



Ministério da Saúde e  
da Segurança Social

Serviço de Atenção Integrada à Saúde  
da Criança, Adolescente, Mulher e Homem

Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

# PROTOCOLOS NACIONAIS SOBRE OS CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE URGÊNCIA



unicef   
para cada criança

 Organização  
Mundial da Saúde  
África





Ministério da Saúde e  
da Segurança Social

Serviço de Atenção Integrada à Saúde  
da Criança, Adolescente, Mulher e Homem

**Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva**

PROCOLOS NACIONAIS  
SOBRE OS  
**CUIDADOS OBSTÉTRICOS  
DE URGÊNCIA**

1ª Edição - Agosto 2018

## **Ficha Técnica**

---

### **Ministro da Saúde e da Segurança Social**

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário

### **Direção Nacional de Saúde**

Dr. Artur Jorge Correia

Dra. M<sup>ª</sup> da Luz Lima Mendonça

### **Serviço de A. I. à Saúde da Criança, Adolescente, Mulher e Homem**

Dra. Yorleydis Rosabal Pérez

---

FNUAP

UNICEF

OMS

---

### **Coordenação do Grupo de Trabalho**

Dr. Joaquim Silva Neves – Médico Ginecologista/Obstetra - Assistente Hospitalar do Hospital de Sta Maria – Lisboa

Dr. Hiraldo Sanchez Arias – Médico Ginecologista/Obstetra – Hospital Central Dr. Agostinho Neto

Dra Maria Teresa Teixeira Martins - Médica Ginecologista/Obstetra – Hospital Central Dr. Baptista de Sousa

### **Grupo de trabalho**

Adelaide M. Lima - Médica Ginecologista/Obstetra - CSR Belavista - DS S. Vicente

Albino Djassi – Médico Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto

Álvaro Semedo Moreno – Enfermeiro da DS do Tarrafal

Anabela Encarnação – Enfermeira da Maternidade do H. Dr. Baptista de Sousa

Ana Mafalda Lopes Borges - Enfermeira Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto

Elga Fontes – Enfermeira Obstetra – CS Achada Sto António

Ema Mascarenhas - Médica Ginecologista/Obstetra do CSR da Fazenda- DS Praia

Ernesto Rocha - Médico Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Baptista de Sousa

Filigência Gomes de Barros – Enfermeira da DS de Sta Cruz

Helga Araújo – Médica Anestesiologista do H. Dr. Agostinho Neto  
Helena Rosa da Fonseca – Enfermeira da Maternidade do HR S. Francisco Xavier  
Iolanda Lopes Landim - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto  
José Sena Pereira – Enfermeiro do CS de R. Grande de Santiago  
Júlia Monteiro dos Santos - Médica Ginecologista/Obstetra do HR João Morais  
Ludmilde Pina - Médica Ginecologista/Obstetra do HR de Santiago Norte  
Lidiana Pimentel - Médica Ginecologista/Obstetra do HR do Sal  
Marcelina Monteiro – Enfermeira da Maternidade do H. Dr. Baptista de Sousa  
Margarida Lopes Pina - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto  
Maria Alice Teixeira - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto  
Maria Fernandes Barbosa - Enfermeira Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto  
M<sup>a</sup> Odília Gonçalves - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. B. de Sousa  
Maria João Silva – Enfermeira Obstetra – CS Loures/Odivelas - Portugal  
M<sup>a</sup> de Lourdes Carvalho Mendes – Enfermeira CS Ponta de Água – DS da Praia  
Maria Luísa Teixeira – Enfermeira Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto  
Maria Natalina Silva – Enfermeira – Mestre em Saúde Pública - DNS  
Maria do Rosário Varela - Enfermeira Obstetra do H. R. de Santiago Norte  
Marlene Reis - Médica Ginecologista/Obstetra do HR do Sal  
Neusa Semedo - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Baptista de Sousa  
Orlando Cabral – Enfermeiro Obstetra do CS de Tira Chapéu – DS da Praia  
Rita Maria Lopes - Enfermeira Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto  
Sónia Tavares - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto  
Vanusa de Oliveira – Médica Endocrinologista do H. Dr. Agostinho Neto

## **Revisão**

Dra Fátima Sapinho Monteiro – Médica Ginecologista/Obstetra  
Dra Gisele Duarte Modesto - Médica Ginecologista/Obstetra  
Dra Hulda Almeida Brito - Médica Ginecologista/Obstetra  
Dra Rosa da Graça Lopes -Médica Ginecologista/Obstetra  
Dra Vaneusa Rodrigues Borges - Médica Ginecologista/Obstetra

---

**Concepção Gráfica**  
Tipografia Santos, Lda.

**Impressão e Acabamento**  
Tipografia Santos, Lda.

**Tiragem**  
200 exemplares

Junho 2019

A redução progressiva da mortalidade materna e da mortalidade infantil, nomeadamente a neonatal, foi uma premissa para os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio e faz parte das metas a alcançar como resposta aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Em Cabo Verde têm sido envidados esforços desde a independência, tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materno-infantis prestados em cada nível da pirâmide sanitária, nomeadamente no concernente à prevenção, diagnóstico atempado e tratamento adequado de complicações inerentes à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao 1º ano de vida.

Estes esforços traduziram-se, entre outros, na construção de infraestruturas sanitárias de melhor qualidade em todo o país, no seu equipamento adequado, na formação de maior número de profissionais, sobretudo especializados, e na disponibilização de vacinas, contraceptivos e medicamentos essenciais, de forma gratuita ou mediante uma taxa moderadora acessível.

Na realidade, dados de 2005 a 2018 indicam a diminuição progressiva e acentuada da taxa de mortalidade infantil e da sua componente neonatal, que representa mais do que metade dos óbitos em menores de 1 ano. Estes dados também indicam o aumento satisfatório da cobertura vacinal em menores de um ano, do número de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, de grávidas com pelo menos quatro consultas de pré-natal e a diminuição do número de filhos por mulher.

Como continuação desses esforços e para garantir cuidados obstétricos e neonatais cada vez de maior qualidade, sem descuidar a atenção primária e o envolvimento da comunidade, foram elaborados os “Protocolos Nacionais sobre os Cuidados Obstétricos de Urgência” e os “Protocolos Nacionais sobre os Cuidados Neonatais de Urgência”, em volumes separados e complementares, destinados a todos os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que trabalham nos Serviços de Urgência, de Obstetria, de Neonatologia e de Pediatria dos Hospitais Centrais e

Regionais, mas sobretudo a todos os médicos, enfermeiros e profissionais de saúde que prestam serviço nos diferentes Centros de Saúde do país a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos, sem o apoio presencial de especialistas.

Os Protocolos são sobretudo orientadores de atuação e deixam espaço para a sua adequação, sempre que necessário, às especificidades de cada estrutura de saúde e às condições geográficas do país.

Nesta 1ª edição não se pretende esgotar todos os aspetos dos cuidados obstétricos e neonatais de urgência, mas espera-se que a sua utilização pelos prestadores de serviço como ferramenta diária de trabalho e a sua repercussão nos resultados esperados contribuam para o enriquecimento das edições seguintes.

Os nossos sinceros agradecimentos a toda a equipa técnica de trabalho e de revisão destes Protocolos Nacionais, que permitiram a concretização deste projeto e aos parceiros FNUAP, UNICEF e OMS, que sempre apoiaram e acompanharam o processo cabo-verdiano de melhoria da qualidade da prestação de serviço materno-infantil.

O Ministro da Saúde e da Segurança Social,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Arlindo', is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

-Arlindo Nascimento do Rosário-

Prefácio.....	5
Siglas e Abreviaturas .....	9
<b>1. HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ .....</b>	<b>11</b>
Conduta na pré-eclâmpsia.....	15
Conduta na eclâmpsia .....	19
Conduta na hipertensão arterial crónica.....	20
Cuidados no puerpério.....	21
Síndrome de HELLP .....	22
<b>2. HEMORRAGIAS NA GRAVIDEZ .....</b>	<b>25</b>
Aborto .....	27
Gravidez ectópica .....	28
Gravidez molar .....	33
Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida .....	36
Placenta prévia.....	38
Vasa prévia .....	40
<b>3. DIABETES NA GRAVIDEZ .....</b>	<b>43</b>
Diabetes gestacional.....	45
Diabetes prévia à gravidez.....	47
<b>4. INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO .....</b>	<b>55</b>
Bacteriúria assintomática .....	57
Cistite aguda.....	58
Pielonefrite aguda .....	59
<b>5. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS .....</b>	<b>61</b>
<b>6. TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO.....</b>	<b>67</b>
<b>7. AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO .....</b>	<b>73</b>
<b>8. DOENÇA TROMBOEMBÓLICA NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL.....</b>	<b>77</b>
Trombose venosa profunda .....	79
Tromboembolismo pulmonar.....	81
<b>9. INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO.....</b>	<b>89</b>
<b>10. DISTÓCIAS DO TRABALHO DE PARTO .....</b>	<b>97</b>
<b>11. DISTÓCIA DE OMBROS.....</b>	<b>105</b>
<b>12. PARTO INSTRUMENTAL — FÓRCEPS E VENTOSA .....</b>	<b>115</b>
<b>13. HEMORRAGIA PÓS-PARTO .....</b>	<b>123</b>
Causas e fatores de risco .....	126
Algoritmo diagnóstico-terapêutico na hemorragia pós-parto.....	129
<b>14. INFECÇÃO PUERPERAL.....</b>	<b>135</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>143</b>

<b>ANEXOS</b> .....	<b>149</b>
Anexo 1 - Fluxograma de seguimento da gravidez de baixo risco .....	151
Anexo 2 - Kit para parto eutócico .....	152
Anexo 3 - Kit para revisão e suturas do canal de parto .....	155
Anexo 4 - Kit para hemorragia pós-parto .....	158
Anexo 5 - Kit para pré-eclampsia e eclampsia .....	161
Anexo 6 - Nota de referência do Centro de Saúde para o Hospital .....	163
Anexo 7 - Nota de contra-referência do Hospital para o Centro de Saúde.....	164
Anexo 8 - Ficha de urgência de Ginecologia e Obstetrícia.....	165
Anexo 9 - Dados para o processo de internamento em Ginecologia e Obstetrícia ...	166
Anexo 10 - Termo de consentimento informado.....	170
Anexo 11 - Nota de alta de Ginecologia e Obstetrícia .....	171
Anexo 12 - Partograma .....	172
Anexo 13 - Dados sobre o parto .....	174
Anexo 14 - Nota de alta de puérperas.....	175
Anexo 15 - Ficha de consulta pós-parto .....	176

# SIGLAS E ABREVIATURAS

- **AAS:** Ácido Acetil Salicílico
- **ACOs:** Anticoncepcionais Orais Combinados
- **AU:** Altura Uterina
- **Cc:** Centímetro cúbico = mililitro
- **CIVD:** Coagulação Intravascular Disseminada
- **Cm:** Centímetro
- **CTG:** Cardiotógrafo/Cardiotocografia
- **DIU:** Dispositivo Intrauterino
- **DI:** Decilitro
- **DPPNI:** Descolamento Prematuro da Placenta Normoinserida
- **ECG:** Eletrocardiograma
- **EPF:** Estimativa de Peso Fetal
- **EV:** Endovenoso/a
- **gr:** grama
- **HBPM:** Heparina de Baixo Peso Molecular
- **h:** hora
- **hCG:** hormona Gonadotropina Coriônica
- **HPP:** Hemorragia Pós-Parto
- **HTA:** Hipertensão Arterial
- **IB:** Índice de Bishop
- **IM:** Intramuscular
- **IMC:** Índice de Massa Corporal
- **INR:** International Normalized Ratio
- **ITU:** Infecção do Trânsito Urinário
- **kg:** quilograma
- **L:** Litro
- **LA:** Líquido Amniótico
- **LDH:** Lactato Desidrogenase
- **mcg:** micrograma
- **mg:** miligrama
- **MgSO4:** Sulfato de Magnésio
- **ml:** mililitro
- **mm:** milímetro
- **mm²:** milímetro cúbico
- **mmHG:** milímetros de mercúrio
- **mmol:** unidade de concentração molar
- **mn:** minuto
- **mUI:** mil Unidades Internacionais
- **MTX:** Metotrexato
- **O2:** Oxigênio
- **OCl:** Orifício Cervical Interno
- **PCR:** Proteína C-Reativa
- **ph:** potencial hidrogeniônico
- **PFC:** Plasma Fresco Congelado
- **PNA:** Pielonefrite Aguda
- **PTGO:** Prova de Tolerância a Glucose Oral
- **RCIU:** Restrição do Crescimento Intrauterino
- **RPM:** Rotura Prematura de Membranas
- **Rh:** fator Rhesus
- **Rx:** Radiografia
- **s:** segundo
- **SARA:** Síndrome de Angústia Respiratória Aguda
- **sc:** subcutâneo/a
- **SF:** Soro Fisiológico
- **TA:** Tensão Arterial
- **TAD:** Tensão Arterial Diastólica
- **TAM:** Tensão Arterial Média
- **TAS:** Tensão Arterial Sistólica
- **TEP:** Tromboembolismo Pulmonar
- **TGO:** Transaminase Glutâmico-Oxalacética
- **TGP:** Transaminase Glutâmico-Pirúvica
- **TP:** Trabalho de Parto
- **TTPa:** Tempo Parcial de Tromboplastina
- **TVP:** Trombose Venosa Profunda
- **UFC:** Unidades Formadoras de Colônias
- **UI:** Unidade Internacional
- **VIH:** Vírus da Imunodeficiência Adquirida
- **vo:** via oral



1

**HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ**



# 1. HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

## Conceito

Tensão arterial sistólica (TAS) superior ou igual a 140 mmHg e tensão arterial diastólica (TAD) superior ou igual a 90mmHg, em 2 ocasiões, com intervalo de no mínimo 4 horas

**ou**

TAD igual ou superior a 110mmHg (única medida)

**O diagnóstico de HTA na gravidez implica sempre acompanhamento médico.**

## Classificação e definições (ACOG 2018)

### Pré-eclâmpsia

Diagnosticada a partir da 20ª semana de gravidez

Proteinúria significativa ( $\geq +$  em fita ou  $\geq 300$ mg em urina de 24h)

A suspeita fortalece-se quando o aumento da pressão arterial se associa a cefaleias, distúrbios visuais e epigastralgias, mesmo na ausência de proteinúria

### Previsibilidade de desenvolvimento de pré-eclâmpsia

Ganho ponderal de 1000 g/semana ou 3000 g/mês

Alteração da fluxometria das artérias uterinas entre a 11ª e 13ª semanas, caso disponível

Avaliação da TAM =  $TAS + 2 \times TAD / 3$  (positivo caso seja  $\geq 90$ mmhg)

Presença de RCIU/oligohidrânio

### Eclâmpsia

Convulsões /coma que não podem ser atribuídas a outras causas. Não há associação direta com a gravidade dos valores da Tensão Arterial.

### **Hipertensão gestacional (transitória)**

Diagnosticada a partir da 20ª semana de gravidez

Ausência de proteinúria

Normalização da TA antes da 12ª semana após o parto

### **Hipertensão arterial (HTA) crónica**

Hipertensão anterior à gestação ou diagnosticada antes da 20ª semana de gravidez

### **Hipertensão arterial crónica com pré-eclâmpsia sobreposta**

Aparecimento de proteinúria ou agravamento da existente em pacientes com hipertensão arterial crónica

### **Critérios de gravidade**

TAS superior ou igual a 160 mmHg

TAD superior ou igual a 110mmHg

Oligúria ( $\leq 30$ ml /h)

Creatinina superior a 1,2mg/dl

Dor epigástrica ou no hipocôndrio

Trombocitopénia

Aumento das enzimas hepáticas

Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

Sinais de iminência de eclâmpsia

Evidência clínica e /ou laboratorial de coagulopatia

### **Fatores predisponentes**

Síndromes autoimunes (Síndrome anticorpo anti-fosfolipídico, lúpus, trombofilias)

Obesidade / IMC  $\geq 35$

Diabetes Mellitus

Pré-eclâmpsia anterior

Antecedentes de HTA  
Multiparidade  
Gestação múltipla  
Antecedentes familiares de pré-eclâmpsia  
Idades extremas

## **Conduta na Pré-eclâmpsia**

### **No Centro de Saúde**

Encaminhar ao serviço de urgência do hospital de referência  
Estabilizar a paciente antes da referência, se houver sinais de gravidade

### **Na consulta de alto risco**

Consultas médicas semanais  
Repouso relativo  
Peso semanal na consulta  
Proteinúria semanal  
Hemograma, função renal e hepática (mensal ou sempre que a condição clínica o justifique)  
Avaliação do bem-estar fetal  
Contagem de movimentos fetais pela paciente (pelo menos 10 movimentos/dia)  
Ecografia mensal ou sempre que a condição clínica o justifique

### **No internamento**

TA de 4 em 4 horas  
Peso diário e controle da diurese  
Exames laboratoriais  
Pesquisa de sinais e sintomas de eclâmpsia

Avaliação do bem-estar fetal (cardiotocografia, ecografia, perfil biofísico, fluxometria das artérias uterinas, se disponível)

Avaliação do uso de anti-hipertensivos

Início de AAS 100 mg/dia até às 36 semanas, se houver um fator predisponente

**Manter internamento ou reinternar, se houver:**

Hipertensão persistente ( $\geq 150/100$ mmhg)

Cefaleia, escotomas

Sangramento vaginal

Diminuição dos movimentos fetais

Vômitos e/ou epigastralgias

Proteinúria  $\geq 300$ mg/dl (urina de 24h) ou  $>$  de 2+ (em fita)

Sinais de RCIU / oligohidrânio (pela altura uterina diminuída em relação à idade gestacional ou pelo diagnóstico ecográfico)

Avaliação analítica anômala (função renal, hepática, plaquetas)

**Na existência de sinais de gravidade a abordagem será multidisciplinar e a conduta será em função da idade gestacional**

a) Se a idade gestacional for inferior ou igual a 24 semanas → Obter o consentimento informado dos progenitores para a interrupção terapêutica da gravidez.

b) Se a idade gestacional for igual ou superior a 34 semanas → Interromper a gravidez (feto já considerado viável)

c) De 24 semanas a 33 semanas e 6 dias de gestação:

Associar **Sulfato de magnésio =  $MgSO_4$**  (ver quadro 1.1)

Iniciar ou adequar dose de **anti-hipertensivo** em uso

Acelerar a **maturidade pulmonar** fetal

### Quadro 1.1 - Esquemas de administração do Sulfato de magnésio (MgSO<sub>4</sub>)

Dose de ataque (em 20-30 minutos)	E	Dose de manutenção (durante 24 a 48h)
<b>OPÇÃO 1</b>		
MgSO <sub>4</sub> - 6 gramas diluídas em 100 ml de Dextrose 5% a correr EV em 30 minutos (ou a 120 ml/h em bomba de infusão)	E	MgSO <sub>4</sub> - 6 gramas diluídas em 500ml de Dextrose 5% EV a 84 ml/h em bomba de infusão (ou a 28 gotas/mn sem bomba de infusão). * Será 1g/h
<b>OPÇÃO 2</b>		
MgSO <sub>4</sub> - 4 gramas diluídas em 100ml de Dextrose 5% a correr EV em 30 minutos (ou a 120 ml/h em bomba de infusão) + 5 gramas IM de MgSO <sub>4</sub> em cada nádega	E	5 gramas IM de MgSO <sub>4</sub> de 4/4h (alternar nádegas)
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A OPÇÃO 2 é a preferível quando há necessidade de estabilizar a paciente antes da sua transferência ou em locais sem disponibilidade de bomba de infusão e/ou dificuldade na vigilância da administração contínua.</li> <li>➤ Observar <b>sempre</b> a percentagem do Sulfato de magnésio (MgSO<sub>4</sub>) no frasco ou ampola e realizar o cálculo para gramas de acordo com a mesma →. Para administração IM usar apenas Sulfato de magnésio a 50% (5 gramas = 10 ml); Para administração EV usar Sulfato de Magnésio a 20% (2 gramas = 10 ml). Na existência de Sulfato de Magnésio a 10% → 1 grama = 10 ml</li> </ul>		

#### Perfusão com MgSO<sub>4</sub> pressupõe

Monitorização do volume urinário/hora, no mínimo 30 ml/h (sonda vesical fixa)

Avaliação do reflexo patelar

Avaliação da frequência respiratória (mínima - 16 ciclos/mn)

2 acessos venosos periféricos com soroterapia em curso

Existência **obrigatória** de Gluconato de cálcio na cabeceira da paciente – se sinais de hipermagnesémia administrar Gluconato de cálcio (10 ml EV durante 3 min).

**Terapêutica na crise hipertensiva** (quando TAD  $\geq$  110mmHg)

**Dose de ataque**

**Hidralazina em bólus:** diluir uma ampola (20 mg em pó solúvel) em 10cc de água destilada ou uma ampola (1 cc - líquido) em 09 cc de água destilada;

Extrair 2,5ml e administrar EV em 1minuto;

Se a TA não baixar ao fim de 30 min – repetir a dose até ao máximo de 4 administrações.

**Ou**

**Labetalol** (ver quadro 1.2)

**Quadro 1.2 - Tratamento com Labetalol**

20 mg EV em bólus em 2 mn (4 ml)
↓ 10mn
40 mg EV em bólus (8 ml)
↓ 10 mn
80 mg EV em bólus (16 ml)

**Ou**

**Nifedipina:** 20 mg via oral de 30 em 30 minutos até um máximo de 3 doses

**Terapêutica de manutenção** - na dose necessária para controlar a TA:

**Alfa metildopa** 250 mg de 8/8h vo, até dose máxima de 2 gr/dia

**Ou**

**Nifedipina** 20mg de 12/12h vo, até dose máxima de 80 mg/dia (**não associar ao sulfato de magnésio**)

**Ou**

**Hidralazina** 25 mg de 8/8h vo, até dose máxima de 200 mg/dia

### **Terapêutica para aceleração da maturidade pulmonar fetal**

**Betametasona:** duas doses de 12mg IM com 24h de intervalo

**Ou**

**Dexametasona:** quatro doses de 6mg IM com 6h de intervalo

**Ou** duas doses de 12 mg IM com 12h de intervalo

**NOTA:** Se necessário, devido à situação clínica da paciente ou feto → Interromper a gravidez 24h após a última dose de corticóide

## **Conduta na Eclâmpsia**

### **Medidas básicas de suporte**

Prevenção de traumatismos maternos

Administração de O<sub>2</sub> - 8 a 10 L/minuto

Colocação de sonda vesical e monitorização do volume urinário/hora

Início e monitorização de terapêutica com MgSO<sub>4</sub>

Monitorização contínua dos sinais vitais maternos e da frequência cardíaca fetal

**NOTA:** A abordagem deve ser multidisciplinar

### **Terapia anticonvulsivante**

#### **Com Sulfato de Magnésio**

Ver quadro 1.1 na conduta para Pré-eclâmpsia

Se as convulsões persistirem sob uso da dose de manutenção de Sulfato de magnésio, repetir metade da dose de ataque

Se as convulsões persistirem apesar da medida adotada anteriormente, fazer Diazepam EV - 0,1 a 0,3mg/kg (máx - 20mg) em 1 minuto

### **Com Fenitoína** (no Hospital Central - a adoptar em casos graves)

Inferior a 50 kg de peso: 500mg a 750 mg em 100 ml de Soro fisiológico em 30 mn e depois 250 mg em 100 ml de Soro fisiológico nas próximas 2 horas

50 a 70 Kg de peso: 750 mg em 100 ml de Soro fisiológico em 30 mn e depois 250 mg em 100ml de soro fisiológico nas próximas 2 horas

Superior a 70 Kg de peso: 1 a 1,5 g em 100 ml de Soro fisiológico em 30mn e depois 500 mg em 100ml de Soro fisiológico nas próximas 2 horas

**NOTA: A Fenitoína precipita com solução glicosada, pelo que esta não deve ser utilizada. Também é cardiotóxica, sendo essencial a monitorização estreita da paciente.**

### **Terapia anti-hipertensiva**

Ver conduta para dose de ataque na Pré-eclampsia. Primeira opção - Hidralazina

**NOTA: Interromper a gravidez, logo que a situação clínica o permitir, independentemente das semanas de gestação.**

### **Conduta na hipertensão arterial crónica**

#### **No Centro de Saúde**

Realizar inter-consulta por telemedicina ou outros com especialistas (obstetrícia e cardiologia)

Encaminhar para o Hospital de referência, se necessário

Explicar a importância da avaliação da TA

Esclarecer sobre os sinais / sintomas de alerta

Orientar sobre dieta hipossalina e fraccionada

Alertar para a importância da percepção dos movimentos fetais

Confirmar adesão terapêutica se instituída

Rastrear lesões dos órgãos (função renal e hepática, ECG, fundoscopia), sempre que possível

## Intervenção farmacológica

Avaliar a adequação da medicação anti-hipertensiva instituída previamente à gravidez

Suspender medicação contraindicada na gravidez e prescrever a Alfa-metildopa na dosagem mínima de 250 mg/3 x dia ou Nifedipina na dosagem mínima de 20 mg 2 x dia.

## **Cuidados no puerpério**

### **Pré-eclâmpsia / eclâmpsia**

1. Monitorização materna contínua
2. Anti-hipertensivo: Nifedipina oral se TA  $\geq$  155/105 mmhg; descontinuar após 48h se TA normal; **não associar a Sulfato de magnésio**. Em alternativa, utilizar Alfa-metildopa ou Hidralazina via oral
3. Manter sulfato de magnésio por 24 a 48 horas
4. Controle laboratorial a cada 6h, com atenção a sinais de agravamento da função hepática que podem ocorrer nos primeiros 3 dias após o parto
5. Alta após normalização dos parâmetros laboratoriais e TA controlada
6. Seguimento no Centro de Saúde na 1ª semana e 1º mês após o parto
7. Orientação para uma contraceção eficaz

### **Hipertensão arterial pré-existente**

1. Manter a medicação que utilizava previamente à gravidez ou iniciar diurético (Hidroclorotiazida vo 25mg/dia) associado ou não ao bloqueador de canal de cálcio (Nifedipina 20mg/dia), após o parto
2. Alta após TA controlada
3. Seguimento no Centro de Saúde na 1ª semana e 1 mês após o parto.
4. Orientação para uma contraceção eficaz

## ■ Síndrome de HELLP

### Definição

Pode ser uma variante clínica da pré-eclâmpsia, representando uma forma grave da mesma.

Entretanto, a relação entre ambas mantém-se controversa (B. M. Sibai – Updated 20/III/2018).

Constitui um elevado risco para a mortalidade materna e caracteriza-se por:

- Hemólise (H)
- Elevação das enzimas hepáticas (EL)
- Trombocitopenia (LP)

**NOTA: Ocorre também em grávidas normotensas e sem proteinúria. 1/3 dos casos ocorre no pós-parto**

### Quadro clínico e critérios laboratoriais

Manifestações clínicas múltiplas e imprecisas

Mal-estar geral, cefaleias, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e escotomas, com ou sem níveis elevados de TA

Sintomas mais frequentes (61%): cefaleias e epigastralgias

### Quadro 1.3 - Critérios laboratoriais da Síndrome de Helpp

HEMÓLISE	ELEVACÃO DE ENZIMAS HEPÁTICAS	TROMBOCITOPENIA
LDH > 600 UI/L	TGO, TGP > 70UI/L	Plaquetas < 100.000/mm <sup>3</sup>
Bilirrubina total > 1,2mg/dl	LDH > 600 UI/L	
Presença de esquizócitos		

**NOTA: Os casos que apresentam apenas alguns dos critérios laboratoriais acima referidos devem ser considerados como Síndrome de HELLP parcial e podem evoluir para a expressão plena da Síndrome.**

**Atenção às alterações do LDH**

**Solicitar fibrinogénio, caso disponível (normal - 200 a 400mg/ dl)**

## **Diagnóstico**

Suspeita-se pela clínica e confirma-se laboratorialmente

## **Diagnóstico diferencial**

Síndrome hemolítico urémico

Púrpura trombocitopénica trombótica

Esteatose hepática aguda

## **Tratamento clínico**

Deve ser sempre num hospital terciário (abordagem multidisciplinar)

### Consiste em:

Estabilização da condição materna, profilaxia de convulsões, tratamento anti-hipertensivo, avaliação do bem-estar fetal. Evitar alfametildopa pelo seu efeito hepatotóxico

Vigilância rigorosa

Descartar rotura hepática perante qualquer suspeita com ecografia e/ou tomografia computadorizada

Ponderar diálise se insuficiência renal aguda

Introduzir corticóide para melhoria das condições maternas - Dexametasona 10 mg EV 8/8h (3 tomas)

Transfundir plaquetas e /ou plasma fresco congelado (PFC) em situações clínicas de discrasia sanguínea ou quando plaquetas < 20.000/mm<sup>3</sup> (se parto vaginal) e < 40.000/mm<sup>3</sup>(se cesariana):

Administrar 1 Unidade de Concentrado de Plaquetas por cada 10 kg de peso corporal **ou**

PFC na dose de 10 a 15ml/kg (máx. até 20ml/kg)

Manter fibrinogénio plasmático maior que 100 mg /dl com transfusão de 10 UI de crioprecipitados

## **Tratamento obstétrico**

Depende da avaliação clínica e laboratorial materna

Se a via de parto for cesariana, colocar dreno supra-aponeurótico que deve ser mantido por 48h

Se plaquetas  $\leq 50.000/ \text{mm}^3$ , realizar incisão mediana

# 2

## **HEMORRAGIAS NA GRAVIDEZ**



## 2. HEMORRAGIAS NA GRAVIDEZ

### Conceito

Qualquer perda sanguínea durante a gravidez

### Hemorragias da 1ª metade da gravidez

Até às 22 semanas

### Aborto

#### Quadro 2.1. Tipos de aborto, clínica e conduta

Designação	Sinais e sintomas	Ecografia	Conduta
Ameaça de aborto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atraso menstrual</li><li>• Hemorragia com ou sem dor</li><li>• Útero compatível com idade gestacional</li><li>• Colo formado e fechado</li></ul>	Confirma gravidez intrauterina	<ul style="list-style-type: none"><li>• Descartar bacteriúria assintomática</li><li>• Repouso</li><li>• Tratamento hormonal opcional (Progesterona micronizada)</li></ul>
Aborto em curso	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atraso menstrual</li><li>• Hemorragia com dor</li><li>• Colo modificado ou aberto</li></ul>	Confirma presença de produtos de concepção intra—útero	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hospitalização - critério clínico</li><li>• Esvaziamento uterino</li></ul>
Aborto retido	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atraso menstrual</li><li>• Hemorragia com ou sem dor</li><li>• Útero compatível ou não com a idade gestacional</li><li>• Colo formado e fechado.</li></ul>	Confirma gravidez não evolutiva	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esvaziamento uterino</li></ul>
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atraso menstrual</li><li>• Hemorragia com ou sem dor</li><li>• Útero com dimensões inferiores à idade gestacional</li><li>• Colo aberto com ou sem presença de produtos da concepção</li></ul>	Confirma presença de restos ovulares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esvaziamento uterino</li></ul>

Aborto completo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atraso menstrual</li> <li>• Hemorragia em pouca quantidade e sem dor</li> <li>• Útero com dimensões inferiores à idade gestacional</li> <li>• Colo fechado</li> </ul>	Confirma ausência de produtos de concepção intra e extra-útero	Orientações para contraceção/ consulta de planeamento familiar
Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre</li> <li>• Dor abdominal e/ou à palpação bimanual</li> <li>• Alteração da consistência do útero (amolecido)</li> <li>• Restos ovulares ou sangue com odor fétido</li> </ul>	Confirma presença de produtos de concepção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamento</li> <li>• Hemograma, PCR</li> <li>• Antibioticoterapia curativa - (Ampicilina 1gr EV 6/6h + Metronidazol 500mg EV ou vo 8/8h)</li> <li>• Oxitocina EV se necessário.</li> <li>• Esvaziamento uterino após 12 a 24h do início da antibioticoterapia</li> </ul>

### Conduta geral

Anamnese e avaliação clínica

Ecografia pélvica, sempre que possível

Exames laboratoriais: Hemograma completo, Grupo e Rh, Teste de gravidez

Imunoglobulina anti – D, se Rh negativo

### Gravidez ectópica

Implantação do produto da concepção fora da cavidade endometrial

### Fatores predisponentes

50% idiopática

Idades extremas (< 18 anos e > 35 anos)

Cirurgia pélvica/abdominal prévia  
Cirurgia tubária prévia (risco 2-7%)  
Patologia tubária  
Gravidez ectópica prévia (15% de recorrência)  
Presença de DIU  
Laqueação tubária  
Infecção genital prévia (Gonorreia, Clamydia, Doença Inflamatória Pélvica, Tuberculose pélvica)  
História de Infertilidade  
Estilos de vida (tabagismo, início de vida sexual antes dos 18 anos, duches vaginais)  
Vários parceiros sexuais ao longo da vida  
Utilização frequente de contracepção de emergência

### **Quadro clínico**

Variável – desde assintomática até choque hipovolémico  
Tríade clássica (presente em 50% dos casos) - ***Atraso menstrual, hemorragia vaginal escassa, dor abdominal***  
Síncope, mal-estar, dor no ombro  
Dor à mobilização uterina e/ou ao toque do fundo de saco posterior  
Presença de massa anexial (50%) ao toque bimanual  
Defesa abdominal, reação peritoneal  
Taquicardia, hipotensão

### **Diagnóstico Diferencial**

Gravidez intrauterina  
Aborto espontâneo  
Endometrite

Neoplasia ovariana

Endometriose, leiomiomas

Rotura ou torção de quisto do ovário, hemorragia do corpo lúteo

Doença Inflamatória Pélvica

Apendicite, diverticulite

Infecção urinária, litíase renal

## **Diagnóstico**

### **Centro de Saúde**

Anamnese e exame físico

Exames complementares: hemograma, teste de gravidez

Culdocentese – punção de fundo de saco vaginal (sangue que não coagula).

## **Hospital**

### **Testes Laboratoriais**

Teste de gravidez: ( $\beta$ -hCG ou hCG)

Urínario – qualitativo (limiar de discriminação  $\rightarrow$  25mUI/ml)

Sérico – quantitativo (numa gravidez normal o valor aumenta pelo menos 66% em 48h, até às 6 semanas)

Hemoglobina e hematócrito – vigilância seriada nas primeiras horas

Leucócitos – normais em 50% dos casos, mas podem atingir os 30.000/ $\text{mm}^3$

### **Ecografia**

- Achados uterinos

Ausência de produtos de concepção na cavidade uterina (cavidade uterina vazia)

Pseudosaco gestacional (8-29% dos casos)

Espessura endometrial < 8 mm (71% dos casos)

- Achados anexiais

Massa anexial, geralmente com anel hiperecótico à volta do saco gestacional, com ou sem embrião (com ou sem batimentos cardíacos)

Massa complexa (hematossalpinge)

- Achados peritoneais  
Líquido livre (hemoperitoneu)

Sonda supra-púbica: Permite visualizar saco gestacional  $\geq$  5-6 semanas (limiar de discriminação de  $\beta$ -hCG: 6500mUI/ml).

Sonda transvaginal: Permite visualizar saco gestacional com diâmetro  $>$  1-3mm (limiar de discriminação de  $\beta$ -hCG: 1500-2000 mUI/ml, numa gestação simples intra-uterina). Falsos negativos: 10%.

## **Conduta**

### **Centro de Saúde**

Encaminhar ao hospital de referência com urgência, após estabilização hemodinâmica e contato prévio com o mesmo.

### **Hospital**

#### **Gravidez ectópica rota**

Instabilidade hemodinâmica: laparotomia

Estabilidade hemodinâmica: laparoscopia/laparotomia

**NOTA: Garantir reserva de 2 unidades de concentrado de eritrócitos.**

#### **Gravidez ectópica íntegra**

Hemodinamicamente estável e eventual líquido livre em escassa quantidade no fundo de saco posterior

Atitude expectante: massa ectópica  $<$ 3,5cm,  $\beta$ -hCG  $<$ 1000 mUI/ml e com valores decrescentes de 15% em 24h. Caso esta diminuição não ocorra em 24h, tem indicação para tratamento médico.

Tratamento médico: massa ectópica  $<$ 3,5cm,  $\beta$ -hCG  $>$  1000 mUI/ml e  $\leq$  5000mUI/ml, batimentos cardíacos ausentes.

**OBS:** O tratamento médico (com MTX – dose única – 50 mgr/ m<sup>2</sup>) deve ser feito em concertação com o Serviço de Oncologia. **Ver quadro nº 2.2.**

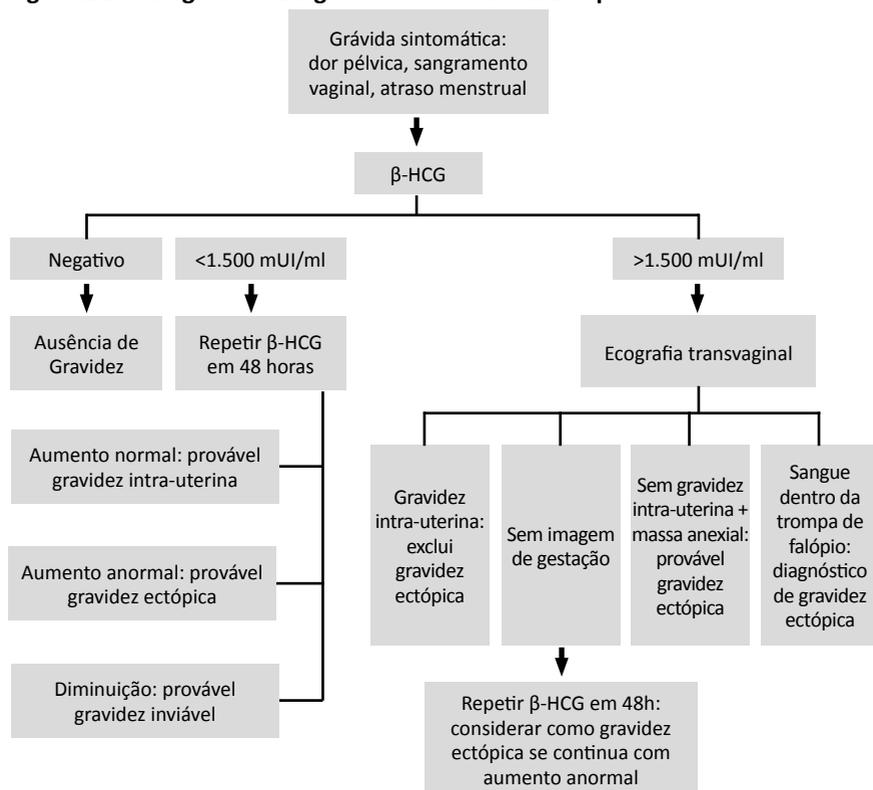
## Quadro nº 2.2. Índice Orientador do Tratamento Sistémico com MTX

PARÂMETROS	PONTUAÇÃO		
	0	1	2
B-HCG (mUI / ml)	> 5000	1500 – 5000	< 1500
Aspecto da imagem	SG c/embrião vivo	Anel tubário	Hematossalpinge
∅ da massa anexial (cm)	4.1 – 5	3.0 – 4.0	< 3.0
Líquido livre	acentuado	moderado	discreto
Doppler Colorido	elevado risco	médio risco	baixo risco

Valores ≤ a 5, contraindicam o tratamento médico

∅: diâmetro

Figura 2.1. Fluxograma – Diagnóstico de Gravidez Ectópica



## ▮ Gravidez molar

Alterações hidrópicas do trofoblasto, com confirmação histológica.

### Clínica

Atraso menstrual

Sangramento vaginal

Hiperemese gravídica

Aumento do volume uterino superior ao esperado para a idade gestacional

Alteração da consistência uterina (útero muito amolecido)

Hipertensão arterial

Taquiarritmia

Eventual expulsão de vesículas ao exame especular

### Ecografia Pélvica

Mola Completa: massa ecogénica, heterogénea, preenchendo a cavidade uterina, com pequenas formações quísticas entremeadas em sua extensão (Padrão Vesicular ou em “Favo de Mel”)

Mola Parcial: imagem compatível com aborto retido. Espaços quísticos focais no tecido placentário (Padrão em “queijo de Gruyère”).

Quistos Tecaluteínicos: ovário aumentado de volume, com múltiplas formações quísticas. Acontece bilateralmente com frequência (imagem em “bolhas de sabão”)

**β-hCG**:  $\geq 100.000$  mUI/ml ou hCG  $\geq 100.000$  mUI/ml

### Conduta

#### Centros de saúde

Encaminhar a paciente para o hospital de referência se houver suspeita de gravidez molar

## Hospital

### Solicitar na admissão:

Hemograma

Grupo sanguíneo e Rh

Quantificação de  $\beta$ -hCG

Ecografia pélvica

### Solicitar na suspeita de complicações:

Função renal

Função hepática

Função tireoideia

Rx tórax

Ecografia abdominal

Deve ser feito esvaziamento uterino através de vácuo-aspiração e envio do material obtido para estudo histopatológico

Infundir oxitocina no início do procedimento e manter após o mesmo (10 UI em 1L SF a 50 gotas/mn)

Garantir a reserva de concentrado de eritrócitos (2 Unidades), se o volume uterino fôr superior a 16 semanas

Ponderar Histerectomia Total nos casos de idade peri-menopáusia, com patologia uterina coexistente e fatores de risco para doença trofoblástica persistente (ver quadro nº 2.3.)

Administrar imunoglobulina anti – D nas pacientes com Rh negativo

### **Quadro nº 2.3. Fatores de risco para Doença Trofoblástica Persistente**

Idade Materna	> 40 anos
Níveis de $\beta$ -hCG	>100 000 mUI/ml
Quistos tecaluteínicos	Tamanho > 5 cm
Tamanho uterino	Muito aumentado em relação à amenorreia

Antecedentes pessoais	Antecedentes de gravidez molar
Manifestações clínicas	Sintomatologia intensa

### **Vigilância pós - esvaziamento**

Realizar ecografia pélvica de controle e quantificação de  $\beta$ -hCG antes de ponderar alta hospitalar

### **Seguimento ambulatorial**

#### Dosagem de $\beta$ -hCG:

Semanal até 3 valores consecutivos negativos pós – esvaziamento

Mensal até 6 meses após o primeiro valor negativo

A cada 2 meses, por mais 6 meses, para completar 1 ano de vigilância

#### Controle ecográfico se sangramento ou elevação de $\beta$ -HCG

### **Contracepção**

Método hormonal a utilizar – anticoncepcionais orais combinados (pílula combinada) durante o 1º ano

Desejando uma nova gravidez, aconselhar a partir de 1 ano de B-hCG negativo e orientar para o pré-natal

### **Crítérios de má evolução**

Estabilização do  $\beta$ -hCG durante 3 semanas

Aumento do  $\beta$ -hCG em 3 avaliações semanais

Persistência do nível sérico de  $\beta$ -hCG durante 12 semanas (é esperado que à 9ª semana após o esvaziamento uterino o  $\beta$ -hCG esteja < 5 mUI/ml)

Persistência de sintomas clínicos (sangramento vaginal)

Presença de Metástases

Resultado histológico de coriocarcinoma

## **Hemorragias da 2ª metade da gravidez**

A partir das 22 semanas até o termo da gravidez

### **Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI)**

Desprendimento da placenta antes do terceiro período do parto

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

**Parcial** – envolve apenas uma porção da placenta. A hemorragia pode exteriorizar-se ou permanecer oculta (1/4 dos casos).

### **Fatores de risco**

HTA crónica / Pré-eclâmpsia

Multiparidade

Idade materna avançada

Hábitos tabágicos e/ou ilícitos

Antecedentes de cesariana, intervalo intergestacional <1 ano

Antecedentes de DPPNI

Traumatismo abdominal direto

Descompressão uterina súbita (hidrâmnios, pós-parto do 1º gémeo)

RPM – situações de oligoâmnio grave prolongado

Fibromioma - se localizado sob o local de implantação da placenta

Hemorragia subcoriônica no início da gestação

Trombofilias

### **Clínica**

Sangramento vaginal escuro não coagulado ou do tipo sero-hemático. (As perdas sanguíneas vaginais podem não indicar a gravidade do quadro clínico materno-fetal - instabilidade hemodinâmica, choque)

Dor abdominal - mais intensa nos quadros mais graves

Contractilidade uterina aumentada – hipertonia, taquissistolia

Útero doloroso à palpação

Evidência de hipoxia fetal aguda (pode ser o primeiro sinal)

Sinais de hipovolémia materna

**NOTA: Na suspeita de DPPNI num Centro de Saúde, a grávida deve ser transferida para um hospital de referência, após estabilização e contacto prévio.**

### **Diagnóstico**

#### **➤ É essencialmente clínico**

A ecografia, se a paciente estiver estável, permite verificar o estado fetal, localizar a placenta e eventuais alterações da mesma e também excluir placenta prévia

### **Critérios para diagnóstico ecográfico de DPPNI**

Coleção hemática retroplacentária

Movimento da placa corial (em gelatina) com a atividade fetal

Hematoma marginal, subcoriônico ou intramniótico

Aumento da espessura da placenta (> 5cm)

### **Diagnóstico Diferencial (especialmente quando houver sangramento oculto)**

Placenta prévia

Rotura uterina

Parto pré-termo

Corioamnionite

Apendicite

Pielonefrite

Patologia anexial (torsão de quisto de ovário)

Degenerescência fibromiomatosa

Dor músculo-esquelética

### **Conduta**

Depende do estado materno e fetal, da apresentação fetal e do estado do colo.

#### Atitude geral:

Internamento hospitalar

Acesso venoso de grande calibre

Monitorização fetal

Solicitar hemograma, fatores de coagulação, função renal e hepática e grupo sanguíneo

Colocar sonda vesical

Fazer reserva de concentrado de eritrócitos (4 unidades) e de plasma fresco congelado

### **Tipo de Parto**

Vaginal se parto iminente ou se feto morto, caso a condição materna o permita.

#### Cesariana

### **Placenta prévia**

Placenta que se implanta, total ou parcialmente, sobre o orifício cervical interno (OCI)

**Completa:** recobre totalmente o OCI

**Parcial:** recobre parcialmente o OCI

**Marginal:** encontra-se a 2 cm do OCI

**Inserção Baixa:** encontra-se entre 2 a 3,5 cm do OCI

## **Fatores de risco**

Cesariana prévia

Idade materna avançada

Multiparidade

Tabagismo e uso de drogas ilícitas

Curetagens uterinas de repetição

Antecedentes de placenta prévia

## **Diagnóstico**

Clínico - Sangramento vaginal na segunda metade da gravidez ou durante o trabalho de parto

- ▶ Sangue vermelho vivo sem coágulos, em quantidade moderada / abundante, de aparecimento súbito e indolor, podendo desencadear choque hipovolêmico

**NOTA: No caso de suspeita de placenta prévia – NÃO FAZER TOQUE VAGINAL**

A ecografia pélvica supra-púbica, se a paciente estiver estável, permite classificar o tipo de inserção placentária e diagnosticar/suspeitar de acretismo placentário.

## **Conduta**

### **Centro de saúde**

Placenta de inserção baixa: parto na estrutura de saúde

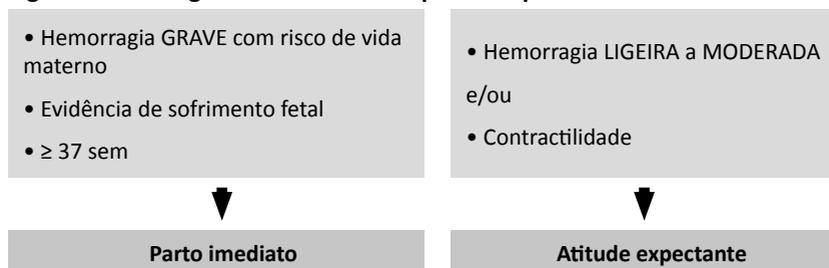
Placenta prévia marginal: referenciar com 34 semanas

Placenta prévia parcial e completa: referenciar com 28 semanas

### **Hospital**

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

**Figura 2.2. Fluxograma de decisão na placenta prévia**



### **Atitude expectante:**

Internamento (repouso moderado)

Hemograma, grupo sanguíneo, fatores de coagulação

Reserva de concentrado de eritrócitos (4Unidades) e de plasma fresco congelado

Administração de imunoglobulina anti-D, quando aplicável

Tocólise, se necessário

Aceleração da maturidade pulmonar fetal (24 a 36 sem e 6 dias)

Monitorização de bem estar fetal

### **Via e momento do parto**

Placenta prévia completa e parcial - realização de cesariana programada com 37 semanas.

Placenta marginal e baixamente inserida – indicação obstétrica

### **Vasa prévia**

Presença de vasos funiculares na proximidade do orifício cervical interno, com ou sem inserção baixa da placenta ou inserção vilamentosa do cordão umbilical com exposição dos vasos.

### **Diagnóstico**

Presença de hemorragia abundante que coincide com a rotura de membranas ovulares e associada a sofrimento fetal imediato.

- Pode haver um diagnóstico ocasional na ecografia pré-natal.

**Conduta em caso de diagnóstico prévio:**

Internamento às 32 semanas

Aceleração da maturidade pulmonar fetal

Cesariana programada entre 34 e 37 semanas (se maturidade pulmonar garantida)

**Conduta se diagnóstico efetuado durante o trabalho de parto:**

Cesariana de emergência, se rotura de membranas com hemorragia ativa

Reserva de concentrado de eritrócitos (4 Unidades para a mãe e 1 Unidade ORh – para o recém-nascido)

**Cuidados de enfermagem**

Realizar anamnese da grávida

Avaliar perdas sanguíneas para controlo do volume e características das mesmas

Monitorizar os sinais vitais

Monitorizar a dor e atuar em conformidade

Puncionar dois acessos venosos periféricos de grosso calibre em todos os casos

Colheita de sangue para hemograma, grupo sanguíneo e fatores de coagulação

Administração/Seguimento da medicação e vigilância de respetivos efeitos secundários

Oxigenioterapia, se necessário.

Cateterismo vesical para avaliação de volume urinário/hora

Explicar à grávida e à família a importância do alerta em caso de hemorragia, tranquilizando-a e à família em relação à capacidade de intervenção da equipa face às várias causas de hemorragia na gravidez

Cuidados gerais pré e pós-operatório (se necessário)

Apoio psicológico à paciente e familiares.



3

**DIABETES NA GRAVIDEZ**



### Diabetes gestacional

#### Conceito

É definida como uma intolerância a hidratos de carbono, de gravidade variável, que se inicia durante a gravidez atual e não preenche os critérios diagnósticos de diabetes mellitus franca.

Esta situação pode ser transitória ou pode persistir após o parto, representando assim o aparecimento da diabetes mellitus tipo 2 durante a gravidez.

A importância do rastreio da diabetes gestacional relaciona-se com as potenciais implicações desta condição clínica:

Parto prematuro

Pré-eclâmpsia

Aumento de peso fetal

Macrossomia fetal

Risco de distócia de ombros

Hipoglicémia neonatal clínica

Morte fetal intrauterina

#### Fatores de risco

Idade materna avançada

Sobrepeso/obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual

Deposição central excessiva de gordura corporal

História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau

Antecedentes obstétricos de abortos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional diagnosticada

Síndrome de ovários poliquísticos

## Rastreo e diagnóstico

### Quadro nº 3.1. Valores de referência para o diagnóstico de diabetes na 1ª consulta pré-natal

Glicémia de jejum	<92 mg/dl (5,1 mmol/L)	Considerar normal, mas reavaliar no segundo trimestre (PTGO entre as 24 e 28 semanas)
	≥92 mg/dl (5,1 mmol/L) <126 mg/dl (7 mmol/L)	Repetir o exame. Se o valor permanecer nos mesmos parâmetros – diagnosticar e tratar como diabetes gestacional.
	≥126 mg/dl (jejum) ou >200 mg/dl (11,1 mmol/L) (aleatório)	Repetir o exame. Se o valor permanecer nos mesmos parâmetros – diagnosticar e tratar como diabetes mellitus prévia à gravidez

### Quadro nº 3.2. Valores de referência para o diagnóstico de diabetes gestacional no 2º trimestre da gravidez de acordo com a PTGO

<b>PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral (75 gr)</b> <b>- Entre as 24 e as 28 semanas de gestação -</b>	
<b>Hora</b>	<b>Valores normais de Glicémia Plasmática</b>
Jejum	<92 mg/dl (5,1 mmol/L)
1 hora	<180 mg/dl (10,0 mmol/L)
2 horas	<153 mg/dl (8,5 mmol/L)

**Se um ou mais valores alterados – diagnóstico de diabetes gestacional**

## Diabetes prévia à gravidez

### Riscos acrescidos

Aborto espontâneo

Malformações fetais

Atraso do crescimento fetal intra-útero

Descompensação materna na gravidez (descartar retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia, vasculopatia, hipertensão arterial, dislipidemia, disfunção da tiróide, depressão).

Mais os riscos apresentados na figura nº 3.1.

**Figura nº 3.1. Fluxograma sobre as consequências maternas e fetais da diabetes descompensada**

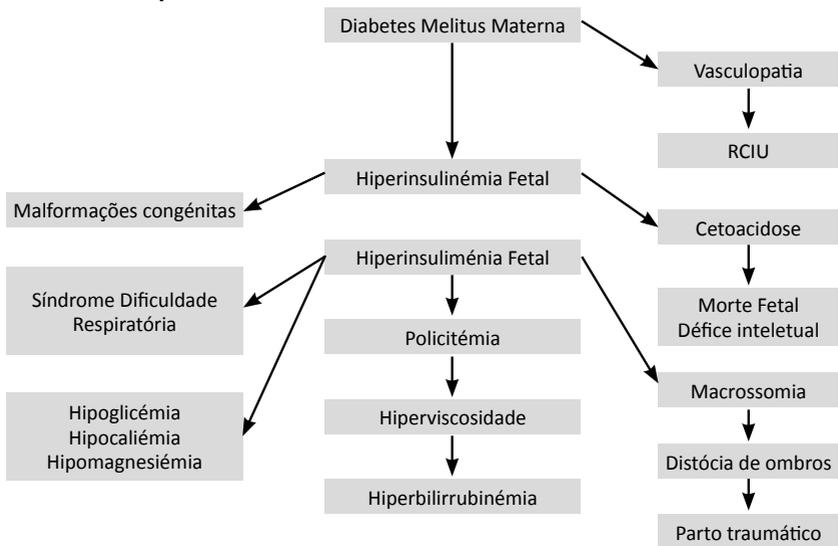
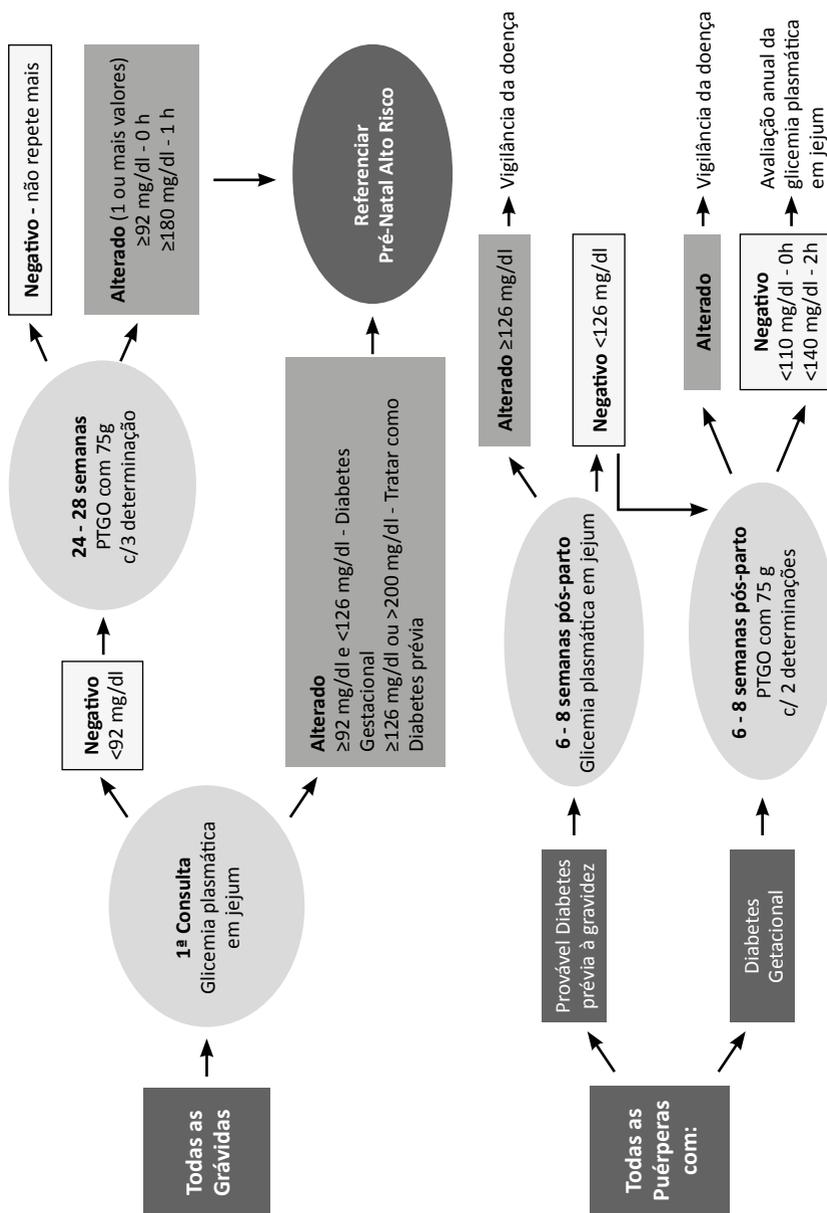


Figura nº 3.2. - Fluxograma - Diagnóstico e conduta na diabetes e gravidez



## Recomendações gerais para o plano de atuação na diabetes gestacional

**Os Centros de Saúde devem realizar interconsulta por telemedicina ou outros para se poder determinar a conduta adequada a cada caso**

Orientar para um regime alimentar que permita ganho de peso adequado e controlo metabólico

Recomendar atividade física, respeitando-se as contraindicações obstétricas

Sensibilizar/educar a grávida em relação às implicações maternas e fetais da diabetes gestacional e orientá-la sobre os benefícios do seguimento adequado

Alertar a paciente e familiares sobre os riscos de hipoglicemia, em especial durante a noite e de madrugada e estabelecer medidas de prevenção

**Internar para controlo glicémico (monitorização da glicémia capilar em jejum e pós-prandial) e exames. Perfil glicémico normal - em jejum <95 mg/dl; 1 hora após refeição <140 mg/dl; 2h após refeição <120mg/dl).**

Abordagem multidisciplinar da grávida (obstetra, nutricionista, endocrinologista, oftalmologista, cardiologista, psicólogo) mesmo que em regime ambulatorio.

Realizar ecografia no 1º trimestre para avaliar a idade gestacional (e morfologia fetal, quando possível).

Solicitar exames complementares de rotina da gravidez, exames complementares para pré-eclampsia, perfil lipídico e investigar retinopatia, nefropatia, neuropatia e vasculopatia diabéticas, para além de função tiroideia e cardíaca, ponderando caso a caso.

Realizar ecografia morfológica entre as 22 e 24 semanas de gestação

Alertar para a importância da percepção dos movimentos fetais e ensinar, a partir das 28 semanas, a contagem de Cardiff (10 movimentos fetais em cada período de 12 horas) como instrumento adicional para avaliar o bem-estar fetal

Realizar perfil biofísico semanal a partir das 34 semanas

Se fôr decidido o início do tratamento medicamentoso no hospital de referência, este deve ser de acordo com o protocolo em uso no hospital.

A bibliografia consultada (ADA 2018) indica a insulina humana de acção intermédia e rápida, como medicamento de primeira linha.

No caso da metformina (Diretrizes da SBD 2017-2018), utilizada também atualmente em alguns países, sendo o antidiabético oral associado a melhores desfechos perinatais, ainda não existe consenso. No entanto, número crescente de estudos não mostra efeitos nocivos materno-fetais a curto e médio prazo, decorrentes do seu uso durante a gravidez e a partir do segundo trimestre

Assim, recomenda-se o uso de metformina apenas nos casos em que não se alcançou controlo adequado da glicémia com medidas não farmacológicas e nos quais o uso de insulina não é viável.

O uso de corticóides para aceleração da maturidade pulmonar fetal não é contraindicado, mas devem ser administrados de forma concomitante à monitorização estreita da glicémia e a ajustes na dose de insulina

A tocólise também não é contraindicada. Se o tocolítico fôr de efeito adrenérgico, a dose de insulina deve ser aumentada durante o período de administração do medicamento

Decidindo-se alta **hospitalar** após controlo glicémico e decisão sobre a terapêutica (medicamentosa ou não) a grávida deve ser encaminhada para a consulta de alto risco, com controlos metabólicos e avaliação do bem-estar materno e fetal programados.

### **Parto e pós-parto**

O parto pode ser programado a partir das 39 semanas, se houver bom controlo metabólico e bem-estar materno-fetal.

Via de parto – indicação obstétrica

Se a diabetes estiver descompensada às 38 semanas, recomenda-se interromper a gravidez

Ponderar cesariana sempre que houver suspeita de macrossomia fetal

Durante o trabalho de parto deve manter-se a glicémia em níveis entre 70 e 120 mg/dl

Imprescindível a presença de pediatra ou neonatologista no parto ou cesariana

**No pós-parto imediato**, os níveis de glicémia devem ser monitorizados, suspendendo-se o tratamento medicamentoso e recomendando-se uma dieta adequada e exercício físico. Em caso de hiperglicémia, a insulina é o tratamento indicado. A metformina será a opção para as puérperas com intolerância a glucose.

O aleitamento materno exclusivo é indicado.

**Por ocasião da alta hospitalar**, encaminhar para o Centro de Saúde de residência ou para consulta especializada.

A contraceção deve ser iniciada a partir de um mês após o parto ou cesariana. Os métodos indicados são os hormonais orais combinados, com doses baixas de estrogénio e de progestagénio ou o DIU. Em caso de prole definida indica-se a laqueação de trompas. O uso de contraceptivos compostos apenas por progestagénios (Depo-Provera, Micro-lut) é contraindicado.

► **Repetir o rastreio, através da PTGO, 6-8 semanas após o parto, para excluir diabetes mellitus tipo 2** (ver figura nº 3.2.)

**Recomendações gerais para o plano de atuação na diabetes prévia à gravidez**

**Os Centros de Saúde devem realizar interconsulta por telemedicina ou outros para se poder determinar a conduta adequada a cada caso**

Efetuar aconselhamento pré-concepcional, multidisciplinar sempre que possível, com o objetivo de se alcançar um bom controlo metabólico antes e durante a gravidez e de se reduzir os riscos materno-fetais durante a gravidez e após o parto. Devem ser desencorajadas a engravidar as diabéticas com valores >10% de Hemoglobina glicada até que alcancem melhor controlo metabólico

Introduzir ácido fólico (600 microgramas a 5 mg/dia) desde o período anticoncepcional até às 12 semanas de gravidez para reduzir o risco de malformação do tubo neural

Orientar para um regime alimentar que permita ganho de peso adequado e controlo metabólico

Recomendar atividade física, respeitando-se as contraindicações obstétricas

Alertar a paciente e familiares sobre os riscos de hipoglicémia, especialmente durante a noite e de madrugada e estabelecer medidas de prevenção

Descontinuar os antidiabéticos orais em uso, garantindo-se a sua imediata substituição por insulina, de preferência antes da gravidez ou logo após o seu diagnóstico. É necessária cautela na indicação rotineira dos antidiabéticos orais às mulheres com diabetes prévia à gravidez.

**Internar para realização de controlo glicémico e exames.**

**Perfil glicémico normal: pré-prandial – entre 65 e 95 mg/dl; 1 hora após refeições – até 140mg/dl;**

**Em mulheres com risco aumentado de hipoglicémia, considerar glicémia em jejum até 99 mg/dl e ao deitar-se ou entre as 2h e 4h da madrugada - entre 80 a 120 mg/dl**

Providenciar atendimento multidisciplinar (obstetra, nutricionista, endocrinologista, oftalmologista, cardiologista, psicólogo) mesmo que em regime ambulatorio.

Controlar a hemoglobina glicada (ideal - 6 a 7 %).

Rastrear bacteriúria assintomática de 3 em 3 meses (urocultura)

Solicitar exames complementares de rotina da gravidez, exames complementares para pré-eclampsia, perfil lipídico e investigar retinopatia, nefropatia, neuropatia e vasculopatia diabéticas, para além da função tiroideia e cardíaca.

Prescrever AAS – 60-150 mg/dia, a partir do segundo trimestre e até às 36 semanas para reduzir o risco de pré-eclampsia

**Em caso de hipertensão arterial crónica, as drogas recomendadas são Aldomet; Hidroclorotiazida em baixas doses; Labetalol; Carvedilol. Após o parto pode-se utilizar Captopril (avaliar sempre com cardiologista)**

Realizar ecografia no 1º trimestre para avaliar a idade gestacional (e morfologia fetal, quando possível)

Realizar ecografia morfológica entre 22 e 24 semanas

Realizar ecografia mensal a partir das 24 semanas. No terceiro trimestre realizar quinzenalmente, se necessário

Realizar ecocardiograma fetal entre as 24 -28 semanas

Realizar dopplerfluxometria das artérias uterinas e umbilicais às 26 semanas

A partir das 28 semanas deve ser implementada a contagem de Cardiff (10 movimentos em cada período de 12 horas) como instrumento adicional para avaliar o bem-estar fetal

Realizar dopplerfluxometria das artérias umbilicais no terceiro trimestre, se houver hipertensão arterial sistêmica, pré-eclampsia ou vasculopatia

A partir das 34 semanas e semanalmente deve ser avaliado o perfil biofísico fetal

**Decidindo-se alta hospitalar após controlo glicémico e de comorbidades, a grávida deve ser encaminhada para a consulta de alto risco, com controlos metabólicos, das comorbidades e avaliação do bem-estar materno-fetal programados.**

### Parto e pós-parto

Programação do parto a partir das 39 semanas se houver bom controlo metabólico e bem-estar materno-fetal. Via de parto – indicação obstétrica

Ponderar cesariana se houver suspeita de macrossomia fetal

Resolução da gravidez com 38 semanas se a diabetes estiver descompensada.

Manter os níveis de glicémia entre 70 e 140 mg/dl durante o parto

Imprescindível a presença de pediatra ou neonatologista no parto ou cesariana

**No pós-parto imediato** reintroduzir a medicação utilizada antes da gravidez (iniciar com a metade da dose)

**Por ocasião da alta hospitalar**, encaminhar para o Centro de Saúde de residência ou para consulta especializada

A contracepção deve ser iniciada a partir de um mês após o parto ou cesariana. Os métodos indicados são os hormonais orais combinados com doses baixas de estrogênio e de progestagênio ou o DIU. Em caso de prole definida indica-se a laqueação de trompas. O uso de contraceptivos compostos apenas por progestagênios (Depo-Provera, Micro-lut) é contraindicado.

▶ **Repetir o rastreio, através da PTGO, 6-8 semanas após o parto para melhor vigilância** (ver figura nº 3.2)

### **Cuidados de enfermagem**

Identificar fatores de risco de diabetes gestacional

Educação para a saúde: explicar o que é a doença, quais os sintomas de hipoglicemia e de hiperglicemia, necessidade de alimentação adequada e de exercício físico, importância da adesão terapêutica, consequências do seguimento inadequado das recomendações médicas e de enfermagem

Orientações sobre a dieta: fracionamento das refeições, formas de cozinhar os alimentos, ingestão de legumes e fruta, importância da ingestão hídrica (envolver familiares próximos)

Desmistificar a autovigilância da glicemia e o esquema de avaliação da glicemia capilar

Orientar sobre os cuidados maternos e neonatais no pós-parto

Explicar sinais de hipoglicemia neonatal



**INFECÇÃO URINÁRIA  
NA GESTAÇÃO**



## 4. INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

Constitui a mais comum infecção bacteriana na gravidez.

### Formas clínicas

Bacteriúria assintomática

Cistite aguda

Pielonefrite aguda (PNA)

### Factores de risco

ITU recorrente

Infecção vaginal

Diabetes

Alterações anatómicas do trato urinário.

Hidronefrose fisiológica.

### Complicações

Parto prematuro

Sépsis neonatal

Rotura prematura de membranas

Choque séptico

Síndrome da angústia respiratória (SARA)

### **Bacteriúria assintomática**

Diagnóstico: 100.000 UFC/ml na urina em pacientes assintomáticas

30% das gestantes com bacteriúria assintomática desenvolvem PNA

### Conduta

Rastreio trimestral (Urocultura e urina II)

Terapêutica medicamentosa (por 7 dias) – ver quadro nº 4.1.

#### Quadro nº 4.1. Antibioterapia na bacteriúria assintomática

Droga	Dose	Desvantagens
Amoxicilina	500 mg vo 6/6 h	Elevada taxa de resistência bacteriana
Nitrofurantoina	100 mg vo 6/6 h	Anemia hemolítica em gestantes com deficiência G6PD, até às 36 semanas
Amoxicilina + ácido clavulânico	500+125mg vo 8/8 h	
Cefuroxima	250 mg vo 8/8 h ou 500 mg/dia	

Urocultura de controlo uma semana após o tratamento.

Novos exames mensalmente até o 3º mês após o tratamento e bimestralmente até o final da gestação

#### **Cistite aguda**

Ocorre entre 1 a 2 % das gestantes.

#### **Sintomas**

Dor suprapúbica

Disúria

Polaquiúria

Hematúria

#### **Diagnóstico**

Clínico com confirmação laboratorial (urina II e urocultura).

#### **Conduta**

Aplica-se o mesmo esquema utilizado na bacteriúria assintomática.

Pacientes sintomáticas com piúria e urocultura negativas – Uretrite por clamídia.

Garantir a adesão ao tratamento.

Realizar o controle de cura após o tratamento.

### **■ Pielonefrite aguda (PNA)**

Mais frequente no 2º trimestre – 1 a 2 %.

Geralmente precedido de um episódio de bacteriúria assintomática

#### **Sintomas**

Febre elevada

Calafrios

Dor lombar

Urina escura e com odor fétido

#### **Diagnóstico**

Quadro clínico

Punho - percussão doloroso (manobra de Giordano)

Urina II e urocultura

Hemograma, PCR, creatinina

Ecografia das vias urinárias

#### **Conduta**

Internamento hospitalar

Hidratação endovenosa

Analgesia

Vitamina C (correção do pH urinário)

Monitorização dos sinais vitais, débito urinário e vitalidade fetal)

Antibioterapia sistêmica inicialmente. Pode-se mudar o tratamento para via oral 24 a 48 h após remissão do quadro clínico e dar alta hospitalar após 24 horas assintomática.

#### Quadro nº 4.2. Antibioterapia na pielonefrite aguda

Droga IV	Droga VO
Ampicilina 1g 6/6 h	Amoxicilina + ácido clavulânico 500+125mg vo 8/8 h
Ceftriaxona 1 g 12/12 h	Cefuroxima 250 mg 8/8 h

O tratamento deve ser feito por 14 dias. O controlo da cura será feito através de urocultura após 1 semana de tratamento.

#### Indicações de profilaxia

Após 2 episódios recorrentes de bacteriúria assintomática ou cistite aguda

Após um episódio de pielonefrite aguda

Em portadoras de nefrolitíase

#### Escolhe-se uma droga diferente da usada para tratamento

**Administrada preferencialmente à noite e até o parto.**

Nitrofurantoína 100 mg /dia (até 36 semanas)

Cefuroxima 500 mg/dia

Amoxicilina + Ácido clavulânico 500+125mg vo/ dia

# 5

**ROTURA PREMATURA  
DE MEMBRANAS**



## 5. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

### Conceito

Perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto

### Fatores de risco

Gestação múltipla

Colo do útero curto

Abortos prévios

Parto pré-termo anterior

Rotura prematura de membranas anterior

Período intergestacional curto

Malformações uterinas

Conização prévia

Miomas

Infeção urinária

Infeção vaginal

### Diagnóstico

Anamnese - cálculo da idade gestacional

Exame especular - visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício cervical externo (espontânea/manobra de Valsalva/mobilização fetal)

Avaliação de sinais e sintomas de trabalho de parto

**NOTA: o toque vaginal está contra-indicado, excepto se houver contrações uterinas.**

### Conduta

Gestação de <24 semanas (600 a 700 gr)

Exame especular e leucograma a cada 48 h

Não iniciar tocólise, nem antibioterapia, nem indução da maturidade fetal.

Informação detalhada aos progenitores sobre o prognóstico fetal. A opção pela atitude expectante ou pela interrupção da gravidez será tomada pelo casal após o consentimento informado

#### Gestação de 24 semanas a 33 semanas+6 dias

Teleconsulta/Outros com obstetra do hospital de referência

Internamento

Repouso relativo

Indução da maturidade pulmonar fetal

Antibioticoterapia profilática

Exame especular semanal

Leucograma e PCR a cada 48h e vigiar sinais clínicos de infecção

Ecografia obstétrica quinzenal

#### Gestação de 34 semanas a 36 semanas+6 dias

Internamento

Repouso relativo

Indução da maturidade pulmonar fetal

Antibioticoterapia profilática

Exame especular semanal

Leucograma e PCR a cada 48h e vigilância de sinais clínicos de infecção

Monitorização do bem-estar fetal (CTG diário, ecografia com perfil biofísico semanal)

Parto às 36 semanas e 6 dias

#### **Antibioterapia profilática**

Penicilina cristalizada 5.000.000 EV, dose inicial, seguida de 2.500.000 EV 4/4h durante 48 horas; continuar com Amoxicilina 1gr 8/8h via oral por 5 dias

Esquema alternativo: Ampicilina 1gr EV 6/6h durante 48h concomitante com dose única de Azitromicina 1gr via oral ou EV; continuar com Amoxicilina 1gr 8/8h via oral durante 5 dias

Nas grávidas **alérgicas à Penicilina** a alternativa será: Clindamicina EV 900mg 8/8 horas; continuar com estearato de Eritromicina via oral 500mg 6/6 horas, durante 5 dias.

Esquema alternativo: Ceftriaxona 1 gr EV 12/12h durante 48 horas; continuar com Eritromicina via oral 500mg 6/6 horas, durante 5 dias.

### **Tocólise**

Na presença de contrações uterinas, apenas pelo período necessário à eficácia da indução da maturidade pulmonar e neuroprotecção fetal (48 horas):

Nifedipina: dose inicial 20mg via oral, repetir a cada 30 minutos até 4 doses se persistirem contrações uterinas e manter de 6/6 horas por 48 h.

Esquema alternativo: Indometacina 100mg via rectal de 12/12h por 48h (utilizar até 32 semanas)

### **Contra-indicações para atitude expectante**

Corioamnionite: Alterações nas características do líquido amniótico (cor e odor), útero doloroso à palpação, alteração da temperatura e frequência cardíaca maternas

Grávidas com alto risco infeccioso (decidir caso a caso)

Imuno-supressão

Valvulopatia grave

Prótese valvular

Diabetes insulino-dependente

Seropositividade para VIH

### **Gravidez acima de 37 semanas**

Antibioprofilaxia se RPM de 12 a 18 hr e resolução da gestação.



# 6

**TRABALHO DE PARTO  
PRÉ-TERMO**



## 6. TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO

### Conceito

Presença de contrações uterinas dolorosas, regulares, com modificações do colo uterino, antes das 37 semanas de gestação.

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

### Fatores de risco

Parto prematuro anterior

Colo uterino curto

História de cirurgia do útero e do colo uterino

Sangramento de causa obstétrica

Período intergestacional curto

Incompetência ístmo-cervical

Gestação múltipla

Infeções na gravidez

Miomas

Baixo peso antes da gravidez

Tabagismo.

Idades extremas

Nível socioeconómico baixo

### Crítérios de diagnóstico

Contrações uterinas  $\geq 2$  em 10 mn

Apagamento do colo do útero  $> 80\%$

Dilatação cervical  $\geq 3$  cm

Cervicometria  $< 20$  mm na ecografia transvaginal

## **Diagnóstico diferencial**

Incompetência istmo cervical (modificações cervicais na ausência de contrações uterinas)

Ameaça de parto prematuro (contrações uterinas regulares sem modificações cervicais)

## **Conduta**

Internamento

Calcular a idade gestacional

Descartar corioamniotite

Ecografia Obstétrica

Interconsulta / Telemedicina com especialista, se necessário

### ≤ 24 semanas

Informar os pais sobre o mau prognóstico da situação clínica

### Entre 24 semanas e 36 semanas e 6 dias

#### **Tocólise**

##### Nifedipina

Ataque: 20 mg vo de 30 em 30 mn até 4 doses

Manutenção: 20 mg vo a cada 6 horas por 48 hrs

#### **OU**

Indometacina (via retal) - 100mg de 12/12h por 48h (até 32 semanas)

#### **Indução da maturidade pulmonar fetal**

Betametasona: duas doses de 12mg IM com 24h de intervalo

#### **OU**

Dexametasona: quatro doses de 6mg IM com 6h de intervalo **OU**

2 doses de 12 mg IM com 12h de intervalo

**NOTA:** Em caso de evacuação iniciar tocólise e indução da maturidade pulmonar fetal antes da mesma.

**Neuroproteção** (até 32 semanas)

Ver esquema de sulfato de magnésio utilizado na pré-eclâmpsia / eclâmpsia.

**Antibioprofilaxia**

Penicilina cristalizada 5.000.000 EV dose inicial, seguida de 2.500.000 EV de 4/4h

**OU**

Ampicilina 2g dose inicial, seguida de 1 g EV de 4/4h

Alérgicas à Penicilina - Ceftriaxona 1 g EV de 12/12h

**Via de parto** - indicação obstétrica





**AMEAÇA DE PARTO  
PRÉ-TERMO**



## 7. AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO

### Conceito

Presença de contrações uterinas dolorosas, regulares, sem modificações cervicais.

### Conduta

Observação

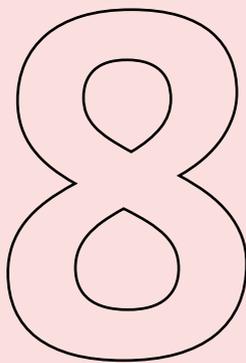
Tocólise e reavaliação após 2 horas

Se não houver modificação cervical e cessarem as contrações – dar alta hospitalar medicada com progesterona micronizada e indicar seguimento ambulatorial

Se persistirem as contrações e forem constatadas modificações cervicais – **ver protocolo para trabalho de parto pré-termo**

Interconsulta / Telemedicina com especialista, se necessário





**DOENÇA TROMBOEMBÓLICA VENOSA  
NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL**



### **Trombose venosa profunda (TVP)**

#### **Conceito**

Formação de trombos dentro de veias profundas com obstrução parcial ou total, sendo mais comum nos membros inferiores (80 – 95%).

#### **Fatores predisponentes clínicos**

Idade materna avançada

Obesidade

Imobilização prolongada / sedentarismo

Doença oncológica

Tromboflebite

Trombofilias coexistentes (homozigotia para fator V de Leiden, deficiência de antitrombina III)

Fenómenos tromboembólicos anteriores

Drepanocitose

Doenças autoimunes com repercussão vascular (Síndrome antifosfolípídico, Lúpus sistémico)

Varicosidades clínicas e sintomáticas

Traumatismos

Infeções com repercussão sistémica

#### **Fatores predisponentes obstétricos**

Gravidez

Multiparidade

Parto instrumental (se associado a um dos fatores predisponentes)

Cesariana

Hipotonia Uterina

Hemorragia pós-parto

Endometrite

Aumento da pressão intrabdominal (gestação múltipla, polidrâmnio)

Doença hipertensiva na gravidez

### **Clínica**

Os sintomas podem ser inespecíficos, **mas de início abrupto**

Achados clínicos mais prováveis

Subfebril

Taquicardia

Tumefação do membro afetado (> 2 cm em relação ao membro contralateral)

Dor e sensibilidade à palpação (60 -90%)

Edema unilateral (40 -75 %)

Dor a dorsiflexão do pé - **Sinal de Homans** (30 – 40%)

Dilatação venosa superficial (30%)

### **Variáveis preditivas do diagnóstico no 1º Trimestre da gravidez**

Sintomas na perna esquerda

Diferença no perímetro da coxa (> 2cm)

### **Diagnóstico diferencial**

Erisipela

Trombose arterial: palidez e diminuição da temperatura no membro afetado

### **Diagnóstico**

É clínico

Se possível confirmar com eco-doppler

## Profilaxia

### Heparina não fraccionada

Profilaxia com dose baixa

5000-7500 UI sc de 12/12 h (1º trimestre)

7500-10 000 UI sc de 12/12 h (2do trimestre)

10 000 UI sc de 12/12 h (3º trimestre, exceto se TTPa elevado)

### OU

5000-10 000 UI sc de 12/12 h durante toda a gravidez

### Profilaxia com ajustamento da dose

≥ 10 000 UI sc 2-3 vezes/dia para atingir um TTPa de 1,5-2,5

## Tratamento

### Quadro 8.1. Dosagem de heparina de baixo peso molecular

Peso (Kg)	ml/12h
<50	0.4
50-59	0.5
60-69	0.6
70-79	0.7
>80	0.8
OBS - 0.1 ml / 10 kg / 12 h	
Dose máxima: 1 ml	

## ▮ Tromboembolismo pulmonar (TEP)

### Conceito

Evento vascular pulmonar trombótico determinado pela oclusão total ou parcial de um vaso por um trombo, com reação inflamatória da parede associada.

A gravidez mesmo de baixo risco está associada a hipercoagulabilidade. O tromboembolismo pulmonar tem incidência mais alta no período do puerpério.

É uma complicação rara na gestação (0,09%), mas está associada a significativa morbimortalidade materna (15 a 95%).

### **Fatores predisponentes (ver TVP)**

#### **Clínica**

Sintomas inespecíficos e de **início súbito**

Dependem da localização e dimensão do trombo

Taquipneia

Taquicardia

Tosse não produtiva

Sudorese intensa

#### Tríades clássicas

Hemoptise / dor torácica/dispneia

Dispneia/dor torácica/agitação

#### Sinais

Fervores

Sibilos

Hipotensão arterial

#### **Paragem cardio-respiratória**

#### **Diagnóstico**

É essencialmente clínico e de exclusão

Aplicar a escala de Wells como auxílio (fig. 8.1)

**Figura 8.1. Escala de Wells**

Escala de Wells	
Variável	Pontuação
TVP ou EP prévio	1,5
Frequência cardíaca > 100 bpm	1,5
Cirurgia ou imobilização há < 4 semanas	1,5
Hemoptise	1
Doença cancerosa ativa	1
Sinais clínicos de TVP	3
O diagnóstico de TEP é mais provável que qualquer outro alternativo	3
Probalidade Clínica	
TEP improvável	<=4
TEP provável	>4

### **Diagnóstico diferencial**

Embolia do líquido amniótico ou gasosa

Pneumotórax espontâneo

Choque séptico

Descompensação por cardiopatia pré-existente

Todos os distúrbios potencialmente relacionados com disfunção cardiopulmonar

### **Medidas profiláticas**

Averiguar os fatores de risco na avaliação pré-natal

#### Prevenção da estase

Elevação dos membros inferiores a 15°

Manutenção das pernas retas ao sentar

Realização de exercícios de mobilização dos membros inferiores

Meias de compressão ou ligaduras elásticas durante o trabalho de parto e no pós-parto

**Valorizar sintomas como dispneia e agitação na grávida e na puérpera**

### **Profilaxia medicamentosa pós-operatória nas cesarianas com risco adicional**

**Heparina de baixo peso molecular** diária (Nadroparina cálcica = Fraxiparina®- seringa pré-cheia de 0.3 ml e de 0.6 ml) segundo a dosagem expressa no quadro 8.2.

#### **Quadro 8.2 – Dosagem de heparina de baixo peso molecular para profilaxia de TEP**

<b>Peso/Kg</b>	<b>ml/dia</b>
Até 69	0.3
>70	0.6
<b>OBS: Manter uma vez por dia, durante 3 dias</b>	

Esquema alternativo - Heparina sódica 5000 UI sc de 12/12 h

### **Tratamento**

#### **Centro de Saúde**

Encaminhar a paciente para o hospital de referência após estabilização e contacto prévio.

#### **Hospital (abordagem multidisciplinar)**

Correção da hipoxémia arterial e da hipotensão associada

Evitar a propagação do trombo ou embolias recidivantes

O<sub>2</sub> suplementar

Introduzir **Heparina de baixo peso molecular** (Nadroparina cálcica = Fraxiparina®- Seringa pré-cheia de 0.3 ml, 0.4 ml, 0.6 ml) segundo a dosagem expressa no quadro 8.3

**Quadro 8.3. Dosagem de heparina de baixo peso molecular para tratamento de TEP**

Peso/Kg	ml/12h
<50	0.4
50-59	0.5
60-69	0.6
70-79	0.7
>80	0.8
<b>OBS:</b> 0.1 ml / 10 kg / 12 h Dose máxima: 1 ml	

Esquemas alternativos:

**Heparina sódica EV**

Dose de ataque- 80 UI/kg em bólus- máx 10000 UI

Manutenção- 18 UI/kg/h

Monitorizar a coagulação: TTPa (1,5 a 2,5 o valor inicial)

**Heparina sódica subcutânea**

Dose de ataque – 330 UI/Kg

Manutenção – 250 UI/Kg de 12/12hr

**Medidas no parto e pós – parto imediato**

Descontinuar a dose profilática com anticoagulante 12 horas antes do parto e a dose terapêutica 24 horas antes.

Pacientes com alto risco de TVP E TEP recorrente devem suspender o anticoagulante 4 a 6 horas antes do parto.

Reiniciar o anticoagulante 6 h após parto vaginal e 12 h após cesariana.

## **Medidas no puerpério**

Iniciar anticoagulante oral associado a heparina/fraxiparina por pelo menos 5 dias

Controle com INR diariamente a partir do terceiro dia

Se INR entre 2 a 3 – Dar alta com seguimento ambulatorial e manter o anticoagulante oral até 6 semanas ou 6 meses após o parto, de acordo com a situação clínica.

### **Cuidados de Enfermagem**

#### **No Pré-natal**

Estabelecer o risco de fenómenos tromboembólicos na primeira consulta

Estimular as gestantes a evitarem o sedentarismo e manterem estilos de vida saudáveis

Aconselhar as gestantes com maior risco de TEP a utilizarem meias de compressão e a fazerem massagens nos membros inferiores no sentido do retorno venoso

Alertar para o aparecimento de edema fisiológico nos membros inferiores no terceiro trimestre e para a necessidade de elevação dos membros sempre que possível

Ensinar sobre os sinais de alerta (calor, dor, rubor, edema num dos membros inferiores)

Envolver a família

#### **No pós-parto imediato**

Descartar sintomas e sinais de TEP

Estimular a movimentação ativa e/ou passiva dos membros inferiores no leito

Estimular a deambulação precoce

Aplicar terapia compressiva com meia elástica/ligadura nas puérperas com risco de TEP

Monitorizar as perdas hemáticas

Reforçar/fazer ensino sobre os sinais de alerta (calor, dor, rubor, edema num dos membros inferiores)

**No caso de TEP/TVP**

Monitorização de sinais vitais

Monitorização da dor

Administração de analgésicos conforme prescrição médica;

Administração de oxigenioterapia, quando necessário

Monitorização de perdas hemáticas

**Preparação para a alta hospitalar**

Promover a adesão terapêutica caso haja necessidade de manter HBPM ou anticoagulante oral, explicando as formas de prevenção, as manifestações clínicas e a importância do tratamento

Alertar para a eventual ocorrência de hemorragias

Estimular a manutenção de estilo de vida saudável (evitar sedentarismo, elevação dos membros inferiores, cessação tabágica)

Alertar para o consumo moderado de alimentos ricos em vitamina K (couve, brócolos, espinafres, alface, cenoura, pepino)

Estimular a puérpera a comparecer nas consultas de seguimento.

Envolver a família no processo terapêutico



# 9

## **INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**



## 9. INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

### Conceito

Estimulação da contractilidade uterina antes do início do trabalho de parto espontâneo. A preparação do colo (priming) é um processo que ocorre previamente ao início do trabalho de parto (TP) e que se caracteriza por amolecimento, encurtamento e dilatação do colo.

### Indicações

As indicações para indução do trabalho de parto não são absolutas e devem ter em conta fatores maternos e fetais, bem como a idade gestacional e as características do colo do útero.

A indução do trabalho de parto só está indicada antes das 41 semanas de gestação se existirem fatores maternos ou fetais que possam determinar desfechos desfavoráveis, caso se opte pelo prolongamento da gravidez.

#### São estas as indicações:

Rotura prematura de membranas / Corioamnionite

Restrição de crescimento intrauterino

Diabetes mellitus

Doença hemolítica perinatal

Gestação igual ou superior a 41 semanas

Doença hipertensiva

Malformação fetal

Morte fetal

Oligoâmnios

Fatores logísticos

#### **Contra-indicações absolutas**

Placenta prévia ou vasa prévia

Prolapso do cordão

Herpes genital ativo

Cirurgia uterina prévia com incisão profunda no miométrio

≥ 2 Cesarianas anteriores e /ou incisão uterina corporal ou em T invertido

Evidência de incompatibilidade feto-pélvica (causa materna ou fetal)

Alteração do bem-estar fetal (perfil biofísico alterado, oligohidrâmnios severo, cardiocotografia patológica, alteração do doppler)

Apresentação ou situação fetal anómala

Gestação múltipla com primeiro feto pélvico ou gémeos homozigóticos

### **Contra-indicações relativas**

Grande multiparidade

Cesariana anterior sem incisão corporal

Prematuridade

### **Riscos**

Taquissistolia

Alterações dos padrões habituais de frequência cardíaca fetal

Rotura uterina

Prematuridade iatrogénica

Risco aumentado para parto instrumental ou cesariana

### **Conduta**

Consentimento informado assinado pela paciente

Avaliação do colo do útero, através do Índice de Bishop modificado (ver figura 9.1.). É considerado um colo desfavorável para a indução do TP se o índice for <6.

**Figura 9.1. Índice de Bishop (IB)**

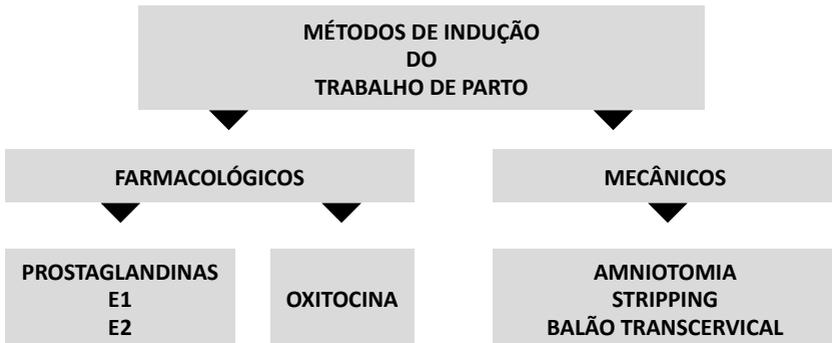
Pontuação	0	1	2	3
Posição do Colo	Posterior	Intermédio	Anterior	
Consistência do colo	Duro	Intermédio	Mole	
Comprimento Colo (cm)	3	2	1	<1
Dilatação colo (cm)	0	1-2	3-4	≥5
Estadio apresentação	-3	-2	-1,0	≥+1

**OBS: O estadio da apresentação utilizado é o De Lee (figura 10.3.)**

Com um índice de 6 ou mais (colo favorável) há indicação para indução do TP com oxitocina por infusão contínua.

Com um índice menos de 6 (colo desfavorável) a indicação é a preparação do colo com misoprostol ou balão.

**Figura 9.2. Métodos de indução do trabalho de parto**



**OBS:** As mulheres com antecedentes de uma cesariana e indicação atual de parto eutócico devem ser sensibilizadas para a utilização do balão de Foley para indução do TP.

## **Utilização da Oxitocina**

### Com bomba de infusão

5UI de oxitocina em 500 ml de Dextrose 5% (equivalente a diluição de 10mUI/ml)

Administração EV e através de bomba de infusão, sempre que possível

Início: 5 gotas/mn = 2,5mUI/mn = 15ml/h.

Aumentar 5 gotas/mn = 2,5mUI/mn a cada 30 min (15, 30, 45ml/h) até se obter contratilidade regular (3 em 10 mn) ou até se atingir a dose máxima de infusão 64 gotas/mn = 32mUI/mn = 192ml/h

Semivida da oxitocina – 5 a 6 mn. Atinge níveis estáveis na circulação ao fim de 30-40 mn.

### Esquema alternativo na ausência de bomba de infusão

5 UI de oxitocina em 500ml de Dextrose 5%

Iniciar a 8 gotas/mn e aumentar 4 gotas a cada 30 mn até se obter contractilidade regular (3 em 10 mn) ou até se atingir a dose máxima de 32 gotas/mn

## **Utilização do Misoprostol**

### Rotina de administração

25-50 mcg endovaginal de 6 em 6 horas (sempre que possível às 6h, 12h, 18h e 0h) até 5 -7 aplicações;

Não devem ocorrer pausas noturnas;

A avaliação clínica e a hora e dose de administração devem ser registradas no processo de internamento;

A dinâmica uterina deve ser avaliada 90 minutos após a administração de cada dose.

A administração de oxitocina requer um intervalo de 6h após a última dose de misoprostol.

### **Contra-indicações**

Hipersensibilidade ao fármaco

Glaucoma

Doença cardio-respiratória, hepática ou renal grave

Cesariana anterior

### **Conduta na taquissistolia**

Suspender a indução

Manter ou iniciar hidratação

Oxigenioterapia

Decúbito lateral esquerdo

Nifedipina 20 mg via oral de 20 em 20 minutos até 4 doses

Esquema alternativo - Salbutamol em perfusão - 1 ampola em 500 cc de Soro Fisiológico, aumentar 18ml/h (bomba de infusão) de 15 em 15mn até ao máximo de 90ml/h. Manter a perfusão até ausência de hiperestimulação uterina ou se houver complicações maternas/fetais (taquicardia).

Se persistência de taquissistolia e /ou evidência de sofrimento fetal agudo - realizar cesariana.

### **Aplicação do balão transcervical (Foley16)**

O balão é introduzido através do canal endocervical e após passar o orifício interno do colo é preenchido (30 - 60ml) e traccionado.

Após a expulsão espontânea do balão é iniciada perfusão com oxitocina.

Ao fim de 12-24h se não houver expulsão espontânea do balão proceder à sua remoção e avaliar o uso de outro método de preparação do colo ou indução ou cesariana.

## **Falha de Indução**

Ausência de modificações cervicais ao fim de 48h de indução do trabalho de parto

### Nesses casos:

Se a situação clínica justificar a interrupção da gravidez realizar cesariana

Se a bolsa de águas estiver íntegra, permitir um descanso durante 24h e reiniciar posteriormente novo ciclo de indução.

Se a bolsa de águas não estiver íntegra, manter a indução do trabalho de parto por mais 24h

Caso a dose máxima diária de prostaglandinas tiver sido atingida e o colo se encontrar mais amadurecido, proceder a amniotomia ou uso de oxitocina.

10

**DISTÓCIAS DO TRABALHO  
DE PARTO**



## 10.DISTÓCIAS DO TRABALHO DE PARTO

### Conceito

Anormalidades na evolução do trabalho de parto.

### Classificação

#### Distócia dinâmica

Contrações uterinas inadequadas

#### Distócia mecânica

Dependente do Canal de parto (insinuação /canal de parto/expulsão)

Dependente do Objeto:

- Feto (Número/Forma/Tamanho/Situação/Apresentação)

- Anexos fetais (Placenta/Cordão)

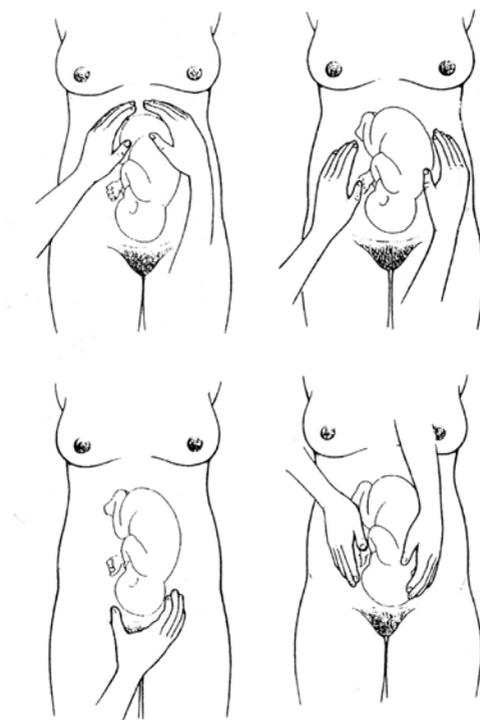
#### Distócia do mecanismo do parto

Flexão da cabeça

Rotação da cabeça

No início do trabalho de parto a orientação do feto em relação ao canal de parto deve ser determinada. Esta orientação deve ser conhecida, sobretudo, em termos de situação (longitudinal, transversa ou oblíqua), posição (dorso esquerdo, direito, anterior ou posterior) e apresentação (cefálica, pélvica ou córmica). Diversos métodos podem ser utilizados, entre eles a palpação abdominal, o toque vaginal e a ecografia obstétrica. A figura 10.1. apresenta as manobras de Leopold que, através da palpação abdominal, um método simples, permitem determinar a orientação fetal.

**Figura 10.1. Manobras de Leopold**



### **Fases do Trabalho de Parto**

**Primeiro período:** desde o início do trabalho de parto até à dilatação completa do colo uterino.

Fase latente: até 3 cm de dilatação; com contratilidade

Fase ativa: a partir de 4 cm de dilatação, com contratilidade regular – pelo menos 2 contrações num período de 10 minutos com duração mínima de 30 segundos (2-3/10mn/30 s)

Durante a fase ativa do trabalho de parto a avaliação do colo do útero deve ser feita de **2 em 2 horas**

A duração estimada do início da fase ativa até à dilatação completa é de 10 horas numa primigesta e de 8 horas numa múltipara.

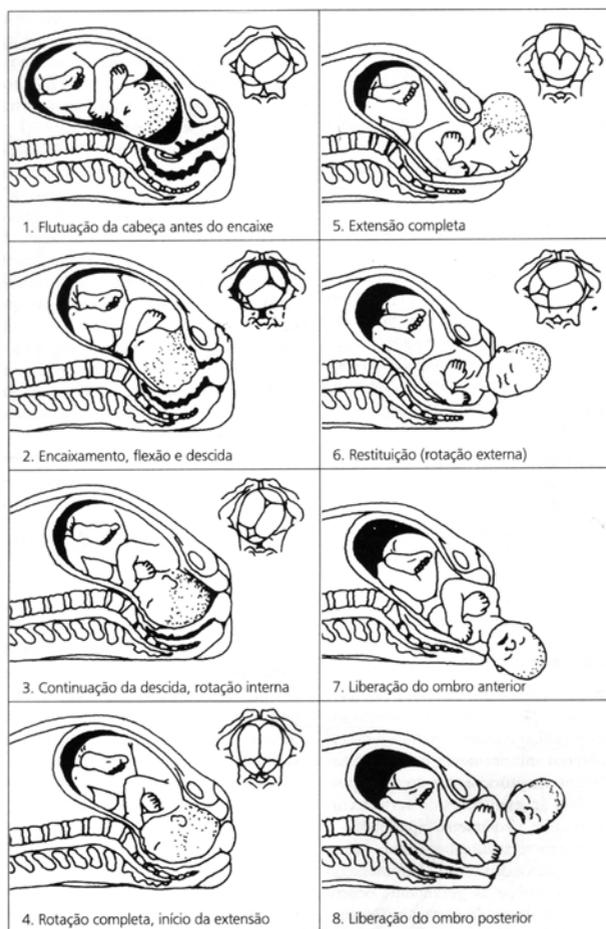
**Segundo período:** da dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto.

A duração estimada do segundo período é de 2 horas numa primigesta e de 1 hora numa múltipara.

**Terceiro período:** corresponde à dequitação. O tempo estimado é de 30 minutos.

**Quarto período:** é o pós-parto imediato (até 2 horas após o parto)

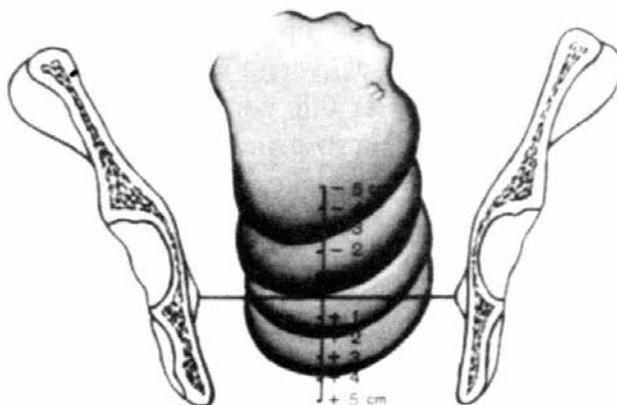
**Figura 10.2. Exemplo de movimentos cardeais do trabalho de parto e parto**



### Quadro 10.1. Padrão do TP e critérios de diagnóstico

Padrão do trabalho de parto	Critérios de Diagnóstico	
	Nulíparas	Múltiparas
Fase latente prolongada	> 20 horas	>14 horas
Fase ativa prolongada	< 1,2 cm/h	< 1,5 cm/h
Persistência da mesma dilatação	> 3h	> 1 hora
Paragem secundária da dilatação	> 2h	> 2h
Progressão prolongada da descida fetal (usar como referência as espinhas ciáticas)	< 1 cm	< 2 cm
Ausência de progressão	Ausência de descida da apresentação no 2º período durante $\geq 1$ hora	

Figura 10.3. Altura da apresentação fetal (planos de De Lee)



**O plano zero passa pelo diâmetro bi-isquiático (plano 0). Acima desse plano não há insinuação e abaixo desse plano a apresentação está insinuada.**

**Critérios para transferência de uma grávida para o Hospital de referência às 37 semanas**

Estatura inferior a 1,50 m

Marcha anômala

Defeito físico da coluna e dos membros inferiores

Altura uterina  $\geq$  36 cm (atenção ao panículo adiposo)

Estimativa de peso fetal  $\geq$  4Kg

Situação fetal transversa ou oblíqua

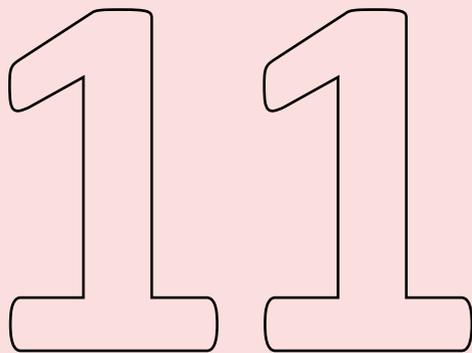
Apresentação fetal pélvica

**Durante o trabalho de parto recomenda-se preencher corretamente o partograma (ver anexo 12) desde que a parturiente esteja em fase ativa de trabalho de parto: hora do exame, dilatação do colo uterino e descida da cabeça fetal, estado da bolsa de águas - se rota, mencionar líquido claro ou meconial (fluido ou espesso), monitorizar as contrações uterinas, os batimentos cardíacos fetais e os sinais vitais da parturiente.**

**Realizar interconsulta por telemedicina de urgência ou por outros meios urgentes OU transferir a parturiente para Hospital de referência, se for atingida a linha de alerta do partograma OU se ocorrerem os padrões de trabalho de parto e seus critérios de diagnóstico estabelecidos no quadro 10.1. OU se ocorrerem outras patologias, que agravem a situação clínica materna ou fetal.**

**Para a fase latente os dados serão preenchidos na papeleta da paciente.**





**DISTÓCIA DE OMBROS**



# 11. DISTÓCIA DE OMBROS

## Conceito

É definida quando o intervalo de tempo entre a exteriorização da cabeça e a dos ombros fetais é superior a 60 segundos e/ou há necessidade de recorrer a **manobras obstétricas adicionais** para libertar os ombros. Trata-se de **emergência obstétrica**, imprevisível, com implicações graves na morbimortalidade perinatal e na morbidade materna.

## Fatores de risco

### Maternos

Anatomia pélvica anormal

Diabetes

Gravidez pós-termo

Obesidade

Antecedente de distócia de ombros

Baixa estatura

Multiparidade

### Fetais

Macrossomia

Variações Antropométricas

### Intraparto

Evolução lenta do 2º período de trabalho de parto

Parto Instrumentado (Fórceps/Ventosa)

### Diagnóstico

Após a saída da cabeça fetal, esta se retrai fortemente contra o períneo (Sinal da tartaruga ou cabeça encravada).

Dificuldade na extração do ombro anterior com tracção inferior do pólo cefálico

## **Prevenção**

### **Cesariana eletiva**

Paciente diabética com peso fetal estimado  $\geq 4$  kg

Pacientes não diabéticas com peso fetal estimado  $\geq 4,2$  kg

### **Cesariana de urgência**

Em grávidas com fatores de risco associados a evolução lenta do 2º período do trabalho de parto

### **No início do trabalho de Parto**

Documentar o peso fetal estimado

Avaliar adequadamente a pelve materna

## **Conduta imediata quando diagnosticada a distócia de ombros**

### **Assegurar pessoal adicional (enfermeiro ou médico)**

Evitar parto na cama

Colocar as nádegas da paciente na borda da mesa de parto

Esvaziar a bexiga

Usar de forma profilática a manobra de McRoberts (figura 11.1.)

Assegurar disponibilidade Imediata de obstetra, neonatologista/pediatra, anestesista e mais enfermeiros

### **Evitar**

O “pânico “

Esforçar o período expulsivo

Pressão Fúndica (Manobra de Kristeller)

Tração ou manipulação inadequada do polo cefálico

### **Avaliar**

Existência de massa cervical

Posição Fetal

Grau de desprendimento da cabeça

Grau de encravamento e rotação dos ombros

### **Executar manobras adicionais específicas (Ver figuras 11.1 a 11.6)**

Tratando-se de emergência obstétrica as manobras para sua resolução devem ser executadas o mais rapidamente possível e de forma sequencial.

Podem ser divididas em manobras de 1ª linha, 2ª linha e 3ª linha, abaixo discriminadas.

#### **Manobras de 1ª linha – Manobra de Mc Roberts e Manobra de Rubin I (ou de Manzatti)**

A manobra de McRoberts (figura 11.1) é a intervenção isolada mais efetiva, com taxa de êxito de 90% e deve ser a primeira a ser tentada

A manobra de Rubin I (figura 11.2) deve ser utilizada logo a seguir à manobra de McRoberts ou simultaneamente

**Figura 11.1. Manobra de McRoberts: Hiperflexão e abdução das coxas da parturiente em direção ao seu abdômem e tração suave do polo cefálico com ligeira rotação.**



**Figura 11.2. Manobra de Rubin I (ou de Manzatti) - É aplicada pressão supra-púbica, de forma oblíqua (para baixo e para o lado) de modo a empurrar o ombro anterior em direção ao tórax fetal.**



**Manobras de 2ª linha** – Manobra de Rubin II (figura 11.3) e Manobra de Woods (figura 11.4) - manobras internas de rotação; Manobra de Jacquemier - extração do braço posterior (figura 11.5) e Manobra de Gaskin – manobra de quatro (figura 11.6)

Para as manobras internas recomenda-se realizar episiotomia.

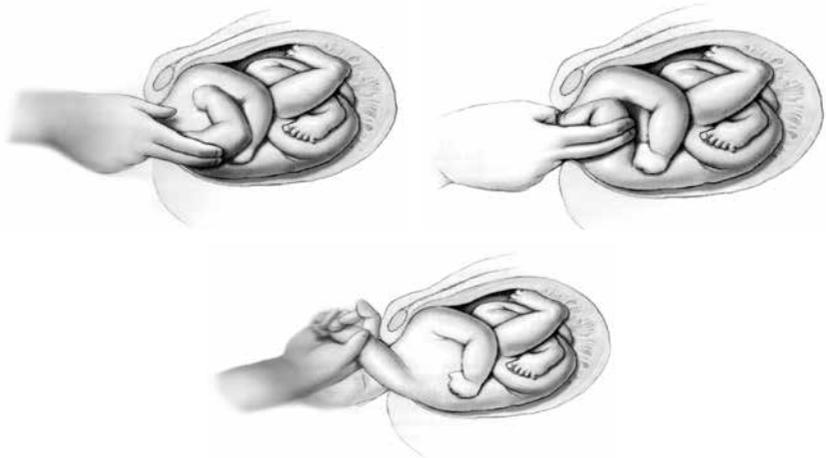
**Figura 11.3. Manobra de Rubin II - Inserir os dedos atrás do ombro anterior, tentando rodá-lo em direção ao tórax fetal, reduzindo o diâmetro biacromial e libertando o ombro anterior encravado**



**Figura 11.4. Manobra de Woods (manobra de saca-rolhas) - Colocar a mão atrás do ombro posterior do feto, tentando rodá-lo progressivamente a 180° de maneira similar ao movimento de um saca-rolhas, de modo a desencravar o ombro anterior.**



**Figura 11.5. Manobra de Jacquemier (Extração do Braço Posterior) - Introduzir a mão na vagina e segurar o braço fetal posterior, mantendo o cotovelo flexionado e trazendo o braço fletido em movimento de varredura sobre o tórax. A mão fetal é apreendida e o braço é estendido ao longo da face. O braço posterior é extraído da vagina.**



**Figura 11.6. Manobra de Gaskin (Manobra de Quatro) - Consiste literalmente em colocar a parturiente sobre uma superfície dura e plana, apoiada sobre as suas mãos e joelhos, resultando frequentemente no desencravamento do ombro anterior.**



**Manobras de 3ª linha** – São manobras heróicas, de exceção, propostas na última tentativa de evitar o óbito fetal.

- a) Clidotomia – Fratura deliberada da clavícula fetal anterior;
- b) Manobra de Zavanelli – Sob tocólise, o pólo cefálico é rodado para OP ou OS, flexionado e impulsionado para refazer o caminho até à cavidade uterina, fazendo-se de seguida cesariana.
- c) Simfisiotomia – Secção da cartilagem fibrosa da sínfise púbica sob anestesia local.

**Protocolo de atuação de Baxley e Gobbo (mnemónica: ALEERTA)**

**A:** Ajuda (solicite assistência adicional)

**L:** Levantar as pernas (Manobra de McRoberts)

**E:** Externa pressão (pressão supra-púbica)

**E:** Episiotomia

**R:** Remoção do braço posterior

**T:** Toque, realizando as manobras internas

**A:** Alterar a posição da parturiente (Manobra de Gaskin)



# 12

**PARTO INSTRUMENTAL  
— FÓRCEPS E VENTOSA —**



## 12. PARTO INSTRUMENTAL – FÓRCEPS E VENTOSA

### Indicações

Segundo período do trabalho de parto prolongado

Suspeita de sofrimento fetal no segundo período do trabalho de parto

Exaustão ou inadequada colaboração materna

Abreviamento do segundo período do trabalho de parto (causa clínica materna - cardiopatia, risco de descolamento de retina)

Extração da cabeça derradeira no parto pélvico (se necessário)

### Contra-indicações

Desproporção pélvica - fetal

Dilatação cervical incompleta

Apresentação não encaixada

### Condições de aplicação

#### Maternas

Dilatação completa

Pelvis favorável

Membranas rotas

Bexiga vazia

#### Fetais

Cabeça fetal encaixada

Variedade da apresentação conhecida e adequada

#### Assistenciais

Ambiente cirúrgico adequado

Anestesia adequada (infiltrativa ou loco-regional)

Tipo de fórceps adequado

Conhecimento do instrumento e domínio da técnica

## **Complicações**

### **Maternas**

Laceração do colo uterino

Laceração vaginal

Prolongamento da episiotomia

Rotura perineal

Hemorragia puerperal

Fístulas (tardias)

### **Fetais**

Marcas Faciais, Paralisia Facial, Fratura de crânio (fórceps)

Cefalohematoma

Hemorragia intracraniana

Índice de Apgar baixo

Convulsões

## **FÓRCEPS**

### **Tipos de fórceps**

**Figura 12.1. Fórceps de tração – Simpson**



**Figura 12.2. Fórceps de cabeça última - Piper (utilização no parto pélvico)**

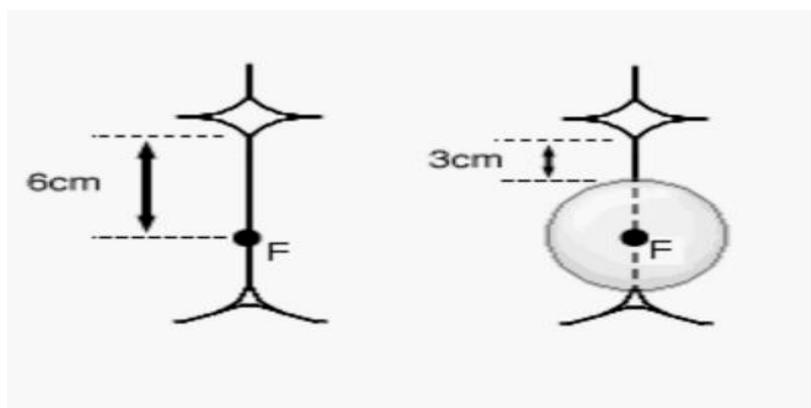
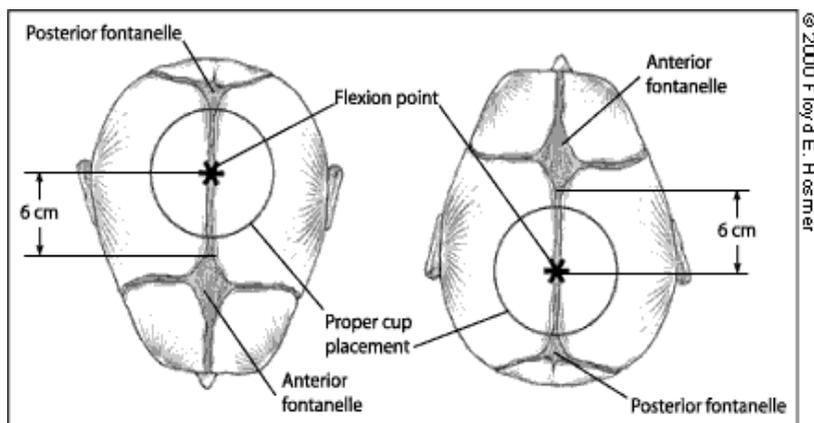


## VENTOSA

Figura 12.3. Diferentes tipos de ventosa



Figura 12.4. Aplicação de ventosa





13

**HEMORRAGIA PÓS-PARTO**



### Conceito

É uma emergência obstétrica

Perda hemática de:

- $\geq 500$  ml de sangue no parto por via vaginal
- $\geq 1.000$  ml de sangue no parto por cesariana

ou

- Queda do hematócrito  $> 10\%$  entre a admissão da gestante e o pós-parto

### Classificação

Primária (Precoce)

Ocorre nas primeiras 24 h pós-parto

70 % das hemorragias pós-parto imediato estão relacionadas com atonia uterina

Secundária (Tardia)

Ocorre entre as 24 h e 6 semanas pós-parto

Está relacionada com retenção de produtos da concepção, sépsis ou ambos.

### Quadro 13.1. Causas e fatores de risco

<b>Etiologia HPP</b>	<b>Causa</b>	<b>Fatores de Risco</b>
<b>TONO (70%)</b> (Atonia Uterina)	Sobredistensão Uterina	G. Múltipla Hidrânio Macrossomia
	Corioamionite	RPM Prolongada Explorações vaginais excessivas
	Esgotamento Muscular Uterino	Parto prolongado Grande Multipara
<b>TRAUMA (20%)</b> (Lesões do Canal do Parto)	Lacerações do Canal do Parto	Parto Instrumentado Parto Precipitado
	Rotura Uterina	Histerorrafia Prévia Parto Instrumentado Hiperdinamia Versão Externa
	Inversão Uterina	Acretismo Tração Excessiva do Cordão Manobra de Credé
<b>TECIDO (9%)</b> (Retenção de Tecidos)	Retenção de Restos Placentários Anomalias da Placentação	Histerorrafia Prévia Placenta Prévia Leiomiomatose Uterina Útero Bicornio
<b>TROMBINA (1%)</b> (Alterações da Coagulação)	Adquiridas	Pré-eclampsia Sdr. de HELLP CIVD Embolismo do LA Sépsis DPPNI
	Congénitas	Doença de Von Willebrand Hemofilia tipo - A

### Quadro 13.2. Clínica

Classe de hemorragia	Perda de sangue estimado (ml)	Perda volume %	Sintomas e sinais clínicos
0 (normal)	< 500ml	< 10	Nenhum
<b>Linha de alerta</b>			
1	500 a 1000 ml	15	Mínimos
<b>Linha de ação</b>			
2	1200 – 1500	20-25	Diurese↓ Pulso↑ FR ↑ Hipotensão postural
3	1800-2100	30 – 35	Hipotensão Taquicardia Taquipnéia Sudorese
4	> 2400	> 40	Choque hipovolémico

### Prevenção

Identificação dos fatores de risco sobretudo nos casos de anemia (atenção à devida correção pré-natal)

**Abordagem ativa do terceiro período** do trabalho de parto - administração de um agente uterotónico (**Oxitocina de preferência** 10 UI IM ou 5UI EV lento) no primeiro minuto após o nascimento

#### Esquemas alternativos:

Misoprostol, 600 mgr sublingual/retal

Metilergometrina, 0.2 mg IM

Tração Controlada do Cordão

Massagem uterina após expulsão da placenta

## **Tratamento imediato**

### Pedir ajuda

Avaliar o estado clínico (Pulso, TA, FR, estado de consciência) e estimar a classe da hemorragia (quadro 13.2)

Oxigenioterapia (6 – 8 l / mn)

Assegurar 2 acessos venosos de grande calibre e fazer a reposição volêmica com cristalóides (Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico, 30 ml / kg)

Colocar sonda vesical e quantificar a diurese horária

Obter amostra de sangue (compatibilidade sanguínea, hemograma com plaquetas, provas de coagulação)

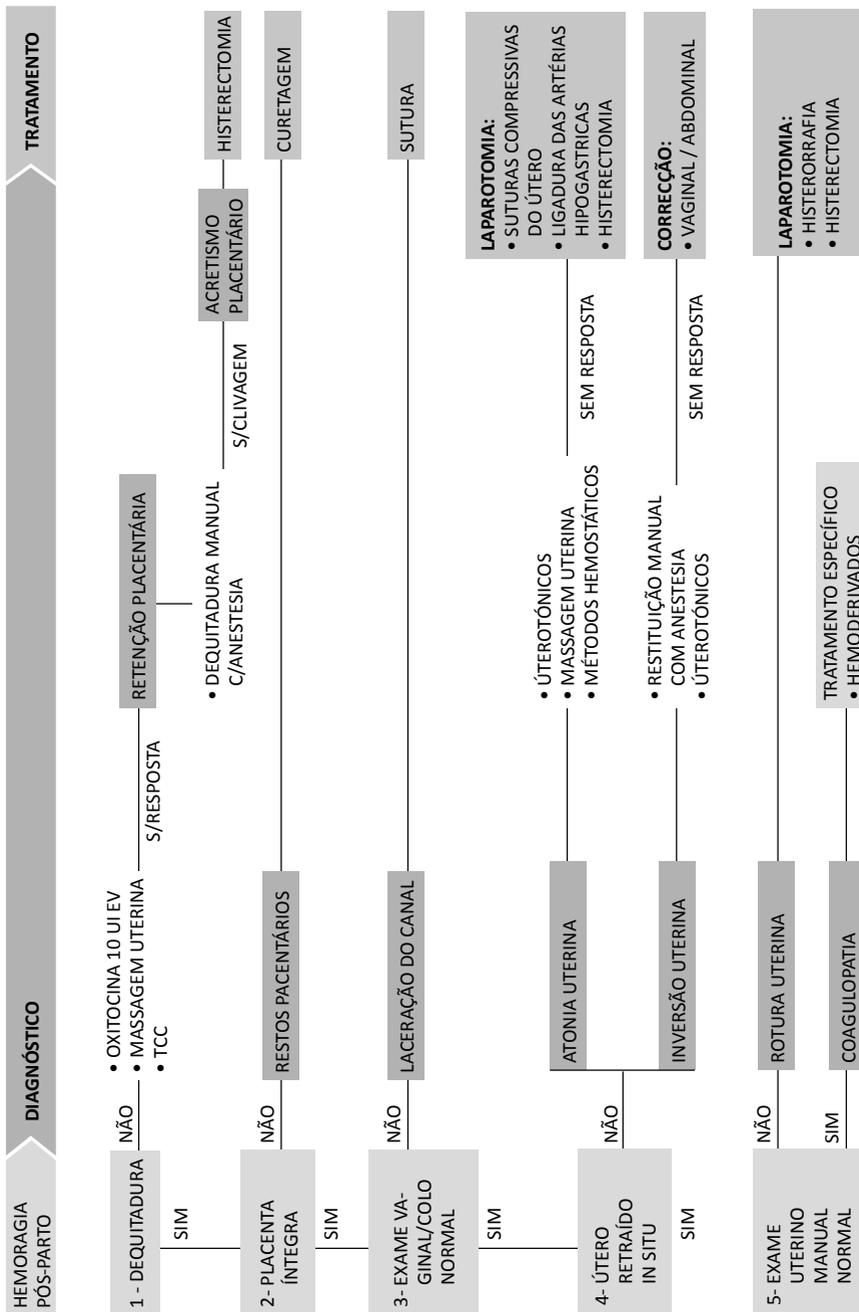
Transfusão de concentrado de eritrócitos + Plasma [2:1] quando:

- a) As perdas excedem 30% do volume de sangue total estimado
- b) Persiste instabilidade hemodinâmica
- c)  $Hb \leq 6g / dl$

Avaliar o tônus uterino, eventuais lacerações do trajeto (incluindo do colo uterino), existência de restos placentários, observar a formação de coágulos (T. Winer);

Seguir a figura 13.1. (Algoritmo diagnóstico - terapêutico na hemorragia pós-parto)

Figura 13.1. Algoritmo diagnóstico – terapêutico na hemorragia pós-parto



Caso não houver todos os recursos necessários no Centro de Saúde ou a puérpera manter o sangramento, encaminhar para um hospital de referência após estabilização e contacto prévio.

## **Métodos terapêuticos hemostáticos**

### **1 - Medicamentosos**

Oxitocina: 20 a 40 UI EV diluído em 500 ml de soro;

Misoprostol: 800 mcg via retal;

Metilergometrina: 0,2 mg IM;

### **2 - Não Cirúrgicos**

#### **Massagem uterina (externa)**



### Compressão externa da aorta



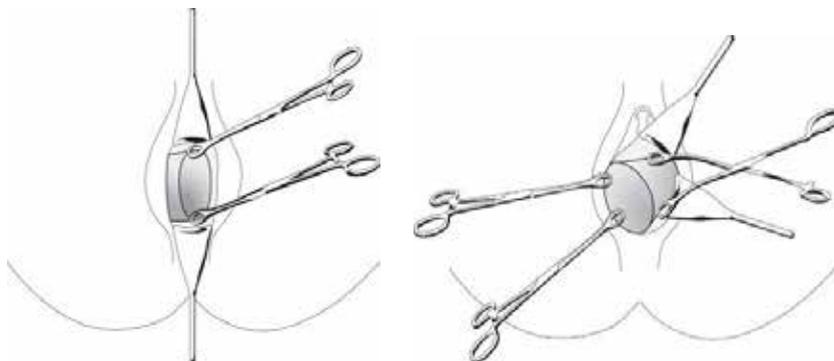
### Compressão uterina bimanual



### Introdução de balão intra-uterino

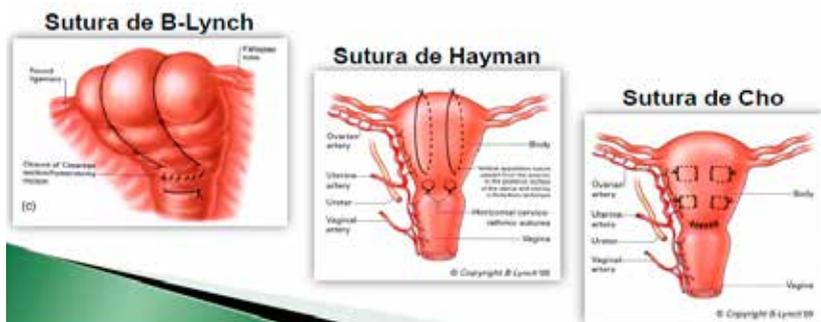


## Pinçamento dos paramétrios via vaginal (técnica de Zea)

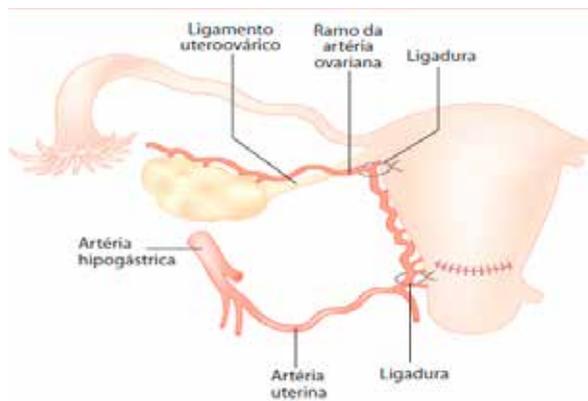


## 3 - Cirúrgicos

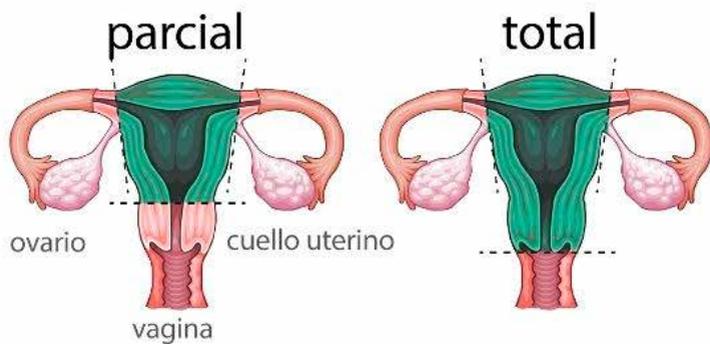
### Suturas compressivas do útero – plicatura



## Laqueação de vasos pélvicos



## Histerectomia



### **Cuidados de enfermagem**

Avaliação das perdas sanguíneas para controlo do volume e características das mesmas

Monitorização dos sinais vitais

Massagem uterina

Punção de dois acessos venosos periféricos de grosso calibre em todos os casos e colocação de expansores da volémia em curso associados a uterotónicos

Colheita de sangue para hemograma, tipagem, provas de coagulação

Colocação de oxigenioterapia em curso

Cateterismo vesical para avaliação do volume urinário/hora

Apoio nas intervenções medicamentosas e não cirúrgicas

Conforto e aquecimento da paciente

Monitorização da dor e analgesia.

Informação do estado da paciente aos familiares

14

**INFEÇÃO PUERPERAL**



### **Conceito**

Processo infeccioso que afeta o aparelho genital feminino no pós-parto.

### **Fatores de risco**

#### **Pré-natais:**

História de anemia

Trombose venosa profunda

Nutrição deficiente

Nível sócio-económico

Obesidade

Infeção vaginal ou cervical

Infeção sexualmente transmissível não tratada

Gravidezes não vigiadas

Diabetes na gravidez

Gestação múltipla

Gravidez na adolescência

Doenças auto-imunes

#### **Intraparto**

Partos distócicos (instrumentais e cesarianas)

Corioamnionite

Episiotomia ou laceração

Rotura prolongada de membranas

Manipulação intra-uterina (dequitação manual)

Toques vaginais excessivos

Monitorização intra-uterina

Ausência de técnica asséptica

Trabalho de parto prolongado

Líquido meconial

### **Pós-parto**

Hemorragia

Retenção de restos placentários

Ausência de técnica asséptica

### **Tipos de infecção**

#### **Localizada:**

Infecções de feridas cirúrgicas (episiotomia, cesariana, lacerações)

Endometrite

Salpingite

Parametrite

Peritonite

Tromboflebite

#### **Generalizada:**

Infecção (Sépsis) / Choque séptico

### **Clínica**

Depende do local da infecção

#### Achados mais frequentes

Febre (duas medições com intervalo de 6 horas e excluindo as primeiras 24 horas de pós-parto)

Taquicardia

Diaforese /Sudorese

Palidez

Mau estado geral

Cefaleia

Dor abdomino-pélvica

Diminuição do tônus uterino/subinvolução uterina

Lóquios fétidos

Episiorrafia com sinais de infecção

Ferida cirúrgica com sinais de infecção

### **Diagnóstico diferencial**

Infeção do trânsito urinário

Síndrome gripal

Mastite puerperal

Apendicite

Tromboflebite pélvica

Endocardite bacteriana

Colite pseudomembranosa

Paludismo

Infeção pulmonar

Íleo paralítico

### **Exames complementares**

Hemograma completo

Hemocultura no pico febril

Gota espessa

Glicémia

Urina II e urocultura

PCR

Rx tórax

Rx simples do abdómen

Ecografia abdominal e pélvica

Função renal

Função hepática

Provas de coagulação

Exame cultural do exsudado (ferida operatória/episiotomia)

### **Terapêutica**

Hidratação endovenosa

Oxigenioterapia, se necessário

Analgesia

Antipirético

### **Antibioterapia endovenosa:**

Ampicilina 2g de 6/6h + Gentamicina 5-7 mg/Kg dose única + Metronidazol 500mg de 8/8h;

Se alergia à Penicilina substituir Ampicilina e Gentamicina por Ceftriaxona 1g de 12/12h

Esquema alternativo: Clindamicina 900mg de 8/8 h + Gentamicina 5 -7 mg/Kg dose única diária

**NOTA: Duração da antibioterapia endovenosa: 48h. Passar a via oral após apirexia**

### **Antibioterapia por via oral:**

Amoxicilina 500 mg + Ácido clavulânico 125 mg + Metronidazol 500mg de 8/8h até completar 7 dias de antibioterapia

### **Esvaziamento uterino, quando indicado.**

Se a paciente evolui com febre, dor e mal-estar geral e não responde ao tratamento antibiótico tratar como **tromboflebite pélvica**. Iniciar anticoagulantes e caso haja melhoria dos sintomas nas primeiras 48 horas confirma-se o diagnóstico (diagnóstico de exclusão).

**Centros de saúde** - se houver persistência da febre após 48 horas de antibioterapia, encaminhar a paciente para o hospital de referência, após estabilização e contacto prévio.

### **Cuidados de Enfermagem**

Detetar as puérperas com risco de infeção

Ter atenção aos fatores de risco e à transmissão de agentes patogénicos através das mãos

Evitar a manipulação desnecessária das parturientes, recorrendo ao partograma como forma de programar a avaliação do colo do útero

Implementar um programa de aconselhamento/educação/informação

Promover o autocuidado e vigilância de saúde

Aconselhar sobre a higiene vulvar, vaginal e perineal

Aconselhar sobre os cuidados com a episiorrafia e/ou suturas de laceração da vagina/vulva/períneo

Orientar sobre consulta pós-parto nos Centros de saúde

Agilizar a disponibilização de métodos contraceptivos

Esclarecer sobre as infeções sexualmente transmissíveis e sua prevenção

Orientar sobre a amamentação exclusiva e cuidados com as mamas



## **BIBLIOGRAFIA**



- Alberti K.G.M.M, P.Z. For the WHO consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. part1. 1999
- Atul Malhotra, Steven E Weinberger. Deep vein thrombosis in pregnancy: Epidemiology, pathogenesis and diagnosis. Updated 2018
- Arulkumaran N, Singer M. Puerperal sepsis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Dec;27(6):893-902. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004. Epub 2013 Aug 30. Review.
- BISHOP E.H. Pelvic scoring for elective induction. Obstet.Gynecol, p. 266-268, 1964
- Brennan MC, Moore LE. Pulmonary embolism and amniotic fluid embolism in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2013 Mar; 40(1):27-35. doi:10.1016/j.ogc.2012.11.005. Review
- Clínicas obstétricas e ginecológicas de Norte América. Volume 34 (2007) 501 - 530 Elsevier Saunders
- Cooper Gm, McClure JH. Maternal death from anaesthesia. Why Mothers Dies, 2000-2002. Edited 2005
- CRANE J. M, YOUNG D.C. Induction of labour with a favourable cervix and/or pre- labour rupture of membranes. Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. v. 17, n.5, 795-809, 2003
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Avaliação e tratamento da diabetes mellitus gestacional. 2017-2018
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Avaliação e tratamento da paciente gestante com diabetes mellitus. 2017-2018
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul. Trombose Venosa Profunda. Diagnóstico e tratamento. 2015
- Dra. Sonia Aguila Setien, Dr.Andrés Breto García, Dr. Evelino Cabezas Cruz, Dr.Jorge J. Delgado Calzado, Dra. Stalina Santiesteban Alba. Obstetrícia e Perinatologia, diagnóstico e tratamento. 2012
- Dr. Hugo Salinas P, Dr. Mauro Parra C, Dr. Enrique Valdés R. Mat Delia Opazo R Obstetrícia. 2005
- Dr. Luís Raúl Lépori. Miniatlas. 1ª Edição – 2007
- Duarte G. Protocolos e condutas na Gestação de Alto Risco. 3ª Ed. 2003
- Eoin Casey, Niamh Hayes, Andrew Ross. Obstetric critical care. 2013
- Freitas, F. et al. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre. Artmed. 2012
- Garrido R, Torres M. Urgências endócrinas: Diabetes. 2010

- Gilstrap, Larry C. Urgências en las salas de partos y obstetrícia quirurgica, 2da ed. Buenos Aires. Medica Panamericana, 2004
- Hospital de Sta Maria. Normas de actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia. 2016
- ILLSLEY N. P. Placental glucose transport in diabetic pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol., v. 43, p. 116- 126, 2000
- Instituto de Medecina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências. 2011
- J.M. Carreras, J.Mallafre, B. Serra. Protocolos de Obstetrícia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus, 4ta edição. Masson 2006
- John F Rodis MD et al. Shoulder distocia: intrapartum diagnosis, management and outcome. Uptodate Jun 06, 2018
- John F Rodis MD. Shoulder distocia: Risk factors and planning delivery of high risk pregnancies. Uptodate Feb 16, 2018
- Julian N Robinson, Errol R Norwitz. Preterm birth: Risk factors, interventions for risk reduction, maternal prognosis. Updated 2018
- Kane TT, el-Kady AA, Saleh S, Hage M, Stanback J, Potter L. Maternal mortality in Giza, Egypt: magnitude, causes and prevencion. Stud Fam Plann 1992; 23: 45-57.
- Kimberly B. Fortner et al 2007 by Lippincott & Wilkins. Recomendations and Guidelines for Perinatal Medicine
- Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO iniciative 2004-2006, int J Gynecol Obstet 2006
- LANDON M.B. et al. Fetal surveillance in pregnancies complicated by insulin dependent diabetes mellitus. Am. J. Obstet. Gynecol, v. 167, p. 617, 1992
- María Luisa Cañete Palomo. Urgências em ginecologia e obstetrícia. 2003
- Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Universidade Federal do Ceará. Protocolo clínico das Infecções do Trato Urinário. 2017
- Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Protocolos de Atuação. 2da edição. 2011
- Maxine A. Papadakis, Stephen J. Mc Phee. Current medical diagnosis and treatment. 2018
- Mercier F J, Vn de Velde M, Major Obstetric Hemorrhage. Anesthesiology Clin 26. 2008

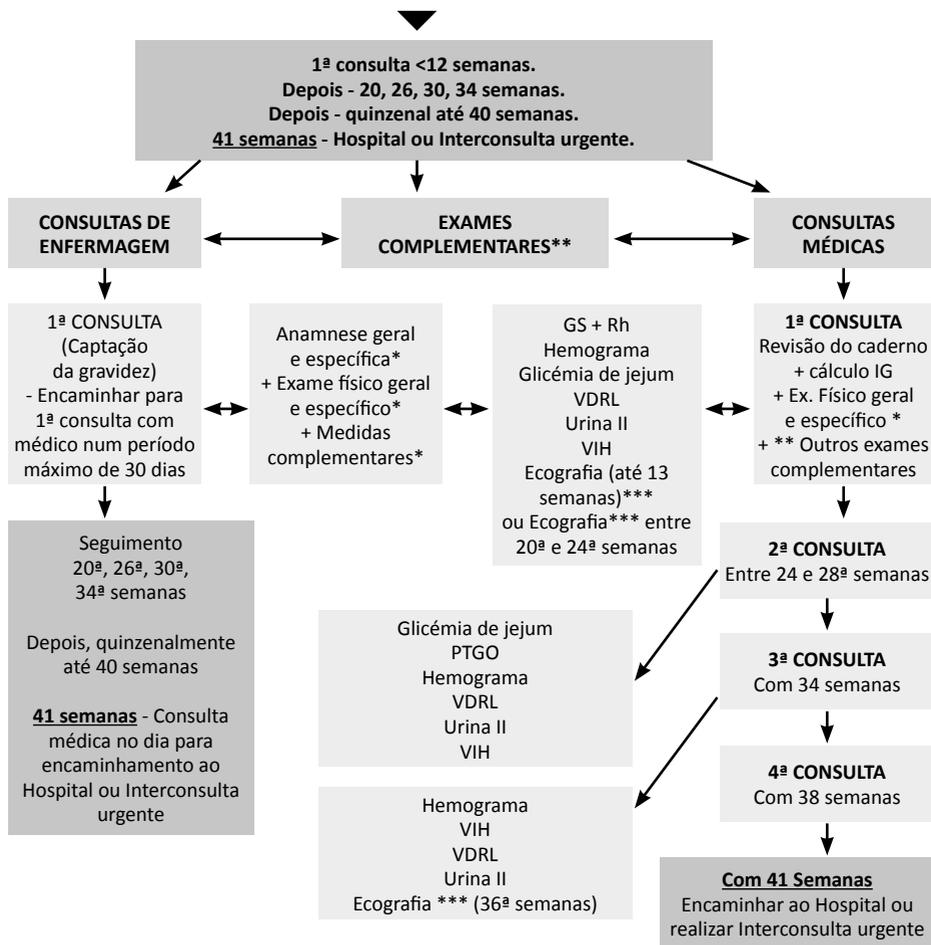
- Ministério da Saúde de Cabo Verde. Política Nacional de Saúde. 2007
- Ministério da Saúde de Cabo Verde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2016. Editado em 2013
- Obstetrícia de Williams. 24ª edição. 2016
- Organização Mundial da Saúde. Mortalidade Materna. Nota nº 348. Novembro 2010
- Patrick Duff. Preterm prelabor rupture of membranes. Updated 2018
- Prof. I. Cabero Roura, Prof. V. Cararach Ramoeda. Medicina materno-fetal, 2006
- RAYBURN W.F. et al. A model for investigating microscopic changes induced by prostaglandin E2 in the term cervix. J. Mat. Fet. Invest., v. 4, p. 137, 1994
- Rezende. Obstetrícia Fundamental. 13ª Ed. 2016
- Sanchez-Ramos L, Kaunitz A.M, DELKE I. Labor induction with 25 microg versus 50 microg intravaginal misoprostol: a systematic review. Obstet. Gynecol., v. 99, n.1, p. 145-151, 2002a.
- Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. Updated 2018
- Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de obstetrícia. 2007
- The ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. Obstet. Gynecol., v 99, n.4, p. 679-680, 2002
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Clinical management guidelines for Obstetricians and Gynecologists. Ectopic Pregnancy. Practice Bulletin. 2018
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical management guidelines for Obstetricians and Gynecologists. Prelabor rupture of membranes. Practice Bulletin. 2018
- The American Diabetes Association (ADA). Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes. 2018
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin. Postpartum hemorrhage. 2017.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. 2017

- The American Diabetes Association. David A.de Marco, Alvin C. Powers, Brenda Montgomery. Standards of medical care in Diabetes. 2017
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin. Management of preterm labor. 2016
- The American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus: clinical practice recommendations. 2004
- The American Diabetes Association. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, v. 29, n. 9, supplement 4. Sept. 2007
- The Cochrane Library, n. 1, 2004. Oxford: Updated Software. Alfirevic Z. Oral misoprostol for induction of labour (Cochrane Review).
- The Cochrane Library, n. 1, 2004. Oxford: Updated Software. Bricker L, Lucas M. Amniotomy alone for induction of labour. (Cochrane Review).
- The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Updated Software. Hofmeyr G.J, Gulmezoglu A.M. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review).
- The European Diabetes Policygroup. Guidelines for diabetes care. A desktopguide to type 2 diabetes mellitus. Brussels: Internacional Diabetes Federation (Europe), 1999. p. 30-1
- The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics Third edition
- The Hospital John Hopkins. Manual de Ginecologia e Obstetrícia. 2ª edição. 2006
- The National Institute for Clinical Excellence (NHS). Inherited clinical guideline D. induction of labour, 2001. Review date January 2004
- The World Association of Perinatal Medicine and Matres Mundi Internacional. Editor - José M. Carrega 2007
- The World Health Organization. Manejos das complicações na gestação e no parto. 2006
- The World Health Organization (WHO). Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva. 2013
- Zugaib Marcelo, Roberto Eduardo Bittar. Protocolos assistenciais da Clinica Obstétrica FMUSP. 3ra ed. São Paulo: Atheneu 2007

# **ANEXOS**



## ANEXO 1 - FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO



### \*Anamnese geral e específica:

Fatores biológicos de risco  
Fatores socioeconômicos  
Fatores Ambientais  
Fatores comportamentais  
Patologias clínicas  
Fatores obstétricos anteriores  
Fatores obstétricos atuais

### \* Medidas complementares:

- Isoimunizações (DT, a partir de 14ª semana)
- Exame odontológico
- Práticas educativas/orientações quanto à gravidez e parto ao longo de todo o pré-natal
- Conversa com psicóloga/nutricionista

### \* Exame físico geral e específico:

- Estado geral (peso, mucosas, pele, face)
- Sistema neurológico
- Sistema cardiovascular (TA, ausculta cardíaca)
- Sistema respiratório (ausculta respiratória)
- Abdômen (cicatrizes, massas, AU, BCF, apresentação, posição e situação fetais)
- Exame ginecológico completo (inspeção, especular, toque vaginal)
- Membros (mãos e membros inferiores)

### \*\* Outros ex. complementares:

IgG/IgM para Toxoplasmose, Rubéola, CMV; anti-HBSag; Se a grávida for Rh negativo - Solicitar grupo sanguíneo do parceiro e Coombs indireto (se necessário); Outros exames, se indicado.

### \*\*\* Ecografias:

11ª-13ª semanas; 20ª-24ª semanas (preferencial, caso tenha condições de fazer apenas 1); entre 36-38 semanas

## **Anexo 2 — Kit para Parto Eutócico**

*(Conferir sempre no início de cada turno)*

<b>Equipamentos, materiais e consumíveis não esterilizados</b>
Termómetro de parede
Relógio de parede com ponteiro de segundos
Mesa de parto ajustável
Mesa de Mayo (para instrumentos)
Candeeiro ginecológico
Lâmpada a pilhas e pilhas suplentes
Banco com rodas
Caixa para material não esterilizado
Esfigmomanómetro para adulto
Estetoscópio para adulto
Termómetro clínico
Estetoscópio fetal de Pinard e/ou de efeito Doppler
Folhas de plástico, folhas ou rolo grande de papel para proteção de parturiente
Avental de proteção de plástico para enfermeiro/médico
Óculos protetores
Escova para lavagem das mãos
Tubos para colheita de sangue
Garrotes de borracha
Adesivo (bobina)
Tesoura pequena
Algodão embebido em álcool
Pera de borracha ou sonda de aspiração de secreções para recém-nascido
Balança infantil 5kg
Fita métrica/craveira/mesa de acolhimento de recém-nascido
Pulseira de identificação de recém-nascido

## **Equipamentos, materiais e consumíveis esterilizados**

*(Verificar data de esterilização no início de cada turno)*

Luvas esterilizadas (standard)
Campos esterilizados para recém-nascido e para parturiente
Campos esterilizados para instrumentos
Caixa inox esterilizável para instrumentos
Cuvete riniforme de inox
Tina inox 600 ml para avaliar perdas sanguíneas
Compressas pequenas
Sistemas de soro
Cateter endovenoso nº 16 e nº 18
Seringas descartáveis de 5 cc, 10cc e 20cc
Pinça de Cheron 250mm
Amniótomo (para romper bolsa de águas)
Sonda vesical de alívio
Tesoura de Mayo — Hegar reta 140 mm
Tesoura ginecológica curva
Clamp para cordão umbilical
Pinças de Kocher 140 mm
Pinças de Kelly curvas
Pinça dente-de-rato 140mm (pinça de disseção com dentes)
Porta-agulhas Mayo-Hegar 140mm
Fios de sutura absorvíveis 2/0 ou 0, com agulha curva

## **Medicamentos**

*(Verificar data de validade no início de cada turno)*

Lidocaína a 1% ou 2%

Iodopovidona

Oxitocina 10UI e 5 UI

Dextrose a 5% 500ml

Metilergometrina 0,2 mg/ml

Gentamicina 0,3% - colírio para profilaxia ocular do recém-nascido

Vitamina K — ampola de 10mg/ml

## **Outros equipamentos**

Cardiotocógrafo (se disponível)

Bomba de infusão (se disponível)

### **Anexo 3 — Kit para revisão e suturas do canal de parto**

*(Conferir sempre no início de cada turno)*

<b>Equipamentos, materiais e consumíveis não esterilizados</b>
Termómetro de parede
Relógio de parede com ponteiro de segundos
Mesa de parto ajustável
Mesa de Mayo (para instrumentos)
Candeeiro ginecológico
Lâmpada a pilhas e pilhas suplentes
Banco com rodas
Caixa para material não esterilizado
Esfigmomanómetro para adulto
Estetoscópio para adulto
Termómetro clínico
Folhas de plástico, folhas ou rolo grande de papel para proteção da paciente
Avental de proteção de plástico para enfermeiro/médico
Óculos protetores
Escova para lavagem das mãos
Tubos para colheita de sangue
Garrotes de borracha
Adesivo (bobina)
Tesoura pequena
Algodão embebido em álcool

## **Equipamentos, materiais e consumíveis esterilizados**

*(Verificar data de esterilização no início de cada turno)*

Luvas esterilizadas (standard)

Luvas compridas esterilizadas

Campos esterilizados para paciente

Campos esterilizados para instrumentos

Caixa inox esterilizável para instrumentos

Cuvete riniforme de inox

Compressas grandes

Compressas pequenas

Sistemas de soro

Cateter endovenoso nº 16 e nº 18

Seringas descartáveis de 5 cc e 10 cc

Afastadores vaginais

Sonda vesical com saco coletor de urina

Pinças de Kocher 140 mm

Pinças de Kelly curvas

Pinças Foerster 200 mm retas (Pinças de anel)

Pinça dente-de-rato 140 mm (pinça de disseção com dentes)

Pinça dente-de-rato 180 mm

Pinças de Rochester curvas

Cureta grande nº 14

Cureta grande nº 16

Porta-agulhas Mayo-Hegar 140 mm

Porta-agulhas curvo 180 mm

Fios de sutura absorvíveis 2/0, 0 e 1 com agulha curva

### **Medicamentos**

*(Verificar data de validade no início de cada turno)*

Antibiótico de largo espectro

Lidocaína a 1% ou 2%

Iodopovidona

Oxitocina 10 UI e 5 UI

Dextrose a 5% 500 ml

Metilergometrina 0,2 mg/ml

### **Outros equipamentos**

Bomba de infusão (se disponível)

## **Anexo 4 – Kit para hemorragia pós-parto**

*(Conferir sempre no início de cada turno)*

<b>Equipamentos, materiais e consumíveis não esterilizados</b>
Termómetro de parede
Relógio de parede com ponteiro de segundos
Mesa de parto ajustável
Mesa de Mayo (para instrumentos)
Candeeiro ginecológico
Lâmpada a pilhas e pilhas suplentes
Banco com rodas
Caixa para material não esterilizado
Esfigmomanómetro para adulto
Estetoscópio para adulto
Termómetro clínico
Folhas de plástico, folhas ou rolo grande de papel para proteção da paciente
Avental de proteção de plástico para enfermeiro/médico
Óculos protetores
Escova para lavagem das mãos
Tubos para colheita de sangue
Garrotes de borracha
Adesivo (bobina)
Tesoura pequena
Algodão embebido em álcool

## **Equipamentos, materiais e consumíveis esterilizados**

*(Verificar data de esterilização no início de cada turno)*

Luvas esterilizadas (standard)

Luvas compridas esterilizadas

Campos esterilizados para paciente

Campos esterilizados para instrumentos

Caixa inox esterilizável para instrumentos

Cuvete riniforme de inox

Compressas grandes

Compressas pequenas

Sistemas de soro

Cateter endovenoso nº 16 , nº 18 e nº 20

Seringas descartáveis de 5 cc, 10 cc e 20 cc

Afastadores vaginais

Sonda vesical com saco coletor de urina

Pinça de Cheron 250 mm

Pinças de Kocher 140 mm

Pinças de Kelly curvas

Pinças Foerster 200 mm retas (Pinças de anel)

Pinça dente-de-rato 140 mm (pinça de disseção com dentes)

Pinça dente-de-rato 180 mm

Pinças de Rochester curvas

Cureta grande nº 14

Cureta grande nº 16

Porta-agulhas Mayo-Hegar 140 mm

Porta-agulhas curvo 180 mm

Fios de sutura absorvíveis 2/0, 0 e 1 com agulha curva

Sonda de aspiração de secreções

Cateter nasal para Oxigénio

Máscara para Oxigénio

## **Medicamentos**

*(Verificar data de validade no início de cada turno)*

Antibiótico de largo espectro

Lidocaína a 1% ou 2%

Iodopovidona

Dextrose a 5% 500 ml

Lactato de Ringer 500ml

Soro fisiológico 500 ml

Oxitocina 10 UI e 5 UI

Metilergometrina 0,2 mg/ml

Ácido aminocaprílico - 2,5 gr/10 ml

Misoprostol – comprimidos de 200 microgramas

Oxigénio

Concentrado de eritrócitos – Reserva de 2 a 4 Unidades

Plasma fresco congelado – Reserva

## **Outros equipamentos**

Aspirador de secreções a vácuo, com manómetro

Bomba de infusão (se disponível)

Fonte de oxigénio com manómetro

Oxímetro ou monitor de sinais vitais

Kit de reanimação para adultos

## **Anexo 5 – Kit para Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia**

*(Conferir sempre no início de cada turno)*

<b>Materiais e consumíveis</b>
Termómetro de parede
Relógio de parede com ponteiro de segundos
Candeeiro
Lâmpada a pilhas e pilhas suplentes
Esfigmomanómetro para adulto
Estetoscópio para adulto
Termómetro clínico
Estetoscópio fetal de Pinard e/ou de efeito Doppler
Sistemas de soro
Luvas descartáveis
Luvas esterilizadas
Cateter endovenoso nº 16, nº 18 e nº 20
Seringas descartáveis de 5 cc, 10 cc, 20 cc e 50 cc
Tubos para colheita de sangue
Tubos para colheita de urina
Fitas de determinação de proteinúria
Garrotes de borracha
Adesivo (bobina)
Tesoura pequena
Algodão embebido em álcool
Sonda vesical com saco coletor de urina
Sonda para aspiração de secreções
Cateter nasal para Oxigénio
Máscara para Oxigénio
Cânula de Guedel de 80 a 110 mm

## **Medicamentos**

*(Verificar data de validade no início de cada turno)*

Dextrose a 5% 500 ml

Lactato de Ringer 500ml

Oxigénio

Plasma fresco congelado – Reserva

Concentrado de plaquetas- Reserva

Sulfato de magnésio a 50%

Sulfato de magnésio a 20%

Água destilada - ampola de 5 ou 10 ml

Gluconato de cálcio a 10%

Hidralazina – ampola de 20 mg/ 10 ml (pó solúvel ou em líquido)

Labetalol – ampola de 100 mg /20 ml

Diazepam – ampola de 10 mg

Nifedipina – 20 mg para via oral

## **Equipamentos**

Cardiotocógrafo (se disponível)

Bomba de infusão (se disponível)

Aspirador de secreções a vácuo, com manómetro

Fonte de oxigénio com manómetro

Oxímetro

Monitor de sinais vitais

Kit de reanimação para adultos

## **Anexo 6 - Nota de referência do Centro de Saúde para o Hospital**

Nome da paciente \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Residência \_\_\_\_\_ Gesta \_\_\_\_ Para \_\_\_\_ Ab \_\_\_\_

DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG cronológica \_\_\_\_\_ IG por eco precoce \_\_\_\_\_

Motivo da referência \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes clínicos, ginecológicos e obstétricos pertinentes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data da chegada ao Centro de Saúde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Queixas \_\_\_\_\_

Exames (clínico, ginecológico e obstétrico) realizados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exames complementares realizados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduta adotada no Centro de Saúde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data da referência \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Transporte \_\_\_\_\_

Nome do acompanhante \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Centro de Saúde de \_\_\_\_\_

**Assinatura legível e carimbo do médico que fez a referência**

\_\_\_\_\_

**Anexo 7 - Nota de contra-referência do Hospital para o Centro de Saúde**

Nome da paciente \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Residência \_\_\_\_\_ Gesta \_\_\_\_ Para \_\_\_\_ Ab \_\_\_\_

DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG cronológica \_\_\_\_\_ IG por eco precoce \_\_\_\_\_

Referenciada do Centro de Saúde de \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data da chegada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Acompanhada por \_\_\_\_\_

**Observação médica (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia)**

Exame (clínico, ginecológico e obstétrico) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exames complementares \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Conduta no Hospital \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conduta recomendada para o Centro de Saúde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hospital de \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Assinatura legível e carimbo do médico que observou**

\_\_\_\_\_

## Anexo 8 - Ficha de urgência de Ginecologia e Obstetrícia

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora de chegada \_\_\_\_\_ Proveniência \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casada  União de facto  Solteira  Divorciada  Viúva

Filha de: \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_

Classificação Económica: Funcionária  Atestado  Particular  Segurado  Outro

Atendimento pelo enfermeiro: Hora \_\_\_\_\_

Motivo da vinda à Urgência: \_\_\_\_\_

### Anamnese:

G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_ DUM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IG \_\_\_ sem \_\_\_ dias DPP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Exame:

Pulso \_\_\_\_\_ T. Arterial \_\_\_\_\_ T. Axilar \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Edemas \_\_\_\_\_ Varizes \_\_\_\_\_

Altura do fundo uterino \_\_\_\_\_ BCF \_\_\_\_\_ Dinâmica uterina \_\_\_\_\_ Perdas vaginais \_\_\_\_\_

Conduta \_\_\_\_\_

Atendimento médico: Hora \_\_\_\_\_

Exames complementares \_\_\_\_\_

Hipótese diagnóstica \_\_\_\_\_

Conduta: Domicílio  Centro de Saúde  Internamento  Falecido  Outro \_\_\_\_\_

**Médico que atendeu (assinatura e carimbo)** \_\_\_\_\_

## **Anexo 9 - Dados para o processo de internamento em Ginecologia e Obstetrícia**

### **Identificação da paciente**

Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Proveniência \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Filha de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_ Residência \_\_\_\_\_

Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Ilha \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casada  União de facto  Solteira  Divorciada  Viúva

Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Local de trabalho \_\_\_\_\_

Documento de identificação: \_\_\_\_\_ Contactos: Pessoal \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_

Classificação económica: Funcionária  Segurada  Atestado  Particular  Outra

Motivo de internamento \_\_\_\_\_

**Médico que internou (Assinatura e carimbo)** \_\_\_\_\_

### **Antecedentes pessoais**

Grupo sanguíneo e Rh \_\_\_ Hipertensão arterial  Diabetes  Doença cardíaca  Hepatite

Doença renal  Epilepsia  Transfusões  Alergias  Sífilis  Toxoplasmose  Rubéola  Herpes

Infeções urinárias  Condilomas  Álcool  Tabaco  Drogas ilícitas  Anemias

Medicamentos em uso \_\_\_\_\_

Cirurgias \_\_\_\_\_

Internamentos \_\_\_\_\_

### **Antecedentes familiares**

	Cônjuge	Pai	Mãe	Irmãos
Diabetes				
Hipertensão				
Doenças genéticas				
Gemelaridade				
Outros				

Cônjuge: Idade \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

### **Antecedentes ginecológicos**

Data da última menstruação (DUM) \_\_/\_\_/\_\_ Data da penúltima menstruação \_\_/\_\_/\_\_

Menarca aos \_\_\_\_ anos Ciclo menstrual \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Contraceção \_\_\_\_\_

Patologia oncológica genital \_\_\_\_\_ Infecções \_\_\_\_\_

Menopausa aos \_\_\_\_ anos. Outros \_\_\_\_\_

### **Antecedentes obstétricos**

Gravidez				Aborto/Parto			Recém-nascido				Puerpério (Normal/ complicações)	
Nº	Data (mês e ano)	Semanas gestação	Compli- cações	Esp/ IVG	Tipo	Local	Vivo	Morto	Sexo	Peso		Amam.

**OBS:**

Gravidez atual: Amenorreia por DUM \_\_\_\_ semanas; Por Eco precoce \_\_\_\_ semanas DPP \_\_/\_\_/\_\_

### **História da doença atual**

---

---

---

---

---

---

### **Exames complementares realizados**

---

---

---

---

---

### Exame físico geral

Nutrição \_\_\_\_\_ Pele e mucosas \_\_\_\_\_ T. Ax. \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_

Ap. Respiratório \_\_\_\_\_ Ap. Circulatório \_\_\_\_\_

Mamas \_\_\_\_\_

Abdómen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Adenomegalias \_\_\_\_\_ Edemas \_\_\_\_\_ Varizes \_\_\_\_\_

OBS \_\_\_\_\_

### Exame ginecológico

Vulva/Períneo \_\_\_\_\_ Vagina \_\_\_\_\_

Colo uterino \_\_\_\_\_

Toque vaginal /rectal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBS \_\_\_\_\_

### Exame obstétrico

A. uterina \_\_\_\_\_ BCF \_\_\_\_\_ Rítmicos  Arrítmicos  Contrações \_\_\_\_\_ /10 min / \_\_\_\_\_ segundos

Apresentação \_\_\_\_\_ Índice de Bishop\* \_\_\_\_\_ Membranas Íntegras

Membranas rotas  às \_\_\_\_\_ horas de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Líquido (características) \_\_\_\_\_

\*Índice de Bishop (avaliação do colo uterino)

	0	1	2	3
Posição	Posterior	Intermédio	Anterior	-
Consistência	Duro	Intermédio	Mole	-
Comprimento	3 cm	2 cm	1 cm	< 1 cm
Dilatação	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	≥ 5 cm
Apresentação (De Lee)	- 3	- 2	- 1	≥ + 1

Hipótese diagnóstica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plano de atuação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DIÁRIO (REGISTO) CLÍNICO**

Data e hora	Observação da paciente	Terapêutica
	Assinatura	
	..... segue .....	

**DIÁRIO (REGISTO) DE ENFERMAGEM**

Data e hora	Observação da paciente
	Assinatura
	..... segue .....

**OUTROS:**

**Registo de sinais vitais;**

**Folha terapêutica;**

**ALTA HOSPITALAR**

Data da alta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo:

Principal \_\_\_\_\_

Secundários \_\_\_\_\_

Estado da paciente/grávida/puérpera \_\_\_\_\_

Estado do recém-nascido \_\_\_\_\_

Terapêutica/condução indicada \_\_\_\_\_

**Médico que deu a alta (assinatura e carimbo)** \_\_\_\_\_

## **Anexo 10 - Termo de Consentimento Informado**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome da paciente \_\_\_\_\_

Filha de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_ Residência \_\_\_\_\_

Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ B. I. \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Autorizo a equipe médica deste Hospital/Centro de Saúde a efetuar as investigações necessárias ao diagnóstico e executar tratamentos, cirurgias, anestésias, transfusão de sangue e derivados ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades da minha situação clínica.

Declaro ter recebido todas as explicações necessárias quanto aos seus benefícios e estar devidamente informada sobre os riscos e eventuais complicações.

Se forem constatadas condições que até ao presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de intervenções adicionais que sejam consideradas necessárias ou apropriadas para diagnosticar, tratar ou curar as mesmas.

Nomeio um responsável para que este tome as decisões em conjunto com a equipe médica, se necessário:

Nome do responsável \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Em face dos esclarecimentos prestados sobre a conduta e procedimentos a serem adotados, assim como das suas limitações, dou o meu **consentimento informado** para a sua realização.

**Assinatura da paciente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consentimento informado do responsável no caso de a paciente ser menor de idade, não saber assinar ou não se encontrar na posse plena das suas faculdades mentais:

Nome do responsável \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

BI nº \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

**Assinatura** \_\_\_\_\_

## Anexo 11 - Nota de Alta de Ginecologia e Obstetrícia

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Residência \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_

Concelho \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Data de internamento \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico no internamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduta no internamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exames complementares \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico na alta hospitalar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicação prescrita \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recomendações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo do médico**

\_\_\_\_\_





### Anexo 13 - Dados sobre o parto

Sequência dos fetos (se múltiplos)	Lugar	Data	Hora	Modo	Apresentação	Sexo	Apgar		Peso	Vivo/ Morto	Placenta	
	SALa BLOco CAMinho CASA OUTros	do Parto	do Parto	ESPontâneo INDução FORceps VENtosa  CESariana de URGência  CESariana PROgra- mada	CEFálica PÉLvica OUTra	FEM  MAS  IND	1	5		NV nado vivo NM nado morto  NMM nado morto macerado	COMpleta	INCompleta
							min	min				
1º												
2º												
3º												

Complicações no parto?  Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se houve cesariana programada ou de urgência, qual a causa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se laqueação de trompas, porque motivo? \_\_\_\_\_

Administração de Vitamina A?

Assinatura legível de quem fez o parto \_\_\_\_\_

## **Anexo 14 - Nota de alta de puérperas**

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Residência \_\_\_\_\_

Data do Parto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Parto eutócico  Parto pélvico  Cesariana

Se cesariana, qual a causa \_\_\_\_\_

Complicações no parto: Sim  Não

Se sim, indicar \_\_\_\_\_

Patologia obstétrica anterior: Sim  Não

Se sim, indicar \_\_\_\_\_

Conduta no puerpério \_\_\_\_\_

Medicação prescrita na alta \_\_\_\_\_

Recomendações \_\_\_\_\_

OBS \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Assinatura e carimbo do médico**

\_\_\_\_\_

## **Anexo 15 - Ficha de consulta pós-parto**

(Recomendada entre 7 a 15 dias após o parto – agrafar ao caderno AISM)

Nome da puérpera \_\_\_\_\_ Residência \_\_\_\_\_

Data da consulta \_\_/\_\_/\_\_ Queixas \_\_\_\_\_

Dados pertinentes sobre a gravidez e sobre o parto (pedir nota de alta e caderno AISM) \_\_\_\_\_

Medicação em uso \_\_\_\_\_

T. axilar \_\_\_\_\_ T. arterial \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Mucosas \_\_\_\_\_

Mamas \_\_\_\_\_

Abdómen \_\_\_\_\_ Edemas

Cicatriz de cesariana \_\_\_\_\_

Palpação abdominal do útero \_\_\_\_\_

**Exame ginecológico (colocar a puérpera em posição confortável, usar luvas esterilizadas, utilizar espéculo (tamanho pequeno) só em caso de muita necessidade e com cuidado para não incomodar/traumatizar a puérpera. O mesmo para o toque vaginal bimanual.**

Episiorrafia, laceração da vulva/ vagina/ períneo em cicatrização?  Sinais de infecção?

Sangramento genital?  Proveniência \_\_\_\_\_

Lóquios com mau cheiro?  \_\_\_\_\_

OBS \_\_\_\_\_

Conduta \_\_\_\_\_

Data para próxima avaliação (se necessário) \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data para a 1ª consulta de PF \_\_/\_\_/\_\_

Centro de Saúde/Hospital onde se realizou a consulta \_\_\_\_\_

**Assinatura legível de quem fez a consulta** \_\_\_\_\_



## RESULTADOS ESPERADOS COM A UTILIZAÇÃO ADEQUADA DESTES PROTOCOLOS NACIONAIS

Melhoria da qualidade do atendimento obstétrico em cada uma das estruturas de saúde que atendem a partos garantida;

Taxas nacionais atuais de mortalidade perinatal e de mortalidade materna reduzidas;

Número de profissionais de saúde capacitados em saúde materna aumentado.