do septo átrio-ventricular, intestino hiperecogênico, hidronefrose leve, encurtamento dos ossos, clinodactilia ou hipoplasia da falange média do quinto dedo.

Conseqüentemente, se não forem encontradas anormalidades, o risco para trissomia do 21 é cerca de ½ do risco conhecido.

Pelo menos 80% dos fetos portadores de trissomia do cromossomo 18 e 13 deveriam apresentar um dos marcadores característicos destas síndromes. Caso não seja identificada nenhuma anomalia ao exame ultra-sonográfico, o risco conhecido para estas trissomias fica reduzido em 5 vezes.

Malformações maiores

Se ao US morfológico for identificada uma ou mais malformações maiores é aconselhável oferecer o cariótipo fetal mesmo que a malformação seja isolada. A prevalência destas malformações é baixa e portanto os custos relacionados a este tipo de conduta são pequenos.

Se a malformação é do tipo letal ou está associada com deficiência mental grave, o cariótipo fetal é um dos meios para se investigar e determinar a provável causa e, portanto, estabelecer o risco de recorrência em uma futura gestação. Exemplos de tais condições incluem: hidrocefalia, nolo-prosencefalia, displasia renal multicística e hidropisia grave. No caso de defeito aberto do tubo neural isolado ainda existe controvérsia sobre se o risco para anomalias cromossômicas está aumentado. Da mesma forma, para as displasias esqueléticas, quando o diagnóstico ultra-sonográfico é óbvio, provavelmente o cariótipo é desnecessário.

Se a malformação pode ser corrigida através de cirurgia intra-útero ou pós-natal, é de bom senso excluir uma anomalia cromossômica, principalmente, porque muitas destas condições estão associadas às trissomias dos cromossomos 18 e 13. exemplos destas condições incluem: fenda labial, hérnia diafragmática, atresia esofágica, onfalocele e muitas das malformações cardíacas. Nos casos de gastrosquise isolada ou obstrução do intestino delgado não existe evidência de risco aumentado para trissomias.

Se forem encontradas malformações graves, o risco para trissomias, principalmente do 18

e 13, pode ser muito alto.

Malformações menores

Se os defeitos forem menores, o risco para trissomia do cromossomo 21 é calculado multiplicando-se o risco conhecido pelo fator de correção associado ao defeito específico. Para cada uma das condições a seguir existem dados suficientes na literatura para se estimar os fatores de risco.

- Edema ou prega nugal maior do que 6mm. Esta é a expressão da translucência nugal no segundo trimestre. Este marcador é encontrado em cerca de 0,5% dos fetos e pode não ter nenhum significado patológico. Entretanto, algumas vezes, está associado com defeitos cromossômicos, anomalias cardíacas, infecção congênita ou síndromes genéticas. Na presença de edema nugal isolado o risco para trissomia do 21 é cerca de 10 vezes o risco conhecido.
- Intestino hiperecogênico. É encontrado em cerca de 0,5% dos fetos e, na maioria das vezes, não tem nenhum significado patológico. A causa mais comum é sangramento intra-amniótico mas, ocasionalmente, ele pode ser um marcador de anomalias cromossômicas. Na presença de hiperecogenicidade intestinal isolada o risco para trissomia do 21 é de 5.5 vezes o risco conhecido.
- Fêmur curto. Se a medida do fêmur se encontra abaixo do 5º. percentil e o restante da biometria for normal mas pequeno. Raramente este é um sinal de nanismo. Ocasionalmente, este pode ser um marcador de anomalias cromossômicas. Para o fêmur curto isolado o risco de trissomia do 21 é 2,5 vezes o risco conhecido.
- Cistos do plexo coróide (CPC). Eles são encontrados em cerca de 1-2%, e das gestantes e, normalmente, não têm um significado patológico. Quando outros defeitos estão presentes, existe um alto risco para anomalias cromossômicas, mais freqüentemente trissomia do 18 e, ocasionalmente, trissomia do 21. Na presença de CPC isolados o risco para trissomia do 18 e 21 é 5 vezes o risco conhecido.
- Hidronetrose discreta. Este achado é encontrado em cerca de 1 a 2%, e não tem um significado patológico. Quando outras anomalias estão presentes existe um alto risco para anomalias cromossômicas, mais freqüentemente, a trissomia do 21. Para hidronefrose discreta isolada o risco de trissomia do 21 é de 1,5 vezes o risco conhecido.

INDICAÇÕES DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL PARA CROMOSSOMOPATIAS

Líquido amniótico e vilosidades coriônicas

1. Idade materna > 35 anos
2. Idade paterna > 55 anos
3. Translucência nugal maior que 2,5 mm (quando o ultra-som for feito entre 10 e 14 semanas, preferencialmente entre 12 e 13 semanas).
4. Malformação detectada pela ultra-sonografia (15-20% dos fetos com alguma malformação têm aberração cromossômica). De um modo geral depende muito do cuidado e da experiência do ultra-sonografista. Mas este terá que documentar muito bem a alteração cromossômica como anencefalia, grande redução de membros, cisto de plexo coróide isolado, etc. Cada caso deve ser justificado.
5. PAPP-A e Beta hCG alterados (entre 11 e 14 semanas).
Beta hCG, Estriol livre e Alfa-fetoproteína alterados (com mais de 15 semanas)

Dependerá da margem de corte.

6. Drogas na gestação – somente se a ingestão for de drogas clastrogênicas, isto é, causadoras de aberrações cromossômicas como a colchicina, citostáticos, etc. Mesmo assim, acompanhadas de uma boa avaliação pelo ultra-som.
7. Radiação – desde que seja abdominal, três ou mais chapas e que seja no período periconcepcional. Neste caso, também o ultra-som deve ser minucioso pela ocasional microcefalia decorrente da radiação.
8. Casal com gestação anterior de feto com aberração cromossômica viável (geralmente, trissomias livres do tipo 13, 18 e 21, XXY, XXX, etc., mas não a síndrome de Turner e Triploidia que não apresentam aumento de recorrência).
9. Casal com um dos genitores portador de translocação cromossômica equilibrada ou portador de mosaïcismo celular.
10. Síndrome adreno-genital ou filho intersexo em gestação anterior.

Não está indicado o diagnóstico pré-natal de cromossomopatias

1. Gestantes que ingeriram drogas não clastrogênicas
2. Ansiedade dos pais
3. Algumas malformações específicas, com o aval do geneticista
4. Abortamento habitual, em que o cariótipo do casal seja normal
5. Radiação fora do período peri-concepcional
6. Consangüinidade (como esses casais tem o risco aumentado para doenças gênicas, talvez pudesse ser indicado, mas o ultra-som morfológico está obrigatoriamente indicado).

TABELA 1. Trissomia do 21: riscos pela idade materna e IG
Risco estimado (I/número dado na tabela).
Idade Gestacional (semanas)

Idade Materna	10	12	14	16	18	20	25	30	35	Nasc.
20	804	898	981	1053	1117	1175	1294	1388	1464	1527
21	793	887	968	1040	1103	1159	1277	1370	1445	1507
22	780	872	952	1022	1084	1140	1256	1347	1421	1482
23	762	852	930	999	1060	1114	1227	1317	1389	1448
24	740	827	903	969	1029	1081	1191	1278	1348	1406
25	712	795	868	933	989	1040	1146	1229	1297	1352
26	677	756	826	887	941	989	1090	1169	1233	1286
27	635	710	775	832	883	928	1022	1097	1157	1206
28	586	655	715	768	815	856	943	1012	1068	1113
29	531	593	648	695	738	776	855	917	967	1008
30	471	526	575	617	655	688	758	813	858	895
31	409	457	499	536	568	597	658	706	745	776
32	347	388	423	455	482	507	559	599	632	659
33	288	322	352	378	401	421	464	498	525	547
34	235	262	286	307	326	343	378	405	427	446
35	187	210	229	246	261	274	302	324	342	356
36	148	165	180	193	205	216	238	255	269	280
37	115	128	140	150	159	168	185	198	209	218
38	88	98	107	115	122	129	142	152	160	167
39	67	75	82	88	93	98	108	116	122	128
40	51	57	62	67	71	74	82	88	93	97
41	38	43	47	50	53	56	62	66	70	73
42	29	32	35	38	40	42	46	50	52	55
43	21	24	26	28	30	31	35	37	39	41
44	16	18	20	21	22	23	26	28	29	30

MAL-FORMAÇÕES (MF) FETAIS MAIS COMUNS E CRITÉRIOS LEGAIS PARA INTERRUPTÃO

Ana Christina Ferreira Cavalcanti (MESM)

1º - Suspeita Clínica

- Antecedentes pessoais (AP) e familiares (AF)
- Altura do fundo uterino (AFU) incompatível com data da última menstruação (DUM) = alterações de líquido amniótico (LA), restrição de crescimento intra-uterino (RCIU)
- Ultra-som (USG) de rotina sugestivo de MF
- Encaminhamento para medicina fetal

2º - Cd obstétrica

USG morfológico (intervalo depende das MF = semanal, 2/2 ou 3/3 sem)

Pesquisa de etiologias indicadas por USG morfológico

Via de regra não se inibe e não se induz

Para inibição avaliar risco/benefício

Corticoterapia < 34 sem = MF isolada, bom prognóstico ou decisão do casal

3º - Medicina Fetal

▪ Etapas Básicas em MF

Confirmação ou retificação do diagnóstico (preciso e completo)

MF associadas

Cariótipo fetal

Equipe multidisciplinar

Atitude terapêutica

Assistência neonatal

Decisão do casal

▪ USG morfológico seriado = 12^a/20^a/28^a/34^a sem e termo

▪ USG patológico seriado = diagnóstico das MF, etiologia, classificação, MF e síndromes associadas, evolução, prognóstico, conduta (cd) e recorrência

▪ Aconselhamento genético (AG) = pré-concepcional, pré-natal e pós-natal

▪ Orientações gerais (decisões compartilhadas com casal e obstetra)

Objetivo = medicina preventiva

MF ocorrem no período embrionário (DUM ≤ 10 sem); posteriormente podem ocorrer anomalias de desenvolvimento

IG da MF, IG de diagnóstico USG, IG de resolução

▪ Cariótipo = para diagnóstico de sínd. cromossômicas

Indicações = idade materna avançada, presença de vários marcadores menores ou MF (marcadores maiores), ansiedade do casal

Se alterado = pior prognóstico

▪ Ecocardiopplergrafia fetal

Indicações = AF e AP, idade materna avançada, suspeita de cardiopatia ao USG, presença de vários marcadores menores ou MF (marcadores maiores), ansiedade do casal, infecções congênitas, arritmias, suspeita de sínd. cromossômicas, alterações

de LA, hidropsia, gemelaridade, teratógenos, DM descompensado periconcepcional, RCIU

- **Procedimentos invasivos = diagnóstico e tratamento fetal** = medicamentoso, biópsia de vilo corial (BVC), amniocentese, cordocentese, amniodrenagem, amniotomografia, punções e drenagens cavitárias e de cistos, derivações, septostomia, exsanguíneotransfusão intra-uterina (EXTIU), redução seletiva da gestação (RSG), cirurgia fetal percutânea e à céu-aberto (alguns centros), IMG (interrupção médica da gestação)
- **Prognóstico**
Fatores agravantes = MF associadas, sínd. cromossômicas e prematuridade
MF graves c/ cariótipo alterado = IMG (se legalizada), considerar valorização da gestação pelo casal
- **Resolução da gestação** = orientação da idade gestacional (IG) e via de parto

4° - Resolução da gestação

IMG se legalizada

Parto prematuro terapêutico (PPT) = $\geq 32/34$ sem

Parto no termo (PT) = 37 sem

Parto preferencialmente via alta, principalmente nas MF com bom prognóstico

Parto normal em MF múltiplas, antes da viabilidade

Parto em centro terciário para adequada assistência clínico-cirúrgica pós-natal

5° - Atitudes Pré-natais Possíveis

- **MF corrigível após PT = USG seriado**

S/ danos p/ sistema acometido

Evitar trabalho de parto prematuro (TPP) = se polidramnia encaminhar p/ amniodrenagem seriada

Prognóstico favorável = via alta

Atresias de esôfago e duodeno, onfalocele íntegra pequena, EB íntegra e pequena, hidronefrose unilateral, MF de face e esqueléticas, higroma cístico, teratoma sacrococcígeo pequeno

- **MF letal = IMG**

MF letais ou graves e/ou incompatíveis c/ vida pós-natal satisfatória

IMG não legalizada = cd por indicação materna (considerar decisão do casal)

Anencefalia, holoprosencefalia alobar, hidranencefalia, displasia esqueléticas letais, trissomias 13 e 18, agenesia renal bilateral, doença renal policística bilateral

- **MF de evolução progressiva = PPT**

Danos p/ sistema acometido = tratamento o mais rápido possível

Prematuridade = riscos X benefícios

Onfalocele rota, gastrosquise, isquemia intestinal, hidrocefalia, RCIU, uropatias obstrutivas, arritmias, hidropsia, seqüência da banda amniótica

- **MF c/ distocia = via alta**

MF que podem cursar c/ distocia ou necessitam de cirurgia pós-natal imediata

Hidrocefalia acentuada (RN valorizado pelos pais), onfalocele gigante, EB gigante ou rota, higroma cístico extenso, teratoma sacrococcígeo, gêmeos acolados

- **MF que necessita de prevenção = correção intra-útero**

P/ evitar danos fetais c/ prematuridade contra-indicando resolução

Derrame pleural, MACP, uropatias obstrutivas, HDC, hidrocefalia (?)

Sistema Nervoso Central (SNC)

Suspeita

- AP = risco empírico de 10 a 25%, toxoplasmose, CMV, DM descompensado periconcepcional, deficiência de ácido fólico (em DATN)
- AFU > IG se polidramnia associada
- Elevação de AFP no soro materno (2x > IG) – em DATN

DEFEITO ABERTO DO TUBO NEURAL (DATN)

Anencefalia

- Ausência de calota craniana e hemisférios cerebrais (falha no fechamento rostral, na 2^a/3^a sem de embriogênese). Pode ser secundária à **exencefalia** (formação de tecido cerebral s/ calota)
- DATN mais freqüente, sexo feminino (4:1), multifatorial (deficiência de ácido fólico parece ser principal agente)
- **USG** ($\geq 10^a/12^a$ sem)
Início da gestação = CCN < IG
Ausência de calota craniana
Face proeminente (órbitas alargadas = “face de batráquio”)
Polidramnia
- **Prognóstico** = letal
- **Cd obstétrica** = IMG se legalizada
Caso contrário = PPT (avaliar polidramnia); via de parto = indicação obstétrica

Espinha Bífida (EB)

- Disrrafia na linha média da vértebra (falha de fechamento caudal), expondo canal neural (3^a/4^a sem de embriogênese)
- Maioria de localização lombo-sacral (90%)
- Freqüência semelhante à anencefalia, multifatorial (90%), 10% (medicamentos, sínd. mendeliana ou cromossômica)
- Formas: aberta (85%), tumoral (coberta por pele) e oculta (assintomática)
- **USG** (diag ≥ 16 sem)
Plano longitudinal da coluna = desvio do alinhamento das apófises espinhosas e perda da continuidade da pele;
Plano transversal = deformidade em forma de “U” (visualização dificultada em lesão pequena e recoberta de pele)
Plano transverso da calota craniana = “sinal do limão” (deformidade frontal) e cerebelo com “sinal da banana” ou ausente
Polidramnia
Meningocele = herniação apenas de meninges (imagem anecóica arredondada delimitada por linha ecogênica delgada)
Mielomeningocele = herniação de meninges e tecido neural (heterogênea)
Raquisis = todo eixo vertebral aberto
Craniorraquisis = raquisis + anencefalia

Sínd. de Arnold-Chiari II = herniação de vermis cerebelar pelo forame magno decorrente de EB e associada c/ hidrocefalia obstrutiva

- **Prognóstico** = depende do nível e extensão da lesão e das MF associadas; geralmente cursa c/ retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e incontinência de esfíncteres
- **Cd obstétrica** = PT via alta; PPT se hidrocefalia acentuada e macrocrania

MF associadas

- SNC, face, gêrito-urinárias (GU), gastrointestinais (GI), cardíacas, pé torto

Prevenção

- Ácido fólico 4mg/d (endofolin – comp. de 2 e 5mg) de 2 meses pré-concepcional até final do 1º trimestre

ALTERAÇÕES DOS VENTRÍCULOS CEREBRAIS

Hidrocefalia

- Aumento de líquido cefalorraquidiano (LCR) por desequilíbrio entre produção (ventrículos laterais – VLs) e absorção (espaço subaracnóide)
- Maioria multifatorial; também em sínd. mendelianas ou cromossômicas
- **Obstrutiva** = mais freqüente; estenose do aqueduto (genética, toxo, CMV)
- **Comunicante** = obstrução fora do sistema ventricular ou após 4ºV
- **USG**

Aumento da biometria cefálica

Aumento de VLs (simétrico ou assimétrico; uni ou bilateral) e da relação VL/HC (> 50% até 20ª sem, > 33% após 20ª sem)

Leve (**ventriculomegalia**), moderada e acentuada

Estenose do aqueduto de Sylvius (43%) = aumento VLs e 3ºV

Comunicante = dilatação de VLs, 3º e 4ºV, espaço subaracnóide

Sínd. de Dandy-Walker = hidrocefalia + cisto de fossa posterior + agenesia de vermis cerebelar com dilatação do 4ºV

- **MF associadas** = SNC, GU, GI, face
- **Prognóstico** = depende da etiologia, MF associadas, grau de hidrocefalia e extensão de parênquima cerebral restante (graus variáveis de compressão do parênquima com aumento da pressão intracraniana e retardo do DNPM)
- **Cd obstétrica** = pesquisa de infecções congênicas
PPT = depende do grau e da polidramnia; via alta se macrocrania

Cisto de Plexo Coróide

- Imagem anecóica arredondada localizada nos VLs
- Único ou múltiplos, uni ou bilaterais, tamanho variado (3 a 15mm); podem cursar c/ hidrocefalia
- Marcador fraco de sínd. cromossômica se bilaterais, grandes e persistentes após 26ª sem

HOLOPROSENFALIA

- Falha de clivagem do prosencéfalo, c/ MF medianas em SNC e face (< 5ª sem)
- Associação com trissomia do 13
- **USG** ($\geq 14/16^a$ sem)
 - H. alobar** = ausência de eco médio, ventrículo único, tálamos fundidos
 - H. semilobar** = hemisférios cerebrais parcialmente divididos posteriormente
 - H. lobar** = hemisférios cerebrais divididos, c/ certo grau de fusão das estruturas (VLs separados, exceto cornos frontais)
 - Ciclopia** = monoftalmia + arrinia c/ prosbocis
 - Etmocefalia** = hipotelorismo acentuado + arrinia c/ prosbocis
 - Cebocefalia** = hipotelorismo + narina única
 - Fenda mediana (palatina e labial)**
- **Prognóstico** = depende do tipo (alobar e semilobar: geralmente óbito no 1º ano ou retardo mental (RM) severo; lobar: QI suficiente para sobrevivência); graus severos de retardo DNPM
- **Cd obstétrica** = IMG se legalizada; via de parto = indicação obstétrica

OUTRAS

- **Encefalocele** = DATN c/ protusão de tecido intracraniano por defeito cranial (occipital, parietal ou frontal)
- **Sínd. de Arnold-Chiari III** = herniação do cerebelo pela encefalocele
- **Iniencéfalia** = lordose acentuada da coluna c/ hiperextensão da cabeça, geralmente associada com encefalocele ou raquisis
- **Hidranencefalia** = ausência de parênquima cerebral substituído por LCR, causa vascular ou infecciosa
- **Microcefalia** = circunferência cefálica (CC) < percentil adequado (3SD < IG), associada com anormalidades neurológicas e retardo DNPM
- **Sínd. de Meckel-Gruber** = encefalocele occipital + rins policísticos + polidactilia e/ou fenda palatina + MF cardíacas

FACE

Suspeita

- AF, AP, MF SNC, alcoolismo, DM descompensado periconcepcional

Anomalias das Órbitas

- **Hipertelorismo** = aumento da distância interorbital (relação DIO/DBP aumentada)

- **Hipotelorismo** = diminuição da distância interorbital (relação DIO/DBP diminuída); maioria com MF graves
- **Microftalmia** = diminuição do diâmetro orbitário (< percentil 5)
- **Anoftalmia** = ausência ocular; associado com MF e síndromes

Anomalias do Nariz

- **Arrinia** = ausência do nariz
- **Prosbocis** = apêndice nasal associado com ausência de nariz
- **Ausência de osso nasal** = marcador de sínd. cromossômica = associado à idade materna e TN no screening de trissomia 21 entre 11 e 14 sem)

Anomalias de Lábios e Palato

- **Fenda Lábio-palatina (FLP)** = solução de continuidade linear lateral de lábio superior e/ou palato
Frequente, multifatorial (genético ou extrínseco), mais frequente no sexo feminino (2:1) e à esquerda (2:1), bilateral em 25% dos casos
MF associadas = cardíacas, extremidades, SNC
Fenda isolada = FLP acomete mais sexo masculino (2:1); FP sexo feminino (2:1); FLP mais comum unilateral e à esquerda (3:1); FP mais frequente se bilateral
Recorrência = risco empírico de 3 a 4% se gestação anterior afetada; mãe afetada: risco diminuído; pai afetado: risco aumentado
- **Fenda Mediana** = MF mediana em lábio superior, palato e nariz; associada com hipotelorismo (na holoprosencefalia) e com hipertelorismo (displasia frontonasal)

Outras

- **Micrognatia** = hipoplasia da mandíbula
- **Glossoptose** = língua protusa
- **Macroglossia** = aumento da língua

MF associadas = SNC, face, cardíacas, esqueléticas, sínd. gênicas e cromossômicas

Prognóstico = depende de MF associadas. FLP isolada = cirurgia neonatal

Cd obstétrica = MF isolada = PT e via obstétrica

PESCOÇO

Translucência Nucal (TN)

- Acúmulo de líquido em TCSC (sinal precoce de hidropsia)
- Plano do CCN, feto ocupando 75% da tela, medida do maior espaço anecóico entre pele fetal e tecido que circunda coluna, com cuidado de distinguir membrana amniótica
- Forte marcador no screening das anomalias cromossômicas (T13,18,21); também em MF cardíacas c/ cariótipo normal
- IG ideal = CCN de 45 a 84 mm
- Valor normal de acordo com medida do CCN ou considerar até < 2,5 mm

Prega Nucal

- Espessura de tecidos moles em região nucal > 5mm entre 15 e 20 sem (plano transversal do polo cefálico ao nível de DBP c/ inclinação occipital)
- Marcador de trissomias, principalmente T21

Higroma Cístico

- Falha no desenvolvimento da comunicação entre sistema linfático e veia jugular (na 4^a/5^a sem) seguida por obstrução e formação de múltiplos cistos
- **USG** (1^o trimestre)
Imagem anecóica com septos (ligamento nucal) em região occipitocervical, geralmente bilateral, s/ continuidade com pólo cefálico e coluna
Oligodramnia e RCIU
Hidropsia não-imune
- **MF associadas** = sínd. cromossômicas (principalmente sínd. de Turner); se isolada pode ter padrão autossômico recessivo; várias MF (GU, cardíacas e esqueléticas)
- **Prognóstico** = depende da hidropsia e MF associadas
- **Cd obstétrica** = depende do tamanho da lesão e MF associadas
PT se possível, geralmente via alta se bom prognóstico

Teratoma Cervical

- Tu de células germinativas, esporádico
- **USG**
Geralmente unilateral, anterior, heterogêneo, tamanho variado
Polidramnia
- **Prognóstico** = maioria benigna e com excisão neonatal; grandes com obstrução de vias aéreas e órbita neonatal
- **Cd obstétrica** = via alta pela distocia

CORAÇÃO

Defeitos septais = **CIA, CIV, canal atrioventricular (CAV), PCA**

Hipoplasia de ventrículo esquerdo

Dextrocardia

Tetralogia de Fallot = CIV + estenose pulmonar + dextroposição da aorta + hipertrofia de VD

Transposição de grandes vasos

Dupla via de saída de VD

Arritmias e bloqueios átrio-ventriculares

Prognóstico = depende da gravidade da cardiopatia e de MF associadas ou sínd. cromossômicas ou gênicas

TÓRAX

Quilotórax

- Acúmulo de líquido na cavidade pleural por aumento na produção ou diminuição na absorção (obstrução de drenagem ou MF sistema linfático)
- Se compressão = hipoplasia pulmonar
- Pode estar associado à trissomia 21
- **USG**
Imagem anecóica na periferia da cavidade torácica, unilateral, geralmente à direita = suspeita; confirmar etiologia do derrame com citologia do líquido pleural (80% linfócitos)
Desvio da área cardíaca, insuficiência cardíaca e hidropsia
Polidramnia
- **Prognóstico** = depende da associação com T21 e hidropsia
- **Cd obstétrica** = PT se isolado e s/ hidropsia; PPT se hidropsia

Malformação Adenomatosa Cística do Pulmão (MACP)

- Hamartoma caracterizado por crescimento exagerado dos bronquíolos terminais (< 5^a sem)
- **Classificação de Stocker**
Tipo I (50%) = bronquíolos bem diferenciados (< 10^a sem) = cistos maiores (3 a 7 cm)
Tipo II (40%) = moderada diferenciação (> 31^o dia) = múltiplos pequenos cistos (≤ 12 mm); associação com MF (60%)
Tipo III = mínima diferenciação de bronquíolos (< 26-28^o dia) = imagem não cística (microcistos), ecogênica (mais grave)
- **USG**
Imagens anecóicas/hipoecogênicas de tamanho variável, únicas ou múltiplas, não pulsáteis
Quase sempre unilateral, geralmente lobo inferior
Desvio do mediastino (compressão contralateral e insuficiência cardíaca)
Polidramnia (compressão do esôfago)
Derrame pleural (comprometimento da drenagem linfática)
Hidropsia não-imune
- **MF associadas** = GU (agenesia renal, rim multicístico, displasia renal), cardíacas, atresia intestinal, HDC
- **Prognóstico** = depende da hipoplasia pulmonar e hidropsia
- **Cd obstétrica** = PT na ausência de hidropsia (se isolada)
- **Diag diferencial**
Seqüestro Pulmonar = parte de parênquima pulmonar separada do pulmão normal (intraobar = mesma pleura que pulmão normal; extraobar = seqüestro com pleura própria)

Cisto Broncogênico = cisto delimitado pelo epitélio brônquico

PAREDE ABDOMINAL / GASTROINTESTINAIS (GI)

Marcadores

- Polidramnia = distúrbio de deglutição
- RCIU
- Circunferência abdominal (CA) alterada = diminuída (onfalocele, gastrosquise, HDC) ou aumentada (ascite, estenose intestinal)
- Ascite
- Artéria umbilical única (AUU)
- Elevação de AFP no soro materno

Hérnia Diafragmática Congênita (HDC)

- Defeito no fechamento do diafragma com protusão de órgãos abdominais na cavidade torácica (8^a/10^a sem)
- Esporádica ou herança familiar
- **USG** (≥ 20 sem)
Triade = desvio do mediastino + órgãos abdominais na cavidade torácica (peristalse intestinal) + polidramnia
Ausência de bolha gástrica em abdome
Desvio do trajeto intra-hepático de v. umbilical
Hidropsia
HDC à esquerda (75 a 90%) = desvio do coração c/ imagens líquidas (estômago e alças) no mesmo plano do coração + ausência de bolha gástrica em abdome + diminuição do diâmetro abdominal transversal (DAT)
HDC pequena = difícil detecção, bom prognóstico
- **MF associadas** = SNC (anencefalia, hidrocefalia, EB), face, cardíacas, GI (anomalias de fusão e rotação), GU, esqueléticas, sínd. cromossômicas (T18 e 21), RCIU
- **Prognóstico** = grave; depende da hipoplasia pulmonar e de MF associadas
- **Cd obstétrica** = PT se isolada; caso hidropsia ou polidramnia importante = PPT; parto pode ser via baixa se HDC isolada

Onfalocele

- Defeito de fechamento mediano da parede anterior do abdome com herniação de órgãos abdominais (principalmente fígado), recoberta por membrana amnioperitoneal e com inserção de cordão na base (10^a sem)
- Maioria esporádica
- **Suspeita** = elevação de AFP no soro materno
- **USG** ($> 14^a$ sem)

Imagem adjacente à parede anterior do abdome, na linha média, recoberta por

membrana, com cordão umbilical inserido em sua base, tamanho variável

Fígado herniado = geralmente onfalocele isolada e c/ bom prognóstico

Diminuição do diâmetro antero-posterior (DAT)

Polidramnia

Pentalogia de Cantrell = onfalocele epigástrica + fenda esternal + ausência do pericárdio diafragmático + deficiência do diafragma anterior + MF cardíaca

Síndrome da linha média inferior (celiostomia inferior) = onfalocele hipogástrica + fistula vesicointestinal + imperfuração anal ou extrofia vesical + anomalia de vértebras + meningomielocele

- **MF associadas** = T18, 13 e 21, MF cardíacas (CIA, CIV, T. de Fallot), GU, esqueléticas, GI e SNC
- **Prognóstico** = depende de MF associadas e sínd. cromossômicas
- **Cd obstétrica** = preferencialmente PT (via alta)

Gastrosquise

- MF paraumbilical da parede anterior do abdome, à direita do cordão, não recoberta por membrana com evisceração de órgãos abdominais
- Maioria esporádica, por comprometimento vascular de v. umbilical ou a. onfalomesentérica
- **Suspeita** = elevação de AFP no soro materno
- **USG** (> 17ª sem)
Imagem adjacente à parede anterior do abdome, à direita da inserção umbilical e não recoberta por membrana, c/ órgãos livres em cavidade amniótica (principalmente alças)
Fígado em topografia normal
Aspecto das alças (obstrução vascular) = aumento do calibre espessura da parede, ecogenicidade
Polidramnia
- **MF associadas** = GI (atresia intestinal) e RCIU
- **Prognóstico** = depende de MF associadas, prematuridade, sepse e complicações cirúrgicas neonatais
- **Cd obstétrica** = PT (via alta)
PPT se polidramnia, TP ou sinais de sofrimento de alças

Anomalia de Body-Stalk (sínd. da ausência do cordão umbilical)

- MF grave da formação da parede abdominal por ausência de cordão umbilical com feto ligado à placenta pelos órgãos abdominais, com mau posicionamento e MF esqueléticas (cifoescoliose). Letal

Extrofia Vesical

- MF na parte inferior da parede abdominal anterior com ausência de parede anterior vesical, com protusão da parede vesical posterior

Atresia de Esôfago

- Interrupção da luz do esôfago, maioria c/ fistula
- **Tipos** = isolada, com fistula proximal, com fistula distal (85 a 90%), com dupla fistula, fistula traqueoesofágica sem atresia
- **USG**
Bolha gástrica ausente ou diminuída em exames seriados
Polidramnia
Sínd. de Vactrel = fistula traqueoesofágica + imperfuração anal + cardiopatia + hemivértebras + MF renal + displasia de membros (aplasia de rádio)
- **MF associadas** = cardíacas (CIV, CIA), T21, GI (atresia de duodeno), GU
- **Prognóstico** = depende de MF associadas, prematuridade e complicações respiratórias neonatais
- **Cd obstétrica** = PT (via de parto obstétrica); PPT se polidramnia e TP

Atresia de Duodeno

- Falha na canalização do intestino primitivo (11ª sem)
- **USG**

Sinal de dupla bolha no plano transversal abdominal, com conexão entre as duas imagens

(mais volumosa à esquerda = estômago) e dilatação à montante

Polidramnia

Diag diferencial = **cisto de ovário** (imagem cística em feto feminino, sem comunicação com sistema renal ou GI)

- **MF associadas** = anomalias vertebrais, GI, cardíacas, GU, trissomia 21
- **Prognóstico** = depende de prematuridade, MF associadas
- **Cd obstétrica** = idem atresia de esôfago

Hepatoesplenomegalia

- Aumento da CA, geralmente de causa infecciosa
- **Hepatomegalia** = desvio para esquerda do trajeto intra-hepático de v. umbilical

GÊNITOURINÁRIAS (GU)

Suspeita

- Antecedentes = doenças autossômicas dominante (AD) e recessiva (AR)

- DM
- AFU < IG = oligodramnia, RCIU

AGENESIA RENAL BILATERAL

- Ausência renal por interrupção da formação embriológica normal entre pronefro e metanefro
- Pode ser isolada (multifatorial) ou parte de síndrome (herança AR ou AD, cromossômica)
- **Seqüência de Potter** = oligodramnia + tórax “em sino” (hipoplasia pulmonar) + fácies típica + MF posicional de extremidades
- **USG**
Ausência de imagem vesical ($\geq 10^a/12^a$ sem) = em 30' ou exames seriados
Ausência bilateral de rins ($12^a/14^a$ sem)
Oligodramnia = acentuada e precoce (início 2º trimestre)
- **MF associadas** = GU, faciais, cardíacas (CIV, CIA, T.de Fallot, hipoplasia de VE), esqueléticas, SNC (hidrocefalia, microcefalia, EB, holoprosencefalia), GI (atresia de duodeno, imperfuração anal, onfalocele), RCIU
- **Prognóstico** = letal
- **Cd obstétrica** = IMG se legalizada; via de parto = indicação obstétrica

DOENÇA RENAL CÍSTICA

Marcadores Renais (USG)

- Forma e contorno
- Tamanho
- Simetria
- Aspecto e ecogenicidade do parênquima
- Nº, localização e diâmetro dos cistos

Doença Renal Policística Infantil (Potter I) = doença policística hepatorenal

- Doença AR com aumento bilateral simétrico dos rins, com substituição de parênquima por microcistos (túbulos coletores dilatados)
- Variedades = perinatal (mais comum), neonatal, infantil e juvenil
- **USG** ($\geq 20^a/24^a$ sem)
Aumento bilateral dos rins (relação rim/CA = 0,4 a 0,5), aspecto hiperecogênico, contorno preservado
Parênquima renal em “favo de mel”, c/ pequenos cistos de 1 a 3 mm de diâmetro
Oligodramnia
Ausência de bexiga
- **MF associadas** = cistos hepáticos
- **Prognóstico** = depende da variedade

Perinatal = função renal gravemente comprometida; óbito fetal ou neonatal secundário à

hipoplasia pulmonar

- **Cd obstétrica** = IMG se legalizada. Via alta se volume renal acentuado (distocia)
- Doença Renal Policística Adulta (Potter III)** = doença policística renal
- Doença AD com substituição do parênquima por múltiplos cistos de tamanho variado devido à dilatação do sistema tubular
 - **USG** ($\geq 20^{\text{a}}/24^{\text{a}}$ sem)
Tamanho renal aumentado (pode estar normal ou diminuído), parênquima hiperecogênico (não uniforme) e múltiplas imagens císticas (mm a cm)
LA normal ou diminuído
Obs.: realizar USG renal dos pais
 - **MF associadas** = cistos no fígado e também em pâncreas, baço, pulmões
 - **Prognóstico** = variável, dados insuficientes para período neonatal. Assintomática por muitos anos
 - **Cd obstétrica** = expectante se função renal preservada e PT; via de parto obstétrica, exceto se distocia pelo volume renal

Doença Renal Multicística (Potter II)

- MF renal, geralmente esporádica, com dilatação primária de túbulos coletores com displasia
- **USG**
Imagens císticas renais, redondas, múltiplas, periféricas, tamanho variado (mm a cm) e que não se comunicam
Parênquima ausente
Unilateral, mais freqüente à esquerda (geralmente assintomático) ou bilateral ou segmentar
Rins de tamanho aumentado (com aspecto lobulado), diminuído ou de normal
Bexiga não visualizada (se bilateral)
Oligodramnia (se bilateral)
Diag diferencial com OJUP (obstrução da junção ureteropélvica) = cursa c/ hidronefrose = parênquima visível, cistos não esféricos e c/ comunicação c/ pelve renal
- **MF associadas**
Unilateral = rim contralateral com MF ou hidronefrose compensatória, SNC, cardíacas, atresia de esôfago
Bilateral = cardíacas, SNC (hidrocefalia, EB), HDC, faciais (FP, microftalmia), esqueléticas (agenesia do rádio), GI (atresia de duodeno, imperfuração anal)
- **Prognóstico**
Bilateral = cursa com insuficiência renal (letal)
Unilateral = pode desenvolver hipertensão; depende do rim contralateral
- **Cd obstétrica** = baseada na função renal
Bilateral = IMG se legalizada.

Unilateral = depende de MF associadas, cariótipo. Se isolada = PT (via alta se distocia);

PPT se obstrução de rim contralateral

UROPATIAS OBSTRUTIVAS

Obstruções

- Nível = alta, média, baixa
- Grau = parcial ou total
- Forma de acometimento = uni ou bilateral
- Função renal = presente ou ausente = orienta prognóstico
- Sínd. cromossômica = 2 a 33%

Risco > = quanto mais baixa a obstrução e se sexo feminino

Dilatação pielocalicial isolada = $> 4 \text{ mm} \leq 33 \text{ sem}$ e $> 7 \text{ mm} > 33 \text{ sem}$ = marcador fraco

Marcadores de Displasia Renal (alteração da função renal)

- Parênquima = $< 3 \text{ mm}$, hiperecogênico e com cistos
- Oligodramnia
- **Função renal**

Alteração grave bilateral = IMG X cd conservadora X decisão do casal

Alteração moderada bilateral = PPT X derivação vesicoamniótica

Alteração unilateral = cd ditada pelo rim normal

Normal = PT

Obstrução da Junção Ureteropélvica (OJUP)

- Obstrução do trato urinário entre pelve e ureter
- Esporádica, bilateral em 30%, unilateral é mais freqüente do lado esquerdo, sexo masculino 2:1
- **USG**

Diâmetro ântero-posterior da pelve renal no plano transversal abdominal $\geq 5 \text{ mm}$

Ectasia piélica = 5 a 10mm

Hidronefrose = $> 10 \text{ mm}$

Imagens císticas com comunicação com pelve

Parênquima visualizado = pior prognóstico se $< 3 \text{ mm}$ e ecogênico

Unilateral = LA e bexiga normais; se oligodramnia = agenesia ou rim multicístico

contralateral

Bilateral (10 a 40%) = LA e bexiga normais indicam obstrução recente ou incompleta

Ascite urinosa = hidronefrose importante c/ ruptura total de parênquima e cápsula renal

- **MF associadas** = GU, cardíacas, SNC, esqueléticas, GI
- **Prognóstico** = satisfatório

Depende se bilateral (oligodramnia e hipoplasia pulmonar), da prematuridade, MF

associadas e da avaliação renal pós-natal

- **Cd obstétrica**

PT a depender dos marcadores de displasia

PPT se alterações de função renal bilateral

Via alta se hidronefrose volumosa

Obstrução da Junção Ureterovesical (OJUV) – Megaureter

- Megaureter = dilatação do ureter (c/ ou s/ dilatação pielocalicial), pode ocorrer por obstrução, por refluxo vesicoureteral ou outra causa (DM, idiopático)
- OJUV = obstrução terminal do ureter dentro da porção intravesical
- 92% das obstruções urinárias cursam com megaureter; esporádico, sexo masculino 3:1
- Primário = defeito no ureter; secundário = compressão extrínseca ou OJUV
- **Refluxo vesicoureteral (RVU)** = primário = OJUV; secundário = bexiga neurogênica, VUP
- **USG**

Ureter normal = raramente visibilizado

Megaureter = imagens hipoeecogênicas tubulares comunicando c/ pelve renal

Bexiga de tamanho normal

Pelve renal normal ou dilatada

LA normal = sugestivo de função renal satisfatória

Polidramnia = se MF cardíacas ou GI

- **MF associadas** = GU, cardíacas, SNC, esqueléticas, GI
- **Prognóstico** = satisfatório

Depende da função renal (aumento de pressão no sistema urinário)

OJUV e/ou refluxo vesicoureteral requer tratamento cirúrgico

- **Cd obstétrica** = PT se unilateral ou bilateral c/ LA normal (via obstétrica)

Válvula de Uretra Posterior (VUP)

- Obstrução urinária baixa causada por membrana na uretra posterior (tipo I - desenvolvimento exagerado do folheto uretrovaginal ou tipo III - canalização anormal da membrana urogenital)
- Usualmente esporádica, multifatorial, sexo masculino
- **USG**

Megabexiga = “sinal da raquete” (pode acarretar refluxo vesicoureteral, megaureter

bilateral e hidronefrose)

Espessamento da parede vesical > 2mm

Parênquima hiperecogênico c/ múltiplos cistos = displasia

Sexo masculino

Ascite (ruptura da bexiga)

Oligodramnia

Diag diferencial = **sínd. megabexiga-microcolon-hipoperistaltismo intestinal** = sexo

feminino + megabexiga + LA normal ou aumentado + estômago dilatado + hidronefrose

bilateral

- **MF associadas** = megaureter , hidronefrose, dilatação uretral (conseqüências), criptorquidia, hipospádia, cardíacas, HCD, imperfuração anal, esqueléticas, cromossômicas
- **Prognóstico** = depende de avaliação renal fetal (IG do início e grau de obstrução), MF associadas, cariótipo e prematuridade

Refluxo unilateral neonatal (geralmente à esquerda) = rim contralateral poupado (bom prognóstico)

Obstrução acentuada = hidronefrose + displasia, pior prognóstico

Oligodramnia e hipoplasia pulmonar = pior prognóstico

- **Cd obstétrica**

Se bom prognóstico = PPT e acompanhamento a longo prazo

Mau prognóstico = IMG se legalizada ou PPT

Síndrome de Prune-Belly

- Hipotonia da parede abdominal (distendida) + obstrução urinária (megabexiga e megoureter) + criptorquidia bilateral

DISPLASIAS ESQUELÉTICAS

Nomenclatura

- **Amelia** = ausência de membro ou membros
- **Hemimelia** = ausência de segmento do membro
- **Focomelia** = hipoplasia de membros, com mãos e pés ligados ao ombro e quadril
- **Encurtamento de membros**

Rizomelia = segmento proximal

Mesomelia = segmento médio

Acromelia = segmento distal

Micromelia = todo segmento

Braquidactilia = ossos curtos em mãos e pés

- **Polidactilia** = dedos extras (pós-axial = ulnar ou fibular e pré-axial = radial ou tibial); associada com MF e síndromes
- **Sindactilia** = tecidos moles ou fusão óssea adjacente aos dedos
- **Clinodactilia** = sobreposição dos dedos da mão
- **“Clubfoot”** = desvio medial e inversão do pé
- **“Rocker-bottom foot” (“pé em bota”)** = calcanhar proeminente c/ planta convexa
- **Sirenomelia** = fusão de membros inferiores
- **Fraturas, encurvamento de ossos longos**
- **Crânio “em folha de trevo”** = tamanho aumentado desproporcional
- **Platispondilia** = tórax estreito c/ costelas curtas e corpos vertebrais achatados
- **Circunferência torácica (CT) e relação CT/CA** = diminuídas podem causar c/ hipoplasia pulmonar
- **Desmineralização óssea**

Acondroplasia Heterozigótica

- Crescimento anômalo da cartilagem seguido de ossificação endocondral anormal = “anão” predominantemente rizomélico, membros arqueados, braquidactilia, dedos divergentes, lordose, cabeça volumosa e depressão do osso nasal
- Herança AD (20%), penetrância invariável; 80% de pais não afetados (maioria) sugerindo mutação espontânea; considerar idade paterna avançada
- **Recorrência** = pequena se 01 filho afetado; 01 pai afetado = 50%; ambos pais afetados = 50% afetado, 25% normal, 25% c/ acondroplasia homozigótica
- **USG** (3º trimestre)

Rizomelia moderada = encurtamento dos ossos longos, principalmente fêmur

Hidrocefalia em alguns casos

Macrocrania = relação DBP/CF aumentada

- **Prognóstico** = compatível com tempo de vida e desenvolvimento mental normal. Morbidade significativa = hidrocefalia, otites, cuidados ortodônticos, obesidade
- **Cd obstétrica** = PT via alta se macrocrania

Displasia Tanatofórica

- Defeito na ossificação endocondral com diminuição ou ausência de maturação dos condrócitos; maioria esporádica
- **USG**

Rizomelia acentuada (18ª/20ª sem) + ossos longos encurvados + platispondilia + crânio

em “folha de trevo” (fechamento precoce das suturas e hidrocefalia)

Macrocrania

Redundância de partes moles

Polidramnia

Diag diferencial = **acondroplasia homozigótica** (herança AD letal)

- **MF associadas** = rim em ferradura, hidronefrose, CIA, ânus imperfurado
- **Prognóstico** = letal
- **Cd obstétrica** = IMG se legalizada; PPT depende da polidramnia; via alta por indicação materna ou macrocrania

Acondrogênese

- Condrodistrofia AR c/ desorganização da cartilagem c/ ausência ou grave retardo na ossificação
- **USG**

Micromelia acentuada + tórax curto + crânio alargado + ossos longos encurvados

Redundância de partes moles

Polidramnia

Hidropsia

- **Prognóstico** = letal
- **Cd obstétrica** = IMG se legalizada e com antecedente de acondrogênese; PPT depende da polidramnia. Via alta por indicação materna

OUTRAS

Teratoma Sacrococcígeo

- Tumor de células germinativas hipervascularizado, localizado na região pré-sacral; maioria esporádico, 80% sexo feminino
- **Tipos**

I – tumor predominante externo coberto por pele com mínimo componente pré-sacral
(80% dos casos)

II – tumor predominante externo com significativo componente pré-sacral

III – componente sacral predominante com extensão externa

IV – tumor pré-sacral sem componente externo

- **USG**

Imagem na área sacral, anecóica (75%) ou heterogênea (25%), tamanho variável, com extensão perineal ou intrabdominal (coluna vertebral intacta)

Polidramnia

Hidropsia não-imune (hemorragia intra-tumoral extensa + anemia grave + insuficiência cardíaca + derrames pleural e pericárdico)

- **MF associadas** = EB, uropatia obstrutiva, FL
- **Prognóstico** = depende da histologia (malignidade > no tipo IV) e tamanho
- **Cd obstétrica** = USG seriado para avaliar crescimento do tumor e hidropsia
PT via alta se isolado; PPT a depender do tamanho do tumor e hidropsia

Seqüência da Banda Amniótica

- Ruptura precoce do âmnio com inserção no feto, ocasionando amputações, constrictões e deformidades posturais secundárias à imobilização; esporádica
- **USG**

Banda amniótica = imagem linear ecogênica livre no LA e em contato com feto

Amputação de dedos, constrictões de membros

Encefalocele, anencefalia

FLP

Deformidades nasais

Onfalocele, gastrosquise

- **Prognóstico e cd obstétrica** = depende das MF

Artéria Umbilical Única (AUU)

- **USG** = plano transversal do cordão com 02 vasos
- **MF associadas** = cardíacas, parede abdominal, GI, faciais, SNC, GU, esqueléticas, cromossomopatias, RCIU
- **Prognóstico** = depende de MF associadas
- **Cd obstétrica** = USG (RCIU) e doppler seriado; resolução depende das MF associadas

Hidropsia Fetal Não-imune

- Edema de TCSC (> 5mm) associado a um ou mais derrames cavitários (pleural, pericárdico, ascite)
- Geralmente acompanhada por polidramnia e placentomegalia
- **Etiologia** = infecciosa, cardíacas, hematológica, pulmonar, SNC, GI, GU, metabólicas, esqueléticas, etc
- **Prognóstico** = geralmente grave, alta mortalidade perinatal
- **Cd obstétrica** = USG seriado: p/ tratamento adequado e IG ideal p/ resolução

Trissomias – MF associadas

- **T13 = sínd. de Patau** = cardíacas (CIV, CIA), holoprosencefalia, hipotelorismo, fronte inclinada, FP, microftalmia, micrognatia, polidactilia, rins policísticos, onfalocele
- **T18 = sínd. de Edwards** = cardíacas, clinodactilia, pé em bota, crânio “em morango”, RCIU c/ polidramnia, HDC, onfalocele, FP, micrognatia, CPC, AUU, EB
- **T21 = sínd. de Down** = cardíacas (CAV, CIV, CIA), atresia de duodeno, VLS levemente dilatados, dilatação pielocalicial, atresia de esôfago

INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GESTAÇÃO (IMG)

IMG

- Interrupção seletiva da gestação nos casos com anomalias fetais, geralmente quando incompatíveis com a vida extra-uterina
- Avanços tecnológicos dos diagnósticos por imagem e correspondente comprovação de exames cromossômicos = possível laudo com especificidades técnicas capazes de sensibilizar a autoridade judicial responsável c/ duas interpretações da lei (justificando um parecer favorável à IMG) = constatação de que feto não terá chance de sobreviver fora do útero e de que a patologia fetal poderá indiretamente comprometer a saúde materna

Fatores

- Prognóstico fetal X decisão do casal
- Opção por IMG em MF fetais graves = não deve ser rotina nos serviços de Medicina Fetal, decisão cabe exclusivamente ao casal (autonomia)
- Especialista = exposição clara = diagnóstico, perspectivas de tratamento, reabilitação e inserção social

Aspectos

- Médicos
- Éticos
- Legais
- Psicológicos

Aspectos Médicos

- Medicina Fetal = identificação das causas que comprovadamente colocam em risco a saúde fetal, nunca esquecendo da existência do binômio mãe-feto
- Pilares = USG, genética e anatomia patológica
- Diagnóstico de MF graves = realizado exclusivamente por USG em 50 % dos casos (Gollop, 2000)
- Frigério (2000) = dificuldades em se discutir aborto iniciam-se pelos próprios médicos (aspectos religiosos e legais)

- Gollop (1995) = médicos omitem informações a seus pacientes, temendo resultado desfavorável de um exame; outros após resultado desfavorável encaminham pacientes a clínicas clandestinas
 - MF fetal = explicada ao casal por médicos que saibam separar opiniões pessoais de fundamentos ético-profissionais
 - Paradoxo = possível previsão de MF incompatíveis c/ vida X impossibilidade de fornecer a opção de amenizar o sofrimento decorrente do diagnóstico
 - Primeiro mundo (França, Itália e Inglaterra) = pais têm o direito de optar pela continuação ou não da gestação. Brasil = legislação vigente não permite tal medida, interrupção deve ser solicitada judicialmente
 - Técnicas de Esvaziamento Uterino
- Curetagem ou AMIU (< 12 sem)

Misoprostol + macroinfusão de ocitocina (vide capítulo sobre óbito fetal)

Injeção de KCL (cordocentese ou intra-cardíaca) = óbito no ventre materno seguido de um dos procedimentos anteriores

Aspectos Éticos

- Ética Médica = diretrizes e princípios gerais que possam orientar a prática dos profissionais da medicina
 - Evolução da medicina = diagnóstico, tratamento e prevenção
 - Conseqüências médicas, sociais e legais
 - Médico = obrigação de informação e conduta específica em MF
 - Código de Defesa do Consumidor (paciente) no Brasil = pouco questionamento sobre atendimento médico, direitos do paciente sobre atendimento médico competente e atualizado
 - Medicina Fetal = relação médico-paciente (trinômio) = médico, gestante e feto
- Importantes questões éticas no manejo diagnóstico e terapêutico.

Princípio da autonomia = dois pacientes a serem assistidos (gestante e feto) = tratados

com mesmas obrigações éticas (qual a autonomia fetal?)

- Brasil = ônus do recém-nascido c/ MF recai sobre família e muitos planos de assistência médica e seguros-saúde se desobrigam de fornecer cobertura
- AG = decisão do casal depende de informação adequada = evolução, reabilitação, perspectivas p/ vida adulta e complicações nas etapas da vida
- Não há culpabilidade em face da inexistência da reprovabilidade ou censurabilidade à conduta da gestante, da equipe médica e de todos os profissionais que participem do abortamento
- Benefício de uma das partes (a gestante), sem danos à outra (o feto sem perspectivas de sobrevivência), que não teria mais vida a ser tutelada. Na visão jurídica, ao antecipar

o sofrimento da mãe, permitindo-a realizar o aborto, não se estaria tirando a vida do feto; estar-se-ia, apenas, antecipando um fato já consumado (incisos I e II do artigo 128 do Código Penal)

Aspectos Legais

- Diagnóstico de anomalias fetais no Brasil = início em 1979
- 1990 = reunião do Conselho Federal de Medicina = necessário reconhecer desenvolvimento da Medicina Fetal e reformular postura da classe médica p/ embasar uma reordenação jurídica
- Código Penal não apresenta mais respostas para certas situações = RSG, doação de gametas e IMG
- 1992 = Proposta de Reformulação do Código Penal (art 128) = “Não constitui crime o aborto praticado por médico: Se comprova, através de diagnóstico pré-natal, que o nascituro venha a nascer com graves e irreversíveis malformações físicas ou psíquicas, desde que a interrupção da gravidez ocorra até a vigésima semana de gravidez e seja precedida do parecer de dois médicos diversos daquele que, ou sob cuja direção, o aborto é praticado”
- 1991 = 1º alvará autorizando o aborto c/ 26 semanas = MF graves e incompatíveis com a vida (Rio Verde-MT)
- 1992 = 2º alvará (em 9 dias) = IMG em anencefalia na 20ª semana (Londrina-PR)
- 1993 = Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana de São Paulo = documentação no fórum de São Paulo com objetivo de solicitar alvará de abortamento em acrania e onfalocele (deferida em 10 dias)
- Médico = penoso poder diagnosticar MF incompatível com a vida e, quando cabível, não poder oferecer uma opção apropriada à gestante ou casal
- Emissão de alvarás p/ IMG em MF fetais incompatíveis c/ vida = exemplo animador de exercício de cidadania
- Cartórios da Justiça Criminal de São Paulo e no Brasil = maioria não informatizados = acesso às sentenças c/ nº do processo ou nome da paciente que solicitou alvará
- Agosto de 1996 a junho de 1999 = 263 processos (subestimativa), sendo 222 em São Paulo; nordeste = BA (01), CE (04), PE (02)

Vara Criminal (93,9%); Fórum da Infância e Adolescência (2,0%), Tribunal do Júri

(3,1%) e Tribunais Criminais de Segunda Instância (1,0%) = 250 deferidos (90%)=

decisões judiciais independentes do tipo de fórum em 1 a 45 dias

Argumentações jurídicas nas sentenças dos juízes ou promotores = claro estarem cientes

de que a vida da gestante não corre risco (maioria); algumas autorizações fornecidas em

função do suposto risco de vida materno

39,5% dos pedidos de alvará = anencefalia; outras = doenças do trato urinário, anomalias cromossômicas e MF múltiplas

- Juízes = preocupação em desvincular aborto por MF do aborto eugênico = aborto por MF incompatível com a vida não se procura a melhoria física-biológica da raça, nem a criação de “super-homens” = intuito de abreviar angústia e sofrimento da mãe, quando o feto não tem condições de sobrevivência extra-uterina, nem possibilidades de vida relacional
- Maioria das sentenças = juízes reconhecem que capítulo pertinente ao aborto do Código Penal está anacrônico em relação aos avanços científicos
- Juiz Dr. Páris Pena, de Belo Horizonte (MG): “Poder-se-ia dizer que deveria ter sido aplicada medida mais urgente, já que a saúde da requerente estaria sob risco. Não é essa a hipótese de que se trata, pois isso não está declarado em nenhuma parte deste processo. Pelo contrário, no máximo, nessa direção, se contém no laudo médico acostado aos autos que a requerente está sob os riscos habituais da gravidez...”
- Juiz Dr. José Henrique Rodrigues Torres, de Campinas, em uma de suas sentenças: “... Assim, em situações como a que neste caso é trazida a juízo, as quais reclamam aplicação das normas penais, não se pode olvidar do atual avanço científico e tecnológico da medicina, o qual, inexoravelmente, acarreta profundas transformações éticas e culturais na sociedade.”
- Juiz Dr. Jucid Peixoto do Amaral da cidade de Fortaleza em sua sentença de Julho de 1994: “Realmente, o diagnóstico da malformação do feto, in casu, é preciso, conclusivo, exato e atual diante do desenvolvimento científico e tecnológico da Medicina. A posição da lei ultrapassada ante a falta da atualização do legislador, não pode prejudicar a sociedade. O cidadão necessita de ter confiança em sua justiça. Julgar contra o entendimento popular e científico constitui-se em ato injusto, como é a interpretação da lei distanciada da atualidade. A justiça dos homens evolui segundo o ESTADO SOCIAL. O JUIZ deve constituir-se no intérprete de uma civilização. Isto obriga estar atento à NOVA POLÍTICA DE JULGAR – é o denominado DIREITO ALTERNATIVO”
- Magistrado Geraldo Pinheiro Franco analisa a questão: “O Código Penal é de 1940. Passaram-se cinquenta e um anos desde sua entrada em vigor. A ciência médica evoluiu. Situações antes imprevisíveis, hoje podem ser antevistas. E refletem necessariamente a aplicação do Direito”
- Desatualização do Código Penal = artigos 4º e 5º da Lei de Introdução do Código Civil: “Quando a lei for omissa, deve o juiz decidir segundo a analogia, os costumes e os princípios gerais do direito e, na aplicação da lei, atenderá aos fins sociais a que se dirige às exigências do bem comum”
- Dr. João Guilherme Chaves Rosas Filho do Rio de Janeiro que, em sentença de Janeiro de 1996, enfatiza: “O dano psicológico a uma gestante, que é obrigada a esperar o término da gestação, mesmo sabendo que o filho não vai viver, será irreparável e certamente a vulnerará emocionalmente de modo a impedir que tente ser mãe novamente”

- Dr. João Guilherme Chaves Rosas Filho do Rio de Janeiro que, em sentença de Juíza Dr^a Jurema Brasil Marins, Belo Horizonte (1996): “De tal contexto probatório, resulta clara a inexistência de qualquer justificativa a que se obrigue a apelante a levar a termo uma gravidez em que é absolutamente inviável a sobrevivência do nascituro, em detrimento de sua sanidade psicológica, e até mesmo física, sendo certa a inexistência de vida humana na espécie, eis que se está...” “... No entanto, é mister reconhecer que não cabe ao ordenamento jurídico de um Estado Social democrático opor, em desfavor da saúde psíquica da gestante, direitos de um ser cuja inviabilidade de sobrevivência fora do ventre materno é indiscutível”
- Judiciário, ou pelo menos parte dele, é sensível aos avanços da ciência e às necessidades do casal demonstrando rapidez quando decisão requer urgência

Aspectos Psicológicos

- Fases de adaptação (Klaus et al, 2000)

Choque

Descrença (Negação)

Tristeza, Raiva e Ansiedade

Equilíbrio

Reorganização

Orientação básica para solicitar um alvará judicial para IMG

- Declaração da gestante/casal = esclarecer que houve compreensão do diagnóstico firmado e prognóstico e que o desejo é interromper a gestação (solicitar ao juiz permissão para o procedimento em carta assinada com firma reconhecida)
- Pareceres médicos elaborados por três médicos de equipes distintas. Também constar descrição das MF encontradas (o mais explícito possível), exames realizados p/ estabelecer diagnóstico e apoio da equipe médica à decisão da gestante/casal
- Parecer psicológico ou psiquiátrico. Nos casos pertinentes, deve constar que a continuidade da gestação pode gerar impacto emocional negativo, abalando a estabilidade do casal
- Bibliografia anexada sobre a MF, especialmente em patologias raras
- Pedido do alvará, de preferência redigido por advogado, deverá ser encaminhado a Vara Criminal (alternativa: encaminhar à OAB)
- Anexar três ou mais sentenças judiciais que já contemplaram a IMG
- Pedido indeferido = acompanhar conforme o caso
- Pedido deferido = encaminhar p/ hospital de referência ou conforme vontade da paciente

Observação (Artigo publicado originalmente em 30/07/2004 no site Espaço Vital)

- Início de julho/2004 = em ação movida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Marco Aurélio Mello, decidiu que todas as gestantes cujo feto não possui cérebro ostentam

o direito de interromper a gravidez. Juridicamente ainda é uma decisão liminar, ou seja, de caráter provisório. Mas já suficiente para autorizar a antecipação do parto sem o risco de se enquadrar quem o cometeu em crime de aborto. Além disso, a referida decisão se torna apta a suspender quaisquer processos judiciais em curso contra mães, médicos e enfermeiros que já participaram desse tipo de aborto sem o respaldo de uma sentença judicial. Em agosto, o Supremo decidirá o mérito da causa, dando-lhe caráter definitivo.

Modelo de laudo: Solicitação da Interrupção

DECLARAÇÃO

Nós abaixo-assinados, Sra....., RG nº....., profissão....., nacionalidade....., residente.....e Sr....., RG nº....., profissão....., nacionalidade....., residente....., recebemos todas as informações sobre a malformação que compromete esta gestação, que atualmente conta com semanas e o feto é portador de Entendemos que esta anomalia fetal é grave, incurável e as medidas terapêuticas são inexistentes, além de permitir prever que não haverá condições de sobrevivência extra-uterina, caso o feto viesse a atingir o termo. Solicitamos autorização judicial para interrupção da gestação, uma vez que esse é o nosso desejo.

Local e data

Assinatura autenticada da gestante

Assinatura autenticada do conjugue

Modelo de laudo: Relatório Médico

Local e data

Atestamos para os devidos fins que examinamos a gestação da Sra..... dentro dos critérios da Medicina Fetal, através de Ultra-sonografia Genético-Fetal e constatamos, dentro de um trabalho de equipe médica da qual participaram: Médico.....CRM....., Médico..... CRM....., Médico.....CRM.....e Psicóloga.....CRP....., que o feto possui idade gestacional de.....semanas e apresenta a seguinte patologia:.....Os defeitos acima citados são seguramente incompatíveis com a vida extra-uterina. Caso a

gestação venha a prosseguir, todos os dados da literatura médica apontam para morte da recém-nascido após o parto. A paciente encontra-se extremamente angustiada devido à essa situação sem prognóstico, mas mantém sua capacidade de crítica e decisão.

Assinatura dos profissionais envolvidos no caso, autenticada em cartório

Bibliografia

Prenatal Diagnosis of Congenital Anomalies – Roberto Romero, Gianluigi Pilu, Philippe

Jeanty, Alessandro Ghidini, John C. Robbins – Ed. Appleton & Lange, 1988

Medicina Fetal – Diagnóstico Pré-natal e Conduta – Eduardo V. Isfer, Rita de C.

Sanchez, Maurício Saito – Ed. Revinter, 1996

Aborto por Anomalia Fetal – Thomaz R. Gollop – Bioética 2: 67-72, 1994

Interrupção Médica Gestacional por Anomalias Fetais Incompatíveis com a Vida

Extra-uterina – Aspectos Médicos, Éticos, Psicológicos e Legais no Brasil – Roberto R.

Rombaldi Neto – Monografia de Conclusão – Fetus – São Paulo/2000

Aspectos Bioéticos e Jurídicos do Abortamento Seletivo no Brasil – Marcos V. Frigério,

Ivan Salzo, Sílvia Pimentel, Thomaz R. Gollop – Revista da Sociedade Brasileira de

Medicina Fetal – Vol. 07 – abril/2001

CAPÍTULO 3

OBSTETRÍCIA

TEMAS

HIPERÊMESE GRAVÍDICA

Alexandre Luiz dos Santos Melo (MESM)

Conceito:

É a ocorrência de náuseas e vômitos de forma incoercíveis, com sua incidência restrita ao primeiro trimestre levando à desidratação e desnutrição, podendo chegar ao descenso do binômio materno-fetal. Ocorrendo fora deste período devem-se pesquisar outras patologias.

Incidência:

Acomete cerca de 0,8 a 0,9 das gestantes. Verifica-se um aumento em sua frequência em situações onde a massa placentária é maior que a habitual (p. ex: generalidade, neoplasia trofoblástica gestacional).

Etiologia:

Verifica-se uma coexistência com diversos fatores: Endocrinológicos; Gonadotrofia coriônica humana; Hormônios tireoidianos; Progesterona; Fatores imunológicos (produção de antígenos pelo ovo) e Fatores psicossomáticos (gravidez indesejada, imaturidade psicológica, medo de assumir compromissos e responsabilidade).

Quadro Clínico:

Geralmente classificada em dois grupos a depender do grau de sintomatologia:

Moderado: Tem duração limitada a dois a quatro semanas sem necessidade de permanência hospitalar. O déficit de água e eletrólitos não produz repercussão no estado nutricional, com perda de peso não excedendo 4% e pulso menor que 100bpm.

Grave: Vômitos persistentes levando a lesões dismetabólicas com necessidade de internação hospitalar por ocorrência de desidratação, choque, hipotensão, extremidades frias. Pulso rápido acima de 100bpm. Oligúria decorrente de insuficiência renal aguda, escorbuto (deficiência de vitamina C) e polineurite (deficiência de vitamina B). Até manifestações do sistema nervoso central, (Síndrome de Wernicke-Korsakoff: diminuição do nível de consciência e memória, oftalmoplegia, nistagmo horizontal e vertical, ataxia).

Diagnóstico:

Eminentemente clínico. Os exames laboratoriais determinam os efeitos deletérios da desidratação e desnutrição e ajudam na exclusão de outras causas de vômitos: infecção urinária, hepatite, coleliscite, pancreatite, apendicite, hérnia hiatal, úlcera gástrica, obstrução intestinal e tumores cerebrais.

Exames Laboratoriais:

Sódio; Potássio; Glicemia; Enzimas hepáticas; Bilirrubinas; Proteínas totais e frações; Uréia e Creatinina. Casos mais graves ou com hematênese se faz necessário o exame endoscópico do esôfago, estômago e duodeno.

Conduta terapêutica:

- Hospitalização.
- Pesar a paciente.
- Dieta zero até cessar náuseas e vômitos.
- Hidratação e reposição de eletrólitos: Perdas fisiológicas diárias com solução glicofisiologica – 2500 a 4000ml em 24 horas.
- Anti-heméticos: Metoclopromida (Plasil comprimido 10mg VO e ampola 10mg IM ou IV, dose habitual 30mg/dia); Bromoprida (Plamet, comprimido e solução 10mg VO, ampola 10mg IM ou IV, dose habitual 30mg/dia); Dimenidrato (Dramin B6 comprimido 100mg, ampola 1ml IM dose habitual 01 comp ou amp a cada 6 horas).
- Sedativos: Levopromazina (Neozine comprimidos 25 e 100mg e solução oral a 4%, ampolas 25mg) Clorpromazina (Amplictil comprimidos 25 e 100mg e solução oral a 4%, ampolas 25mg) ou Prometazina (Fenergan comprimido 25mg, ampola 50mg dose habitual 100mg/dia).
- Ansiolíticos: Benzodiazepínicos Diazepan (Diempax; Valium comprimidos cinco e 10mg, ampola 10mg IM ou IV, dose habitual 20mg/dia).
- Psicoterapia.
- Acupuntura.

Aspectos dietéticos

Assim que possível iniciar dieta fracionada evitando espaçamento entre as refeições (a cada dois ou 3 horas). Evitar líquidos e alimentos gordurosos. Dar preferência aos alimentos ricos em carboidratos.

ABORTAMENTO

Corintio Mariani Neto (HMLMB)
Eliane de Albuquerque Moura (MESM)

Considera-se abortamento a interrupção da gestação até a 22ª semana completas e/ou produto da concepção pesando menos que 500 gramas(OMS).

FORMAS CLÍNICAS:

Ameaça de abortamento
Abortamento inevitável.
Abortamento incompleto.
Abortamento completo.
Abortamento retido.
Abortamento infectado.
Abortamento habitual.

ABORTAMENTO EVITÁVEL (AMEAÇA DE ABORTAMENTO)

Diagnóstico

- Sangramento de pequena a moderada intensidade, cólicas discretas, volume uterino normal, colo uterino impérvio (orifício interno), sinais de gestação normal ao ultrassom.

Tratamento

- Repouso relativo (em geral, domiciliar)
- Abstinência sexual
- Antiespasmódicos: supositórios retais de hioscina (escopolamina).

ABORTAMENTO INEVITÁVEL (ABORTAMENTO EM CURSO)

Diagnóstico

- Sangramento genital, cólicas, colo uterino dilatado e, por vezes, membranas rotas.

Tratamento

- Até 14 semanas: curetagem uterina.
- > 14 semanas: antes da curetagem, utilizar análogos da prostaglandina (misoprostol – 25 a 50 mcg via vaginal 8/8 horas ou infundir ocitocina 20 UI em 500 ml de SG 5% IV 20-40 gotas/min, no sentido de ocorrer expulsão, ao menos parcial, do conteúdo uterino, seguida de curetagem uterina para retirada de eventuais restos.
- Enviar sempre material para estudo histopatológico.
- PO: ergóticos e/ou manter o ocitócico IV.
- Imunoprofilaxia com imunoglobulina anti-Rh(D) em pacientes com fator Rh negativo e Teste de Coombs indireto negativo até 72 horas pós-parto.
- Alta em 12-24 horas, conforme as condições clínicas.

ABORTAMENTO INCOMPLETO

Diagnóstico

- Idem ao inevitável + presença de restos ovulares.

Tratamento

- Correção do estado geral
- Demais conduta semelhante ao inevitável.

ABORTAMENTO COMPLETO

- Eliminação dos produtos da concepção com diminuição significativa ou parada das cólicas ou sangramento. Ocorrem geralmente em gestações com menos de oito semanas. Em caso de dúvida entre aborto completo e incompleto a ultra-sonografia poderá auxiliar no diagnóstico diferencial.

Tratamento

- Confirmado o diagnóstico a conduta é apenas a orientação.
- Imunoprofilaxia com imunoglobulina anti-Rh(D) em pacientes com fator Rh negativo e Teste de Coombs indireto negativo até 72 horas pós-parto..

ABORTAMENTO RETIDO

Diagnóstico

- Sangramento genital escuro e discreto, colo fechado.
- Ultra-som: ausência de sinais de vitalidade ou presença de ovo anembrionado (“ovo cego”).

Tratamento

- Expectante até quatro semanas (distúrbios da coagulação não ocorrem antes desse período e a maioria das pacientes entra em processo de expulsão fetal), respeitando o desejo da paciente OU
- Dilatação e curetagem para úteros até 12 cm
- Úteros maiores: indução com misoprostol (200 mcg de 4/4 horas). Vantagem: quando não se obtém a expulsão do concepto, consegue-se o amolecimento cervical, que facilita muito a dilatação instrumental.
- Imunoprofilaxia com imunoglobulina anti-Rh(D) em pacientes com fator Rh negativo e Teste de Coombs indireto negativo até 72 horas pós-parto.

ABORTAMENTO INFECTADO

Diagnóstico

- Todo abortamento acompanhado de sinais de infecção: hipertermia, secreção fétida e/ou purulenta saindo pelo orifício cervical, etc.
- Sempre colher material para cultura (aeróbios e anaeróbios).

Tratamento

- O objetivo principal é evitar que o caso evolua para o choque séptico.
- Antibioticoterapia imediata:
 - Penicilina cristalina 10 milhões UI EV de ataque e 5 milhões de 4/4 horas.
+ Metronidazol - 500mg EV 8/8 horas.
 - Em casos mais graves (Ultrapassou os limites do útero) – o esquema anterior + Gentamicina (60 a 80 mg EV 8/8 horas).
- Restabelecimento das condições vitais com solutos ou sangue total conforme as necessidades.
- Controle rigoroso de diurese, pulso, PA e temperatura.
- Exames subsidiários: Hb + Ht, plaquetas, uréia + creatinina.
- Curetagem uterina após as medidas anteriores, no máximo em 6 horas, independente da remissão do quadro febril e de preferência por aspiração mecânica. Manter infusão ocitócica durante o procedimento. Cuidado com perfuração uterina, pois estes úteros costumam estar extremamente friável.
- Enviar material obtido na curetagem para cultura para cultura (aeróbios e anaeróbios).
- Lembrar que no pós-operatório podem ocorrer choque bacterêmico e formação de abscessos pélvicos, quando presente fazer a drenagem por colpotomia ou laparotomia.
- A evolução clínica e alguns achados laboratoriais poderão indicar a necessidade de histerectomia, tais como oligúria ou anúria , plaquetopenia < 50.0000, hiperbilirrubinemia, hipotermia e outros.
- Imunoprofilaxia com imunoglobulina anti-Rh(D) em pacientes com fator Rh negativo e Teste de Coombs indireto negativo até 72 horas pós-parto.

ABORTAMENTO HABITUAL

Diagnóstico

- História de três ou mais abortamentos consecutivos diagnosticados antes da 22ª semana e que de acordo com os dados da anamnese, tais como diabetes, hipotireoidismo, irregularidade menstrual sugestiva de insuficiência lútea , manobras abortivas e abortos prévios tardios e sem sangramento, com ruptura de membranas, de evolução rápida e com conceito vivo, que possam indicar incompetência istmo-cervical, poderá indicar a melhor investigação a seguir.

Tratamento

- Estará na dependência da etiologia

INCOMPETÊNCIA ISTMO CERVICAL

Eliane de Albuquerque Moura (MESM)

- É uma entidade onde o útero é incapaz de reter o produto da concepção até o final da gestação por falência em seu sistema oclusivo, determinando abortos tardios recorrentes ou partos prematuros. O concepto nasce vivo e morfologicamente normal.
- **DIAGNÓSTICO**
 - Fora da gravidez: teste da vela 8 positivo, realizado na fase lútea do ciclo ou colo “em barril” ou imagem de “chama de vela” à histerografia. Ao ultrassom: visualização do orifício interno dilatado.
 - Gravidez atual: dilatação cervical precoce, indolor, às vezes com protrusão do pólo inferior do ovo, o que agrava sobremaneira o prognóstico. O acompanhamento do comprimento e esvaecimento do colo podem auxiliar no seu diagnóstico precoce, permitindo tratamento em época ideal.

TRATAMENTO

- **Fora da gravidez** – Cirurgia de Lasch – pregueamento da zona anterior do istmo em duas a três camadas de sutura.
- **Durante a gravidez** – Procedimento de Mac Donald – sutura em bolsa ao nível da junção cervicovaginal com fio inabsorvível (mersilene nº 3). O momento ideal para o procedimento é em torno de 14 semanas, colo não completamente apagado e dilatação inferior a 3 cm. Realizar o tratamento e profilaxia das infecções vaginais antes e após a intervenção.

A tendência atual é realizar o tratamento da incompetência istmo-cervical no decurso da gestação.

ASFIXIA PERINATAL

Sérgio Daré Júnior (HMLMB)

O enfoque dado neste capítulo é o de uma atualização no diagnóstico da asfixia perinatal e suas controvérsias.

Várias terminologias têm sido usadas ao longo do tempo para definir certas situações que correspondam a alterações feitas durante o trabalho de parto. Sofrimento fetal e asfixia de parto são duas delas. Ocorre que, após várias discussões entre especialistas internacionais e publicações feitas, foi desaconselhado o uso destes dois termos. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) recomenda a substituição de sofrimento fetal (fetal distress) por estado fetal não tranqüilizador, devendo ser descrito o sinal clínico ou o teste que levou a esta conclusão (desacelerações variáveis repetitivas, bradicardia fetal, por ex.). Sofrimento fetal implica em um feto doente, enquanto que estado fetal não tranqüilizador corresponde a uma descrição da interpretação médica com respeito ao estado do feto, baseado em dados clínicos ou testes efetuados.

A asfixia intraparto implica em hipercardia fetal e hipoxemia que, se prolongadas, resultarão em acidemia metabólica. A Academia Americana de Pediatria (AAP) cita que o termo asfixia é impreciso e tem conotação geral, referindo que o termo asfixia, num contexto clínico, deva ser reservado para descrever uma combinação de acidemia lesiva, hipóxia e acidose metabólica.

O termo asfixia perinatal acaba por ser utilizado quando não se consegue determinar em que momento ou período ocorreram os eventos. Sempre que possível, entretanto, deve-se procurar localiza-lo, classificando-o em fetal ou anteparto, intraparto e neonatal.

O conceito tradicional de que a maioria dos casos de paralisia cerebral começa no parto tem sido questionado. Os estudos clínico-epidemiológicos têm mostrado que os eventos que desencadeiam esta doença neurológica ocorrem no feto antes do trabalho de parto ou no recém-nascido, após o parto. Há várias causas de paralisia cerebral:

- Anomalias no desenvolvimento
- Distúrbios metabólicos
- Distúrbios de coagulação e autoimunes
- Infecções
- Trauma
- Hipóxia (asfixia) no feto ou recém-nascido

O bem-estar fetal é avaliado por medidas clínicas indiretas e, geralmente, inadequadas para avaliar a função cerebral do feto, sendo muito difícil estabelecer quais fatores contribuíram para uma evolução neurológica desfavorável.

Sinais como eliminação de mecônio e baixas notas de Apgar não são específicos para a determinação de distúrbios neurológicos agudos. Pode ter havido compromisso neurológico

crônico, ao longo da gestação e, devido às lesões no sistema nervoso autônomo, o controle da respiração e dos batimentos cardíacos fetais pode estar afetado.

A escala de Apgar, idealizada por Virgínia Apgar e publicada em 1953, é um método prático de avaliação das condições do recém-nascido (RN) e da sua vitalidade, bem como da eficácia dos esforços para a sua ressuscitação. Os parâmetros utilizados estão no quadro 1.

Quadro 1: Escala de Apgar

	0	1	2
Frequência cardíaca	ausente	<100	>100
Esforço respiratório	ausente	choro fraco	choro forte
Tônus muscular	flácido	alguma flexão	ativo
Irritabilidade reflexa	sem resposta	careta	chora, tosse, espirra, retira
Cor	azul ou pálido	cianose de extremidades	rosado

Os parâmetros frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor são utilizados, atribuindo-se a cada um deles, no primeiro e quinto minutos de vida, valores que, somados variam de 0 a 10. A avaliação deve ser continuada a cada cinco minutos se as notas iniciais forem baixas. Ocorre que estes valores têm sido associados à asfixia de parto, termo incorreto. Expressões como asfixia leve, moderada ou grave baseadas nas notas de Apgar têm sido utilizadas. Isto pode gerar angústias desnecessárias entre os pais dos RN, os obstetras e os pediatras, uma vez que as notas baixas de Apgar, por si só não constituem evidência de que tenha havido asfixia. Outras condições como prematuridade, infecções, distúrbios cárdio-respiratórios e uso de medicações na mãe podem baixar as notas, também. A nota de Apgar descrever as condições do nascimento do RN e valores baixos indicam apenas uma condição anormal, mas não são específicos para uma determinada etiologia.

Em 1998, foi publicada uma recomendação da Sociedade de Pediatria de São Paulo, por meio de seu Departamento de Neonatologia, referindo que a escala de Apgar não seja inadequadamente utilizada como sinônimo de asfixia, como por exemplo, anotar-se nos resumos ou nos cartões de alta das maternidades os termos asfixia, como por exemplo, anotar-se nos resumos ou nos cartões de alta das maternidades os termos asfixia leve, moderada ou grave baseados na escala, reconhecendo, porém, que a escala de Apgar tem grande utilidade na avaliação das condições clínicas e da vitalidade da criança ao nascer.

A literatura médica mundial tem sentido muita dificuldade em definir o que é asfixia e a relação entre os eventos do parto e o futuro neurológico da criança. A opinião da AAP em 1996, endossada pelo comitê do ACOG em 1998, é de que: “um neonato que tenha tido asfixia próxima ao parto que seja grave o suficiente para resultar em lesão neurológica aguda deve demonstrar todos os seguintes:

- Acidemia metabólica ou mista profundas ($\text{PH} < 7,00$) numa amostra de sangue arterial de cordão umbilical.
- Uma nota de Apgar de 0-3 por mais que 5 minutos.
- Manifestações neurológicas neonatais, por ex.: convulsões, coma ou hipotonia.
- Disfunção multisistêmica de órgãos, por ex.: sistemas cardiovascular, gastrointestinal, hematológico, pulmonar ou renal.

Em outubro de 1999 foi publicado um Conselho internacional e o Quadro 2 mostra os critérios utilizados para definir um evento hipóxico agudo. Ressalte-se que estes critérios apresentam algumas diferenças em relação aos 4 critérios citados acima, além de haver mais itens. Embora tenha sido publicado como um consenso, o teor dos comentários das cartas eletrônicas enviadas ao periódico após a publicação do artigo demonstram o contrário. Definir asfixia, portanto, é difícil, assim como o é determinar o momento de sua ocorrência e as possíveis conseqüências a longo prazo. Ainda necessitamos de mais elementos para um diagnóstico e conduta precisos dentro da área da obstetrícia e neonatologia.

Quadro 2 – Critérios para definir um evento hipóxico intraparto agudo

Critérios essenciais

Evidência de uma acidose metabólica em amostras de sangue fetal intraparto, artéria de cordão umbilical ou neonatal bem precoce ($\text{PH} < 7,00$ ou déficit de base ≥ 12 mmol/l)

Início precoce de encefalopatia neonatal moderada ou grave em crianças ≥ 34 semanas de idade gestacional

Paralisia cerebral do tipo quadriplegia espástica ou discinética.

Critérios que juntos sugerem uma ocorrência intraparto (intrapartum timing) mas que por si só não são específicas

Um evento sentinela (sinal) hipóxico que ocorra imediatamente antes ou durante o parto

Uma deterioração súbita, rápida e mantida do padrão de frequência cardíaca fetal, usualmente após o evento hipóxico onde o padrão era previamente normal

Notas de Apgar de 0-6 por mais que 5 minutos

Evidências precoces de anormalidades cerebrais às imagens

ASMA NA GRAVIDEZ

Ubiracy Mello de Almeida (MESM)

I- INTRODUÇÃO:

- A asma é a doença pulmonar mais comuns encontrada durante a gravidez, que se deve ao fato de ser uma das doenças mais influenciada pelas modificações fisiológicas da gestação. A elevação da prostaglandina F_{2X}, que é, respiração bucal pela congestão dos cornetos nasais, maior suscetibilidade a infecções virais, refluxo gastroesofágico, favorecem ao desencadeamento da asma na gestante.
- Dados sugerem que asmáticos graves tendem a Ter recém- nascido de peso menor e há maior frequência de partos prematuros e relação entre asma e hipertensão induzida pela gravidez.
- O manejo da asma na gravidez não difere de mães não asmática.

II- Conceito: Asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas e manifestando-se por obstrução ao fluxo aéreo,espontaneamente ou pelo tratamento, com episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao acordar.

III- FISIOPATOGENIA: A inflamação é resultante de interações complexas entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas. A resposta inflamatória que ocorre pela liberação de vários mediadores a partir de, neutrófilos, células epiteliais ainda pela ativação de linfócitos TH₂, ocorre alterações no controle neural autônomo do tônus da via aérea, na permeabilidade vascular e hipersecreção de muco.

IV- DIAGNÓSTICO:

- Dispneia, tosse crônica,, aperto no peito particularmente à noite ou nas 1^a s horas da manhã;
- Sintomas episódicos;
- Alergias (eczemas, rinite) associadas ;
- Melhora espontânea ou com bronco dilatadores .

V- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Embolia pulmonar....., insuficiência cardíaca, dispnéia de laringe, aspiração de corpo estranho.

VI TRATAMENTO

Fases: a) Quadros agudos (asma aguda)
b) Manutenção

a) ASMA AGUDA

- Oxigênio deve ser ofertado com altos fluxos (manter saturação de O₂ > 95%)
- Beta – 2 – agonistas: Considerados medicações de primeira linha. Devem ser utilizados pela via inalatória e a frequência de seu uso determinada pela resposta da paciente. As doses devem ser mais altas nas crises graves:

- FENOTEROL ou SABUTAMOL

2.5 a 5mg (10 – 20 gotas) + 5ml de sal.

Repetir a cada 15 min observando a frequência cardíaca, presença de arritmias e tremores de extremidades. Pode manter o esquema a cada 2-3h

-BROMETO DE IPATRÓPIO:

Indicado se a resposta do broncodilatador for inadequada ou ausente após 3 doses:

0.5mg

(40 gotas)

- AMINOFILINA: Não é medicação de escolha no tratamento inicial

Dose de ataque: 6 mg/Kg em 20min (se não usou nas ultimas 12h. Reduzir para a metade se usou!). Manutenção: 0.5mg/Kg

- CORTICÓSTERÓIDES:

Reduzem a inflamação da parede Brônquica, a produção de secreção e melhoram a resposta ao broncodilatador.

- HIDROCORTISONA:

edipropolona 40 a 80mg E.V.

A 1– EXAMES COMPLEMENTARES:

- GASOMETRIA ARTERIAL: indicada se a saturação de O₂ se mantém < 93%. Se a PaCO₂ estiver normal ou elevada encaminhar a UTI.
- RADIOGRAFIA TORÁCICA: Se houver suspeita de Pneumotorax ou Pneumonia.
- ELÉTROLITOS: Em cardiopatas ou em uso de diurético. Uso de B – 2 agonistas em altas doses cursam com hipocalonia
- HEMOGRAMA: suspeita de infecção

A 2 – Não há resposta – com sinais de gravidade e indicação de UTI:

- Frequência respiratória superior a 40 respirações por minuto
- Pulso paradoxal ascendente ou em queda
- Sensação ou exaustão

- Alteração sensorial: confusão mental e sonolência
- Saturação de O₂ a oximetria de pulso menor que 90% ou PaO₂ menor que 60mmHg em ar ambiente e PaCO₂ normal ou elevado

A 3 – Boa resposta a abordagem inicial

- Manter B-2 agonista de demanda (nebulímetro dosimetrado – 2 proffs a cada 6h ou NB2 com 8F 5ml + 5 gotas de Fenoterol (1,25mg) a cada 6h.
- CORTICOSTERÓIDE: PREDINISONA – 20 a 40mg ao dia dividida em 2 vezes
- Tratar infecções (rinossinusite ou pneumonia (amoxicilina ou cefalosporina de 2^a geração
- Encaminhar ao especialista para acompanhamento

A 4 – Terapia de Manutenção

Requer cooperação entre o obstetra e o especialista envolvido no tratamento da asma

OBJETIVOS

- Manutenção da gravidade de asma
- Controle ambiental dos fatores desencadeantes
- Terapia farmacológica adequada
- Educação da paciente sobre a doença, prevenção e aspectos relacionados a gestação

CUIDADOS DE ROTINA

- Visitas pré-natais mensais (obstetra e pneumologista)
- Avaliação mensal da função pulmonar
- Orientar a gestante asmática a evitar o estresse e o esforço físico intenso.

A 5 – TRATAMENTO DE ACORDO COM A GRAVIDADE

SINTOMAS	LEVE	MODERADA	GRAVE
Falta de ar, aperto no peito, chiado e tosse	≤ 1 vez/ semana	> 1 vez/semana ou diários não contínuo	Diário contínuo
Sintomas noturnos	Raros ≤ 2 vezes/mês	Ocasional > 1 vez/semana > 2 vezes/mês	. 2 vezes/ semana diário
Crises	Ocasionais sem ida a emergência	Algumas idas a emergência	Freqüentes

TRATAMENTO:

- Leve – B2 – agonista inalatório quando necessário (spray 100mcg 2 jatos cada 6h – FENOTEROL ou SABUTAMOL
 - Moderada: - B2- Curta duração (FENOTEROL ou SALBUTAMOL – 100mcg 2 jatos cada 6h – se necessário. – B2 – longa duração: FORMOTEROL ou SALMETEROL (12-50mg divididos em 2 vezes/dia. – CORTICOSTERÓIDE INALATÓRIO EQUIVALENTE < 800mcg/dia (Beclomelasona – budesonide ou fluicasona ou VO –20 a 40mg de PREDINISONA ao dia.
- Grave: CORTICOSTERÓIDE INALATÓRIO > 800mcg/dia + CORTICOSTERÓIDE VO + TEOFILINA DE AÇÃO LENTA (600mg/dia); 1200mg de BAMIFILINA

TUBERCULOSE NA GESTAÇÃO

Ubiracy Mello de Almeida (MESM)

I-INTRODUÇÃO:

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, que se propaga através do ar por meio de gotículas contendo o *Microbacterium tuberculosis* (bacilo de Koch) expelidas por um doente bacilífero, ao tossir, espirrar ou falar e que, ao serem, provocam a infecção e o risco de desenvolver a doença.

Considera-se as manifestações clínico-radiológicas e o prognóstico, semelhantes aos das mulheres não gestantes.

II- PATOGENIA:

Depois de penetrar no organismo através da via respiratória, o *M.tuberculosis*, pode disseminar-se para sítios extrapulmonares, vencidas as defesas imunológicas do hospedeiro, como glânglios, rins, supra-renal, adrenal, óssea, meningoencefálica, pericárdica, peritoneal, intertinal e urinária.

A transmissão congênita pode ocorrer por via hematogênica, a partir da placenta infectada ou aspiração do neonato do líquido amniótico infectado disseminando facilmente para fígado, medula óssea, ossos, trato gastrointestinal, supra-renal, baço, rins, linfonodos, abdominal e pele, levando ao óbito , o que reforça a necessidade do diagnóstico precoce e intervenção imediata.

III- DIAGNÓSTICA:

Em mulheres gestantes deve seguir os mesmos critérios gerais.

- a) História clínica: sinais e sintomas de curso geralmente crônico com febre (moderada e vespertina) astenia, anorexia, perda de peso, irritabilidade, tosse crônica (mais de 4 semanas) com ou sem expectoração que pode evoluir hemoptise, sudorese noturna, dor torácica e dispneia. Nas formas extra-pulmonares o quadro clínico varia conforme a localização do quadro;
- b) Baciloscopia direta do escarro: 2 amostras colhidas pela manhã em jejum;
- c) Teste tuberculínico (PPD), pode se tornar negativo, mesmo na vigência de infecção devido à energia transitória própria da gestação. Não permite distinguir infecção da doença.

- d) Telerradiografia de tórax: está indicado em casos suspeitos , com a adequada proteção abdominal.
- e) Cultura: deve ser realizado nos casos suspeitos em tuberculose pulmonar negativos ao exame direto do escarro; formas extra-pulmonares; resistência bacteriana às drogas e suspeita de infecção por microbacterias não tuberculosa. Resultado só é possível após um período de 4 semanas

IV- TRATAMENTO:

O tratamento padrão (Esquema I) da gestante portadora de tuberculose não sofre alteração (quadro I) , para tratamento pulmonar e extra-pulmonar. Nos casos de abandono ou recidiva após cura usar o esquema I reforçado pelo ETAMBUTOL (quadro II) . A Hidrazida pode causar crises convulsivas no neonato, as quais podem ser prevenidas com a utilização , por parte da gestante, de 50mg di;arias de preidoxina (Vit. B6) .

ESQUEMA I – 2RHZ/ 4RH – QUADRO I

FASES DO TRATAMENTO	DROGAS	Até 20kg	20-35 kg	>35 até 45kg	>45 kg
		Mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
1ª Fase (2 meses- RH2)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
2ª Fase (4 meses- RH)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

SIGLAS: RIFAMPICINA= ; ISONIAZIDA = H; PIRAZINAMIDA = Z

A Rifampicina pode causar lipopro....., espinhae osteomalácia porém, não deve ser suspensa, salvo em casos extremos.

Nos casos de tuberculose meningoendefática utilizar Esquema II- 2RHZ/ ZRH ou outras formas graves, um profissional treinado deverá ser consultado.

ESQUEMA IR – 2 RHZE / 4 RHE – QUADRO II

Fases do tratamento	DROGAS	Até 20kg	> 20 kg até 35 kg	> 35 kg até 45 kg	>45 kg
		Mg/kg /dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia

1ª fase 2 meses - RHZE	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
	E	25	600	800	1200
2ª Fase 4 meses RHE	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1200

SIGLAS: RIFAMPICINA = R; ISONIAZIDA = H ; PIRAZINAMIDA= Z; ETAMBUTOL = E.

V- QUIMIOPROFAXIA : deve ser feita com izoniazida em neonatos de mães portadoras de tuberculose ativa, pelo menos, três meses, se, findo este prazo, a baciloscopia materna estiver negativa. Casos contrário a profilaxia deve ser estendida enquanto o exame acusar positividade.

VI- O ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO:

Paciente com diagnóstico de tuberculose, deverá ser encaminhada a unidade básica de saúde para notificação compulsória e acompanhamento por profissional treinado para avaliação periódica da evolução da doença e a utilização correta dos medicamentos.

CÂNCER GENITAL E MAMÁRIO

Sylvia M. F. Brenna (HMLMB)

DIAGNÓSTICO

- Carcinoma de colo uterino e de vulva, podem ser diagnosticados através da colposcopia ou da vulvoscopia com biópsia.
- Carcinoma de mama pode ser investigado pelo USG e exame clínico, mamografia se necessário, e biópsia
- Carcinoma de endométrio é raro na menacme, por isso, quando ocorre na gestação dificulta seu diagnóstico.
- Carcinoma de ovário, quando de pequenas proporções, é achado de USG obstétrica ou durante cesariana. Quando de pequenas proporções ocupa a cavidade abdominal competindo em espaço com o útero, podendo complicar com rotura ou torção.

TRATAMENTO

1. Mama:

Estádio I:

- 1º. trimestre: quadrantectomia + linfadenectomia axilar
- 2º. e 3º. trimestre: quadrantectomia + linfadenectomia axilar + RT pós-parto

Estádio II:

- 1º. trimestre: mastectomia radical
- 2º. e 3º. trimestre: mastectomia radical + QT + RT pós-parto

Estádio III e IV: QT neoadjuvante após o 2º. trimestre + cirurgia +RT pós-parto

- no 1º. trimestre: propor interrupção da gestação para QT neoadjuvante ou manter a gestação e iniciar o tratamento no 2º. trimestre.

2. Colo de útero

- Estádio 0: parto normal + conização pós-puerpério
- Gestação < 20 semanas: tratamento igual da paciente não grávida por estágio
- Gestação ≥ 20 semanas: aguardar (acelerar) maturidade fetal + cesárea + tratamento por estágio

3. Ovário

- Se o tumor apresenta pequenas proporções mas há imagens características na USG, que levam à suspeita de doença maligna, pode-se proceder a laparotomia exploradora com fins diagnósticos e terapêuticos.

- Se o tumor apresenta grandes proporções, sempre deve-se realizar a laparotomia exploradora pois há risco de ruptura e/ou torção
- Quando o carcinoma de ovário é diagnosticado, há consenso na literatura de que a quimioterapia é incompatível com o bem-estar fetal, por isso o tratamento deve ser individualizado, discutindo-se com a paciente, frente ao estadiamento e ao diagnóstico histológico (se for possível, obtê-lo antes da terapêutica definitiva).

4. Vulva

- Gestação < 32 semanas: tratamento igual da paciente não grávida
- Gestação \geq 32 semanas: acelerar maturidade fetal + cesárea + tratamento por estágio

5. Endométrio

- Gestação de 1º. e 2º. trimestres: tratamento igual da paciente não grávida
- Gestação de 3º. trimestre: acelerar maturidade fetal + cesárea + tratamento por estágio

CARDIOATIAS

Tenilson do Amaral Oliveira (HMLMB)

NORMAS PROPEDEÚTICAS

- Todas as gestantes cardiopatas deverão ser encaminhadas ao pré-natal especializado.
- Os casos suspeitos deverão ser inicialmente encaminhados ao cardiologista para avaliação

Casos suspeitos

- Dispnéia capaz de limitar as atividades habituais
- Dispnéia paroxística noturna
- Ortopnéia
- Dor torácica que alivia com repouso
- Síncope durante ou após exercício físico

Alterações próprias da gravidez

- Edema: ocorre em 80% das gestantes normais
- Sopros funcionais, geralmente mesosistólicos, na ponta ou em área pulmonar, costumam surgir entre 12 e 30 semanas.
- 3º. bulha na ponta ou desdobramento da 1ª. ou da 2ª. bulha.

Sinais que merecem investigação

- Sopro diastólico
- Sopro sistólico áspero associado a frêmito
- Arritmias
- Estesores creptantes em bases pulmonares

PROCEDIMENTOS NO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

- Todas as pacientes serão avaliadas pelo cardiologistas do hospital e, quando necessário, serão encaminhadas ao Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia ou ao Instituto do Coração para exames mais especializados.

Controles

- Cianose
- Restrição da atividade física
- Diminuição do medo e da ansiedade
- Uso de meias elásticas
- Restrição salina (2 g/dia)

Critérios de internação

- Sistemáticamente na 39ª. semana
- Classe funcional III e IV
- Hipertermia
- Congestão pulmonar

- Realização de procedimentos cirúrgicos

PROFILAXIAS

1. Anemia

- Ferro elementar (60 mg VO/dia)
- Ácido fólico (0,2-0,4 mg VO/dia)

2. Endocardite infecciosa

- Uroculturas mensais
- Tratamento precoce das infecções
- Tratamento dentário e procedimento cirurgia das vias superiores:
- Penicilina V 2g VO, 30-60 min antes da intervenção + 0,5g VO 6/6 h (total: 8 doses)
- Alternativa: eritromicina 1g VO 2h antes da intervenção + 0,5 VO 6/6 h (total 7 doses)
- Para o parto: ampicilina 2g + gentamicina 1,5 mg/kg IV 30 minutos antes e 8 horas após o parto.

3. Cardiopatia congênita

- Solicitar ecocardiografia fetal a todas as portadoras de cardiopatia congênita (risco de transmissão hereditária varia de 3 a 7 %).

4. Febre reumática

- Penicilina G benzatina 1.200.000 UI IM a cada 21 dias.

5. Tromboembolismo

Indicações de anticoagulação:

- Portadores de próteses metálicas.
- Fibrilação atrial e átrio esquerdo ≥ 60
- Cardiopatias congênitas cianóticas (após 24^a. semana).
- Hipertensão pulmonar primária ou secundária à síndrome de Eisenmenger.

Esquema de anticoagulação:

- 1^o. trimestre: heparina
- 2^o. trimestre: anticoagulante oral (warfarin)
- 36^a. semana: substituir o warfarin por heparina
- Suspende a heparina 6 horas antes do parto e reiniciar após o parto
- Portadoras de próteses metálicas: acrescentar anticoagulante oral no 2^o. PO.

Controle do uso do anticoagulante oral:

- Manter tempo de protrombina (TP) 20-30% abaixo do normal
- Parto prematuro: infundir plasma fresco para antagonizar os efeitos do warfarin.
- Obs.: a vitamina K reverte os efeitos do warfarin em 24 horas.

Controle do uso de heparina:

- Manter o tempo de protoblastina parcial ativada (TPPA) uma vez e meia o valor normal. Antagostina de heparina: cloridrato de protamina.

Tratamento das arritmias (drogas utilizadas)

- Digitálico: 0,25 a 1mg/dia
- Propanolol: 10 a 80mg/dia
- Disopiramida: até 600mg/dia
- Quinidina: até 800mg/dia
- Verapamil: até 240mg/dia
- Lidacaína “em bolo” ou IV gota a gota
- Propafenona até 800mg/dia.
- Obs.: a cardioversão elétrica pode ser feita em qualquer idade gestacional.

Normas para estenose mitral

- Solicitar EGC e ecocardiograma para avaliar grau funcional, área valvar e presença ou não de hipertensão pulmonar
- Terapêutica: digitálico, diurético de alça, betabloqueador
- Se houver indicação de redução da FC e do DC, usar propranolol 20 g VO 2-3 vezes/dia.

INDICAÇÕES DE ABORTAMENTO TERAPÊUTICO

Tratam-se enfermidades cuja mortalidade materna oscila entre 10 e 72%:

- Estenose mitral em classe funcional III ou IV e/ou fibrilação atrial
- Hipertensão pulmonar primária
- Síndrome de Eisenmenger
- Estenose aórtica com gradiente transvalar >50mmHg
- Tetralogia de Fallot não corrigida
- Síndrome de Marfan com dilatação da aorta (diâmetro >40mm)
- Coarctação da aorta com hipertensão arterial

Atenção: o abortamento terapêutico somente poderá ser realizado após parecer da Comissão de Ética Médica e autorização do Diretor da Divisão Médica ou do Diretor do Hospital.

NORMAS PARA O PARTO

- O parto deverá ser por via vaginal, utilizando-se o fórcepe para abreviação do período expulsivo.
- A realização de cesárea estará restrita às indicações obstétricas.
- Deve ser evitada hipotensão, principalmente em cardiopatias congênitas com shunt direito-esquerdo
- Usar preferencialmente vasoconstritores
- Restringir líquidos
- Aliviar a dor e a ansiedade através de analgesia com bloqueio peridural contínuo
- Evitar ocitócicos

- Profilaxia da endocardite infecciosa
- Suspende heparina no início do trabalho de parto
- Manter a parturiente em decúbito elevado e lateral durante a dilatação e elevado nos 2º. e 3º. períodos.
- Monitorização cardíaca materna
- Cardiotocografia intraparto
- Nunca usar beta-adrenérgicos para bloquear o TPP. O uso de cordicóides para acelerar maturidade pulmonar fetal será excepcional.

NORMAS PARA O PUERPÉRIO

- Exercícios respiratórios
- Movimentação dos membros inferiores
- Uso de meias elásticas
- Incentivar o aleitamento materno, exceto em classe funcionais III e IV
- Não prescrever ergóticos
- Alta hospitalar somente após avaliação pelo cardiologista

DERMATOPATIAS

Rosa Lúcia Villano (HMLMB)
Mychella Bianca Alvim de Lima (MESM)

A gestação é um período onde alterações endócrinas e um homoenxerto são tolerados de forma única e peculiar, durante tempo limitado. Porém, o grau de tolerância é incompleto e a pele sofre efeitos adversos. É acompanhada por mudanças fisiológicas que podem ocasionar hiperpigmentação, hirsutismo, alterações do tecido conjuntivo e alterações vasculares. Existem também dermatopatias típicas da gestação que podem afetar tanto a saúde materna quanto a do concepto.

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS :

- a) Hiperpigmentação - ocorre em 90% das gestantes, sendo as pardas mais susceptíveis que as brancas. Mais comum nos mamilos , aréolas, umbigo, vulva, região perianal , linha alba . Na face é denominada melasma ou cloasma gravidico. Parece que os níveis elevados de estrogênio e progesterona são capazes de estimular a melanogênese. Constuma regredir após o parto. Pode persistir em até 30% das mulheres, sendo tratadas com filtro de proteção solar (fator 15) e aplicação tópica de hidroquinona 2% a 5%.
- b) Estrias - decorrem da distensão da pele e da ação de fatores hormonais (estrogênios e adrenocorticóides). Não há tratamento.
- c) Distúrbios da Pigmentação - * hirsutismo: acomete um grande número de mulheres, especialmente na face. Regredem até o 6º (sexto) mês de pós-parto; * eflúvio telógeno: queda dos cabelos no pós-parto, com intensidade variável, decorrente da variação endócrina que leva os pêlos da fase de crescimento para a fase de queda. Geralmente os cabelos voltam ao normal em 06 a 15 meses após o parto, podendo torna-se mais finos.
- d) Distúrbios vasculares - resultam dos altos níveis de estrógenos circulantes, ocasionando aumento da permeabilidade e proliferação vasculares. Podem manifestar-se como aranhas vasculares, eritema palmar, edema e hemangiomas. O granuloma piogênico da gravidez é um tumor benigno de proliferação vascular, mais comum nas gengivas, lábios e dedos, sendo uma lesão única, com menos de 1 cm, vermelha e que sangra facilmente. Involui espontaneamente após o parto, mas pode se fazer eletrocoagulação ou laserterapia.

DOENÇAS ESPECIFICAMENTE ASSOCIADAS À GRAVIDEZ:

- Herpes gestacional: Cursa com eritema, pápulas, vesículas e bolhas, intensamente pruriginosas, podendo ocorrer na gravidez e puerpério. Lesões mucosas são raras. Embora os estudos sejam controversos, parece haver aumento da incidência de prematuridade, natimortalidade, abortamento, RCIU e presença de lesões transitórias na pele do recém-nascido. O tratamento pode ser a base de anti-histaminicos e corticosteróides tópicos. Nas formas severas: prednisona oral de 10 a 100 mg/dia. Pode recorrer em gestações futuras. Rara.
- Impetigo herpetiforme: idêntica a psoríase pustulosa, distinguindo-se por ser precipitada pela gravidez e por ser recorrente em gestações posteriores. Febre, calafrios, náuseas, diarreia, leucocitose, aparecimento de pústulas estéreis na periferia de placas eritemato-edematosa coalescentes, raramente pruriginosas. Tratamento: prednisona 40 a 80 mg/dia. Riscos: mortalidade materna e fetal altas, devido a insuficiência placentária. Rara.
- Dermatite papulosa da gravidez: intensamente pruriginosa, pápulas eritemato – pedunculadas, generalizadas. Tratamento: prednisona 40 a 200 mg/dia.. Riscos: mortalidade fetal em 30% dos casos, controverso entre os autores. Rara.
- Prurido gestacional de Besnier: pruriginosa, papulosa, ocorre em 2% das gestações. Pápulas agrupadas com escoriações e crostas. Tratamento: antipruriginosos tópicos. Sem complicações materno-fetais.
- Rach toxêmico: muito pruriginosa. Ocorre no fim da gravidez em 1:120 gestações. Lesões eritemato-edematoses com pápulas e crostas. Tratamento: progesterona.
- Prurido anular: intensamente pruriginosa. Anéis descamativos, acastanhados, com margem papulosas, mal definidas. Tratamento: sintomático. Sem complicações materno fetais.
- Pruridos gravídicos: ocorre em 17% das gestações, podem estar associados à dermatose pregressa ou ser específico e ocorrer no final de gestações sucessivas. Variante da colestase recorrente da gravidez. Não há lesões primárias, exceto as escoriações do ato de coçar. Riscos: há aumento da incidência de prematuridade, sofrimento fetal intra-parto, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. Quanto a gestante, há aumento de hemorragias no pós-parto. Tratamento: colestiramina, creme de mentol tópico e anti-histamínicos.

FARMOCOTERAPIA:

- 1- Drogas possivelmente teratogênicas: methotrexate, ciclofosfamília, azatioprina, hidroxiuréia, sulfonamidas, trimetropina + sulfametoxazol, rifanpicina, etionamida, griseofulvina, cloroquina, metronisadol.
- 2- Drogas que afetam a função fetal e do recém-nascido: benzodiazepínicos, tetraciclina, sulfonamidas, cloranfenicol, estreptomicina, isoniazida, anticoagulantes horais, cloratina, diuréticos tiazídicos e podofilina.
- 3- Corticosteróides: parece que a fenda palatina é efeito teratogênico humano dessa droga, quando administrada antes da 12^a. semana da gestação.

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Maria Laura Dantas Brandão Santiago (MESM)

Moisés Kanas (HMLMB)

Maria Rita Souza Mesquita (HMLMB)

Conceito:

Conceitua-se descolamento prematuro de placenta (DPP) como a separação abrupta da placenta, normalmente inserida, em gestação de 20 semanas ou mais.

Diagnóstico:

- O diagnóstico do DPP é baseado eminentemente na anamnese e no exame físico (geral e obstétrico). A ultra-sonografia tem utilidade limitada no diagnóstico do DPP uma vez que achados negativos não excluem o diagnóstico.
 - **Dor:** Um dos sintomas mais proeminentes no DPP é a dor repentina, que de início é localizada em geral no fundo uterino;
 - **Hemorragia:** A hemorragia vaginal, presente em 80% dos casos é em geral constituída de sangue vermelho escuro semelhante ao menstrual, que de início pode ser de pequena monta, podendo se tornar abundante sendo capaz de levar ao choque hipovolêmico;
 - **Hipertonia uterina com dor à palpação:** O exame do abdome mostra aumento da sensibilidade uterina. Frequentemente nota-se hipertonia uterina, que quando intensa dificulta ou impede a percepção das metrossístoles e de partes fetais através da palpação;
 - **Ausculda dos BCF:** A ausculda dos BCF frequentemente irá identificar sinais de sofrimento ou, quando negativa a morte do concepto;
 - **Parto em avalanche:** Em alguns casos de DPP o trabalho de parto costuma evoluir muito rapidamente, sendo característico a

expulsão abrupta do feto e placenta constituindo o “parto em avalanche”;

- **Discrasias sangüíneas:** Observados nos casos graves, sinais de discrasias como sufusões hemorrágicas, sangramentos gengivais e pelos pontos de punção;

Conduta

O melhor prognóstico para a mãe e para o feto depende da precisa avaliação do caso, da rápida instituição tanto do tratamento clínico quanto obstétrico:

▪ **Conduta clínica**

- a) Cateterização de uma veia calibrosa;
- b) Sondagem vesical de demora;
- c) Monitorização cardíaca contínua;
- d) Controle dos sinais vitais;
- e) Ausculta dos bcf;
- f) Reposição de volumes – A reposição de volumes para a correção do choque poderá ser feita à base de concentrado de hemácias associado ao soro fisiológico. Em situações excepcionais , na ausência absoluta de sangue e derivada, usar expansores do plasma;
- g) Avaliação laboratorial extensa com a realização de tipagem sangüínea, hemograma com plaquetas, avaliação da função renal, coagulograma, dosagem de fibrinogênio, produtos de degradação da fibrina, fator VIII;
- h) Correção da coagulopatia – através de transfusão de plasma fresco congelado (contém praticamente todos os componentes da coagulação) e de crioprecipitado (contém o fator VII e fibrinogênio) e de plaquetas;

▪ **Conduta obstétrica**

- A conduta obstétrica nos casos de DPP é sempre a resolução do parto. A escolha da via de parto dependerá da vitalidade materna e fetal. Na situação de feto vivo o parto vaginal só é admitido se for iminente, caso contrário, deve-se fazer cesárea. Em caso de feto morto, com boas condições maternas, o parto vaginal pode ser considerado, desde que as condições cervicais indiquem boa evolução.

▪ **Técnica da cesárea**

- A anestesia de escolha é a geral., para os casos com hemodinâmica comprometida. A peridural fica reservada aos casos em que o estado geral da paciente for satisfatório;
- A incisão abdominal deverá ser preferencialmente a longitudinal infra-umbilical, principalmente quando presentes sinais de coagulopatia;
- Após a retirada do concepto, a laqueadura do cordão deve ser imediata;
- A sutura do miométrio deverá ser com sutura contínua e pontos separados;
- Usar ocitocina para manter o útero contraído;

▪ **Conduta no puerpério**

- Independente da via de parto, a ocitocina venosa deverá ser mantida por 24hs, na dose de 20u/ 500ml soro glicosado;
- As medidas gerais tomadas na admissão deverão ser mantidas;
- A paciente deverá ser mantida sob rigoroso controle de enfermagem Reavaliar laboratorialmente em 6 horas;

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)
DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

Eliane de Albuquerque Moura (MESM)

SISTEMATIZAÇÃO PARA O RASTREAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL

- Primeira consulta pré-natal: glicemia de jejum e avaliar fatores de risco em todas as gestantes.
- Pacientes com diagnóstico de DMG, devem ser encaminhadas ao endocrinologista e nutricionista para acompanhamento durante a gestação em concomitância com o obstetra.

FATORES DE RISCO:

- Idade superior a 35 anos;
- Antecedente pessoal de diabetes gestacional.
- Antecedentes familiares (parentes de 1º grau);
- Antecedentes obstétricos:
 - Aborto de repetição
 - Macrossomia (Recém-nato > 4Kg).
 - Polidrâmnio.
 - Morte fetal (inexplicada) ou neonatal.
 - Mal-formações fetal (Síndrome de regressão caudal, cardiopatias, as esqueléticas e musculares).
 - Restrição do crescimento fetal.
- Na gestação atual:
 - Presença de hipertensão arterial ou DHEG.
 - Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual.
 - Macrossomia ou polidrâmnio na gravidez atual.
 - Espessamento placentário em exame ecográfico.

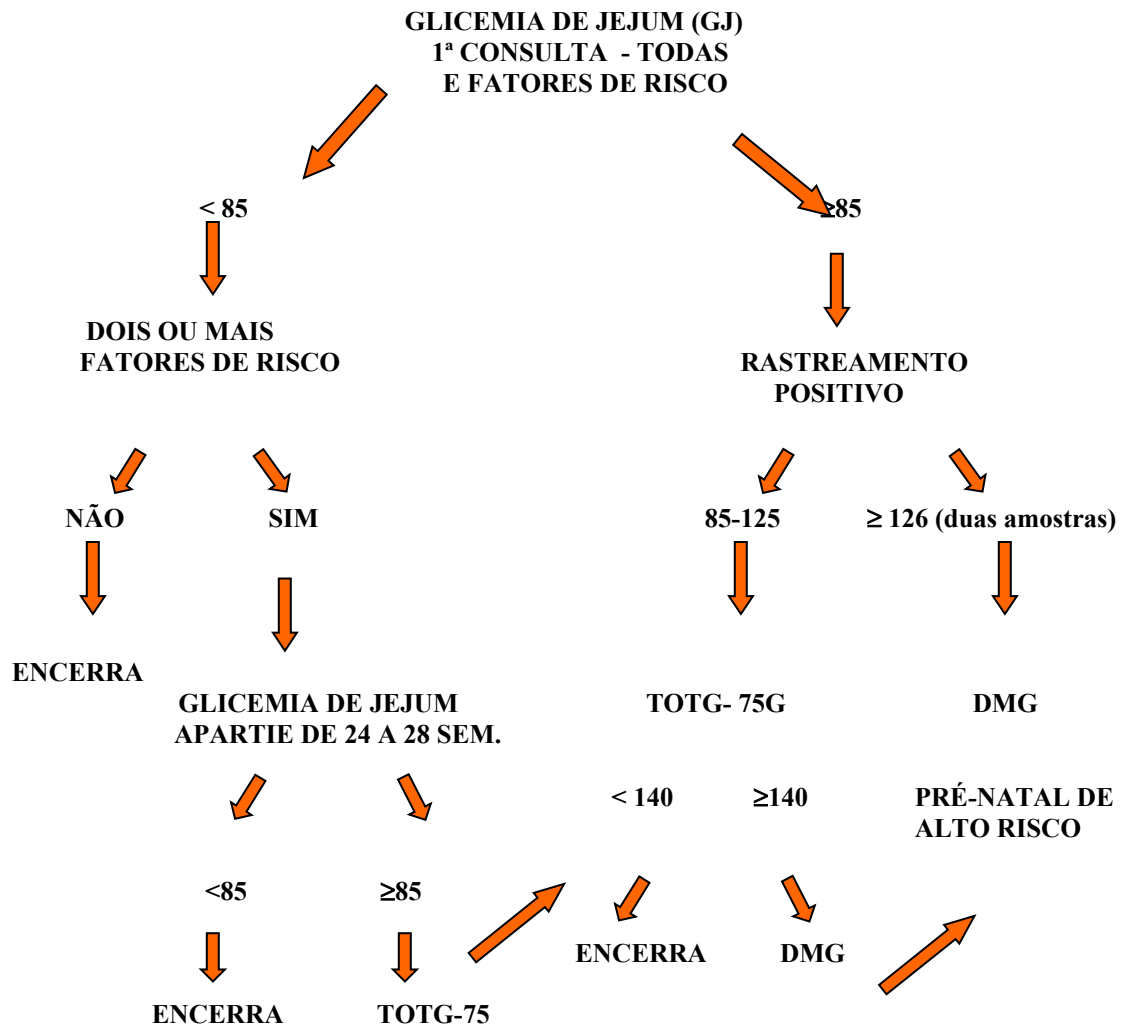
RASTREAMENTO E DETECÇÃO DO DIABETES NA GESTAÇÃO

- 1) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl.
 - Duas amostras = Diabetes.
- 2) Glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl.
 - Detecta diabetes.
- 3) Glicemia de jejum > 85 mg/dl.
 - TOTG com 75g.
 - Diabetes:
 - Jejum: > 126 e 2h: > 140 (Intolerância a glicose)
 > 200 (Diabetes gestacional).

OBS: A intolerância à glicose e o diabetes gestacional serão conduzidos como diabetes gestacional, pois mesmo as intolerâncias à glicose apresenta pior prognóstico perinatal, proporcional ao nível da glicemia de duas horas. (O'Sullivan et al.,1972).

- 4) Glicemia de jejum < 85mg/dl com dois ou mais fatores de risco.
- Repetir glicemia e se necessário TOTG -75g na 24^a a 28^a sem. e/ou 32^a sem.
-
- **OBS: TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (TOTG-75 gramas)**
 - O TOTG -75g deve ser realizado com jejum de 8 à 14 horas.
 - Especificar no pedido que será realizado a glicemia de jejum e a de duas horas após ingestão de 75 gramas de dextrosol ou glicose anidra.

FLUXOGRAMA DO RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DO DMG



OBS: Baseado nos critérios da OMS .

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL:

1)PRIMEIRO TRIMESTRE: Risco aumentado de aborto espontâneo quando mal controlada.

- 1- * Procedimento rotineiros do pré-natal normal.
- *Avaliação clínica do diabetes (duração, idade do aparecimento, uso de hipoglicemiantes, avaliação dietética inicial).
 - *Suspensão imediata do hipoglicemiante oral e substituição pela insulina (será realizada pelo endocrinologista).
 - *Solicitar hemoglobina glicosilada e urocultura com os exames de rotina do pré-natal.
- *Suplemento de folatos em especial antes da gestação e até a 9ª semana.
- * Desencorajar o tabagismo e a ingestão de álcool.
 - * Orientação para consultas obstétricas quinzenais até 32 semanas e a seguir semanal até o termo.
 - *Ultra-som (entre 11 e 14 semanas) – Avaliar idade gestacional e translucência nugal.
- *Encaminhar para Nutricionista (avaliação e acompanhamento)
- *Encaminhar para Endocrinologia que seguirá a normatização abaixo:
 - * Monitorização da glicose sanguínea no ambulatório:
 - * PERFIL SIMPLIFICADO (jejum e 2 h pós-prandial); semanalmente até a normalização, e a seguir quinzenalmente.
 - * Educação;
 - * Otimização da terapia insulínica;
 - * Verificação da hemoglobina glicosilada (na impossibilidade de realizar a HbA1c).
 - * Rastreamento de infecção urinária (urocultura mensal).
 - *Avaliar cetonúria se necessário – parcial de urina,
 - * Avaliação da função tireoidiana – T4 livre e TSH.
- # Objetivos:
- Glicemia de jejum: < 90mg/dl.
 - Glicemia pós-prandial: < 130mg/dl.
 - Hemoglobina glicosilada ou HbA1c: faixa normal.

2- Rastreo quanto às complicações: (em gestantes com diabetes pré-gestacional ou diagnosticada no primeiro trimestre)

- * Nefropatia: Proteinúria, creatinina sérica;
 - * Retinopatia: Acuidade visual, fundoscopia -A PACIENTE DEVE SER ENCAMINHADA AO OFTALMOLOGISTA.
 - * Doença vascular: Monitorização dos níveis tensionais e eletrocardiograma (ECG).
- * CASO DIAGNOSTICADO ALGUMA ALTERAÇÃO, ENCAMINHAR PARA AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO.

2) SEGUNDO TRIMESTRE:

- *Solicitação dos exames de rotina do 2º trimestre.
- *Urocultura cada 30 a 45 dias.
- *Ultra-sonografia obstétrica a cada 30 a 45 dias.
 - Ultra-sonografia – 18 a 24 semanas – avaliar morfologia fetal.
 - ≥ 26 semanas – avaliação do crescimento e do volume do líquido amniótico.
- *Ecocardiograma fetal entre 20 a 24 semanas, em especial nas pacientes descompensadas no 1º trimestre (Hg glicosilada alterada)
- * Monitorização da glicose sanguínea no ambulatório: perfil quinzenal.
- * Hemoglobina glicosilada.(Pela falta da frutamina)
- * Dose usual de insulina aumentada, conforme perfil.

1) Monitorizar e tratar as complicações: (no diabetes pré-gestacional ou diagnosticado no primeiro trimestre)

- * Hipertensão: metildopa. (encaminhar ao ambulatório da especialidade)
- * Retinopatia: fotocoagulação.CONSULTA COM OFTALMOLOGISTA.

3) TERCEIRO TRIMESTRE.

1)Monitorização do controle glicêmico:

- * A dose de insulina aumenta com 34 a 36 semanas, estabiliza e declina um pouco.

2) Rastreamento mensal de infecção urinária.

3) Monitorização do crescimento fetal:

- * Ultra-sonografias cada 30 a 45 dias para avaliar macrosomia e volume do líquido amniótico.

4) Rastrear complicações maternas:

- * Pré-eclâmpsia.
- * Parto prematuro.
- * Nefropatia e retinopatia em diabetes pré-gestacional ou diagnosticada no 1º trimestre.

ORIENTAÇÃO DIETÉTICA

- Orientação dietética inicial fornecida pelo obstetra ou endocrinologista na 1ª consulta.
- Encaminhar para nutricionista na 1ª consulta, que realizará o acompanhamento durante a gestação.

INSULINOTERAPIA

- A insulina está indicada: Diabéticas pré-gestacionais em uso prévio de insulina ou de hipoglicemiante oral e na falha do controle glicêmico com dieta e exercícios.
- A dose da insulina dependerá dos níveis glicêmicos. O objetivo é manter glicemia de jejum < 90mg/dl e pós-prandial < 130mg/dl.
- Insulina Humana NPH – pico de ação em 6 a 14h, duração de 18 a 28h.
Insulina Regular ou simples R – pico de ação em 1 a 3h, duração de 5 a 7h.
- Iniciar NPH com a menor dose (10U) e geralmente 1 x dia e reajustar a dose a cada 2 dias (internada) e semanalmente (ambulatório). As doses são modificadas de acordo com o perfil glicêmico. Acima de 20U, dividir a dose de NPH em 2 tomadas. (2/3 pela manhã e 1/3 à noite)
- Considerar fatores de descompensação como infecções, hipertensão, dieta irregular, ganho de peso.
- Paciente internada, caso não utilize insulina deve ser feito no primeiro dia o perfil glicêmico para iniciar a insulina.
- Perfil glicêmico: jejum, 2h pós-café, antes almoço, 2h após almoço, antes jantar e 2h após jantar.

- Esquema de insulina regular conforme glicemia capilar:
 - * Glicemia capilar antes e 2 h após as 3 principais refeições.
 - * Insulina regular: (de acordo com a glicemia pré-prandial)
 - <140mg/dl ---- Não fazer.
 - 141 – 160-----2U
 - 161- 180-----4U
 - 181- 200-----6U
 - >200-----8U.

Ajuste da NPH: soma das unidades de insulina regular das 24h anteriores e acrescentar metade do valor a dose da NPH.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

INDICAÇÃO PARA INTERNAÇÃO:

- 1) Dificuldade de controle ambulatorial dos níveis glicêmicos (glicemias > 200mg/dl ou < 50 mg/dl)
- 2) Intercorrências clínicas ou obstétricas: Polidrâmnio, oligodrâmnio, descompensação do diabetes, pré-eclâmpsia, pielonefrites, agravamento do quadro hipertensivo.
- 3) Internar as pacientes insulino-dependentes com 37 semanas.
- 4) Internar as que não necessitam de insulina entre 38 e 40 semanas.

NA ENFERMARIA:

- 1) Orientação dietética.
- 2) Perfil glicêmico 1 x por semana, se necessário.
- 3) Insulinoterapia : como orientado anteriormente.
- 4) Ultra-som, urocultura, avaliação da função renal e cardiovascular dependendo de cada caso.
- 5) Controle diário da glicemia capilar pré-prandial, com esquema de insulina regular.

ACOMPANHAMENTO OBSTÉTRICO NA ENFERMARIA:

AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA: rastrear complicações:

- * Pré-eclâmpsia,
- * Polidrâmnio,
- * Infecções do trato urinário,
- * Candidíase vaginal,
- * Síndrome do túnel carpal.

AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL:

- 1) Contagem dos movimentos fetais (mobilograma) : apesar de não existirem valores de referência. Toda queda igual ou superior a 50% da média dos dois dias anteriores merece análise mais detalhada.
- 2) Cardiotocografia : a partir da 30ª semana. O intervalo dependerá de cada caso.
- 3) Ultra-som: intervalo de dois a três dias.
- 4) Dopplervelocimetria em especial quando houver comprometimento vascular.

AVALIAÇÃO DA MATURIDADE FETAL:

- 1) Amniocentese: entre 37 e 38 semanas, nas pacientes controladas e insulino-dependente, para programar antecipação.
- 2) Nos casos mais graves é realizada mais precocemente, porém não antes de 35 semanas.
- 3) Exames de rotina: Teste de Clements.
- 4) Exames excepcionais: relação L/E e fosfatidilglicerol. (Não realizados no momento no laboratório).

O PARTO

- A época do parto não é rígida, depende de vários fatores, como estado metabólico da paciente, passado obstétrico, maturidade e vitalidades fetais, enfermidades associadas (hipertensão), repercussões sobre a mãe e o feto.

- Geralmente o parto é antecipado uma vez atingida a maturidade fetal. Excepcionalmente, na presença confirmada do sofrimento fetal agudo, o parto será realizado sem estudo prévio do líquido amniótico. Apesar de não obrigatória, a cesárea é via preferencial, por vários motivos, como a própria antecipação, as condições cervicais, e fetais (apresentação fetal, desproporção)
- Nos casos sem comprometimento vascular, deve-se aguardar o termo e o parto espontâneo. Jamais é permitida a ocorrência de pós-datismo em diabéticas.
- Se as condições clínicas e obstétricas permitirem, faz-se indução monitorizada do parto.

MANUSEIO DA GLICEMIA NO PARTO:

1) PARTO PROGRAMADO (Cesárea ou induzido)

- Deve ser realizado pela manhã. Rotina normal na noite anterior e omissão da insulina matinal e do café da manhã.
- Infundir SG5% - 100ml/h. Monitorar glicemia horária, mantendo entre 70 a 110mg/dl.
- Insulinoterapia com insulina regular conforme esquema abaixo.

2) PARTO EMERGENCIAL (Cesárea ou espontâneo)

- Caso tenha recebido a dose habitual de insulina do dia, administrar SG5%- 200-300ml/h.
- Checar glicemia horária e manter entre 70 a 110mg/dl.

Ou esquema de insulina regular conforme glicemia capilar:

- até 180 -----não fazer.
- 181-200-----04u
- 201 -250-----06u
- 251-300-----08u
- > 300-----10u

CONTROLE PUERPERAL.

- Diabética pré - gestacional insulino-dependentes: usar dose pré-gestacional.
- Diabética tipo 2: dietoterapia e insulina se necessário.
- Diabética gestacional: dietoterapia e insulina regular se necessário, conforme glicemia capilar. Programar TOTG entre a 6^a e 12^a semanas de pós-parto.

- Esquema de insulina regular conforme esquema de glicemia capilar :

- até 180 -----não fazer.
- 181-200-----04u
- 201 -250-----06u
- 251-300-----08u
-> 300-----10u.

AS DROGAS ANTIDIABÉTICAS ORAIS – TODAS – SÃO CONTRA-INDICADAS NA GESTAÇÃO E NA AMAMENTAÇÃO

DOENÇAS AUTO-IMUNES

Ana Lúcia Puls (HMLMB)

ARTRITE REUMATÓIDE

Doença inflamatória sistêmica que se caracteriza pelo comprimento das articulações.

Incidência: sexo feminino (35-65 anos)

Quadro Clínico:

- Artralgia
- Rigidez matinal
- Aumento do volume articular sem hiperemia;
- Nódulos reumatóides cutâneos.

Exames:

Não existem exames específicos (diagnóstico baseado na clínica)

- Hemograma: anemia normocrônica, eosinofilia, plaquetose:
- VHS: elevado.
- PCR: elevado.
- Mucoproteína: elevada
- Gamaglobulina: elevada.
- Fibrinogênio: elevado.
- Fator Reumatóide: + (60 a 80%).

Critério de Classificação: (4 a 7 critérios selam o diagnóstico)

- Rigidez matinal.
- Artrite de 3 ou mais articulações.
- Artrite das articulações das mãos.
- Artrite simétrica.
- Nódulos reumatóides.
- Fator reumatóides.
- Fator reumatóide sérico positivo.
- Alterações radiológicas (evitar a realização em gestantes).

Tratamento: Aliviar a dor

- Corticosteróides: alívio da dor e diminuição das manifestações extra-articulares (10mg de prednisona VO/dia)
- Fisioterapia e reabilitação

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Incidência: sexo feminino (15-40 anos)

Quadro Clínico:

- Febre, adinamia, fadiga, emagrecimento;
- Alterações dermatológicas: exantema em vespertilho, erupções maculo-papulosas, fotossensibilidade, alopecia;
- Artralgia (90%), mialgia;
- Alterações renais: edema, HAS, proteinúria, oligúria;
- Alterações hematológicas: anemia, leucopenia, linfopenia, linfopenia, plaquetopenia;

- Alterações vasculares: fenômeno de Raynaud;
- Alterações cardiológicas: miocardite (frequente), pericardite (rara); insuficiência mitral pós-endocardite
- Hepatomegalia;
- Poliadenomegalia.

Exames:

- Células LE (80%)
- Anticorpos Anti-nucleares (95%);
- Anticorpo Anti-DNA (50%);
- Complemento Sérico Total – CH(50) (diminuído)
- Fator reumatóide (20%)]
- Hemograma; anemia, neutropenia, linfopenia, plaquetopenia;
- VHS (elevado).
- Biópsia de pele: sela diagnóstico.
- Biópsia renal: glomerulonefrite.

Tratamento:

- Corticosteróides: VO e tópico

Obs: A doença piora nas 12 semanas iniciais: a gravidez agrava a nefropatia lúpica e cardiopatia. Todas as drogas para o tratamento de doenças autoimunes estão contraindicadas durante a gravidez. Poderão ser usados corticosteróides com moderação, se a paciente apresentar clínica e sintomas muito intensos.

Antiinflamatórios não hormonais: usar com moderação após a 20ª semana de gestação.

Importante orientar a contracepção para pacientes portadoras de doenças autoimunes.

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)

Francisco Edson de Lucena Feitosa

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

1. HIPERTENSÃO

- PAs ≥ 140 mmHg
- PAd ≥ 90 mmHg
- PA média: 2º T ≥ 90 mmHg
3º T ≥ 105 mmHg
- O aumento de 30 mmHg ou mais na PAs e de 15 mmHg ou mais na PAd não é mais considerado como diagnóstico de hipertensão na gestação, passando a indicar apenas risco elevado para o desenvolvimento de DHEG.

2. EDEMA

- Tem valor apenas o edema generalizado. O ganho ponderal súbito (≥ 500 g/semana) deve ser interpretado como sinal de edema oculto.

3. PROTEINÚRIA

- > 300 mg/l/24h ou labstix (+) em pelo menos duas aferições ou 2 (+) ou mais em qualquer amostra isolada

FORMA CLÍNICA

1. DHEG LEVE

- Definida pela presença da tríade hipertensão, edema, proteinúria e/ou hiperuricemia, ausentes sinais e/ou sintomas característicos de DHEG grave

2. DHEG GRAVE

- Definida pela ocorrência, em pacientes com DHEG, de qualquer um dos seguintes sinais ou sintomas.

- PA \geq 160 x 110mmHg (persistindo após repouso de 30 min em DLE).
- Proteinúria $>$ 2g/l/24h ou 3 a 4(+) no labstix.
- Oligúria (diurese $<$ 400ml/24h)
- Creatinina sérica \geq 1,3mg%
- Manifestações cerebrais e visuais: cefaléia, torpor, obnubilação, turvação visual, escotomas, diplopia, amaurose.
- Edema agudo de pulmão ou cianose.
- Dor epigástrica ou em hipocôndrio direito.
- Achados característicos de Síndrome HELLP.

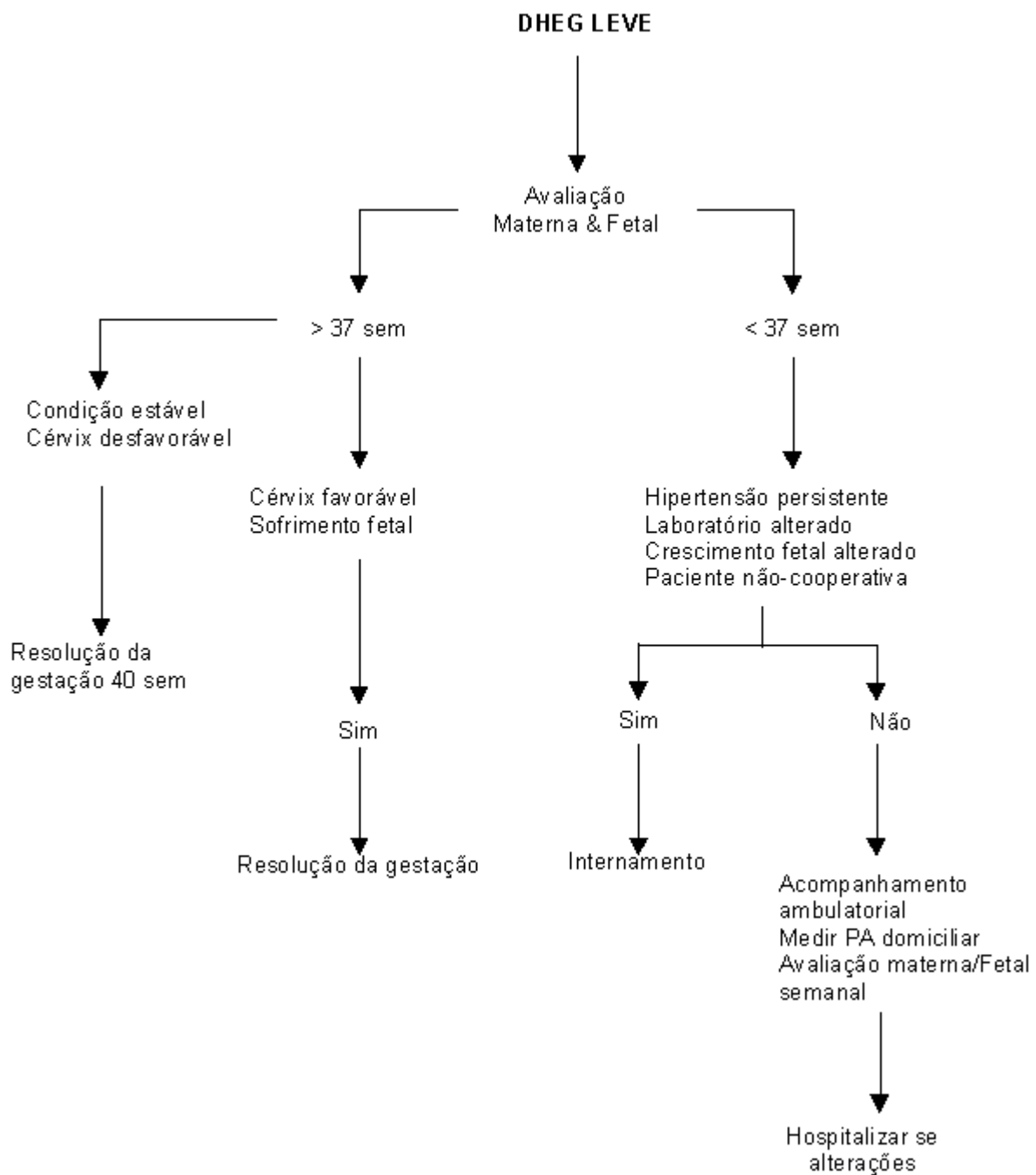
3. SÍNDROME HELLP

- Hemólise:
 - Esfregaço periférico anormal (esquistocitose, anisocitose, equinocitose).
 - BT $>$ 1,2 mg%
 - LDH $>$ 600 U/l
- Elevação das enzimas hepáticas;
 - TGO $>$ 70 U/l
 - LDH $>$ 600 U/l
- Plaquetopenia
 - Plaquetas $<$ 150.000/mm³.

4. ECLÂMPSIA

- Crise convulsiva do tipo tônico-clônica, generalizada, em pacientes com diagnóstico de DHEG.

5. ROTEIRO DE CONDUTA



DHEG LEVE

1. AVALIAÇÃO MATERNA

- Monitorização semanal da PA
- Propedêutica laboratorial semanal: hemograma completo, ur, cr, ácido úrico, bilirrubinas, transaminases.

2. AVALIAÇÃO FETAL

- Ultra-sonografia seriada: avaliar crescimento fetal e volume de líquido amniótico.
- Mobilograma
- CTG semanal
- Dopplerfluxometria das artérias umbilicais e cerebral média quinzenal.

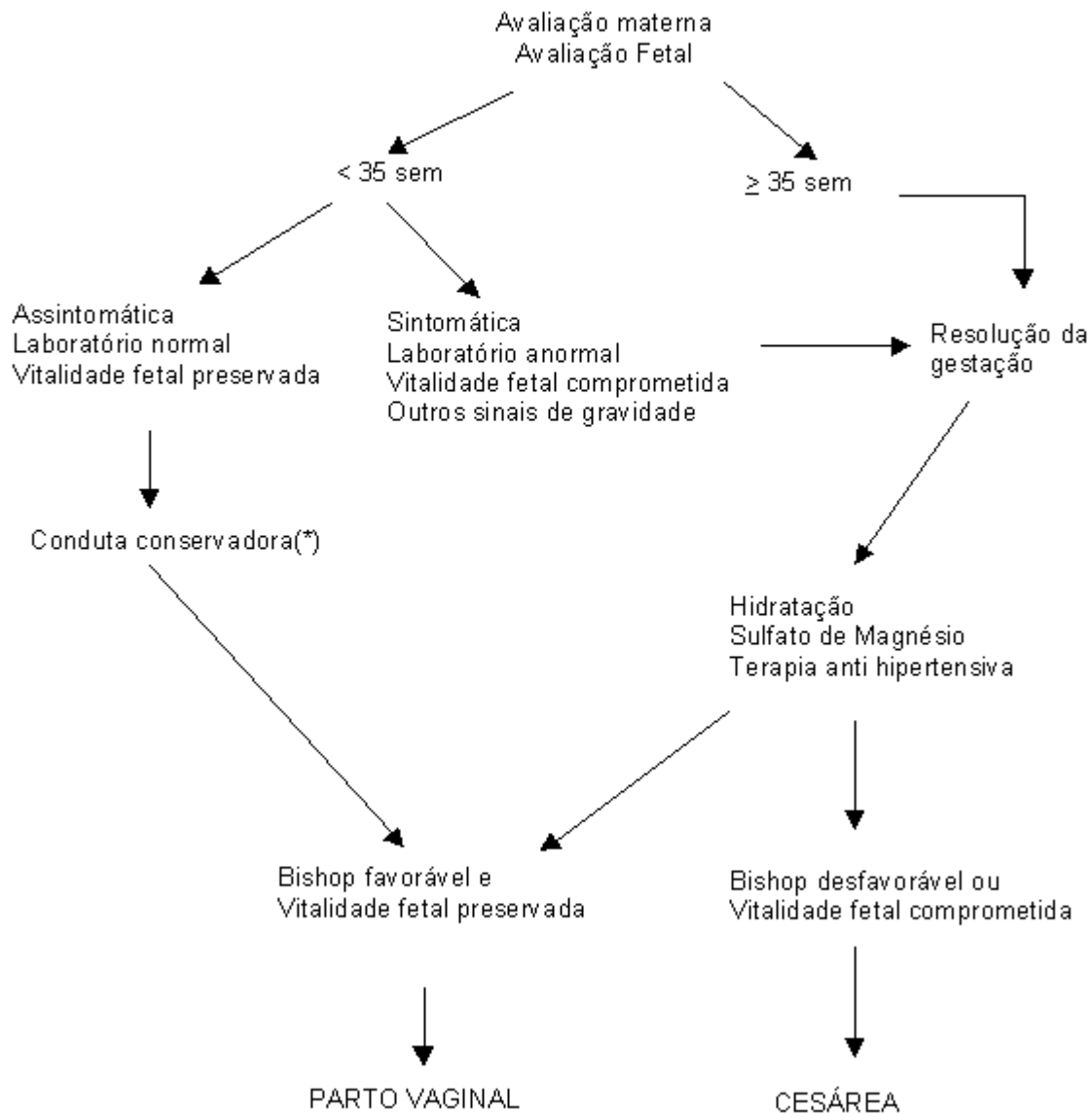
3. INDICAÇÕES PARA INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

- Evolução para DHEG grave
- Maturidade pulmonar presente
- CIUR/oligohidramnia
- Síndrome HELLP/ trombocitopenia materna
- Sofrimento fetal

4. VIA DE PARTO

- Parto vaginal:
 - Feto hígido
 - Colo favorável
 - TP desencadeado
- Cesárea:
 - Bishop desfavorável
 - Sofrimento fetal
 - Oligohidramnia

DHEG GRAVE



PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR (EMERGÊNCIA)

- Hemograma com contagem de plaquetas.
- Função hepática (TGO, TGP, Bilirrubinas, LDH).
- Função renal (Ur, creatinina, ácido úrico).
- Observar critérios da Sd. HELLP ou de gravidade.

VITALIDADE FETAL

- CTG basal.
- PBF.
- Dopplerfluxometria.

HIDRATAÇÃO

- Não exceder 150ml/h.

PROFILAXIA ANTICONVULSIVANTE

- Sulfato de Mg: 50% - amp 10ml
 - Ataque 4 a 6g: 8 a 12 ml EV, diluído em 100ml de SG 5%, em 30 min.
 - Manutenção 1 a 2g/h: 12 a 24 ml em cada SG 5%, 28gts/min ou 84 ml/h.
 - Manter sulfatoterapia por 24h após o parto ou após a última convulsão.
 - Pesquisar reflexos patelares/diurese/frequência respiratória.
 - Suspender se ↓ dos reflexos patelares ou diurese \leq 30ml/h ou FR \leq 16ipm).

TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA (AGUDA)

- Hidralazina
 - Amp 20mg – 1ml. Diluir com 19ml ABD, fazer 5 ml EV a cada 20 a 30min.
 - Manter PA_S em torno de 140mmHg e PA_D em torno de 90mmHg.
 - Fazer no máximo 4 doses.
- Nifedipina
 - Cápsula 10mg.
 - Fazer 3 a 5 gts SL, até de 15 em 15min, máximo de 4 doses.

CONDUTA CONSERVADORA DHEG GRAVE

- Conduta de exceção quando a IG não permitir a resolução.
- Avaliação Laboratorial (1º andar)
 - Hemograma com contagem de plaquetas.
 - Função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas, LDH).

- Função renal (uréia, creatinina, ácido úrico, proteinúria 24h).

Obs.: Repetir a cada 2 dias, observando critérios de gravidade e Sd. HELLP.

- Vitalidade fetal
 - CTG basal diária.
 - PBF.
 - Dopplerfluxometria.

Obs.: Ver protocolo de vitalidade.

- Terapia antihipertensiva de manutenção:
 - Nifedipina – 30 a 120mg/dia
 - Alfametildopa – 1 a 3g/dia
 - Pindolol – 10 a 30mg/dia
 - Hidralazina – 200mg/dia VO – não fazer isoladamente, somente associada a β -bloqueador ou alfametildopa.
- Resolução da gestação conforme protocolo inicial.
- Orientações gerais
 - Dieta normosódica com até 2g/dia
 - Repouso em DLE
 - PA 4/4h
 - Balanço hídrico rigoroso
 - Peso diário em jejum
- Conduta pós-parto
 - Sulfato de Mg 24h pós-parto ou após a última convulsão.
 - Manter sulfato se paciente se mantiver sintomática.
 - Iniciar hipotensor de manutenção se PAS \geq 160 ou PAD \geq 110 após 48 a 72h de pós-parto para evitar complicações maternas.
 - Rastreamento de complicações hematológicas e hepáticas.
 - Evitar antiinflamatórios.
 - Evitar uso de bromoergocriptina.
 - Não contra-indicar amamentação.
 - Planejamento familiar.

ECLÂMPSIA

ESTABILIZAÇÃO DA PACIENTE E MEDIDAS DE SUPORTE

- Utilizar cânula de guedel, para evitar queda da língua com obstrução.
- Oxigenação – O₂ 5l/min através de catéter nasal. Dificuldade na oxigenação pode ocorrer em pacientes com convulsões repetidas ou que receberam drogas para abolir as convulsões.
- Evitar trauma materno.
- Minimizar risco de aspiração.
- Corrigir acidose, hidratar adequadamente a gestante.
 - Não levar ao CC antes de 2h do último episódio convulsivo.
- Sonda vesical de demora.

TERAPIA ANTICONVULSIONANTE

- Sulfato de Mg⁺⁺ 50%
 - 4 a 6g – Ataque
 - 1 a 3g hora – manutenção
 - Ataque – Diluir em 100ml de SG 5%, fazer EV em 20 a 30 min. Ter sempre a mão 01 amp. de gliconato de cálcio, para o caso de reação grave ao Sulfato de Mg⁺⁺.
 - Manutenção – Fazer a dose em cada 500ml de SG 5%, com velocidade de infusão de 28 gts/min ou 84ml/h.
- Não há necessidade de tentar reduzir ou abolir rapidamente a convulsão eclâmptica com benzodiazepínicos, pois além da convulsão ser autolimitada, nós perdemos o controle clínico após o uso desta medicação, no que concerne ao grau de consciência da paciente, como também aumentamos o risco de depressão respiratória materna e fetal e de parada respiratória materna.
- Episódio convulsivo após Sulfato de Mg⁺⁺ - Repetir dose de ataque e aumentar dose de manutenção.
- Se houver manutenção do quadro, apesar das medidas anteriores, inicia-se Fenitoína conforme esquema:
 - 50-70kg – 1g (04 amp.) – 750mg (3 amp.) em 100ml SF 0,9%, em 30 min. 250mg em SF, nas próximas 2h.
 - < 50kg – 750mg (03 amp.) – 500mg (02 amp) em 100ml de SF 0,9%, EV, em 30 min. 250mg (01 amp.) em SF, nas próximas 2h.
 - > 70kg – 1,5g – 1g (04 amp.) em 100ml SF 0,9%, EV, em 30 min. e 500mg (02 amp.) em SF, nas próximas 2h.
- A Fenitoína não pode ser diluída em SG pois precipita.

- Se quadro convulsivo se mantiver apesar da fenitoína, deve ser encaminhada para anestesia geral com suporte de UTI no pós-parto.

CONTROLE DA PA

- Tratar pico hipertensivo PA \geq 160 x 110mmHg
 - Hidralazina – Diluir 01 FA em 19ml ABD, fazendo 5ml da solução a cada 15 min, no máximo 4 doses.
 - Nifedipina 3 a 5 gotas SL, a cada 15 min, no máximo 4 doses.

CONDUTA OBSTÉTRICA

- Via de parto
 - Parto vaginal
 - TP ativo
 - Bishop > 7
 - Sem contra-indicação para parto vaginal
 - Parto abdominal
 - Ausência de TP
 - Bishop < 7
 - Contra-indicação para parto vaginal
- Anestesia
 - Bloqueio de condução se não apresentar distúrbio de coagulação.
 - Anestesia geral – coagulopatia presente ou suspeita.
- Pós-parto
 - Manter Sulfato de Mg⁺⁺ por 24h após a resolução da gestação, independente do nº de doses anteparto.
 - Tratar picos hipertensivos.
 - Rastrear complicações como Sd. HELLP, IRA;
 - Iniciar antihipertensivo de manutenção se picos hipertensivos após 48 a 72 h da resolução.
 - Alfametildopa 750mg a 3g/dia.
 - Nifedipina 20 a 60mg/dia.
 - Pindolol 30 a 60mg/dia.
 - Captopril 25 a 100mg/dia.
- Evitar uso de bromoergocriptina para inibir lactação.
- Não há contra-indicação a qualquer método contraceptivo nem mesmo os anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (obstetrícia)

Avelar Holanda Barbosa Júnior (MESM)

Jorge Amarante (HMLMB)

ESTE É UM QUADRO-RESUMO QUE INCLUI OS TRATAMENTOS DE ESCOLHA E ALTERNATIVO. NA GRAVIDEZ, ESCOLHER O ANTIBIÓTICO QUE PODE SER

UTILIZADO DURANTE ESTE PERÍODO. LEMBRAR QUE TETRACICLINAS E SÚLFAS SÃO CONTRAINDICADAS NA GESTAÇÃO.

DOENÇA	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO DE ESCOLHA	TRATAMENTO ALTERNATIVO
Bartolinite (ginococo, Ureaplasma, Chlamydia, enterobactérias)	Abcesso com saída de pus à expressão	Ceftriaxona 250mg IM dose única(d.u) + Clindamicina 300mg 2x dia 14d	Eritromicina(estearato) 500mg VO 6/6h 14 dias
Cancróide (HaemoPHilus ducreyi) Cancro Mole	Ulceras genitais dolorosas, múltiplas e sujas linfadenopatia. Testar HIV IF ou Gram da secreção	Ceftriaxona 250mg IM d.u.	Eritromicina 500mg 4x dia/ 7dias Azitromicina 1 gr VO d.u
Granuloma Inguinal (Donovanose)	Calymmatobacterium granulomatis Ulceras indolores, progressivas e sem linfadenomegalia Biópsia com corpúsculos de Donovan	Eritromicina 500mg 4x dia /3 sem.	Tianfenicol 500mg VO 3x dia / 3 sem. (1º trimestre não)
Herpes simples (primeiro episódio)	Ulcera genital+ adenopatia Cultivo viral. Pesquisa Ag Na presença de lesão ativa no momento do parto, indicar cesareana.	Aciclovir 400mg 3x/dia 7-10d Aciclovir 200mg 5x/dia 7-10d Famciclovir 250mg 3x/dia 7-10d Velaciclovir 1g 2x/dia 7-10d	
Herpes simples (tratamento do episódio recorrente)	Iniciar no pródromo ou até 1 dia após aparecimento da lesão	Aciclovir 400mg 3x/dia 5d Aciclovir 200mg 5x/dia 5d Aciclovir 800mg 2x/dia 5d Famciclovir 125mg 2x/dia 5d Valaciclovir 500mg 2x/dia 5d	

Linfogranuloma Venéreo (chlamidia trachomatis)	Linfadenopatia regional Sorologia específica C. trachomatis	Eritromicina 500mg 4x 21 dias	Tianfenicol 500mg VO 3x dia / 3 sem. (1º trimestre não)
Papilomatose (Condiloma) HPV6, HPV11	Inspeção PCR Southern Blot, Dot Blot	Ácido tricloracético 80% ou eletrocauterização	
Sífilis primária (Treponema pallidum)	Úlcera genital indolor e limpa. Campo escuro VDRL ou RPR positivos 70% FTA – Abs ou MHA-TP + 85%	Penicilina Benzatina na dose de 2.400.000 U, IM em dose única Alergia: eritromicina 500mg 4x dia /14 dias	Durante gestação, controles mensais com VDRL
Sífilis secundária	Lesões cutâneas VDRL ou RPR+ em 99% FTA-Abs ou MHA-TP + 100%	Penicilina G. Benzatina na dose de 2.400.000 U, IM semanal / 2 semanas Alergia: eritromicina 500mg 4x dia /28 dias	Idem acima
Sífilis latente precoce (menos de 1 ano)	Reatividade freqüente dos testes treponêmicos. (MHA ou FTA com sensibilidade de 98%)	Penicilina G. Benzatina na dose de 2.400.000 U, 1x/ semana/ 2 semanas Alergia: eritromicina 500mg 4x dia /28 dias	Idem acima
Sífilis latente tardia ou desconhecida (mais de 1 ano)	Reatividade variável dos testes sorológicos	Penicilina G benzatina na dose de 2.400.000U, 1x/sem por 4 semanas(9.600.000 UI) Alergia: eritromicina 500mg 4x dia /28 dias	Assumir todo caso com duração desconhecida de doença como sendo a forma latente tardia
Uretrite/ Cervicite gonocócica (gonococo)	Disúria (73-88%) Secreção uretral purulenta (75%) Gram c/ diplococos (95%) Cultura positiva (95%)	Ceftriaxona 250mg IM d.u.	Penicilina G procaína 4.800.000UI IM d.u.
Uretrite não	Disúria (53-75%)	Eritromicina 500mg 4x	Amoxiciclina 500mg

gonocócica (Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis)	Secreção uretral Purulenta (11-33%) Gram sem diplococos (985) Cultura secreção uretral/cervical -Células, Ac. Fluorescen. Direto (DFA) – 70-90% PCR ou LCR (ligase chain reaction)	7d	VO 3x 7-10d Tianfenicol 500mg 3x dia 7 dias (exceto 1º trimestre)
Vulvovaginite (Cândida)	Análise da secreção vaginal	Isoconazol(gyno Icaden) 7 dias Clotrimazol 100mg óvulos por 1-2 semanas Fenticonazol(fentizol) 7 dias	Nistatina (em caso de ser única opção)
Vulvovaginite (Trichomonas) (vaginose bacteriana)	Análise da secreção vaginal	Metronizadol 500mg V.O 12/12h 7 dias	Metranizadol creme vaginal 7 dias(vb) Clindamicina 300mg 12/12h 7 dias(vb)

LEGENDA:

du= dose única

DFA= Fluorescência direta

IF= Imunofluorescência

GEMELARIDADE

Ana Aurélia Salles Campos (MESM)

Maria Cristina da Silva (HMLMB)

1. Definição

Presença simultânea de dois ou mais produtos da concepção dentro ou fora da cavidade uterina.

2. Tipos

Dizigóticas – resulta da fecundação de dois ou mais óvulos por dois ou mais espermatozóides, dando origem aos gêmeos fraternos. Correlaciona-se a herança familiar, fator racial, idade, paridade e uso de medicamentos para indução da ovulação.

Monozigóticas – é aquela que resulta da fecundação de um óvulo por um espermatozóide que, na sua trajetória até a implantação na cavidade uterina ou após esta, sofre divisões seguindo alguns períodos críticos, originando gêmeos idênticos. Dependendo da fase em que esta divisão ocorre, pode determinar malformações importantes tais como monstrosidades duplas e gêmeos acolados.

3. Diagnóstico

Anamnese: História familiar, raça, paridade, aumento da intensidade das queixas mais comuns relacionadas à gestação.

Exame físico: Altura uterina discordante da idade gestacional, sinais específicos como os de Pinard, Mauriceau entre outros. (diagnóstico tardio postergando conduta adequada do seguimento pré-natal)

Ultra-sonografia: constitui no diagnóstico de certeza de prenhez múltipla, podendo visualizar-se dois ou mais sacos gestacionais a partir da quinta semana de gestação.

1. Assistência pré-natal

- As condições de pré-natal devem ser marcadas semanalmente ou quinzenalmente quando necessário a fim de prevenir e/ou identificar precocemente as complicações relacionadas à gemelidade tais como malformações fetais, síndrome transfusor-transfundido, infecções urinárias e vaginoses que podem levar ao trabalho de parto prematuro e rotura prematura das membranas.
- Controle rigoroso do ganho de peso devido à maior associação com diabetes gestacional e doença hipertensiva específica da gestação.
- Exames laboratoriais: devem ser solicitados os exames de rotina e mensalmente o exame de urina tipo I, urocultura e antibiograma, visando o diagnóstico precoce das infecções do trato urinário, devendo ser tratadas também as bacteriúrias assintomáticas. . Pesquisar vaginites e cervicites, tratando-as de forma adequada. O controle hematológico deverá ser solicitado mensalmente através dos exames de hemoglobina e hematócritos. Ultra-sonografia: deverá ser solicitada logo no início da gestação (durante o primeiro trimestre) para o diagnóstico da corionicidade e datação da gestação. Realiza-se o exame mensalmente quando possível, a fim de avaliar-se o crescimento de todos os fetos e detectar precocemente diferenças de crescimento. A síndrome transfusor-transfundido poderá ser detectada através da diferença de peso superior a 20% entre os gemelares. O ultra-som morfológico deve ser solicitado entre 18 e 20 semanas de gestação.
- Vitalidade dos fetos: deve ser pesquisada a partir da 28ª semana de gestação utilizando-se a cardiocografia, dopplervelocimetria obstétrica (a partir da 25 semana).

- Prevenção da prematuridade: a vigilância deve ser intensificada a partir da 30ª semana de gestação. Avalia-se a reatividade uterina através da anamnese, palpação e monitoração da contratilidade uterina, além das modificações do colo uterino, observando-se quinzenalmente sua posição, esvaecimento e dilatação. Devemos ficar sempre atentos às infecções do trato urinário, vaginites, vaginoses e cervivites, tratando-as adequadamente.
- Intercorrências: sempre que ocorra alguma intercorrência que ponha em risco a continuidade da gestação, deveremos tomar as seguintes providências:
 - Repouso
 - Antiespasmódicos (hioscina)
 - Uterolíticos (quando necessário) – óvulos vaginais de progesterona natural na dose de 25mg duas vezes ao dia.
 - Corticoterapia – em casos de trabalho de parto prematuro entre 26 e 34 semanas de gestação.
 - Segue as mesmas orientações da assistência pré-natal.

2. Via de parto

- Gestação de termo (37 semanas ou mais):
- Primeiro gemelar cefálico: parto vaginal.
- Primeiro gemelar não cefálico: a cesárea

A cesárea está indicada nas seguintes situações:

- Cesárea anterior
- Intercorrência obstétricas tais como sofrimento fetal, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, entre outros.
- Quando o primeiro gemelar for menor que o segundo, com a diferença de peso igual ou superior a 500g.
- Gestação pré-termo ou fetos viáveis menores que 1.500g.
- Presença de mais de dois fetos viáveis.
- Primeiro gemelar pélvico ou córmico.

3. Assistência ao parto:

Durante o trabalho de parto, devido a hiperdistensão da fibra uterina, o parto deverá ser conduzido com acesso venoso se necessário com auxílio de ocitócico intravenoso, a fim de coordenar a contratilidade uterina. Vigilância da vitalidade fetal através cardiotocografia contínua. Nascido o primeiro gemelar, procede-se ao clampeamento do cordão, a amniotomia da segunda bolsa, quando presente, e observa-se ativamente a evolução por um prazo máximo de 10 minutos. Caso ocorra insinuação e boa evolução neste prazo, procede-se à assistência ao parto vaginal como no primeiro gemelar. Não ocorrendo à insinuação esperada ou se a apresentação do segundo gemelar for córmica, procede-se à versão interna e extração pélvica antes que ocorra o enlucamento fetal pelo útero contraído. Nas situações em que este evento for inevitável, a fim de se evitar uma operação cesariana no segundo gemelar, deve-se lançar mão dos anestésicos

inalatórios (tipo halotano), que promovem o relaxamento uterino, permitindo as manobras obstétricas.

6. Assistência ao puerpério

- Atenção para o 4º período do trabalho de parto
- Observação da involução uterina com o uso de ocitócitos sistematicamente (vide “Normas de Alojamento Conjunto”)

HEMOPATIAS

Ana Paula Amarante (HMLMB)

Maria Alessandra Eugênia da Silva (MESM)

A gestação leva a grandes mudanças no sangue a fim de preparar mãe e feto para o nascimento. Mudanças como o aumento das proteínas da coagulação para facilitar a hemostasia no momento do parto, pode algumas vezes predispor a trombozes.

Para desenvolver a sua eritropoese, o feto retira do sangue materno os substratos necessários, muitas vezes, gerando anemia.

ANEMIA DURANTE A GESTAÇÃO

Anemia é complicação comum na gestação, podendo estar presente em 20-80% das gestantes, dependendo do nível sócio-econômico da população avaliada. Uma queda de 1 a 2 g/dl dos níveis normais pode ocorrer devido à hemodiluição (aumento do volume plasmático em 30% a despeito do aumento das células vermelhas (20%) e da produção de eritropoetina) não sendo considerado patológico. A anemia tem sido associada com prematuridade, baixo peso, abortos e óbitos fetais. Uma associação direta é observada com níveis de Hb < ou = 6 mg/dl. O menor índice aceitável de hemoglobina é de 10,4g/dl na gestação (na não gestante o menor índice da hemoglobina é de 12g/dl).

Uma vez confirmada a anemia, a causa deverá ser defendida.

Diagnóstico de anemia

Através da história, onde há queixas de cansaço e indisposição e do exame físico onde pode haver palidez cutânea, iniciar investigação com o hemograma. Na presença de microcitose (VCM < 75 fl) devemos pensar em deficiência de ferro e talassemia. Nas macrocitoses (VCM > 100 fl) devemos pensar em deficiência de folato. Há muitas exceções para esta regra e algumas vezes a anemia pode ser normocítica.

Algoritmo para anemias mais comuns da gestação

ANEMIA
(Hb < 10,4 g/dl)

<u>VCM<75</u> RT baixo		VCM normal e RT elevado		<u>VCM>100</u> RT normal
Ferritina e Saturação siderofilina		Investigar anemias hemolíticas		Dosagem sérica de vit. B12 e ácido fólico
Diminuídas	 Normais	 Normal		 diminuída
		Eletroforese de Hb Coombs Haptoglobina bilirrunas		
Reposição de ferro	Eletroforese de Hb		Mielograma	Reposição B12 ou folato

Terapêutica de acordo com o diagnóstico

A redução no hematócrito e na concentração de hemoglobina é evidente a partir da 6ª semana de gestação e progride até a vigésima semana quando um novo equilíbrio é estabelecido.

Tratamento

A organização Mundial de Saúde recomenda, como medida preventiva, a suplementação de ferro a partir do segundo trimestre da gestação na dose de 30mg diários de ferro elementar. Em caso de anemia propriamente dita, iniciar reposição com 60mg de ferro elementar e chegar a 120mg diários até atingir níveis desejáveis de hemoglobina e de saturação da transferrina.

A transfusão de sangue deve ser evitada na deficiência de ferro confirmada, já que a paciente terá condições de responder ao tratamento de reposição, evitando assim riscos transfusionais desnecessários.

Na reposição de ácido fólico usa-se 5mg diários até a normalização dos índices.

ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO NA GESTAÇÃO

Os fatores da coagulação aumentam durante a gestação. Este aumento inicia-se no 2º e 3º mês, atingindo a concentração máxima no termo e retomando ao nível normal 2 a 6 semanas após o parto. Esta adaptação toda prepara a gestante para o momento do parto, do ponto de vista de hemostasia, porém, deixa-a em um estado de hipercoagulabilidade, tornando os eventos trombóticos mais frequentes durante a gestação.

HELLP SÍNDROME

A síndrome onde há hemólise (H), aumento das enzimas hepáticas (EL), plaquetopenia (LP) e dor epigástrica associada à hipertensão induzida pela gravidez durante o 3º trimestre da gestação é chamada HELLP síndrome. Achados e biópsia hepáticas como depósito de fibrina em vasos sanguíneos e exames laboratoriais consistentes com CIVD (coagulação intravascular disseminada), levantaram a possibilidade de associação entre a CIVD e a patogênese desta síndrome. O que desencadearia a CIVD não é conhecido. Esta situação poderia levar a danos em vários órgãos, aumentando o índice de mortalidade materna em 24 a 60%. O tratamento para a HELLP síndrome é controverso, alguns autores advogam a indução do parto. Correção da trombocitopenia severa com transfusões de plaquetas é importante.

Nota:

1. Trombose venosa profunda – ver em “Prevenção de tromboembolias pós-operatórias”.
- 1.2. Resolução do parto tão logo as condições clínicas o permitam e pela via mais rápida.

CONDUTA(SH)

Avaliação laboratorial - deve ser repetida a cada 6/12h de acordo com a gravidade.

- Hemograma
- Função hepática
- DHL
- Função renal

Avaliação por imagem

- USG de abdome -pesquisa de hematoma subcapsular hepático.
- USG obstétrica com Doppler- avaliar condições fetais.

Estabilização materna

- **Correção de coagulopatias**- transfundir plaquetas se estiver abaixo de 20.000/mm³ independente da via de parto e da presença de sangramento, ou abaixo de 50.000 em parto cirúrgico. Na presença de CIVD utilizar plasma fresco, crioprecipitado para correção de hipofibrinogenemia, concentrado de hemácias em caso de choque hipovolêmico e concentrado de antitrombina III
- **Profilaxia anticonvulsivante** com sulfato de magnésio que deve ser feito independentemente dos níveis tensionais mantendo até 24h após o parto
- **Tratamento da hipertensão** – Dar preferência ao uso de hidralazina 5mg IV a cada 20 minutos até a queda da PA 10 a 20% dos valores iniciais. Dose máxima de 20mg

- **Tratamento das complicações associadas- hematoma subcapsular íntegro-** conduta conservadora, contra-indicação de parto vaginal, vigilância clínico-laboratorial e de imagem. **Hematoma subcapsular roto-** emergência, resolução cirúrgica imediata. **Síndrome antifosfolípide catastrófica** – terapia de suporte da síndrome hellp, imunoglobulina IV(1g/Kg/dia) por 5 dias, plasmaféreses repetidas, prognóstico reservado.

Estratégias para acelerar a recuperação pós-parto-

Dexametasona 10mg IV de 12/12h até estabilização clínico-laboratorial(pelo menos duas dosagens com queda de transaminases e DHL e elevação de plaquetas acima de 100.000/mm³). Esse esquema em pacientes que não tem indicação do uso de corticóide para amadurecimento fetal(acima de 34 semanas) deve ser iniciado antes do parto e permanecer no pós-parto.

Indicações de conduta conservadora na síndrome Hellp

Obs.: O objetivo é apenas postergar o parto por 24-48h para a administração de corticóide para amadurecimento fetal. A monitorização deve ser rigorosa e a conduta obstétrica imediata ao surgimento de complicações.

- Pacientes assintomáticos- apenas com alterações laboratoriais
- Quadro clínico materno estável
- Imaturidade pulmonar fetal

INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Laércio Brenna (HMLMB)

Fernando Antônio N. S. da Ressurreição (MESM)

Patogênese

- Disposição anatômica predispõe à colonização por patógenos da flora fecal
- Uretra feminina curta

- Efeito mecânico do útero sobre os ureteres associado ao efeito da progesterona levando a dilatação e estase.
- Hipotônica e hipocinesia pielo-ureteral.
- Principais patógenos por ordem de frequência: E. coli, Estafilococos saprofítico, K. pneumoniae, P. mirabilis, Enterococos, Pseudomonas, Citrobacter

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

- 2% a 7% das grávidas – maior frequência em pacientes com anemia falciforme, baixo nível sócio-econômico, diabetes melito e alterações anatômicas urinárias
- 30% das pacientes não tratadas evoluem para pielonefrite aguda
- Pode levar à prematuridade, baixo peso fetal e anemia materna

Diagnóstico

- Somente pela cultura urinária – acima de 100.000 colônias. Se a cultura for positiva para mais de um patógeno ocorreu, provável contaminação de coleta. O exame deve ser repetido.

Tratamento

- Nitrofurantoína – 100mg VO à noite durante 10 dias
- Ampicilina – 250mg VO – 4 vezes ao dia durante 10 dias
- Amoxicilina – 250mg VO – 4 vezes ao dia durante 10 dias
- Cefalosporinas – 250mg VO – 4 vezes ao dia durante 10 dias

Observações

- 30% apresentarão recorrência (deve-se monitorar a paciente com cultura de urina a cada 1 ou 2 meses). Nesse caso proceder o retratamento com as mesmas drogas acima por 10 dias
- Se ocorrer recorrência-nitrofurantoína 100mg em dose única diária até o final da gravidez.
- É prudente o tratamento mesmo com culturas abaixo de 100.000 se a bactéria for uma das citadas inicialmente pois pode ocorrer evolução para pielonefrite mesmo em 20.000 a 50.000 colônias.

CISTITE BACTERIANA

Incidência: 1% a 2% das grávidas

Diagnóstico

- Sintomas – disúria, polaciúria e dor supra-pública
- Sinais – hematúria
- Laboratório – cultura de urina positiva para somente um patógeno

Tratamento

- Mesmo esquema anterior.

Observações

- Devem ser seguidas como na bacteriúria assintomática
- Não se sabe qual risco de evolução para pielonefrite aguda
- Se ocorrer recorrência, tratar novamente segundo o mesmo esquema e considerar possibilidade de profilaxia com nitrofurantoína na dose de 100mg em dose única diária até o final da gravidez.

PIELONEFRITE

- Incidência: 1% a 2% - principalmente na segunda metade da gravidez e principalmente em rim direito

Diagnóstico

- Sintoma – dor no flanco, calafrios, náuseas, vômitos, disúria e polaciúria
- Sinais – febre, sensibilidade em ângulo costo-vertebral e taquicardia.
- Laboratório – cultura positiva para um patógeno
 - Leucocitose – não é diagnóstico definitivo porque ocorre aumento de leucócitos no sangue principalmente em período pré-parto
 - Creatina – pode ocorrer aumento durante o processo infeccioso.

Observação

- Deve ser realizado diagnóstico diferencial com apendicite, corioamniote, pneumonia, cólica renal por calculose e abscesso renal.

Complicações

- Insuficiência respiratória
- Síndrome do sofrimento respiratório no adulto
- Anemia
- Disfunção renal transitória
- Abscesso renal
- Choque séptico
- Trabalho de parto prematuro

Tratamento

- Hospitalização
- Solicitar hemograma completo, eletrólitos sanguíneos, creatinina sérica e cultura de urina
- Rx de tórax blindado e gases sanguíneos arteriais se desconforto respiratório importante
- Ultra-som de vias urinárias se suspeita de calculose ou abscesso renal
- Iniciar com hidratação intravenosa com ringer lactato e/ou solução fisiológica

- Introduzir analgésicos e evitar antiinflamatórios
 - Iniciar antibioticoterapia (vários regimes)
1. ampicilina 500 mg a 2g IV em 4 doses diárias associada a dose de ataque de gentamicina de 1,5 a 2,0mg/kg e depois manutenção de dose de 1 a 1,5 mg/kg – manter esquema por 7 a 10 dias. (A dose de gentamicina deve ser corrigida de existir alteração nos níveis de creatinina)
 2. cefazolina – 1g a 2g IV em 3 tomadas diárias por 7 a 10 dias
 3. Cefoxitina – 1g a 2g IV em 4 tomadas por 7 a 10 dias

Observação

- Deve ser realizado controle de urina pós-tratamento mensalmente
- Se necessário, realizar profilaxia com nitrofurantoína 100mg por dia até o final da gravidez

INFECCÕES GERAIS

Jorge Amarante (HMLMB)
Helder Torres Alves (MESM)

1. Corioamniote

- A corioamnionite é definida como a infecção do saco gestacional e está fortemente relacionada ao abortamento ou ao trabalho prematuro de parto. A corioamnionite foi documentada em 95% dos nascimentos com menos de 25 semanas de gestação, em 35-40% com 25-32 semanas e 5% dos nascimentos de termo.
- Em 25% destes casos o feto estava também envolvido e as bactérias mais frequentemente isoladas foram estafilococos, estreptococos do grupo B e D, H.influenzae, E.coli, cocos Gram positivos anaeróbios e Bacteróides sp. Outros agentes envolvidos podem ser Salmonella sp, Campylobacter sp, Eikenella corrodens, Gardnerella vaginalis, Cândida albicans, micoplasmas e lactobacilos. Na placenta, a frequência de isolamento de agentes infecciosos oscila entre 3-61%. A via de contaminação é ascendente quando existe ruptura de membranas e corresponde a 96% dos casos de corioamnionite, enquanto 4% ocorre com membranas íntegras e o mecanismo implicado é a disseminação hematogênica.
- Uma vez atingido o saco gestacional, as bactérias produzem fosfolipase A2, enzima ativadora da cascata prostaglandinas e estas as responsáveis bioquímicas pelo trabalho de parto.
- Trabalho de parto induzido pós-corioamnionite é particularmente resistente a tocolíticos, assim como a sepsis neonatal é mais frequente nos recém-nascidos de mães com corioamnionite, onde os índices desta complicação é aproximadamente 4 vezes maior.
- Os sinais e sintomas maternos compreendem hipertemia maior ou igual a 38°C com dor uterina e frequentemente se acompanha de taquicardia fetal. O diagnóstico não é simples de ser realizado, mas a presença de bactérias no exame bacterioscópico pelo Gram, baixas concentrações de glicose no líquido amniótico e leucocitose são evidenciadas indiretas de infecção do conteúdo uterino. Cultura positiva e glicose menor ou igual a 16mg/dl indicam invasão da cavidade amniótica.
- O tratamento desta condição é realizado com o uso de **ampicilina + amnoglicosídeo**, podendo ou não, serem associados a uma droga com atividade contra anaeróbios.
- As cefalosporinas de segunda e terceira gerações e assim como os novos betalactâmicos (piperacilina/ tazobactam, imipenem e meropenem) também cobrem adequadamente o espectro de patógenos causadores das corioamnionites. O tratamento deve ter duração mínima de 15-21 dias.
- Em estudo duplo-cego e controlado, usaram eritromicina em pacientes com ruptura prematura de membranas, na dose de 333mg três vezes ao dia, o que evitou o trabalho de parto por mais tempo.

2. Pneumonias

- As pneumonias podem ser definidas como doenças de início precoce ou de início tardio. A pneumonia de início precoce é aquela que ocorre nos primeiros 3 dias de hospitalização ou aquela que se apresenta com a paciente por ocasião da procura do médico. Os agentes mais frequentes são o S.pneumoniae, a

Moraxella catarrhalis, o H.influenzae, a Clamidia pneumoniae e o Micoplasma pneumoniae.

- As pneumonias de início tardio ocorrem após 3 dias da internação e estão mais frequentemente associados a Klesiella pneumoniae, Enterobacter spp, Serratia spp, P. aeruginosa, ou S.aureus.
- O tratamento das pneumonias de início precoce se faz principalmente com a **ampicilina ou eritromicina ou com uma cefalosporina de primeira geração**. Nos casos graves, iniciar ceftriaxona 1g IV 2x/dia, combinado com azitromicina 500mg a 1g VO 1x/dia.
- As pneumonias de início tardio devem ser tratadas com antibióticos de maior espectro de atividade contra os bacilos Gram negativos. Pode ser usada uma cefalosporina de segunda ou terceira geração combinada a um aminoglicosídeo ou cefalosporina com atividade contra Pseudomonas, associada a um aminoglicosídeo. Quando as culturas mostrarem a presença de Staphylococcus aureus devemos associar a oxacilina ou a vancomicina ao esquema acima. O esquema inicial para um caso de pneumonia hospitalar moderada ou grave é o uso de oxacilina 2,5mg IV 4x/dia combinado com ceftazidima 1 a 2g IV 3x/dia.

3. Abortamento Séptico

- Abortamento séptico ocorre após a contaminação da cavidade uterina pela introdução de um corpo estranho no útero, com a intenção de interromper a gravidez.
- A microflora responsável pela contaminação é a residente na vagina e no colo e muito superponível à flora das endometrites puerperais, mas existe uma maior frequência de isolamento do ENTEROCOCO e uma maior patogenicidade dos agentes causadores do abortamento séptico, podendo ocorrer bacteremias em até 60% e choque séptico em até 20% dos casos. O tratamento desta condição infecciosa é semelhante ao das endometrites.
- Nota: Em ambos os casos, a piora clínica a despeito do tratamento clínico descrito implica em remoção cirúrgica do foco, isto é, histerectomia (sempre total).

4. Endometrite Puerperal

- A endometrite é o resultado da penetração bacteriana na camada basal residual do endométrio e se define com o isolamento de um microorganismo do endométrio ou a drenagem purulenta do útero que se acompanha de febre maior que 38°C, dor abdominal ou dor uterina.
- A endometrite geralmente se evidencia no primeiro ou segundo dia do púrprio e está mais claramente relacionada a partos cesáreas realizados na presença de outra rotura de membranas, independentemente da duração de tempo em que exista esta rotura.
- Os fatores de risco bem documentados para a gênese de endometrite pós-cesárea são a rotura de membranas, trabalho de parto, nível sócio-econômico baixo e toques vaginais frequentes, enquanto que os fatores de risco do parto vaginal são anemia, rotura prolongada das membranas, parto com fórcepe e traumatismo dos tecidos moles maternos.

- Como regra, esta infecção é polimicrobiana e envolve bactérias aeróbias e anaeróbias encontradas no colo e na vagina, sendo elas cocos Gram + anaeróbios (peptococos, peptoestreptococos, e Gaffkia), lactobacilos e Bacteróides sp; os aeróbios mais freqüentes são peptoestreptococos hemolíticos e não hemolíticos, S.epidermidis, G.vaginalis, E.coli, Klebsiella sp, Proteus sp e Enterobacter sp, sendo os três últimos menos freqüentes. O agente classicamente envolvido é o estreptococo beta hemolítico do grupo A e B.
- Diagnóstico é baseado nos achados clínicos como loquição purulenta com ou sem odor, febre, dor abdominal, mal estar geral e em exames hematológicos que mostram leucocitose e aumento das provas de atividade inflamatória (VHS, proteína C reativa e α glicoproteína ácida). Se não tratada, esta condição pode se disseminar por via linfática para paramétrios e levar a peritonite, bacteremia e choque séptico. Quando culturas do conteúdo vaginal revelarem isolamento de estreptococo beta hemolítico do grupo B, devem ser tomados os cuidados necessários com o RN, de modo alertar para a ocorrência de sepse estreptocócica neonatal. Antes de iniciarmos o tratamento, devemos colher hemoculturas, urocultura e cultura do conteúdo uterino, seguindo-se técnica adequada para a coleta destes tipos de materiais.
- O tratamento se faz classicamente com o uso de **penicilina ou ampicilina**, associadas a um aminoglicosídeo e, se após 48-72 horas não houver melhora clínica significativa, devemos associar droga com atividade contra anaeróbios (metronidazol ou cloranfenicol). O uso isolado de cefalosporinas de segunda geração com atividade anaerobocida (cefotaxima), tem índice de cura inferior a associação clindamicina e gentamicina (62% versus 88%), além de ser um importantíssimo desrepressor de gens de resistência bacteriana.

5. Mastites

- A infecção aguda da mama pode ocorrer no puerpério e geralmente entre a segunda e terceira semanas de lactação. Caracteriza-se pela presença de febre, dor e edema da(s) mama(s) envolvida(s).
- Os patógenos mais freqüentes responsáveis são S.aureus ou estafilococo coagulase negativo, presença habitual na nasofaringe do lactente.
- Thomsen dividiu as mastites de acordo com os achados citológicos e bacteriológicos do leite:
 1. Estase Láctea: <106 leucócitos/ml de leite
 2. Inflamação sem infecção instalada: >106 leucócitos/ml de leite e < 103 bactérias/ml de leite.
 3. Mastite aguda: >106 leucócitos/ml e >103 bactérias/ml de leite.

As duas primeiras situações têm boa resposta ao esvaziamento da mama a cada 6 horas e a continuidade da sucção pelo lactente. Na mastite instalada é necessário associar o uso de antimicrobianos com atividade principalmente antiestafilocócica, ex: **oxacilina, amoxicilina/ ácido clavulânico, clindamicina ou cefalosporina de 1ª geração**. Não se deve interromper a amamentação em nenhuma das três situações.

- TODAS AS MULHERES DEVEM REALIZAR O HbsAg EM VISITA INICIAL DE PÉ-NATAL
- OS TESTES POSITIVOS DEVEM SER REPETIDOS E CONFIRMADOS
- NÃO É NECESSÁRIO REPETIR O TESTE NO FINAL DA GESTAÇÃO
- SE O HbsAg MATERNO FOR POSITIVO, ADMINISTRAR HBIG (imunoglobina específica para vírus da hepatite B) + VACINA DO RECEM-NASCIDO
 - HBIG: 0,5ml IM, dose única, preferivelmente nas primeiras 12 a 24 horas de nascimento
 - VACINA: iniciar no máximo na primeira semana do nascimento
 - 3 DOSES (01 MÊS, 6 MESES)

PREVENÇÃO DA DOENÇA ESTREPTOCÓCICA DO GRUPO B NO RECÉM – NASCIDO

- O estreptococo β hemolítico do grupo B (SGB) foi inicialmente descrito como causador de mastite em gado
- Existem 3 tipos (carboidratos imuno-específicos): tipo I (Ia, Ib, Ic); tipo II (doença agudíssima após nascimento, com ou sem meningite); tipo III (hemoculturas + em RNs com mais de 10 dias de nascimento)
- O habitat é o intestino e coloniza vagina e vias urinárias
- Índices de colonização: 20-25% das gestantes são colonizadas na vagina
- Fonte não materna em 36% das crianças fora de UTI e em 9% nas internadas e UTI
- Staff portador é comum (6-50%) em UTI neonatal
- 88% no swab perianal e 12% faríngeo ou combinado

INFECÇÕES NEONATAIS E PUERPERAIS

- 8,6% das bacteremias hospitalares
- 5,3% das pneumonias hospitalares
- 1,1% das bacteremias no RN não foram de aquisição materna

Síndromes infecciosas no RN

Infecção de início súbito (primeiros dias de vida) com meningite ou pneumonia e freqüentemente com bacteremia

- Alta taxa de mortalidade/seqüelas sérias (20-50%)
- 25% ocorre em prematuros
- parto prematuro e rotura prolongada de bols

Infecção de início mais tardio (3-4 semanas após)

- Baixa mortalidade
- Meningite é comum, assim como seqüelas
- 90% são causados pelo tipo III

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO NEONATAL

- Avaliação da colonização materna: swab de vagina e reto na 35^a - 37^a semana de gestação
- Avaliar presença de fatores de risco para colonização pelo SGB
- A criança nascida em parto anterior e que tenha apresentado SGB
- Bacteriúria materna durante a gestação atual
- Parto com menos de 37 semanas de gestação
- Rotura de membranas >18h
- T > 38°C intraparto
- Conduta para descolonização materna (culturas + ou qualquer fator de risco presente)
- Penicilina G cristalina, 5 milhões U/inicial e 2,5 milhões U 4/4hs, até o nascimento da criança ou
- Ampicilina, 2g 4/4, até o nascimento da criança
- Nas alergias à penicilina
- Clindamicina, 900mg IV 6/6h

RECOMENDAÇÕES PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO PERINATAL DO HIV

1. Gestação;

AZT VO – 200mg 3x/dia ou 300mg 2x/dia – iniciado entre 14-34 semanas e continuado por toda a gestação.

2. Parto:

AZT EV – dose de ataque de 2mg/kg, em 1 hora, seguido de infusão contínua de 1mg/kg/hora, até o nascimento da criança

3. RN:

AZT VO para o RN (Xarope na dose de 2mg/kg/dose a cada 6 horas) por 6 semanas, iniciando-se 8 a 12 horas após o nascimento. Prematuros nascidos com <34 semanas: 1,5mg/kg VO ou IV 2x/dia por 2 semanas, e quando com >2 semanas: 2mg/kg, 3x/dia por mais de 4 semanas.

**se a gestante HIV + já estiver em uso de esquema combinado de drogas antiretrovirais prescrito antes ou durante a gestação (“coquetel”), não suspender as drogas, exceto o efavirenz se estiver sendo usado, pois se mostra claramente teratogênico.

Resultados do ACT (AIDS Clinical Trials Group) Protocol 076

- Avaliação com 18 meses de idade
- Infecção pelo HIV no grupo placebo = 25,5%
- Infecção pelo HIV no grupo tratado = 8,3% (p=0,00006)
- Toxicidade mínima
- Peso médio de nascimento = 3.160g
- Toxicidade no Rn leucopenia leve, com diferença de 1g de hemoglobina em relação ao grupo placebo e foi máxima com 3 semanas de vida

- Com 12 semanas de vida, os Rn tratados com AZT já tinham Hb igual aos Rn tratados com placebo.

Transmissão do HIV em mães tratadas e não tratadas com AZT

	Cesárea eletiva	Cesárea emergência	Parto vaginal
Mães não tratadas com AZT	17,5%	15,6%	17,5%
Mães tratadas com AZT	0,8% (p=0,002)	11,4%	6,6%

Nota: infecção urinária – ver em ITU na gestação

CHOQUE DISTRIBUTIVO, CHOQUE SÉPTICO, SEPSE, SIRS E DMOS.

Helder Torres Alves (MESM)

INTRODUÇÃO:

A incidência de choque séptico tem aumentado progressivamente nas últimas décadas em virtude de diversos fatores, dentre os quais se destacam: o

aumento na realização de procedimentos invasivos, maior emprego de terapia imunossupressora, e o aumento na população de faixa etária elevada. Em que pesem os avanços no entendimento dos mecanismos fisiopatológicos da sepse, desenvolvimento de novos recursos diagnósticos, monitorização hemodinâmica e metabólica, e nos progressos terapêuticos, a mortalidade do choque séptico mantém-se elevada, acima de 40%, sendo atualmente uma das principais causas de mortalidade na maioria das UTIs.

CONCEITOS:

Uma conferência de consenso, realizada em 1991, uniformizou os conceitos, passando-se a utilizar uma nova terminologia.

O termo **síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS)** é atualmente empregado para designar a resposta orgânica a uma série de agressões, e se caracteriza por, pelo menos, duas das manifestações que se seguem: modificação na temperatura corporal acima de 38 ou abaixo de 36 graus Celsius, aumento na frequência cardíaca acima de 90 bpm, aumento na frequência respiratória acima de 20 irp, alteração na leucometria acima de 12.000 ou abaixo de 4.000 leucócitos/mm³, ou presença de mais de 10% de formas jovens de leucócitos no sangue periférico. A SIRS não obrigatoriamente é conseqüência de um processo infeccioso.

Sepse é a presença da síndrome da resposta inflamatória (SIRS) associada à evidência de infecção. Essa evidência pode surgir com bases clínicas, ou por intermédio de hemocultura positiva.

Sepse grave é a associação da sepse com perfusão orgânica alterada, evidenciada por hipoxemia (relação pO₂/FiO₂ abaixo de 280), oligúria (diurese abaixo de 0,5 ml/Kg/h), e alterações no sensorio.

Choque séptico é a associação da sepse grave à hipotensão arterial, definida com uma pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, ou a uma queda na pressão arterial média maior que 40 mmHg, em pacientes previamente hipertensos.

Choque séptico refratário ocorre na presença de hipotensão arterial prolongada (superior à 01 hora), resistente à infusão de líquidos e drogas vasoativas.

Síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (DMOS) é o evento comum aos pacientes que não respondem as medidas terapêuticas instituídas, e pode ser diagnosticada na presença de função orgânica alterada em paciente agudo, cuja homeostase só pode ser mantida com emprego de intervenções de suporte (ventilatório, circulatório, e/ou técnicas de substituição renal).

FISIOPATOLOGIA

A endotoxina bacteriana é um componente da membrana celular de bactérias gram negativas, composta por açúcares polimerizados, complexos de ácidos graxos e proteínas. A estrutura lipopolissacarídea (LPS) é a mesma independente de sua origem, e está diretamente relacionada ao desencadeamento dos processos fisiopatológicos básicos encontrados no choque séptico. Na composição da molécula do LPS, a porção mais externa, de natureza polissacáride, é a responsável pelas características antigênicas, induzindo o organismo na produção de anticorpos específicos. A porção mais interna da molécula é de natureza lipídica (lipídeo A) e, quando ativada, é a responsável pelos efeitos sistêmicos. Estudos mais recentes demonstraram que o LPS age de forma indireta, ligando-se a receptores específicos, localizados na superfície de células hematopoiéticas, principalmente macrófagos, e induzindo a síntese e liberação de diversos mediadores (citocinas). As citocinas são os principais responsáveis pelo desencadeamento dos fenômenos metabólicos e hemodinâmicos observados no choque séptico.

As três citocinas mais importantes na sepse são a interleucina 1, o fator de necrose tumoral alfa e o interferon gama. Essas citocinas, atuando associadas, são responsáveis pela maioria das seqüências de eventos encontrados na sepse, dentre os quais: febre, variações na resistência e permeabilidade vascular, depressão miocárdica, ativação da medula óssea, produção das proteínas de fase aguda, extravasamento de líquido intravascular, e sintomas como sonolência e anorexia. O fator de necrose tumoral e a interleucina 1 estimulam a síntese e liberação de outras citocinas, que induzem recrutamento e ativação de leucócitos polimorfonucleares, agravando o dano tecidual e a disfunção orgânica. Ao mesmo tempo, como num processo de “feedback” negativo, a interleucina 1 e o fator de necrose tumoral podem ativar outras citocinas com potencial inflamatório, que inibem sua síntese e liberação.

Outra células sangüíneas, como os linfócitos T e B, são também ativadas na sepse, e desempenham papel importante na mediação dos mecanismos de reconhecimento de antígenos e reação imune frente ao agente agressor, além de também contribuírem na produção e liberação de citocinas.

Outro mediador importante envolvido na sepse é o fator ativador plaquetário (PAF). O PAF é liberado pelas membranas celulares por ação da fosfolipase A2 e promove o aumento na adesão e ativação das células endoteliais, com efeito catalítico, que potencializa o fenômeno inflamatório. As principais ações sistêmicas do PAF são: cardiodepressão, extravasamento

de líquido na microcirculação, hipotensão, broncoconstricção e agregação plaquetária.

O ácido araquidônico é um ácido graxo abundante na maioria das membranas celulares. Três grupos enzimáticos atuam sobre o ácido araquidônico: as cicloxigenases, lipoxigenases e o citocromo P 450. Essas enzimas são responsáveis pela produção de diversos mediadores químicos envolvidos em muito dos processos associados à sepse. Através da ação da cicloxigenase, são produzidas prostaglandinas, prostaciclina e tromboxano. A ação da lipoxigenase é responsável pela formação de leucotrienos. A via citocromo P 450 promove a síntese de diversos compostos no fígado, endotélio e rins, cuja ação no choque séptico ainda não está bem determinada. As prostaglandinas e prostaciclina têm ação predominantemente vasodilatadora e antiagregante plaquetária, ao passo que o tromboxano A₂, fabricado em plaquetas, monócitos e nos pulmões, é um potente agente vasoconstrictor e broncoconstrictor, e induz agregação plaquetária, reduzindo a quimiotaxia dos monócitos. Os leucotrienos são sintetizados por leucócitos e macrófagos, ativam a quimiotaxia e têm papel no desenvolvimento de síndrome de desconforto respiratório agudo associado à sepse.

Chama-se radical livre toda substância que contenha um elétron não pareado na sua última camada. Essa configuração molecular confere a substância uma grande reatividade e possibilidade de produzir lesão oxidativa. Todos os processos metabólicos que envolvem oxigênio são capazes de gerar radicais tóxicos, principalmente na presença de metais de transição, como ferro. Os principais radicais tóxicos de oxigênio são o superóxido, o peróxido de hidrogênio e o radical hidroxila. No choque, dois dos mecanismos principais estão envolvidos na produção de radicais livres: o processo de isquemia/reperfusão e o papel catalizador de ferro. Durante a isquemia, há consumo intenso de adenina dinucleotídeo, que se transforma em inosina e hipoxantina. Com a reperfusão, o oxigênio atua sobre a hipoxantina, gerando os radicais tóxicos de oxigênio. O ferro, presente nos tecidos sob a forma de ferritina, sofre a ação dos radicais livres, produzindo a forma mais nociva de superóxido: o radical hidroxila. Os efeitos tóxicos dos radicais livres de oxigênio são decorrentes da peroxidação dos lipídeos constituintes das membranas celulares, alterando sua estrutura e função estabilizadora, favorecendo a lise celular.

O óxido nítrico é sintetizado a partir do aminoácido arginina, através de uma enzima, a óxido nítrico sintetase. Sua síntese pode ser inibida por alguns análogos da L-arginina, através de mecanismo competitivo. A ação do óxido nítrico resulta em vasodilatação, antiagregação e antiadesão plaquetária. Em concentrações elevadas inibe enzimas mitocondriais, altera a estrutura do

DNA, e produz radicais superóxidos. Existem evidências da participação do óxido nítrico nas alterações hemodinâmicas associadas ao choque séptico.

HEMODINÂMICA DA SEPSE:

As alterações hemodinâmicas observadas no choque séptico são marcadores do real determinante do prognóstico que é o quadro metabólico produzido pelos mediadores da resposta inflamatória. A hipovolemia é uma complicação freqüente nas fases iniciais do choque séptico, e diversos fatores contribuem para sua instalação, dentre eles: o aumento na capacitância venosa, aumento na permeabilidade vascular e a desidratação induzida por vômitos, diarreia, febre, taquipnéia e poliúria. Outros fatores contribuintes são o seqüestro de líquidos nos territórios esplâncnicos, e o aumento generalizado na permeabilidade vascular sistêmica e pulmonar. O desvio na síntese protéica no sentido da produção das proteínas de fase aguda promove queda na produção de albumina, que reduz a pressão oncótica plasmática, agravando a hipovolemia. A magnitude da perda hídrica nas fases iniciais do choque séptico pode ser acentuada e atingir volumes equivalentes a 1 a 2 litros de colóides, ou 4 a 8 litros de cristalóides. O débito cardíaco na sepse é tipicamente normal ou elevado. A resistência vascular sistêmica é baixa, com tendência a aumento da resistência vascular pulmonar. Esse padrão hiperdinâmico, característico da sepse, só não é observado quando ocorre hipovolemia acentuada, ou quando há limitação no desempenho cardíaco. Diversos fatores podem contribuir para disfunção miocárdica na sepse, dentre os quais destacam-se: as alterações na dinâmica do cálcio intracelular, o decréscimo na atividade da ATPase miofibrilar e a presença de fatores circulantes com atividade cardiopressora.

Um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio é característico no choque séptico. Na presença de hipermetabolismo, a demanda de oxigênio encontra-se bastante aumentada, sendo necessário um aumento na oferta ou na extração de O₂ para manter o consumo equilibrado. Por ação das citocinas e do fator depressor do miocárdio, ocorre limitação na capacidade de adequação entre a oferta e o consumo de O₂, o que vai se refletir em isquemia tecidual e elevação do lactato. Nos períodos iniciais da sepse, a persistência de um quadro hiperdinâmico, com débito e freqüência cardíaca elevados por mais de 24 horas, associa-se a um pior prognóstico. Os pacientes que, superada a fase inicial, conseguem manter um consumo de O₂ adequado, com normalização do lactato, são os que têm melhor prognóstico.

Nas fases iniciais da sepse, os principais substratos energéticos são representados pelos carboidratos glicose, glicerol e lactato, os aminoácidos de

cadeias ramificadas provenientes da musculatura esquelética, e os ácidos graxos de cadeia média e curta. Nessa fase, há intensa liberação hepática de glicose por causa do aumento da gliconeogênese e glicogenólise, induzida pelos mediadores inflamatórios. Com o evoluir da sepse, a lipólise é aumentada, há redução na atividade da lipase lipoprotéica, surgindo um perfil lipídico semelhante ao encontrado na insuficiência hepática. Com o aumento do catabolismo protéico, há perda de massa muscular e consumo aumentado de aminoácidos de cadeia ramificada, que leva a um aumento na excreção de nitrogênio urinário. Esse estado de catabolismo acelerado é estimulado pelos mediadores inflamatórios; uma vez interrompida sua atividade, restabelece-se o balanço nitrogenado.

COMPROMETIMENTO DE ORGÃOS NA SEPSE:

O pulmão é bastante atingido na sepse. Os achados clássicos da síndrome do desconforto respiratório do adulto (SDRA) caracterizam-se por aumentos na pressão arterial pulmonar e na resistência e permeabilidade da membrana capilar, que, juntos promovem edema pulmonar, redução na complacência pulmonar e na capacidade residual funcional, e, conseqüentemente, hipoxia. Essas respostas são desencadeadas pelos mediadores inflamatórios e sua ação nas células pulmonares. Os principais compostos envolvidos na SRDA são os derivados do ácido araquidônico (prostaglandinas, tromboxane e leucotrienos), o fator ativador plaquetário (PAF), e o fator de necrose tumoral.

A fração de ejeção está diminuída na sepse, mesmo na presença de débito cardíaco elevado, característico do quadro hiperdinâmico. A ação sinérgica da interleucina 1 e do fator de necrose tumoral parece ser a principal responsável pela depressão miocárdica observada na sepse. Na presença de isquemia esplâncnica, bastante freqüente na choque séptico, ocorre também liberação pelas células pancreáticas de um glicopeptídeo com ação depressora do miocárdio.

O trato gastrointestinal é a principal fonte endógena de lipolissacarídeo. Durante o choque séptico, é possível documentar a existência de isquemia intestinal, mesmo na vigência de débito cardíaco normal ou elevado. A mucosa intestinal apresenta metabolismo e ritmo elevado de renovação de suas células, o que demanda grandes quantidades de nutrientes e a predispõe ao dano isquêmico, quando há incapacidade de atendimento de suas demandas metabólicas. O fenômeno da translocação bacteriana ocorre devido à perda da integridade estrutural e funcional da mucosa intestinal provocada pelo choque séptico, e é agravado na presença de endotoxemia.

O fluxo sanguíneo renal é reduzido na presença de choque séptico, sendo a medula renal o setor mais predisposto à lesão isquêmica. Nestas circunstâncias, ocorre perda da capacidade de concentração urinária, que se expressa clinicamente através de poliúria. O desenvolvimento de insuficiência renal aguda associada à sepse determina um prognóstico reservado, com taxas de mortalidade em torno de 80%.

As citocinas, principalmente as interleucinas 1 e 2, quando presentes em quantidades elevadas, alteram o sensorio, ocasionando sonolência e confusão mental. As disfunções renais e hepáticas encontradas na sepse promovem acúmulo metabólico, o que também contribui para o aparecimento de alterações no nível de consciência.

PRINCÍPIOS TERAPÊUTICOS NO CHOQUE SÉPTICO:

O principal objetivo terapêutico no manejo de pacientes em choque séptico é a manutenção de uma adequada oxigenação em todos os órgãos.

A reposição volêmica é o primeiro passo a ser dado no sentido de se atingir esse objetivo. Tanto os colóides como os cristalóides têm-se demonstrado eficazes neste intento, sendo que os cristalóides apresentam efeitos mais passageiros, pelo extravasamento para o espaço extravascular, necessitando de volumes maiores de infusão em relação aos colóides. A melhor maneira de se guiar a reposição volêmica é a partir da monitorização das pressões de enchimento ventricular. Em pacientes instáveis, com risco de comprometimento na função cardíaca, é indicado o emprego de monitorização hemodinâmica, procurando-se manter a pressão de capilar pulmonar em valores entre 12 e 15 mmHg.

Os agentes inotrópicos estão indicados quando não se consegue restabelecer a estabilidade hemodinâmica após reposição volêmica adequada. O objetivo inicial, com o emprego de vasopressores, é atingir uma pressão arterial sistólica entre 90 e 100 mmHg. A dopamina é a droga mais estudada, e, quando empregada inicialmente deve ser utilizada em doses elevadas, com efeito vasopressor, reduzindo-se progressivamente a dosagem de acordo com a evolução. Na impossibilidade de uma resposta satisfatória com a dopamina, a noradrenalina é a opção seguinte. O efeito vasoconstrictor da noradrenalina é superior ao da dopamina, com a vantagem de elevar menos a frequência cardíaca, e ser menos arritmogênica. A dobutamina é o agente mais eficaz na elevação do débito cardíaco e na oferta de oxigênio, e está indicada em condições em que o nível de lactato sérico e tonometria gastrointestinal sugerem isquemia mesentérica. A dobutamina não deve ser utilizada isoladamente,

devido a sua ação sobre os receptores beta-adrenérgicos, promovendo vasodilatação sistêmica.

O tratamento baseia-se também, na erradicação do foco infeccioso e no emprego de antibióticos apropriados.

A monitorização de parâmetros que avaliam a oxigenação tissular é extremamente útil no controle hemodinâmico e metabólico do paciente com choque séptico. A dosagem do pH gástrico(tonometria) e do lactato sérico têm-se destacado como importante guia terapêutico, e também como marcador prognóstico. A presença de um pH intramucoso persistentemente abaixo de 7,32 apesar de adequado suporte hemodinâmico, indica isquemia com risco de translocação bacteriana, e está associada a alta de mortalidade. O desenvolvimento de acidose láctica é também indicador de transporte inadequado de O₂ e isquemia tissular, e correlaciona-se com mortalidade elevada.

As causas e processos fisiopatológicos envolvidos no desenvolvimento da SDMOS não estão bem esclarecidos: a maioria dos pesquisadores acredita que ela ocorre em consequência de uma resposta inflamatória orgânica descontrolada, promovida por múltiplos mediadores, liberados na presença de diversos estímulos. A hipoperfusão visceral parece ser o mecanismo desencadeador. A isquemia da mucosa intestinal aumenta sua permeabilidade, alterando a função imune e favorecendo a translocação bacteriana. As toxinas bacterianas penetram na circulação sistêmica, favorecidas pela redução na capacidade hepática de depura-las, promovendo injúria e disfunção orgânica. A liberação de citocinas pelos macrófagos ativados atua associadamente, promovendo hipóxia tissular, que resulta em disfunção e morte celular.

O choque séptico e a síndrome de disfunção de múltiplos órgãos são as principais causas de mortalidade tardia nas UTIs atualmente, e sua prevalência vem aumentando progressivamente na últimas décadas. Apesar dos avanços terapêuticos, não se têm demonstrado sinais de regressão dessa mortalidade em curto prazo.

ISOIMUNIZAÇÃO Rh

Romeu Abreu Neto (HMLMB)
CorintioMariani Neto (HMLMB)
Eliane de Albuquerque Moura (MESM)

TRIAGEM

- Tipagem ABO + Rh na primeira consulta do pré-natal
- Gestante Rh (+) ou Rh (-) com Du (+): pré-natal normal.

- Gestante Rh (+) Du (-): solicitar teste de Coombs indireto (CI)
- Se CI (-): acompanhar no pré-natal normal. Repetir CI cada 4 semanas a partir da 18^a a 20^a semana..
- Se CI (+): encaminhar ao pré-natal especializado (Isoimnização Rh)

NORMAS DO PRÉ-NATAL

1. Toda paciente sensibilizada aos antígenos eritrocitários, cujo título de anticorpos seja >1/8, deverá ser submetida a estudo analítico do líquido amniótico.
2. Início dos procedimentos (amniocentese ou cordocentese)
 - 18^a semana (antecedentes mais graves, como neo ou natimortalidade, exsanguíneo-transfusões).- amniocentese.
 - 26^a semana (pacientes com bom passado obstétrico). – amniocentese e/ou cordocentese.
3. As punções serão feitas preferencialmente em nível ambulatorial e sempre sob visão ultra-sonográfica direta.
4. Todos os parâmetros ultra-sonográficos deverão ser avaliados e, por vezes, poderão indicar cordocentese, independentemente dos valores da espectrofotometria, como:
 - Polidrâmnio ou oligoâmnio (o hemtologista deve ser avisado para correção da espectrofotometria).
 - Ascite fetal
 - Edema pericraniano
 - Aumento da área cardíaca
 - Aumento da espessura placentária
 - Hepatoesplenomegalia
 - Aumento da velocidade do fluxo sanguíneo na aorta torácica descendente e/ou na carótida comum, aumento do fluxo venoso umbilical (dopplervelocimetria), bem como pelo aumento da velocidade sistólica na artéria cerebral média..
5. Serão analisados no líquido amniótico:
 - Espectrofotometria (diferença de densidade óptica [DDO] a 450 *milimicra* Δ DO450).
 - Provas de maturidade fetal (IG > 30 semanas).
2. Os valores das espectrometrias serão projetados no gráfico prognóstico-terapêutico de Liley (intervalo mínimo de uma semana entre 2 amostras): valores mantidos ou ascendentes sugerem aumento de hemólise; valores descendentes geralmente significam prognóstico favorável.

INTERPRETAÇÃO DO GRÁFICO DE LILEY

Zona I:

- O feto é Rh negativo ou o comprometimento é mínimo. O acompanhamento dever ser mensal e o parto no termo.

Zona II:

- Risco moderado ou intenso, conforme o valor se aproxima da zona III.
- O parto deverá ser antecipado
- A época apropriada para interrupção da gravidez dependerá:
 1. Da pontuação da ΔDO (amniocenteses semanais ou quinzenais)
 2. Das condições fetais pelo ultra-som e pela dopplervelocimetria
 3. Da maturidade pulmonar fetal
- Valores próximos à zona III constituem indicação de cordocentese, para determinação da hemoglobina fetal. Se $< 10g\%$, procede-se à transfusão intra-uterina (TIU) em IG $<$ que 33 semanas..

Zona III:

- Comprometimento fetal intenso.
- Se IG $<$ 33 semanas: TIU preferencialmente intravascular nos fetos hidróticos, cuja absorção peritonial está prejudicada.
- Se IG $>$ 33 semanas: interrupção da gestação.

Atenção: Zonas II e III

Utilizar corticóide para aceleração da maturidade pulmonar entre 26 e 34 semanas.

Consultas pré-natais com intervalo máximo de 15 dias.

CUIDADOS NO PARTO

A via preferencial deverá ser:

Via baixa nos casos de:

- Fetos em apresentação cefálica.
- Ausência de comprometimento da vitalidade fetal (hemoglobina provavelmente $> 13g\%$).

Via alta nos casos de:

- Comprometimento da vitalidade fetal (hemoglobina provavelmente $< 13g\%$).
- Indicação da antecipação do parto antes da 34ª semana em gestantes que não entraram em trabalho de parto.
- Paciente com cicatrizes uterinas anteriores

Deve-se procurar evitar:

Versões fetais (internas ou externas) ou manobra de Kristeller

Ordenha retrógrada de cordão umbilical

Deslocamento manual de placenta

Contato do sangue do cordão umbilical com a ferida cirúrgica. E

O uso alargado de fármacos ocitócitos .

PROFILAXIA DA ISOIMUNIZAÇÃO

[pacientes Rh (-) não sensibilizadas: CI negativo]

- Cada 20 microgramas (μg) de imunoglobina anti-Rh (ou anti-D) neutralizam 1ml de papa de hemácias ou 2 ml de sangue total Rh positivo. (Uma amp. de 300 μg neutraliza 30 ml de sangue total ou 15ml de concentrado de hemácias).
- Através do teste de Kleihauer-Betke, é possível calcular a quantidade de hemorragia feto materna. Entretanto, tal método é reservado para casos especiais de suspeita de macrotransfusão.

Por não existir disponível no Brasil na dose de 50mcg, a imunoglobina deve ser prescrita na dose de 300 mcg nas seguintes situações:

- Na 28^a semana da gestação, quando o pai é Rh negativo ou desconhecido.
- Abortamento
- Prenhez ectópica.
- Mola hidatiforme.
- Feto morto.
- Procedimentos invasivos: biópsia de vilos coriais, amniocentese, cordocentese.
- Placenta prévia sangrante (não evolutiva).
- DPP de evolução crônica.
- Até 72 horas pós-parto RN Rh (+), Coombs direto (-) [e sem suspeita de macrotransfusão]. Perdendo-se esse prazo a ministração ainda pode ser feita dentro de 21 dias do puerpério, mas com resultados inconsistentes.
- Após transfusão de sangue Rh positivo.

OBS: Apesar de controversa, a Ig anti-D não deverá ser prescrita em casos de:

- Pacientes Rh (-) Du (fracamente positivo)

MOLÉSTIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Temístocles Pie de Lima (HMLMB)

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- A hipótese de moléstia trofoblástica gestacional (MTG) deve ser considerada em todas as pacientes com hemorragia genital no 1^o e, principalmente, no 2^o trimestre da gestação.
- Com este cuidado, deve-se procurar, dentro do possível, confirmar o diagnóstico através do ultra-som e instituir a terapêutica mais adequada para cada caso.

- Divisão genérica das pacientes com gestação molar para fins de estabelecimento de conduta:
 1. Grupo I: prole não constituída (manutenção do útero é fundamental)
 2. Grupo II: prole constituída (especialmente com idade superior a 35 anos)
- Princípio básico (para ambos os grupos): mola diagnóstica é mola tratada, isto é, uma vez estabelecido o diagnóstico e, tão logo a paciente se encontre em condições adequadas, o tratamento de escolha deve ser implantado.

PERÍODO DE PREPARO

- Internar a paciente
- Exames subsidiários:
 - RX de tórax
 - Hb + Ht
 - Na e K
 - β -HCG quantitativo
 - Tipagem ABO + Rh
 - Eventuais: ECG, glicemia, TS/TC, etc. (casos selecionados).
- Qualquer anomalia detectada nos exames deverá ser corrigida antes de qualquer procedimento cirúrgico.
- Não havendo anormalidades ou após eventual correção, a paciente será encaminhada ao centro cirúrgico o mais breve possível

TRATAMENTO

Grupo I (prole não constituída)

- Conduta: **curetagem uterina** (“esvaziamento molar”), de preferência com cureta de aspiração e, na falta desta, com curetas puerperais.
- Tomar muito cuidado durante a curetagem, pois o risco de perfuração uterina é considerável.
- Infundir ocitocina 20 UI em 500 ml de SG 5% IV 20 gotas/min (40 mUI/min). Manter até 6 horas após o esvaziamento.
- **Atenção:** começar o gotejamento ocitócico só depois do início da curetagem, a fim de evitar a embolia pulmonar que, apesar de rara, pode ser fatal.
- Após o esvaziamento, se necessário, aplicar 1 ampola IM de metilergonovina ou ergometrina, conforme o sangramento e a contratatura uterina.
- Antibioticoterapia: apenas nos casos de alto risco para infecção (hemorragia excessiva, pacientes desnutridas, imunodeprimidas, etc.)
- **Conduta na perfuração uterina:** laparotomia exploradora (mesmo se as condições clínicas não piorarem). **Justificativa:** facilita o esvaziamento completo do útero e permite o inventário da cavidade peritoneal em busca de implantes molares extra-uterinos. Tal achado modificará a conduta pós-operatória.

- Alta hospitalar no 2º PO. Neste momento, a paciente deve ser informada sobre a suspeita diagnóstica (aguardando confirmação histológica) e, ainda, sobre a necessidade de frequentar rigorosamente o ambulatório para o seguimento pós-molar. O 1º retorno será em 15 dias após a alta.
- **Anticoncepção:** é iniciada já na alta, com contraceptivos orais combinados. Se houver contra-indicação, o esquema de contracepção será analisado individualmente, com preferência aos métodos mais eficazes. A paciente deve ser instruída sobre o fato de não poder engravidar durante todo o período de seguimento pós-molar.

Grupo 2 (prole constituída)

- Conduta: histerectomia total abdominal com o útero “cheio”, Isto é, sem esvaziamento prévio.
- Exceção: úteros com volume superior ao correspondente a 22 semanas de gestação.
- Mesmo assim, o responsável pelo setor deverá avaliar a necessidade de esvaziamento em cada caso.
- É obrigatória a reserva de sangue face às grandes perdas sanguíneas nestas cirurgias.
- Durante o ato respiratório, não deverá ser extirpada qualquer tumoração ovariana por ventura encontrada, salvo se houver forte suspeita de processo neoplásico.
- As pacientes deste grupo que forem submetidas a esvaziamento molar deverão ser encaminhadas posteriormente para histerectomia total abdominal, mesmo se o esvaziamento for considerado satisfatório.
- As normas para antibioticoterapia e alta hospitalar são iguais às demais histerectomias.
- No momento da alta hospitalar, a paciente receberá as mesmas instruções que as submetidas a esvaziamento, excluindo-se, obviamente, o aspecto da contracepção.
- Observação: não é norma deste serviço a profilaxia anti-Rh após gestação molar.

SEGUIMENTO PÓS-MOLAR

- Este seguimento será realizado no ambulatório de oncologia ginecológica.
- Consultas cada 2-3 semanas
- Tempos obrigatórios em cada consulta: exame especular, toque vaginal e dosagem sérica de β -HCG.
- A partir da normalização do β -HCG, os retornos serão mensais, até completar 1 ano.
- Se, durante o seguimento, forem observados 3 valores iguais ou 2 ascendentes de β -HCG, deverão ser feitos exames de rastreamento de metástases: iniciar sempre pelo ultra-som pélvico. Após a realização deste e afastada a possibilidade de uma gestação tópica normal, serão feitos exames: ultra-som abdominal, arteriografia pélvica, tomografia computadorizada, etc., de acordo com a avaliação de cada caso pelo responsável pelo setor. Na presença de metástases, a paciente será submetida a tratamento quimioterápico, cujo esquema será determinado pelo grau de risco.
- A quimioterapia será aplicada em ciclos, com intervalos os mais breves possíveis, conforme as alterações sistêmicas decorrentes das drogas antitumorais, até negatificação dos níveis séricos de β -HCG. Mesmo após esta negatificação, serão

aplicados mais de 1 a 3 ciclos (de reforço), para então voltar ao seguimento ambulatorial mensal, sem poder engravidar por pelo menos mais um ano.

- Pacientes com gestações pós-molares deverão ser acompanhadas no pré-natal normal, sempre após uma avaliação ultra-sonográfica precoce.

NEFROPATIAS

Álvaro Nagib Atallah (HMLMB)

Fernando Antônio N. S. da Ressurreição (MESM)

FUNÇÃO RENAL NA GESTAÇÃO

A gestação pode facilitar o surgimento de complicações que acometem a função renal, como, por exemplo, a pré-eclampsia, a insuficiência renal aguda isquêmica e a necrose cortical, assim como facilitar a ocorrência de infecções e pielonefrites agudas. Por outro lado, nefropatias preexistentes ou intercorrentes podem afetar a evolução da gravidez, como no caso das glomerulonefrites crônicas, nefropatias crônicas, rins policísticos etc.

Nos casos de lúpus eritematoso sistêmico, discute-se se a gestação exacerbada ou não a doença. As evidências mais convincentes sugerem que aquelas pacientes que engravidam após período de remissão de pelo menos seis meses da última atividade lúpica têm melhor prognóstico, ou seja, menor probabilidade de exacerbção da doença. A maioria dos autores aumenta a dose dos corticóides no pós-parto imediato. É importante, nesses casos, pesquisar a presença de anticoagulante lúpico, que é anticorpo antifosfolípide. Este, por estar presente na parede plaquetária, sofre lesão pelo anticorpo, ocorrendo agregação plaquetária e infarto placentário com conseqüente perda fetal. O anticorpo pode ser detectado também por pesquisa de anticorpo pelo teste anticardiolipina. Quando o teste é positivo o uso de anticoagulantes orais pode aumentar as possibilidades de gestação bem sucedida. Este assunto requer que sejam realizados ensaios clínicos com desenho e tamanho amostral adequados.

GLOMERULONEFRITE AGUDA

Diagnóstico

Caracteriza-se por aumento abrupto de proteinúria e hemtúria, acompanhadas por variados graus de insuficiência renal, levando à retenção de sal e água, causando edema, hipertensão e cogestão circulatória.

Tratamento

O tratamento, em geral, não difere daquele em mulher não-grávida. Deve-se restringir o sal e os líquidos. Para a infecção estreptócica administra-se penicilina G benzatina, na dose de 1.200.000UI, por via IM, por dois dias consecutivos.

Diuréticos terão indicação na dependência do grau de edema, dos níveis pressóricos e de insuficiência cardíaca. Como a hipertensão é volume dependente, o uso de diuréticos tem precedência sobre vasodilatadores, embora estes últimos não sejam contra-indicados. É importante ressaltar que os bloqueadores de enzima de conversão da angiotensina e os bloqueadores de AII estão formalmente contra-indicados na gestação.

O tratamento obstétrico fica na dependência das eventuais complicações próprias da gravidez.

GLOMERULONEFRITE CRONICA

Diagnóstico

A glomerulonefrite crônica pode ser detectada de várias formas. Alguma pacientes podem permanecer assintomáticas por muitos anos e a presença de proteinúria ou sedimento urinário anormal, ou ambos, podem ser indicativos da doença. Pode ser descoberta durante a investigação de uma hipertensão crônica ou pode ser a primeira manifestação de síndrome nefrótica. Por vezes, exacerbada-se e manifesta-se com glomerulonefrite aguda. A falência renal pode ser sua primeira manifestação, assim como pode ser diagnosticada durante a investigação de síndrome hipertensiva na gestação.

SINDROME NEFRÓTICA

Diagnóstico

A síndrome nefrótica tem etiologia variada. Caracteriza-se por proteinúria excessiva (3 a 4g por dia), hipoalbuminemia, hiperlipidemia e edema generalizado. A maioria das pacientes apresenta lesão renal à microscopia óptica e, em muitas, tem-se acompanhado algumas evidências de disfunção renal. Os defeitos na barreira da parede capilar glomerular, com excessiva perda das proteínas plasmáticas, podem advir da causa imunológica, injúria tóxica, doença metabólica, doença vascular e, comumente, de lesão glomerular primária. Formas não-proliferativas, como a lesão membranosa, a glomeruloesclerose segmentar e focal e as lesões mínimas, são causas freqüentes da síndrome nefrótica.

Forma rara de nefrose é a síndrome nefrótica transitória da gravidez, em que a proteinúria desenvolve-se durante a gestação. Desaparece após o parto e recidiva em gestações subsequentes.

Tratamento

O tratamento e o prognóstico materno-fetal dependem da causa da doença e do grau de insuficiência renal. Em revisão da literatura, Weisman e cols. (1973) observaram que as pacientes que não se tornaram hipertensas e não apresentavam insuficiência renal grave, geralmente tiveram sucesso na gravidez, o mesmo não acontecendo com os casos que apresentam hipertensão ou perda da função renal.

Indicações para biópsia renal

Em virtude dos riscos serem, em geral, maiores que os benefícios, são cada vez mais raras as realizações de biópsia renal durante a gestação. No nosso entendimento, apenas quando há perda progressiva da função renal, acompanhada de sinais que sugerem glomerulonefrite crescêntica (rapidamente progressiva) a biópsia etária indicada.

Nos demais casos, deve-se controlar os níveis pressóricos, manter dieta hipossódica e com proteínas de alto valor biológico (leite, carne, ovo), protelando-se a biópsia para período após parto.

PERFIL DA NEFROPATA DE MENOR RISCO GESTACIONAL

A paciente nefropata cuja gestação tenha as melhores probabilidades prognósticas é aquela cuja nefropatia é intersticial (melhor que a glomerular), pressão arterial normal ou de fácil controle, nível sérico de creatinina inferior a 1,5mg% e exame de fundo de olho sem evidências de espasmos arteriolar ou cruzamentos patológicos. A abordagem desses casos é sempre multidisciplinar e incluindo obstetra, nefrologista e neonatologista experientes. O acompanhamento pré-natal, o parto e o atendimento neonatal devem ser realizados em centro de assistência terciária.

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NA GESTANTE

Está associada a:

Primeiro trimestre: choque hemorrágico ou séptico, devido a abortamento.
Final d gravidez: PP e DPP.

Outras associações:

- DNDA
- Pré-natais: hiperemese, diarréias, ICC e choque, hemorragias.
- Renais: pré-eclampsia, eclampsia e síndrome HELP.
- Pós-natais: litíase (raa), ligada de ureter (uni ou bilateral), na cesárea ou histerectomias puerperais.

INSUFICIENCIA RENAL IDIOPÁTICA PÓS-PARTO

Insuficiência renal aguda pod também se manifestar após o parto na forma de insuficiência renal idiopática pós-parto, uma forma rapidamente progressiv. Ela já foi referida como nefrosclerose maligna pós-parto e também como coagulação intravascular pós-parto. Ocorre logo após a gestação ou algumas semanas após em gestantes aparentemente normais.

O quadro clínico inicial lembra um processo viral: oligúria progressiva, insuficiência renal e anúria. A pressão arterial sobe lentamente, evoluindo para formas graves de hipertensão. Estas pacientes desenvolvem insuficiência cardíaca, anemia himolítica e insuficiência renal. Raramente há sinais de CIVD.

INDICAÇÃO DE DIÁLISE NA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NA GESTAÇÃO.

A indicação de tratamento dialítico deve ser particularmente mais precoce durante a gesação. É sabido que o feto está sob alto risco de morte sempre que os níveis de uréia estão acima de 60mg%.

Portanto, nos casos em que o feto é ainda inviável, o tratamento dialítico visa protegê-lo e deve ser programado antes do parto, como nos casos de insuficiência renal aguda por pielonefrite, causas pré-renais e por drogas.

Quando a insuficiência renal tem causa associada à gestação, como na pré-eclampsia, na síndrome Hellp e na esteatose hepática aguda, a realização doparto é o melhor tratamento e a indicação da diálise deverá ser avaliada, como na mulher não-grávida.

Nós costumamos indicar diálise quando a creatinina está acima de 3mg% não havendo indícios de melhora a curto prazo. O tipo de diálise pode ser peritoneal intermitente ou diálise peritoneal do tipo ambulatorial contínuo, com colocação cirúrgica do caráter, sob visão direta. A hemodiálise pode ser também realizada, de preferência sem uso de heparina, com uso de banhos de bicarbonato de sódio, para prevenção de fenômenos hipotensivos, com cuidados na prevenção de distúrbios eletrolíticos.

O tratamento dialítico será suspenso quando a creatina plasmática baixar e se estabilizar abaixo de 3mg%.

Quadro 1 – I.R.A. NA GESTAÇÃO

TIPOS	CAUSAS
Pré-renais	Perdas sanguíneas (DPP Placenta Prévia, Atonia Uterina) Hiperemese gravídica Insuficiência cardíaca Choque
Renais	Hipofluxo renal prolongado Pré-eclampsia/ Eclampsia DPP Síndrome Hellp Esteatose hepática aguda das gestação Abortamento séptico Síndrome hemolítico urêmico Colagenoses GNDA Drogas: - aminoglicosídeos, anti-inflamatórios
Pós-renais	Ligadura ureteral Cálculo ureteral de rim único.

Atallah, AN., 1997

DPP – Deslocamento Prematuro de Placenta

GNDA – Glomerulonefrite Difusa Aguda

Quadro 2 – Diagnóstico diferencial entre pré-eclampsia grave, síndrome Hellp, esteatose hepática aguda da gestação e hepatite fulminante. Note que a dor epigástrica ou no hipocôndrio direito está presente em todas as situações. Atallah, AN., 1998.

	Pré-eclampsia/ Êclampsia	Síndrome hellp	Esteatose Hepática Aguda da gestação	Hepatite fulminante
Dor epigástrica	+ -	+ +	+ +	+ -
Proteinúria	+	+	+ -	-
Plaquetopenia	+	+	+	-

	-			
Leucocitose			+	-
Transaminases elevadas	-	+	+	+
Bilirrubinas elevadas	-	-	+	+
Anemia microangiopática	Rara	+	+	-
Hipoglicemia e amilases altas	-	-	+	-
Encefalopatia hepática	-	-	+	+
Bilirubinas e fosfatase alcalina elevada	-	-	+	+

HIDRONEFROSE NA GESTAÇÃO

Fernando Antônio N. S. da Ressurreição (MESM)

ETIOLOGIA - fisiológica –em decorrência de alterações anatômicas decorrentes do crescimento do útero e modificações hormonais

Obstrutiva-cálculo renal

tumores genitais

má-formação do trato urinário

DIAGNÓSTICO – ultrassonografia
exame radiológico – urografia excretora
pielografia ascendente
tomografia computadorizada

TRATAMENTO – clínico na grande maioria dos casos
cirúrgico-situações de risco para a gestante

LITÍASE RENAL

Fernando Antônio N. S. da Ressurreição (MESM)

ETIOLOGIA- hipercalciúria , hiper-excreção de ácido úrico , infecção urinária de repetição, acidose tubular renal, hipocitraturia , hiperossalúria , cistinúria , hiperparatireoidismo

QUADRO CLÍNICO-dor lombar em cólica normalmente unilateral com irradiação para região genital acompanhada de náuseas e vômitos.Usualmente sem posição antálgica e não relacionada a movimentos de coluna lombo-sacra.Hematúria pode estar presente= **CÓLICA NEFRÉTICA**

dor lombar contínua e surda não relacionada a movimentos da coluna acompanhada ou não de hematúria macroscópica

DIAGNÓSTICO-quadro clínico
sumário de urina-hematúria
ultrasonografia
exames radiológicos

COMPLICAÇÕES-obstrutivas
Infecciosas

TRATAMENTO- analgesia
tratamento das complicações

ÓBITO FETAL (OF)

Corintio Mariani Neto (HMLMB)
Ana Christina Ferreira Cavalcanti (MESM)

CONCEITO CLÍNICO

- OMS = “aquele que ocorre antes que o concepto seja expulso ou extraído completamente do organismo materno, independente da duração da gestação”
- Classificação
OF precoce = < 20 sem
OF intermediário = 20ª a 28ª sem

- OF tardio = > 28 sem
- Brasil
 - Abortamento = < 500g (não necessário atestado de óbito)
 - ≥ 500g = natimorto (necessário atestado de óbito e sepultamento)

DIAGNÓSTICO

Suspeita

- Cessação dos movimentos fetais (MF)
- Parada de crescimento uterino e posterior regressão da altura do fundo uterino (AFU)
- Palpação = diminuição de líquido amniótico (LA)
- Ausência de batimentos cardíacos fetais (BCF) e ausência de sopros funiculares ou placentários
- Regressão dos sinais e sintomas secundários da gestação
- Surgimento de galactorréia
- Amnioscopia = LA hemático ou achocolatado
- Sinais radiológicos (interesse acadêmico) = superposição dos parietais (sinal de Spalding-Horner), duplo contorno do pólo cefálico (sinal de Duel), hiperflexão da coluna (sinal de Hartley)

Certeza

- Ultra-som (USG) – (obrigatório por motivos assistenciais e legais) = ausência de BCF
- Rx = presença de ar na circulação fetal (sinal de Roberts); sinal radiológico mais precoce e patognomônico – realizar Rx apenas quando USG não disponível

CONDUTA

Investigar causas (orientação da próxima gestação)

- Infecções congênicas = sífilis, toxo, CMV, parvovírus B19 (sorologias)
- Pesquisa de anticorpos irregulares (coombs indireto) – se gestante Rh negativa
- Patologias maternas que cursam c/ insuficiência placentária = DHEG, gestação prolongada, LES e SAAF (pesquisa do FAN, anticoagulante lúpico e anticardiolipina)
- Distúrbios metabólicos = DM (glicemia de jejum e TOTG' simplificado 50g ou 75g) e tireoidopatias (perfil hormonal)
- MF fetais, síndromes genéticas
- Exame anatomopatológico da placenta e autópsia do natimorto

Comunicação clara ao casal + apoio psicológico + opção conjunta pela conduta

Fatores

- Avaliação do colo uterino = índice de Bishop¹
- Condições psicológicas maternas
- Condições hematológicas maternas
- Presença de sinais de infecção
- Esvaziamento imediato = distúrbio da coagulação, infecção, hemorragia
- Fatores obstétricos = RPM, DPP, PP centro-total, incisões uterinas prévias recentes

Expectante

- ≤ 4 sem após óbito (apenas se falta vagas na enfermaria ou se existir contra-indicação p/ indução do parto)
- Considerar em gestantes cardiopatas

Ativa (preferencial)

- Internação + hemograma completo e coagulograma

- Colo favorável + sangramento ou bolsa rota = indução do TP²
- Colo desfavorável = cd expectante por até 4 sem
Coagulograma (1x/sem) = tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), dosagem de fibrinogênio, contagem de plaquetas – alterado se TP e TTPA aumentados e plaquetas < 100.000/ml
Avaliação semanal do colo
- Via de parto preferencial = vaginal c/ analgesia
- Indução do parto
Condição = colo desfavorável
Misoprostol 200 µcg via vaginal (preferência no canal cervical)
Repetir 100 µcg via vaginal 4/4 h até dilatação de 5 cm
Após dilatação de 5 cm = interromper administração do misoprostol e manter a condução do parto com ocitocina EV (10-20mUI/min)
Atenção = suspender misoprostol se taquisistolia, hipersistolia ou hipertonia (risco de ruptura uterina)
- Controle da dinâmica uterina
Clínico = 30/30 min durante 10 min
Tocográfico = registro contínuo (1cm/min) se TP franco
- Analgesia = meperidina 50-100mg IM, livre prescrição
- Efeitos colaterais e complicações (conduta)
Náuseas e vômitos = metoclopramida 10mg IM ou EV diluído, lentamente
Hipertonia uterina = laparotomia imediata
- Observações
Vigilância constante da dinâmica uterina = comum taquisistolia com misoprostol
Colo favorável = substituir misoprostol por ocitocina EV (iniciar com 10 mUI/min)
Indução > 24 h = reavaliação cuidadosa

Parto via alta = exceção

- Indicações absolutas = PP centro-total ou c/ hemorragia acentuada, DPP s/ evolução (> 4/6h), obstruções de trajeto, ≥ 02 partos cesarianos prévios (último < 2 anos), cicatriz uterina corporal
- Relativas = única cesariana prévia, DCP, feto transverso em TP prolongado, falha de indução, grande tumoração fetal, desejo do casal (?)

CUIDADOS NO PARTO

- Uso liberal de analgesia e de anestesia
- Evitar episiotomia
- Contra-indicado fórcepe
- Revisão cuidadosa do canal de parto = restos placentários e lacerações
- Preservar ao máximo tecidos maternos = fetotomia no termo (realizada por obstetra experiente) = cranioclasia ou craniotomia nas apresentações cefálicas e degola nas apresentações córmicas. Caso contrário = episiotomia se feto grande
- Exame macroscópico de feto e placenta e solicitar anatomopatológico

CUIDADOS NO PÓS-PARTO

- Puerpério não alojado
- Uterotônicos(metilergonovina) IM ou VO = prescrição de rotina (comum sangramento no 3º e 4º períodos)

- Inibição de lactação logo após parto = principalmente em OF tardio
- Não estimular mamilos + enfaixamento mamário precoce (manter 48-72 h)
- Bromocriptina 1,25 mg VO 8/8h por 15d

MEDICAMENTOS

- Misoprostol
Cytotec = comprimidos com 200 µcg
Prostokos = comprimidos com 25 µcg
- Ocitocina
Syntocinon, orastina = ampolas de 1ml (5UI/ml)
- Meperidina
Dolantina = ampolas de 50 e 100 mg (50mg/ml)
- Metoclopramida
Plasil = ampolas de 10mg/2ml
- Metilergonovina
Methergin = ampolas de 1ml (0,2mg/ml) e drágeas de 0,125mg
- Bromocriptina
Parlodel = comprimidos com 2,5mg

GESTAÇÃO MÚLTIPLA C/ ÓBITO DE UM DOS FETOS

- Risco de óbito do 2º é > se gestação monocoriônica = desvio da circulação do 1º p/ 2º feto
- Rara complicação com distúrbios da coagulação
Se presente = cd individualizada
Opção por anticoagulante = heparina 7.500 UI IM 8/8h
- Gêmeo sobrevivente dita cd fetal
Termo = resolução da gestação
Imaturidade pulmonar + vitalidade fetal preservada = avaliação semanal da gestante e feto
Vitalidade fetal comprometida = abordagem individualizada do caso

^{1,2} Vide capítulo de indução do trabalho de parto

BIBLIOGRAFIA

- **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – Unifesp / Escola Paulista de Medicina – Obstetrícia** – Luiz Camano, Eduardo de Souza, Nelson Sass, Rosiane Mattar – Ed. Manole / 2003
- **Protocolos de Condutas em Gestação de Alto Risco** – Geraldo Duarte, Sérgio P. Cunha, Francisco Mauad Filho, Antônio A. Nogueira, Aderson T. Berezowski, Reinaldo Rodrigues – Ed. FUNPEC / 2003
- **Protocolos Assistenciais – Clínica Obstétrica – FMUSP** – Marcelo Zugaib, Roberto E. Bittar – Ed. Atheneu / 1997

PARASITOSSES

Corintio Mariani Neto (HMLMB)
Moacyr Clay Matos de Araújo (MESM)

1. Amebíase

Agente:

Complicações:

Época:

- Entamoeba histolytica (protozoário)
- Disenteria grave, enterorragia, abscesso hepático, peritonite, septicemia.
- Tratar sempre, logo após o diagnóstico, pois pacientes infestadas por longo período, mesmo assintomáticas, podem apresentar doença intestinal e hepática súbita, de evolução grave, por vezes, fulminante.

- Esquemas:**
- Etofamida 200 mg 8/8 horas (5 dias) classe B (FDA)
 - Metronidazol 800 mg 8/8 horas (5 dias), classe B (FDA)

2. Ancilostomíase

- Agente:**
- Ancilostoma duodenale e Necator americanus (helminthos)
- Complicações:**
- Infestação maciça, anemia.
- Época:**
- Após o 1º trimestre
- Esquemas:**
- Pirantel 10 mg/kg (dose única) classe C (FDA)*
 - Peperazina 65 mg/kg 12/12h (1dia), classe C (FDA)*
 - Mebendazol 100 mg 12/12 h (3 dias),classe C (FDA)*

3. Ascaridíase

- Agente:**
- Ascaris lumbricoides (hemilto)
- Complicações:**
- Eliminação de vermes, obstrução intestinal, obstrução biliar, icterícia.
- Época:**
- Após o 1º trimestre
- Esquemas:**
- Pirantel 10 mg/kg (dose única) classe C (FDA)*
 - Peperazina 65 mg/kg 12/12h (1dia) classe C (FDA)*
 - Mebendazol 100 mg 12/12 h (3 dias) classe C (FDA)*

4. Enterobíase (oxiuríase)

- Agente:**
- Enterobius vermiculares (helmito).
- Complicações:**
- Nenhuma durante a gravidez (exceto prurido anal)
- Época:**
- Sempre após o parto
- Esquemas:**
- Pirantel 10 mg/kg (dose única) classe C (FDA)*
 - Pirvínio 10 mg/kg (dose única) classe C (FDA)**
 - Mebendazol 100 mg 12/12 h (3 dias).classe C (FDA)*

5.Estrongiloidíase

- Agente:**
- Strongyloides stercoralis (helmito)
- Complicações:**
- Hiperinfestação, desintéria grave
- Época:**
- Preferencialmente após parto. Havendo complicações: após o 1º trimestre
- Esquemas:**
- Tiabendazol 500 mg 12/12 h (5dias) classe C (FDA)*
 - Albendazol 400 mg/kg 24/24 (3 dias) classe C (FDA)*
 - Cambendazol 5mg/kg, dose única classe C (FDA)*

6. Giardíase

- Agente:**
- Giardia lamblia (protozoário)

- Complicações:**
- Hiperemese, diarreias severa, síndrome de má absorção, anemia.
- Época:**
- Após o 1º trimestre
- Esquemas:**
- Metronizadol (250 mg 8/8 h (7 dias) classe B (FDA)
 - Tinizadol 2g (dose única) classe C (FDA)

7. Teníase

- Agente:**
- Taenia solium e Taenia saginata (helminhos)
- Complicações:**
- Eliminação de proglotes 9T. Saginata), cisticercose (T. Solium)
- Época:**
- Após o 1º trimestre
- Esquemas:**
- Praziquantel 10 mg/kg (dose única) classe B (FDA)
 - Niclosamida 2 g (dose única) classe B (FDA)

8. Triquiuríase (tricocefalíase)

- Agente:**
- Trichiuris trichiura (helminto)
- Complicações:**
- Prolapso retal, enterorragia
- Época:**
- Preferencialmente após o parto. Havendo complicações: após o 1º trimestre
- Esquemas:**
- Mebendazol 100mg 12/12 h (3 dias) classe C (FDA)*
 - Albendazol 400mg (dose única).classe C (FDA)*

9. Himenolepsíase

- Agente:**
- Himenolepes nana
- Complicações:**
- Não encontrado na literatura
- Época:**
- Preferencialmente após o parto.
- Esquemas:**
- Niclosamida 2g (dose única) classe B (FDA)

10. Esquistosomose

- Agente:**
- Schistosoma mansoni
- Complicações:**
- Hepatoesplenomegalia, ICC direita, cirrose peri – portal, varizes de esôfago , hemorragia digestiva, entre outras
- Época:**
- Preferencialmente após o parto e após aleitamento.
- Esquemas:**
- Oxamniquina 12,5 a 15mg/kg (dose única) classe D (FDA)
 - Praziquantel 30mg/kg/dia, 2 tomadas, intervalo 4horas,durante 6 dias. Classe B (FDA)

- Observações:**
- Sempre que possível, evitar o uso de derivados imidazólicos,

oxamniquina durante a gravidez, mesmo após o 1º trimestre, devido à sua possível ação teratogênica e, mesmo que remota, também carcinogênica.

- São derivados imidazólicos: mebendazol, metronidazol, tinidazol, albendazol.

* Repetir em 15 dias.

** Repetir todo mês por 6 meses.

NOMES COMERCIAIS:

- ETOFAMIDA: COMP. (500MG), SUSP.(200MG/10ML), **KITNOS.**
- METRONIDAZOL: COMP.(250MG, 400MG), SUSP. (40MG/ML),INJETÁVEL (500MG/100ML), **FLAGIL E METONIDAZOL BASF.**
- PIRANTEL:SUSP.(250MG/15ML), COMP. (250MG), **ASCARICAL.**
- MEBENDAZOL: SUSP. (100MG/5ML), COMP. (100MG),**ERAVERM, MEBEM, PANTELMIN.**
- PIPERAZINA: SOLUÇÃO ORAL 500MG/5ML, **PIPERCREAM.**
- PIRVÍNIO: DRÁGEAS (100MG), LÍQUIDO 50MG/ML, **PYR-PAM.**
- ALBENDAZOL:COMP.MAST.(400MG),SUSP.(400MG/10ML),**PARASIN,VERMIT AL, ZENTEL.**
- CAMBENDAZOL: COMP.(180MG), SUSP. (6MG/ML),**CAMBEM.**
- TIABENDAZOL: COMP. (500MG), SUSP. (250MG/5ML),**THIABEN.**
- TINIDAZOL: COMP: (500MG), **AMPLIUM.**
- NICLOZAMIDA: COMP. MAST. (500MG), **ATENASE.**
- OXAMINIQUINE: CAPSULA (250MG), SUSP. (50MG/ML), **MANSIL.**
- PRAZIQUANTEL:COMP.500MG(**CISTICID**),150MG(**CESTOX**).

PATOLOGIAS VASCULARES

José Resende Neto (HMLMB)

TROMBOFLEBITE E TROMBOSE VENOSA

INTRODUÇÃO

- Trombose da veia superficial, com evolução benigna é complicação freqüente.

ETIOPATOGENIA

- Associadas à tríade de Virchow 1) lesão endotelial; 2) velocidade do fluxo (estase venosa) e 3) alterações constituintes do sangue (viscosidade sangue).
- Embolia pulmonar é pouco freqüente, pode ocorrer se o trombo se estender proximalmente atingindo o sistema venoso profundo.

- Varicoflebite: tromboflebitas em veias varicosas, freqüente, principalmente do sistema da safena interna abaixo do joelho; pode se desenvolver após partos, ou doenças sistêmicas.

QUADRO CLÍNICO

- Início agudo, persistindo por 1 a 2 semanas. Sinais e sintomas: locais com dor de intensidade variável e vermelhidão em áreas correspondentes a trajeto de veias superficiais, agrava a dor com a movimentação dos membros.
- Evolução é benigna, ocorrendo regressão da reação inflamatória de 7 a 18 dias, transformando a veia em um cordão duro e indolor, desaparecendo lentamente, na maioria das vezes em 2 a 3 meses, pela recanalização.

DIAGNÓSTICO

- Clínico, com base na história e num cuidadoso exame físico; dopplerfluxometria, ausência de fluxo na veia e auxilia diagnóstico eventual TVP.
- Diagnóstico diferencial deve ser feito entre linfagite, lesões nodulares da pele e subcutâneo (eritema nodoso, vasculite nodular, sarcoidose e sarcoma de Kaposi).

TRATAMENTO CLÍNICO

Tromboflebitas localizadas, pouco extensas e que não tenham atingido as proximidades das croças:

a-compressão elástica do membro auxilia alívio da dor.

b-deambulação livre, com períodos de repouso com os membros elevados.

c-Trendelenburg – tromboflebitas extensas.

d-calor local – compressas úmidas.

e- antiinflamatórios e analgésicos.

f- pomadas à base de heparina e heparinóides.

g- anticoagulantes – indicados excepcionalmente para flebitas extensas e disseminadas, heparina de baixo peso molecular ou heparina SC

h- antibióticos – só se houver comprometimento infeccioso real.

b) **TRATAMENTO CIRÚRGICO:** risco de TVOP, indicado quando a flebite atinge terço médio e superior da coxa. Ligadura da croça de safena.

PLACENTA PRÉVIA

Corintio Mariani Neto (HMLMB)
Maria Laura Dantas Brandão Santiago (MESM)

Conceito:

- Conceitua-se placenta prévia (PP) aquela localizada sob o orifício cervical interno ou muito próximo a ele, podendo estar ou não à frente da apresentação.

Classificação:

- De acordo com a relação entre o orifício cervical interno, podemos classificar placenta prévia em quatro graus ou modalidades:
 - ✓ Placenta prévia total ou central: A placenta oclui totalmente o orifício cervical interno;
 - ✓ Placenta prévia parcial ou centro total: A placenta oclui parcialmente o orifício cervical interno:
 - ✓ Placenta prévia marginal: a placenta apenas encontra-se na borda do orifício cervical interno;
 - ✓ Placenta prévia lateral: a placenta está localizada no segmento inferior do útero, entretanto a borda placentária não alcança o orifício cervical interno estando entretanto muito próximo a ele.

Diagnóstico

- O **quadro clínico**, com as características do sangramento anteriormente descrito, e com a presença de tono uterino normal, serve como suspeita diagnóstica, entretanto a sua confirmação diagnóstica raramente pode ser estabelecida, apenas pelo exame clínico, exceto se ao realizarmos o **toque** e dedo introduzido na cérvix encontrar a placenta. Tal exame nunca é permitido, exceto se a mulher estiver numa sala de cirurgia, com todo o preparo para cesariana imediata, porque mesmo um exame delicado pode aumentar a hemorragia;
- Na atualidade a **ultra-sonografia** é o exame indispensável quando se suspeita de placenta prévia, principalmente a técnica trans-vaginal, que tem taxas de sensibilidade e especificidade acima de 90%;
- O **exame especular** é útil para afastar causa ginecológica do sangramento;
- A Dopplerfluxometria surge na atualidade como método auxiliar no diagnóstico de PP, uma vez que permite o diagnóstico presuntivo de acretismo placentário, através da identificação de fluxo trofoblástico intra-miometrial;

Conduta

- Diante de toda a gestante com placenta prévia que sangra o procedimento obrigatório deve ser a internação imediata.;
- Devemos nos abster do toque em razão do sangramento que este procedimento provoca;
- A venoclise, para infusão de sangue ou solutos deve ser providenciada;
- Controle hematológico, principalmente na realização de hematócrito e hemoglobina. O grupo sanguíneo deve ser estabelecido e a reserva de sangue é obrigatória;
- A conduta posterior irá depender sobretudo do volume da hemorragia. Quando intensa indicará medidas gerais próprias de choque hipovolêmico e Interrupção da gestação, independente da maturidade fetal;

- **Conduta na paciente com hemorragia vultosa associada a choque hipovolêmico:**

- ✓ Nos casos de hemorragia vultosa comprometendo a vitalidade fetal materna as seguintes medidas devem ser tomadas:

- a) Venoclise periférica ou central se as veias periféricas colaborem;
- b) Infusão de solutos (soro glicosado, cristalóides, soro fisiológico ou ringer lactato), enquanto se classifica e providencia sangue para hemotransfusão;
- c) Posição adequada: trendelemburg + decúbito lateral esquerdo;
- d) Hemotransfusão (concentrado de hemácias);
- e) Avaliação obstétrica sumária: idade, gesta/para, idade gestacional, avaliação do tono uterino;
- f) Interrupção da gestação após estabilização do quadro;

- **Conduta no sangramento leve a moderado**

✓ Neste caso a conduta poderá ser ou não expectante dependendo da idade gestacional:

- 1) Se a gestação encontra-se além de 36 semanas, indica-se o parto;
- 2) Abaixo desta idade indica-se a conduta expectante, que neste caso visa repor as perdas sangüíneas , prevenir hemorragias graves e induzir a maturidade:

Na **conduta expectante** devem ser consideradas as seguintes medidas:

- a) Paciente preferencialmente internada. Em alguns casos em que a hemorragia cessa e o feto permanece saudável, a paciente poderá receber alta, no entanto ela e a família devem ser conscientizadas do quadro e estarem preparadas para transporta-as ao hospital quando necessário;
- b) Restrição das atividades físicas;
- c) Proibir relação sexual;
- d) Manter boa higienização vulvar;
- e) Apoio psicológico – é imprescindível, devido à hospitalização e ao stress motivado pelos riscos inerentes à propia doença;
- f) Dieta rica em ferro e ácido fólico – realizar suplementação de ferro (preferir fumarato);

- g) Controle clínico e laboratorial das perdas sangüíneas como transfundir sangue sempre que a hemoglobina for inferior a 8g%. manter o hematócrito em 30%;
- h) A tocólise deve ser indicada quando houver contrações uterinas, principalmente nos extremos da idade gestacional;
- i) Uso de corticoideterapia (betametasona ou dexametasona – 12mg/dia por 24h) para estimular a maturidade em gestação entre 26 a 34 semanas;
- j) A realização de ultra-sonografia seriada é importante para confirmar a idade gestacional, determinar apresentação fetal e avaliar a possibilidade do fenômeno de migração placentária
- k) O controle da vitalidade fetal deve ser feito por mobilograma diário, cardiotocografia 1 a 2 vezes por semana.

- **A realização do parto**

- Se fará no termo ou na presença de vitalidade comprometida ou ainda caso o sangramento se torne mais intenso.

- **Vias de parto**

- A via de parto para a placenta prévia em praticamente todos os casos é a cesariana, aceita pela maioria dos autores. Ela é obrigatória no entanto nos casos de placenta prévia total e parcial e nas placentas prévias de localização posterior. Nas placentas prévias marginais e laterais , com dilatação acima de 5 cm e sem sangramento importante há quem indique a amniotomia e observação aguardando o parto normal, se exacerbar a hemorragia, realiza-se a cesárea. Quando o feto

estiver morto e o sangramento for discreto a via de parto preferencial deve ser o parto normal

- **Técnica cirúrgica da cesárea**

- a. A incisão da pele pode ser longitudinal mediana ou phanestiel;
- b. A incisão uterina na maioria dos casos poderá ser a arciforme – segmentar, no segmento inferior;
- c. Para a abordagem do feto quando a placenta localiza-se anteriormente, deve-se evitar transfixar a placenta, o que causará grande hemorragia fetal. Neste caso, deverá ser deslocada manualmente a borda placentária entre a decídua e a face materna, no sentido do pólo cefálico, até atingir as membranas;
- d. Na extração fetal difícil (feto muito alto e móvel) optar pela versão interna e proceder à extração pélvica;
- e. A ordenha do cordão deverá ser feita no sentido de transfundir sangue para o RN;
- f. Proceder à rápida extração da placenta e;
- g. Fechamento incisão uterina com sutura contínua em pontos ancorados.

DISTÚRBO DO LÍQUIDO AMNIÓTICO

Ana Aurélia Salles Campos (MESM)

OLIGOGRAMNIO

1.Definição

Redução do volume do líquido amniótico.

2.Etiologia

Amniorrexe prematura

Insuficiência placentária(hipoxemia-hipóxia)

Gemelaridade (síndrome transfusor-transfundido)

Patologia urinária fetal (anomalia de excreção urinária-agenesia urinária bilateral)

3. Diagnóstico clínico:

Altura uterino menor que esperado para idade gestacional

Reconhecimento das partes fetais durante a manobra de Leopold.

Sensibilidade uterina excessiva à palpação

4. Diagnóstico ultra-sonográfico:

Redução de líquido amniótico-análise subjetiva

Redução da interface feto-líquido amniótico

Aconchego dos membros fetais

- Classificação, segundo Phelan e cols:

Normal: 8-18

Oligo discreta: 7,9-5.0

Oligo importante: abaixo de 4,9

5. Conduta

Relacionada a sua causa, idade gestacional e vitalidade fetal.

- Feto maduro, vitalidade comprometida- interromper a gestação.

- Feto maduro, vitalidade preservada- interromper a gestação (via de parto - avaliação obstétrica).

- Feto prematuro, vitalidade preservada- expectante

- Feto prematuro, vitalidade comprometida- acelerar maturidade e interromper a gestação.

POLIDRAMNIO

1.Definição

Aumento do volume do líquido amniótico, apresentando-se superior a 2000ml.

2.Etiologia

Diabetes gestacional

Isoimunização Rh

Corioangioma e infecções intra-uterinas

Malformações de tubo digestivo

Malformações de SNC
Demais malformações e alterações cromossômicas
Gemelaridade (síndrome transfusor-transfundido)
Causas idiopáticas

3. Diagnóstico clínico:

Altura uterino maior que esperado para idade gestacional
Não reconhecimento das partes fetais durante a manobra de Leopold.
Sinal de piparote positivo
Pele do abdome distendida, lisa e brilhante
Sensação de hipertonía
Realizar exames laboratoriais como coombs indireto, pesquisa das STORCH (infecções), rastreio de diabetes gestacional e cariótipo fetal..

4. Diagnóstico ultra-sonográfico:

Aumento do líquido amniótico-análise subjetiva
Rastrear malformações fetais e/ou outras causas

- Classificação, segundo Phelan e cols:

Normal: 8-18
Polidrâmnio acima do ILA-18 de acordo com a idade gestacional.

5. Conduta

Tratamento específico das doenças intercorrentes.
Frente a possibilidade de antecipação do parto acelerar a maturidade fetal.
Frente a desconfortos maternos importantes como dispnéia acentuada, taquicardia realizar amniocentese redutora. Amniocentese com risco de trabalho de parto prematuro.
Frente a procedimento invasivo avaliar a tipagem sanguínea.

AMNIOCENTESE

1. Definição

Coleta de líquido amniótico, via transabdominal, sob controle ultra-sonográfico.
Habitualmente, após a 16ª semana época oportuna para cariotipagem. Retira-se em média 10% do volume de líquido amniótico em torno de 20 a 25 ml. Nessa fase existe maior número de células fetais descamadas e o índice de perdas fetais menor em relação ao procedimento.

2. Indicações – grande variedade que alternam de acordo com a idade gestacional

- Estudo do cariótipo fetal, por técnica citogenética, para diagnóstico de cromossomopatias.
 - Idade materna maior ou igual a 35 anos
 - Doença hereditária ligada ao X
 - Ansiedade materna
 - História familiar ou antecedente de anormalidades cromossômicas
 - História familiar ou antecedente de malformações
 - Anomalias fetais diagnósticas pelo ultra-som
- Infecções congênicas, pesquisa do agente pelo PCR.
- Avaliação da maturidade fetal

3. Risco do procedimento:

Em torno de 0,5%. As complicações possíveis são infecção (corioamnionite), amniorrexe prematura, lesão ou perda fetal e isoimunização de gestante Rh negativo.

4. Cuidados

Proscrição dos exercícios intensos e atividade sexual por 3 a 5 dias

Profilaxia ao fator Rh, para gestantes negativas não sensibilizadas, após a punção e a cada 12 semanas, até o termo.

GESTAÇÃO PROLONGADA (PÓS-TERMO)

Conceito

- Tempo de amenorréia > 294 dias ou 42 semanas completas a partir do 1º dia da data da última menstruação (DUM)
- Melhor parâmetro = correlação DUM + ultra-som (USG) 1º trimestre

Diagnóstico Clínico

- Anamnese = 1º dia da DUM (regularidade e características do ciclo menstrual)
- Exame obstétrico evolutivo = datas
Única relação sexual
Positividade do teste imunológico de gravidez (TIG)
Início dos movimentos fetais (MF) = entre 16ª e 20ª sem
1ª ausculta da frequência cardíaca fetal (FCF)
Redução da altura de fundo uterino (AFU)

Diagnóstico Subsidiário

- USG de 1º trimestre (caso não tenha sido realizado e DUM seja desconhecida, considerar USG até 20ª/24ª sem)

Diagnóstico do Bem-estar Fetal ≥ 40/41 sem (3/3 dias) – avaliação conjunta

- Exame obstétrico = AFU
- Mobilograma (3x/dia)
- Amnioscopia = avaliação qualitativa do líquido amniótico (LA) – observar mecônio
- Peso fetal estimado (PFE)
- Perfil biofísico fetal (PBF) = avaliação quantitativa de LA (> bolsão > 2,0 cm)
- Cardiotocografia
- Doppler de a. umbilical

Prognóstico Perinatal

- > morbidade = anóxia intra-uterina
- > mortalidade
Oligodramnia
Síndrome de aspiração de mecônio
Macrossomia, distocia de bisacromial e tocotraumatismo
Baixos índices de Apgar
Comprometimento neurológico do RN

Prognóstico Materno

- > morbidade materna => indicação de parto via alta

Conduta

- ≥ 41 sem = avaliação do bem-estar fetal
- ≥ 42 sem = resolução da gestação
Via de parto = segundo critérios obstétricos (toque vaginal = condições do colo)
- Colo impérvio = cd obstétrica conforme vitalidade fetal
- Colo pérvio c/ índice de Bishop¹ favorável = amnioscopia
LA claro = descolar membranas + indução de TP²
LA meconial = parto via alta

- Colo pérvio c/ índice de Bishop desfavorável = amnioscopia e avaliação quantitativa de LA
LA normal e claro = descolar membranas + reavaliação em 2 dias
Oligodramnia e/ou LA meconial = parto via alta
- PFE \geq 4500g = considerar resolução via alta
PFE < 4500g + índice de Bishop favorável = indução de TP
PFE < 4500g + índice de Bishop desfavorável = considerar amadurecimento do colo³ seguido de indução
- Trabalho de parto monitorizado
- Amniotomia = maior compressão do cordão X diagnóstico de líquido meconial
- LA meconial = aspiração de vias aéreas durante período expulsivo, antes da liberação das espáduas

^{1,2,3}Vide capítulo referente à indução de TP

Bibliografia

Indução do parto em gestações pós-termo com 41 semanas – Seizo Miyadahira, Rossana Pulcineli V. Francisco, Marcelo Zugaib – Rev Assoc Med Bras – vol 49 nº 3 – São Paulo jul/set/2003

Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – Unifesp / Escola Paulista de Medicina – Obstetrícia – Luiz Camano, Eduardo de Souza, Nelson Sass, Rosiane Mattar – Ed. Manole / 2003

Protocolos de Condutas em Gestação de Alto Risco – Geraldo Duarte, Sérgio P. Cunha, Francisco Mauad Filho, Antônio A. Nogueira, Aderson T. Berezowski, Reinaldo Rodrigues – Ed. FUNPEC / 2003

Conduta na Gestação Pós-Termo – Renato Augusto M. de Sá, Laudelino M. Lopes, Hermógenes Chaves Neto – FEMINA nº 8, vol 28 – set/2000

Protocolos Assistenciais – Clínica Obstétrica – FMUSP – Marcelo Zugaib, Roberto E. Bittar – Ed. Atheneu / 1997

PREMATURIDADE

Edson José Leão (HMLMB)
Márcia Maria Auxiliadora de Aquino (HMLMB)
Eliane de Albuquerque Moura (MESM)

1. INTRODUÇÃO

O parto pré-termo (TPP) definido pela OMS como o nascimento do concepto antes da 37ª semana completas tem a prevenção como ponto mais importante em seu manejo, já que sua inibição tem suas limitações clínicas e sérias contra-indicações.

2. PREVENÇÃO

2.1. Identificação dos grupos de risco:

- Parto pré-termo em gestações anteriores.
- Infecções (urinária e/ou vaginal).
- Amniorrex prematura em gestações anteriores.
- Primiparidade jovem e idosa.
- Patologias intercorrentes ou associadas à gestação (hipertensão, diabetes, endocrinopatias, colagenosas entre outras).
- Inserção baixa de placenta ou descolamento prematuro de placenta.
- Malformações uterinas e leiomiomas.
- Exposição a substâncias tóxicas (fumo, álcool e outras por vício ou profissão).
- Entre outras.

2.2 Avaliação ecográfica do colo uterino

- Avaliação do comprimento do colo por via endovaginal entre 20 e 24 semanas (do orifício interno ao externo) - < 25mm é um preditor de prematuridade.

2.3 Orientações

- Educação das gestantes quanto aos sinais e sintomas do TPP e a autopalpação.
- Repouso físico e sexual.

2.4 Utilização de corticosteróides profiláticos

- Utilizada entre 24 e 34 semanas de gestação.
- Betametasona – 12mg IM e repetir com 24 horas. (Fazer um único ciclo ou em prematuridade extrema repetir mais um ciclo).

3. DIAGNÓSTICO DO TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO

- Tentar estabelecer inicialmente a idade gestacional pela anamnese, exame físico e se possível pela ecografia de preferência do 1º trimestre da gestação.
- Avaliar atividade uterina – duas contrações de média a forte intensidade em 10 minutos ou quatro em 60.

- Modificações do colo uterino (apagamento (50-75%) e dilatação (mínimo de 2cm) .

OBS: No caso de ameaça de parto prematuro hidratar a paciente em decúbito lateral esquerdo (500ml de soro fisiológico a 0,9%- 60gts/min) e reavaliar com 1 hora.

4. EXAMES PRÉVIOS À INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO

- Avaliar vitalidade fetal pela cardiotocografia.
- Hemograma com contagem diferencial de leucócitos.
- Urina tipo I.
- Urocultura.
- Detectar malformações incompatíveis com a vida.
- Avaliar a integridade das membranas corioamnióticas.
- Avaliar sinais de maturidade fetal pela ecografia (núcleos de ossificação, ecogenicidade do pulmão, das alças intestinais e avaliação do peso fetal).
- Exames de bacterioscopia e cultura da secreção vaginal (no momento da internação ou na enfermaria).
- Avaliação específica de acordo com o diagnóstico clínico materno.

5. INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO

5.1. Medidas gerais

- **Repouso.**
- **Hidratação.**
- **Evitar toques vaginais.**
- **Tratamento das possíveis doenças associadas.**

5.2. Uso de drogas tocolíticas

O objetivo principal dessas drogas é permitir que o feto prematuro seja amadurecido pela corticoterapia e, se necessário, encaminhados para centro obstétrico terciário.

5.2.1 Betamiméticos (Aprovadas pelo FDA –mais utilizado) –(terbutalina ou salbutamol)

- Mecanismo de ação: Estimulam os receptores musculares β , que elevam o AMPc, diminuindo a fosforilação da miosina e bloqueiam os canais de cálcio.

- Efeitos colaterais : Taquicardia e hipotensão, menos comumente dispnéia, edema agudo de pulmão, tremores de extremidades, insônia e elevação da glicemia.
- Dose – 5 amp. (1amp.= 0,5mg) em 500ml de soro glicosado 5% - iniciar com 10gts/min e aumentar até 40 gts./min. de acordo com a FC (manter < 120bpm) e os níveis tensionais (evitar ↓ mais 20%).
- Contra-indicações(relativas): Cardiopatas, diabéticas, síndromes hemorrágicas ou hiperfunção da tireóide.
- Manutenção – manter a via endovenosa por 12 a 18 horas depois da parada das contrações. A via oral é questionável pela sua baixa absorção, devendo sempre que possível liberar a alta sem tocolíticos.

5.2.2 Sulfato de magnésio

- Mecanismo de ação: Bloqueia a passagem do estímulo eletrofisiológico na junção neuro-muscular. Funciona como um antagonista do cálcio para entrada na célula.
- Indicação: Diabéticas e hipertensas com TPP.
- Efeitos colaterais: Relacionado à toxicidade - parada cardiorespiratória.
- Dose: 5,0 gramas – 1ª hora EV rápido e 2,0g/h à seguir.
- Manutenção: Manter por 24 horas.

5.2.3 Bloqueadores dos canais de cálcio (Nifedipina, verapamil)

- Mecanismo de ação: Inibem o influxo de cálcio para o interior da célula.
- Indicação: Diabéticas com TPP.
- Efeitos colaterais: rubor facial, cefaléia e hipotensão.
- Dose: Nifedipina – 10mg SL cada 20min na 1ª hora 10mg VO de 6/6 h / 3dias.. Verapamil – 120mg/dia.

5.2.4 Inibidores da síntese de prostaglandina

- **Deve ser evitada pelos efeitos colaterais para o feto (Canal arterial restritivo em 50% das mães que o utilizaram antes de 31 sem. e em 100% das mães que usaram após 34 sem e outros efeitos como hemorragia craniana, enterocolite necrotizante, insuficiência renal e perfuração de íleo.**

5.2.5 Outras opções:

- **Antagonista da ocitocina (Atosiban)**, liberado pelo FDA, mas não comercializado em nosso meio. A **progesterona natural** tem seu efeito

questionado para inibição do trabalho de parto, tem sido pouco utilizada para esse fim.

6. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO

- **Controle do bem estar fetal e evolução do trabalho de parto pela cardiotocografia e partograma respectivamente.**
- **Evitar drogas depressoras do feto e as distorcias.**
- **Uso parcimonioso da ocitocina quando necessário**
- **Antibioticoterapia nos casos suspeitos de corioamnionite ou com cultura positiva vaginal ou cervical para Streptococcus do grupo B.**
- **A melhor anestesia para o feto pré-termo é a raquianestesia. Considerar também a mais indicada para sua mãe.**

7. VIA DE PARTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DO FETO PRÉ-TERMO

- **A via de parto nas apresentações cefálicas é preferencialmente vaginal.**
- **Nas apresentações pélvicas e em fetos com peso entre 750 e 2000 gramas a cesárea apresentará melhores resultados perinatais.**

7.1 Conduta no parto via vaginal

- **Neonatologista em campo.**
- **Sala e campos com temperatura adequada.**
- **Episiotomia ampla.**
- **Fórceps se necessário.**
- **Evitar manobras traumáticas.**
- **Clampeamento do cordão entre 50- 60 segundos e de imediato nos casos de neonatos deprimidos ou indicação obstétrica.**

7.2 Conduta no parto cesárea

- **A melhor incisão na parede é a mediana e no útero sem segmento formado é a segmento corporal, mas devem ser pesados o resultado estético e a limitação da paridade.**
- **Os demais cuidados descritos para o parto normal.**

8. SEGUIMENTO AMBULATORIAL DAS GESTANTES QUE TIVERAM O TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO INIBIDO

- **Acompanhar no pré-natal de alto risco com orientação para o repouso físico e sexual.**

- **O intervalo dos retornos dependerá das doenças associadas.**
- **Exames laboratoriais dependerão do diagnóstico materno mas os exames de bacterioscopia e cultura da secreção vaginal, urina tipo I e urocultura devem ser repetidos trimestralmente ou mais amiúde de acordo com a indicação clínica.**
- **Controle da vitalidade fetal apartir da 28ª semana com ecografia e cardiotocografia com intervalos dependentes das doenças concomitantes.**

PRENHEZ ECTÓPICA

Marcelo Giacobbe (HMLMB)
Waniza Martha Galvão Barros Leite (MESM)

CONCEITO: implantação da gestação fora da cavidade uterina

VARIEDADES:

- Tubária (98,5%)
 - Istmica (52%)
 - Ampolar (45%)
 - Intersticial ou angular (1,5%)
- Ovariana (0,8%)
- Abdominal (0,6%)
- **Cervical**
- Formas excepcionais (<0,1%)

QUADRO CLÍNICO

Dor em baixo ventre

Sangramento genital

Atraso menstrual

Alterações hemodinâmicas:

Palidez cutâneo-mucosa

Hipotensão

Choque hemorrágico

Volume uterino menor que o esperado para o tempo de amnorreia associado a tumor anexial

Escapulalgia (sinal de Laffont)

Arroxamento periumbilical (sinal de Hofstatter-Cullen-Hellendal)

“Grito de Douglas (sinal de Proust)

Hipertemia (pouco frequente e ocasional, na prenhez tubárea rota organizada)

DIAGNOSTICO

- Anamnese e exame físico
- β HCG: a negatividade do teste não exclui o diagnóstico
- Ultra-som pélvico endovaginal
- Dopplervelocimetria
- Toque vaginal sob narcose
- Culdocentese (sangue com aspecto escurecido e não coagulável)
- Laparoscopia

Ultra-som endovaginal e β HCG

O diagnóstico de prenhez ectópica por ultra-som pélvico por via abdominal deixa a desejar, uma vez que este método é capaz de detectar o saco gestacional com níveis de β -HCG em torno de 6.000 a 7.000 mUI/ ml (equivalentes a 30-33 dias de gestação)

A dosagem do β HCG quantitativo associado a USTV permite detectar 90% das gestações ectópicas.

CONDUTA

Toda a paciente com suspeita clínica de gestação ectópica deve ser internada e prontamente providenciados os seguintes procedimentos:

- Cateterização venosa
- Hb e Ht
- Tipagem ABO/ Rh
- β HCG
- USTV

TRATAMENTO CIRURGICO – LAPAROTOMIA EXPLORADORA ou VIDEOLAPAROSCOPIA

Prenhez tubária: salpingectomia com recessão da porção intra-manual da tuba
 salpingotomia
 salpingostomia

Prenhez intersticial: ressecção do corno uterino ou histerectomia subtotal.

Prenhez ovariana: ooforoplastia ou ooforectomia

Prenhez cervical: cerclagem + injeção local de vasopressina

Histerectomia: técnica cirúrgica só é utilizada quando a falha da quimioterapia ou nos casos de emergência.

TRATAMENTO SISTEMICO COM METOTREXATE (MTX)

Com o objetivo de abordar a prenhez ectópica íntegra de maneira não invasiva e conservadora é possível que, em casos selecionados, seja indicada a terapêutica medicamentosa sistêmica com MTX na dose de 50 mg/m² IM em dose única. Entretanto, apesar de ser inicialmente tentadora esta alternativa, a falha terapêutica do tratamento medicamentoso da gravidez ectópica íntegra não mais permite a terapêutica cirúrgica conservadora. Para que se selecione os casos que provavelmente apresentarão uma boa resposta a este tipo de terapia algumas características clínico-laboratoriais podem ser avaliadas conforme o índice de Elito-Camano:

ORIENTAÇÃO DO TRATAMENTO SISTEMICO COM DOSE ÚNICA DE MTX (50 MG/M²)

PARAMETROS	PONTUAÇÃO		
	0	1	2
β HCG (mUI/ ml)	> 5000	1500 – 5000	<1500
Aspecto US	Feto vivo	Anel tubário	Hematossalpinge
Diâmetro massa anexial	> 4 cm	3 – 4 cm	< 3 cm
Líquido livre	Acentuado	Moderado	Discreto
Doppler em cores	Alto risco	Médio risco	Baixo risco

MAIOR SUCESSO TERAPEUTICO COM INDICES > 5

ALTO FRACASSO TERAPEUTICO COM INDICES < 5

Cada parâmetro recebe pontuação de 0 a 2. a nota zero significa elemento de mau prognóstico, a nota dois indica parâmetro favorável a nota um, situação intermediária. O índice de sucesso com dose única de MTX é de 70% e, para os casos com índices >5, pode chegar até 90%.

ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS

Edson Jose Leão (HMLMB)
Márcia Maria A.de Aquino (HMLMB)
Waniza Martha Galvão Barros Leite (MESM)

CONCEITO

- Rotura das membranas ovulares, sem atividade utrina, independentemente da idade gestacional.

DIAGNOSTICO

Anamnese:

- Paciente chega ao serviço relatando “perda de água”.
- Procurar diferenciar de leucorreia e perdas urinárias, muito comum em gestantes.

Exame físico + exames complementares: Paciente em posição ginecológica.

1. Pedir à paciente para fazer esforço (aumentando a pressão intra-abdominal) e observar saída de líquido pela vagina:

Se (+) – diagnóstico confirmado.

2. Se (-) – fazer mobilização do feto e repetir a manobra de esforço.

Se (+) – diagnóstico confirmado

3. Se (-) – fazer exame especular: colocar o espelho seco, sem nenhum lubrificante, enxugar bem a vagina com gaze seca e estéril e repetir a manobra de esforço.

Se (+) – diagnóstico confirmado.

4. Se (-) – colocar outra gaze estéril, retirando-a a seguir e fazer teste do fenol vermelho (Atenção: fazer o teste em outra gaze seca do mesmo pacote).

Se (+) – diagnóstico confirmado.

5. Se (-) – colocar outra gaze estéril, retirar o espelho, pedir à paciente para deambular por 5 a 10 minutos e repetir o teste do fenol vermelho.

Se (+) – diagnóstico confirmado

6. Se (-) – realizar outros testes: cristalização e pesquisa de células fetais com sulfato de azul de Nilo.

- **Evitar o toque vaginal, pois pouco contribui para o diagnóstico e muito favorece a infecção.**
- **Somente internar a paciente com o diagnóstico copnfirmado.**

CONDUTA (paciente internada)

Critérios básicos: - Idade gestacional

- Presença ou não de infecção

- Presença ou não de início de atividade utrina

- Hídez fetal

Constatada infecção, em qualquer idade gestacional, interrupção da gestação mais antibiótico terapêutico: ampicilina 1g EV de 6 em 6 horas + metronidazol 500mg EV de 6 em 6 horas

a) I.G. < 34 semanas, sem infecção, sem dinâmica uterina, feto hídez → Conduta expectante

Manter a paciente em repouso relativo

Não tocar nem fazer qualquer procedimento vaginal

Controlar temperatura e pulso cada 4 horas

Verificar presença de fisometria três vezes ao dia.

Avaliação diária das perdas vaginais, tônus e sensibilidade uterina.

Acelerar maturidade pulmonar com uma dose de 12 mg IM de betametazona, repetido após 24 horas ou dexametazona 6mg IM 12 em 12 horas por 48 horas Não repetir mais esta medicação, mesmo que o parto não ocorra.

Antibioticoterapia profilática será discutida caso a caso (por 07 dias, com ampicilina ou cefalosporina + metronizadol)

Exmes subsidiários (cada 2-3 dias).

Hemograma (s. Vermelha e branca) e VHS (ou PCR).

Cardiotocografia e ultra-sonografia

Conduta obstétrica: expectante.

Possibilidade de evolução do caso:

1. Trabalho de parto: não bloquear; assistência ao parto; antibioticoterapia.
2. infecção: resolver com indução ou cesárea; antibioticoterapia
3. sofrimento fetal: resolver com cesárea: antibioticoterapia
4. iniciar profilaxia de infecção para Streptococcus Beta-hemolítico

- Via de Parto (dependerá das condições obstétricas):

- Apresentação pélvica ou còrmica: cesárea.
- Apresentação cefálica: via vaginal como primeira opção.
- Fetos com I.G. < 28 semanas e/ou peso estimado < 1 kg: a via de parto será discutida em cada caso individualmente.
- Na realização da cesárea, verificar bem as condições do segmento inferior; quando não trabalhado (situação mais comum): considerar a incisão segmento-corporal.

Evitar a todo custo a hipóxia intraparto

b) I.G. ≥ 34 semanas, sem infecção, sem dinâmica uterina, feto hígido.

- Resolver o caso, desde que não haja qualquer dúvida sobre a idade gestacional.
- Sempre aguardar um período de latência de 24 horas.
- Tomar todos os cuidados descritos acima para evitar hipóxia na retirada do concepto.
- Fazer antibioticoterapia sistemática.
- A via de parto dependerá das condições obstétricas (conforme já referido).

ORIENTACOES GERAIS

- Não bloquear o trabalho de parto com rotura prematura de membranas, salvo em casos excepcionais, com indicações do proceptor.
- Não administrar antibiótico durante a fase de conduta expectante.
- Antibiótico terapia quando indicada a interrupção da gestação, durante o trabalho de parto e puerpério.

Esquema de antibióticoterapia:

Sem infecção → 1g de cefalotina EV 6/6 horas, iniciada antes do parto e 1g EV após clampeamento do cordão

Com infecção → 1g de cefalotina EV 6/6 horas, iniciada antes do parto e 1g EV após clampeamento do cordão acrescentar metronidazol 500g EV 6/6 horas por 7 dias.

- **Se a paciente entrar em T.P.**, instalar antibioticoterapia no início do mesmo..
- **Cesárea:** iniciar antibioticoterapia 60 minutos antes do início da mesma.

- Evitar anóxia intraparto: atenção para a grande possibilidade de cesárea segmento-corporal quando o segmento não estiver bem formado.
- Em caso de infecção, a antibioticoterapia deverá ser mais abrangente, visando cobrir Gram (+), Gram (-) e anaeróbios. Discutir cada caso com o obstetra e o clínico.
- Hiperidratação descartando, obviamente, as cardiopatias e corioamnionite
 - ILA < 5cm – 3000 á 4000 ml EV de ringer lactado ou soro fisiológico para correr 24 horas;
 - ILA > ou = 6cm – hiperidratação oral.

SINDROMES EPILEPTICAS

Jayme Adamo Junior (HMLMB)
Waniza Martha Galvão Barros Leite (MESM)

INTRODUÇÃO

É o distúrbio neurológico mais freqüente na prática obstétrica é a epilepsia; estima-se que a incidência seja de 0,3 a 0,6% de gestantes portadoras de epilepsia pode ser adquirida ou geneticamente determinada.

Como estas pacientes estão expostas por tempo prolongado às drogas antiepilépticas, considera-se como gestantes de alto risco, devido à possibilidade de maiores complicações na gravidez, no parto e no puerpério.

MECANISMOS BÁSICOS

As crises epiléticas são resultantes de descargas anormais, assíncronas e excessivas de grupos neuronais em resposta a um estímulo sináptico, isso se dar ao aumento do potássio do cálcio no meio extracelular e do cloro no meio intracelular.

EFEITO DA GRAVIDEZ NA EPILEPSIA

Fatores responsáveis pelo aumento das crises durante a gravidez

- Diminuição dos níveis séricos dos anticonvulsivantes devido a:
 - eliminação mais rápida
 - hemodiluição gravídica
 - auto-redução uso irregular das drogas anticonvulsivantes
 - hipoalbuminemia
- Aumento dos níveis estrogênicos.

MALFORMAÇÕES FETAIS

Uso crônico dos anticonvulsivantes aumenta em duas vezes o risco de mal formados em comparação com as mulheres não epiléticas.

O risco de defeito do tubo neural (1 a 2% com valproato e 0,5 a 1% com a carbamazepina) justifica o rastreamento ultra-sonográfico de mau formações no pré-natal e, se necessário, dosagem de alfa-fetoproteína no líquido amniótico.

A ingestão materna da fetoína isolada ou associada ao fenobarbital foi implicada na deficiência neonatal de fatores da coagulação K- dependentes – II, VII, IX e X.

DIAGNÓSTICO: Quadro clínico

Exames neurológicos

AMAMENTAÇÃO

A amamentação é considerada segura em puerperas que utilizam drogas antiepilépticas; todas as drogas antiepilépticas são encontradas no leite materno.

Os barbitúricos e os benzodiazepínicos podem levar o neonato à sonolência, irritação e ganho de peso insuficientes, portanto, em alguns casos, a mãe deverá ser orientada a substituir o leite materno por mamadeira.

A definição final relacionada à amamentação é individual, levando-se em conta as condições clínicas, neurológicas, psicológicas, a segurança do paciente, o tipo e o controle das crises epiléticas e as condições do recém-nascido.

INDICAÇÕES DE CESAREA

Indicações de emergência

- Crises tônico-clônicas durante o parto
- Risco de cooperação materna

Indicações seletivas

- Déficit mental ou neurológico importante
- Não cooperação no parto
- Crises muito freqüentes no final da gestação (parciais complexas diárias ou tônicos clônicas semanais)
- Antecedem de crises desencadeadas por esforço físico

TRATAMENTO

1. A monoterapia é o objetivo nas síndromes epiléticas, principalmente durante a gestação, entretanto em alguns casos, isto não é possível e devemos então acompanhar com retornos ambulatoriais e nível sérico devido à interação entre as drogas antiepilépticas.
2. Cada droga apresenta um perfil sérico durante a gestação. A **carbamazepina** mostra diminuição das frações total e livre n terceiro trimestre, o **fenobarbital** e **fenitona** no primeiro trimestre e **valproato de sódio** ao longo de toda a gravidez.
3. O principal fator levado em consideração para manutenção do tratamento é controle das crises e não o nível sérico isolado.
4. Uma **dieta adequada em folato ou suplementação com ácido fólico** são importantes fatores coadjuvantes no tratamento das crises. Deve-se sempre enfatizar em conjunto com a família a importância de seguir corretamente as orientações fornecidas e estarmos sempre à disposição para eventuais novas dúvidas sobre o tratamento.
5. No ultimo mês de gestação, para evitar o risco de doença hemorrágica do recém-nascido, devemos suplementar com **vitamina K**, 1 amp. IM/semana.

TIREOIDOPATIAS

Cecília Maria Bezerra Freitas (MÊSM)
Jamille Wanderley de Lima Paiva (MESM)

HIPOTIREOIDISMO MATERNO

A associação entre o hipotireoidismo e anovulação levou muitos pesquisadores a concluir que a gravidez na mulher hipotireoidiana era muito rara. Estudos posteriores, entretanto, documentaram que muitas mulheres podem conceber enquanto hipotireoidianas e esta gestação poderá ter implicações importantes tanto para a mãe como para o feto

Etiologia do Hipotireoidismo:

- Doença auto-imune (em áreas de suficiência de iodo)
- Secundária ao tratamento prévio do hipertireoidismo com iodo radioativo ou cirurgia para doença de graves ou pós tireoidectomia por carcinoma ou bócio nodular benigna
- Saucoidose, amilaidose, hemocromatose, cistinose, tireoidite Riedel – raras
- Drogas – iodo, drogas anti-tireoideanas, lítio, amiodarona .

Diagnóstico Clínico e Laboratorial

O diagnóstico clínico do hipotireoidismo na gestação é difícil de ser estabelecido, a não ser quando os sintomas e sinais são muito óbvios: cansaço, queda de cabelos, ganho de peso, apesar do apetite diminuído constipação intestinal, intolerância ao frio (pouco usual na gestante normal).

Vinte a 30% são assintomáticas.

O bócio pode ou não estar presente (vai depender da etiologia do hipotireoidismo).

A frequência cardíaca pode estar diminuída da esperada para a gestante normal.

Na história poderá constar a presença de irregularidades menstruais prévias a gestação, particularmente menorragia.

O screening de hipotireoidismo na gestante é altamente recomendado em pacientes de alto risco: mulheres com terapia prévia para hipertireoidismo ou que sofreram irradiação cervical, tireoidite pós parto (gestação anterior) presença de bócio ou história familiar de doença tireoidiana, tratamento com amiodarona, gestante com Diabetes Mellitus 1.

O melhor teste diagnóstico para o hipotireoidismo primário é a dosagem sérica de

TSH.

Quando um valor de TSH elevado for encontrado, as dosagens de T4 livre anticorpos antitireoperoxidase devem ser determinadas.

Tratamento

O tratamento de escolha do hipotireoidismo é a levotiroxina (L – T4). As pacientes deverão alcançar o eutireoidismo o mais rapidamente possível e idealmente deverão estar em eutireoidismo antes da concepção, quando possível.

O manuseio do hipotireoidismo durante a gravidez é complexo, uma vez que as necessidades do hormônio tireoideano exógeno tipicamente aumentam em mais de 50% sobretudo durante a primeira metade da gestação.

O TSH deverá ser mensurado no 1º Trimestre e realizados os ajustes necessários.

As mulheres cujo diagnóstico tiver sido estabelecido durante a gestação deverão iniciar com a dose de LT4 – 2ug/Kg de peso atual/dia. As concentrações de TSH e T4 deverão ser mensuradas a cada quatro semanas após o início do tratamento e os testes de função tireoidiana ser normalizados o mais cedo possível, uma vez que a meta é manter as concentrações de TSH e T4 livre dentro da normalidade. Os reajustes necessários deverão ser feitos baseados nas concentrações de TSH. A recomendação é tomar LT4 no início da manhã, em jejum. Porém, algumas mulheres, particularmente no 1º trimestre, poderão não tolerar a medicação nesta hora, elas deverão ingerir a medicação posteriormente

O sulfato ferroso e /ou cálcio podem formar complexos insolúveis com atiroxina e reduzir a sua absorção. É importante frisar que a ingestão destas outras medicações deverá ser feita com intervalos de no mínimo 2 horas

Após o parto, a dosagem de LT4 deverá ser reduzida para os níveis pré-gestacionais e TSH ser reavaliado após 6ª a 8ª semanas .

AS pacientes com história de carcinoma tireoideano usualmente são tratadas com doses maiores de LT4 no sentido de manter TSH abaixo da faixa da normalidade. Quando

grávidas, estas mulheres deverão manter os níveis de TSH supressos (0,1uU/ml) sem induzir os sintomas de hipertireodismo clínico. T4 livre no limite superior ou discretamente mais elevadas.

LT4 - Tiroxina

Nome Comercial Apresentações (ucg)

Puran T4 – 25,50,75,100,125,150,175,88,112 e 200

Euthyrox - 25,50,75,100,125,150,175 e 200

Synthviad – 25,50,75,88,100,112,125,150,175 e 200

Conseqüências do Hipotireoidismo na Gestação

Estudos mais antigos indicaram para uma ocorrência elevada de abortos espontâneos em mulheres grávidas com hipotireoidismo (Jones e Man, 1969). Porém investigações mais recentes apontam para um melhor prognóstico destas gestações que podem ser completadas com sucesso, mesmo em mulheres com doenças avançadas (Montoro e Col, 1981, Balem e Kurtes 1990). Certamente uma melhor qualidade de cuidados perinatais também beneficiam estas pacientes, incluindo monitorização fetal, diagnóstico precoce de sofrimento fetal e cuidados fetais mais efetivos.

Vários estudos mostram uma incidência aumentada de hipertensão gestacional em mulheres grávidas com hipotireoidismo declarado ou sub-clínico. O tratamento do hipotireoidismo, com normalização dos testes da função tireoidiana, diminui

significativamente a incidência de crianças com baixo peso está também relacionada com a presença de hipertensão, que culmina com parto prematuro (Davis e Col, 1988).

A incidência de malformações congênitas não está aumentada nas crianças de mãe com hipotireoidismo.

Conseqüências Fetais e Neonatais do Hipotireoidismo Materno

Estudos recentes têm demonstrado que o hipotireoidismo materno afeta o desenvolvimento cerebral fetal. Destudo de Haddow e Col, mostrou o desenvolvimento neuropsicológico de crianças com idades de 7 – 9 anos nascidas de 62 mães com hipotireoidismo. Destas, 14 receberam tratamento com Lta. Os filhos foram avaliados com 15 testes relacionados a inteligência, atenção, linguagem, habilidades de leitura, desempenho escolar e visual – motor. Os filhos das mães não tratadas apresentaram 9/15 testes significativamente alterados em relação aos controles e 7 pontos de diferença no Qi. Ao contrário, as crianças de mães hipotireoideanas, mas que foram tratadas, tiveram Qis semelhantes à população controle. Além disso, 9/48 crianças (19%) filhas de mães hipotireoideanas que não receberam o tratamento tiveram Qi abaixo de 86, enquanto isto ocorreu em 6/124 crianças controles (5%).

HIPERTIREOIDISMO E GRAVIDEZ

I – INTRODUÇÃO:

Depois do Diabetes Mellitus, as doenças de tireóide são as endocrinopatias mais comuns na paciente gestante. Pacientes com história prévia de doença auto-imune tireoidiana devem ser investigadas, mesmo que compensadas, pois poderão trazer conseqüências para a mãe e o concepto.

Durante a gravidez normal, ocorrem modificações da função tireoidiana, dentre elas:

- 1) aumento da concentração de gonadotrofina coriônica humana (hCG), que estimula a tireóide à produção de hormônios tireoidianos (ação TSH- símile);
- 2) redução de iodeto no plasma, secundário ao aumento significativo da excreção urinária de iodeto pelo aumento da taxa de filtração glomerular e do consumo fetal. Em áreas onde o suprimento de iodo é limítrofe (60 a 100mcg/dia) ou baixo pode levar a hipotiroxinemia relativa e aumento do TSH.
- 3) aumento significativo da TBG (Globulina Transportadora de Tiroxina), principal proteína transportadora de tiroxina, aumenta 2,5 vezes do usual, com conseqüente aumento do T3 e T4 totais.

Modificações adaptativas da gravidez normal em alguns testes laboratoriais:

- 1) **hCG > aumentado** . A hCG tem estrutura semelhante ao TSH (subunidade alfa) e atividade tireóide estimulante, agindo no início da gestação , levando ao aumento do T4. Este efeito é limitado à primeira metade da gravidez.
- 2) **TBG > aumentado** . Mantém-se elevado por toda a gravidez, em resposta às grandes quantidades de estrógenos produzidos pela placenta.
- 3) **TSH > inalterado.**
- 4) **T3 e T4 livres > inalterados.**
- 5) **T3 e T4 totais > aumentados.**
- 6) **Volume tireoidiano** . A tireóide aumenta de tamanho, durante a gravidez, principalmente em áreas com alguma deficiência de iodo. Pode ser uma resposta compensatória à competição pelo iodo (necessidade fetal e maior depuração renal), e, também, pela estimulação TSH-símile da hCG.

A regulação da função tireoidiana pelo eixo hipotálamo-hipófise não é afetada pela gestação. As alterações do TSH são conseqüentes as alterações da função tireoidiana.

No feto, os tecidos tireoidiano e hipofisário, estão formados por volta da 10^a e 12^a sem. de gestação, mas relativamente inativos, a partir da 18^a sem. ocorre progressivo aumento no TSH hipofisário e sérico fetais, elevação na captação de iodeto pela tireóide fetal e início da síntese de hormônio tireóideo. Ao final da gestação, o feto possui TSH elevado, T4 livre normal, T3 baixo e T3 reverso elevado. E logo após o parto esses valores progressivamente evoluem para níveis normais do adulto.

Em relação a permeabilidade placentária, iodetos, tionamidas, imunoglobulinas estimuladoras da tireóide e TRH atravessam a placenta sem dificuldades; T3 e T4 tem transferência mínima; e o TSH não atravessa a placenta.

O hipertireoidismo é uma condição rara na gestação, 0,1 a 0,4%. O hipertireoidismo materno quando prontamente tratado evolui com bom prognóstico para a mãe e feto, porém quando pobremente ou não tratado tem sido relacionado a um significativo aumento no

índice de mortalidade neonatal, a um significativo aumento na frequência de partos de crianças com baixo peso ao nascer, e a uma maior incidência de anomalias congênitas, como anencefalia, anus imperfurado e lábio leporino.

As principais causas de hipertireoidismo na gravidez são: Doença de Graves e hipertireoidismo específico da gestação. Outras causas como adenoma tóxico, bócio multinodular tóxico, tireoidite subaguda, tireoidite silenciosa, tirotoxicose induzida por iodo e tirotoxicose factícia são extremamente raras.

II – HIPERTIREOIDISMO ESPECÍFICO DA GESTAÇÃO OU HIPERTIREOIDISMO ASSOCIADO À hCG.

A gonadotrofina Coriônica Humana (hCG) é um hormônio glicoprotéico que tem uma estrutura semelhante ao TSH. Durante a gestação normal, no mesmo momento do pico de hCG, caem os níveis de TSH, formando uma imagem em espelho. Esta redução do TSH sugere que a hCG aumente a secreção do T4 e T3.

Mulheres com hiperêmese gravídica frequentemente tem níveis altos de hCG, o que causa o hipertireoidismo transitório. E a vasta maioria dos casos cursam com remissão espontânea assim que os vômitos cessam.

1)HIPERÊMESE GRAVÍDICA:

Ocorre em 1,5% das gestações. Sua etiologia ainda não está esclarecida. Caracterizada por náuseas e vômitos severos no início da gestação, levando à desidratação com perda de 5% do peso corporal e cetose. Também com hiponatremia, hipocalemia e alteração da função hepática. Pode estar associada a alteração da função tireoidiana, 60% tem TSH suprimido e 50% com T4 livre elevado. Esse hipertireoidismo se deve a ação estimulatória da hCG no receptor do TSH da tireóide.

Os critérios diagnósticos da hiperêmese são:

- 1 – sintomas de tirotoxicose no início da gestação;
- 2 – aumento marcante do T3 livre e T4 livre;
- 3 – náuseas e vômitos severos;
- 4 – resolução dos sintomas após a 20^a sem. de gestação;
- 5 – ausência de anticorpos TSab anticorpo antiperoxidase;
- 6 – ausência de bócio;
- 7 – níveis circulantes de hCG com alta atividade biológica.

O tratamento consiste em hospitalização, reposição de fluidos e eletrólitos, suplementação de vitamina B, antieméticos convencionais e suporte psicológico. O uso de antitireoidianos geralmente não é necessário, só em casos muito graves e por curto período de tempo (até a parada dos vômitos).

2) DOENÇAS TROFOBLÁSTICAS (MOLA HIDATIFORME E CIRIOCARCINOMA):

Os tumores trofoblásticos produzem hCG em quantidades maiores que na gravidez normal. A intensidade dos sintomas correlaciona-se com os níveis de hCG, e são de leves a intensos, desaparecendo com a retirada do tumor. O diagnóstico é estabelecido ao ultrassom, com o aspecto vesicular característico. O tratamento é cirúrgico e antes da remoção do tumor as pacientes em tirototoxicose devem ser tratadas com betabloqueadores. O tratamento é o esvaziamento uterino, que varia de curetagem a histerectomia, dependendo do volume uterino, idade da paciente, paridade e desejo de ter mais filhos. A monitorização da hCG sérico é essencial no acompanhamento, para detectar persistência do tecido molar ou desenvolvimento de coriocarcinoma.

A mola hidatiforme ocorre entre 0,5 e 2,5% por 1.000 gestações; e sua prevalência é maior em mulheres acima de 50 anos e menores de 15 anos. Mulheres com história de mola hidatiforme em gestação anterior tem um risco maior no futuro de gestação molar. Destas pacientes com gestação molar, 5% tem hipertireoidismo clínico. O diagnóstico de hipertireoidismo é feito através dos hormônios tireoidianos. Apenas 3 a 5 % das mulheres com mola desenvolvem coriocarcinoma.

O índice de transformação maligna é de 35% em pacientes acima de 40 anos; e de 56%, nas acima de 50 anos. Os tumores invadem os vasos sanguíneos e progridem com metástases hemorrágicas. A história natural é de progressão rápida, disseminação para tecidos à distância, especialmente pulmões e vagina, e em menor proporção para cérebro e fígado. Sem tratamento a morte ocorre em poucos meses. O paciente se apresenta com sangramento vaginal, hemoptise (metástase pulmonar), sinais neurológicos focais (met. cerebral), e perda de peso importante.

3)HIPERTIREOIDISMO FAMILIAR GESTACIONAL CAUSADO POR MUTAÇÃO DO RECEPTOR DE TSH:

Raramente, o hipertireoidismo pode ser causado por uma mutação no receptor do TSH, tornando-se hipersensível ao hCG em níveis normais.

III – DOENÇA DE GRAVES

É a principal causa de hipertireoidismo na gestação (85%). O hipertireoidismo materno é associado ao aumento da morbidade para o feto e a mãe. A doença de Graves pode complicar o curso da gravidez, por outro lado, a gravidez também pode alterar o curso natural da doença de Graves.

A história natural da Doença de Graves na gestação é caracterizado por uma exacerbação dos sintomas no primeiro trimestre e durante o período pós-parto com uma melhora na segunda metade da gestação. Tem sido sugerido como causa desta exacerbação o estímulo da hCG placentária sobre a tireóide no primeiro trimestre; e as razões desta melhora são: 1) imunossupressão parcial com diminuição significativa dos títulos de auto-anticorpos estimuladores da tireóide (TSab); 2) aumento marcante da capacidade de ligação dos hormônios tireoidianos (aumento da TBG), levando a redução dos níveis séricos de T3 e

T4 livres; 3) diminuição da disponibilidade de iodo para tireóide. Após o parto, o hipertireoidismo da doença de Graves pode exacerbar-se ou até recidivar em função do rebote imunológico.

Na gestante com história passada ou atual de hipertireoidismo, a apresentação clínica pode ser: 1) hipertireoidismo diagnosticado pela primeira vez na gestação atual; 2) mulheres em tratamento com drogas antitireoidianas no momento da concepção; 3) pacientes em remissão por drogas; 4) história prévia de tratamento ablativo para hipertireoidismo com I131 ou cirurgia; e 5) disfunção tireoidiana em gestação anterior.

O diagnóstico clínico é difícil pela sobreposição dos sinais e sintomas da gravidez e do hipertireoidismo, como: irritabilidade, nervosismo, agitação psicomotora, labilidade emocional, prurido, alterações da personalidade, diminuição da tolerância ao exercício, intolerância ao calor, aumento da transpiração, pele quente e taquicardia. A perda de peso pode ser mascarada pelo ganho de peso da gestação. Existem alguns achados clínicos que ajudam no diagnóstico do hipertireoidismo com a presença de bócio, oftalmopatia, fraqueza muscular proximal, taquicardia (bcf >100/min), perda de peso, ou não ganho de peso, apesar da melhora do apetite, mixedema pré-tibial. Pode ocorrer ainda onicólise(unhas de Plummer)

Laboratorialmente encontramos um TSH baixo ou indetectável, T4 livre aumentado. A presença de anticorpos anti- TPO e TRAb (anti-receptor TSH) indica a causa do hipertireoidismo. Esses anticorpos atravessam a barreira placentária e quando presentes em concentrações elevadas podem levar ao hipertireoidismo fetal ou neonatal. Quando os níveis séricos dos anticorpos estimulantes da tireóide estão 500% acima dos valores normais, depois da 24ª - 28ª sem. de gestação, o risco de hipertireoidismo fetal ou neonatal é significativo.

Indicações para determinação do TRAb na gestação:

- Grávida com história de hipertireoidismo fetal ou neonatal em gravidez anterior;
- Gestante portadora de doença de Graves ativa em uso de drogas antitireoidianas;
- Gestante com anti-TPO positivo e TSH < 0,1 detectado na triagem;
- Gestante em eutireoidismo, pós-ablação cirúrgica ou actínica ou em remissão, na presença de: taquicardia fetal, atraso do crescimento intra-uterino ou presença de bócio fetal (ultra-som)

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS EM GESTANTE COM HIPERTIREOIDISMO:

I – MATERNAS:

- * Hipertensão gestacional (pré-eclampsia ou Hipertensão induzida pela gestação)
- * Deslocamento prematura de placenta;
- * Insuficiência cardíaca congestiva;
- * Parto prematuro

II – FETAIS:

- * Pequeno para idade gestacional;
- * Retardo do crescimento intra-uterino;
- * Natimorto;

* Hipertireoidismo fetal/ neonatal.

A complicação materna mais freqüente é a hipertensão induzida pela gravidez. Em mulheres com hipertireoidismo não compensado, o risco de pré-eclampsia severa é cinco vezes maior nas pacientes controladas. Momatani e Ito (7) reportaram a incidência de aborto espontâneo (25,7%) e parto prematuro (14,9%) em mulheres hipertireóideas no momento da concepção, comparado com 12,8% e 9,5%, respectivamente, em mães eutireóideas.

O tratamento para o hipertireoidismo (doença de Graves) é muito importante para a prevenção das complicações materna, fetal e neonatal. O objetivo do tratamento é a normalização do T4 livre, se possível, e manter o eutireoidismo com a mínima quantidade de drogas antitireoidianas. Essas drogas atravessam a placenta, podendo afetar a função da tireóide fetal com o desenvolvimento de hipotireoidismo com ou sem bócio.

Divide-se em 3 formas:

1) TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: As drogas antitireoidianas atuam bloqueando a síntese do hormônio tireóideo, devendo ser usada a menor dose possível para o controle clínico e descontinuado assim que possível, geralmente após o 6º mês, pois as tionamidas atravessam a barreira placentária, podendo causar hipotireoidismo fetal, razão pela qual o T4 livre pode permanecer levemente aumentado ou normal-alto e o TSH ligeiramente suprimido.

Drogas antitireoidianas, que são as tionamidas – PROPIUTIURACIL 100mg _ PTU_ e METIMAZOL 10mg _ MMI _ (TAPAZOL 10).;

O PTU é considerado a primeira escolha por 3 motivos: por ele ligar-se mais à albumina que o MMI, o que , hipoteticamente, levaria a uma menor passagem placentária; e pelos efeitos teratogênicos causados pelo MMI , como mal-formação do lobo da orelha, onfalocele e aplasia cutânea congênita; e pela vantagem adicional de bloquear parcialmente a conversão de T4 em T3.

Efeitos colaterais ocorrem em 2% dos casos, sendo os mais comuns prurido, rash cutâneo, artralgia, febre e náuseas, o mais temido é a agranulocitose, que é rara(0,2 a 0,5%) . O MMI pode também levar a mal- formações como citado anteriormente, porém vários estudos mostram que a prevalência dos efeitos colaterais causados pelo MMI são extremamente baixos (1:2500 para a atresia de esôfago e 1:10000 para atresia de cloana) (6). Apesar disso é mais prudente usar o PTU no tratamento do hipertireoidismo.

As doses utilizadas são de 300 a 400mg/dia, dividida em 3 tomadas para o PTU, devendo ser diminuída após a melhora clínica e dos parâmetros laboratoriais. O MMI é utilizado na dose de 20mg/dia.

As pacientes devem ser monitoradas em intervalos regulares e a dose dos antitireoidianos ajustada com o T4 livre, mantendo-se este até um terço acima dos limites superiores do normal. Para isto os testes devem ser feitos a cada 2 semanas até atingir o eutireoidismo, e a

partir daí, a cada 2 a 4 semanas. Pacientes com bócio pequeno, sintomas de curta duração e eutireoidismo com uma quantidade mínima de antitireoídico podem ter seu tratamento descontinuado por volta da 32ª - 34ª sem. sem a recorrência do hipertireoidismo.

Os beta-bloqueadores são utilizados para o controle dos sintomas hipermetabólicos, enquanto as tiaminas iniciam sua ação. Devem ser utilizados por períodos curtos, pois o uso prolongado durante a gestação, tem sido associado a placentas pequenas, retardo do crescimento intra-uterino, hipotensão, hiperbilirrubinemia prolongada, aborto espontâneo, bradicardia e hipoglicemia pós-natais. Propranolol, 20 a 40 mg a cada 6 horas; ou Atenolol, 25 a 50mg a cada 12 horas.

OBS: O iodo não deve ser empregado na gestação, só períodos curtos (5 a 10 dias), no preparo pré-operatório, pois pode causar bócio e hipotireoidismo fetal.

2) TRATAMENTO COM IODORADIOATIVO: totalmente contra-indicado na gestação, pois a tireóide fetal capta iodo a partir da 10ª sem. e pode ser destruída, até por doses traçadoras.

3) TRATAMENTO CIRÚRGICO: realizado no segundo trimestre, só indicado em casos como : * necessidades de doses elevadas de drogas antitireoídicas para atingir o controle clínico, como 400 mg de PTU, ou 30 mg do MMI; * aparecimento de hipotireoidismo fetal, suspeitado pela bradicardia fetal e atraso de idade óssea; * intolerância medicamentosa devidos aos efeitos- colaterais como agranulocitose; * sintomas compressivos devido ao bócio; e * hipertireoidismo não controlado pelo uso irregular da droga.

IV – LACTAÇÃO:

Ambas as tiamidas podem ser empregadas na amamentação, porém o *Propiutiuracil* é preferido por ser menos secretado pelo leite, e deve ser administrado logo após a mamada, com intervalo de 3 a 4 horas para a próxima mamada.

Pode-se utilizar doses de PTU entre 150 - 200mg/dia, e MMI < 10 mg/dia.

V- HIPOTIREOIDISMO NEONATAL CAUSADO POR DROGAS ANTITIREOÍDIAS.

Estima-se que 25% dos casos de hipotireoidismo neonatal transitório é devido ao uso de drogas antitireoídicas pelas gestantes.

Momotani et al (5) acompanharam 70 gestantes com hipertireoidismo por Graves para analisar o efeito da terapia com drogas na função tireoídica fetal. Concluíram que as

drogas são igualmente efetivas na normalização da função tireoidiana materna e fetal, e a manutenção do T4 livre no limite superior do normal ou levemente aumentado previne o hipotireoidismo fetal.

VI – HIPERTIREOIDISMO NEONATAL.

Menos de 1% dos recém-nascidos de mãe com doença de Graves desenvolvem hipertireoidismo neonatal. Na maioria dos casos a doença é causada por transferência para o feto de anticorpos estimuladores da tireóide. Quando a mãe recebe tratamento com medicação antitireoidiana, o feto também se beneficia e permanece eutireoidiana durante a gestação. No entanto, o efeito protetor das drogas antitireoidianas é perdido com o parto, e o hipertireoidismo clínico neonatal pode se desenvolver com poucos dias do nascimento. Altos títulos de anticorpos estimuladores do receptor do TSH no terceiro trimestre da gestação são preditores de hipertireoidismo neonatal.

VII – CUIDADOS PÓS-PARTO.

No período pós-parto as drogas são mantidas nas doses recomendadas para amamentação e as mães devem ser orientadas quanto a amamentação. Nas pacientes que tiveram a medicação descontinuada na gestação, devem permanecer assim e contactarem seu médico quando surgirem sintomas hipermetabólicos, para determinação dos níveis hormonais. E nas pacientes que permanecerem assintomáticas devem fazer avaliação hormonal em 6 meses.

VIII – REFERÊNCIAS.

- 1 – Gestação de alto risco – Manual Técnico – Endocrinopatias, 109-113. Ministério da saúde, Brasília. 2000
- 2 _ Coronho, V. Tireóide e gravidez. In: Tratado de Endocrinologia e Cirurgia Endócrina. Guanabara Koogan, 466-77.,2001.
- 3 _ Bandeira, F. Tireóide e gravidez. In: Endocrinologia e Diabetes. Medsi, 289- 98, 2003.
- 4 _ Fantz, CR. Thyroid function during pregnancy. Clinical Chemistry. 1999; 45: 2250-2258.
- 5 _ Montani,N. Antityroid drug therapy for Graves' disease during pregnancy. Optimal regimen for fetal tyroid status. New England Journal of Medicine. 315 (1986), p. 24.
- 6 _ Clementi,M. Methimazole embryopathy: delineation of the phenotype. American Journal of Medicine Genetics 83 (1999), pp. 43-46
- 7 _ Momatani, N. Treatment of pregnant patients with Basedow's disease. Experimental and Clinical Endocrinology 97 (1991), pp. 268-274.

CAPÍTULO 4

GINECOLOGIA

NORMAS E ROTINAS GERAIS

SEMIOLOGIA GINECOLOGICA

Valdir Tadini (HMLMB)

ANAMNESE

- Identificação:
- Nome
- Idade
- Religião

- Cor
- Estado civil
- Endereço e procedência

Historia da Moléstia Atual

Orientara a anamnese. Usar tato para não deixar a paciente divagar. Qualquer queixa, além de seus próprios comemorativos, deve ser relacionada a cada fenômeno notável da via genital; menarca, menstruação, menopausa, início da atividade sexual, coito, mudança do comportamento sexual, mudança de parceiro, uso e/ou troca de método anticoncepcional, gravidez, aborto, parto, puerperio. Deve-se, também, relacionar a “stress”, tratamento medicamentoso, cirúrgico ou radioterápico e procedimento propedêutico.

Motivos que mais freqüentemente levam a mulher a consulta ginecológica:

- Variações do padrão menstrual
- Tensão pré menstrual
- Dismenorreia
- Suspeita de gravidez
- Dor
- Corrimento vaginal e/ou prurido vulvar
- Tumorações e/ou ulcerações
- Esterelidade
- Problemas mamários
- Procura de métodos anticoncepcionais
- Perda de urina
- Prolapso genital
- Ondas de calor e/ou nervosismo
- Insatisfação sexual
- “Check up”

Antecedentes relacionados as funções genitais:

- Antecedentes menstruais, data da última menstruação
- Antecedentes sexuais, métodos anticoncepcionais (se de interesse para o quadro presente)
- Antecedentes obstétricos, data do último parto ou abortamento
- Antecedentes mamários, amamentação.

Antecedentes gerais:

- Patologia clínica progressiva.
- Cirurgias anteriores, ginecológicas ou não, anestésias
- Alergia a drogas
- Antecedentes familiares de tumores

Interrogatórios sobre os demais aparelhos e sistemas orgânicos.

EXAME FISICO GERAL

EXAME GINECOLOGICO

1. Mamas

- **Inspeção estática:** numero, forma, volume contornos, modificações da pele, cicatrizes, coloração da pele e das aréolas, modificações das papilas.
- **Inspeção dinâmica:** retrações da pele, das papilas
- **Palpação:** temperatura local, nódulos, tumores, parênquima, região axiliar, fossa supraclavicular
- **Expressão:** descargas papilares

2. Abdome (recomendar a paciente que esvazie a bexiga antes do exame)

- **Inspeção:**
- **Palpação**
- **Percussão**
- **Ausculta**
- **Mensuração de órgãos e tumores**

3. Orgaos Genitais Externos

- **Inspeção:** monte de Vênus, formações labiais, vestíbulo da vagina, clitóris, hímen, glândulas vestibulares, meato urinário, períneo, região anal
- **Inspeção ao esforço:** verificar perda de urina, distopias genitais
- **Palpação**
- **Expressão**

4. Exame especular

Sempre deve ser efetuado antes do toque vaginal, permitindo a visualização das secreções e coleta de material para exames.

- Exame do muco cervical
- Histerometria s/n

5. Órgãos Genitais Internos (toque vaginal uni ou bidigital, simples e combinado)

- Avaliação tátil das condições da vagina: amplitude, superfície (lisa, rugosa), elasticidade, sensibilidade
- Colo do útero: posição, forma, direção, consistência, mobilidade, superfície, condições do orifício externo
- Corpo do útero: volume, forma, consistência, mobilidade, superfície, sensibilidade
- Anexos (tubas e ovários): posição, forma, volume, consistência, sensibilidade, mobilidade
- Fundos de saco: abaulamento, sensibilidade
- Toque retal: avaliação dos paramétrios, impossibilidade do toque vaginal

EXAMES COMPLEMENTARES MAIS COMUNS EM GINECOLOGIA

- **Citologia oncologica: colo e endocervical, descargas papilares, liquido ascitico**
- **Bacteriológica de secreções**

- **Colposcopia**
- **Biopsias:**
 - de colo do útero (sob colposcopia)
 - de endométrio
 - de neoplasias ou gânglios
 - curetagem de prova

- **Ultra-som:**
 - Pélvico
 - Transvaginal/ histerosonografia
 - Abdome superior
 - Mamário
 - Vias urinarias

- **Radiografias:**
 - Simples (abdome, tórax)
 - Mamografia
 - Histerosalpingografia
 - Urografia
 - Fistulografia
 - Arteriografia
 - Linfografia

- **Endoscopias:**
 - Laparoscopia
 - Histeroscopia
 - Citoscopia
 - Retossigmoidoscopia

- **Dosagens hormonais:**
 - Estrógenos
 - Progesterona
 - Andrógenas
 - Gonadotrofinas
 - Prolactina, etc.

- **Estudo urodinamico**

Ao final da observação clínica, deverão ser anotadas as hipóteses diagnosticadas e a conduta propedêutica e terapêutica proposta.

EXAMES PRE-OPERATORIOS

Valdir Tadini (HMLMB)

Rotina
(validade de dois meses, desde que não haja intercorrencia)
Hemograma
Glicemia de jejum
Uréia/ Creatinina

Urina tipo I
Coagulograma
Tipagem sanguínea
Colpocitológico
Ultra-sonografia pélvica (s/n)
Eletrólitos (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺)

ESPECIFICOS

- **Eletrocardiograma:** todas as pacientes com idade ≥ 40 anos ou com antecedentes ou sintomatologia de cardiopatias e/ou hipertensão arterial.
- **RX de tórax (PA e perfil):** todas as pacientes com idade ≥ 60 anos ou com antecedentes ou sintomatologia de cardiopatas e/ou pneumopatias.
- **Urografia excretora ou ultra-som de vias urinarias:** pacientes com fistulas urogenitais, infecções urinarias crônicas, neoplasias malignas pélvicas, tumores pélvicos grandes (> 16 cm de diâmetro) e malformações urogenitais.
- **Estudo uro-dinamico:** (vide capítulo Incontinência urinária)
- **Mamografia:** todas as pacientes com idade ≥ 40 anos ou aqueles com idade de 35 anos com antecedentes ou nódulos suspeito de malignidade.
- **Cistoscopia:** nas fistulas urogenitais, neoplasias invasivas e outros casos específicos
- **Retossigmoidoscopia ou colonoscopia:** neoplasias pélvicas malignas, patologias retais, tumores pélvicos de natureza indeterminada e fistulas retogenitais.
- **Esôfago- gastro- duodenoscopia:** pacientes com tumores abdominais e sintomatologia de patologias gastrointestinais (náuseas, vômitos, má digestão, epigastralgia)
- **Teste de gravidez (Pregnosticon ou β -HCG):** nas possibilidades de gravidez (atraso menstrual e na moléstia trofoblástica gestacional).
- **Curetagem de prova ou histeroscopia:** (vide capítulo Endoscopia ginecológica) todas as pacientes com metrorragia + idade ≥ 35 anos e naquelas com epidemiologia positiva para câncer de endométrio.

PREPARO PARA CIRURGIAS GINECOLOGICAS

Valdir Tadini (HMLMB)

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

CUIDADOS GERAIS

- Ficha ginecológica – preenchimento completo
- Checar ou pedir exames pré-operatorias

- Avaliação clínica na enfermaria
- Assinatura de autorização de cirurgia pelo preceptor na papeleta
- Prescrição:
 1. Jejum após as 22 horas
 2. Enteroclisma às 17 e 22 horas
 3. Tricotomia genital e abdominal
 4. Sedação com benzodiazepínico 10 mg IM uma hora antes da cirurgia
 5. Manter medicações de uso contínuo ou preventivo
 6. Nos casos de grandes cirurgias abdominais, os pacientes deverão fazer preparo colôn, de acordo com um dos esquemas abaixo 9ª critério do preceptor):

Esquema I:

- 3 dias antes da cirurgia:
 - Enteroclisma às 22:00 h com:
 - 900 ml de SF
 - 100 ml de glicerina
 - 1 ampola de KCl
 - Cefalotina 2,0g + metronizadol 500 (IV) (2 horas antes da cirurgia)
- 2 dias antes da cirurgia
 - Dieta líquida
 - Enteroclisma iguais ao acima às 8:00 e às 22:00h
- 1 dia antes da cirurgia:
 - 3 enteroclistmas iguais ao acima às 8:00, às 15:00 e às 22:00h
 - Jejum a partir das 22:00h

Esquema II:

- 2 dias antes da cirurgia:
 - Dieta líquida
- 1 dia antes da cirurgia
 - Manitol 500ml _ suco de laranja 1.000ml VO (fracionados até às 22:00h)
 - SGF 1.000ml + KCl 19,1% 10ml IV (correr em 24h)
 - Enema com fosfato de sódio às 17:00 e 22:00h
 - Jejum a partir das 22:00h
 - Cefalotina 2,0g + metronizadol 500mg IV (2 horas antes da cirurgia)

CUIDADOS POS-OPERATORIOS

PRESCRIÇÃO NO POI

Pacientes sem manipulação do trato gastrointestinal

- Jejum por 12h
- SG 5% 1.000ml + KCl 19,1% 10ml + NaCl 10% 20 ml IV 12/12
- Cefalotina 1g IV 6/6h
- Cetoprofeno 100mg IM 8/8h

- Retirar sonda vesical no dia seguinte pela manha

Pacientes com manipulação do T.G.I.

- Jejum ate R.H.A. (+)
- Sonda nasogastrica aberta
- Restante idem ao item anterior ou modificações a critério clinico.

SONDAGEM VESICAL APOS CORRECAO DE I.U.E.

- Manter aberta em sistema fechado por 48h.
- Casos de retenção urinaria: sondar novamente + antibioticoterapia e alta, com retorno em 7 dias.

SONDAGEM VESICAL APOS LESAO VESICAL E/OU URETERAL

- Manter aberta em sistema fechado por 5 a 7 dias (discutir cada caso com o Urologista).

CUIDADOS POS-RAQUIANESTESIA

- Solicitar orientação do anestesista para cada caso.
- Normas gerais:
- Hidratação com 3.000ml de cristalóides/24h.
- Sem restrição de decúbito

PREVENCAO DE FENOMENOS TROMBOEMBOLICOS

(vide capitulo Profilaxia de trombose venosa no pos-operatorio)

DRENAGEM A VACUO

Manter drenagem a vácuo em sistema fechado ate que a drenagem em 24h seja < 50ml

CUIDADOS COM A FERIDA CIRURGICA

- POI: curativo cirúrgico fechado por 12 horas
- Apos 12h: curativo aberto com podovina-iodo tópica

PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA NO POS-OPERATORIO

Jose Rezende Neto (HMLMB)

INTRODUCAO: A trombose venosa caracteriza-se pela formação aguda de trombos, ocluindo ou não veias profundas dos membros inferiores ou superiores. E doença freqüente, principalmente como complicações de outras afecções cirúrgicas ou clinicas.

FATORES DE RISCO:

- Idade – mais comum em pacientes acima de 40 anos.
- Imobilização prolongada – geralmente maiores em histerectomias abdominais do que vaginais
- Tromboembolismo venoso prévio – ocorrência prévia de TVP ou EP, aumenta risco de 3 a 4 vezes em pacientes submetidos a cirurgia.
- Obesidade – principalmente em pacientes acamados.
- Gravidade e duração do ato cirúrgico – principalmente em pacientes idosos sem movimentação ativa dos MMII.
- Infecção – no nosso meio fator de risco importante.
- Neoplasias – geralmente pelo aumento da hipercoagulabilidade, da imobilização e gravidade da cirurgia.
- Pacientes pos-infarto – risco 2 a 3 vezes maiores, geralmente pelo aumento da PVC, diminuição da velocidade sanguínea e hipoxia tecidual.
- Anticoncepcionais orais ou terapêutica em estrógenos – incidência maior em mulheres que fazem uso de estrógenos, causam alteração na viscosidade sanguínea e parede vascular, aumentam os níveis de fatores de coagulação: II, VII, IX e X; reduzem os níveis de antitrombina III, depleta o ativador do plasminogênio das paredes vasculares e aumentam os complexos solúveis de monômeros de fibrina no plasma.
- Fatores genéticos – deficiência de antitrombina III, de proteína C e S, alteração na ativação do plasminogênio e do fibrinogênio-fibrina.
- Grupos sanguíneos – 30% em tipo O e 28% em tipo A.
- Raça – maior risco em asiáticos
- Outras – policitemias, lupus eritematoso, tabagismo, hemoglobinúria paroxística noturna.

TIPOS DE PACIENTES DE RISCO:

- Baixo risco – operação não complicada em paciente com menos de 40 anos, sem outros riscos associados.
- Risco moderado – operação em pacientes com mais de 40 anos e pacientes c/IAM ou IC.
- Risco alto – pacientes com mais de 40 anos, TVP ou EP prévia e com moléstia maligna extensa.

MÉTODOS DE PROFILAXIA:

- Cuidados gerais:
- Mobilização ativa e passiva do paciente
- Tremdelemburg (elevação dos pés do leito em 10 cm)
- Deambulação precoce
- Alta hospitalar precoce

Medidas mecânicas

- Meias de compressão elástica – compressão graduada (média).
- Estimulação elétrica de mm da panturrilha – aumentar efeito da musculatura.

- Compressão pneumática externa de músculos da panturrilha – reduz armazenamento de sangue nas veias: periféricas e nos seios venosos musculares com botas plásticas infalíveis de compressão graduada seqüencial (40mmHg).

PROFILAXIA MEDICAMENTOSA

• Anticoagulantes

1. Heparina: **heparina subcutâneo, ampolas de 0,25ml 5000UI usar 2 horas antes da cirurgia e 5000UI a cada 8 ou 12 h** conforme risco do paciente, ate o mesmo deambular ou 7 dias. Aumenta discretamente o risco da hemorragia, principalmente o de hematomas no local da operação.

2. Heparina de baixo peso molecular:

a. Enoxiparina (20, 40, 60, 80 e 100mg/sc): 12h antes da cirurgia, 20mg (0,2ml)/sc independente do risco.

- Paciente com bloqueio anestésico (raqui ou peridural): 1h apos a punção de caráter continuo, iniciar apos retirada.
- Risco moderado: fazer 20mg (0,2ml) subcutâneo ao dia, durante 10 dias ou ate a deambulação.
- Risco alto: fazer 40mg (0,4ml) subcuteneo ao dia, durante 10 dias ou ate deambulação.

b. Nadropina calcica (0,3 e 0,6ml SC): 2 a 4 horas antes da cirurgia dose de 2500 a 7500 UI anti Xá (0,3ml)/sc, mantendo-se por 7 dias ou ate deambulação, independente do risco do paciente.

3. Antagonistas da vitamina K: mais comuns **warfarin sódico** (5mg) e fenprocoumarol (3mg): indicações para profilaxia habitualmente mais usadas são as condições tromboemboligenicas clinicas de longo curso, tipo cirurgias ortopédicas, urológicas e ginecológicas por doenças malignas em pacientes de alto risco de sangramento inerente ao uso e controle laboratorial mais freqüente e dispendioso, alem de interações medicamentosas importantes.

• Drogas que alteram a função plaquetária:

1. Dextrano – apresentação em frasco de 40 e 70 em 500 e 1000ml, atua na viscosidade sanguínea inconvenientes como sobrecarga volume e reações anafiláticas.

- Esquema: 1000ml IV durante o ato cirúrgico e nas primeiras 12h de pós-operatório, posteriormente infusão 500ml por dia, 3 a 5 dias.

2. Ácido acetil salicílico – isolado ou associado com dipridamol (75mg e 100mg), não tem mostrado ser droga útil na prevenção da T.V.P.

- Esquema – 300-600mg de AAS ao dia, 2 a 7 dias, associado ao dipirimidamol 75mg e via oral 3 vezes ao dia com 300mg de AAS/dia, 8 dias.

PROFILAXIA CIRÚRGICA

Medidas cirúrgicas como trombectomia venosa e filtro de v. Cava inferior, visam obstacularizar a migração de êmbolo até a vasculatura pulmonar.

- Indicados quando o paciente apresenta contra indicação de anticoagulação, embolia pulmonar crônica com hipertensão pulmonar, trombo flutuante ílio-femoral, estes últimos apresentam grandes riscos de E.P.

Utilização da profilaxia da TVP

- Pacientes cirúrgicos de alto risco apresentam de 40 a 80% de trombose em veias de panturrilhas, 10 a 20% em troncos principais e de 1 a 5% EP fatal.

ENFERMARIA DE GINECOLOGIA - ROTINAS

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

- 1- Cumprimentar com cordialidade funcionários, pacientes e familiares ao chegar
- 2- Ler atentamente as papeletas

- 3- Identificar-se e explicar a paciente o que ser feito
- 4- Refazer anamnese
- 5- Lavar as mãos com solução anti-septica utilizando a metodologia da CCIH
- 6- Proteger a privacidade da paciente
- 7- Exame físico: Estado geral, PA, ausculta pulmonar e cardíaca, exame do abdome, extremidades e exame ginecológico
- 8- Checar os exames
- 9- Visitas com preceptor

PREPARO PRE-OPERATORIO DA PACIENTE GINECOLOGICA

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

Pré-operatório: período desde a indicação cirúrgica até o ato operatório.

Obejetivos: Verificar as condições de saúde da paciente (física e mental), identificar patologias correlatas que possam interferir no ato operatório e preparar a paciente para a cirurgia.

Anamnese

Exame físico geral

Exames complementares:

- Hemograma
- Glicemia de jejum
- Creatinina sérica (pacientes acima de 50 anos)
- Coagulograma
- Sumário de urina
- Eletrocardiograma
- Rx de tórax (pacientes acima de 60 anos e-ou suspeita de patologia cardíaca ou pulmonar)

Obs: risco cirúrgico em pacientes acima de 60 anos e patológicas correlatas.

Jejum de 12 hs

Preparo intestinal:

- Preparo mecânico: Via oral ou via retal

Via oral: manitol 20 % 750 ml em 750 ml de suco de laranja. Tomar em 2 hs, 200ml a cada 15 minutos.

Via retal: fleet enema.

- Preparo antimicrobiano: procedimentos colorretal. Administra-se gentamicina 80 mg IV e metronidazol 500 mg IV por 24 horas

CUIDADOS POS-OPERATORIOS

Pacientes sem manipulação do trato gastrointestinal:

- jejum por 6 hs
- SG 5% 1000ml + SF 1000ml de 12-12hs IV
- Diclofenaco sódico (Cataflan) 50 mg VO de 8-8hs
- Dipirona 40 dotas VO de 6-6hs ou paracetamol 500m Vo de 6-6hs
- Luftal 40 gotas de 8-8h VO de 8-8hs
- Microporo na incisão
- Retirar sonda vesical com 12 hs

Pacientes com manipulação do TGI:

- jejum ate RHA +
- Sonda nasogastrica aberta
- Idem ao item anterior ou modificações a critério clinico

PREVENÇÃO DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Cerca de 85% do êmbolos pulmonares se originem dos membros inferiores. Muitos pacientes portadores de trombose venosa profunda não apresentam sinais clássicos de dor, edema e tensão na panturrilha. Na área das cirurgias ginecológicas a incidência de TVP apresenta-se em torno de 23% em HTA, 9% em histerectomias vaginais e 3% em partos.

Fatores de risco e profilaxia:

- Baixo risco:
- idade < 40 anos sem outros fatores de risco
 - cirurgias menores (< 30 minutos e sem necessidade de repouso prolongado) em pacientes de mais de 40 anos sem outro risco que não a idade;
 - trauma menor

Conduta: movimentação no leito e deambular precoce.

- Risco moderado:
- cirurgia maior (geral, urológica ou ginecológica) em pacientes de 40 a 60 anos sem fatores adicionais de risco.
 - cirurgia em pacientes de menos < 40 anos tomando estrogênos

Conduta: heparina, SC, 5000UI, 12-12 hs. Iniciar 2-4 hs antes da cirurgia, se anestesia geral e 1 h após a punção se for bloqueio.

HBPM, SC, dose menor, 1x ao dia. Iniciar 2 hs antes da cirurgia se anestesia geral e 12 hs antes da cirurgia se for bloqueio. Maior risco de hemorragias: meias anti-tromboticas.

Alto risco: - cirurgia geral em pacientes > 60 anos.
-cirurgia geral em pacientes de 40-60 anos com fatores de risco adicionais
- cirurgia maior em pacientes com historia de TVP ou EP pregressos ou trombofilia
- grandes amputações, cirurgias ortopédicas maiores, neoplasias, hipercoagulopatias, traumas múltiplos com fratura da pélvis, quadril ou MMII.

Conduta: HBPM, SC, maior dose profilática 1 x ao dia. Iniciar 12 hs antes da Cirurgia.

Heparina SC, 5000 UI, 8-8 hs. Iniciar 2 hs antes da cirurgia se anestesia geral e 1 h antes da punção se bloqueio. Grande risco hemorrágico: compressão pneumática intermitente.

* reavaliar todos os casos diariamente para presença de trombose venosa.

FEBRE POS – OPERATORIA

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

Temperatura superior a 37,5 C no pos operatório. Ocorre em 15% das pacientes submetidas a cirurgia ginecológica, sendo que a metade não apresenta uma causa específica.

Causas e inicio dos sintomas:

Peroperatorio ou pos-operatorio imediato:
Hipertermia maligna

Primeiras 6 horas:

Anormalidades metabólicas: hipotensão prolongada com hipoperfusão tecidual ou reação pirogenica transfusional

Anormalidades endócrinas: crises tireoideanas, insuficiência adrenocortical.

Do 3 ao 5 PO:

ITU

Celulite pélvica

Tromboflebite pélvica séptica
Infecção do sitio cirúrgico (ISC)
Pneumonia

Tempo variável:
Tromboembolismo pulmonar

Abordagem da paciente em PO com febre persistente:

Febre > 72 hs do PO
(sem outras manifestações clínicas)

- avaliação da ferida cirúrgica
- exclusão de absorção de debris
- afastar relação com hemotransusão e medicamentos
- Hemograma
- EAS e urocultura
- Hemocultura
- Rx de tórax
- USG
- Exploração cirúrgica
- Antibioticoterapia

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Romeu Abreu Neto (HMLMB)
Roberto Gustavo Tasseli (HMLMB)
Vanessa Cavalcante (MESM)

HISTEROSCOPIA

Histeroscopia diagnóstica

Introdução: É um procedimento que a cada dia toma uma importância maior no arsenal propedêutico e terapêutico do ginecologista. O aprimoramento da técnica e dos equipamentos possibilitou que a grande maioria dos procedimentos fosse realizada em ambiente ambulatorial de modo bastante seguro, não necessitando de internação e nem de anestesia.

Indicação: Em qualquer suspeita de patologia intra-uterina, nas quais a observação direta da cavidade uterina possa trazer subsídios para diagnóstico preciso e correta orientação terapêutica

Época para realização do exame:

- Menacme: primeira fase do ciclo (6º ao 14º dia)
- Pós-menopausa, uso de anovulatórios e em casos de urgência: qualquer época
- Infertilidade: segunda fase do ciclo, para estudar melhor o endométrio secretor

Indicações:

- Pesquisa de HUD recidivante e metrorragia resistente à terapêutica clínica
- Sangramento genital pós-menopausa
- Avaliação das causas de infertilidade
- Identificação e localização de restos ovulares
- Diagnóstico e seguimento de doença trofoblástica gestacional
- Localização de corpos estranhos (DIU, metaplasia óssea e fios de sutura)
- Amenorréia de causa uterina
- Indicação e controle da cirurgia uterina (miomectomia, ablação endometrial, metroplastia e follow-up de lise de sinéquias)
- Malformações uterinas
- Estadiamento pré-operatório do carcinoma endometrial
- Diagnóstico diferencial de patologia intracavitária suspeitada por outras técnicas de exame
 - o Falha de enchimento na histerossalpingografia
 - o Suspeita de pólipos endometriais e miomas submucosos na ultrassonografia
 - o Presença de coleção líquida na cavidade uterina
 - o Presença de células endometriais normais ou com atipias no exame colpocitológico
- Avaliação de patologias vaginais e da ectocérvice em crianças e nas pacientes virgens

Contra-indicações:

Absolutas

- Doença inflamatória pélvica aguda

- Endocervicite aguda
- Sangramento uterino excessivo
- Gestação

Relativas

- Perfuração uterina recente
- Sangramento uterino não excessivo
- Estenose cervical

Complicações:

- Perfuração uterina
- Abertura de falso trajeto
- Infecção

Efeitos colaterais:

- Dor tipo cólica no baixo ventre
- escapulalgia
- Náusea
- Vômito
- Hipotensão arterial

Histeroscopia cirúrgica

Introdução: A vídeo-histeroscopia cirúrgica é um procedimento normalmente realizado em ambiente hospitalar. A anestesia epi-dural é atualmente a de melhor escolha. Não requer qualquer preparação particular da paciente, sendo a primeira fase do ciclo menstrual a preferência (6º ao 14º dia).

Indicações:

- Ablação endometrial
- Extirpação de pólipos e miomas submucosos
- Ressecção de septos uterinos
- Debridamento de sinéquias uterinas
- Retirada de DIU e de corpo estranho
- Localização e extração de restos ovulares

Videolaparoscopia

Introdução: A videolaparoscopia em ginecologia é técnica bem estabelecida no diagnóstico e tratamento de várias afecções pélvicas. O sucesso da cirurgia depende da experiência da equipe cirúrgica, da qualidade e bom funcionamento dos equipamentos e do uso de material cirúrgico adequado. Sempre será necessário esclarecer à paciente sobre a indicação da técnica cirúrgica e suas limitações, e a possibilidade de conversão para a laparotomia

Uma grande parte dos procedimentos ginecológicos pode ser realizada por videolaparoscopia. Sempre deve ser oferecida quando os resultados cirúrgicos forem superiores ao da laparotomia.

Vantagens:

- Com o uso da ótica e da microcâmera, há um aumento considerável da imagem, permitindo maior precisão cirúrgica e menor trauma
- Menor dor no pós-operatório, porque o trauma cirúrgico é menor
- Menor tempo de internação e menor tempo de convalescência, possibilitando retorno mais rápido às atividades rotineiras
- Menor incidência de hematomas e de infecção de parede
- Melhor resultado estético

Indicações:

Procedimentos eletivos

- Pesquisa de infertilidade
- Dor pélvica crônica
- Avaliação de massas pélvicas
- Doença inflamatória pélvica crônica
- Pesquisa de malformações genitais
- Controle de cirurgias histeroscópicas de maior complexidade
- Confirmar e tratar endometriose
- Esterilização tubária
- Miomatose uterina
- Histerectomia videolaparoscópica
- Correção laparoscópica de incontinência urinária
- Correção laparoscópica de distopias genitais
- Oncologia ginecológica

Urgências ginecológicas

- Diagnóstico e tratamento de dor pélvica aguda
DIPA
Hemoperitônio por rotura de cisto ovariano
Gravidez ectópica
Torção anexial

Contra-Indicações:

Relativas

- Gravidez avançada
- Peritonite prévia
- Massa abdominal volumosa

- Doença inflamatória intestinal
- Laparotomia anterior com possível formação de aderências firmes
- Extremos de peso

Absolutas

- Obstrução intestinal
- Doença cardio-respiratória grave
- Instabilidade hemodinâmica
- Peritonite difusa
- Hérnias diafragmáticas e abdominais extensas

ASSISTÊNCIA EM CONTRACEPÇÃO

Escolha do método: conhecimento de todos os métodos possíveis (disponíveis), suas indicações, suas contra-indicações, implicações de seu uso.

Os métodos oferecidos devem cumprir os seguintes requisitos e características: eficácia (índice de Pearl), inocuidade, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade.

Fatores individuais e situações dos casais que irão utilizar: característica da personalidade da mulher e de seu parceiro, estado de saúde, condições econômicas, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, fatores não racionais, como medos, cismas, dúvidas, vergonha, etc.

“o melhor método é aquele em que a mulher e seu parceiro confiem e se sintam confortáveis ao usa-lo”

ATIVIDADES EDUCATIVAS

São ações com o objetivo de oferecer conhecimentos para a escolha e utilização do método anticoncepcional, o questionamento e reflexões sobre a contracepção e a sexualidade.

MÉTODOS OFERECIDOS

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Baseiam-se na identificação do período fértil e na abstenção da atividade sexual neste período.

- a. Ogino-Knauss (ou “tabelinha”)
- b. Sintotérmico (ou método da temperatura basal)
- c. Billings (ou do muco cervical)
- d. Coito interrompido

Retornos: **1 mês** após a primeira consulta e depois consultas semestrais.

MÉTODO DE BARREIRA

Impedem a penetração do espermatozóide, atuando com uma barreira física e/ou química.

- a. Preseervativo
- b. Diafragma
- c. Espermacida

MÉTODOS HORMONAIS

1. Anticoncepcionais orais combinados (AOC)

Monofásicos

Bifásicos

trifásico

Sempre iniciar com AOC de baixa dosagem se a paciente não for obesa.

Modo de usar: iniciar no 1º ou 5º dia do ciclo (na 1º cartela, conforme a dosagem) durante 21 dias, no mesmo horário, com pausa de 7 dias para iniciar nova cartela.

DOSES DOS ANTICONCEPCIONAIS

* Anticoncepcional de 1º geração : São os produtos que contém 50mg ou mais de etinilestradio/ mestranol.

- Anticoncepcional de 2º geração: São os produtos que contém entre 30 e 50 ng de etinilestradiol / mestranol/ levonorgestrel.
- Anticoncepcional de 3º geração : são os produtos que contém 20 ng de etinilestradiol e desogestrel ou gestodeno

Se houver sangramento intermenstrual:

Meio do ciclo: aumentar a dose de estrógeno

Final do ciclo: aumentar a dose de progesterona.

Obs.: não é necessário fazer intervalos no uso de AOC.

Quanto ao esquecimento de tomar a pílula:

- Se esquecer no dia anterior: tomar a pílula esquecida e continuar normalmente.
- Se esquecer por mais de 2 dias: abandonar a cartela, esperar a menstruação usando método de barreira, voltando a usar normalmente no ciclo seguinte.
- Retorno: 1 mês no 1º ciclo e depois, a cada 3 meses. Tratar os efeitos colaterais:
 - Náuseas e/ou vômitos: antieméticos e aguardar 3 dias
 - Mastalgia: aguardar 3 ciclos e aumentar a dose de progesterona
 - Oligomenorréia: diminuir a dose de progesterona e orientar
 - Tontura, cefaléia: aspirina, aguardar 3 ciclos, diminuir a dose de progesterona ou mudar o derivado. Pesquisar outras causas

2. **Anticoncepcional vaginal:** usado nas pacientes com intolerância ao anticoncepcional oral

3. Anticoncepcional hormonal com progestágeno Isolado

a) Oral - MINIPILULAS

- Noretisterona 0,35 mg – Micronor, Norestin - 35 comp
- Levonorgestrel 0,030 mg – Nortrel, Minipil
- Linestrenol 0,5mg – Exluton
- Desogestrel 75 mcg - Cerazette

São usados na lactação (até a 1ª menstruação normal, quando há intolerância ou contra-indicação aos estrógenos), na adolescência e na adolescência e na perimenopausa (>38 anos).

Modo de usar:

1) **na lactação:** após 40º dia de puerpério

2) **fora da lactação:** iniciar no 1º dia do ciclo, com uso ininterrupto (durante a menstruação)

Se há irregularidade menstrual, associar estrógeno por 3 ciclos e reavaliar. Retornos trimestrais.

b) Injetável mensal

Aplicação intramuscular profunda, evitando massagem posterior: estrógeno e progesterona.

MESIGYNA (5 mg de valerato de Estradiol + Enantato de Noretisterona 50 mg) – 1º injeção no 1º dia do ciclo e repetir a cada 30 dias

d) Implantes - NORPLANT

São cápsulas de silástico, contendo progestágeno, via intradérmica. Ainda não estão disponíveis.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Indicações:

- Mulheres que já tiveram filhos
- Necessidade de contracepção por período de amamentação
- Mulheres em período de amamentação

Contra-indicações absolutas:

- Gravidez ou suspeita de gravidez
- Infecção pélvica aguda ou crônica
- Malformações uterinas congênitas ou adquiridas
- Sangramento genital de etiologia desconhecida
- Antecedente de gravidez ectópica
- Alterações do metabolismo do cobre (doença de Wilson)
- Alergia ao cobre
- Adolescentes

Contra-indicações relativas:

- Antecedentes de doença inflamatória pélvica
- História de hipermenorréia
- Cervicites agudas (contra-indicação transitória)
- Alterações da coagulação ou tratamento com anticoagulante
- Cardiopatias valvares
- Anemias
- Multiparidade

Momento de inserção

- Intramenstrual: até o sétimo dia do ciclo
- Pós-aborto: após a primeira menstruação
- Pós-parto: seis a oito semanas após o parto

Tempo de Uso::

TCU 380 A – 10 anos

Mirena – 5 Anos

Complicações:

1. Imediatas:

- Perfuração uterina no momento da inserção
- Rotura do colo do útero

- Dor intensa
- Mal estar

2. Secundárias (ocorrem a partir de uma semana após a colocação):

- Expulsão do DIU
- Sangramento
- Infecção
- Cólicas
- Intolerância psicológica

3. Tardias:

- Gravidez extra-uterina
- Gravidez intra-uterina

Momento da retirada

Retirar o DIU somente por desejo da paciente ou motivos reais causados pelo método.

Retornos e controle:

Retornos no 1º mês com USG pélvica, as demais a cada 6 meses e posteriormente Anual posteriormente a cada 6 meses.

ESTERELIZAÇÃO CIRÚRGICA

Crítérios para pleitiar esterelização definitiva feminina:

Mulheres – laqueadura tubárea

1. Sem Patologia:

- Idade: maior ou igual a 25 anos
- Números de filhos: maior que 3 filhos vivos
- Vida conjugal: estável e igual ou maior que 5 anos

2. Com patologia:

- Idade: maior ou a 25 anos
- Cesárea anterior: 3 ou mais em mulheres > 3 anos, 2 ou mais em mulheres > 35 anos.

Obs.: casos não previstos: dependem das condições cirúrgicas.

- Diabetes: somente insulino dependentes com retinopatia e/ou nefropatia
- Hipertensão: de difícil controle ou associada a outras patologias
- Insuficiência renal crônica: de difícil controle
- Cardiopatias: classe III e IV
- Neoplasias malignas: somente casos invasivos
- Colagenoses: com repercussões sistêmica
- Hemopatias: anemia falciforme homocigota, hemofilia (portadora) e distúrbios não controlados
- Moléstias infecto-contagiosas: HIV (individualizar os casos)
- Pneumopatias: graves, não reversíveis
- Flebopatias e arteriopatias: antecedentes de flebites ou acidentes tromboembólicos

- Epilepsia: difícil controle
- Distúrbios físicos ou mentais: individualizar os casos
- Alto risco reprodutivo com contra-indicação de métodos anticoncepcionais (justificativa médica)

Efeitos colaterais e complicações:

- Insuficiência ovariana
- Aderências
- Algia pélvica

Homens – vasectomia

- Idade: > 38 anos
- Número de filhos: > 4 filhos vivos
- Vida conjugal: estável \geq 5 anos

Código Penal Brasileiro:

Artigo 128: “Não se pune aborto praticado por método”:

- I Se não há outra maneira de salvar a vida da gestante.
- II Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz de seu representante legal.

INTRODUÇÃO

A violência sexual representa uma parcela importante dos casos de violência em nossa sociedade, afetando em especial as mulheres. De maneira geral, essa violência, em particular o estupro (“constranger mulher a conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”), é crime prescrito no artigo 213 do Código Penal e entendido como crime hediondo contra a liberdade sexual.

Há sem dúvida um “muro de silêncio” em torno do assunto, motivado pelo estorvo social machista de nossa sociedade, em que sempre se coloca em dúvida a inocência da mulher estuprada, situação agravada ainda, pela conotação negativista do aborto. Tal substrato social indica que menos de 10% dos casos chegam às Delegacias de Polícia. Diante deste dramática realidade, a mulher violentada, freqüentemente desamparada, sofre uma segunda violência quando se vê diante de uma gravidez indesejada, resultante de estupro. Em decorrência disto, aquela mulher que deveria merecer um atendimento diferenciado acaba procurando clínicas clandestinas, muitas vezes sem condições mínimas de higiene, com todas as conseqüências trágicas de morbimortalidade.

RECURSOS HUMANOS

Por características peculiares deste ocorrência, deve o atendimento a estas mulheres ser realizado por equipe multiprofissional, composta por médicos(as), enfermeiros(as), psicólogos(as) e assistentes sociais, capacitados na sua função no atendimento à mulher e trabalhando em equipe, de forma harmônica, para acolher e dar suporte as demandas bio-psico-sociais destas pacientes.

ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO

- Abertura de prontuário médico (preenchido detalhadamente)
- Anamnese e histórico da violência sexual.
- Exame físico geral e ginecológico completo, descrevendo as lesões e se possível fazendo desenhos ou tirando fotos.
- Tratamento das lesões genitais e/ou outras se houverem.
- Coleta de material para identificação do agressor (colocá-lo em papel filtro, secá-lo e guardá-lo em envelope identificado e arquivá-lo no serviço a disposição da justiça).
- **Anticoncepção de emergência**
 1. Recomenda-se a utilização de medicação a base de progesterona (Levonorgestrel) na dose de 0,75mg em duas tomadas ,com intervalos de 12

horas entre elas. Medicação esta que poderá ser administrada até 72 horas da relação desprotegida. Dispomos atualmente no mercado Brasileiro de algumas medicações dedicadas tais como: Postinor 2, Posato, Minipil 2 post, Norlevo e Pilen.

2. DIU – inserido até 5 dias após a relação desprotegida. Não recomendada devido ao risco potencial de facilitar a ascensão de microorganismos no trato genital feminino, além da manipulação genital ser particularmente traumatizante neste momento da mulher.

- **Prevenção de DST:**

Solicitar: sorologia para sífilis, sorologia para Hepatite tipo-B, sorologia anti HIV, cultura de secreção vaginal e do canal cervical.

Esquema de profilaxia das DST:

- **Ofloxacina** – 400mg, VO, dose única (gestantes, nutrízes e <18 anos: cefixima – 400mg, VO, dose única)
- **Azitromicina** – 1g, VO, dose única (gestantes, nutrízes: amoxicilina – 500mg, VO, 8/8h, 7 dias)
- **Metronidazol** – 2g, VO, dose única (gestantes tratar após o 1º trimestre, em nutrízes suspender o aleitamento por 24 h), em crianças Metronidazol 15mg/Kg/dia de 08/08 horas, VO, por 07 dias (dose máxima 02g).
- **Penicilina G benzatina** – 2.400.000UI, IM, dose única

Esquema para profilaxia da hepatite B:

- Gamaglobulina hiperimune (HBIG) 0,06ml/kg de peso, IM, dose única. Se a dose ultrapassar 5ml dividir em 2 áreas diferentes. Maior eficácia: uso precoce HBIG (24 a 48h após o estupro)
- Se possível iniciar vacinação para hepatite B: 3 doses, IM, na região deltóide, de 1 ml(20g) para adultos e 0,5ml(10g) para <12anos. As 2ª e 3ª doses devem ser administradas, 1 e 6 meses após a primeira. A gravidez e lactação não são contra-indicações para imunização.

Profilaxia anti-tetânica:

Quando houver ferimentos perfuro-cortantes ou contato com terra vacinar. Em ferimentos profundos ou contaminados vacina mais soro.

Esquema dos Anti-retrovirais:

Zidovudine(AZT)-100mg 02 comp VO de 08/08 horas.

(Biovir 01 comp de 12/12horas)

Lamivudine(3TC)-150mg 01 comp VO de 12/12 horas.

Nelfinavir-250 mg 03 comp VO de 08/08 horas ou 05 comp de 12/12 horas.

Crianças:

AZT 90-180 mg/m² de 08/08 horas (dose máxima 600mg/dia) solução de 10 mg/ml.

3TC 4mg/kg de 12/12 horas (dose máxima 150 mg de 12/12 horas) solução de 10mg/ml

Nelfinavir 30mg/Kg de 08/08 horas (dose máxima 750mg de 08/08horas)

Orientação quanto aos direitos legais e a realização de Boletim de Ocorrência.

- Embora não obrigatório, recomenda-se a denuncia e boletim de ocorrência (BO) em uma delegacia da mulher e submeta-se ao exame de Corpo de Delito, para assegurar os seus direitos.Em caso de menor de 18 anos comunicar ao conselho tutelar.
- Informar quanto a prevenção das DST, possibilidade da gestação e do direito de interrupção.
- Propiciar atendimento psicológico: avaliar as condições emocionais, auto-estima, crise de insegurança, conflitos, temores, etc., dando apoio até recuperação desta paciente.

ATENDIMENTO À MULHER COM GRAVIDEZ DECORRENTE DE ESTUPRO

Documentos e procedimentos obrigatórios:

- Autorização da grávida ou em caso de incapacidade, de seu representante legal, para realização do aborto, firmado em documento de seu próprio punho, na presença de 2 testemunhas (exceto da equipe do hospital).
- Informação à mulher ou a seu representante legal, e que ela poderá ser responsabilizada criminalmente caso as declarações constantes no BO foram falsas.
- Registro detalhado em prontuário médico e de forma separada, das consultas de equipe multidisciplinar, e da decisão por ela adotada, assim como dos exames clínicos e laboratoriais que confirmem a idade gestacional posterior a data do estupro. Cópia do BO.

Recomendados:

- Cópia do registro de atendimento médico na época da violência sofrida
- Cópia do laudo do Instituto médico legal,quando se dispuser.

PROCEDIMENTO PARA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ:

De acordo com a idade gestacional:

Até 12 semanas:

1. Aspiração intra-uterina (AMIU) ou aspiração elétrica
2. Dilatação do colo uterino e curetagem uterina
3. Recomendável a introdução de um CP de misoprostol – 200mcg intravaginal, no mínimo 12h antes do procedimento, destinado ao preparo do colo para diminuir o traumatismo durante a dilatação.
4. recomendada a utilização de dilatadores Denniston ou Pratts, em vez de Velas de Hegar.

Idade gestacional entre 13 e 20 semanas:

1. Indução prévia com Misoprostol de 100 a 200mcg no fundo do saco vaginal, após limpeza local com SF a cada 6h. A critério clínico poderá ser avaliado o uso de misoprostol oral ou ocitocina IV
2. Após a eliminação do conceito, complementar o esvaziamento com curetagem S/N. Deve ser considerado que há um maior risco de complicações neste período (entre 3% a 5%).

Acima de 20 semanas:

Não recomenda-se a interrupção. Oferecer acompanhamento pré-natal, procurando facilitar os mecanismos de adoção se a mulher assim o desejar.

Recomendações gerais:

- Caso haja possibilidade, guardar amostra do material embrionário, sob congelamento, para eventual comprovação de paternidade, na justiça por meio de análise de DNA
- Gestante RH negativa e teste de Coombs negativo deverão receber uma ampola de imunoglobulina anti Rh, até 72h após a interrupção da gravidez.
- Repetir sorologia para sífilis 6 semanas e 03 meses após a violência sexual, sorologia anti HIV deve ser solicitada com 6 semanas, 03 e 06 meses e para hepatite B com 60 e 180 dias.
- No momento da alta hospitalar, assegurar métodos anticoncepcionais.
- Retorno para revisão: 15 e 30 dias após a interrupção (acompanhamento médico e psicológico).

CAPÍTULO 5

GINECOLOGIA

TEMAS

ALGIA PÉLVICA

Sérgio Yamamoto (HMLMB)

A dor pélvica constitui aproximadamente 1/3 das queixas dos ambulatórios de ginecologia e pode ser classificada em aguda e crônica. A aguda normalmente está associada a alguma ginecopia. O ambulatório de algia pélvica abrange especificadamente os casos de dor pélvica crônica.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO:

Paciente com dor pélvica por período de 06 meses, sem causa definida ou sem melhora com tratamento convencional.

CAUSAS DA DOR PÉLVICA CRONICA:

- Ginecológica
- Urológica
- Gastro- intestinal
- Osteomuscular
- Aparelho abdominal
- Sem causa aparente

EXAMES SUBSIDIÁRIOS DE ROTINA:

- Hemograma + VHS
- Urina tipo I e urocultura + antibiograma
- Protoparasitológico de fezes
- Radiografia de coluna lombo sacra
- Ultra-sonografia pélvica

CONDUTA

- Terapêutica de acordo com a patologia encontrada

EXAMES NORMAIS

- Descartar patologia de parede abdominal “**PONTO GATILHO**”. Se positivo aplicar anestésicos local com xylocaina a 2% ml no total de 10 aplicações com agulha de insulina ou agulha 25 x 7 .
- Antiinflamatório não hormonais (cetoprofeno, diclofenaco , tenoxicam etc)
- Antidepressivos tricíclicos: cloridrato de imipramina 10 mg à noite durante 3 meses.
- Se não houver melhora: laparoscopia

LAPAROSCOPIA

SOMENTE 10-15 % DAS PACIENTES NECESSITAM DE LAPAROSCOPIA

Anormalidade mais freqüente: aderências pélvicas (80% dos casos).

Comentários

- Sem dúvida alguma, o componente psicossomático está presente em quase todas as pacientes com dor pélvica crônica, portanto, elas devem ser avaliadas por uma equipe multidisciplinar.
- A laparoscopia constitui método eficaz para diagnóstico diferencial entre a origem psicossomática e orgânica da dor.
- A realização de laparoscopia com critérios bem definidos (e não de rotina) permite reduzir o número das mesmas, sem prejudicar a eficácia terapêutica para a paciente.
- A identificação do ponto gatilho e sua terapêutica vêm apresentando resultados animadores em cerca de 80% dos casos.

DISMENORREIA

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

Dor tipo cólica em hipogástrio com irradiação para região lombossacra e faces internas das coxas, que pode vir acompanhada de náuseas, vômitos e lipotímia. Incide em cerca de 50-70% das mulheres e em 10% adquire aspecto incapacitante.

Classificação: Primária: não existe doença pélvica específica: incide principalmente em jovens, em 6 a 12 meses após o menarca.

Secundária: decorre da presença de alguma afecção pélvica. Prevalence em mulheres mais velhas.

DOR PÉLVICA CRÔNICA

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

Dor de caráter subagudo e persistente na região pélvica, cíclica ou não, com história de 6 meses ou mais. Pode vir acompanhada com outras manifestações dolorosas (dor a defecação, disúria, dispareunia, dor lombossacra, dor no ombro)

Etiologia:

Causas uterinas: adenomiose, endometrite, leiomiomas, mal-formações, DIU, corpo estranho, pólipos, neoplasias, estenose cervical, prolapso.

Causas extra-uterinas: endometriose, neoplasias, aderências, congestão pélvica, infecção pélvica crônica, cistos ovarianos, síndrome dos ovários remanescentes..

Causas não-ginecológicas:

Urológicas (ITU, cistite intersticial, litíases, instabilidade do detrusor, divertículo uretral, síndrome uretral, etc)

Gastrointestinal (obstipação, hérnias, inflamações, síndrome do colon irritável, colelitíase, apendicite crônica, doença diverticular, neoplasia, úlceras, etc)

Musculoesqueléticas (doenças degenerativas, postural, fibromiosite, discopatias, osteófitos, distensões, herpes zooster, osteoporose, coccidínea, etc)

Outras (dor somática, distúrbio do sono, depressão, distúrbios psiquiátricos, tabes dorsalis, porfiria, abuso sexual, intoxicações por metais pesados, etc.)

Diagnostico: Caracterizar a dor

Anamnese (antecedentes menstruais, sexuais, cirúrgicos, tratamentos anteriores, fármacos, abuso sexual, etc.)

Avaliar outros sistemas

Avaliação emocional e psíquica.

Exame físico: exame músculo-esquelético (má-postura, escoliose, lordose, etc).

Abdome: visceromegalias, hérnias, tumorações, dor localizada, teste de Carnett ou Jooseus, Giordano, etc.

Exame ginecológico

Toque retal (fecaloma, obstipação)

Exames complementares: Hemograma, VHS, proteína C reativa, CA 125, EAS, PPF, PSOF, BCSV com pesquisa de clamýdea e micoplasma, etc.

Exames de imagem: USG, Histeroscopia, HSG, Dopplerfluxometria, Laparoscopia, TC, RM, UE, colonoscopia, etc, Rx de coluna, etc.

Tratamento:

1- Inibidores de prostaglandinas:

Derivados do indol-acético: Indometacina (Indocid) 25mg 3x ao dia

Acido propionico: Ibuprofeno (Advil) 400 mg 4x ao dia

Naproxeno (Naprosin) 250mg 4x ao dia

Cetoprofeno 75 mg 3x ao dia

Fenamatos : Ac. Mefenamico (Ponstam) 250 mg 4x ao dia

Diclofenaco (Voltaren) 50 mg 3x ao dia

Pirazolonas: Fenilbutazona 100mg 3x ao dia

Oxicam: Piroxicam (Feldene) 20mg 1x ao dia

2- Inibidores da COX-2

Meloxicam (Inicox) 7,5 mg 1x ao dia

Nimesulie (Nisulide) 50mg 2x ao dia

Celecoxib 200mg (Celebra) 1x ao dia

Rofecoxib (Vioxx) 25 mg 1x ao dia

3- Agonistas B-adrenergicos: fenoterol (Fymnal) 2x ao dia.

4- Tratamento hormonal:

ACHO : Etinilestradiol 0,02mg e Gestodeno 0,75 mg (Femiane, Harmonet, Diminut)
Progestagênio: Acetato de noretisterona (Primolut nor) 1x ao dia do 15 ao 25 dias do ciclo
Danazol (Ladogal) 01 com 3x ao dia por 4 meses.
Análogo GNRH: Goserrelina (Zoladex) 3,6 mg 01 amp SC por mês por 3 meses.

5- Inibidores da recaptção da serotonina: Fluoxetina (Daforin) 20 mg 3x ao dia.

6- Tratamento cirúrgico:

- Neurectomia pré-sacra (Cirurgia de Cotte)
- Ablção do lig. Uterosacro (Cirurgia de Doyle)
- Lise de aderências
- Dilatação do colo uterino
- CTG
- Histerectomia

7- Medidas alternativas: acupuntura: estimulação elétrica transcutânea (TENS).

CLIMATÉRIO

José Domingos Borges (HMLMB)
Rosa Virgínia Soares Cavalcante (MESM)

Climatério é o conjunto de alterações orgânicas e emocionais cujo início se confunde com o final do período reprodutivo. É uma fase de transição, sem limites muito definidos, e que inicia entre 35 e 40 anos.

Menopausa é a cessação definitiva das menstruações, espontânea ou cirurgicamente induzida.

Ocorre em média ao redor dos 49 anos, e divide o climatério em pré e pós menopausa. Ela é considerada a partir do último ciclo menstrual, que só pode ser definido em dados retrospectivos, após 1 ano de cessação das menstruações.

Considera-se menopausa precoce aquela que ocorre antes dos 40 anos e tardia aquela que ocorre após 55 anos.

O atendimento primário (amb. de ginecologia geral) será a porta de entrada das pacientes climatéricas, que após a realização do exame ginecológico e coleta de citologia (triplice), serão encaminhadas ao ambulatório especializado, no qual serão avaliados riscos para câncer ginecológico e outras patologias com maior incidência nesta faixa etária e identificação das mulheres que necessitam de tratamento específico (TH). Hoje sem dúvida pela visão ampla do ginecologo no atendimento `a MULHER, cabe-lhe a função de ser o clinico de atenç~ao primária à saúde da mesma.

SISTÊMÁTICA AMBULATORIAL

1. Primeira consulta

a) Anamnese completa

- História pessoal: idade da menopausa, antecedentes ginecológicos, mastopatias, doenças cardiovasculares, doenças tromboembólicas, hepatopatias, alergias e contra-indicações a drogas, medicações em uso, conflitos pessoais ou familiares.
- Antecedentes familiares: doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporose, câncer (mama, útero, cólon, etc.)
- Queixas ou sintomas: menopausais, osteoarticulares, sexuais, genitourinárias.
- História alimentar: ingestão de cálcio, fibras, gorduras.
- Exercícios
- Índice menopausal de Blatt modificado.

b) Exame físico geral

c) Exame ginecológico completo

d) Exames complementares:

- Obrigatórios: hemograma, colesterol total e frações, triglicérides e glicemia de jejum.
- Facultativos (a critério clínico): FSH, estradiol, LH, TSH, T4 LIVRE

- Outros: TGO, TGP, hidroxiprolina urinária, cálcio urinário.ureia , creatinina
 - Prevenção oncológica: mamografia bilateral, - Deverá ser realizada a primeira (de base) aos 35 anos, a seguir a cada 2 anos para as mulheres na faixa etária dos 40 aos 50 anos. E anualmente apartir dos 50 anos. ** Exceção aos casos de pacientes com antecedentes de câncer de mama,que deverá se anual.
 - ultra-sonografia pélvica e/ou vaginal, permite a avaliação endometrial e anexial, possibilitando a identificação de tumores anexiais que seriam de diagnóstico tardio e alterações que podem evidenciar lesões pré malignas e malignas. Deverá ser repetida semestralmente nas usuárias de TH. ** Eco Endometrial normal na pós menopausa ate´4 mm (virgem de tratamento) e até 10mm (pac em TH) . .colpocitologia oncológica, teste de progesterona-AMP 10 mg/dia por 7 dias, avaliação do endométrio (biópsia, CTG, histeroscopia).
 - Densitometria óssea: a partir da menopausa, segundo análise de fatores de risco.
- e) Medidas higieno-dietéticas: orientação quanto à prática de exercícios físicos, orientação alimentar (aumento da dieta com cálcio, diminuição do colesterol, diminuição dos carboidratos).
- f) Psicoterapia: serviço de Psicologia.
- g)Encaminhamneto aos especialistas , para resolução de patologias específicas (cardiologia , Endocrinologia)
- g) Terapia de Reposição Hormonal (TRH): em geral iniciada a partir do retorno.

2. Retornos:

- **Primeiro retorno:** 40 dias após a primeira consulta para verificação de exames e início de TRH.
- **Segundo retorno:** 3 meses após introdução da TRH (avaliação clínica, efeitos colaterais e ajuste de dosagens).
- Retorno a cada 6 meses.
- Avaliação laboratorial anual.

NORMATIZAÇÃO PARA TRH.

1. Contra-indicações:

Absolutas:

- Câncer estrógeno dependente (mama, endométrio, adenoma de ovário)
- Hepatopatia aguda
- Tromboembolismo aguda
- Colecistopatia aguda

Relativas:

- Diabete melito descompensado
- Hipertensão arterial crônica severa
- Mioma uterino

- Hemicrânia grave

Recusa da paciente à TRH, após informada dos riscos e benefícios

2. Em pacientes hysterectomizadas: usar TR estrogênica, com exceção dos casos de endometriose e câncer de endométrio estágio I.
3. O esquema terapêutico é individual, em geral, devendo cada caso ser avaliado com o preceptor e a paciente.
4. Em nosso serviço o tempo de duração da TRH é indeterminado, dependendo da resposta terapêutica, do interesse da paciente, do surgimento de efeitos colaterais e/ou do aparecimento de novas alternativas terapêuticas.
5. **Esquemas terapêuticos:**
 - **Orais:**
 - Combinados cíclicos: pré menopausa
 - Combinados contínuos: pós menopausa
 - Simples contínuos: estrógeno/ progesterona

TIPOS DE ESTROGÊNIOS: Estrogênio conjugado, Estradiol Micronizado , , Estradiol , Valerato de Estradiol ,e Estriol.

TIPOS DE PROGESTAGÊNIOS:

TESTOSTERONA

PROGESTERONA

19-NORTESTOTERONA

17-HIDROXIPROGESTERONA

ESTRANO C18

GONANO C17

PREGNANO C21

-Noretinodrel
G1
-Noretisterona
G2

-Levonogestrel
G2
-Desogestrel
-Gestodeno
-Norgestimato
G3

-Acetilados
-Medoxiprogesterona
-Ciproterona
-Megestrol
-Clormadinona
-Não acetilados
-Deidrogesterona

19 NORPROGESTERONA

NORPREGNANOS

-Nomegestrol
-Nestorona
-Trimegestona

TRANSDÉRMICOS:

- Estrogênio
- Estrogênio + progesterona

Vaginais:

- Exclusivos
- Como complementação a outra forma de TRH.

Intramusculares:

- Estrógeno + progesterona + androgênio
- Estrógeno + progesterona
- Estrógeno + androgênio

Androgênios: - IM ou VO – podem ser usados como coadjuvantes

Drogas não hormonais:

- Ciclofenil
- Veralipride
- Cinarizina
- Ansiolíticos
- Antidepressivos

Outras Opções:

- **SERM** - moduladores seletivos dos Receptores Estrogênicos – agente não esteróide com alta afinidade pelo receptor estrogênico
- **Raloxifeno (Evista)** – Efeito antagonista sobre as mamas e endométrio e agonista sobre o osso
- **Tamoxifeno (Novaldex)** – Efeito antagonista sobre as mamas e agonista sobre o endométrio
- **Tibolona** – apresenta propriedades estrogênicas, androgênicas e progestínicas.

Isoflavonas

**** Os esquemas ciclicos são utilizados preferencialmente na perimenopausa, com estrogênios por 21 ou 25 dias / mês e progestagênio por 12 dias / mes**

**** A indicação de androgênio é restrita as pacientes com falta da libido – decanoato de nandrolona utilizado de 25 a 50 mg 1 amp IM profunda (glúteo) a cada 3 semanas e é opção terapeutica para casos de osteoporose**

**** Nas pacientes DIABÉTICAS (compensadas) , fumantes hipertensas e colecistectomizadas dar preferência a via transdérmica.**

**** Em casos de hipertrigliceridemia é recomendável a via transdérmica, ou se via oral, em associação aos progestagênios de forma continua. Os estrogênios por via**

oral aumenta os triglicerídios. Triglicerídios acima de 500mg/dl se contra indica a TH

** Pacientes em uso contínuo por longo tempo com episódios de sangramento, investigar patologia intracavitária, caso negativo mudar o esquema para estrogênio Contínuo e progestagênio cíclico trimestral

DISTOPIAS GENITAIS

Mirian Haddad (HMLMB)

Distopia ou prolapso genital é todo desvio dos órgãos genitais para baixo no sentido longitudinal, podendo ocorrer a sua exteriorização através da fenda vulvar.

São eles:

- Cistocele ou colpocistocele
- Uretrocele com ou sem incontinência urinária
- Ptose ou prolapso uterino
- Retocele
- Enterocel (hérnia do fundo do saco de Douglas)
- Prolapso vaginal pós histerectomia

COLPOCISTOCELE E URETROCELE

A colpocistocele geralmente é acompanhada de uretrocele e de incontinência urinária de esforço e caracteriza-se por procidência de parede anterior da vagina e do assoalho vesical. A colpocistocele pode agravar na deficiência de estrogênios pois ocorre a piora progressiva da irrigação sanguínea nas estruturas responsáveis pela estática dos órgãos genitais.

Terapêutica:

- Na cistocele leve pode-se adotar a conduta expectante, se ela se acentuar passa-se ao tratamento cirúrgico.

Cirurgia:

- Quando a colpocistocele e uretrocele são acompanhadas de incontinência urinária de esforço pode-se usar as técnicas de Kennedy (mioplastia direta). Se a pressão de perda urinária for baixa é interessante que se use a técnica de Burch ou Marshall-Marchetti-Krantz e se houver suspeita de lesão esfíncteriana pode-se usar a técnica de Frangeheim modificada por Aldridge (Sling aponneurótico). Devemos sempre associar estas técnicas de correção de cistocele e uretrocele à colpoperineorrafia e tratamento clínico dos distúrbios hormonais (Terapia de Reposição Hormonal-TRH).

Prolapso uterino

O prolapso uterino ou histeroptose é o resultado da ação de diversos fatores que predisõem ou determinam seu aparecimento, ocorre na grande maioria das vezes em pacientes idosas e multíparas e é extremamente raro naquelas com adequado nível estrogênio e baixa paridade.

Classificação do prolapso uterino

- 1ª grau ou “descensos úteros” – Quando atinge 1/3 inferior da vagina mas não transpõe a fenda vulvar.
- 2ª grau

- . exteriorização parcial ou total da cérvix uterina
- . exteriorização da cérvix uterina e parte do corpo através de fenda vulvar.
- 3ª grau – todo o útero se encontra exteriorizado através da fenda vulvar.

Terapêutica

A terapêutica é cirúrgica e a técnica depende do grau de prolapso, das condições da paciente, idade e habilidade do cirurgião, pode-se usar as técnicas:

- Donald – Fothergill (Manchester)
 - . técnica de Heaney
 - . técnica de Gray
- Histerectomia vaginal
 - . técnica de Mayo – Ward
 - . técnica de D'Esopo (Sloane)
- Colpocleise – técnica de Neugebauer – Le Fort

RETOCELE E ENTEROCELE.

A prolapso da parede vaginal posterior e retal anterior se devem ao afastamento dos feixes pubococcígeos dos músculos levantadores do ânus, à lesão do núcleo central do períneo e à debilidade da fáscia no septo retrovaginal. A insuficiência estrogênica da pós-menopausa agrava as condições das estruturas já comprometidas, fazendo com que se acentue a colporetocelose. A enterocelose é a mais comum das hérnias da mulher e ocorre por fator congênito (excessiva profundidade do fundo do saco de Douglas), isto ocorre quando a pressão intra-abdominal projeta as alças intestinais em direção à parede vaginal posterior, ocasionando a enterocelose (chamado sinal do “papo de pelicano”). O tratamento cirúrgico se faz com colpoperineoplastia para a retocele. Quando se reconhece a enterocelose aplica-se a técnica para hemiorrafias. A enterocelose pode ser corrigida também durante a realização de uma laparotomia pélvica (técnica de Moschcowitz).

DISTOPIAS GENITAL

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

O suporte pélvico é feito pelo diafragma pélvico, urogenital e pela fáscia endopélvica. O diafragma pélvico é constituído pelo mm. elevadores do ânus (puborretal, pubococcígeo e ileococcígeo), m transverso superficial do períneo, bulbo cavernoso, ísquio cavernoso e esfíncter externo do ânus. A fáscia endopélvica forma-se continuamente ao mesentério constituindo os paramétrios e os elementos de sustentação uterina: dois ligamentos anteriores (lig. pubovesicouterinos), dois laterais (cardinais ou de Mackenrodt), e dois posteriores (uterossacrais). Os ligamentos redondos tem pouca função na sustentação, mas

colaboram para manter a anteversoflexão uterina. Os prolapsos genital correspondem a anormalidades dessas estruturas. São eles:

Prolapso uterino
Cistocele
Uretrocele
Enterocele
Prolapso de cúpula vaginal.

Etiologia: Multiparidade (decorrentes de traumas de parto,, ruptura da fascia endopelvica e Sobredistensao dos ligamentos)
Menopausa (presença de receptores hormonais para estrogênio e progesterona no Assoalho pélvico e nos ligamentos de suspensão)
Alteração no tecido conjuntivo (Síndrome de Ehlers-Danlos)
Neuropatias periféricas (espinha bífida)

PROLAPSO UTERINO

Classificação: Grau I: o colo atinge o terço inferior da vagina.
Grau II: atinge o intróito vaginal
Grau III: todo o corpo e exteriorizado pela vagina.

Sintomatologia: sensação de peso no baixo ventre
Sensação de bola na vagina
Retenção urinaria
Obstrução uretral (rara)
Hidronefroze (rara)
Obstipação intestinal (na presença de retocele intensa)

Diagnostico: fundamentalmente clinico:
- Inspeção dinâmica com manobra de Vasalva
-Especular: apreensão do colo do útero com pozzi e tração para estabelecer o Grau de prolapso.
- Histerometria uterina > que a medição com histerometro colocado lateralmente ao útero da distancia entre a fenda vulvar e ostio uterino = prolapso total.

Exames complementares:

- Rx da coluna lombossacra (prolapso em nulipara para afastar espinha bífida)
- Ressonância magnética dinâmica

Tratamento:

Conduta expectante: corrigir obesidade e obstipação intestinal e tratamento fisioterapico

Tratamento cirúrgico: - Cirurgia de Manchester (histeropexia e amputação semi-

Cônica do colo uterino) – preserva o futuro obstétrico.

- Histerectomia vaginal
- Videolaparoscopia (promontofixação do utero utilizando protese de marlex fixada no espaço vesicouterino e posteriormente, ancorada ao promontório).

CISTOCELE E URETROCELE

Quando acompanhada por incontinência urinaria: estudo urodinamico e cirurgia de Bursh ou Marshall-Marchetti. Quando paciente assintomática: expectante ou colpoperineoplastia pela técnica de Kelly-Kennedy.

RETOCELE E ENTEROCELE

Quando paciente sintomática: colpoperineoplastia posterior. A enterocele por técnica de herniorrafia ou pode ser corrigida também durante laparoscopia pela técnica de Moshcowitz.

PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

E importante não encarar como uma cistocele. A correção pode ser feita por via vaginal ou pela via abdominal.

Via vaginal: realiza-se uma incisão no fundo-de-saco, dissecação e divulgação da bexiga e pratica-se a plicatura do fundo-de-saco vaginal ate o ligamento sacroespinhoso esquerdo.

Via abdominal ou por laparoscopia: plicatura do fundo-de-saco a superficie anterior do sacro utilizando a tela de marlex após dissecação do retroperitônio

Tratamento fisioterápico: Exercícios de Kegel e cones vaginais.

Colpocleise (cirurgia de LeFort): Quando há forte contra-indicação para anestesia por bloqueio. Pode ser realizada sob anestesia local, sempre após citologia oncologica normal e curetagem com estudo endometrial.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA AGUDA E SUBAGUDA.

Valdir Tadini (HMLMB)
Eurides Maux de Carvalho (MESM)

Critérios básicos: exame clínico e laboratorial (hemograma, bacterioscopia + cultura de secreção vaginal + ultra-sonografia pélvica).

TRATAMENTO CLÍNICO

Ambulatorial

- Doxiciclina 100mg VO 12/12 de 15 a 21 dias
- Azitromicina 1g VO (dose única)
- Antinflamatórios (cetoprofeno).

Hospitalar

1ª escolha

- Penicilina G potássica 4.000.000UI + SF 0,9% 100ml IV 4/4 + cloranfenicol 500mg IV 6/6h.

2ª escolha

- Gentamicina 1mg/kg/peso 8/8 + SF 0,9 100ml IV 8/8 ou
- Cefalotina 2g IV 6/6 + metronidazol 500mg IV 8/8.

Casos mais graves

- Clindamicina 600mg + amicacina 500mg IV 12/12 + SF 0,9% 100ml IV 12/12h.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Reservado aos casos refratários ao tratamento clínico ou na presença de abscessos pélvicos:

- Laparotomia exploradora com tratamento do foco infeccioso e drenagem da cavidade com dernos tubular e de Penrose.

MOLESTIA INFLAMATORIA PELVICA AGUDA (MIPA ou DIP)

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

Endometrites
Salpingites
Salpingo-ooforite
Anexite
Parametrite
Piosalpinge
Abscesso tuboovariano
Peritonite
Perihepatite
Periapendicite.

Exclui: condições infecciosa do ciclo gravídico-puerperal e manipulações cirúrgicas.

Epidemiologia: N. gonorrhoeae

Clamídea tracomatis

Anaeróbios

Gardnerella vaginalis

Hemophilus influenza

Cepas gram-negativas

Estreptococos

Micoplasma e ureoplasma (agentes eventuais)

Manuseio da paciente com dor pélvica:

Anamnese e escore de risco:

- parceiro com corrimento uretral = 2
- idade menor que 20 anos = 1
- sem parceiro fixo = 1
- mais de um parceiro nos últimos três meses = 1
- novo parceiro nos últimos três meses = 1

Sendo a soma igual ou maior a 2 o escore é positivo

Anamnese: DUM. RM. Parto ou aborto recente. Método contraceptivo.

Exame clínico – ginecológico:

- exame especular: colo friável e presença de mucopus assim como abertura cervical e presença de fragmentos fetais residuais
- coleta de material para cultura e bacterioscopia
- teste das aminas

- toque: sensibilidade do fundo-de-saco (sinal de Proust), dor a mobilização do colo ou anexos, massa ou coleções.

Diagnostico – criterios maiores (isolados ou associados):

- dor a palpação abdominal
- espessamento e dor anexial
- dor a mobilização do colo do útero

Critérios menores:

- temp axilar maior que 37,8
- secreção cervical ou vaginal anormal.
- Massa pélvica
- Hemograma infeccioso (leucocitose)
- Mais de 5 leucocitos por campo de imersão em séc do endocervice.
- Proteína C reativa elevada
- BCSV positiva

Criterios elaborados: - evidência histopatologia de endometrite

- USG sugestivo
- Laparoscopia com evidencia de MIPA

Exames complementares: Hemograma

EAS

B-HCG

VHS

Proteína C reativa

BCSV e endocervice com pesquisa de clamídea e ureoplasma

USG pélvico-abdominal

Vídeo-laparoscopia

Estadiamento: Estádio 1: endometrite e salpingite aguda sem peritonite

Estádio 2: salpingite com peritonite

Estádio 3: salpingite com oclusão tubária ou abscesso tuboovariano integro.

Estádio 4: abscesso tuboovariano roto. Secreção purulenta na cavidade.

Diagnostico diferencial: Prenhez ectópica

Apendicite aguda

ITU

Litiase uretral

Torção de tumor cístico de ovário

Torção de mioma uterino

Ruptura de cisto de ovário

Endometriose (endometrioma roto).

Tratamento: Estagio 1: Ambulatorial

Medidas gerais: repouso, abstinência sexual, retirar DIUse usuária (após 6 hs de antibioticoterapia), sintomáticos (analgésicos e ant-termicos)

Antibiótico: Ceftriaxona (Rocefim) 250 mg IM dose única + azitromicina (Zitromax) 1g dose única ou doxiciclina (Vibramicina) 100 VO 12-12 hs por 14 dias

Ofloxacina (Floxstat) 400 mg VO de 12-12 hs + metronidazol (Flagyl) 500 mg vo 12-12 hs por 14 dias.

Cefoxitina (Mefoxin) 2g IM dose única + Probenecide (Probenecide) 1g VO dose única + doxiciclina (Vibramicina) 100 mg vo 12-12 hs por 14 dias.

Estagio 2: Sempre hospitalar

Mediads gerais: repouso, hidratação e sintomáticos.

Antibioticoterapia: Gentamicina (Garamicina) 60-80 mg IV 8-8 hs + Penicilina G cristalina 5 milhões UI, IV, 4-4hs ou

Gentamicina (Garamicina) 60-80 mg IV 8-8 hs + clindamicina (Dalacin) 600-900 mg IV 8-8 hs ou

Gentamicina 60-80 mg IV 8-8 hs + Metronidazol 500, IV de 8-8 hs.

Superada a fase aguda: iniciar tto ambulatorial: doxiciclina 100 mg, VO, 12-12 hs por 10 dias.

Estagio 3: Sempre hospitalar

Medidas gerais (hidratação, repouso e sintomáticos)

Antibioticoterapia: Gentamicina 60-80 mg IV de 8-8 hs + penicilina G cristalina 5 milhões UI, IV, de 4-4hs ou

Gentamicina 60-80 mg, IV, 8-8 hs + metronidazol 500 mg, IV, de 8-8hs + penicilina G cristalina 5 milhões UI, IV de 4-4 hs ou

Gentamicina 60-80 mg, IV, 8-8 hs + tiafenicol (Glitisol G) 750 mg, IV, de 8-8hs + penicilina G cristalina IV , 5 milhões de UI de 4-4hs.

Superada a fase aguda: ambulatório e ofloxacina 400 mg, VO, 12-12hs por 10 dias.

Estagio 4: Sempre hospitalar

Esquema tríplice de antibiótico igual ao estagio 3 mais cirurgia.

Indicações para Tratamento Cirúrgico:

- falha no tto clinico
- massa pélvica que persite ou aumenta apesar do tto clinico
- suspeita de ruptura de abscesso
- Hemoperitonio
- Abscesso de fundo-de-saco de Douglas.

Obs: tratar parceiros com Azitromicia 1 g dose única + ofloxacina 400 mg, vo dose única.

VDRL

HIV.

Diagnostico diferencial:

Causas ginecológicas:

- aborto
- gravidezectópica
- rotura ou torção de cisto de ovário
- sangramento do corpo lúteo
- dor do meio do ciclo menstrual
- degeneração de miomas

Causas não ginecológicas:

- apendicite
- diverticulite
- linfadenite mesenterica
- obstrução intestinal
- ITU
- Litiase urinaria
- Outras alt intestinais (verminoses, constipação)

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ginecologia)

Sérgio Augusto Monteiro (HMLMB)
Avelar Holanda Barbosa Júnior (MESM)

SÍFILIS

Etiologia: Causada pelo *Treponema pallidum*

Período de incubação: 2 a 4 semanas

Sinais: ulceração indolor, base dura, fundo liso, linfonodos duros e indolores, condilomas planos.

Evolução: cura ou evolução para sífilis secundária e sistêmica.

Complicações: lesões cardíacas, oculares, articulares e cerebrospinhas.

Diagnóstico:

- a) Pesquisa direta do *Treponema* na lesão pelo exame em campo escuro
- b) Reações sorológicas: VDRL, FTA –Abs, RPR, MHATD.

Diagnóstico diferencial:

- a) Cancro mole
- b) Herpes genital

Tratamento:

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2.400.000UI, dose única (1.200.000UI em cada glúteo)
- Sífilis secundária: penicilina benzatina 4.800.000IM, sendo 2.400.000UI/semana
- Sífilis tardia (latente terciária): penicilina benzatina 2.400.00UI/ semana por 3 semanas (total 7.200.000UI)

Observações:

- No caso de manifestações neurológicas e cardiovasculares, os pacientes serão hospitalizados para receberem esquemas especiais de antibioticoterapia.
- No caso de alergia à penicilina, pode-se tentar a dessensibilização ou usar estearato de eritromicina ou tetracilina 500mg VO 6/6h por 15 dias, para sífilis recente e por 30 dias, para sífilis tardia.

Seguimento: Sorologia 3/3 meses no 1ª ano e se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o seguimento de 6/6 meses. **A elevação de duas titulações de V.D.R.L. após o último controle justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas.**

GONORRÉIA

Etiologia: *Neisseria gonorrhoeae*.

Período de incubação: 2 a 5 dias.

Sinais: leucorréia amarela, hiperemia vaginal intensa, sintomas urinários, não há linfadenopatia

Evolução: cura, disseminação (via ascendente) ou cronificação.

Complicações: infecção pélvica, endocardite, artrite.

Diagnóstico: identificação do germe com cultura em meio de Thayer-Martin.

Diagnóstico diferencial: vaginose bacteriana e tricomoníase.

Tratamento:

- Penicilina G procaína 4.800.000UI IM, precedida de 1g de probenicida VO.
- Tianfenicol granulado: 2,5g VO
- Ofloxacina: 400mg VO dose única.
- Ciprofloxacina: 500mg, VO, dose única
- CEFTRIAXONA: 250MG, im, dose única.

CANCRO MOLE

Etiologia: Haemophilus ducreyi.

Período de incubação: 2 a 5 dias.

Sinais: úlcera dolorosa, base mole e irregular, linfonodos ulcerados e dolorosos.

Evolução: cura ou formação de abscessos.

Complicações: abscessos e fistulas.

Diagnóstico:

- a) cultura de secreções, intradermo-reação de Ito-Rienstiera.
- b) Diagnóstico diferencial: cancro duro, outras lesões ulceradas.

TRATAMENTO

- Azitromicina 1g VO (dose única)
- Tianfenicol granulado 5g VO (dose única)
- Doxiciclina 100mg VO 12/12 por 10 dias
- Ciprofloxacina 500mg VO 12/12 por 3 dias
- Sulfametoxazol 800mg + trimetoprim 160mg VO 12/12 por 10 dias ou até a cura clínica

LINFOGRANULOMA VENÉREO

Etiologia: Chlamydia trachomatis.

Período de incubação: 3 a 30 dias.

Sinais: linfadenopatia dolorosa e supurativa, fistulização unilateral.

Evolução: cura ou disseminação linfática extensa.

Complicações: fistulas retais e vaginais, elefantíase vulvar, retite estenosante.

Diagnóstico:

a) Cultura em tecido

b) Reação de fixação de complemento (título superior a 1/64), intradermo-reação de Frei.

Diagnóstico diferencial: sífilis, filariose, câncer, granuloma inguinal, cancro mole.

TRATAMENTO:

- Azitromicina 1g VO (dose única)
- Doxiciclina 100mg VO 12/12 por 14 dias (no mínimo)
- Sulfametoxazol 800mg + trimetoprim 160mg VO 12/12 por 14 dias (mínimo)
- Tiafenicol 500mg VO 8/8 por 14 dias.
- Eritromicina 500mg VO 6/6 POR 14 OU 21 DIAS.

GRANULOMA INGUINAL (Donovanose)

Etiologia: *Corynebacterium granulomatis*.

Período de incubação: 30 dias a 6 meses.

Sinais: ulcerações extensas, linfadenopatias sensíveis, sem fistulização.

Evolução: lenta, caráter crônico.

Complicações: necrose extensa, disseminação para a cavidade uterina e anexos

Diagnóstico: pesquisa de corpúsculos de Donovan (cocos encapsulados) ou exame direto (Giensa).

Diagnóstico diferencial: actinomicose, câncer, linfgranuloma venéreo, tuberculose.

TRATAMENTO

- Doxiciclina 100mg VO 12/12 por 21 dias (mínimo) ou até a cura clínica
- Sulfametoxazol 800mg + trimetoprim 160mg VO por 21 dias (mínimo) ou até a cura clínica
- Tianfenicol granulado 2,5g VO (dose única) no 1ª dia e 500mg VO 12/12 a partir do 2ª dia, até a cura clínica
- Ciprofloxacina 750mg VO 12/12h até a cura clínica
- Eritromicina 500mg VO 6/6 até a cura clínica

HERPES GENITAL

Etiologia: Herpes vírus hominis tipo II (ocasionalmente HVH tipo I).

Período de incubação: período curto (30 horas após relação sexual).

Sinais: lesões vesiculares (“cacho de uvas”) ou úlcera não granulada com ardor e prurido local.

Evolução: regride sem deixar cicatriz após 2 semanas. Tendência à recidiva.

Complicações: infecções secundárias.

Diagnóstico: geralmente clínico, confirmação por biópsia da vesícula íntegra, cultura do vírus e citodiagnóstico de Tzonck.

Diagnóstico diferencial: sífilis primária e secundária, granuloma inguinal e cancróide, escabiose, infecções piogênicas, tricomoníase e candidíase.

TRATAMENTO:

1ª episódio:

- Aciclovir 400mg VO 8/8 por 7 a 10 dias.
- Famciclovir 250mg VO 8/8 por 7 a 10 dias.
- Valaciclovir 1g VO 12/12 por 7 a 10 dias

Recidiva:

- Aciclovir 400mg VO 8/8 por 5 dias
- Famciclovir 125mg VO 12/12 por 5 dias
- Valaciclovir 500mg VO 12/12 por 5 dias

Outras opções:

- B.C.G., vacinas antipólio e antivariólica
- Aplicações tópicas de idoxuridine, éter, clorofórmio, vermelho e neutro e proflavina
- Aplicações tópicas de anti-sépticos leves, compressas de água boricada, bicarbonato ou infusão de camomila
- Aspirina ou paracetamol (para alívio da dor) – 200mg a cada 4 horas durante 15 dias.

OBSERVAÇÕES PARA TODAS AS DST

1. Sempre tratar simultaneamente o parceiro ou orientá-lo a procura o urologista.
2. Orientar o casal para uso de preservativos nas primeiras relações sexuais, após o tratamento, até a confirmação da cura da DST.
3. Qualquer uma dessas DST poderão vir associadas a AIDS.

FÍSTULAS ENTRO-GENITAIS

Luís Henrique Álvares Nucci (HMLMB)
Karine Tenório de Lucena (MESM)

INTRODUÇÃO

Denomina-se fistulas a comunicação anormal entre órgãos contíguos, com passagem e desvio das suas respectivas secreções.

CLASSIFICAÇÃO

I- URO- GENITAIS (vide capítulo de Uro-ginecologia)

- a) uretero-vaginal
- b) vésico-vaginal
- c) uretro-vaginal

II- ENTERO-GENITAIS ou FÍSTULAS ESTERCORAIS , são menos comuns se comparadas as urogenitais.

- a) entero-vaginal
- b) entero-tubária
- c) entero-uterina

FÍSTULAS ENTERO-VAGINAIS

São as mais freqüentes, ocorre a comunicação entre intestino e vagina, com saída de material fecal pela mesma. Podemos dividi-las em íleo-vaginais e sigmóide-vaginais, quando freqüentemente ocorre a lesão do fundo do saco posterior, e reto-vaginal quando ocorre lesão da parede posterior da vagina em seu terço superior ou inferior.

As principais causas são:

- Trauma obstétrico – mais frequente
- Lesões cirúrgicas – Exemplos: histerectomia total, colpoperineoplastia
- Processos inflamatórios: criptite e /ou abscesso ano-retal, diverticulites, tuberculose, linfogranuloma inguinal, doença de Crohn e retocolite ulcerativa.
- Lesões traumáticas: coito, ferimento por arma de fogo, queda acidental, introdução de corpo estranho na vagina ou reto, uso do cautério na vagina ou em cirurgias orificiais.
- Neoplasias malignas – efeitos proliferativos e necróticos do tumor.
- Actinoterapia – decorrente de tratamento ionizante
- Queimaduras – Promove formação de úlcera de parede vaginal, exemplo : permanganato de potássio.

Sintomas e diagnósticos

- O sintoma principal é a eliminação de gases e fezes pela vagina. Na inspeção podemos encontrar irritação local. No exame especular observamos a altura da fistula em relação à vagina e se o conteúdo é fecal ou ileal.

- Utilizamos também a retossigmoidoscopia, que deve ser indicada em algumas afecções genitais e como rotina nos pacientes portadores de neoplasia maligna do útero.
- Os orifícios fistuculosos pequenos e altos, em relação à vagina são de difícil localização e, para melhor estudo pré-operatório, a exploração radiológica com enema baritado, fistulografia ou trânsito intestinal torna-se obrigatório.

TRATAMENTO

O tratamento das fistulas enterogenitais é essencialmente cirúrgico, a não ser quando ocorre uma resolução espontânea embora esse fato raramente aconteça, pois é mais comum nas fistulas com orifício pequeno e baixo débito.

As fistulas íleo vaginais devem ser reparadas sem prolongamento. Porém, as fistulas radionecróticas postergar o tratamento por um ano ou mais.

Preparo pré-operatório

- Além da excelente condição clínica do paciente, para que a cirurgia sejam um sucesso total, há necessidade de exame clínico e um estudo radiológico prévio, habilidade e preparo adequado intestinal. Jamais operar a paciente na fase ativa da doença.
- No primeiro dia enteroclisma com soro fisiológico 0,9% - 200ml + glicerina 300ml via retal ou via vaginal através do trajeto fistuloso. Quando já existir colostomia prévia, aplicar na boca próxima e distal três vezes ao dia nos dois dias que antecedem a cirurgia.
- Dieta do paciente deve ser leve no primeiro dia de internação e líquida na véspera.

Antibioticoterapia via parenteral com **metronidazol** 500ml IV 8/8h, **amicacina** 500ml IV 12/12h, **ampicilina** 1000mg IV 6/6h com manutenção até o sétimo-dia pós-operatório, com início no primeiro dia de internação.

- Administração de **manitol** 20% - 500ml, na vésoera, oferecer 250ml a cada meia hora pela manhã.

Controle pré e pós-operatório:

- Potássio sanguíneo – deverá ser dosado na internação e após o preparo com manitol, a correção será realizada s/n.

Abordagem

- Após identificação, realizamos a ressecção do trajeto fistuloso, reavivamos as bordas remanescentes e reconstituímos a via de eliminação fisiológica do paciente, onde muitas vezes, há necessidade de retirada do órgão ou do segmento envolvido.
- As fistulas do terço inferior, as retovaginais, podem ser operadas via vaginal. Nas fistulas de localização mais alta há necessidade de laparotomia, ou até via combinada, quando o acesso torna-se difícil.

FÍSTULAS ENTERO-TUBÁRIA

São as que comunicam o intestino a tuba uterina devido rotura espontânea ou através de manobras cirúrgicas, na maioria das vezes, um piossalpinge. O diagnóstico é feito após constatar o fluxo de material fecal pelo colo do útero desde que não haja oclusão do tubo por processo inflamatório. O tratamento é realizado pela ressecção do complexo seguido de entero-entero anastomose em dois planos com fio de algodão 3.0 e drenagem da cavidade.

FÍSTULAS ENTERO-UTERINAS

São as que comunicam o intestino com o útero, podem ser fístulas íleo-uterina, que normalmente ocorre entre o fundo do útero e a alça ileal, fístula sigmóide-uterina entre a face posterior do útero e o sigmóide ou reto-uterina também entre a face posterior do útero e o reto.

Principais causas

- Curetagem uterina com perfuração do fundo de saco e lesão da alça de delgado.
- Traumas obstétricos (curetagem com perfuração), cesarianas e também processos inflamatórios do cólon (diverticulite) que por contigüidade possa vir a drenar para o útero, como abscessos pélvicos e pós radioterapia para tratamento de neoplasias malignas do reto ou colo de útero.

Diagnóstico

- Flato vaginal e saída de fezes pela vagina pode ocorrer sangramento retal cíclico com amenorréia. O diagnóstico é confirmado através da radiografia com contraste e histerografia.

Tratamento

A maioria das fístulas, necessitam de correção cirúrgica, podendo fechar espontaneamente, com o bloqueio local. O acesso cirúrgico é a laparotomia mediana, para que possamos separar a alça intestinal, da parede do útero, na maioria das vezes, a rafia não basta e realizamos enterectomia e histerectomia. Em casos onde não há prognóstico para o paciente citando como exemplo neoplasias avançadas do reto ou do útero, realizamos colostomia em alça, para desvio da trânsito.

GINECOPATIAS INFANTO-PUBERAIS

Alessandra Plácido Lima Leite (MESM)
Maria Nieves Monterroso (HMLMB)

INTERSEXO

Diagnóstico

- Cromatina sexual e cariótipo
- FSH e LH (principalmente em pacientes na puberdade com disgenesia gonádica)
- No pseudohermafroditismo feminino:
 - . sulfato de dihidroepiandrosterona (SDHEA)
 - . 17a-hidroxiprogesterona.
 - . Testosterona
 - . Androstenedioma, deidroepiandrosterona
 - . 17 – cetosteróides (17KS) em urina de 24 horas, desoxicortisol
 - . Estrógenos
- Radiografia de mãos e punhos (observar soldadura de epífises ósseas)
- Urografia excretora
- Ultra-som pélvico
- Laparoscopia (se necessário)
- Sempre que possível adotar sexo genético
- Indivíduos com genitália rudimentar ir sempre pelo sexo feminino, independente do sexo genético e gonadal.

TRATAMENTO

1-Hermafroditismo verdadeiro (quando diagnosticado em RN)

- Avaliação do aspecto morfológico dos genitais para observar a predominância de outro sexo.
- Tratamento cirúrgico para conferir as características próprias do sexo adotado e extirpar o “ovotestis”.

2- Pseudohermafroditismo masculino (S. Morris)

- Exérese das gônadas
- Manter nível hormonal com reposição estrogênica.

3- Disgenesia gonádica

- Iniciar tratamento na puberdade tipo valerianato de estradiol + levonorgestrel.

4- Pseudohermafroditismo feminino

- Correção cirúrgica da hipotrofia de clitóris até 3 anos
- Prednisona 5 a 10mg VO à noite, principalmente, nos casos de hiperplasia adrenal congênita. Ministrada por toda a vida.

PUBERDADE TARDIA

Diagnóstico

- Dosagem de FSH, LH, prolactina, estrógenos, progesterona e teste de GnRH, TSH ultra-sensível e T₄ livre
- Ultra-som pélvico e de abdome
- Provas de função hepática, tireóide e supra-renal
- R.X. ou tomografia de crânio.
- Avaliação da idade óssea.
- Cromatina sexual e cardiotipagem (se necessários)
- Urografia excretora (se necessário)
- Biópsia gonadal (casos selecionados)
- Citologia hormonal vaginal

TRATAMENTO

1. Idiopática:

- Estrógenos conjugados 0,625mg VO por 21 dias
- Nos últimos 10 dias acrescentar acetado de medroxiprogesterona VO 5mg/dia.
- Manter esquemas até desenvolvimento adequado e esperar menstruação espontânea.
- Cálcio 1200 a 1500mg/dia

2. Hiperprolactinêmica:

- Bromocriptina 1,25mg VO à noite 3 a 5 dias; depois 1,25mg VO 12/12h 3 a 5 dias; depois 1,25mg VO pela manhã e 2,5mg VO à noite 3 a 5 dias, depois 2,5mg VO 12/12h 6 a 9 meses.

4. Ovários não responsivos:

- Associação estradiol + levonorgestrel (tratamento substitutivo).

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Diagnóstico:

- Hemograma, coagulograma, TS, ultra-som pélvico.

Tratamento (vários esquemas)

- **Primosiston (etinilestradiol + noretisterona) 1comp. VO 8/8h até parar o sangramento, seguido de 1comp. VO 12/12h até completar 22 dias de tratamento + Dicinone (etansilato) 1comp VO 8/8h/5 dias + Piroxicam 20mg 1 comp VO 12/12h/3 dias (afastata discrasia sangüínea). Manutenção: anticoncepcional oral de média dosagem (30mcg de etinilestradiol) por 2 meses, seguido de baixa dose (20mcg de etinilestradiol) por mais dois meses e, depois baixíssima dose, se for necessária anticoncepção, ou progesterona na segunda fase caso não seja necessário.**
- Estrógenos conjugados 20mg IV 8/8h (até cessar sangramento ou até 48 horas)

- Manutenção: EC 1,25mg VO 12/12h (5 dias) + EC 1,25mg VO/ dia + acetato demedroxiprogesterona 5mg (10 dias)
- Aguardar próxima menstruação e no 5ª dia iniciar ciclo artificial (3 a 6 meses)
- Ciclo artificial: EC 1,25mg VO/ dia por 25 dias + Acetato de medroxiprogesterona 5mg VO/dia por 10 dias a partir do16ª.

PUBERDADE PRECOCE

Diagnóstico:

- FSH,LH, prolactina, estrógenos
- Ultra-som pélvico e abdominal (supra-renais)
- Provas de função hepática e tireóide (se necessário)
- Avaliação da idade óssea (RX de mãos e punhos)
- RX simples ou tomografia de crânio

Tratamento: (manter até 9 – 10 anos ou idade óssea de 12 a 13,5 anos)

- Goserelina 3,6mg/mês SC
- Triptorelina 60µg/Kg 21 a 28 dias, IM
- Acetato de leuprolide 140 a 300 µg/Kg – 28 dias, IM (disponível em Alagoas)
- Acetato de medroxiprogesterona 100mg IM 15/15 dias ou 10-20mg VO/dia
- Danazol 100mg/dia VO
- Ciproterona 100mg/dia VO

Vulvovaginites

Diagnóstico:

- Colpovirgoscopia (se possível)
- Bacterioscopia + cultura da secreção vaginal. Se necessário usar meio de Thayer-Martin
- Swab anal
- Protoparasitológico de fezes
- Urina tipo I

Tratamento:

Geral: orientar higiene e vestuário

Vulvite séptica: antibiótico de acordo com a cultura + antibiograma

Vulvite alérgica: identificar e apontar alérgeno + cremes de corticóides

Tricomoníase: metronidazol 250mg VO 12/12h por 10 dias.

Candidíase:

- Fluconazol (menores acima de 10 anos e com peso acima de 40Kg) 1 cápsula VO de 150mg
- Cetoconazol - crianças até 20Kg: 50mg, de 24/24h; de 20 a 40Kg: 100mg de 24/24h; acima de 40/kg: 200mg 24/24h – 5dias. Adolescentes acima de 40Kg: 400mg 24/24h – 5 dias.
- Miconazol 1 apl. Vaginal (aplicador de virgem ou sonda) em dias alternados (8-10 dias)

Gonococcia: Crianças- adequar a dose de ceftriaxona para 125mg IM, dose única (<45kg) ou 125 a 250mg IM, dose única (\geq 45kg). Se associado a clamídia – crianças com peso < 45kg: eritomicina 50mg/kg/dia VO 6/6h por 10 a 14 dias. Crianças com peso \geq 45kg e idade inferior a 8 anos; azitomicina 1g VO, dose única. Crianças com idade \geq 8 anos: aziromicina 1gVO, dose única ou doxiciclina 100 mg VO12/12h/ 10 dias.

Hemófilos: amoxicilina 20 a 40mg/kg/dia VO 8/8h/7dias.

COALESCÊNCIA DE PEQUENOS LÁBIOS

Tratamento:

- Aplicação local de creme de E.C. por 15 dias. Manter com vaselina sólida.

Conceito:

É a perda sangüínea, vinda da cavidade uterina, na ausência de lesão orgânica do aparelho genital, de doenças sistêmicas e de estado gravídico, sendo de origem endometrial atribuída a alteração nos mecanismos neuroendócrinos que controlam a menstruação.

Pode ser dividida em:

1.Ovulatória: menos freqüente (10 a 30% dos casos), sendo representada por:

- Polimenorréia: sangramento com intervalo inferior a 23 dias, devido ao encurtamento da fase folicular.
- Sangramento da ovulação: ocorre por queda brusca dos estrogênios por causa da rotura folicular.
- Sangramento pré-menstrual: ocorre devido a produção inadequada de progesterona, principalmente acima de 35 anos.
- Persistência do corpo lúteo; pela persistência da função lútea levando a atraso menstrual com sangramento irregular.
- Endométrio misto: por luteólise incompleta, levando a endométrio com áreas de secreção avançada, áreas de endométrio menstrual e áreas de proliferação inicial.

2.Anovulatória: 70 a 90 % dos casos. Os tipos mais comuns são:

- Metrorragia: sangramento excessivo sem relação com o período menstrual.
- Hipermenorréia: aumento do número de dias e do volume do fluxo menstrual.

Diagnostico:

Puberdade: cuidadosa anamnese, exame físico, vaginoscopia (quando possível), para afastarmos vulvovaginites, abortos, abusos sexuais, tumores, discrasias sangüíneas (hemograma e coagulograma completos), alterações ponderais, distúrbios da tireóide, adrenais, hepáticos e renais. A causa mais freqüente de HUD nessa faixa etária é devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, tendo, portanto, sua duração auto limitada pelo início dos ciclos ovulatórios.

Menacme: afastar patologias uterinas (leiomiomas, pólipos, adenomiose, câncer) infecções ou inflamações genitais, complicações da gravidez (abortamento, prenhez ectópica, neoplasia trofoblástica). Deve-se realizar colpocitologia oncológica, colposcopia, ultrasonografia endovaginal, histerossalpingografia, histeroscopia com biópsia; dosagem de β HCG e prolactina.

Climatério: além dos exames já citados, é imperiosa a realização da curetagem uterina para exame histopatológico, podendo ser terapêutica também. Quando possível, realizar histeroscopia.

TRATAMENTO:

Nos casos mais graves, com comprometimento do estado geral da paciente, realizar internação e até transfusões sanguíneas, além da orientação e suporte psicológico. Nas pacientes climatéricas é necessária a investigação da cavidade uterina. O tratamento será:

- 1- **Clínico:** de acordo com a intensidade das perdas sanguíneas, repercussões para o organismo e a fase da vida da mulher.

Hemorragia grave

- Estrógenos conjugados 20mg IV, em intervalos de 4 a 6h, até cessar a hemorragia, ou até de 24h, quando então podemos associar dois outros esquemas de manutenção.
- Estrógenos conjugados 2,5mg ao dia por 21 dias, associando nos últimos 10 dias, 10mg de acetato de medroxiprogesterona, para haver descamação endometrial normal 2 a 10 dias depois de completada a série, repetindo o esquema no total de 3 a 4 ciclos.
- Estrógenos conjugados 10mg ao dia por 2 a 5 dias, até parar o sangramento. Diminuir gradualmente até 2,5mg ao dia por 20 dias, associando 5mg ao dia de acetato de medroxiprogesterona nos últimos 10 dias.
- Esquemas com progesterona em pacientes com contra-indicação de estrogoterapia ou em mulheres menopausadas.

HEMORRAGIA MODERADA.

- Estrógenos conjugados 20mg IM de 12/12 até cessar o quadro, seguido de anovulatórios orais por 21 dias, repetindo-se por 3 a 4 ciclos.
- Anovulatórios combinados VO, de 8/8 h, por 7 dias. O quadro se estabiliza em 48h, devendo-se orientar a paciente sobre a hemorragia de supressão, que ocorrerá dentro de 2 a 4 dias, iniciando-se no 5^a dia do ciclo a dose habitual de 1 cp ao dia, por 3 ciclos.

Hemorragia leve:

- Anti-inflamatórios não hormonais e inibidores da síntese de prostaglandinas
- Suplementação vitamínica e de ferro
- Na puberdade, pode-se adotar conduta expectante, e eventualmente as medidas acima descritas. Evitar anovulatórios orais em pacientes com menarca há menos de 2 anos; utilizar 10mg de acetato de medroxiprogesterona por 5 dias a cada 35 dias ou, em perdas maiores, a progesterona sintética VO (10 a 30mg ao dia) até parar o sangramento. Após o descamamento normal, mantém-se o esquema por 2 a 3 ciclos
- Em pacientes climatéricas com hiperplasia endometrial, sem atipias, usando acetato de medroxiprogesterona 100mg semanal, por 6 meses, ou dose inicial de 150mg mais 100mg a cada 15 dias, passando a 100mg mensal se não houver perdas por 3 meses. Após, realizar nova biópsia de endométrio e, caso

persista o quadro histológico ou recidiva da hemorragia, o tratamento passa a ser cirúrgico.

- Nas hemorragias anovulatórias associadas ao desejo de engravidar, usa-se o citrato de clomifeno 100g ao dia, por 5 a 7 dias. Pode-se associar 10mg de acetato de medroxiprogesterona VO do 15^a ao 24^a dia do ciclo.

2-Cirúrgico: indicado nos casos que não respondem ao tratamento clínico ou que apresentam recidivas freqüentes.

- Curetagem uterina: para cessar hemorragia e diagnóstico do tipo histológico, principalmente em mulheres climatéricas.
- Histerectomia: pacientes com quadro recidivante, com prole constituída, ou com patologias associadas: como mioma uterino, adenomiose, lesões malignas ou pré-malignas.
- Cirurgias endoscópicas: utiliza-se o histeroscópio, com ablação do endométrio, a laser ou térmica.

SANGRAMENTO GENITAL – ABORDAGEM CLINICA E TERAPÊUTICA DE URGÊNCIA

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

Causa de sangramento em ginecologia:

Vaginais : lacerações, trauma, adenose, neoplasia.

Colo: ectrópio, pólipos, mioma parido.

Uterinas: mioma, neoplasia, adenomiose, espessamento endometrial

Ovariana: ruptura de cisto, cisto hemorrágico

Complicações do ciclo gravídico-puerperal: abortamentos, prenhez ectópica.

Causas infecciosas: endometrites, cervicites, salpingites, tb genital

Causas sistêmicas: tireodopatias,, hepatopatias, coagulopatias

Iatrogênicas: hormônios, anticoagulantes, DIU

Hemorragia Uterina disfuncional (exclusão)

Avaliação clinica:

ABC da reanimação: vias aéreas, padrão ventilatorio e circulatório.

Idade

Paridade

Antecedentes menstruais

Métodos contraceptivos.

Abdome: sinais de peritonismo

Caracterização da dor: Sinal de Lafond (dor referida no ombro por sangue acumulado em região subfrênica com irritação diafragmática), dor em abdome inferior ou região infraumbilical, dor a descompressão brusca (sinal de Blumberg).

Escurecimento ou arroxamento periumbilical (sinal de Cullens)

Ausculta abdominal (abafamento de ruídos hidroaéreos)

Exame especular: lacerações, traumas, ectrópio, pólipos, cervicites, mioma parido, neoplasia

Toque bimanual: situação do colo, volume e consistência uterina, aumento de anexos, dor

Em fundo-de-saco de Douglas (sinal de Proust)

Pesquisar: petequias, equimoses, hematomas, hemangiomas (spiders), eritema palmar.

Exames complementares: B-HCG

Hemograma

Coagulograma (TP, TTPP, fibrinogênio, agregação plaquetária)

USG pelvia endovagial ou transabdominal

Histeroscopia

Mais: BCSV com pesquisa de clamídia e ureoplasma

Função tireoideana (T3, T4, TSH)

Função hepática (TGO, TGP, g-GT, FA, BT e frações)

Histeroscopia (distensão em meio líquido)

Histrossonografia

CTG uterina.

Terapêutica clínica: Estrogênio Conjugado (Premarin) VO (10mg em 4 doses) e, concomitantemente, uma pílula ao dia, por quinze dias (de preferência tipo mais forte, como Anfertil).

Estrogênio conjugado IV (25 mg a cada 2-4 hs por 24 hs)

Ácido tranexâmico (Transamin) 6 g dia, nos primeiros 3 dias e depois 4, 3, 2, 1 g nos quatro dias subsequentes. VO e IM

AINH com maior potencial de bloqueio das prostaciclina e com pouca supressão ao tromboxano): ácido mefenâmico (Ponstam) 500 mg 3x ao dia, Ibuprofeno (Advil) 400 mg 3 x ao dia, Celecoxib (Celebra) 200 mg 2x ao dia.

Terapêutica alternativa: Danazol (Ladogal) 100 mg 2 a 4 x ao dia

Goserelina (Ladogal) 3,6 mg SC a cada 28 dias

Leuprolide (Lupron) 3,75 IM a cada 28 dias.

Terapêutica cirúrgica: CTG uterina

Ablação endometrial (qdo afastada atipia)

Terapêutica cirúrgica específica.

Embolização das artérias uterinas.

INFERTILIDADE CONJUGAL

Roberto A. Almeida Prado (HMLMB)

- Define-se infertilidade conjugal como a incapacidade de um casal para conceber após 18 meses de relações sexuais freqüentes, sem uso de método anticoncepcional. A incidência de infertilidade é cerca de 10%, nos países desenvolvidos e 30% nos subdesenvolvidos. Considera-se infértil primária a mulher que nunca engravidou e secundária aquela em que uma ou mais gestações ocorreram, mesmo que tenham sido ectópica ou que terminado em abortamento.

Os principais fatores ou causas de infertilidade e suas incidência aproximadas são:

Fator	Incidência (%)
Masculino	45
Cervical	50
Tuboperitoneal	30
Ovulatório	30
Desconhecido	15
Uterino	10

Possivelmente há mais de um fator em um mesmo casal. O fator cervical, embora com alta incidência, apresenta-se geralmente associado a um outro fator.

FATOR MASCULINO

- Deve-se sempre pesquisado. Dentre as principais causas, observa-se: varicocele, falência testicular, endocrinopatias, criptorquidia, fumo excesso e calor.
- Outras alterações a serem consideradas: obstruções ductais congênitas, pós-infecções ou pós-vasectomia e problemas relacionados à deposição do sêmen na vagina como: hipospádia, impotência e distúrbios ejaculatórios.
- Recursos terapêuticos: inseminação artificial e as várias formas de fertilização “in vitro”. Os tratamentos medicamentosos para estimulação da produção de espermatozoides são empíricos e de pouca ou nenhuma utilidade.

FATOR TUBO-PERITONEAL

- Ocorre quase que exclusivamente devido a inflamações pélvicas pós abortamento ou em consequência de doença inflamatória pélvica.

- Diagnóstico: histerossalpingografia que deverá ser sempre confirmada pela laparoscopia.
- Tratamento: preventivo, pela utilização de preservativos ou tratamento precoce das anexites. Quando a obstrução já tiver se instalado: plástica tubária com resultados ,mediocres e a fertilização assistida.

FATOR OVÁRICO

- É o que apresenta as melhores respostas ao tratamento, embora dificilmente seja identificada a sua etiologia. Muitas vezes apenas a anamnese é suficiente para identificar a existência ou não de ovulação.
- Diagnóstico: feito anamnese, curva de temperatura basal, dosagem de progesterona no 21^a dia do ciclo e a biópsia de endométrio. As dosagens de gonadotrofina nos orientam sobre a reserva ovárica.

FATOR CERVICAL

- Embora muito freqüente o fator cervical raramente apareça isolado. Deve-se ser sempre pesquisado algum outro fator associado.
- Diagnóstico: feito pelo teste pós-coito. Entre as principais causas enumeram-se as estenoses pós-cauterização e as cervicites.

FATOR UTERINO

- Os miomas uterinos podem ser causa de infertilidade por provocarem distorção da cavidade uterina alterarem a dinâmica das contrações do miométrio e mais raramente por produzirem, obstrução bilateral das trompas. A miomectomia será realizada após serem afastadas outras causas mais óbvias de infertilidade e oferecer bons resultados em cerca de 35% dos casos.
- As sinéquias uterinas ocorrem geralmente em consequência de curetagens vigorosas por abortamento infectado. Existe predisposição individual para a sua formação.
- Tanto os miomas quanto as sinéquias podem ser causa de abortamento de repetição.

INFERTILIDADE DE CAUSA DESCONHECIDA

- Quando toda propedêutica disponível foi posta em prática e nenhum fator foi detectado, classificamos como infertilidade de causa desconhecida, que representa cerca de 15% dos casos. Estes casos representam a mais freqüente indicação de fertilização assistida nos dias atuais. Cerca de 50% dos casais com estas características haverá gravidez espontaneamente num intervalo de 6 anos, mesmo sem nenhuma intervenção terapêutica por parte do médico.

PESQUISA BÁSICA DO CASAL INFÉRTIL

1. Anamnese do casal

2. Exame físico geral e especializado
3. Exames complementares para avaliação da saúde geral do casal
4. Espermograma (se alterado, deverá ser repetido)
5. Controle térmico basal por três ciclos
6. Dosagem de progesterona na segunda fase
7. Teste pós-coito
8. Biópsia de endométrio no 21ª dia do ciclo
9. Histerossalpingografia
10. Laparoscopia

ROTINA NO ATENDIMENTO DE CASAIS INFÉRTEIS

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO AO SETOR:

- Idade superior a 21 anos.
- Desejo de gestação por período superior a 18 meses.
- União conjugal estável.

PRIMEIRA CONSULTA

- Anamnese completa, aprofundando aspectos relativos à historia menstrual, vida sexual atual e pregressa, infecções genitais e antecedentes do marido (idade, cor, profissão, gestações em outros relacionamentos, doenças).
- Exame físico geral e ginecológico.
- Exames complementares a serem solicitados:
 - . Hemograma completo com VHS.
 - . Urina tipo I
 - . Sorologia para HIV e lues
 - . Ultra-som endovaginal
 - . **Espermograma (sem o qual a paciente não será mais atendida).**
- Orientar o registro de curva de temperatura basal.

SEGUNDA CONSULTA

- Pacientes com infertilidade secundária ou que já tenham sido submetidas a qualquer manipulação da cavidade uterina (por exemplo biópsia de endométrio, colocação de DIU, curetagem, etc.), solicitar histerossalpingografia que resultando normal levará a paciente a pesquisa da função ovulatória através dos seguintes exames:
 - 1) ciclos menstruais irregulares – FSH, LH, prolactina.
 - 2) Ciclos menstruais regulares – curva térmica basal, progesterona no 21ª dia /ciclo e prolactina.
- Pacientes com infertilidade primária, sem antecedentes de manipulação da cavidade uterina: pesquisar função ovulatória (descrita acima).

- Pacientes com fator masculino detectado ao espermograma: inicialmente repetir o espermograma. Se a alteração persistir o marido deverá ser encaminhado para o endrologista.

TERCEIRA CONSULTA

- Pacientes com alteração na histerossalpingografia: agendar laparoscopia e, dependendo do que for observado, indicar plástica tubária ou encaminhar para FIVETE. Vale lembrar que não tratamos cirurgicamente pacientes apresentando fator tuboperitoneal com idade superior a 37 anos.
- Pacientes com fator ovulatório diagnosticado:
 - 1) **Anovulação ou dissimulação** (progesterona ausente ou baixa no 21^a dia do ciclo e gonadotrofinas normais): tratar inicialmente com citrato de clomifeno, iniciando com 50 mg/ dia , durante 5 dias iniciando a partir do 3^a dia do início de sangramento uterino. Se não forem obtidos ciclos regulares e ovulatórios com a dose inicial, ela deve ser aumentada para 100mg/ dia. Nas pacientes amenorreicas, induzir sangramento uterino com acetato de medroxiprogesterona, na dose de 10mg/ dia, durante 5 dias e iniciar o citrato de clomifene no 3^a dia após o início do sangramento.
 - 2) **Hiperprolactinemia:** tratar com bromocriptina 2,5mg VO, duas vezes ao dia. Para melhor aceitação da droga, iniciar com doses menores, aumentando gradativamente.
Casais nos quais não se apurou causa que explicasse a infertilidade: encaminhar para fertilização assistida ou apenas observar.

OBSERVAÇÕES:

1. As eventuais exceções a estes procedimentos deverão ser discutidas com o preceptor do setor, que terá seu nome anotado no prontuário.
2. Outros procedimentos diagnósticos ou terapêuticos farão parte de protocolos a serem testados e, se apresentarem utilidade comprovada, serão adotados definitivamente.

LEUCORRÉIAS

Alexandre Guilherme V. Rossi (HMLMB)
Alessandra Plácido Lima Leite (MESM)

CONCEITO

Aumento considerável e permanente do conteúdo vaginal, que se exterioriza através dos genitais externos.

MECANISMOS DE DEFESA VAGINAL

- Integridade anatômica genital
- Barreira mecânica e química
- Condições metabólicas locais – O₂ e PH
- Equilíbrio entre microorganismos

ETIOLOGIA INFECCIOSA

- Vírus – H.P.V. e herpes
- Fungos – Cândida albicans e Cândida glabrata
- Bactérias – gardnerela, gonococo e clamídia
- Protozoários – trichomonas
- Helmintos – T.trichiura

TUMORAL

- Radbomiossarcoma embrionário – sarcoma botrióide (raríssimo)
- Câncer de colo
- Câncer de endométrio
- Câncer de tuba

CORPO ESTRANHO MUCORRÉIA: leucorréia persistente e sanguinolenta

FATORES DE RISCO

- Gravidez, diabetes, uso de antibióticos e contraceptivos orais (diminuição do pH vaginal) – fungos
- Aumento do pH vaginal – trichomonas
- Imunossupressão – fungos, bactérias e vírus
- Hipoestrogenismo – gonococo
- Abuso sexual

QUADRO CLÍNICO

Variável de acordo com o agente etiológico

- Aspecto da secreção: pode ser fluído (trichomonas e gardnerela), em placas (fungos) ou com bolhas (trichomonas).
- Coloração da secreção: amarelada (trichomonas), esbranquiçada (fungos) ou castanho acinzentada (gardnerela), hemática (tumores, corpos estranhos)
- Odor desagradável: trichomonas, gardnerela, tumores, corpo estranho
- Prurido local: fungos, trichomonas, oxiúros (prurido anal noturno)
- Lesões verrucosas: HPV
- Doença inflamatória pélvica: clamídia e gonococo

PROPEDEÚTICA

CLÍNICA

ANAMNESE

- Caracterização da secreção e fatores desencadeantes
- Uso de drogas

Exame físico

- Inspeção vulvar – avaliar glândulas vestibulares maiores
- Visualização direta da secreção para definir quantidade e características físicas
- Expressão uretral
- Toque bimanual – avaliar regiões anexiais.

SUBSIDIÁRIA

- Pacientes com fator ovulatório diagnosticado:
- Dosagem do p H
- Bacterioscopia
 - . A fresco
 - . Com colorações específicas – Gram
 - . Pesquisa de aminas aromáticas – **Koh (“whiff test”)**

VIRGOSCOPIA

NÃO UTILIZAR O EXAME DE PAPANICOLAOU PARA DIAGNÓSTICO E/ OU CONTROLE DE LEUCORRÉIAS, POIS NÃO É UM MÉTODO COM BOA ACURÁCIA PARA ESTE FIM (VER CAPÍTULO DE PATOLOGIA CERVICAL E DE CARCINOMA DE COLO UTERINO)

TRATAMENTO – DEVE SER DIRIGIDO PARA A CAUSA ESPECÍFICA

QUADROS INFECCIOSOS

Trichomonas

1. Paciente não grávida.
 - Local: derivados imidazólicos – metronidazol creme ou gel/ dia durante 7 a 10 dias.
 - Sistêmico: derivados imidazólicos – metronidazol, tinidazol – 2g em dose única ou 0,5 a 1g/ dia durante 7 a 10 dias
2. Paciente grávida
 - Clotrimazol tópico, metronidazol tópico (acima de 14 semanas)
3. Parceiro
 - Sistêmico: 2g de um derivado imidazólico em dose única, preferência o metronidazol

Candidíase

1. Paciente não grávida
 - Local: terconazol – dose única de 240mg ou tioconazol – 100mg/ dia durante 3 dias
 - Sistêmica: fluconazol – 150mg em dose única ou cetoconazol – 400mg/dia durante 5 dias..
2. Paciente grávida
 - Nos quadros recidivantes – sistêmico (após 14 semanas)
3. Parceiro
 - Tratar apenas nos quadros recidivantes – sistêmico

Gardnerella

1. Paciente não grávida
 - Local: pouco eficaz e semelhante ao da trichomonas
 - Sistêmico – derivados imidazólicos (2g em dose única ou 2g/ dia em duas doses intercaladas por um dia ou 500mg de 12/12 durante 7 dias)
2. Paciente grávida
 - Recomenda-se o uso de amoxicilina (500mg de 8/8h VO) e metronidazol gel ou creme , tratamento tópico (aciam de 14 semanas)
3. Parceiro
 - Discute-se a necessidade de tratamento

Clamídia

1. Pacientes não grávidas:
 - Doxiciclina – 100mg de 12/12h, VO 7 a 14 dias
 - Azitromicina – 1g VO dose única
2. Parceiro:

- Tratar com o mesmo esquema.

Tumorais

- Ressecção

MASTOPATIAS

Sérgio Naufal Teixeira da Silva (HMLMB)
Maurício de Sena Martins (HMLMB)

ROTINA DIAGNÓSTICA

Anamnese.

- É dirigida, procurando-se assinalar sinais e sintomas de doenças localizada e à distância, além de dados de interesse sobre fatores epidemiológicos.
- Queixa e duração.
- História da moléstia atual: dor, tumor, derrame papilar, alterações cutâneo-vasculares, sintomas gerais.
- Antecedentes familiares: doenças de mama na família.
- Antecedentes pessoais: doenças prévias de mama, cirurgia prévia de mama (local, anatomopatológico), uso de hormônios, anticoncepção.
- Antecedentes menstruais: idade da menarca, menstruação, ciclo menstrual, data da última menstruação.
- Antecedentes obstétricos.

Exame físico

- Exame físico geral
- Exame físico especial (loco-regional):

Inspecção estática: desenvolvimento, forma, simetria, alterações da pele, da papila e da aréola.

Inspecção dinâmica: através de manobras como elevação dos braços estendidos e contração dos peitorais, pode se acentuar algumas alterações, como abaulamentos, retrações, desvios mamilares, visualizando-se também, as regiões axilares.

Palpação: deve ser cuidadosa, inicialmente com a paciente sentada e, a seguir, em decúbito dorsal. Há várias técnicas, sendo as principais a DIGITAL (Bloodgood), a ESPALMADA (Velpaux) e a SETORIAL. Depois da mama, palpa-se a axila, fossas supra e infraclavicular homolaterais e em seguida, faz-se o mesmo do lado oposto.

Deve-se anotar **todas** as características: localização, tamanho, consistência e mobilidade em relação às estruturas adjacentes.

Nos casos de derrame papilar fazemos, rotineiramente, a palpação setorial radiada das regiões areolar e periareolar, anotando o local cuja pressão digital origina descarga (sangüínea, serossangüínea, serosa, aquosa, Láctea). Esta palpação é também chamada “dedo em gatilho”.

Fluxo ou derrame papilar

- Incidência: varia de 0,7 a 10,0%. Com exceção da gravidez e lactação, é sinal patológico.
- Trata-se de enfermidade benigna (ectasia ductal, papiloma intracanalicular).
- Quando associado a nódulo palpável, constitui o chamado duplo sinal” e sugere processo maligno, especialmente, se o líquido for seroso ou serossanguíneo, unilateral e espontâneo. Nestes casos, a biópsia é impositiva.
- Sempre deve ser feito o esfregaço, à procura de hemácias ou mesmo células atípicas.
- Em presença de fluxo papilar, a palpação será cuidadosa (setorial) e será programada a setorectomia.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Rotina para casos com diagnóstico clínico ou histopatológico de carcinoma de mama.

- Mamografia bilateral/ ultra-sonografia mamária
- R.X. tórax (PA e perfil)
- Mapeamento ósseo, hepático e cerebral.
- Radiografia dos segmentos ósseos suspeitos no mapeamento.
- Ultra-sonografia hepática, CA 15-3
- Bioquímica: fosfatase alcalina, cálcio, fósforo, proteínas totais e frações, glicose, uréia, creatinina e provas hepáticas.
- Hemograma completo (com plaquetas).
- Citologia oncológica (Papanicolau) da descarga papilar.
- Punção espirava por agulha fina ou “core biopsy” guiada ou não por ultra-som (lesões palpáveis e não palpáveis).

Biópsia de mama

- A biópsia é obrigatória em todo e qualquer nódulo isolado. A biópsia cirúrgica, sempre que possível, será excisional, com congelação (histopatológico) e sob anestesia geral, salvo alguma contra-indicação.
- Em casos de tumores maiores e tecnicamente operáveis é feita a biópsia incisional ou mesmo a punção-biópsia, porém sempre com exame histopatológico por congelação.
- Em casos de carcinoma inflamatório é feita a punção-biópsia.

Mamografia

- Utilizada com mais frequência para diagnóstico do carcinoma em fase pré-clínica (assintomático) ou para excluir patologia maligna em glândulas clinicamente normais.

- A sociedade Brasileira de Mastologia recomenda o exame bianualmente a partir dos 40 anos. No entanto, o início poderá ser entre os 35 anos e 40 anos, bianualmente e a partir dos 50 anos, anualmente.
- Indicações (grupos de risco para câncer de mama):
 - . Antecedentes familiares de câncer de mama, a partir de 35 anos.
 - . Controle da mama contralateral, na presença de nódulo (suspeito ou não).
 - . Pacientes menopausadas submetidas a TRH.
- **Observação:** a mamografia é proibida na gravidez, devido aos riscos da irradiação e aos recursos mamográficos pobres. Nestes casos, realizar a ecografia, excelente método para diagnóstico diferencial entre nódulo sólido e cístico.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS MAMOGRÁFICAS DAS MASTOPATIAS

Parâmetro	Benigna	Maligna
Hiperdensidade do tecido	Discreta, homogênea	Evidente, heterogênea
Forma do nódulo	Redonda, ovalada, lobulada	Variável
Calcificações	Grosseiras, isoladas, numerosas e centrais.	Finas, confluentes, escassas e periféricas.
Tecidos adjacentes	Compressão	Infiltração
Diâmetro relativo do tumor (clínico/ radiográfico)	Semelhante	Dobro
Vascularização nas duas mamas	Igual	Aumentada

MASTOLOGIA - ROTINAS

Renise de Melo V. F. Cavalcante (MESM)

1 – DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO E FETAL (MASTOGÊNESE)

A glândula mamária deriva do ectoderma e do mesoderma. Ela percorre várias etapas evolutivas, que se iniciam na vida embrionária, prosseguem no período fetal, e durante o menacme e a gestação.

O conhecimento preciso das etapas evolutivas iniciais da mastogênese é importante para uma exata compreensão das anomalias congênitas e possíveis alterações da função secretora.

Na espécie humana a mastogênese apresenta quatro etapas evolutivas distintas:

I – Formação da linha ou crista láctea: (6ª semana)

II – Formação do primórdio papilar: (8ª a 18ª semana)

III – Formação da bolsa papilar e primórdio ductal (19ª a 30ª semana)

IV – Formação do complexo areolopapilar e primórdio lobular (31ª a 40ª semana)

Na 4ª semana de vida intra-uterina, forma-se um espessamento do ectoderma, que se estende desde as axilas até as regiões inguinais, denominando linha ou crista mamária. Na 6ª semana ocorre regressão da linha mamária, restando somente na face anterior do tórax, onde ocorrerá o desenvolvimento normal da mama. A não regressão completa da linha mamária, acarreta formação de tecido mamário acessório, constituindo desde politelia (mamilo extra numerário), até a polimastia (glândula mamária acessória completa), podendo apresentar produção láctea. Já a regressão completa da linha mamária acarreta a ausência do desenvolvimento mamário (a amastia).

Ao nascimento, somente os principais ductos estão formados, apesar de que devido à influência hormonal materna possa aparecer secreção mamilar “leite de bruxa”. No sexo feminino, a mama, daí por diante, não se desenvolve até a puberdade, quando, devido à produção estrogênica ovariana ocorre crescimento do sistema ductal, conjuntivo e adiposo. O tecido glandular ainda permanece com seu desenvolvimento incompleto até a primeira gestação, quando os ductos intralobulares apresentam desenvolvimento rápido e aumentado, formando alvéolos. Além do estradiol, outros hormônios estão implicados neste processo: prolactina, insulina, cortisol, tiroxina, hormônio do crescimento, progesterona...

Estudando o desenvolvimento mamário na infância e adolescência, Marshall e Tanner estabeleceram 5 etapas distintas:

T1= Pré adolescente: elevação da papila

T2= Broto mamário: elevação da mama e papila

T3= Elevações adicionais da mama e aréola sem desnivelamento de seus contornos

T4= Elevação da aréola e papila além da superfície d mama

T5= Recessão da aréola, retornando ao nível da mama.

2 – ANATOMIA DA MAMA

O tecido glandular mamário é entremeado de estroma conjuntivo e de gordura cuja proporção relativa varia segundo a idade e as características biológicas individuais. A tendência, com o passar dos anos, é de o parênquima se atrofiar e ser substituído por tecido adiposo (liposubstituição fisiológica da mama). A unidade anátomo-funcional da mama é o lobo mamário, havendo cerca de 20, representados por 20 ductos terminais que se exteriorizam pelo mamilo. Cada lobo é formado por número variável de lóbulos, os quais abrigam centenas de ácidos. A rede linfática é complexa e bem desenvolvida, drenando, preferencialmente para a axila. Também ocorre drenagem para a cadeia da mamária interna das porções centro-mediais da mama. Existe, ainda, a via transpeitoral que desemboca nos linfonodos de Rolter.

3 – SEMIOLOGIA DA MAMA

3.1. ANAMNESE

- É dirigida, procurando-se assinalar sinais e sintomas de doenças localizadas e à distância, além dos dados de interesse sobre fatores epidemiológicos.
- Queixa e duração
- História da doença atual: dor, tumor ou nodulação, fluxo papilar, alteração cutâneo-vasculares, sintomas gerais.

Dor = data do início, intensidade, localização, irradiação, relação com atividade física, ciclo menstrual e traumatismos, presença de hipertermia, uso de fármacos.

Nódulo = data da observação do nódulo, velocidade do crescimento, localização, consistência e relação com traumatismo ou ciclo menstrual.

Fluxo Papilar = início, cor, uni ou multiductal, espontâneo ou provocado (geralmente só o espontâneo tem maior valor semiótico), uni ou bilateral, uso de medicamentos.

- Antecedentes pessoais e mastológicos: doenças prévias das mamas, cirurgias prévias das mamas (local, anatomopatológico), uso de hormônios, anticoncepção.
- Antecedentes menstruais: idade da menorragia, menstruação, ciclo menstrual, data da última menstruação.
- Antecedentes geneco-obstétricos: a idade da 1ª gestação a termo, lactação (duração e intercorrências).
- Antecedentes familiares: pesquisa CA de mama e eventual associação com ovário e cólon na família, inclusive na linhagem paterna. Verificar a idade e a ocorrência de bilateralidade.
- Perfil psicossocial: tabagismo (quantidade e duração), uso de álcool e drogas.

3.2. EXAME FÍSICO

- Inspeção estática: iniciar com a paciente sentada, braços pendentes, diante de boa iluminação: observa-se volume, forma, simetria, alterações da rede venosa, da pele e do complexo aréolo-mamilar. Procurar retrações ou abaulamentos.
- Inspeção dinâmica: a paciente deverá elevar os braços acima da cabeça ou repousá-los sobre a mesma. Iremos observar se a mobilidade mamária está preservada repetindo o exame com a paciente apertando os quadris, a fim de contrair os peitorais. Uma inclinação do tronco para frente acentua os achados. Com os movimentos pesquisa-se novamente retrações, abaulamentos e assimetrias.
- Palpação:
 - a) Fossas supraclaviculares e infraclaviculares
 - b) Regiões axilares: com o braço da paciente apoiado no ombro do médico ou segurado por este, para relaxar a musculatura peitoral. Explora-se a axila com movimento de cima para baixo, como se estivesse “escavando” a mesma, exercendo suave pressão contra a parede torácica.

c) Mamas: é realizada com a paciente deitada, as mãos atrás da cabeça, seguindo-se, de preferência, o sentido horário. O examinador deve postar-se sempre do lado a ser palpado. Primeiro, de forma suave, deslizando as polpas digitais em busca de nódulos, condensações e irregularidades do parênquima e depois, de modo mais firme, pressionando contra os planos profundos, nunca esquecendo da região areolar (Atenção ao degrau nessa região). Existem várias técnicas, sendo as principais a Digital (Bloodgoog), a espalmada (Velpaux) e a setorial.

*Obs.: Estimular e orientar o auto-exame das mamas (80 a 90% dos tumores são detectados pela própria paciente).

4 – EXAMES COMPLEMENTARES

O correto uso dos exames complementares no diagnóstico mamário são importantes por duas razões: primeiro, porque existem fortes evidências de que o diagnóstico e o tratamento precoces aumentam a probabilidade de cura da doença e segundo, a detecção de lesões menores incrementam o uso da cirurgia conservadora, diminuindo as mutações.

4.1. MAMOGRAFIA

É a mais efetiva modalidade de exame imageológico mamário na atualidade, tendo o potencial de demonstrar lesões impalpáveis, muitas vezes pré-invasoras.

A periodicidade ideal do rastreamento mamográfico nos dias atuais pode ser resumida como se segue:

	História Familiar Presente	História Familiar Ausente
< 35	Basal	-
35 – 40	Anual	Basal
40 – 50	Anual	Anual ou bianual
➤ 50	Anual	Anual
➤ 70	De acordo com a expectativa de vida	De acordo com a expectativa de vida

A mamografia com objetivo de rastreamento utiliza 4 evidências padrão (duas médio laterais e duas crânio-caudais). Sua limitação está em relação direta com a densidade mamária. Assim, em jovens abaixo dos 35 anos e nulíparas a densidade elevada diminui, em muito, a acuidade do exame. Entretanto, à medida que o tecido glandular vai sendo substituído pelo gorduroso, vai melhorando o contraste e mais fácil torna-se a leitura.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS MAMOGRÁFICAS DAS MASTOPATIAS

Parâmetro	Benigna	Maligna
Hiperdensidade do tecido	Discreta, homogênea	Evidente, heterogênea
Forma de nódulo	Redonda, ovalada, lobulada	Variável
Calcificações	Grosseiras, isoladas, numerosas e centrais	Finais, confluentes, escassas e periféricas
Tecidos adjacentes	Compressão	Infiltração
Diâmetro relativo do tumor (clínico / radiográfico)	Semelhante	Dobro
Vascularização nas duas mamas	igual	Aumentada

Objetivando uniformizar a interpretação e padronizar a conduta para os achados mamográficos foi elaborado um sistema de informações padronizadas denominado: BREAST IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM (BIRADS).

Conforme os achados mamográficos, os laudos foram divididos em cinco categorias, e recomenda-se uma conduta para cada uma delas, de acordo com o risco esperado para câncer.

SISTEMA BIRADS

BIRADS 0: Nessa categoria é necessária a avaliação adicional de imagem. Inclui compressão localizada, ampliação, ultra-sonografia, etc. (A avaliação mamográfica está incompleta).

BIRADS 1: Negativa: as mamas são simétricas, não há nódulos, distorções de arquitetura ou calcificações suspeitas. Recomenda-se seguimento anual ou bianual. Risco para câncer igual a 0%.

BIRADS 2: Achados benignos: merecem descrição, porém não tipicamente benignos: fibroadenomas calcificados, calcificações secretórias (benignas), lesões com conteúdo de gordura (cisto oleoso, lipoma), lesões com densidades mistas (hamartoma), linfonodos intramamários e implantes (próteses). Recomenda-se seguimento anual ou bianual. Risco para câncer igual a 0%.

BIRADS 3: Achados provavelmente benignos: embora sejam considerados benignos (por exemplo: fibroadenoma não calcificado); indica-se a nova radiografia em intervalo mais próximo, em geral de 6 meses, para avaliar a estabilidade da

lesão. Isso porque pode-se estar diante de tumores circunscritos (medular, tubular, produtor de muco). Risco para câncer menor ou igual a 2%.

BIRADS 4: Achados suspeitos: considerar biópsia; são lesões que exibem características marcantes de malignidade, mas também não podem ser classificadas como provavelmente benignas. A investigação cito-histológica está bem indicada. Risco para câncer variável de 2% a 90%.

BIRADS 5: Altamente sugestivo de malignidade; deverá ser tomada conduta apropriada para o caso: há absolutamente necessidade de investigação cito-histológica. Risco para câncer maior ou igual a 90%.

Obs.: As incidências especiais, ampliações e ultra-sonografia mamária podem modificar a categoria BIRADS.

4.2. ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA

É um valioso complemento a mamografia, sendo superior a esta na avaliação de mamas densas, de jovens e de grávidas. Teve notável avanço com o advento da ultra-sonografia de alta resolução, ampliando suas indicações, além da clássica definição entre nódulos sólidos e císticos. No entanto, não é usada como screening, pois uma das suas limitações é não conseguir detectar microcalcificações agrupadas, fora de tumores. A ecografia invasiva, para orientar punções, biopsias e marcações, também vem se expandindo muito, pois é de execução mais simples que a esterotaxia.

4.3. CITOLOGIA / PUNÇÃO ASPIRATIVA (PAAF)

A punção aspirativa com agulha fina para exame citopatológico transforma-se em importante instrumento de diagnóstico em patologia mamária pela simplicidade e precisão.

Em princípio, todo nódulo mamário deve ser puncionado, com exceção dos nódulos em pacientes muito jovens e com características clínicas e imageológicas benignas. A primeira utilização da punção é fazer a distinção entre nódulo sólido e líquido (cisto), a segunda é obter material para exame citológico.

Técnica de punção:

- Primeiro explicar o procedimento à paciente.
- Antissepsia com material adequado.

- Usar um Cameco (Pistola para inserir a seringa, facilitando manter o vácuo), seringa de 20 ml e agulha fina (25x8, 30x8).
- Aprender o nódulo entre os dedos indicador e médio.
- Introduzir a agulha levemente obliquada.
- Aspirar, movendo a agulha em várias direções e mantendo o vácuo.
- Desfazer o vácuo antes de remover a agulha.
- Desconectar a seringa da agulha para não trazer o material para o interior da seringa – (o material deverá ficar na agulha) – enchê-la de ar, reconectar e avançar o êmbolo até que uma gotícula do aspirado seja depositada sobre a lâmina, já identificada.

Obs.: A pistola é de grande valia porém não é indispensável.

Complicações:

As complicações mais freqüentes da punção são pela ordem:

- 1 – Hematoma
- 2 – Infecção
- 3 – Pneumotórax (em pacientes magras, com mamas pequenas).

Outras aplicações da citologia

- a) Líquido de cistos: a relação custo-benefício é negativo. O material costuma ser pobre em células.
- b) Derrame papilar: também de baixo rendimento. Só usada em casos muito suspeitos.
- c) Fatores prognósticos: recente evolução do método, que permite fornecer o “grau citológico” e os receptores estrogênicos por imunocitoquímica.
- d) Imprint de peças cirúrgicas no diagnóstico transoperatório de congelação.

4.4. HISTOLOGIA / CORE BIOPSY / MAMOTOMIA / BIÓPSIA CIRÚRGICA INCISIONAL / EXISIONAL / CONGELAÇÃO.

O estudo anatomopatológico fornece o diagnóstico definitivo e pode ser obtido de duas formas:

- **Core biopsy:** Pistola que produz o disparo de uma agulha chanfrada, a qual remove pequeno cilindro de tumor. Necessita botão anestésico e mini-incisão na pele com lâmina de bisturi. Tem indicação formal em tumores maiores. Em mamas pequenas requer habilidade específica.
- **Mamotomia:** É superior a core biopsy. Quando o executor é bem treinado, praticamente não existem resultados suspeitos ou inconclusivos. É mais onerosa que o PAAF e a CORE. O vácuo, associado ao sistema e à lâmina do bisturi circular em alta rotação, permite obter fragmentos íntegros e de melhor qualidade.
- **Biópsia cirúrgica:** Raramente devem servir para diagnosticar câncer, exceto nos casos de microcalcificações sem tumor, que podem traduzir neoplasias muito iniciais. Quase sempre são exisionais, a não ser em situações específicas como doença de Paget, paredes de abscessos, sarcomas. A incisional, nos carcinomas avançados, foi substituída pela biópsia percutânea. Sempre que há suspeita de câncer e não se consegue formar o diagnóstico no ambulatório, indica-se a biópsia transoperatória, de congelação, já com a paciente estadiada e preparada para o tratamento definitivo.

4.5. OUTROS EXAMES

Durante o processo diagnóstico-terapêutico das patologias mamárias outros exames e procedimentos podem ser necessários a depender da patologia.

- RX de tórax (PA e perfil)
- Mapeamento ósseo, hepático, cerebral
- Radiografia dos segmentos ósseos suspeitos no mapeamento
- USG hepático
- CA 15-3
- Bioquímica: fosfatase alcalina, cálcio, fósforo, proteínas totais e frações, glicose, uréia, creatinina e provas hepáticas
- Hemograma

4.6. PROCEDIMENTOS INVASIVOS COADJUVANTES AO TRATAMENTO CIRÚRGICO

- **Agulhamento:** Introdução de guia metálico orientado pela USG de mama ou pela mamografia para marcação de nódulos não palpados.
- **Localização radioguiada:** Injeção intratumoral de colóide de alto peso molecular marcado com isótopos radioativos. Durante o procedimento cirúrgico usa-se uma sonda portátil (gama-probe) que detecta a irradiação gama proveniente da lesão. Daí pesquisa o ponto de máxima capacitação que indica onde se encontra o nódulo.
- **Linfonodo sentinela:** O princípio é o mesmo daquele descrito para a localização radioguiada. No entanto, nessa técnica a substância é introduzida na periferia do tumor, e as partículas são menores. Por isso ocorre a migração desse material pela a via de drenagem linfática para o 1º linfonodo da cadeia que habitualmente é o da região axilar. Tanto na localização radioguiada como no linfonodo sentinela marca-se a pele subjacente à área de máxima captação para auxiliar o cirurgião a ver a lesão e a dissecar o linfonodo sentinela. Esse procedimento pode evitar o esvaziamento axilar sistemático quando o linfonodo sentinela não está comprometido. O risco de resultado falso negativo é baixo (3%).

5 – MASTOPATIAS BENIGNAS

5.1. ALTERAÇÕES FUNCIONAIS BENIGNAS DAS MAMAS

Conceito: A denominação AFBM resulta de uma recomendação da Sociedade Brasileira de mastologia, numa tentativa de pôr ordem no confuso capítulo de “displasias mamárias” ou “doença fibrocística” ou ainda “mastopatia fibrocística”. essas expressões estão em desuso por darem falsa noção de enfermidade e de lesão pré-maligna a condições, na maioria das vezes, fisiológicas.

Incidência: 60 a 70% das mulheres apresentam dor mamária, considerando-se as várias intensidades do sintoma.

Etiopatogenia: Fatores predisponentes

- Fator hormonal
- Fator emocional
- Fator metabólico

Quadro clínico:

- Mastalgia
- Adensamento
- Microcistos

Diagnóstico:

- Clínico: mastalgia cíclica ou não
- Exame das mamas: mamas heterogêneas, condensações difusas e locais, que diminuem após a menstruação
- O substrato histopatológico é a alteração fibrocística mamária, caracterizada por fibrose de estroma, proliferação epitelial leve (até 4 camadas de células revestindo os ductos) e microcistos.

Tratamento:**1- Orientação verbal – (desmistificação do quadro)****2- Ácido gama-linolênico + Ac linoleico + Ac oleico + Vit E**

- Livten - Cápsulas de 500mg
- Livten L - Cápsulas de 1000 mg
- Gamaline V – Cápsulas
- Biennol – Cápsulas
- Gamax – Cápsulas
- Prímoris – Cápsulas

3- Dopaminérgicos: Inibem a liberação da prolactina pela hipófise

- Bromoergocriptina
Parlodel – comprimidos de 2,5 mg
Parlodel SRO – comprimidos de 2,5 ou 5,0 mg
- Cabergolina
Dostinex – comprimido de 0,5 mg

4- Tamoxifeno

- Nolvadex / Nolvadex D – comprimido de 10 ou 20 mg

5- Danazol

- Ladogal – cápsulas de 50 ou 100 mg

6- Diuréticos: Clortalidona

- Higroton – comprimidos de 12,5 mg ou 25 mg

7- Analgésicos e Anti-inflamatórios: (AAS, Dipirona, Paracetamol, Nimesulida, Piroxicam, Diclofenaco)

AAS – comprimidos de 100 e 500 mg

Dipirona

- Dipirona sódica – comprimido de 500 mg ou gotas (500mg/ml)
- Baragin – comprimido de 500 mg ou gotas (500 mg/ml)

Paracetamol

- Tylenol – comprimido de 500 ou 750 mg
- Paracetamol – comprimido de 500 ou 750 mg

Nimesulida – comprimido de 100 mg

- Nisulid
- Nodor
- Nisalgen

Piroxicam – comprimido de 20 mg. Supositório de 20mg

- Feldene
- Feldox
- Inflamene

Diclofenaco – comprimido de 50mg

- Flotac
- Cataflam

8 – Análogos do gnRh – (casos especiais, refratários as outras medidas)

- Zoladex

5.2. ECTASIA DUCTAL

Conceito: caracteriza-se por dilatação dos ductos, espessamento do material lipídico existente em seu interior e inflamação periductal.

Etiopatogenia: alguns autores relacionam o tabagismo como um possível agente. Não se sabe, ainda, se o fenômeno seria explicado por uma indução da metaplasia escamosa regenerada pelo tabagismo, por efeito tóxico direto nos ductos (isquemia) ou por via hormonal indireta, elevando a secreção mamilar.

Quadro clínico: geralmente é assintomática, escapando o diagnóstico. É pequeno o número de mulheres que podem apresentar DP discreta e mastalgia não cíclica, até a formação de abscessos subareolar não lactacional e fistulas periareolares crônicas (ver abscesso subareolar recidivante).

Diagnóstico: clínico, porém os exames complementares servem para fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias mamárias.

Tratamento: acompanhamento ambulatorial.

5.3. NECROSE GORDUROSA

- Sinonímia: Granuloma Lipofágico, Esteatonecrose

Conceito: É a necrose focal dos tecidos gordurosos da mama, seguida por uma reação inflamatória.

Etiopatogenia: Mais da metade dos casos fazem referência à traumatismo mamário antecedendo o quadro. Também pode estar relacionada a processos involutivos da mama.

Quadro clínico: É um processo isolado e localizado em uma das mamas. Paciente refere massa clinicamente palpável (geralmente após traumatismo no local). É desprovida de significado clínico, porém pode fazer diagnóstico diferencial com uma neoplasia, pois a tendência desse foco de fibrose é aderir à pele e também apresentar calcificações focais observadas à mamografia, além de linfonodos axilares palpáveis.

Diagnóstico: - clínico

Mamografia e USG

PAAF / Core biopsy / Mamotomia

Cito / histopatológico

Tratamento: *Na fase aguda do trauma:*

- Compressa fria
- Anti-inflamatórios não hormonais locais e/ou sistêmicos

Na fase crônica do processo:

- Acompanhar clinicamente
- Exérese do foco fibrótico se a dor local for persistente. É imperioso o histopatológico.

5.4. TROMBOFLEBITE A MONDOR

Conceito: consiste numa tromboflebite das veias superficiais da mama.

Etiopatogenia: é lesão rara, associada a traumatismo levando a trombose venosa e reação inflamatória no percurso do vaso.

Quadro clínico: há queixa de dor aguda na região da veia trombosada e presença de cordão fibroso no local. Essa depressão pode imitar o carcinoma, fazendo portanto diagnóstico diferencial.

Diagnóstico: clínico.

Não é necessário biopsiar.

Tratamento: é processo autolimitado, a dor desaparece entre duas ou três semanas e em seis a oito semanas, não há mais sinais da doença.

O tratamento é regulado com analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides.

5.5. ECZEMA AREOLAR

Conceito: é uma dermatite descamativa e exsudativa do complexo aréolo-mamilar, muitas vezes bilateral e pruriginosa.

Etiopatogenia: pode ser causada por alergia aos tecidos sintéticos dos sutiãs.

Quadro clínico: - Eczema do complexo aréolo-mamilar
- Prurido

Tratamento:

- Corticoide tópico: corticoide tópico/antibiótico tópico
 - Fludroxicortida 0,125mg
(Drenison creme)
(Dreneformio creme)
 - Dipropionato de betametasona+ Sulfato de Gentamicina
(Diprogenta creme)

5.6. ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO

Conceito: são as anomalias verdadeiras, ou seja, aquelas em que a mama é ausente, rudimentar, quando há assimetria grosseira, hipertrofia ou glândula e mamilos acessórios.

Etiopatogenia: a não regressão completa da linha ou crista mamária acarreta formação de tecido mamário acessório, constituindo desde a politelia (mamilo extranumerário) até a polimastia (glândula mamária acessória completa).

A regressão completa da linha ou crista mamária acarreta a ausência do desenvolvimento mamário (a amastia).

Quadro clínico:

- Amastia: ausência da mama (raro)
- Hipomastia: mama de pequeno volume uni ou bilateral
- Hipertrofia: mama grande volume uni ou bilateral
- Polimastia: presença de mais de 2 glândulas mamárias, podendo ser completo (com aréola e mamilo) ou apenas parênquima (tecido mamário ectópico). A mais comum é o tecido mamário ectópico axilar.
- Atelia: ausência do complexo aréolo-mamilar (muito raro)
- Politelia: mamilo acessório no percurso na linha mamária.

Tratamento:

Amastia: introdução de um expansor de tecidos, posteriormente substituído por prótese definitivo de silicone.

Polimastia: exérese devido a estética

- Quando há produção láctea, principalmente nos tecidos mamários ectópicos, onde não há mamilo para saída do leite, durante a amamentação é comum a formação de abscessos. Deve-se orientar a exérese da área antes da paciente engravidar.

Aletia: confecção do complexo aréolo-mamilar (plastia)

Politelia: só deve ser retirada em caso de dano estético.

5.7. GALACTOCELE:

Conceito: é uma tumoração cística com conteúdo lácteo.

Etiopatogenia: é uma lesão causada por uma obstrução canalicular em mamas lactantes, com conseqüente acúmulo de leite.

Quadro clínico: tumoração sem características inflamatórias em nutrizes.

Exame físico: massa cística e amolecida na mama.

Diagnóstico: Anamnese

Exame físico

Punção: usar agulha calibrosa, pois o material pode ter consistência firme.

Tratamento: Punção e esvaziamento completo

-Incisão e drenagem

-Marsupialização

5.8. ABSCESSO SUBAREOLAR RECIDIVANTE

Conceito: é uma infecção recidivante e crônica da região subareolar que, com frequência evolui para a formação de fistulas.

Incidência: pacientes entre 30 e 40 anos, fora do ciclo grávido-puerperal.

Etiopatogenia: na maioria das vezes relaciona-se com o hábito de fumar.

-Inversão do mamilo (porem pode ocorrer em mulheres com mamilos normais)

(O fuma exerceria efeito irritativo direto sobre o epitélio ductal, induzindo a metaplasia escamosa e levando a entupimento dos ductos envolvidos com detritos de queratina. Essa obstrução leva à estase e dilatação do ducto com reação inflamatória do tipo corpo estranho no tecido periductal, podendo haver contaminação bacteriana por anaeróbios e gram-negativos. Esse processo, por vezes, exterioriza-se na pele, formando assim um trajeto fistuloso).

Quadro clínico:

- Inflamação localizada na área subareolar que termina por formar pequeno abscesso superficial que tende a drenar espontaneamente e formar uma fistula, que muitas vezes cicatriza.
- O processo se repete periodicamente

Diagnóstico:

- Clínico
- Diagnóstico preferencial com a mastite da ectasia ductal (Fases de um mesmo processo?) e com o carcinoma.

Tratamento:

Fase de abscesso

Metronidazol 500mg – 1 cp a cada 6 ou 8 horas VO

+

Cefalexina 500mg – 1 cp a cada 6 horas VO (7 a 10 dias)

Flagil 500mg

Metrozol 500mg

+

Keflex 500mg

Cefaxon 500mg

Fase crônica do processo

Tratamento cirúrgico – é o mais eficiente. Existem várias técnicas, porem a mais utilizada e a mais eficiente é a que recomenda a ressecção dos ductos acometidos, juntamente com o tecido inflamatório vizinho e todo o trajeto fistuloso, quando presente.

5.9. MASTITE AGUDA LACTACIONAL

Conceito: é processo inflamatório mamário do puerpério.

Etiopatogenia:

- causada em 70% dos casos pelo estafilococo penicilinase. Depois estreptococos, anaeróbios e colibacilos.
- Através das roupas, das mãos e da nasofaringe do recém-nascido.

Fatores predisponentes:

- mamas ingurgitadas
- fissura mamilar
- infecção do rinofaringe do lactente
- anormalidade do mamilo
- primiparidade
- má higiene
- escabiose

Quadro clínico:

- Inicia com estase Láctea
- Sinais clássicos de inflamação
- Febre, mal estar, calafrios
- Adenopatia axilar

Diagnóstico: clínico**Tratamento:**

- analgésico
- antitérmicos
- suspensão das mamas
- drenagem manual do leite (obrigatório)
- antibioticoterapia
- **Cefalexina** 500mg de 6/6 hs – 7 dias-
(Keflex 500mg)
(Cefaxon 500mg)
- **Ampicilina** 500mg – 1 cp 6/6 hs – 7 dias
(Binotal 500mg)
(Amplofen 500mg)

Outros: eritromicina, lincomicina

A amamentação, em geral, não precisa ser interrompida e deve ser incentivada.

Obs.: se após 48-72 horas de tratamento, persistir a infecção, devemos suspeitar de abscesso.

5.10. ABSCESSO MAMÁRIO

Conceito: formação de coleção purulenta no tecido mamário.

Etiopatogenia: geralmente decorrente da mastite. Em 50% dos casos a paciente é puerperal

Quadro clínico: ocorrem os mesmos sinais de inflamação descritos na mastite lactacional, porém com infiltração, pele brilhante e descamativa.

- Dor intensa na mama.

Diagnóstico clínico : Diferencial com carcinoma inflamatório

Tratamento:

- Interrompe-se a amamentação só na mama acometida.
- Esvaziamento através da expressão manual (evitar bombas de sucção – pode ocorrer fissuras)
- Se a opção for o desmame
- Bromoergocriptina 5mg por 2 semanas
(Parlodel)

(Parlodel SRO)

- Caberglobina 0,5mg – ½ cp 2 x semana – 2 semanas (Dostinex)

Obs.: durante esse tratamento não se deve esvaziar as mamas, e qualquer espécie de estímulo é contra-indicado.

- Orienta-se compressa de água fria
- O uso de compressa de água morna pode melhorar o processo inflamatório, porem acarreta produção maior de leite.
- A compressa de água fria diminui a produção de leite
- A escolha do tipo de compressa a ser utilizada depende da ação que se julga mais importante em cada caso
- Se a opção foi compressa morna, orientar a paciente para que primeiro teste a temperatura da compressa na pele sadia, para evitar queimaduras, que podem acarretar grandes áreas de necrose.
- Tratamento cirúrgico - drenagem cirúrgica com anestesia geral (de preferência), com exploração das lojas, com lise de septos e limpeza da cavidade. Colocação de dreno de Penrose
- Abscessos profundos – o acompanhamento deve ser feito através de de USG
- Abscessos superficiais e profundos, porém localizados, podem ser aspirados com o uso de agulha de grosso calibre, podendo ser usada a USG de orientação, nos profundos.

Profilaxia:

- Realizada no pré-natal
- Exercícios no mamilo para maior exteriorização (mamilos planos umbilicados, e invertidos)
- Fricção dos mamilos com toalha ou bucha na gestação (espessar os mamilos e diminuir o risco de fissuras)
- Técnica correta de amamentação na qual o lactente apreende a aréola e não o mamilo.
- Deixar que o lactente solte espontaneamente a mama ou colocar o dedo mínimo suavemente no canto da boca do mesmo para desfazer a pressão negativa da sucção.
- Limpeza da pele antes e após cada mamada.
- Drenagem do leite produzido em excesso.
- Limpeza da papila com água boricada e exposição das mamas ao sol.

5.11. FLUXO PAPILAR

Conceito: Qualquer fluxo uni ou bilateral, espontâneo ou provocado, que apareça em qualquer fase da vida. Pode apresentar uma extensa gama de colarações e ser mono ou multiorifical.

Etiopatogenia:

- Comumente está associado a processos inflamatórios da glândula mamaria.
- Pode se associar a distúrbios do desenvolvimento mamário
- Problemas disendócrinos
- Patologias tumorais de natureza diversa

Diagnóstico:

- Anamnese cuidadosa (aspectos hormonais, idade, antecedentes obstétricos, cirúrgicos, pessoais, familiares e ginecológicos)
- Exame físico (coloração da descarga, o tipo e o n° de poros acometidos)
- Mamografia e USG mama (associação com nódulo)
- Citologia do fluxo (escasso valor propedêutico)

Conduta: *nos fluxos papilares*

1. Excluir galactorrêia (desordem endócrina). Em caso de dúvida exame direto da secreção revelará numerosas gotículas de gordura.
2. Se for confirmada a presença de leite pesquisar uso de fármacos (sulpiride, veralprida, metoclopramida, fenotiazínicos, hormônios e outros)
3. Se não referencia a uso de medicamentos, dosar prolactina, prolactina > 90mg/ml → RX sela turca/CT.
4. Fluxo escuro esverdeado, múltiplos ductos = patologia fibrocística?
5. Pseudoderrames – produzidos por lesões eczematóides, mamilos invertidos e marcados, erosões traumáticas e infecções das glândulas sebáceas de Montgomery.
6. Fluxo multicolor amarelo-esverdeado, espesso, multiductal, bilateral – ectasia ductal?
7. O fluxo é espontâneo? (de um modo geral, só tem maior valor semiológico o fluxo papilar persistente e espontâneo)
Há nódulo palpável associado? (nesses casos a investigação predominante é a do nódulo).

Fluxo Unilateral, uniductal e sanguíneo

- Papiloma intraductal?
- Carcinoma intraductal?
- Carcinoma papilar?

8. Colorações mais suspeitas de carcinoma
 - Aquosa (“água de rocha”)
 - Serosa
 - Sanguinolenta

Tratamento:

- Galactorrêia?:
 - Suspende medicamentos causadores
- Hiperprolactinemia
 - Bromoergocriptina 2,5mg ao dia – 2 semanas
 - Cabergolina 0,5mg – ½ cp 2 x semana

- (Parlodel)
- (Parlodel SRO)
- (Dostinex)
- Prolactina > 90mg/ml → Adenoma de hipófise?
 - Sugere RX de sela turca. CT?
 - Tratamento cirúrgico
- Pseudoderrames
 - Limpeza com água boricada
 - Corticoides tópicos (vide eczemas mamários)
- Papiloma ductal – tratamento cirúrgico/exérese do sistema ductal terminal afetado.
- Carcinoma intraductal / papilar – estadiamento e tratamento adequado.

5.12. MACROCISTOS

Conceito: constituem entidade clínica benigna e são uma expressão da etapa involutiva do lóbulo mamário, possuindo importância clínica por formarem tumor de aparecimento rápido.

Incidência: entre 7% a 10% da população feminina, na faixa etária entre 35 e 50 anos.

Etiopatogenia: alterações apócrinas precoces na doença hiperplástica ductal / lobular, provavelmente representam um dos mecanismos etiopatogênicos responsáveis pela formação de cistos.

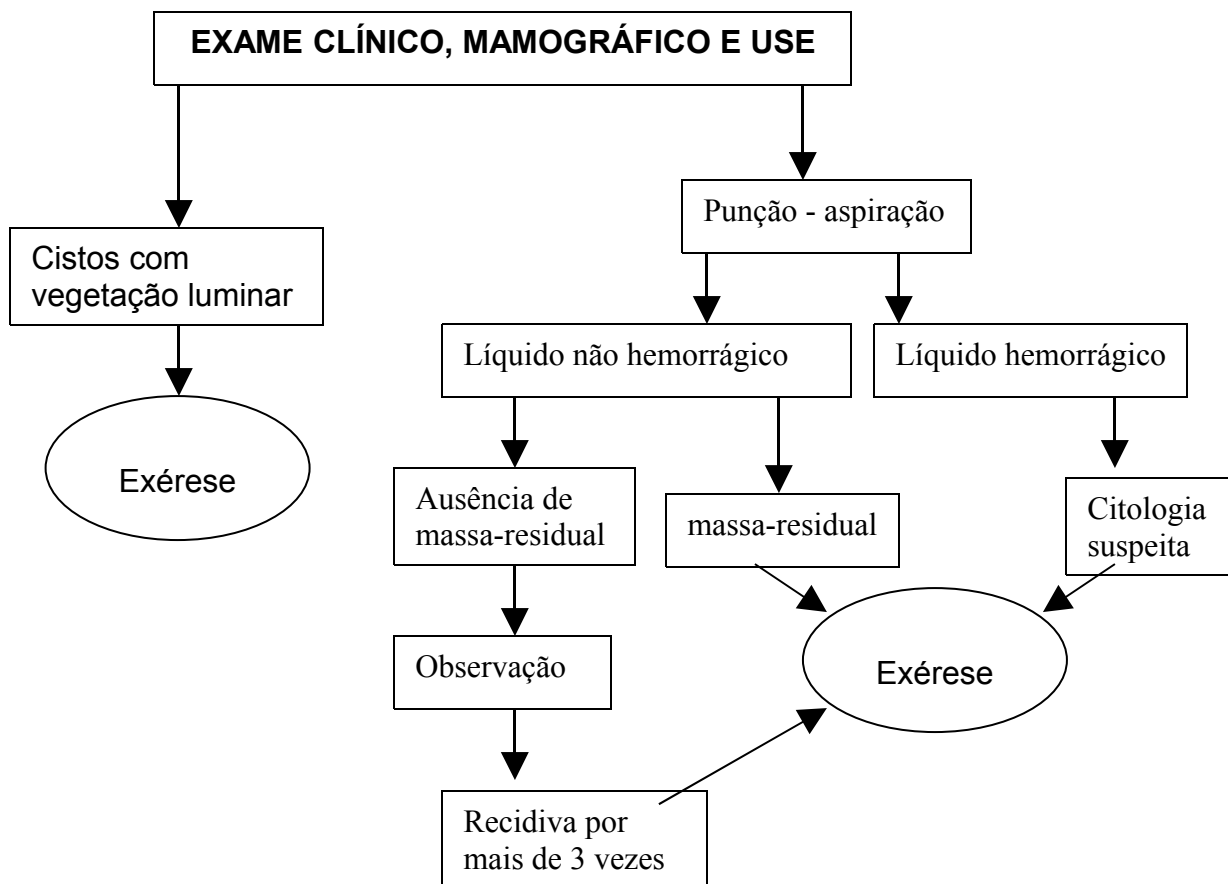
Quadro clínico: a sintomatologia é pobre e sua descoberta é muitas vezes acidental, através do auto-exame.

Se há crescimento rápido do cisto pode haver dor súbita e severa, não relacionada ao ciclo menstrual.

Diagnóstico:

- O exame físico (palpação) revela nódulos arredondados e bem circunscritos, cuja consistência elástica ou firme depende da tensão produzida pelo conteúdo luminal. São em geral, móveis e pouco dolorosos à palpação. Cistos muito aumentados de volume podem, ocasionalmente, provocar distorções de contorno mamário, bem como uma falsa retração da área por deslocamento dos ligamentos de Cooper.
- Mamografia. Não é indispensável no diagnóstico de cistos, mas faz parte da rotina propedêutica obrigatória para pacientes acima de 35 anos, visando a excluir outras patologias associadas.
- USG mama: é o método mais sensível no diagnóstico dos cistos mamários. A precisão estimada é próxima a 100%, sendo capaz de detectar lesões de até 2mm.
- Punção biópsia guiada ou não pela USG mama.

Tratamento:



5.13. NÓDULOS SÓLIDOS BENIGNOS

1. Fibroadenoma

Conceito: É um tumor constituído pela proliferação do tecido conectivo do estroma e pela multiplicação de ductos e ácinos, sendo o componente estromal de baixa celularidade (o outro grupo, com estroma hiper celular e atípicas é chamado de tumor filodes).

Incidência: é considerado o tumor sólido benigno mais frequente da mama. Acomete geralmente mulheres jovens entre a menarca e os 30 anos.

Etiopatogenia: é hormônio dependente, sendo receptor positivo de estrogênio e progesterona.

Quadro clínico:

- Acomete preferencialmente mulheres jovens, entre a menarca e os 30 anos.
- Com a idade pode entrar em degeneração e calcífica (À mamografia, imagem em “pipoca”).
- Nódulos de limites nítidos, forma arredondada ou lobulada, consistência firme e ampla mobilidade.

- Crescimento lento; raramente ultrapassa 4 cm.
- Pode ser múltiplo em cerca de 20% dos casos.

Diagnóstico:

- Clínico: palpação
- Mamografia / diagnóstico diferencial
- USG mama
- PAAF, guiada pela USG mama.

Tratamento:

- Excisão local com anestesia local, quando possível.
- Abordagem preferencial: periareolar
- Conduta expectante: em pacientes muito jovens (menos de 25 anos) e quando existem nódulos múltiplos e recorrentes.

2 - Papiloma Intraductal

Conceito: é uma proliferação do epitélio ductal com um eixo vâsculo-conjuntivo que enche o canalículo e, geralmente, o distende.

Incidência: a idade média das pacientes é de 40 anos.

Quadro clínico:

- Fluxo papilar seroso, serossanguinolento de hemorrágico, mono-orifical, usualmente espontâneo e intermitente.
- Pode ser acompanhado de sensação de dor e plenitude no foco comprometido, ocorrendo alívio da sintomatologia quando da sua expressão.
- Nódulo subcutâneo, pequeno, subareolar, que não excede 2 a 3mm (em 50% dos casos).

Diagnóstico:

- Clínico: sinal do gatilho, quando palpamos nódulo pequeno, único, subareolar e isso provoca fluxo papilar seroso, serossanguinolento ou hemorrágico.
- PAAF guiada pela USG mama.
- Mamografia
- USG mama
- Core biopsy

Tratamento: exame do tumor + histopatológico. Associado a incisão de todo o sistema ductal terminal rente à papila e incluindo a região subareolar.

3 - Tumor Filodes

Conceito: refere-se ao grupo de lesões proliferativas fibro-epiteliais que se distinguem dos fibroadenomas pelo estroma hipercelular.

Incidência:

- Neoplasia rara, estimada em 0,3 a 0,9% de todos os tumores de mama
- Encontrada mais frequentemente entre mulheres de 35 a 55 anos.

Quadro clínico:

- Tumor palpável, indolor, arredondado, multinodular e fibroelástico.
- Tumor solitário unilateral, raramente ocorre multifocalidade.
- Pode assumir grandes proporções (> 4cm).
- Pode haver crescimento rápido
- Tendência a recidiva local (20% dos casos)
- Cerca de 10% dos casos são malignos.

Diagnóstico:

- Clínico
- Mamografia
- USG mama
- PAAF guiada pela USG mama
- Core biopsy, mamotomia.

Tratamento:

- Exclusivamente cirúrgico, com excisão local ampla com margens de 2 a 3 cm.
- Mastectomia simples (casos especiais)
- Nos casos de recidiva com invasão de parede torácica, faz-se ressecção da mesma com margem de segurança.
- Quimioterapia: há ainda necessidade de uma avaliação detalhada.

4 - Lipoma

Conceito: é uma proliferação benigna das células lipídicas.

Quadro clínico: nódulo amolecido, bem delimitado, que pode assumir grandes proporções, causando deformidades.

Diagnóstico:

- Clínico
- USG mama
- Mamografia
- PAAF (diagnóstico diferencial)

Tratamento:

- Conduta expectante em pequenos nódulos
- Excisão cirúrgica em nódulos maiores.

5.14. DOR MAMÁRIA NÃO RELACIONADA A AFBM

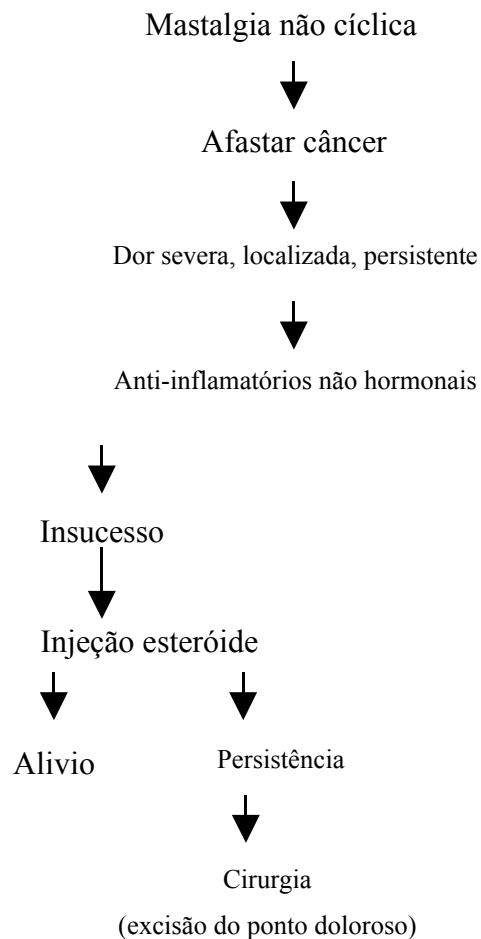
1) Origem mamária

- Ectasia ductal
- Necrose gordurosa
- Adenose esclerosante
- Mastites inflamatórias

2) Origem extramamária: é a dor referida na mama causada por alterações não mamárias.

- Síndrome de Tietze (Costocondrite) – processo inflamatório da articulação costochondral
- Radiculopatia cervical: decorrente de compressão da raiz NERVOSA que sai entre C6 e C7.
- Dor anginosa
- Dor pleural
- Alterações dispépticas
- Neurite intercostal

Tratamento:



- Anti-inflamatórios
 - Nimesulide 500mg
(Nisulide)
(Nodor)
 - Piroxican 20mg
(Feldene)
(Feldox)
- Injeção de esteróide
 - Prednisona (40mg) + Lidocaína (10mg) – 1ml ao nível da fáscia peitoral, no local da dor.

5.15. TUBERCULOSE MAMÁRIA

Conceito: é a mastite tuberculosa da mama

Incidência:

- Varia entre 0,025% e 1,2% de todas as doenças mamárias tratadas urgentemente
- Acomete mais a mulher negra do que a branca
- Bilateralidade é rara (cerca de 3% dos casos).

Quadro clínico:

- Dor local, hiperemia, secreção purulenta
- História prévia de tuberculose ou contato freqüente com portadores da doença
- Abscessos crônicos com flutuação ou não
- Abscessos com culturas negativas e com fístulas persistentes com secreção caseosa
- A apresentação clínica mais frequente é uma massa única na mama
- Úlcera, retração ou fluxo mamilar purulento
- Diagnóstico diferencial com carcinoma
- Associação com carcinoma – 5%
- Comprometimento linfonodal clínico é raro (54% a 75%)
- Envolvimento da mama pode ser primário ou secundário.

Diagnóstico:

- Histopatológico
- Culturas bacteriológicas do BAAR
- Inoculação em cobaias

Tratamento:

- Quimioterapia curativa
 - Estreptomina
 - Rifampicina
 - Etambutol
 - Pirazinamida

- Etionamida
- Isoniazida
- A combinação entre drogas, drenagens e ressecção parciais são a base da terapia moderna
- A cirurgia é empregada nos casos crônicos, como abscessos ou fistulas múltiplas.

Prognóstico: bom (com tratamento adequado)

5.16. HIPERPLASIA EPITELIAL ATÍPICA

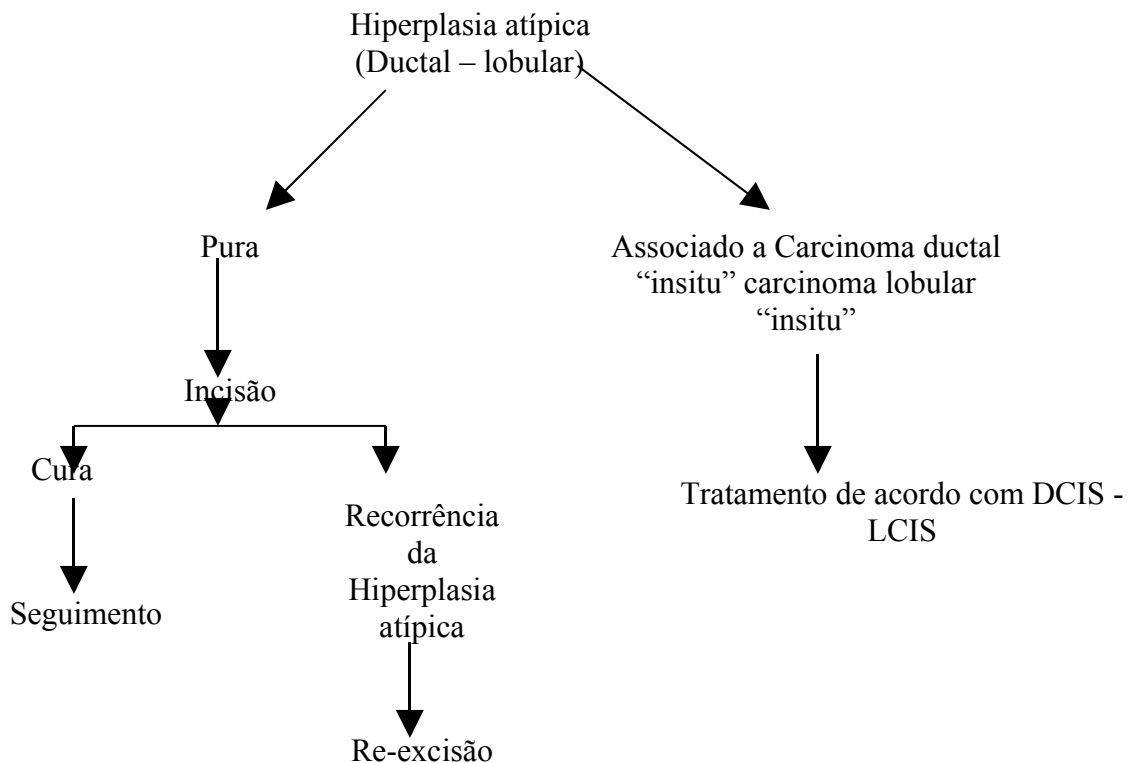
Conceito: são lesões caracterizadas microscopicamente por proliferação de células epiteliais com atipia nuclear, o que aumenta o risco relativo para o câncer em 4 a 5 vezes. É condição rara.

Classificação: Hiperplasia ductal
Hiperplasia lobular

Diagnóstico:

- Mamografia (microcalcificações)
- Biópsia com histopatológico

Tratamento:



MIOMA UTERINO

Márcia Maria A. de Aquino (HMLMB)
Maurício de Sena Martins (HMLMB)

CONCEITO

Trata-se da patologia uterina benigna mais freqüente durante a menacme. Ocorre com maior freqüência na raça negra. Constitui-se por fibras musculares e pode ser denominado: fibroma, leiomiofibroma ou leiomioma.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Localização

Cervical (1%)
Corporal

Tipos

Submucosos
Intramurais
Subserosos

Alterações secundárias

Degeneração hialina
Degeneração cística
Calcificação
Infecção e supuração (comum nos submucosos)
Necrose (forma de necrose: degeneração rubra)
Degeneração gordurosa (rara)
Degeneração sarcomatosa (muito rara)

QUADRO CLÍNICO

- Assintomático (mais comum)
- Tumor palpável
- Hemorragia (hipermenorragia: metrorragia)
- Dor → nos miomas grandes; quando existe fator concomitante ou alterações secundárias
- Sintomatologia de compressão de órgão vizinhos
- Sintomas secundários

MIOMA E GRAVIDEZ

- Fator de esterilidade
- 1ª trimestre: causa de abortamento
- 2ª trimestre: degeneração rubra
- 3ª trimestre e ocasião do parto: bloqueio mecânico e sangramento prematuro
- Pós-parto: atonia uterina

PROPEDÊUTICA

Anamnese

- Inspeção do abdome
- Palpação do abdome
- Toque

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Gravidez
- Moléstia trofoblástica gestacional
- Abortamento
- Adenomiose
- Neoplasias de colo e endométrio
- Cisto de ovário
- Tumores pélvicos retroperitoniais
- Sarcoma

EXAMES COMPLEMENTARES

- Pregnosticon
- Ultra-sonografia
- Doplerfluxometria
- Histeroscopia
- CTG de prova

TRATAMENTO

Expectante

- Mulheres imediatamente antes da menopausa
- Mulheres na menacme e nulíparas (mioma pequeno subseroso ou intramural)

Hormonioterapia

- Progestágenos, anticoncepcional oral, terapia de reposição hormonal, análogos de GNRH e SERM.

Tratamento cirúrgico

- Conservador: embolização arterial, miomectomia (retirada de 1 nódulo ou vários nódulos fibromatosos), miometrectomia (técnica de Medicina).
- Radical: histerectomia subtotal e total.

MIOMA UTERINO

Eurides Maux de Carvalho (MESM)

Sinonímia – leiomioma, fibroide, escleroma, fibromioma, miofibroma, fibroleiomioma.

Incidência – 50% das mulheres
35 a 45 anos
Raça negra
Predisposição familiar
Nuliparidade e baixa paridade
Obesidade

Etiopatogenia - Fatores predisponentes

Alterações cromossômicas – alterações no cromossomo 12.
Estrogênio-dependência
Obesidade – diminuição da síntese hepática de SHBG e o aumento do estradiol livre e estrona circulante.
Fatores de crescimento – IGF1 (insulinoide)
Fator de crescimento epidérmico
Fator de crescimento fibroblástico básico
TGF –beta

Fatores protetivos – Tabagismo
Anticoncepcional hormonal
Menopausa

Classificação - Subseroso e subseroso pediculado
Intramural
Submucoso e submucoso pediculado.
Mioma parido
Mioma parasita.

Degeneração sarcomatosa – 0,1 a 0,5%

Quadro Clínico – 30 % assintomático
Sangramento anormal (menorragia, metrorragia, polimenorreia, hiperme-
Norreia)

Dor pélvica e lombossalgia
Dismenorreia secundária e progressiva
Corrimento vaginal (miomas submucosos e paridos)
Sintomas urinários (noctúria, polaciúria e incontinência)

completa Obstrução ureteral parcial (30-70% nos casos de miomas volumosos) e

Constipação intestinal (compressão do retossigmoide)
Infertilidade
Estase venosa de MMII (rara)
Policitemia (rara)
Ascite (rara)

Diagnostico – Clinico

Ultrassonografia abdominal e pelvica
Histerossonografia (diagnostico diferencial entre mioma submucoso e intra-Mural)
Histeroscopia
Tomografia computadorizada
Ressonância magnética
Dopplerfluxometria
Histerossalpingografia

Tratamento

I – prole constituída – Histerectomia

II – desejo de gestação

Volume uterino inferior a 250 cc

Acetato de noretisterona 10 mg por 10 dias do mês (primolut-nor)
Acetato de medroxiprogesterona 10 mg 10 dias do mês (provera)
AINH (piroxicam 20 mg nas menstruações)
Sem sintomas – observação 6 meses a 1 ano.

Volume superior a 250 cc

Miomectoma por laparotomia, videolaparoscopia ou histeroscopia
Análogo do GnRH + miomectoma

- Goserelina 3,6 mg SC (Zoladex) ao mês por 3 meses.
- Goserelina 10,8 mg SC (Zoladex repot) dose unica
- Acetato de leuprolde 3,75 (Lupron) IM por mês.

OBS – Densitometria óssea previa e após ao tratamento.
Histerossalpingografia previa

III – Outros recursos: DIU de norgestrel (Mirena)

Embolização das artérias uterinas
Miolise com laser ou agulhas bipolares (produz aderência e propicia baixas taxas de gravidez subsequente)

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Alessandra Plácido Lima Leite (MESM)
Maria Nieves Monterroso (HMLMB)

DEFINIÇÃO

É uma patologia que caracteriza-se por oligomenorréia e aumento dos níveis androgênicos, comum durante a vida reprodutiva da mulher.

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

- Anovulação e hiperandrogenismo
- Excluir causas secundárias: hiperplasia adrenal tardia, hiperprolactinemia e neoplasias secretoras de hormônio.
- Outros critérios possíveis: resistência a insulina, FSH/ LH elevados e ovários policísticos ao USG.

ETIOPATOGENIA E FISIOPATOLOGIA

- Herança dominante ligada ao cromossomo X
- Forma funcional de hiperandrogenismo (bloqueio enzimático da 3 β HSD da aromatase ou 17 KS redutase).
- Resistência a insulina causada por defeito em receptor e agravada pela obesidade

ANATOMIA PATOLÓGICA

- Numerosos cistos foliculares
- Espessamento da cortical externa
- Hiperplasia e luteinização das células da teca
- Blocos de células luteinizadas no estroma e raras unidades lúteas.

QUADRO CLÍNICO

Principais sintomas:

Esterilidade	74%
Hirsutismo	69%
Amenorréia	51%
Obesidade	41%
Virilização	21%

Sangramento uterino
Disfuncional 29%

DIAGNÓSTICO

- Clínico, laboratorial e ultra-sonográfico
- Laboratorial: dosagem de testosterona, androstenediona, S-DHEA, 17 α hidroxiprogesterona, FSH/ LH (as vezes está elevada), insulina (>25 μ U/ml – sugere resistência). Importante fazer o rastreamento do diabetes e da intolerância à glicose (dosagem da glicemia em jejum e, duas horas após, 75g de dextrosol)
- Ultra-sonográfico: ovários aumentados, com cisto múltiplos (10 ou mais) de 2 a 8 mm, rodeados por estroma denso.

TRATAMENTO

1. Medidas gerais: controle de peso, psicoterapia, atividade física, medidas cosméticas.
2. Tratamento farmacológico
 - a) Acetato de medroxiprogesterona – 5 a 10mg do 15^a ao 24^a dia do ciclo menstrual
 - b) Antiandrogênicos
 - Flutamida – 250mg, 2 a 3 vezes/ dia (cuidado hepatotóxica).
 - Finasterida (fase de experimentação)
 - Acetato de ciproterona
 - Espironolactona – 100mg/ dia associado ao acetato de ciproterona do Anticoncepcional)
 - c) Indutores da ovulação
 - Citrato de clomifeno - 50 a 100mg/ dia do 5^a ao 9^a dia do ciclo
 - Gonadotrofinas – FSH: 75UI (dose inicial)
 - d) Hipoglicemiantes orais
 - Metformin
 - Troglitazone (hepatotóxica, deve ser evitada)
 - e) Anticoncepcionais orais
 - f) Corticóides (nas pacientes com níveis elevados de S-DHEA ou 17-OH-P)
 - Prednizona – 2,5 a 5,0mg à noite ou dexametazona – 0,25 a 0,5mg á noite
 - g) Tratamento cirúrgico – reservado para a falha do tratamento clínico.
 - Sugere-se laparoscopia com cauterização de alguns pontos do estroma ovariano.

ONCOLOGIA GINECOLÓGICA E MAMÁRIA

ESTADIAMENTO DAS NEOPLASIAS

Sylvia M. F. Brenna (HMLMB)

CARCINOMA DE MAMA: revisado em 1986

Tumor (T)

Tx – Impossibilidade de avaliar o tumor primário

To - Sem evidência de tumor primário

Tis – Carcinoma “in situ”: intra-ductal, lobular ou doença de Paget sem tumor

Obs.: Doença de Paget associada a tumor é classificada de acordo com seu tamanho.

T1 – Tumor \leq 2cm

T1a – Tumor \leq 0,5cm

T1b – Tumor $>0,5$ cm e \leq 1 cm

T1c – Tumor $>$ 1 cm e \leq 2 cm

T2 – Tumor $>$ 2 cm e \leq 5 cm

T3 – Tumor $>$ 5 cm

T4 – Tumor de qualquer tamanho com extensão a

T4a – parede torácica

T4b – pele (inclusive “peau d’ orange”) ou ulceração ou nódulos cutâneos

T4c – associação de T4a e T4b

T4d – carcinoma inflamatório

L infonodos (N)

Nx – Sem confirmação do comprometimento linfonodal regional (ex: remoção prévia)

N0 – Sem metástase linfonodal regional

N1 – Metástase em 4 linfonodos \leq 3 cm

N2 – Metástase em 4 ou mais linfonodos homolaterais ou $>$ 3 cm

N3 – Metástase a linfonodos da cadeia mamária interna homolateral

Metástases (M)

Mx – Sem confirmação de metástase a distância

M0 – Sem metástases a distância

M1 – Metástases a distância

Correspondência entre os estadiamentos

FIGO

Estádio 0

Estádio 1

TNM

Tis N0 M0

T1 N0 M0

Estádio II	
IIa	T0 N1 M0 OU N1 M0 ou T2 N0M0
IIb	T2 N1 M0 ou T3 N0 M0
Estádio III	
IIIa	T3 N1 M0 ou T1 N2 M0 ou T2 N2 M0 ou T3 N2 M0
ou IIIb	ou T4 qqN M0 ou qqT N3 M0
Estádio IV	qqT qqN M1

CARCINOMA DE COLO UTERINO: revisado em 1994

Estádio 0 – carcinoma “in situ”

Estádio I – carcinoma invasivo restrito ao colo

 Ia – diagnosticado microscopicamente

 Ia1 - \leq 3 mm de profundidade e 7 mm de extensão

 Ia2 - $>$ 3mm e \leq 5mm de profundidade e 7 mm de extensão

 Ib – clinicamente visível

 Ib1 - \leq 4 cm

 Ib2 - $>$ 4 cm

Estádio II – carcinoma com invasão com invasão além do colo

 IIa – não envolve paramétrios

 IIb – envolve paramétrios

Estádio III

 IIIa – extensão ao 1/3 inferior de vagina

 IIIb – extensão à parede pélvica e/ ou hidronefrose ou exclusão renal

Estádio IV

 IVÃ – extensão a mucosa de bexiga ou reto

 IVb – extensão a distância

CARCINOMA DE ÚTERO: revisado em 1988

Estádio I – carcinoma limitado ao útero

 Ia – limitado ao endométrio

 Ib - invasão \leq $\frac{1}{2}$ do miométrio

 Ic – invasão $>$ $\frac{1}{2}$ do miométrio

Estádio II – extensão ao colo uterino

 IIa – invasão glandular endocervical

 IIb – invasão do estroma

Estádio III – extensão além do útero, porém limitado a pelve

 IIIa – invasão da serosa do útero, anexos ou lavado peritoneal positivo

 IIIb – invasão da vagiina

Estádio IV – extensão para órgão vizinhos ou a distância

 IVa – invasão de bexiga e/ ou reto

 IVb – metástases a distância e/ ou linfonodos inguiniais

OBS: GRADUAÇÃO HISTOLÓGICA EM G1, G2 E G3

CARCINOMA DE OVÁRIO: revisado em 1988

Estádio I – carcinoma limitado aos ovários

- Ia – um ovário, com cápsula intacta
- Ib – ambos ovários, com cápsula intacta
- Ic – um ou ambos ovários, cápsula rota, tumor na superfície, ascite ou lavado positivo
- Estádio II – extensão pélvica
 - IIa – para útero e/ ou trompas
 - IIb – para outros tecidos pélvicos
 - IIc – com ascite ou lavado positivo
- Estádio III – implantes peritoneais além da pelve e/ ou linfonodos positivos
 - IIIa – metástase peritoneal microscópicas
 - IIIb – metástases peritoneais $\leq 2\text{cm}$
 - IIIc – metástases peritoneais $> 2\text{cm}$ e/ ou linfonodos positivos
- Estádio IV – metástases a distância ou em parênquima hepático

CARCINOMA DE VULVA: revisado em 1988

Tumor (T)

- Tx – Tumor primário não pode ser avaliado
- T0 – sem evidência de tumor primário
- Tis – Carcinoma “in situ”
- T1 – Tumor limitado a vulva e/ ou períneo $\leq 2\text{cm}$
 - T1a – com invasão estromal $\leq 1\text{mm}$
 - T1b – com invasão estromal $> 1\text{mm}$
- T2 – Tumor limitado a vulva e/ ou períneo $> 2\text{cm}$
- T3 – Tumor de qualquer tamanho com invasão adjacente a uretra inferior e/ ou vagina ou anus
- T4 – Tumor invade qq das seguintes estruturas: mucosa uretral superior, mucosa vesical, mucosa retal, ou está fixo a pube óssea.

Linfonodos (N)

- Nx – Linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0 – Não há metástases a linfonodos regionais
- N1 – Metástases a linfonodos regionais unilaterais
- N2 – Metástases a linfonodos regionais bilaterais

Metástases (M)

- Mx – Metástases distantes não podem ser avaliadas
- M0 – Não há metástases a distância
- M1 – Há metástases a distância

Correspondência entre os estadiamentos

FIGO	TNM
Estádio 0	Tis N0 M0
Estádio I	
Ia	T1a N0 M0
Ib	T1b N0 M0
Estádio II	T2 N0 M0
Estádio III	T1 N1 M0 ou T2 N1 M0 ou T3 N0 M0 ou T3 N1 M0

Estádio IV	
IVa	T1 N2 M0 ou T2 N2 M0 ou T3 N2 M0 ou T4 qqN
M0	
IVb	qqT qqN M1

CARCINOMA DE VAGINA: revisado em 1998

Estádio 0 – carcinoma “in situ”

Estádio I – carcinoma invasivo limitado a vagina

Estádio II – invasão de tecidos paravaginais, sem atingir a parede pélvica

Estádio III – invasão de parede pélvica, com linfonodos pélvicos ou inguinais positivos

Estádio IV – invasão de órgãos vizinhos ou a distância

IVa – invasão de mucosa de bexiga ou reto

IVb – metástases a distância

MOLESTIA TROFOBLASTICA GESTACIONAL: revisado em 1991

Estádio I – moléstia limitada ao útero

 Ia – sem fatores de risco

 IB – com 1 fator de risco (β hCG > 40.000mil/ ml ou duração da doença > 6 meses)

 Ic – com 2 fatores de risco

Estádio II – extensão além do útero, mas limitada a estruturas genitais

 IIa – sem fator de risco

 IIb – com 1 fator de risco

 IIc – com 2 fatores de risco

Estádio III – extensão ao pulmão, com ou sem envolvimento do trato genital

 IIIa – sem fator de risco

 IIIb – com 1 fator de risco

 IIIc – com 2 fatores de risco

Estádio IV – Outros locais de metástases

 IVa – sem fator de risco

 IVb – com 1 fator de risco

 IVc – com 2 fatores de risco.

CARCINOMA DE MAMA

Maurício de Sena Martins (HMLMB)

CARCINOMA IN SITU DA MAMA (INTRADUCTAL)

1) LOBULAR E DUCTAL IN SITU

Lobular in situ → é considerado um marcador de risco para desenvolver um carcinoma invasivo subsequente.

Ductal in situ

Histologicamente subdividido em tipo comedo e tipo não-comedo e alto e baixo grau nuclear.

Os Ca “in situ” comedo e alto grau nuclear → pior prognóstico.

CLASSIFICAÇÃO DE VAN NUYS DO CA DUCTAL IN SITU (PROGNÓSTICO)

Grupo 1 – Baixo grau nuclear sem necrose

Grupo 2 – Baixo grau com necrose

Grupo 3 - Alto grau com necrose

O index prognóstico Van Nuys avaliar o tamanho tumor margens

- Aumento da incidência com a melhor detecção precoce, lesões não palpáveis e microcalcificações (85%)
- Microcalcificações agrupadas são as lesões mais comuns (75%)
- Diagnóstico- core biopsy, estereotaxia, mamotomia

TRATAMENTO:

Mastectomia → em lesões extensas e multicêntricas

- Excisão local: para lesões de baixo grau (Van Nuys 1)
- Excisão local + radioterapia
- Margens > 1,0 cm
- Axilectomia reservada para casos tipo comedo (nível I)
- Quimioterapia e hormonioterapia

2) DOENÇA DE PAGET

- Também se apresenta como carcinoma “in situ”
- Atinge principalmente complexo aréolo-papilar
- Sinal mais comum – eczema
- Com massa = mastectomia radical modificada
- Sem massa = cirurgia conservadora – inclui complexo aréolo -mamilar
- Radioterapia (lesões multifocais)

MAMOGRAFIA

Indicações:

- Rastreio ou prevenção secundária do câncer de mama
- Mamografia diagnóstica

Deve ser realizada segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Mastologia:

- Basal ou primeira (35 a 40 anos)
- 41 – 50 anos (bianual)
- 50 anos (anualmente)

Achados mamográficos:

- Sinais primários: massa bem ou mal definidos e microcalcificações
- Sinais secundários: espessamento ou retração da pele e aumento de linfonodos axilares
- Sinais indiretos: distorção da arquitetura, assimetria de densidade e aumento de ducto único.

Como “Ler uma mamografia”

1ª passo – Avaliação dos dados de paciente (anamnese)

2ª passo – Avaliar a qualidade do exame

3ª passo – Identificação do exame

4ª passo – Avaliação do padrão mamográfico da paciente

5ª passo – Avaliação da simetria

6ª passo – Avaliação da periferia

7ª passo – Avaliação do complexo aréolo – papilar

8ª passo – Análise das trabéculas mamárias

9ª passo – Procura de microcalcificações

10ª passo – Estudo da axila e vascularização

11ª passo – Recapitulação

12ª passo – Comparação com mamografias anteriores

Incidências mamográficas- manobra de Eklund nas próteses mamárias

- Deve ser realizado nas incidências rotineiras M. L. O. (médio-lateral-obliquo) e C.C. (crânio- caudal) com foco 0,3 mm.

Incidências adicionais:

- Ampliada e magnificada (melhor avaliação de microcalcificações, margens de lesões e distensões arquiteturais do tecido glandular).
- Compressão localizada ou seletiva →proporciona melhor separação das estruturas superpostas.
- Crânio- caudal exagerada (Cleópatra) – lesões em quadrante laterais.
- Clivagem – (lesões profundas na porção pósterio - lateral mama)
- Tangenciais (lesões de pele), projeções axilares
- Perfil verdadeiro (estereotaxia) e incidências rotacionais (só no C.C.)

LESÕES NÃO PALPÁVEIS

- Geralmente descobertas em mamografias de triagem

- Podem se apresentar como massa bem ou mal definidas, microcalcificações, densidades assimétricas, distorções da arquitetura
- Métodos de avaliação diagnóstica – punção aspirativa por agulha fina (guiada por ultra – som ou mamografia), “core biopsy”, localização estereotéica (agulhamento), mastotomia, setorectomia.

CARCINOMA DE MAMA – ROTINAS ECMAL

Alexandre José Calado Barbosa (MESM)

EXAME FÍSICO MAMÁRIO – Aproximadamente 80% dos tumores na mama são descobertos pela própria mulher ao exame físico. Deverá ser realizado uma semana após a menstruação. Para as mulheres que não menstruam, o auto exame deverá ser feito em um mesmo dia do mês.

- Sinais suspeitos: deformação ou alterações no formato das mamas, abaulamentos ou retrações, feridas ao redor do mamilo, nódulo na mama e/ou axila de consistência endurecida e a presença de descarga papilar unilateral, espontânea tipo água de rocha ou sanguinolenta.

. PROPEDEUTICA

- MAMOGRAFIA – INDICAÇÕES

- . A partir dos 30 anos – pacientes de alto risco
- . Aos 35 anos – mamografia de base
- . A partir dos 40 anos – anualmente

- ULTRA SOM MAMAS

- . Diferenciar nódulo cístico / sólido
- . Agulhamento Pré operatório de nódulo impalpável
- . Mamas Densas a Mamografia
- . Punção de nódulo para diagnóstico citológico
- . Nódulo detectado a Mamografia
- . Estudo da vascularização mamária

- CITOPUNÇÃO MAMARIA(Citológico)

- . Nódulo palpável pós propedêutica não invasiva
- . Guiado por US – Nódulo sólido impalpável ou dúvida diagnóstica entre nódulo cístico e sólido.

- BIOPSIA MAMA (Histologia)

- . Incisional – retira-se pequeno fragmento tumoral.
- . Excisional- retira-se toda a lesão.

- LAUDO MAMOGRÁFICO , CONDUTA E RISCO DE CÂNCER

. BI RADS 0 -----	COMPLEMENTAÇÃO (US)	
. BI RADS I e II -----	RASTREAMENTO DE ROTINA – 0.5%	
. BI RADS III -----	COMPLEMENTAR(US)	- até 2%
. BI RADS IV -----	CITO/HISTOLOGICO	maior 20%
. BI RADS V-----	CITO/HISTOLOGICO	maior 75%
. BI RADS VI-----	LESÃO JÁ BIOPSIADA	100%

- ESTADIAMENTO NO CÂNCER DE MAMA

. EST 0-----	Tis-----	N0-----	M0
. EST I -----	T1-----	N0-----	M0
. EST II A-----	TO-----	N1-----	M0
	T1-----	N1-----	M0
	T2-----	N0-----	M0
. EST II B-----	T2-----	N1-----	M0
	T3-----	N0-----	M0
. EST III A-----	TO-----	N2-----	M0
	T1-----	N2-----	M0
	T2-----	N2-----	M0
	T3-----	N1,N2-----	M0
. EST III B-----	T4-----	QN-----	M0
	QT-----	N3-----	M0
. EST IV -----	QT-----	QN-----	M1

T – TAMANHO DO TUMOR

N – GÂNGLIO LINFÁTICO REGIONAIS

M – METÁSTASES À DISTÂNCIA

TRATAMENTO CIRURGICO PARA O CÂNCER DE MAMA

. Quadrantectomia – remoção do quadrante mamario que contém o tumor primário com margem de segurança de 2-3 cm;realiza-se esvaziamento axilar dos 3 níveis e complementação com Radioterapia.

. Mastectomia Radical Modificada a Madden – conservação dos mm peitorais. MRM a Patey – retira-se M.peitoral menor.

Obs- Para tumores até 2 cm preferir cirurgia conservadora a Mastectomia. Observar relação tamanho tumoral/tamanho da mama.

Obs- sempre solicitar receptores imuno histoquimico após tratamento cirúrgico.

FATOR PROGNOSTICO PARA CÂNCER DE MAMA

- 1-Estadiamento
- 2-tamanho tumoral
- 3-Envolvimento axilar (principal fator prognóstico)
- 4-Tipo Histológico
- 5-Grau Histológico
- 6-Necrose Tumoral
- 7-Elastose
- 8-invasão Vascular
- 9-Receptor Hormonal
- 10-Citometria de Fluxo
- 11-Timidina
- 12-Oncogens
- 13-Catepsina D
- 14-Imagenologia
- 15-Anticorpos Monoclonais

TRATAMENTO COMPLEMENTAR

Encaminhar para serviço especializado.

1- Radioterapia

- Pós tratamento conservador no câncer de mama
- Tratamento Radical – Pré ou Pós Operatório
- Tratamento Paliativo em Doença Avançada e nas Metástases

2 – Quimioterapia

- QT Adjuvante – usados na pré menopausa, axila positiva, pacientes com axila negativa porém de Alto risco, pacientes com tumor não hormônio dependente na pré ou pós menopausa.
- QT Neo-Adjuvante – tem como objetivo eliminar ou reduzir a massa tumoral e micrometástases, previamente à remoção do tumor primário.

3 – Hormonioterapia

Usados para tumor Hormonio-dependente – Receptores para estrogênio e progesterona positivos. Geralmente é empregada como primeira linha para mulheres com Câncer de

Mama metastático. Drogas mais utilizadas: Tamoxifen, Agonista do LHRH, Inibidores da Aromatase e Progestínicos.

Realizar sempre acompanhamento Psicológico e Fisioterapico.

-

CARCINOMA DE COLO UTERINO

Sylvia M. Brenna (HMLMB)

RASTREAMENTO:

Realizado pelo exame de Papanicolaou em mulheres:

- Entre 25 a 60 anos.
- Com vida sexual ativa > 5 anos
- Segundo a recomendação da Organização Mundial da Saúde, para os países em desenvolvimento, **OS 2 PRIMEIROS EXAMES SERÃO ANUAIS E SE NEGATIVOS PARA LESÕES CERVICAIS SERÃO REALIZADOS A CADA 3 ANOS.**
- As mulheres com lesão de alto grau (NIC 2 e 3) devem ser encaminhadas à colposcopia
- **A realização do exame de Papanicolaou em mulheres mais jovens do que 25 anos não atende à faixa etária de maior risco para lesões precursoras do carcinoma de colo uterino.**
- **Os controles realizados com intervalo inferior a 3 anos aumentarão o número de exames desnecessários, realizados sempre nas mesmas mulheres, com baixo risco para a doença.**

DIAGNÓSTICO:

Colposcopia com biópsia.

ESTADIAMENTO:

- Conização – quando há carcinoma “in situ” na biópsia.
- Exame ginecológico com toque retal (avaliar paramétrios).
- USG abdominal – **avaliar as vias urinárias (preferencialmente pelo USG)** ou urografia excretora (se não for possível realizar USG)
- Cistoscopia.
- RX tórax – em estádios avançados e quando indicado como exame pré- operatório..
- Tomografia – se necessário.
- Retosigmoidoscopia – em estádios clínicos avançados.

TRATAMENTO:

Deve seguir o protocolo da FIGO

Conização – com alta frequência (LEEP, CAF ou LLTEZ) – Ver capítulo de Papanicolaou cervical

- Carcinoma “in situ”
- Estádio Ia 1 em mulheres < 40 anos

HTA + 1/3 superior de vagina:

- Estádio Ia 1 em mulheres > 40 anos
- Mulheres obesas e/ ou com contra – indicação para cirurgia radical (complementar com RT)

Wertheim – Meigs – HTA + parametrectomia ampliada + linfadenectomia pélvica.

- Pode-se preservar ovários, em mulheres < 40 anos. A paciente deve ser hígida e com baixo risco anestésico.

Radioterapia (RT) neoadjuvante + cirurgia:

- Estádio Ib 2 ou IIa, para diminuir a massa tumoral e melhorar a condição operatórias

RT neoadjuvante + Quimioterapia (QT) neoadjuvante + cirurgia de resgate:

- Pra estágio \geq IIb proximal(depende das condições clínicas e da idade da mulher). Ainda está em estudos para mais avançados.
- Priorizar esta possibilidade de tratamento em mulheres < 40 anos, no estágio IIb.

Radioterapia exclusiva:

- Pacientes sem condições clínicas para cirurgia
- Estádios avançados. Deve – se lembrar que **massas tumorais volumosas não respondem bem à radioterapia**

Radioterapia pós – operatória:

- Margens cirúrgicas comprometidas
- Invasão linfática e/ ou vascular

Quimioterapia:

- Discutir com Oncologia Clínica
- Terapia neoadjuvante ou concomitante a RT
- **Neoadjuvante – permite resgate cirúrgico acima do estágio IIB.**
- Casos de recidiva ou resposta parcial a RT
- Discutível em casos avançados

PÓS-OPERATÓRIO

- Antibioticoterapia por 7 dias
- Sondagem vesical por 7 dias (pós-Wertheim-Meigs)
- USG de vias urinárias após o 7ª PO

OS CASOS AVANÇADOS DEVEM SER INDIVIDUALIZADOS E DISCUTIDOS COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. NÃO SE DEVE DETERMINAR RISCOS, INDICAR PROCEDIMENTOS INVASIVOS OU DECLARAR A MULHER FORA DE POSSIBILIDADE TERAPEUTICAS, BASEANDO –SE EM CRITÉRIOS PESSOAIS.

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

Sylvia M. Brenna (HMLMB)

RASTREAMENTO

- Identificar pacientes de alto risco, no climatério, com:
- Obesidade
- Antecedentes de nuliparidade e/ ou ciclos anovulatórios
- Antecedentes familiares diretos (mãe ou irmã) com câncer de mama e/ ou endométrio
- Antecedentes de câncer de mama com uso de tamoxifen
- Tratamento de reposição hormonal (TRH) > 10 ANOS

Submete-las a USG transvaginal para avaliação da espessura endometrial:

- Pacientes sem TRH:
Até 4mm – normal
≥ 5mm - investigar
- Pacientes com TRH:
Até 7mm – normal
≥ 8mm - investigar

DIAGNÓSTICO

Pacientes com metrorragia pós-menopausa ou selecionadas do esquema acima, serão submetidas a:

- Histeroscopia com biópsia s/n ou
- Curetagem de prova

ESTADIAMENTO

Realizado no **intra-operatório**, através de cirurgia adequada. No pré-operatório, realizar:

- Ex. ginecológico com toque retal (avaliar paramétrios)
- Colpocitologia
- USG abdominal
- RX tórax
- Tomografia – necessário
- Retosigmoidoscopia – em estádios clínicos avançados

TRATAMENTO

- **Deve seguir os protocolos da FIGO**
- **PREFERENCIALMENTE CIRÚRGICO (para estadiamento e tratamento)**
- **Radioterapia (RT) exclusiva:** apenas nos casos em que a mulher não tem condições clínicas, com risco anestésico alto. Sabe-se que **massas tumorais volumosas não respondem bem à radioterapia exclusiva** e que o estadiamento da doença é intra-operatório. **A contra-indicação de cirurgia deve basear-se em critérios objetivos e os casos devem ser discutidos em equipe multidisciplinar.**
- **Radioterapia pré-operatória:** em estágio II ou em tumores volumosos.

Cirurgia simples: Lavado peritoneal + HTA + SOB + congelação (estadiar a invasão miometrial)

Cirurgia radical: idem + linfadenectomia pélvica (retirar linfonodos para estudo) + linfadenectomia para aórtica seletiva (retira linfonodos palpáveis), quando:

- Qualquer estágio com grau celular G3
- Estádio > Ic
- Tipos histológicos raros (mülleriano, adenoacantoma, adenopapilífero, células claras)
- **Quando não congelação disponível, a cirurgia radical completa o estadiamento. Cirurgia sem estadiamento por congelação ou sem amostra de linfonodos significa estadiamento incompleto.**

Cirurgia para citorredução: idem + retirada de massa tumoral visível (se possível) em estádios avançados.

Radioterapia (RT):

- Qualquer estágio com grau celular G3
- Estádio > Ic
- Metástases em linfonodos
- Invasão vascular
- Margens cirúrgicas comprometidas

Hormonioterapia

- Acetato de megestrol
- Outras opções (avaliar poder aquisitivo da paciente) – discutir com a Oncologia Clínica.

Quimioterapia (QT)

- Discutir com a Oncologia Clínica

OS CASOS AVANÇADOS DEVEM SER INDIVIDUALIZADOS E DISCUTIDOS COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. NÃO SE DEVE DETERMINAR RISCOS, INDICAR PROCEDIMENTOS INVASIVOS OU DECLARAR A MULHER FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS, BASEANDO-SE EM CRITÉRIOS PESSOAIS.

CARCINOMA DE OVÁRIO

Sylvia M. Brenna (HMLMB)

RASTREAMENTO

- Exame ginecológico periódico no climarério
- USG – há controvérsias quando a periodicidade no climatério
- CA 125 – discutível a nível de rastreamento

DIAGNÓSTICO

- Pacientes na menacme ou climatério com: tu anexal sólido, com vegetações na parede, tu maior que 10 cm ou ascite, podem ser submetidas a:
- Laparoscopia com biópsia
- Dosagem de CA 125
- Laparotomia exploradora

ESTADIAMENTO

Realizado no intra-operatório. No pré-operatório realizar:

- Ex. ginecológico com toque retal
- USG. Abdominal
- RX de tórax
- Endoscopia digestiva
- Tomografia – se necessário

TRATAMENTO

- **Deve seguir os protocolos da FIGO**
- **PREFERENCIALMENTE CIRÚRGICO (para estadiamento e tratamento)**

Cirurgia simples: Lavado peritoneal + inventário da cavidade abdominal + HTA + SOB (retirada da peça em monobloco) + omentectomia + congelação (avaliar invasão de cápsula).

- Indicada para estágio Ia G1 ou G2
- Pode-se preservar o útero e 1 ovário se paciente < 40 anos e prole não constituída (**fazer biópsia do ovário preservado**)

Cirurgia radical: idem + linfadenectomia pélvica e peri- aortica (até a altura da artéria renal).

- Indicada para estágio > Ib ou qualquer G3
- **Quando não há congelação disponível, a cirurgia radical completa o estadiamento. Cirurgia sem estadiamento por congelação ou sem amostra de linfonodos significa estadiamento incompleto.**

Cirurgia para citoredução: idem + retirada de massa tumoral visível (o máximo possível)
Indicada em estádios avançados

Quimioterapia (QT):

- Discutir com a Oncologia Clínica

- Pré- operatória: pode melhorar a abordagem cirúrgica
- Pós- operatória: em estádios >Ia G3, após estadiamento adequado
- Pós- operatória: em estágio avançados, após citoredução

Second look:

- Laparoscopia com biópsia s/n pós- QT
Negativa: QT 2ª linha. A citorredução secundária é possível, mas discutível (depende da idade e condições clínicas da paciente)

OS CASOS AVANÇADOS DEVEM SER INDIVIDUALIZADOS É DISCUTIDOS COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. NÃO SE DEVE DETERMINAR RISCOS, INDICAR PROCEDIMENTOS INVASIVOS OU DECLARAR A MULHER FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS, BASEANDO-SE EM CRITÉRIOS PESSOAIS.

QUIMIOTERAPIA

Walquiria A. Tamelini (HMLMB)

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Quimioterapia – é uma forma de tratamento baseada na administração de substância química no organismo do paciente, geralmente para neoplasias malignas.

Agentes quimioterápicos – também chamados anti-neoplásicos ou anti-blásticos. São substâncias que atuam na célula maligna principalmente durante a sua divisão e interferindo com a duplicação de DNA ou produção de proteínas. Por ter essa ação e por se estender a todas as partes do organismo determinam também uma grande toxicidade.

Ação dos quimioterápicos – sempre relacionados aos princípios da proliferação celular (fases do ciclo de crescimento celular).

Uso clínico dos quimioterápicos – usado com finalidade curativa ou paliativa.

Curativa (potencialmente) – mesmo em doença avançada, em casos como: tumores trofoblásticos, tumores testiculares, linfomas e alguns tumores pediátricos.

Paliativa – quando para beneficiar o paciente com redução de massa tumoral, sintomas relacionados e assim prolongando a vida e melhorando sua qualidade, em: câncer de mama, câncer de ovário, etc.

Sabe-se também que em tumores quimiorresistentes que a quimioterapia em nada beneficia o paciente.

CLASSIFICAÇÃO DE TRATAMENTO

Quando ao sítio de aplicação

Sistêmico – é o método mais utilizado, e com o uso de drogas por via oral ou parenteral, trata-se o doente como um todo. As drogas podem ser únicas ou em associação, falando assim em monoquimioterapia e poliquimioterapia.

Regional – a droga é injetada diretamente em uma artéria ou cavidade, com minimização da toxicidade sistêmica. Ela pode ser: **intra-arterial** (metástases hepáticas, melanomas localizados, sarcomas de extremidades), **intracavitária** (intra-pleural, intra-pericárdio, intra-peritoneal e intra-tecal).

Local – a droga é injetada diretamente no local do tumor.

Quanto a forma de terapêutica

Adjuvante – o tratamento é realizado posteriormente ao tratamento principal, quer seja cirúrgico ou radioterápico. Tem a finalidade de promover reforço do tratamento e à eliminação da doença residual metastásica potencial. Por exemplo: câncer de mama estágio II.

Neo- adjuvante – o tratamento é realizado previamente ao definitivo, quer seja cirurgia ou radioterapia. O objetivo é atacar precocemente a doença micrometastática, reduzir a massa tumoral primária. Usado em câncer de mama, sarcomas e câncer de pequenas células de pulmão.

Exclusivo – quando somente o tratamento sistêmico é realizado. Por exemplo em casos de leucemias.

AVALIAÇÃO DE RESPOSTA E TOXICIDADE.

Toxicidade – deverá ser avaliada antes de cada ciclo de tratamento, sempre com um estudo: hematológico(hemograma e plaquetas), bioquímica (sódio, potássio, cálcio), função renal (uréia e creatina), função hepática (TGO, TGP, gama GT).

Resposta objetiva – realizada a cada 2 ciclos de tratamento em bases clínicas e radiológicas.

Resposta completa (RC) – desaparecimento completo de toda a doença detectável clínica e radiologicamente por um tempo mínimo de 4 semanas.

Resposta parcial (RP) – a remissão parcial requer mais de 50% de redução da soma dos produtos dos dois maiores diâmetros perpendiculares das lesões mensuráveis bidimensionalmente, por um período mínimo de 4 semanas.

Doença estável (DE) – quando uma redução de 50% ou um aumento de 25% no tamanho do tumor não pode ser estabelecido.

Doença progressiva (DP) – quando se estabelece um aumento de 25% ou mais na lesão tumoral mensurável, ou aparecimento de novas lesões.

CONTRA-INDICAÇÃO À QUIMIOTERAPIA

Condições – avaliação clínica, desempenho clínico pessoal (escalas de *performance status*), extensão da doença, toxicidade potencial e duração presumida.

Reedição de doses – mielossupressão, uso concomitante de radioterapia, toxicidade de trato digestivo, alterações da função hepática e renal e debilidade geral do paciente.

Contra-indicações relativas ou absoluta:

Efeitos colaterais potenciais excedem aos benefícios, desempenho clínico (*performance status* menor de 50 na escala de Karnofsky), expectativa de tempo de sobrevida insuficiente, doenças prévias (cardiovascular, diabetes). Infecção ativa, primeiro trimestre de gravidez, severas desordens psicológicas, fator idade acima de 70 anos, antes de 10 a 20 dias de grandes cirurgias (como laparotomias, toracotomias e mastectomias) e severa mielodepressão (leucócitos < 2500/mm³ e plaquetas < 7500/ mm³).

QUIMIOTERAPIA EM GINECOLOGIA

Indicações – câncer de ovário de endométrio (avançados), câncer de colo uterino (neoadjuvante e avançados) e câncer de mama.

QUIMIOTERAPIA EM OBSTETRÍCIA

Indicações – neoplasia trofoblástica gestacional

Contra-indicação absoluta – no primeiro trimestre da gestação, durante o segundo e terceiro trimestre, cada caso deverá ser estudado em riscos e benefícios.

PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR

PATOLOGIA CERVICAL

Cecília M. Roteli-Martins (HMLMB)

INTRODUÇÃO

Papilomavírus humano (HPV): principal agente responsável pelas neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) e cânceres invasivos do colo uterino. De 5 a 20% das mulheres sexualmente ativas mostram positividade para alguns dos testes mais sensíveis de detecção de infecção pelo HPV. Entretanto, a grande maioria das mulheres infectadas pelo HPV não vão evoluir para doença invasiva: cerca de 60% daquelas com NIC 1 vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais menos de 10% irão evoluir para NIC 3, sendo a progressão para câncer invasivo estimada em 1%.

EVOLUÇÃO DA INFECÇÃO PARA LESÃO INDUZIDA POR HPV

Fatores necessários:

- Vírus de alto risco oncológico (16,18,31, 33,35,39,45,51,52 e 56)
- Persistência
- Alta carga viral
- Baixa resposta imunológica do hospedeiro

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DAS LESÕES INDUZIDAS POR HPV

- Exame clínico
- Citologia oncológica
- Colposcopia
- Histologia

IDENTIFICAÇÃO DA INFECÇÃO POR HPV

Hibridizações moleculares de ácidos nucleicos

- Southern Blot
- Captura de híbridos
- Hibridização “in situ”
- Reação em Cadeia de Polimerase (PCR)

CONDUTAS

O exame utilizado para rastreamento das lesões HPV induzidas é a citologia oncológica (CO) que pode apresentar alterações sugestivas de infecção por HPV como coliocitose ou alterações relacionadas a lesões intra-epiteliais de baixo grau ou NIC 1, e alto grau como NIC 2 ou 3.

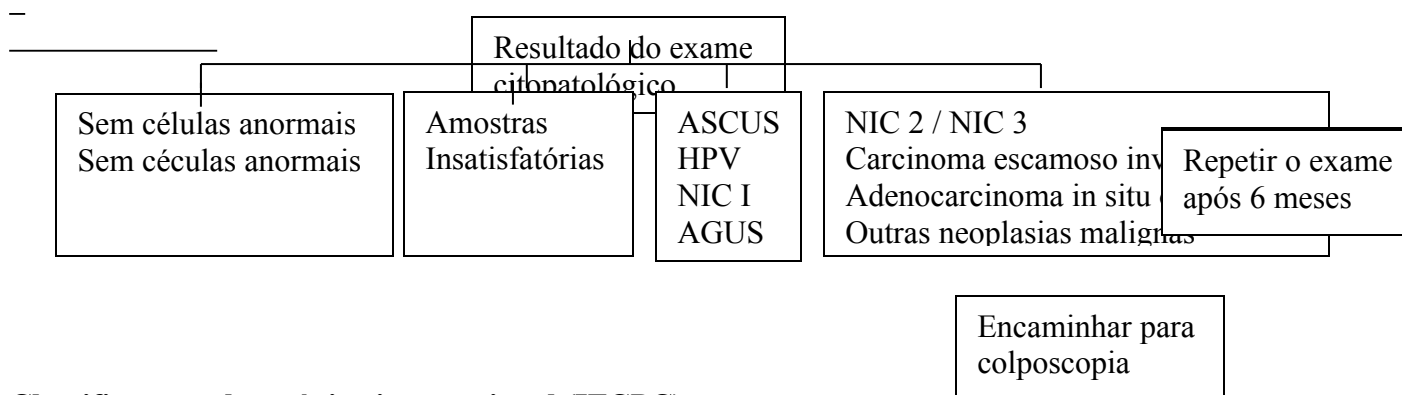
Eventualmente, os esfregaços citológicos podem apresentar atipias indeterminadas ou ASCUS (alterações escamosas cervicais de significado indeterminado).

Nas lesões de baixo grau ou NIC 1 **persistentes**, o tratamento depende da extensão da lesão. Como a maioria das mulheres apresenta lesões bem definidas ectocervicais a

destruição local com eletrocauterização está indicada. Nas lesões maiores, a eletroexcisão por alça diatérmica mostra melhores resultados. Eventualmente, a paciente se apresenta com lesões clínicas benignas ou de baixo grau na forma de condiloma acuminado de vulva, vagina ou colo do útero. A retirada cirúrgica das lesões pediculadas com posterior cauterização da base oferece resultados satisfatórios.

Nos de CO sugestivos de **lesão de alto grau, como NIC 2 ou 3**, a avaliação **colposcópica** cuidadosa do trato genital inferior **com biópsia** colpodirigida é **obrigatória**. Após confirmação histológica de NIC 2 ou 3 de pequena extensão, pode ser realizado a destruição da lesão com eletrocauterização. Entretanto, **a retirada da zona de transformação incluindo toda a área suspeita é o método de melhor resolução**. Pode ser realizada com bisturi a frio ou através da alça diatérmica (large loop excision of the transformation zone – LLETZ), este último com melhor custo-benefício. Nos casos em que a colposcopia é insuficiente, por ausência de imagem suspeita ou alteração penetrando em canal, o material para avaliação histológica deve ser obtido, através de biópsia cônica do colo (conização), preferencialmente a frio. A pesquisa de DNA-HPV nas mulheres com NIC 2 ou 3 é controversa pois não modifica a conduta terapêutica, podendo ser utilizada como marcador prognóstico. Entretanto, o principal fator envolvido na evolução da lesão pós-excisão é o comprometimento das margens da peça cirúrgica. **Se as margens estiverem livres**, a probabilidade de recidiva é mínima e o **controle é anual com citologia oncológica**. **Se as margens estiverem comprometidas**, pode-se **ampliar a ressecção com nova conização ou histerectomia ou então, optar por uma conduta conservadora e repetir a citologia oncológica e colposcopia após 4, 6 e 12 meses** para afastar recidiva. Após este período a seguimento é anual com citologia oncológica e eventual colposcopia.

Condutas clínicas para acompanhamento de acordo com resultado do exame citopatológico.



Classificação colposcópica internacional (IFCPC)

A) Achados colposcópicos normais	Epitélio pavimentoso original Epitélio cilíndrico Zona de transformação normal
B) Achados colposcópicos anormais	1) Dentro da zona de transformação Epitélio acetobranco* - plano ou micropapilar Pontilhado* Mosaico* Leucoplasia

	<p>Área iodo negativa Vasos atípicos 2) Fora da zona de transformação (ectocérvice/ vagina) Epitélio acetobranco* - plano ou micropapilar Pontilhado* Mosaico* Leucoplasia Área iodo negativa Vasos atípicos</p>
C) Suspeita de carcinoma invasivo	
D) Colposcopia insatisfatória	<p>Junção escamocolunar não visualizada Inflamação grave ou atrofia grave Colo não visível</p>
E) Miscelânea	<p>Micropapilas não aceto reativas Condiloma exofítico Inflamação Atrofia Ulceração Outros</p>
<p>*Especificar o grau 1ª grau: Epitélio branco fino Mosaico regular Pontilhado regular</p>	<p>2ª grau Epitélio branco espessado Mosaico irregular Pontilhado irregular</p>

PATOLOGIA VULVAR

Iara Baldacini (HMLMB)
Rosa Lúcia Vilano (HMLMB)

Critérios de admissão no setor:

- Lesão vulvar que mereça melhor investigação diagnóstica.
- Prurido vulvar recorrente (após tratamento das eventuais vulvovaginites)
- Dispareunia de penetração (após tratamento das eventuais vulvovaginites)

Primeira consulta

- Preencher corretamente a ficha do setor, incluindo mapeamento das lesões
- Inspeção clínica
- Vulvosopia e perineoscopia – ácido a 5% (estender sempre às regiões perineais e perianais)
- Biópsia (única ou múltipla) – na presença de lesões clínicas e/ ou colposcópicas.

Condutas:

Todos os casos deverão ser discutidos com o preceptor.

ALTERAÇÕES EPITELIAIS NÃO NEOPLÁSICAS DA VULVA

Líquen esclero-atrófico

Primeira opção:

- Propionato de testosterona – 2% (200mg de testosterona em 100g de vaselina sólida).
2x/ dia – 30 dias consecutivos
1x/ dia – no segundo mês e 3x/ semana por mais 3 a 6 meses
- Anti – histamínico s/n
- Corticóide tópico s/n
- Tranquilizantes s/n)

Segunda opção: (casos não responsivos à testosterona)

- Progesterona creme – 3% (400mg de progesterona em 120g de aquafor)
- Anti – histamínico s/n
- Corticóide tópico s/n
- Tranquilizantes s/n
- Retorno a cada 2 meses até a remissão dos sintomas.

Hiperplasia escamosa

- Corticóide tópico – acetato de hidrocortisona 1%

2x/ dia – 15 dias consecutivos, com diminuição das aplicações assim que diminuírem os sintomas.

- Anti – histamínico s/n
- Tanquilizantes s/n
- Cuidados gerais:
Evitar o uso de agentes irritantes ou sensibilizantes como talco, perfumes, papel higiênico.
Evitar nylon e meia- calça.

- Retorno a cada 2 meses até a remissão dos sintomas

LESÕES DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (VIN 1)

Pacientes assintomáticas

Conduta expectante com vulvoscopia a cada 3 meses

- Se regressão no primeiro ano de controle = encaminhar a rede básica de saúde.
- Se persistência ou progressão = exérese (cirurgia de alta frequência).

Paciente sintomáticas

- Ácido tricloroacético 70 a 90% 1x/ semana ou
- Eletrocauterização ou
- Ressecção com alça (LEEP, LLTEZ OU CAF)
- Parceiro: encaminhar à urologia.
- Controle: a cada 3 meses até a cura clínica e vulvoscópica anual rede básica.

LESÕES DE ALTO GRAU DE MALIGNIDADE (VIN 2 E 3).

- Reação em Cadeia de Polimerase (PCR)
- Exérese com bisturi ou alça (LEEP, LLTEZ ou CAF).
- Parceiro: encaminhar à urologia.
- Controle:
 1. trimestral no primeiro ano.
 2. semestral no segundo ano.
 3. anual a partir do terceiro ano

CARCINOMA INVASIVO

Estadiar – avaliação conjunta com a Oncologia.

Vulvectomia simples ou radical, conforme estadiamento.

TUMORES BENIGNOS E OUTRAS LESÕES DERMATOLÓGICAS

Discutir com o preceptor.

URO – GINECOLOGIA

INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: CONDUTA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

José Tadeu Nunes Tamanini (HMLMB)

Jorge Duarte Ribeiro (HMLMB)

1. Avaliação clínica

Anamnese: ênfase sobre incontinência urinária aos esforços (IUE), urgência miccional (UM), urgo- incontinência urinária (UI), uso de medicamentos: alfa – bloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, anticolinérgicos, agentes beta – estimulantes, terapia de reposição hormonal.

Antecedentes: número de gestações, partos vaginais e cesarianas, histerectomia com ou sem ooforectomia, procedimentos cirúrgicos prévios para tratamento da incontinência urinária, estado menstrual e doenças neurológicas atuais ou pregressas.

Avaliar a severidade da incontinência urinária, perguntando se a paciente usa absorventes higiênicos, frequência de troca e se isto tende a excluí-la das atividades do dia-a-dia.

Exame físico

Abdome: pesquisa de globo vesical palpável (“bexigoma”) e cicatrizes de cirurgias prévias. Exame físico da região sacra: pesquisa de malformações ósseas.

Exame uroginecológico: com a bexiga cheia, paciente em posição ginecológica, observar perda urinária durante manobra de Valsalva ou tosse. Exame das paredes vaginais e colo uterino para pesquisa de algum grau de distopia urogenital (cistocele, retocele, enterocele, rotura perineal ou prolapso uterino); estado trófico das mucosas genitais e pesquisa de alterações neurológicas locais (tátil e/ ou motora) que possam implicar em doenças neurológicas relacionadas à IU. É importante o cateterismo uretral após a micção espontânea, para ter o volume residual, que não deverá ultrapassar 40 ml.

Exames laboratoriais: urina I, urocultura com antibiograma, hemograma completo, uréia, creatinina, glicemia de jejum e perfil hormonal (casos selecionados).

Avaliação radiológica: cistograma em pé (AP e lateral), durante o repouso e durante manobra de Valsalva, **sem** a sonda uretral.

Avaliação urodinâmica (AUD): é atualmente o exame que melhor avalia as disfunções do trato urinário baixo, principalmente a I.U. feminina.

- **Instabilidade do detrusor (ID).** A tradução clínica da ID pode estar associada à sensação de urgência miccional, polaciúria e/ ou dor no baixo ventre. Quando esta ID está associada à perda urinária, denomina-se urgo-incontinência urinária (UI).
- **Valsalva leak point pressure (VLPP):** é a medida da pressão abdominal necessária para superar a resistência uretral. É usada primariamente em mulheres com I.U.E. para diferenciar entre IUE de **causa anatômica (hipermobilidade do colo vesical)** e I.U.E. por **deficiência da função esfíncteriana uretral**, também conhecida como **Insuficiência esfíncteriana intrica (I.E.I.).**

Em conclusão, a A.U.D. é uma fase importante na investigação diagnóstica nos casos de I.U. A Avaliação Urodinâmica permite selecionar métodos terapêuticos, de acordo com a fisiopatologia da disfunção miccional.

2 – Terapêutica na incontinência urinária:

- **Tratamento não cirúrgico ou comportamental:** orientação dietética, treinamento vesical (bladder drills), biofeedback, eletroestimulação externa (vaginal e anal) e exercícios fisioterápicos para fortalecer a musculatura do soallo pélvico. **Objetivo principal:** conseguir o controle voluntário da micção e a conscientização dos músculos do soallo pélvico. Vantagens: baixo – risco, sem efeitos colaterais e aumenta a motivação da paciente com o aumento do controle sobre a micção. É indicado para pacientes com incontinência urinária anatômica (hipermobilidade uretral), instabilidade do detrusor, disfunção do soallo pélvico e com dor pélvica crônica. Estão indicados para pacientes com IUE com VLPP > 100 cmH₂O.

- **Tratamento clínico farmacológico:**

A conduta medicamentos para a instabilidade do detrusor (ID) deve ser individualizada, levando em consideração a relação risco/ benefício de cada droga, bem como seu custo. Deverá ser iniciada em baixas doses para se reduzir a incidência de efeitos colaterais adversos, ajustando a dose quando necessário.

Drogas que facilitam a fase de enchimento vesical, diminuindo a contratilidade do detrusor:

Oxibutinina: 5mg, 2 vezes ao dia

Brometo de Propantelina: 7,5mg, 3 vezes ao dia

Imipramina: 10 a 25mg/dia

Tatarato de tolterodina: 2mg, 2 vezes ao dia

Terapia de reposição hormonal tópica (vide capítulo de climatério)

- **Tratamento cirúrgico:**

Cistouretropexia retropúbica abdominal (Burch)

Cistouretropexia transvaginal (Pereyra, Stamey, Guittes, Raz)

SLING uretrovesical e esfíncteres artificiais

Injeções peri-uretrais

Observar que:

- Valores de V.L.P.P. inferiores a 60 cm H₂O: SLING, Burch abdominal ou laparoscópico ou substâncias injetáveis.
- Valores de V.L.P.P. iguais ou superiores a 100 cm H₂O: Burch. A suspensão endoscópica do colo vesical por agulha (Pereyra, Stamey, Raz) ou SLING.
- Valores de V.L.L.P. entre 60 e 100 cm H₂O: Burch ou SLING.

Importante lembrar:

- Quando a incontinência urinária estiver associada a cistocele, retocele ou prolapso uterino, deverá ser corrigida simultaneamente à correção da distopia genital, **PORTANTO A CISTOURETROPEXIA ANTERIOR OU CIRURGIA DE KELLY-KENNEDY NÃO DEVE SER EMPREGADA PARA CORREÇÃO DE**

NENHUM TIPO DE INCONTIÊNCIA URINÁRIA, SERVINDO APENAS PARA A CORREÇÃO DA DISTOPIA VESICAL (CISTOCELE).

Em casos selecionados:

- **INJETÁVEIS:** injeção de substâncias na região peri-uretral e do colo vesical, obstruindo mecanicamente, impedindo a perda urinária. Usa-se: Teflon, gordura autóloga, microesferas de silicone e colágeno.
- **UROSURGE:** Sistema de tampão uretral com balão inflável, descartável ou tampões de silicone (terapêutica paliativa).

FÍSTULAS URO-GENITAIS

Laércio Brenna (HMLMB)

FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL

1. Etiologia

- Trabalho de parto prolongado (países em desenvolvimento)
- Cirurgia pélvica (em geral ginecológicas)
- Radioterapia
- Traumas que comprometem pelve

2. Quadro clínico

Perda contínua de urina. Se o orifício da fistula for pequeno pode ser acompanhado de pouca perda e micções normais. Neste caso fazer diagnóstico diferencial com incontinência por esforço. Em geral aparece logo após o parto, se trauma obstétrico, ou após 5 a 14 dias, se trauma cirúrgico.

3. Diagnóstico

- Exame especular – pode-se observar o orifício fistuloso.
- Prova com corante – deve ser realizada durante especular. Comprova a presença e localização vaginal da fistula. Caso não ocorra saída de corante, deixar tampão vaginal e reavaliar após deambulação (pode ser orifício pequeno ou ser fistula ureterovaginal).
- Urografia excretora – sempre fazer. Serve para afastar acometimento uretral (fistula mista).
- **CITOSCOPIA** – para avaliar relação com meatos ureterais, número de orifícios e posição da fistula na bexiga.

4. Tratamento

- Expectante – sondagem vesical durante 15 a 21 dias (fistulas pequenas podem fechar espontaneamente)
- Cirurgia – realizar após 3 meses. A abordagem (vaginal ou abdominal) depende das características da fistula.

5. Pós-operatório

- Manter sondagem por 10 a 15 dias. Sonda sempre fixada ao corpo da paciente para evitar tração intra-vesical.
- Manter antibioticoterapia no período (de preferência quinolonas)
- Evitar atividade sexual por período de 6 semanas.

FÍSTULA URETEROVAGINAL

1. Etiologia

- Cirurgias pélvicas
- Radioterapia
- Traumas

2. Quadro clínico

Perda constante de urina associada a micção espontânea (pode ser confundida com fistula vesicovaginal pequena).

3. Diagnóstico

- Exame especular – pode evidenciar o orifício fistuloso.
- Prova com corante – não ocorre extravasamento de corante para a vagina, mesmo após deixado tampão vaginal e ocorre deambulação.
- Urografia excretora – para confirmar o diagnóstico (em geral dilatação ureteral)
- Cistoscopia – em geral para realizar pielografia ascendente e localizar o local de extravasamento ureteral.
- Vaginograma – ocorre demonstração do trajeto fistuloso.

4. Tratamento

- Tentar inicialmente cistoscopia e passagem de catéter duplo J.
- Cirurgia – indicada logo após o diagnóstico. Várias técnicas que dependem da localização da lesão do ureter.

5. Pós-operatório

- Manter drenagem vesical. O tempo dependerá do tipo de correção cirúrgica e do extravasamento de urina pelos drenos deixados no local do reparo cirúrgico (em geral de 7 a 10 dias). A sonda deve sempre ser fixada ao corpo da paciente para evitar tração intra-vesical.
- Manter antibioticoterapia (preferência de quinolonas.)
- Repouso no leito por pelo menos 2 dias (principalmente quando há reimplante de ureter).

FÍSTULA URETROVAGINAL

Etiologia

- Obstétrica
- Cirurgias vaginais
- Traumáticas

Quadro clínico

Perda de urina que pode ser constante ou somente durante a micção (depende da posição do orifício com relação ao mecanismo esfínteriano)

Diagnóstico

- Exame especular
- Estudo urodinâmico (se há dúvida quanto à continência urinária)
- Cistostopia – para avaliar qualidade da uretra e colo vesical para programação cirúrgica

Tratamento

Várias técnicas cirúrgicas que dependem da localização da fistula.

Pós-operatório

- Sonda vesical por período de 15 a 21 dias, sempre presa ao corpo da paciente para evitar tração.
- Antibioticoterapia no período (preferência para quinolonas)
- Evitar atividade sexual por período de 6 semanas.

DERIVAÇÕES URINÁRIAS

Maurício J. B. Rodrigues Netto (HMLMB)

A derivação urinária tem como objetivo desviar o fluxo urinário para o exterior ou para o trato digestivo. Pode utilizar-se o próprio trato urinário, sondas ou segmentos intestinais.

CLASSIFICAÇÃO

As derivações urinárias podem ser classificadas em vesicais e supravesicais. Além disso, podem ser temporárias ou permanentes.

1. Vesicais

- Catéter uretral
- Cistostomia
- Vesicostomia

2. Supravesicais

- Ureterostomia
- Nefrostomia
- Pielostomia cutânea
- Ureterossigmoidostomia
- Uretero-enterostomias cutâneas
- Neo-bexigas

INDICAÇÕES

- A indicação da derivação, a escolha do tipo e da técnica devem ser fundamentadas em alguns princípios
- A derivação deve resolver o problema que levou a sua indicação e preservar a função renal.
Considerar: a idade, as condições sócio-econômicas, culturas e intelectuais da mulher.

São três os procedimentos básicos:

- Comunicação do trato urinário com o meio exterior através de catéter.
- Comunicação do trato urinário com o meio exterior através de sua abertura diretamente na pele
- Comunicação do trato urinário com o meio exterior através de um segmento intestinal

Indicações das derivações urinárias:

- Pós-operatório
- Obstrução (intra e supravesical)
- Refluxo vésico-ureteral
- Anomalias congênitas
- Bexiga neurogênica
- Incontinência urinária

- Câncer
- Trauma
- Outros

DERIVAÇÕES VESICAIS

1. Catéter uretral

- É a forma mais simples e comum. Usada nas obstruções infravesicais, pré e pós-operatório, incontinência urinária, bexiga neurogênica e anomalias congênitas.
- Complicações: infecção, sangramento, estenose de uretra, litíase, fístula, divertículo uretral. Quanto maior o tempo de permanência, maior a chance de complicação.
- Deve-se usar: catéter de menor calibre possível, técnica asséptica, fixação correta na coxa, sistema coletor fechado, evitar manipulação e antibiótico profilático (ainda é discutível pois pode selecionar bactérias resistentes). A troca da sonda deve ser realizada a cada 15 dias.

2. Cistostomia

- Usada em obstrução infravesicais, quando não se consegue passar a sonda uretral. Pode ser realizada por punção ou por laparotomia.
- Para a cistostomia por punção deve-se fazer “bexigoma” para evitar lesão de alças intestinais.
Após anestesia local, 2 dedos acima da sínfise púbica, realiza-se incisão da pele e aponeurose com bisturi, faz-se a punção vesical com trocarte e introduz-se a sonda quando houver refluxo de urina. Fixar a sonda com ponto e insuflar o balão com 5 a 10ml de água destilada. A 1ª troca pode ser realizada após 15 dias. A cistostomia por laparotomia é realizada quando a cavidade abdominal já está aberta.

3. Vesicostomia

- Usada em obstruções infravesicais, no refluxo vésico-ureteral, para melhorar a função renal antes do tratamento definitivo e em situações de esvaziamento vesical alterado (bexiga neurogênica). A vantagem é que não precisa de catéter, mas propicia perdas constantes de urina (necessidade de fraldas ou adaptação de coletores na abertura abdominal).

DERIVAÇÕES SUPRAVESICAIS

1. Ureterostomia

- Intubada (interna) – catéter “Duplo J” por via endoscópica ou via percutânea (punção renal e colocação por via anterógrada).
- Ureterostomia cutânea – coloca-se o ureter drenando diretamente para a pele em bolsa coletora.
A ureterostomia está indicada em obstruções supravesciais causadas por neoplasias malignas da cavidade pélvica, principalmente de origem ginecológica, e em alguns casos de bexiga neurogênica.

2. Nefrostomia

- É a derivação urinária intubada mais usada nos casos de obstrução supravescial. Embora deva ser utilizada como derivação temporária, as vezes é usada em caráter

definitivo principalmente nas neoplasias dos órgãos da cavidade pélvica. Pode ser realizada por punção percutânea com auxílio do ultra-som, do R.X. ou T.C. ou ainda pela via aberta por incisão subcostal ou posterior.

- A nefrostomia por punção é particularmente útil em pacientes em condições precárias, pois pode ser realizada com o paciente em decúbito ventral e com anestesia local.
- Complicações: infecção, hemorragia, extravasamento de urina e a saída do catéter.

3. Pielostomia cutânea

É uma derivação com indicações semelhantes às da ureterostomia.

4. Ureterossigmoidostomia

- Implantação dos ureteres no sigmóide com técnica anti-refluxo. A vantagem é a possibilidade de continência. Contra-indicada quando: não há controle fecal, há ureteres dilatados, foi ou será usada radioterapia e há função renal comprometida.

5. Uretero-enterostomias cutâneas

- Consistem na implantação dos ureteres em segmento intestinal isolado e drenado diretamente para pele em bolsa coletora. Pode-se usar o íleo, o sigmóide, o transverso, o jejuno e o ceco.

A mais utilizada é a ureteroileostomia por Bricker. Indicada no tratamento de neoplasias malignas dos órgãos pélvicos, extrofia vesical, megaureter, bexiga neurogênica, obstrução ureteral bilateral. As contra-indicações relativas são: insuficiência renal, presença de ureteres dilatados e irradiação prévia dos órgãos da bacia. As complicações tardias são: estenose, prolapso, hérnia, retração com dificuldade para colocação da bolsa coletora, diminuição progressiva da função renal (sem causas evidentes – provavelmente por refluxo íleo-ureteral).

6. Neo-bexigas

- Indicadas após cistectomia por neoplasia, cistite intersticial, tuberculose e outras, a substituição vesical pode ser ortotópica (usando alças intestinais na posição original da bexiga e a uretra como via de drenagem) ou pode ser feito reservatório continente (com orifício de drenagem na parede abdominal).

APÊNDICES

LISTA DE MEDICAMENTOS: NOMES COMERCIAIS DAS DROGAS CITADAS NESTE MANUAL

Corintio Mariani Neto (HMLMB)
Claudia Serafin (HMLMB)

Acetato de medroxiprogesterona

- (Cycin) – comprimido de 2,5;5 e 10mg
- (Farlutal) – comprimido de 2,5;5 e 10mg
- (Acetato de medroxiprogesterona, Medroxiprogesterona) – comprimido de 10mg
- (Depro-provera) – frasco-ampola de 150mg/1ml
- (Farlutal AD) – frasco-ampola de 500mg
- Provera 10mg.

Aciclovir:

- (Aciclovir, Aviral, Ezopen, Zovirax) – comprimido de 200 e 400mg

Ácido acetilsalicílico:

- (AAS, Acetil, Acetin, Ácido acetilsalicílico, Alidor, Aspirina, CAAS, Ecasil, Ronal) – comprimidos de 100 e 500mg.
- (Buferin) – comprimido de 486mg.
- (Melhoral infantil) – comprimido de 85mg
- (Aspisin) – frasco com 10ml (200mg/ml)
- (Endosalil, Intra acetil) – frasco com 10ml (200mg/ml) e ampolas, de 400mg (2ml)
- (Doril P gotas) – frasco de 500mg/ml

Ácido clavulânico + amoxicilina:

- (Clavoxil, Novamox) – comprimidos de 125mg + 500mg

Ácido fólico:

- (Endofolin) – comp. De 2 e 5mg, solução com 2mg (5ml), gotas (0,2mg/ml)
- (Folin) – comp. De 5mg
- (Acfol) – comp. De 5mg; frasco com 5mg/ml (10ml)

Adrenalina:

- (Adrenalina, Epinefrina) – ampolas de 1000U/ml

Albendazol:

- (Alba-3, Albedanzol, Albenzol, Amplozol, Zentel) – comp. De 200mg; suspensão 40mg/ml
- (Alben) – comprimido de 200mg
- (Alin, Zolben) – comprimido de 400mg; suspensão com 40mg/ml
- (Bentiamin) – comprimido de 200 e 400mg; suspensão com 40mg/ml
- (Helmintal, Mebenix) – comprimido de 200mg; suspensão com 20mg/ml

Alfa-metildopa:

- (Aldomet, Cardin, Metildopa) – comprimido de 250 e 500mg

Amicacina, sulfato:

- (Amicacina, Amikin, Bactomicin, Novamin) – ampola, de 100,250 e 500mg (2ml)

Aminofilina:

- (Aminofilina) – ampolas de 10 ml com 240mg

Amoxicilina:

- (Amoxil, Amoxicilina, Velamox, Hiconcilin, Penvicilin) – cápsulas de 500mg e suspensão de 125 e 250mg (5ml)

Ampicilina:

- (Ampicilina) – caps. De 250, 500mg; comp. De 250,500mg e 1g; frasco-ampola. 500mg e 1g
- (Ampicil, Ampicilase, Ampitotal) – cápsulas de 500mg, frasco-ampola de 500mg e 1g
- (Ampicron, Binopen, Makrocilin) – comprimido de 500mg
- (Ampifar) – cápsulas de 250 e 500mg, comprimido de 1g
- (Ampispectrin, Bacterinil) – cápsulas de 250 e 500mg
- (Amplacilina) – cáps. De 250 e 500mg, comp. De 1g, frasco-ampola, de 500mg e 1g.
- (Amplitor) – cápsula de 500mg e frasco-ampola de 500mg.
- (Amplofen, Cilipen, Natuscilin) – cápsula de 500mg.
- (Bacterion) – cápsulas de 250 e 500mg, frasco-ampola de 500mg e 1g
- (Binotal) – comprimido de 500mg e 1g
- (Gramcilina) – cápsulas de 250 e 500mg, frasco-ampola de 250, 500mg e 1g
- (Totapen) – cápsula de 250mg.

Ampicilina + probenecida:

-(Ampicilina Probenecida) – frasco com 3,5g de ampicilina e 1g de probenecida
- (Gonocilin) – cápsulas, com 500mg de ampicilina e comp. 500mg de probenecida
- (Gonorrel's) – frasco com 4g de ampicilina e 1g de probenecida.
- Gonopac e Gonol 60ml / suspensão

Anfotericina B + tetraciclina (tópica):

- (Talsutin) – creme vaginal de 60g (50mg + 100mg)

Azatioprina:

- (Imuran, Imunen, Azatioprina) – comprimidos de 50mg

Aztreonam:

- (Azactam) – ampolas de 0,5 e 1g

Azitromicina:

- (Zitromax, Azimix, Selimax, Azitrax, Azitrocina, Clidal) – comprimidos de 250 e 500mg, suspensão oral de 200mg (5ml)

Beclometazona tópica:

- (Beclosol, Clenil) – spray nasal

Betametasona:

- (Celestone) – ampola de 4mg (1ml)
- (Celestone soluspan) –amp. De 6mg (1ml): 3mg de acetato e 3mg de fosfato dissódico

Bromocriptina, mesilato:

- (Bagren, Parlodel) – comprimido de 2,5mg

Bupivacaína 0,25% com vasoconstritor:

- (Marcaína 0,25% com epinefrina, Neocaína 0,25% com adrenalina) – frasco de 20ml

Bupivacaína 0,5% com vasoconstritor:

- (Bupivacaína 0,5% com espinefrina, Marcaína 0,5% com espinefrina, Neocaína 0,5% com adrenalina) – frasco de 20ml

Bupivacaína 0,5% pesada:

- (Marcaína pesada 0,5%, Neocaína 0,5% pesada) – ampola de 20mg (4ml)

Carbenicilina:

- (Carbenicilina) – frasco-ampola de 1 e 5g

Cefadroxil:

- (Cefamox, Drocef, Cefadroxil) – cápsula de 500mg, pó para suspensão 250mg/5ml e 500mg/5ml, comprimido de 1g

Cefalexina:

- (Cefalex) – comprimido de 500mg e 1g, suspensão de 50mg/ml
- (Cefalexina) – cáps. De 250 e 500mg, drácea de 500mg, suspensão de 25 e 50mg/ml
- (Cefalexin, Cefaporex) – suspensão de 50mg/ml
- (Keflex) – drácea de 500mg e 1g, suspensão de 50mg/ml

Cefalotina:

- (Cefalin, Cefalotina, Elebiotic, Keflin neutro) – frasco de 1g
- (Cefalotina) – frasco-ampola de 250,500mg, 1 e 2g

Cefazolina:

- (Kefazol, Ceftrat, Cefazolina sódica) – frasco-ampola de 250, 500mg e 1g

Cefepima:

- (Maxcef) – frasco-ampola de 500mg, 1 e 2g

Cefotaxima:

- (Claforan, Cefoxima, Cefotax, Cefotaxima) – pó para diluição de 500mg e 1g

Cefoxitina:

- (Mefoxin, Cefoxitina) – frasco-ampola de 1 e 2g

Ceftazidima:

- (Ceftazidima, Fortaz, Tazidem) – frasco-ampola de 1 e 2g

Ceftriaxona:

- (Ceftriax, Ceftriaxona, Triaxin) – frasco-ampola de 250,500mg e 1g

Cetamida, cloridrato (Ketamina):

- (Ketalar) – frasco-ampola com 10ml (50mg/ml)

Cetoconazol:

-- (Candoral, Cetonax, Cetonil, Cetozol, Ketocon, Ketonan, Nirozal, Nizoral) – comp. De 200mg

Cetoprofeno:

- (Algiprofen, Artrinid) – cápsulas de 50mg, supositório de 100mg, ampola de 50mg
- (Keduril) – drácea de 100mg
- (Profenid) – cápsula de 50mg, supositório de 100mg, ampola de 100mg/2ml
- (Profenid entérico) - comprimido de 100mg
- (Profenid retard) – comprimido 200mg

Ciclofenil:

- (Menopax) – comprimido de 200mg

Ciclofosfamida:

- (Genuxal) – dráneas de 50mg, frasco-ampola de 200mg e 1g.

Cinarizina:

- (Antigeron, Cinageron, Cronogeron, Stugeron, Vessel) – comprimido de 25 e 75mg
- (Antigeron, Stugeron) – suspensão com 25mg/ml
- (Vessel) – suspensão com 75mg/ml

Ciproterona, Acetato:

- (Androcur) – comprimido de 50mg

Clindamicina:

- (Dalacin-C) – ampola de 300mg/2ml e 600mg/4ml; cápsulas de 150mg.

Clomifeno, Citrato:

- (Clomid, Serofene) – comprimido de 50mg

Cloranfenicol:

- (Cloranfenicol, Quemietina) – cápsula ou drácea de 250 e 500mg.
- (Sintomicetina) – cápsula de 250mg
- (Cloranfenicol) – comprimido de 250mg

Cloranfenicol, hemissuccinato:

- (Sintomicetina, Vixmicina) – frasco-ampola de 1g.
- (Quemietina injetável) –frasco-ampola de 50, 250mg e 1g

Cloranfenicol, succinato:

- (Cloranfenicol) – frasco-ampola de 1g

Cloranfenicol tópico (associação):

- (Fibrase) – creme com 30g (cloranfenicol + fibrinolizina + DNAase)
- (Gyno-Iruxol) – 5g pomada = 1 óvulo = 50mg cloranfenicol + 3 UI de colagenase
- (Naxogin composto) – comprimido (cloranfenicol + mimorazol + nistatina)

Cloroquina:

- (Clopirim) – comprimido de 250mg e ampolas de 150mg/3ml

Clortalidona:

- (Clortaril) – comprimido de 25, 50 e 100mg
- (Higroton) – comprimido de 12, 5; 25 e 50mg

Clotrimazol tópico:

- (Gyno-Canesten, Gyno-Clotrimix) – creme vaginal, bisnaga de 25g

Danazol:

- (Ladogal) – 50, 100 e 200mg

Dexametasona, fosfato dissódico:

- (Decadron injetável, Dexametasona) – frasco-ampola de 4mg (2,5ml).
- (Dexametasona) – frasco-ampola de 4,4mg (2,5ml)
- (Decadronal) – frasco-ampola de 16 mg (12ml)

Dexametasona tópica, acetato:

- (Dexadermil, dexametasona) –bisnaga de 10g de creme

Diazepam:

- (Ansilive) – comprimido de 20mg
- (Calmociteno, Kiatrium, Noan, Somaplust) – comprimido de 5 e 10mg
- (Diazepan, Diempax, Valium) – comprimido de 5 e 10mg

Diclofenaco potássico:

- (Cataflam) – drágea ou comprimido de 50mg, supositório de 12, 5; 25 e 75mg; ampola de 75mg
- (Cataren, doriflan) – drágea de 50mg
- (Clofenak) – comprimido de 50mg
- (Diclofen) – drágea de 50g supositório de 12, 5 e 75mg, ampola de 75mg
- (Flogan) – comprimido de 50mg, supositório de 12, 5, e 75mg, ampola de 75mg
- (Gezon) – drágea de 50mg, ampola de 75mg (3ml)

Diclofenaco sódico:

- (Ana-Flex), Biofenac, Inflaren, Voltaren) - comprimido de 50mg; supositório de 50mg; ampola de 75mg (3ml)
- (Artren) – cápsula de 100mg, supositório de 50mg, ampola de 75mg (3ml)

- (Benevran, Luparen) – drágea de 50mg, ampola de 75mg (3ml)
- (Dorgen, Fenaflan, Fenaren, Flanaren, Ortoflan, Voltaflex) – comprimido 50mg, ampola 75mg (3ml)
- (Fenburil) – cápsula de 100mg
- (Flogiren) – comprimido de 25mg, ampola de 75mg
- (Infladoren) – comprimido de 50 e 100mg
- (Fenaren AP, Voltaren retard, Voltaflex AP) – comprimido de 100mg

Digitálico:

- (Cedilanide) – ampola de 0,4mg (2ml)
- (Desaci) – comprimido de 0,25mg e ampola de 0,4mg (2ml)
- (Digitaline) – frasco com 10ml (5 gotas = 0,1mg)
- (Digoxina) – comp. De 0,25mg, amp. De 0,5mg (2ml) e frasco de 10ml (0,5mg/ml)
- (Lanoxin) – comprimido de 0,25mg

Dimeticona:

- (Anflat, Andnesil, Dimethicone, Finigás, Luftal, Silidron) – comprimido 40mg e frasco de 75mg/ml (10ml)

Dipiridamol:

- (Persantin, Dipiridamol, Fluxocor) – ampola de 10mg, drágea de 75 e 100mg

Dipirona:

- (Analgex) – comp. De 500mg, frasco de 500mg/ml, ampola de 500mg (1ml)
- (Debela, Nevralgex) – comprimido de 500mg, fr. De 500mg/ml, ampola de 500mg/ml (2 e 5ml)
- (Dipirona) – comprimido de 320 e 500mg, frasco de 500mg/mg, ampola de 500mg/ml (1,2 e 5ml)
- (Doran, Febralgín) – comprimido de 500 mg, frasco de 500mg/ml
- (Novalgin) – frasco de 400mg/ml
- (Novalgina) – cp. 100 e 500mg; sup. 300mg e 1g; fr. 50 e 500mg/ml; amp. 500mg/ml

Dipirona magnésica:

- (Magnopyrol) – cp. 500mg; fr. 400mg/ml; sup. 350 e 50 mg; amp. 400mg/ml
- (Toloxin) – comp. De 500mg, frasco de 400mg/ml, amp. De 400 mg/ml (2 e 5ml)
- (Evergin) – frasco de 400mg/ml

Dipirona + prometazina + adifenina:

- (Lisador) – 1cp. = 30gotas = Dipirona 500mg + Prometazina 5mg + Adifenina 10 mg
- 1 amp. (2ml) = Dipirona 750mg + Prometazina 25mg + Adifenina 25ml

Disopiramida, fosfato:

- (Dicorantil) – cápsula de 100mg, comprimido de 250mg e ampola de 100mg

Doxiciclina, cloridrato:

- (Vibramicina) – drágea de 100mg

Efedrina:

- (Efedrin, Sulfato de Efedrina) – ampola 50mg

Enoxiparina:

- (Clexane) – seringa pré enchida de 20, 40, 60, 80 e 100mg

Ergometrina (Ergonovina) , meleato:

- (Ergotrate) – comprimido de 0,2mg; ampola de 0,2mg

Enflurano:

- (Enflurano, Etrane e Enfluthane) – frasco de 100 e 240ml

Eritromicina, estearato:

- (Eribiotic, Pantomicina, Plenomicina, Trzyman) – caps., drágea. Ou comp. De 250 e 500mg
- (Iobron, Iotrex) – drágea de 500mg

Eritromicina, estolato:

- (Eritrex, Eritrofar) – comprimido ou drágea de 500mg
- (Eritromicina) – cápsula de 250mg e comprimido de 500mg
- (Ilocin) – drágea de 250 e 500mg
- (Ilosone) – cápsula de 250mg e drágea de 500mg
- (Kanazima, Lisotrex, Ortociclina) – cápsula ou comprimido de 250mg

Espironolactona:

- (Aldactone) – comprimido de 25 e 100mg

Estradiol, benzoato:

- (Benzo-Ginoestril AP) – ampola de 5mg (1ml)
- (Reglovar) – ampola de 1 e 5mg (1ml)

Estradiol, valerato (VE) + medroxiprogesterona, acetato (AMP):

- (Dilena) – 11 drágeas de 2mg de VE + 10 drágeas de 2mg de VE e 10mg de AMP

Estrogênio gel:

- (Sandrena: 0,5g de gel contém 0,5mg de estradiol
- (Estreva: 0,5 de gel contém 0,5mg de estradiol
- (Oestrogel: 100g de gel = 60mg = de 17 β estradiol

Estradiol + acetato de noretisterona (NA)

Kliogest – estradiol 2mg + AN 1 mg

Trisequens

- cp azul = estradiol 2mg
- cp branco = estradiol 2mg + AN 1mg
- cp vermelho = estradiol 1mg

Estradiol + acetato de norestisterona transdérmico

- Estragest TTS
- Estracomb TTS

Estradiol transdérmico

- System 25, 50 e 100mg
- Estradem TTS 25,50 e 100mg

Estradiol, valerianato (VE) + ciproterona, acetato (AC):

- (Climene) – 11 drágeas de 2mg de VE + 10 drágeas de 2mg de VE e 1 mg de AC

Estradiol, valerianato (VE) + levonorgestrel (LN):

- (Cicloprimogyna, Postoval) – 11dg. De 2mg de VE + 10 dg de 2mg de VE e 0,25mg de LN

Estradiol transdérmico:

- (Estraderm TTS, Ginedisc) – sist. De liberação de 25, 50 e 100mg/dia (2,4 e 8 mg)

Estriol (tópico):

- (Ovestrion) – bisnaga com 50g de creme (1g = 1mg de estriol)

Estrogênios conjugados:

- (Premarin) – drágeas de 0,3; 0,625; 1,25 e 2,5mg
- (Menosedan) – drágea de 0,4; 0,625 e 1,25mg
- (Premarin injetável) – frasco-ampola de 20mg + diluente de (5ml)
- (Reprogen – 0,625mg

Estrogênios conjugados (0,625mg) + acetato de medroxiprogesterona (5mg)

Premelle ciclo + reprogen

Premelle 2,5 (E + acetato medroxiprogesterona 2,5mg)

Estrogênios conjugados (tópico):

- (Premarin creme vaginal, menosedan creme vaginal, Estrógenos conjugados) – bisnaga com 25g (1g + 0,625mg de estrogênios conjugados)

Etionamida:

- (Etionamida) – comprimidos de 250mg

Etofamida:

- (Kitnos) – comprimidos de 500mg e suspensão a 2%

Etominato:

- (Hypnomidate) – ampola com 10ml (2mg/ml)

Famciclovir:

- (Famvir) – comprimidos de 125 e 200mg

Femprocumarol

- (Fragmin) – seringa pornta com 7.500Ui

Fenil-hidantoína (Fenitoína):

- (Fenitoína, Hidantal) – comprimido de 100mg e ampola de 250mg (5ml).
- (Epelin) – cápsula de 100mg, vidro de 20 mg/ml (120ml)

Fentanila, citrato:

- (Fentanil) – frasco-ampola com 10ml (0,05mg), ampola com 2,5 e 10ml (0,05mg).

Fentanila, Citrato + droperidol:

- (Inoval) – frasco-ampola com 10ml

Ferro polimaltosado, hidróxido:

- (Noripurum) – comprimido de 330mg (100mg de ferro elementar)

Ferroso, sulfato:

- (Sulfato ferroso) – drágea de 40, 200, 250 e 300mg; comprimido de 40 e 200mg; cap. De 40mg

Fluconazol:

- (Lertus) – cápsula de 50,100 e 200mg
- (Fluconal, Flunazol, Zoltec) – cápsula de 150mg

5-Fluoracil tópico:

- (Efurix) – bisnaga com 15g de creme

Flutamida:

- (Flutamida, Eulexin) – comprimido de 250mg

Furosemida:

- (Diurex) – comprimido de 40mg
- (Furosemida, Furosemide, Lasix, Rovelan-Simples) – comprimido de 40mg; amp. de 20mg (2ml)
- (Lasix long) – cápsula de 60mg

Gatifloxacina:

- (Tequin) – comprimido de 400mg

Gentamicina, sulfato;

- (Amplomicina, Gentamicina, Gentaplus, Gentalix) – amp. de 20, 40, 60, 80, 120, 160 e 280mg
- (Garamicina) – ampola de 20, 40, 60, 80, 120, 160 e 280mg
- (Solução injetável de gentamicina) – amp. de 10, 20, 40, 60, 80, 160, e 280mg
- (Sulfato de gentamicina) –ampola de 10, 40 e 80mg

Goserelina, acetato de:

- (Zoladex) – seringa com 3,6mg de depot

Griseofulvina:

- (Fulcin, Sporostatin) – comprimidos de 500mg

Heparina:

- (Heparina subcutâneo) – ampola de 8.000 UI / 0,25 ml
- (Heparina) – frasco-ampola de 1.000 UI / ml (10ml); 5000 e 25.000 UI / ml (5ml).
- (Heparina sódica, Lique mine) – frasco-ampola de 5.000 UI / ml (5ml).
- (Lique mine subcutâneo) – ampola de 5.000 UI / 0,25ml

Hidralazina:

- (Nepresol) – ampola de 20 mg (1 ml); comprimido de 50 mg
- (Hidralazina) – comprimido de 50 mg
- (Lowpress) – comprimido de 25 e 50 mg

Hidrocortisona:

- (Flebocortid) – frasco-ampola de 100, 300, e 500 mg
- (Hidrocortisona, Solu-cortef) – frasco-ampola de 100 e 500mg

Hidroxiuréia:

- (Hydrea) – cápsula de 500mg

Hioscina, N-butilbrometo:

- (Buscopan, Hioscina) – drágea de 10 mg, ampola de 20 mg (1ml)

Hioscina, N-butilbrometo + dipirona:

- (Buscopan composto, Espamodid composto) – idem acima + 250g (drágea) e 2,5 g (ampola) de dipirona.

Idoxuridine (5-iodo-2-deoxiuridina):

- (Herpesine) – frasco com 10ml de solução + 1 comprimido de 10 mg
- (Idu) – bisnaga com 3 g de pomada oftálmica

Imipenem + cilastatina, sódica:

- (Tienan) – frasco-ampola de 500mg + 500mg

Imipramina, cloridrato:

- (Tofranil) – drágeas de 10 e 25 mg

Imipramina, pamoato:

- (Tofranil pamoato) – cápsula de 75 e 150 mg

Imunoglobulina anti-D:

- (Matergam) – frasco-ampola de 300 mg
- (Partogama) – frasco-ampola de 250 e 300 mg

Indometacina:

- (Indocid) – cápsula de 25 e 50 mg, supositório de 100 mg

Isoflurano:

- (Forane) – frasco de 100ml
- (Isoflurane) – frasco de 100 e 240ml
- (Isothane) – frasco de 100ml e 250ml

Insulina lenta (humana):

- (Humulin L) – frasco-ampola com 100 UI / ml

Insulina lenta (suína):

- (Neosulin L) – frasco-ampola com 100 UI / ml

Insulina NPH (bovina e suína):

- (Iolin N) – frasco-ampola com 100 UI / ml

Insulina NPH (humana):

- (Biohulin N, Humulin N, Novolin N) – frasco-ampola com 100 UI /ml

Insulina NPH (suína):

- (Monolin N, Neosulin N) – frasco-ampola com 100 UI / ml

Insulina NPH + insulina regular (humana)

- (Biohulin 70/30, Novolin 70/30) – frasco-ampola com 70 UI NPH e 30 UI reg./ml
- (Biohulin 80//20) – frasco-ampola com 80 UI NPH e 20 UI regular / ml

Insulina regular (bovina e suína):

- (Iolin R) – frasco-ampola com 100 UV/ml

Insulina regular (humana):

- (Biohulin-R, Humilin R, Novolin R) – frasco-ampola com 100 UI/ml

Insulina regular (suína):

- (Actrapid MC, Monolin R, Neosulin R) – frasco-ampola com 100 UI/ml

Insulina ultralenta (humana):

- (Biohulin ultralenta) – frasco-ampola 100UI/ml

Insulina zíncica (humana):

- (Novolin L) – frasco-ampola de 100UI/ml

Insulina zíncica (suína):

- (Monotard MC) – frasco-ampola de 100UI/ml

Isoconazol (tópico):

- (Gyno-Icaden) – creme com 40g (1 g = 10 mg de isoconazol), óvulo com 600 mg
- (Gyno-Icaden) – creme com 40g (1 g = 10 mg de isoconazol)

Itraconatol:

- (Itranax, Sporanex) – cápsula de 100 mg

Isoniazida + rifampicina:

- (Rifamp, Rifampicina) – frasco com 10 cápsulas

Isoxsuprina:

- (inibina) – cps de 10mg

Levamisol

- (Ascaridil) – comprimido de 150mg

- (Ascaridil pediátrico) – comprimido de 80 mg

Levofloxacina:

- (Ievaquin) – comprimido de 250 e 500mg, solução de 25mg/ml

- (Tavanic) – comprimido de 250 e 500mg, solução de 5mg/ml

Levomepromazina:

- (Neozine) – frasco com 20ml (1 gota = 1,0mg), cp. de 5,25 e 100mg, amp. De 25 mg

- (Neozine gotas pediátricas) – frasco com 20 ml (1 gota = 0,2mg)

Lidocaína, cloridrato:

- (Lidocaína, Xylestesin) – ampola a 1 e 2% com e sem vasoconstritor (20ml)

- (Lidocord) – ampola de 100 mg (ml)

- (Xylocaína) – frasco-ampola a 0,5; 1 e 2% com e sem vasoconstritor (20ml)

Lidocaína 5% Pesada, Cloridrato:

- (Lidocaína 5% para raquianestesia hiperbárica (pesada), Xylestesin 5% pesada Xylocaína pesada 5%) – amp. Com 2ml

Lisozima, Cloridrato (tópico):

- (Murazyme) – embalagem com 20 g de pomada

Manitol:

- (Manitol 20%, Solução de manitol a 20%) – frasco de 250 e 500ml

Mebendazol:

- (Ascarobex, Athelmin, Averpan, Bendrax, Endovermil, Eraverm, Feller, GeoPHagot, Gran-Verm, Helviben, Kindelmin, Meben, Mebendazolil, Mebentil, Moben, Necamin, Pantelmin, Parelmin, Pentazole, Pluriverm, Politelmin, Quintelmin, Sirben, Tetrahelmin, Vermepem, Vermil, Vermonon, Vermoplex, Vermoral, Zol-triq) – comprimido de 100mg e suspensão com 30ml (100 mg/5ml)

- (Panfugan) – cápsula de 100mg e suspensão com 40ml (100mg/ml)

Meperidina (Petidina):

- (Demerol, Dolantina): ampola de 100mg (2ml)

- (Dolosal) –ampola de 50mg (2ml)

Meropenem:

- (Meronen) – frasco-ampola de 500mg e 1g

Metilergometrina:

- (Metilergometrina) – comp. Ou drágea de 0,125mg, ampola de 0,2mg (1ml)

Metilergonivina, maleto:

- (Methergin) – drágea de 0,125mg, ampola de 0,2mg (1ml)

Metiformina:

- (Glifage) – comprimido de 850 e 500mg

Metil-partricina (Mepartricina):

- (Montricin) – drágea de 50.000 UI
- (Orofungin) – frasco de 50.000 UI /ml (25ml)

Methotrexate:

- (Metotrexato) – frasco-ampola de 50mg e comprimido de 2,5mg
- (Methotrexate) – frasco-ampola de 50 e 500mg e comprimido de 2,5mg

Metoclopramida, cloridrato:

- (Eucil, Plasil, Metoclopramida) – amp. 10mg, cp 10mg, fr, 1 e 4mg/ ml, sup 4 e 10mg
- (Cloridrato de Metoclopramida) – ampola de 10mg (2ml)
- (Metovit, Vonix) – comprimido de 10mg, frasco de 4mg/ml (10ml)
- (Vonil) – comprimido de 10mg, frasco de 1 e 4mg/ml, ampola de 10mg (2ml)

Metronidazol:

- (Etiogyn Metronidazol, Flagyl, Metronidazol, Metronix) – cp 250mg, sup 40mg/ml
- (Flagyl 400) – comprimido de 400mg
- (Flagyl injetável, Metronidazol 0,5%, Metronix injetável) – fr de 500mg (100ml)

Metronidazol tópico:

- (Flagyl Ginecológico Metronidazol) – gel com 5g

Metronidazol + nistina:

- (Bio-Vagin, Colpistar) – dg de 250mg de metronidazol + 100,000 UI de nistatina

Metronidazol + nistatina (tópico):

- (Bio-Vagin, Colpatrin, Colpistar, Nistazol) – creme com 40g
- (Colpists Gel) – gel com 40g
- (Colpistatin) – creme com 40g, óvulo vaginal
- (Donnagel) – gel com 45g
- (Flagyl-Nistatina) – creme com 50g
- (Ginestatin) – creme com 80g
- (Profargil) – gel com 80g
- (Vagi-Biotic) – gel com 40g, óvulo vaginal

Miconazol (tópico)

- (Ginedak, Ginodex, Gyno-Daktarin, Micogyn) – 80mg (1g = 25mg de miconazol)

Misoprostol:

- (Cytotec) – comprimido de 200µg

Nadroparina, cálcica:

- (Frexipcuine) – seringas prontas de 2850UI (0,3ml) e de 5700UI (0,6ml)

Naloxone, cloridrato:

- (Narcan) – ampola 0,4mg (1ml)

Neomícina tópica (associação)

- (Colpagex, Trivagel N) – creme com 60g

- (Novaderm) – creme com 40g

- (Trofodermin) – creme com 30g

- (Colpolase, Poliginax) – cápsula vaginal

Netilmicina:

- (Netromicina) – ampola 150mg (1,5ml)

Niclosamída:

- (Atenase) – comprimido de 500mg

Nifedípina:

- (Adalat, Oxcord) – cápsula de 10mg

- (Cardalin, Dilaflex, Vasicor) – comprimido de 10mg

- (Adalat Retard, Cardalin Retard, Dilaflex Retard, Oxcord Retard) – comprimido 20mg

- (Nifedípina) – cápsulas e comprimido de 10mg

- (Adalat Oros) – comprimido de 30 e 60mg

- (Vasicor Retard) – cápsula de 20mg

- (Vasicor SR) – cápsula de 30 e 60mg

Nimorazol:

- (Naxogin) – comprimido de 250 e 500mg

Nimorazol tópico (associação):

- (Floregin composto) – creme com 50g e comp. Vag. (nimorazol + clotrimazol)

- (Naxogin composto) – comp. Vag (nimorazol + cloranfenicol + nistatina)

Nistatina:

- (Micostatin, Nistatina) – drácea de 500.000 UI, frasco de 100.000 UI/ml

Nistatina (tópica):

- (Micostatin) – creme e comprimido vaginal (4g = comp. = 100.000 UI)

- (Nistatina) – creme com 60g (4g = 100.000 UI)

Nitrofurantoína:

- (Macrofantina) – cápsula de 100mg

Noretindrona:

- (Micronor) – comprimido de 0,35mg

Norfloxacina:

- (Floxacin, Floxinol, Genitoflox, Noracim, Norfloxacina, Norxin, Quinofarm, Rexpexil, Uritrat, Uroflox, Uroplex, Uroceptal, Uroxazol) – comprimido de 400mg

Ocitocina:

- (Ocitocina) – ampola de 3 UI (1ml)
- (Syntocinon) – ampola de 5 UI (1ml)

Ocitocina spray:

- (Syntocinon spray) –frasco de 5ml

Ofloxacina:

- (Ofloxan, Floxstat) – comprimido de 200mg

Óleo Mineral:

- (Óleo mineral, Purol) – frasco de 100ml

Óleo mineral + ágar-ágar+fenoftaleína:

- (Agarol) – frasco de 250ml

Oxibutinina, cloridrato:

- (Incontinol, Retemic, Urazol) – comprimido 5mg

Oxitetraciclina, cloridrato:

- (Terramicina) – cápsula de 500mg, frasco de 25mg/ml, ampola de 100mg (2ml)

Paracetamol:

- (Anatyl, Cetynol, Gripenonil) – comprimido de 325mg
- (Acetofen, Dórico, Pacemol, Paracetamol, Parador, Piramin) – comp. De 500mg
- (Tylenol) – comprimido de 500 e 750mg
- (Cefalex) – comprimido de 500mg e 1g

Pefloxacino:

- (Pefloxacina) – comprimido de 400mg, ampola de 5ml (400mg) e frasco de 100ml (400mg)
- (Peflacin) – comprimido de 400mg e ampola de 5ml (80mg/ml)

Penicilina G benzatina:

- (Ampiretard, Benzetacil) – frasco-ampola de 600.000 e 1.200.000 UI (4ml)
- (Longacilin) – ampola de 300.000, 600.000, 1.200.000 e 2.400.000 UI

- (Normabenzil) – frasco-ampola de 300.000, 600.000 e 1.200.000 UI
- (Penicilina G benzatina) – frasco-ampola de 600.000, 1.200.000 e 2.400.000 UI

Penicilina G potássica:

- (Megapen) – frasco-ampola de 1.500.000 e 5.000.000 UI
- (Penicilina G potássica) – frasco-ampola de 5.000.000 e 10.000.000 UI

Penicilina G procaína + penicilina G potássica:

- (Benapen, Cibramicina, Despacilina, Isacilin, Linfocilin, Penicilina G potássica + procaína, Wycillin-R) frasco-ampola com 300.000 UI de procaína e 100.000 UI potássica

Penicilina G procaína + probenecida:

- (Probecilin) – cp. 500mg de probenecida e frasco-ampola com 2.400.000 UI penicilina procaína

Penicilina V (Fenoximetilpenicilina potássica):

- (Meracilina, Penicilina V) – comprimido de 500.000 UI
- (Pen-V oral) – comprimido de 500.000 UI e frasco de 80.000 UI/ml
- (Oracilin) – frasco de 80.000 UI/ml

Pindolol:

- (Visken) – comprimido de 5 e 10 mg

Piperacilina;

- (Tazocin) – frasco-ampola de 2,25g (250mg + 2g) e 4,5g (500mg + 4g)

Piperazina:

- (Ascarin, Ortovermin, Oxiurazina, Pipercream, Vermifran, Vermilen, Veroverme, Xarope de Piperazina) – vidro com 10 mg/ml

Pirantel, pamoato:

- (Ascarical, Piranver) – comprimido de 250mg e frasco de 50 mg/ml

Pirvínio, Pamoato:

- (Pyr-Pam) – drágea de 100 mg e suspensão com 10 mg/ml

Podofilina:

- manipulação na concentração indicada

Polivinil-pirrolidona-iodo (Povina-iodo)

- (Povidine tópico ou tintura) – frasco de 1.000 ml
- (Sabofen, solução P.V.P.I. tópica ou tintura) – frasco de 100 e 1.000 ml

Praziquantel:

- (Cestox) – comprimido de 150 mg
- (Cisticid) – comprimido de 500 mg

Prednisona:

- (Meticorten, Prednisona) – comprimido de 5 e 20 mg

Promestrieno tópico:

- (Colpotrofine) – 20 cáps. Vag. De 10 mg; tubo com 10 mg/1g creme (total: 30 g).

Propafenona, cloridrato:

- (Ritmonorm) – comprimido de 300 mg e ampola de 70 mg (20ml)

Propantelina, brometo + diazepam + ergotamina, tartarato:

- (Pazolini) – drágea

Propiltiuracil:

- (Propiltiuracil) – comprimido de 100mg

Propofol:

- (Diprivan) – ampola de 20ml (10mg/ml) e frasco-ampola de 50mg (10mg/ml)

- (Propofol) – ampola de 20ml (10mg/ml)

-(Propofol) – ampola de 20ml (200mg)

Propranolol, cloridrato:

- (Inderal, Propranolol) – comprimido de 10,40 e 80mg

Protamina, cloridrato:

- (Protamina 1.000) – ampola de 5ml

Quinidina:

- (Natissedine) – comprimido de 100 mg

- (Quinicardine, Quinidine) – comprimido de 200 mg

Raloxifeno:

- (Evista) – comprimido de 60 mg

Rifampicina: (ver Isoniazida)**Rosoxicina:**

- (Eradacil) – cápsula de 150 mg

Roxitromicina:

- (Rulid) – comprimido de 150mg

Salbutamol:

- (Aero-Clenil, Suxar) – comprimido de 2 e 4mg

- (Eritropulmo) – comprimido de 2mg

- (Suxar AP) – comprimido de 4 e 8mg

Salbutamol, sulfato:

- (Aerolin) – ampola de 0,5mg (1ml); comprimido de 2 e 4mg
- (Aerotrat, Broncodil) – comprimido de 2mg
- (Asmaliv, Pneumolat, Salbutalin, Salbutamol) – comprimido de 2 e 4mg

Secnidazol:

- (Secnidal) – comprimido 500 mg
- (Secnizol) – comprimido 500mg

Sódio sonobásico + dibásico, fosfato:

- (Fleet enema, PHosfoenema, Solução enema com fosfato de sódio composto) frasco com 130ml

Succinilcolina, cloreto:

- (Quelicin) – frasco-ampola com 10 ml (100 e 500 mg)

Sulbactam, sódico + ampicilina, sódica:

- (Unasyn) – frasco-ampola de 1,5g (0,5/1g) e 3g (1/2g)

Sulfametoxazol + trimetoprim

- (Asspium, Bacfar, Bacgen, Bacris, Bac Septin, Bacteracin, Bactox, Bactricin, Bactrim, Bactrisan, Bactropin, Baxapril, Becaltrin, Benectrin, Binoctrin, Comprimidos de Trimetoprim Composto, Duoctrin, Ectrin, Espectrin, Imuneprin, Infecteracin, Infectrin, Leotrim, Lupectrin, Qiftrim, Roytrin, Seletrin, Septiolan, Silpin, Sulfametoxazol + Trimetoprim, Suss, Teutrin, Trimexasol) – comprimido de 400mg de sulfametoxazol e 80mg trimetoprim
- (Bacteracin F, Bactricin F, Bactrim F, Becaltrin, Benectrin F, Duoctrin 800, Espectrin D, Infectrin F, Leotrin F, Teutrin F, Trimexasol 800) – comprimido de 800mg de sulfametoxazol e 160mg de trimetoprim

Tamoxifeno:

- (Nolvadex, Tamoxifen) – comprimido de 10 mg
- (Nolvadex - D) – comprimido de 20 mg
- (Tamoxifeno, Tecnotax) – comprimido de 10 e 20 mg

Tazobactama, sódica: (ver piperacilina, sódica)

Teicoplanina:

- (Targocid) – frasco de 200 e 400mg

Tenoxicam:

- (Legil) – comprimido de 20 mg
- (Tenoxen) – supositório de 20 mg
- (Tilatil) – comprimido, sup., frasco-amp. e envelope de granulado de 20 mg

Terbutalina, sulfato:

- (Bricanyl) – ampola de 0,5 mg (1ml); comprimido de 2,5 mg

Terconazol (tópico):

- (Gyno-Fungix) – creme com 30g a 0,8%, óvulo.
- (Gyno-Fungistat) – creme com 30 g a 0,8%

Tetraciclina:

- (Ambra-Sinto T, Brasbiotic) – frasco de 20 mg/ml
- (Infex, Stantincline, Tetrex) – cápsula de 500 mg
- (Tetraciclina) – cápsula de 250 e 500 mg, frasco de 20, 25, 50 e 100 mg/ml.

Tetraciclina tópica (associação):

- (Talsutin) – creme com 60 g (4g=100 mg de tetraciclina e 50 mg de anfotericina B)
- (Tricangine A) – creme com 78 g e óvulo (5 g = óvulo = 100 mg de tetraciclina e 25.000 UI de mepartricina)

Tiabendazol + mebendazol:

- (Eriverm T, Helmiben NF, Neovermin, Zoles) – comprimido e suspensão (30ml).
- (Helmidrax) – comprimido e suspensão (30ml e 60ml)
- (Helmi-Ped) – suspensão de 166mg + 100ml (5ml)
- (Octelmin) – suspensão de 166mg + 100ml (30ml)
- (Poliben, Vermol) – comprimido

Tianfenicol:

- (Glitisol) – cápsula de 250mg, frasco-ampola de 250 e 750 mg
- (Glitisol 500) – cápsula de 500 mg
- (Glitisol g) – envelope de 2,5 g (granulado)

Tibolona:

- (Livial) – comprimido de 2,5 mg

Tinidazol:

- (Amplium, Facyl 500, Ginosutin, Monipax, Pletil Adulto) – comprimido de 500 mg.
- (Trinizol) – drágea de 500 mg

Tinidazol tópico (associação):

- (Colpolase, Poliginax) – cápsula com tinidazol (150 mg), nistatina (100.000 UI), neomicina (35.000 UI) e polimixina B (35.000 UI).
- (Ginometrim) – comprimido com tinidazol (150 mg), nistatina (100.000 UI), gentamicina (1 mg) e cloreto de benzalcônio (5mg)
- (Trinizol) – comprimido com tinidazol e nistatina

Tioconazol (tópico):

- (Gino-Tralen) – pomada com 4,6 g a 6,5%, óvulo com 300 mg

Tiopental:

- (Thiopental) – frasco-ampola de 0,5 e 1,0 g

Tiopental sódico:

- (Thionembusal) – frasco-ampola de 5 e 1,0 g

Tobramicina, sulfato:

- (Tobramicina) – ampola de 75mg (1,5mg) e 150mg (3ml)

Tolterodina, tartarato:

- (Detrusitol) – comprimido de 1 e 2 mg

Veraliprida:

- (Agreal) – cápsula de 100 mg

Vancomicina:

- (Vancocina, Vancomicina, Vancoled) – frasco-ampola de 500mg

Valaciclovir, cloridrato:

- (Valtrex) – comprimido de 500mg

Verapamil, cloridrato:

- (Dilacorón) – comp. De 80 mg, drágea de 120 e 240 mg e ampola de 5 mg (2ml)

- (Veracorón) – drágea de 40,80 e 120 mg

- (Verapamil) – comprimido de 80 mg e ampola de 5 mg (2ml)

Vitamina K 1 :

- (Kanakion) – ampola de 10 mg (1ml)

Warfarina sódica:

- (Marevan) – comprimido de 5 mg

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS

Anacyclin: ativos e 6 inertes)	linestrenol 1 mg + EE 0,05 mg (Cx c/28 comp.: 22
Anfertil, Primovlar	di-norgestrel 0,5 mg + EE 0,5 mg
Biofim, Magestran:	NE + mestranol
Ciclo 21, Ciclovlulon:	NE + EE
Diane 35:	acetato de ciproterona 2 mg + EE 0,035 mg
Exluton:	LN 0,05mg
Evanor, Neovlar:	LN 0,25 mg + EE 0,05 mg
Femiane, Harmonet, Diminut:	gestodene 0,075 mg + EE 0,02mg
Gracial: azuis desogestrel 0,125mg + EE 0,03 mg	7cp azuis desogestrel 0,025mg + EE 0,04mg/15cp
Gynera, Minulet:	gesterona 0,075mg + EE 0,03 mg
Mercilon, Femina:	desogestrel 0,15 mg + EE 0,02mg
Microdiol:	desogestrel 0,15 mg + EE 0,03 mg
Micronor:	NE 0,35 mg (35 comprimidos)
Microvilar, Nordette:	LN 0,015 mg + EE 0,03 mg
Nortrel:	LN 0,03 mg (35 drágeas)
Trinordiol, Triquilar:	6 drágeas c/LN 0,05 mg + EE 0,03 mg 5 drágeas c/LN 0,075 mg + EE 0,04 mg 10 cápsulas c/LN 0,125 mg + EE 0,03 mg
Trinovum:	comp. Branco c/NT 0,5 mg + EE 0,035 mg Comp. Rosa claro c/NT 0,75 mg + EE 0,035 mg Comp. Rosa escuro c/NT 1,0 mg + EE 0,035 mg
Unidose	diacetato de etinodiol + EE (1 comprimido)

OBS.: EE = etinilestradiol; LN = levonorgestrel; NE = noretindona;

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS

- (Ciclovular,, Normamor, Perlutan, Unociclo) – ampola de 1 ml com 150 mg de acetofenido de algestona e 10 mg de enantato de estradiol.
- (Mesigyna) – 50mg de enantato de noretisterona; - 5mg de valerato de etinilestradiol
- Ciclo Femina

MANUAL DE DIETAS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Eva Eugênia de Oliveira Carvalho Costa (MESM)

DIETA LÍQUIDA: Composta de alimentos líquidos e de substâncias que em contato com o líquido se dissolvem, conservando a características da dieta, como glicídios solúveis, proteínas solúveis ou gelificadas e lipídeos emulsionados.

-Indicações: Anorexia, dificuldade de mastigação, disfagia, lesões obstrutivas do trato gastrointestinal, pré e pós-cirúrgicos, preparo de determinados exames.

-Características: Normoglicídica, normoprotéica e normolipídica. Consistência: líquida. Volume: 200 a 300mL por refeição. Fracionamento: de 2 em 2 ou de 3 em 3 horas. Duração: por tempo indeterminado. Fibras: baixo teor ou isenta.

-Alimentos contra-indicados: Condimentos picantes.

-Exemplo de cardápio:

REFEIÇÃO	ALIMENTOS
Desjejum	Leite
Colação	Suco de goiaba
Almoço	Suco de laranja albuminoso
Lanche	Leite com sustagem
Lanche	Água de coco
Jantar	Suco de acerola/ Água de coco
Ceia	Leite

-Análise química estimada:

1-VET: 1383.55kcal

2-Macronutrientes:	(g)	(%)
Glicídios	223.75	63
Protídeos	64.45	18.20
Lipídios	29.70	18.80

3-Micronutrientes:	(mg)
Sódio	585.90
Potássio	2662.40
Ferro	3.21
Cálcio	1417.14
Fósforo	883.30

DIETA LÍQUIDO-PASTOSA: É constituída de preparações mistas, as quais contém líquidos e substâncias em estado de dispersão grosseira, cujas partículas se encontram em suspensão ou emulsão, resultando num líquido espessado. Exclui a função mastigatória.

- **Indicação:** Estados anoréticos, dificuldade de mastigação, disfagia, lesões obstrutivas do gastrointestinal, preparo de determinados exames, pré e pós-cirúrgicos.

- **Características:** Normoglicídica, normoprotéica e normolipídica. Consistência: alimentos líquidos ou preparações de baixa viscosidade. Volume: 200 a 400 ml por refeição. Fracionamento 5 a 6 refeições diárias. Duração: por tempo indeterminado. Fibras: isenta de resíduos celulósicos e tecido conjuntivo.

- **Exemplo de cardápio:**

REFEIÇÃO	ALIMENTOS
Desjejum	Papa de aveia
Colação	Suco de laranja
Almoço	Sopa creme de legumes e suco de cajá
Lanche	Leite com sustagem
Jantar	Sopa creme de abóbora e leite
Ceia	Leite

-Análise química estimada:

1-VET: 1473,01 kcal

2-Macronutrientes:	(g)		(%)
Glicídios	231.87	61.40	
Protídeos	48.11		12.70
Lipídios	43.46		25.90

3-Micronutrientes:	(mg)
Sódio	941.80
Potássio	2992.06
Ferro	4.53
Cálcio	1488.03
Fósforo	1104.74

DIETA BRANDA: É assim chamado por não conter fibras ásperas nem alimentos fortemente condimentados; é de fácil mastigação e digestão. É similar à dieta normal, porém constituída de alimentos macios, subdivididos, não necessariamente moídos ou triturados.

- **Indicação:** Alimentação de crianças e idosos, em caso de correção de alterações e/ou perturbações orgânicas e funcionais do trato gastrintestinal e como intermediária na progressão para a dieta normal.

- **Características:** Normoglicídica, normoprotéica, normolipídica. Consistência: branda. Fracionamento: 5 a 6 refeições diárias. Duração: por tempo indeterminado. Fibras: pobre em resíduos celulósicos e tecido conjuntivo, modificados por cocção e/ ou subdivisão.

- **Alimentos contra-indicados:** Cereais e derivados integrais, frituras em geral, vegetais do tipo A, exceto em sucos e cremes, frutas do tipo A, exceto em sucos, leguminosas inteiras, doces concentrados, condimentos fortes, picantes, queijos duros e fortes, frutas oleaginosas (amendoim, castanhas, coco, nozes, etc.)

-**Exemplo de cardápios:**

REFEIÇÃO	ALIMENTOS
Desjejum	Arroz doce/ Melancia/ Pão c/ margarina/ Café c/ leite
Colação	Suco de goiaba
Almoço	Arroz/ Salada cozida de batata e cenoura/Carne ensopada/ Laranja/ Suco de caju
Lanche	Suco de goiaba com biscoito doce
Jantar	Inhame cozido c/ carne refogada/ Sopa de legumes com carne/ café com leite/ Pão com margarina
Ceia	Chá com biscoito

-**Análise química estimada:**

1-VET: 3066.48 kcal

2-Macronutrientes:	(g)	(%)
Glicídios	424.03	55.40
Protídeos	129.59	16.90
Lipídios	94.24	27.70

3-Micronutrientes:	(mg)
Sódio	1189.46
Potássio	3265.47
Ferro	25.99
Cálcio	741.74
Fósforo	1165.77

DIETA LIVRE: É aquela que fornece proporções adequadas dos diversos grupos de alimentos.

-Indicações: É indicada para pacientes que não necessitam de modificações dietéticas específicas.

-Características: Normoglicídica, normoprotéica e normolipídica. Consistência: normal (inteira). Fracionamento: 5 a 6 refeições diárias. Duração: por tempo indeterminado. Fibras: normais (25 a 30g).

-Exemplo de cardápio:

REFEIÇÃO	ALIMENTOS
Desjejum	Café com leite/ Batata doce com ovos/ Pão c/ margarina
Colação	Suco de laranja com mamão e bolacha cream cracker
Almoço	Salada crua/ Frango assado/ Arroz branco/ Feijão com legumes/ Melancia/ Suco de acerola
Lanche	Leite maltado e bolacha cream cracker
Jantar	Sopa de verduras com macarrão/ Banana comprida/ Pão com margarina/ Café com leite
Ceia	Leite ou chá e bolacha cream cracker

-Análise química estimada:

1-VET: 3286.65 kcal

2-Macronutrientes:	(g)	(%)
Glicídios	503.74	60.90
Protídeos	158.63	19.20
Lipídios	73.12	19.90

3-Micronutrientes:	(mg)
Sódio	2650.42
Potássio	5018.41
Ferro	26.59
Cálcio	1144.09
Fósforo	1825.57

DIETA PARA DIABETE:

É uma dieta que visa a manutenção do nível normal da glicemia. O açúcar é proibido nesta dieta, utilizamos normalmente dieta de 1800 à 2000 calorias.

-Exemplo de cardápio:

REFEIÇÃO	ALIMENTOS
Desjejum	Mamão papaia/ Papa de aveia com leite desnatado/ Café com leite/ Inhame cozido com margarina
Colação	Maça
Almoço	Arroz branco/ Feijão/ Frango/ Salada
Lanche	Mamão papaia
Jantar	Sopa de legumes/ ½ Pão ou banana comprida/ Leite desnatado com café
Ceia	Leite desnatado/ 1 porção de fruta

-Análise Química Estimada

1-VET = 1983.43 Kcal

2-Macronutrientes:	(g)	(%)	
Glicídios	329.70		65.10
Protídios	114.57	22.70	
Lipídios	27.69	12.30	

3-Micronutrientes:	(mg)
Sódio	884.08
Potássio	5153.08
Ferro	18.45
Cálcio	1019.40
Fósforo	1346.37

DIETA PASTOSA – Idem líquida pastosa (menos triturada)

É uma dieta caracterizada pela transformação dos alimentos sólidos em semi-sólidos. A consistência dos alimentos utilizados deve ser modificada por maior tempo de cocção e fracionamento dos mesmos. É indicada para pacientes que apresentam dificuldade na mastigação, deglutição e pós-operatório. É uma dieta normoglicídica, normoproteica e normolipídica.

DIETA HIPOSSÓDICA

É uma dieta com as mesmas características da dieta geral, porém todos os alimentos são preparados sem acréscimo de sal. No ato da entrega das refeições é entregue a cada paciente meio limão.

DIETA HIPERPROTEÍCA E HIPERCALÓRICA

É uma dieta com elevada taxa de calorias e proteínas de alto valor biológico, utilizada em situações em que haja um desequilíbrio no balanço nitrogenado.

DIETA HIPERPROTEÍCA

É uma dieta utilizada quando a paciente necessita de um balanço nitrogenado positivo: aumenta-se a quantidade de alimentos ricos em proteína, como a carne, o leite e pode-se usar suplementos (Sustagem ou sustain).

DIETA HIPOPROTEICA

É uma oposta a hiperproteica, utilizada quando a paciente está com um balanço nitrogenado negativo, usada especialmente para pacientes renais ou Hepatopata.

DIETA LAXANTE

É uma dieta semelhante a dieta geral, em características organolépticas, utilizamos porções maiores de verduras cruas, frutas. Proporciona aumento do bolo fecal e estimula o peristaltismo intestinal (mamão, ameixa, e laranja) e coquetel laxante.

DIETA CONSTIPANTE

É uma dieta oposta a dieta laxante, evita-se alimentos ricos em fibras, e utiliza-se de alimentos constipantes como : maisena, suco, goiaba, água de coco e banana. É indicada nos casos que seja necessário moderação do peristaltismo e trânsito intestinal.

DIETA HIPOGORDUROSA

É uma dieta baixa em gorduras, destina-se a indivíduos com enfermidades hepáticas, pancreática e das vias biliares.

DIETA BRANDA FRACIONADA

É uma dieta de consistência branda, indicada para pacientes com hiperêmese gravídica. As refeições constituem-se de : frutas, sucos, água de coco, chá, leite enriquecido, vitaminas, papas ou sopas; a depender da tolerância da paciente.

LEITURAS SUPLEMENTARES

ABORTO LEGAL POR ESTUPRO – Primeiro Programa Público do País. **Bioética** 2: 81-85, 1994.

ACOG EDUCATIONAL BULLETIN NR 230 – Assessment of fetal lung maturity: **Int Gynecol & Obst** 56: 91-8,1997.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO BRASIL – Situação Atual e Perspectiva para o Futuro. **Gynaecia**. 4, 1998.

ARAÚJO CG – Derivações Urinárias. In: Rodrigues Netto NJ – Urologia. São Paulo, Roca, 1ª. Ed., 1986 p. 481-502

ATALLAH, NA, et al – Progesterone increases glomerular filtration rate, urinary Kallikrein excretion and uric acid clearance in normal women. **Brazilian J Med Biol Res** 21: 71,1988.

ATALLAH AN. ECPPA – Randomised trial of low dose aspirin for the prevention of maternal and fetal complications in high risk pregnant women. **Brist J. Obstet Gynecol** 103: 39-47,1996.

BERTINI AM, SANTOS JFK, SOUZA E, CAMANO L – Aspectos obstétricos da prematuridade. In: Ramos OL, Rothschild HÁ – **Atualização terapêutica**. F. Cintra do Prado, J Ramos. J. Ribeiro do Valle. São Paulo, Artes Médicas, 1999.

COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE – Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. **Int Gynecol Obstet** 61: 309-10,1998.

COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, ON OBSTETRIC PRACTICE, AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – Use and abuse of the Apgar score. **Pediatrics** 98:141-142,1996.

DARÉ. S. JR.; DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA DA SPSP. Notas baixas de Apgar significam asfíxia? **Atualize-se pediatra, SPSP** 3:7,1998.

DELMANTO C. **Código Penal Anotado**. 3ª ed.; São Paulo, Saraiva, 1991.

DE PALO. **Colposcopia e patologia do trato genital inferior e colposcopia**. 2ª ed. Rio de Janeiro, DI Medsi, 1996

DiSAIA, PJ, CREASMAN, WT. **Clinical Gynecologic oncology**. 5th St. Louis, Mosby, 1997. 743p.

DONALDSON, JO. **Neurology of Pregnancy**. 2ª ed.; 1989

EMERSON CH. Thyroid Disease During and After Pregnancy. In: Braverman LE, Utiger RD, eds. Werner and Ingbar's **The Thyroid**, 7th Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996:1021-1031.

ERNEST, CALVIN B, STANLEY, JAMES C. **Current Therapy in Vascular Surgery**, 3th ed., 1995.

FALKENBERRY, SS. Cancer in pregnancy. **Surg Oncol Clin N Am** 7: 375-97, 1998.

FIGO ANNUAL REPORT ON THE RESULTS OF TREATMENT IN GYNAECOLOGICAL CANCER.

Milano, FIGO, **J. Epidemiol. Biostat.**, 23, 1998.34p.

GREVEN, K; PETEREIT, D; VERMORKEN, JB; LANCIANO, R. Current developments in the treatment of newly diagnosed cervical cancer, **Hematol Oncol Clin North Am** 13:257-303,1999.

HAIMOVICI, H. **Vascular Surgery Principles and Techniques**, 3th ed., 1989.

INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER – **Projeto viva mulher.** Programa nacional de controle do câncer de colo uterino. INCA. Manuais e normas técnicas, Rio de Janeiro, 1997. 81p.

King, FS. **Como ajudar as mães a amamentar**, 2ª edição, 1994.

LICHTENEGGER, W; SEHOULI, J; BUCHMANN, E; KARAJANEV, C; WEIDEMANN, H. Operative results after primary and secondary debulking operations in advanced ovarian cancer (AOC). **J Obst Gynaecol Res** **24**: 447-51, 1998

MACLENNAN, A – International cerebral palsy task force. A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. **BMJ** **319**: 1054-59, 1999.

MANUAL DE CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Programa Nacional de Controle de DST do Ministério de Saúde.** Brasília: Ministério de Saúde, 1998.

MANUAL PARA O ESTABELECIMENTO DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO PARA ABORTO PREVISTO POR LEI. IPAS – International Projects Assistance Service, 1996.

MURAD AM. **Oncologia Bases Clínicas do tratamento** **16**: 202-207, 1996.

NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP. The 1988 Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. **JAMA**, **262**. 931-4, 1989.

NORMA TÉCNICA – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES. 1ª ed., **Ministério da Saúde**, 1998.

PECORELLI, S; BENEDET, JL; CREASMAN, WT; SHEPHERD, JH – FIGO staging of gynecologic câncer. 1994-1997. International Committee on Gynecologic Oncology. International Federation of Gynecology and Obstetrics. **Int. Gynaecol Obstet** **64**: 5-10, 1999.

PIAL S – **Diagnóstico e terapêutica em ginecologia. Atlas de Cirurgias Vaginal – Anatomia e Técnica Cirúrgica.** Livraria Atheneu 1ª ed, 1977.

PEIXOTO S, TOMIOKA E IWAKURA M – Abordagem diagnóstica e terapêutica nas afecções ginecológicas agudas. **Cirurgia de Emergência**, **45**: 347-348, 1993.

POMPEI, LM; BARROS, ACS; MELO, MR; PINOTTI, JÁ – Câncer de mama e gravidez. **RBM-GO** **6**: 275-283, 1997.

PRADO, RA. Infertilidade conjugal. In: PIATO, S. **Diagnóstico e terapêutica em ginecologia**, 5ª ed., 1993.

RODNEY A; RACKLEY, R; BADLANI A. Practical Approach to Female Urinary Incontinence and Prolapse, G.H. Post Graduating Course. **Am Urol Association**, 1999.

ROTELI-MARTINS. Fatores associados à NIC 2 e 3 em mulheres com alterações da colpocitologia e colposcopia sugestivas de infecção por HPV [Tese de Mestrado, Unicamp, 1996].

SAMPAIO SAP, CASTRO RM, RIVITTI EA. Dermatologia Básica, Artes Médicas, São Paulo, 1985.

SANTOS JÁ. Fístulas uro e entero-genitais. In: W. Halbe – **Tratado de Ginecologia**, 1994.

SHOERTLIFFE, LMD; STAMEY, TA. Infecciones urinarias em mujeres adultas. In: WALSH, PC; GITTES, RF; PERLMUTTER, AD, STAMEY, TA. **Campbell Urologia.** Buenos Aires, 5ª ed, Médica Panamericana S.A.M., 1988. p. 859-896.

SPEROFF, L; GLASS, RH & KASE, NG. **Endocrinologia ginecológica clinica e infertilidade**. 5ª ed., 1995.

TE LINDE & MATTINGLY. **Ginecologia Operatória**. Guanabara Koojan, 5ª ed, 1977.

THE AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE CLINICAL GUIDELINES Panel Report on the Surgical Managements of Female Stress Urinary Incontinence. **J Rol**, 1997.

UNICEF, OMS. Manejo e promoção do Aleitamento Materno no Hospital Amigo de Criança, 1993.

WARWICH, RT, Fístulas urinárias em la muier. In: WALSH, PC; GITTES, RF; PERMUTTER, AD, STAMEY, TA. **Campbell Urologia**, Buenos Aires, 5ª ed, Média Panamericana S.A., 1988.2969 p.

YOKOYAMA, Y, MARUYAMA, H; SATO, S; SAITO, Y. Indispensability of pelvic and paraaortic lymphadenectomy in endometrial cancers. **Gynecol Oncol 64**: 411-7, 1997.

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA

Endereço: Rua Comendador Leão, S/N

Maceió-AL

CEP: 57000-000

Fone: (82) 346-8977

E-mail: mesm@ig.com.br