PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

FÓRUM DE FISCALIZAÇÃO

TRAIPÚ -AL

PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL:

Como Conduzir.

- Critérios para encaminhamento ao pré-natal de alto risco.

Gilza Maria Soares Bulhões Calheiros

Médica Ginecologista / Obstetra. RQE 515

Conselheira CREMAL

Nenhum conflito de interesse nesta apresentação.

Objetivos do Aconselhamento Pré-concepcional

- **Iniciar o acompanhamento assim que houver desejo de gestar;**
- **Orientar sobre o momento mais adequado para a gravidez;**
- **Esclarecer dúvidas da mulher e do(a) parceiro(a);**
- **Reduzir riscos de malformações relacionadas a medicamentos;**

ACOMPANHAMENTO PRÉ NATAL

- **Pilar fundamental da Atenção Primária à Saúde;**
- **Promover cuidado integral e humanizado;**
- **Prevenção de complicações maternas e perinatais**
- **Fortalecimento do vínculo com a gestante e a família**

CUIDADOS NO ACONSELHAMENTO PRÉ - CONCEPCIONAL

- Discutir **hábitos de vida, dieta e sedentarismo;**
- **Orientar estilo de vida saudável:** não fumar, não ingerir álcool;
- **Iniciar suplementação de ácido fólico;**
- **Avaliar e atualizar o esquema vacinal**

I – Ácido Fólico/Folatos

- **Folatos**: vitamina B_9 solúvel em água / ácido fólico é a forma sintética;
- 400 μg de 5-metiltetrahidrofolato (5-MTHF), reduziu a ocorrência de DTN em 93% ;
- **O folato e <u>o ácido fólico</u> são absorvidos no intestino delgado proximal e reduzidos à sua forma metabolicamente ativa, L-5-metiltetraidrofolato (L-5-MTHF.**
- O fechamento do tubo neural ocorre 26 a 28 dias após a concepção (por volta da 6ª semana);

- Febrasgo

POSOLOGIA DO ÁCIDO FÓLICO: RECOMENDAÇÃO

Pacientes de risco habitual

↓

Gravidez ou potencial para gravidez

400μg/dia ou 0,4 mg

Iniciar pelo menos 1 a 2 meses antes da concepção até 12 semanas. Continuar a suplementação através de vitaminas prescritas no pré- natal.

OMS, CDC e ACOG, SOGC. Brasil -MS 0,4mg ou 400 μg/dia

POSOLOGIA DO ÁCIDO FÓLICO: RECOMENDAÇÃO

Pacientes de risco moderado

1 mg

- **História familiar de DTN em parentes de 1º ou 2º grau;**
- **História pessoal ou familiar de anomalia congênita sensível ao folato diferente de DTN;**
- **Diabetes tipo I ou II ;**
- **Má absorção gastrointestinal materna**

Iniciar pelo menos 1 a 2 meses antes da concepção até 12 semanas. Continuar a suplementação através de vitaminas prescritas no pré- natal..

OMS, CDC e ACOG, SOGC. Brasil -MS 0,4mg ou 400µg /dia

POSOLOGIA DO ÁCIDO FÓLICO: RECOMENDAÇÃO

Pacientes de alto risco para defeitos do tubo neural

Anencefalia
Espinha bífidas
Meningomielocele

4 a 5 mg

Iniciar 3 meses antes, até 12 semanas. Após 12 semanas reduzir para 400mcg..

Análise Eur J Clin Nutr
.2017 Fev;71(2):159-163. doi: 10.1038/ejcn.2016.194. Publicado eletronicamente em 12 de outubro de 2016.
Os efeitos adversos da ingestão excessiva de ácido fólico
KR Patel 1, A Sobczyńska-Malefora 1 2
Afiliações Expandir
PMID: 27731331 DOI: 10.1038/ejcn.2016.194

Ácido fólico na dose de 4 mg utilizada para profilaxia em mulheres com alto risco para defeito do tubo neural (DTN) é geralmente considerada não tóxica a curto prazo;
A dose deve ser reduzida após o primeiro trimestre, uma vez que o objetivo da terapia (prevenção de DTNs) deixa de ser relevante e a possibilidade de efeitos adversos no feto com a exposição prolongada a altas doses não pode ser definitivamente excluída .

Definição e Importância do Pré-Natal

•Protocolos de conduta visando assegurar um bom desfecho materno-fetal.

•Iniciar tão logo haja probabilidade razoável de gravidez.

•90% das gestações evoluem sem maiores complicações, .

ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Idade , profissão, doenças pregressas e atuais;
- Cirurgias anteriores, especialmente ginecológicas;
- **Uso de medicamentos, hábitos nocivos à saúde (tabagismo, etilismo e ou drogras ilícitas)**

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Paridade;
- Tipos de partos;
- Partos a termo, pré-termo e pós-termo e intervalo;
- Em casos de aborto ou óbito fetal, questionar sobre malformação do tubo neural;
- Idade da primeira gestação;
- Tempo da última gestação;
- Intercorrências nas gestações e parto anteriores;

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E SEXUAIS

- Menarca, ciclo menstrual,
- Cirurgias ginecológicas
- Data e resultado da última citologia;
- Antecedentes de ISTs;
- Tratamento anterior para sífilis;
- Número de parcerias sexuais nos últimos 12 meses;
- Idade da sexarca.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Hipertensão arterial;
- Diabetes e /ou outros transtornos endócrinos ;
- Doenças autoimunes;

- Cardiopatas;
- Parentes de primeiro grau que apresentaram préeclâmpsia/eclâmpsia gemelaridade;
- Doenças genéticas e hereditárias.

Recomendações para ganho de peso total e taxa para gestações únicas por IMC pré-gestacional

O ganho de peso recomendado é maior para pessoas com gestações múltiplas.

	Ganho de peso total		Taxas de ganho de peso* segundo e terceiro trimestre	
IMC pré-gravidez	**Faixa em kg**	**Faixa em libras**	**Média (intervalo) em kg/semana**	**Média (intervalo) em lb/semana**
Baixo peso (<18,5 kg/m^2)	**12,5 a 18**	28 a 40	**0,51 (0,44 a 0,58)**	1 (1 a 1,3)
Peso normal (18,5 a 24,9 kg/m^2)	**11,5 a 16**	25 a 35	**0,42 (0,35 a 0,50)**	1 (0,8 a 1)
Excesso de peso (25,0 a 29,9 kg/m^2)	**7 a 11,5**	15 a 25	**0,28 (0,23 a 0,33)**	0,6 (0,5 a 0,7)
Obeso (≥30,0 kg/m^2)	**5 a 9**	11 a 20	**0,22 (0,17 a 0,27)**	0,5 (0,4 a 0,6)

Reproduzido do Up To

Critérios para Encaminhamento ao Pré-natal de Alto Risco

1- Condições Maternas Preexistente

1- Doenças Crônicas

- **Hipertensão Arterial Crônica;**
- **Diabetes Mellitus (pré-gestacional);**
- **Doenças Renais Crônicas;**
- **Cardiopatias; Treoidopatias**
- **Doenças Autoimunes;**
- **Doenças Hematológicas;**
- **Infecções ;**

- ❑ **Idade materna (extremos de vida reprodutiva)**
- ❑ **Obesidade (IMC ≥30 kg/m² pré-gestacional)**

2. Condições Obstétricas Atuais

- **Hipertensão Arterial na Gestação:**
  - **Hipertensão Gestacional:.**
  - **Pré-eclâmpsia:**
  - **Eclâmpsia:**
  - **Síndrome HELLP:**

- **Diabetes Gestacional (não controlada)**

2. Condições Obstétricas Atuais

- **Sangramento Vaginal:**
- **Ruptura Prematura de Membranas:.**
- **Trabalho de Parto Prematuro (ameaça ou em curso;):**
- **Gestação Múltipla:**
- **Oligodrâmnia ou Polidrâmnia;**
- **Restrição de Crescimento Fetal (RCF);**
- **Isoimunização**

- História Obstétrica Desfavorável:

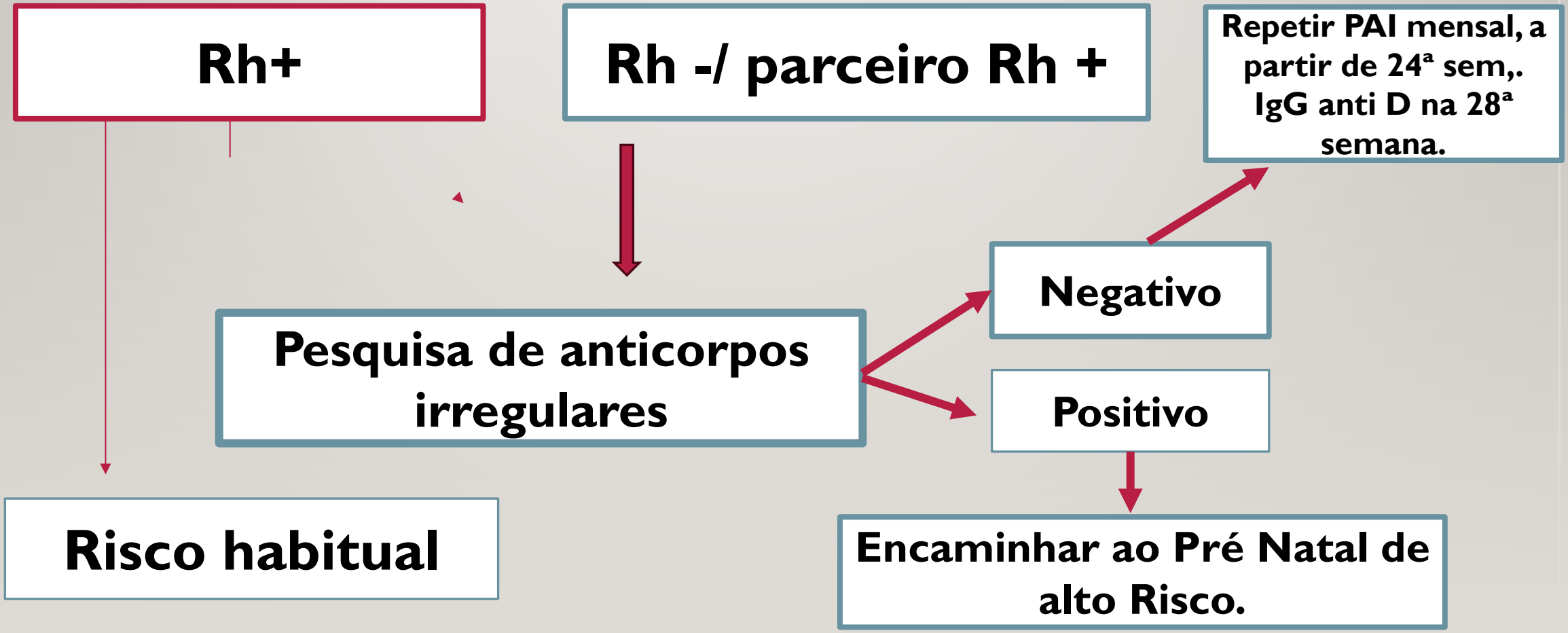
Óbito fetal anterior.

- Abortamento de repetição (≥ 3 abortamentos).
- Recém-nascido com malformação congênita anterior.
- Cirurgia uterina prévia.
- Parto prematuro anterior.

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS:

QUE NECESSITAM DE ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO

- Tipagem sanguínea e fator Rh (A) da gestante



TOXOPLASMOSE

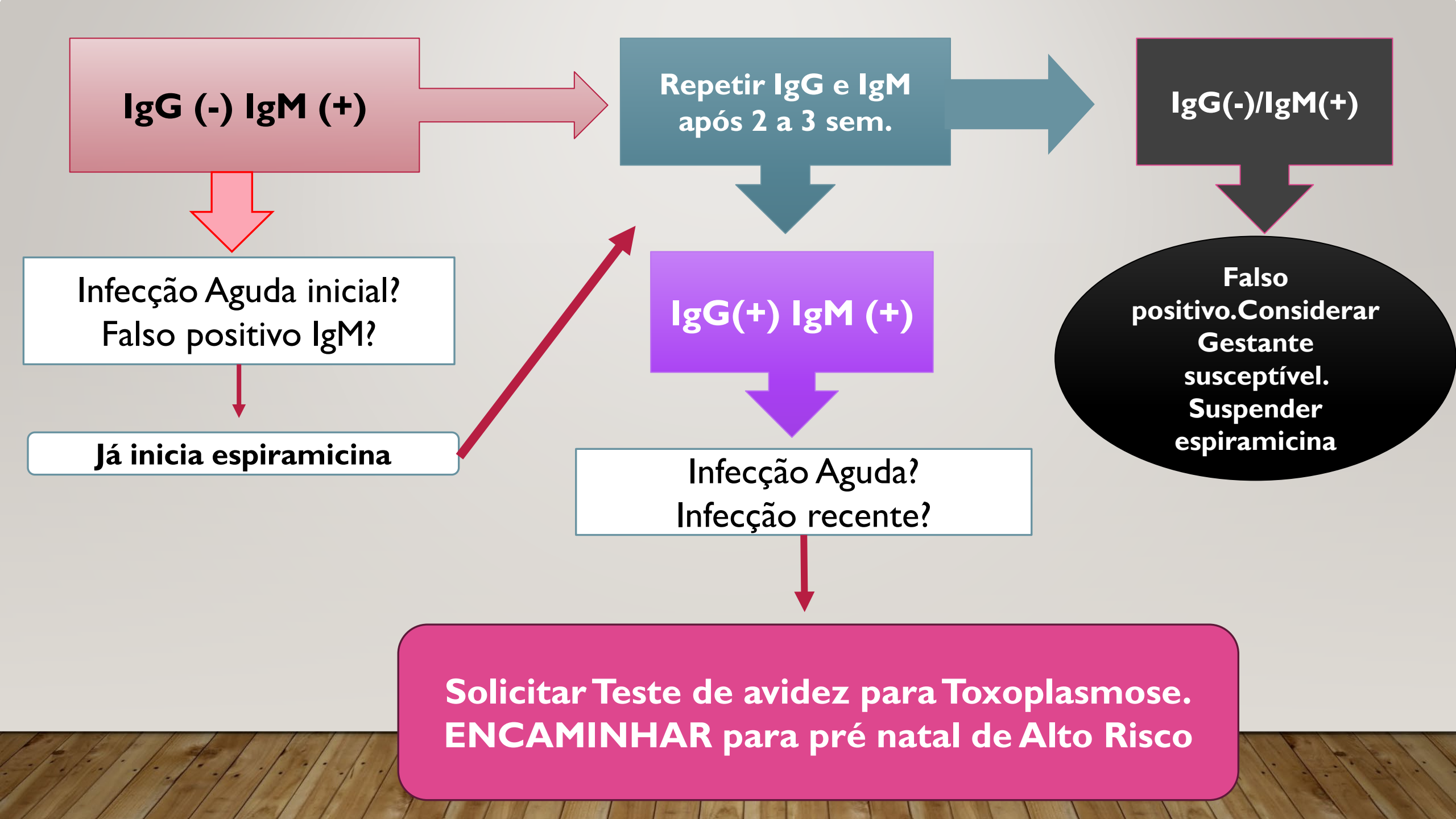
Quem rastrear? → **Todas as gestantes. MS 2010**

Quando Rastrear? →

1ª consulta pré natal;

- **IgG (+)/ IgM(-) : previamente infectada;**
- **IgG (-)/IgM(-): susceptível.**
  - ✓ Devem ser orientadas as medidas de prevenção
  - ✓ **Repetir trimestralmente**

Como rastrear? → **Sorologia IgG/ IgM**


IgG (-) IgM (+)
Repetir IgG e IgM após 2 a 3 sem.
IgG(-)/IgM(+)
Infecção Aguda inicial? Falso positivo IgM?
Falso positivo.Considerar Gestante susceptível. Suspender espiramicina
Já inicia espiramicina
IgG(+) IgM (+)
Infecção Aguda? Infecção recente?
Solicitar Teste de avidez para Toxoplasmose. ENCAMINHAR para pré natal de Alto Risco

Polidramnia

Complica 1 a 2% das gestações.

Diagnóstico USG se faz com base em ILA ≥ 18 cm .

Polidramina leve é a forma mais comum. 66% dos casos. Geralmente é idioático.

Pode ser suspeitado quando a AFU excede o esperado para a IG.

Oligodramnia

ILA pode estar reduzido desde o Início do 2° trimestre e há àquelas que se alteram próximo ao termo

Complica 0,5 a 5% das gestações.

Diagnóstico USG se faz com base em ILA ≤ 5 cm.

Oligodramnia

Aumento de resultado adverso na gravidez.

Síndrome de aspiração meconial

Índice aumentado de natimortalidade

Compressão funicular

2 x mais cesariana por SF

5 x mais de índice de apgar < 7 no 5° m

PRÉ-ECLÂMPSIA

- Condição caracterizada por hipertensão após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria em mulheres previamente normotensas.
- Considera-se Pré-Eclâmpsia quando, na ausência de proteinúria, ocorre disfunção de órgãos alvos.

- RBEHG 2025

- **Complica de 3 a 12% das gestações;**
- **Prevalência variável a depender da região;**
- **Maior nas regiões de renda mais desfavorecida.**

BRASIL: 1,5 a 7% de todas as gestações

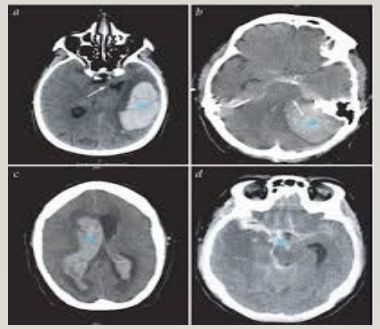
Mundo: 2ª causa morte materna

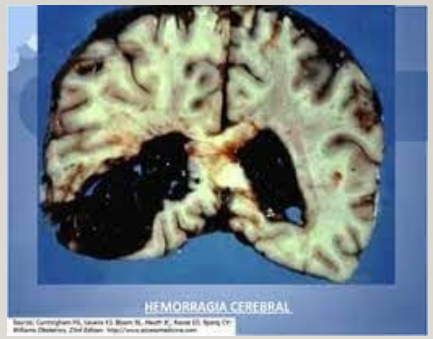
Grande impacto em morbidade e mortalidade materna e perinatal

Principal causa no Brasil

21%

As complicações maternas incluem eclâmpsia, acidente vascular cerebral e danos hepáticos e renais





PRÉ-ECLÂMPSIA

Multifatorial

Multissistêmica

Progressiva

DIAGNÓSTICO - CLÁSSICO

Pré-eclâmpsia – uma síndrome com diferentes fenótipos.

- **HIPERTENSÃO**

PAS ≥ 140 e ou PAD ≥ 90 mm|Hg , aferidas em duas ocasiões. Com intervalo ≥ 4 horas, após 20 semanas de gestação.

- **PROTEINÚRIA**

Relação P/C ≥0,3 mg /dl ou 300 mg/24 h ou ≥ I + em fita reagente

DIAGNÓSTICO POR LESÃO DE ÓRGÃO -ALVO

Na ausência de proteinúria	Surgimento de Hipertensão associada a pelo menos um dos seguintes:
Trombocitopenia	Contagem plaquetária ≤ 150.000
Comprometimento Hepático	Elevação de Transaminases (TGO) ≥ 40 u/l
Comprometimento renal	Elevação de creatinina sérica ≥ 1,o mg/dl
Edema pulmonar	Dispnéia, sibilos, estertores creptantes e subcreptantes, palidez, sudorese fria, cianos de extremidades, ansiedade, confusão mental, secreção rosada
Sinal e/ou sintomas de Lesão em órgão-alvo	Cefaléia ou escotomas ou epigastralgia ou dor intensa em Hipocôndrio Direito
Comprometimento fetal	Insuficiência placentária/ Restrição de crescimento fetal

RISCO	FATOR DE RISCO
ALTO	**História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos**
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doenca renal
	Doencas autoimunes (Ex: LES, sindrome antifosfolipide) **Gestação decorrente de reprodução assistida (FIV)**
MODERADO	**Nuliparidade / Historia familiar de pré-eclâmpsia (Mae e/ou irmãs)**
	Condição sócio –econômica desfavorável
	Raça/cor: preta ou parda / Idade ≥ 35 anos **Intervalo >10 anos desde a última gestação**
	Gravidez previa com desfecho adverso relacionados a disfunção placentária: • **Descolamento prematuro de placenta** • **RCIU** • **Trabalho de parto prematuro** • **Óbito Fetal**

FATORES DE PREDIÇÃO

1 fator de risco alto
OU
2 ou mais fatores de risco moderado

NECESSIDADE DE PROFILAXIA PARA PRÉ-ECLÂMPSIA

FEBRASGO 2019
RBEHG 2025
ACOG N°202 2019

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPSIA

- **Métodos comportamentais:**
  - **Atividade Física supervisionada**
- **Métodos Farmacológicos:**
  - **AAS**
  - **Cálcio**

Protocolo RBEHG 2025

Antiagregantes plaquetários para prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações

•Lelia Duley,Shireen Meher, Kylie E Hunter, Anna Lene Seidler, Lisa M Askie.

Versão publicada: 30 de outubro de 2019

https://doi.org/10.1002/14651858.CD004659.pub3

Revisão sistemática:
36 estudos envolvendo 34.514 mulheres gestantes;
Todas recrutadas após 12 semanas

Interfere na relação prostaciclinas/ tromboxano, melhorando a agregação plaquetária

A maioria dos ensaios utilizou dosagens de 100 mg/d, iniciado entre 11-14 semanas,1 x dia. Interromper na 36ª semana.

O uso de antiagregantes plaquetários reduziu o risco de pré-eclâmpsia com proteinúria em 18% (36.716 mulheres, 60 estudos, RR 0,82, IC 95% 0,77 a 0,88; Evidência de alta qualidade

Suplementação de cálcio durante a gravidez para prevenir distúrbios hipertensivos e problemas relacionados

G Justus Hofmeyr, Theresa A Lawrie, Álvaro N Atallah, Maria Regina Torloni

Versão publicada: 01 de outubro de 2018
https://doi.org/10.1002/14651858.CD001059.pub5

Revisão sistemática
13 estudos – 15.730 mulheres
Cálcio em doses entre 1.000 e 1500 mg/ dia
Redução do risco de pré eclâmpsia

Redução geral do risco de pré eclâmpsia em 55% , podendo chegar a 78% no grupo de alto risco

Recomenda-se a suplementação do cálcio elementar na dose de 1,5 a 2g/dia – OMS 2013

Mecanismo de ação ainda não muito bem claros.
Presume-se que Ca++ atue na liberação do PTH reduzindo a secreção de renina e a permeabilidade glomerular e diminuição da liberação biomarcadores da função renal – uréia, creatinina e proteinúria.

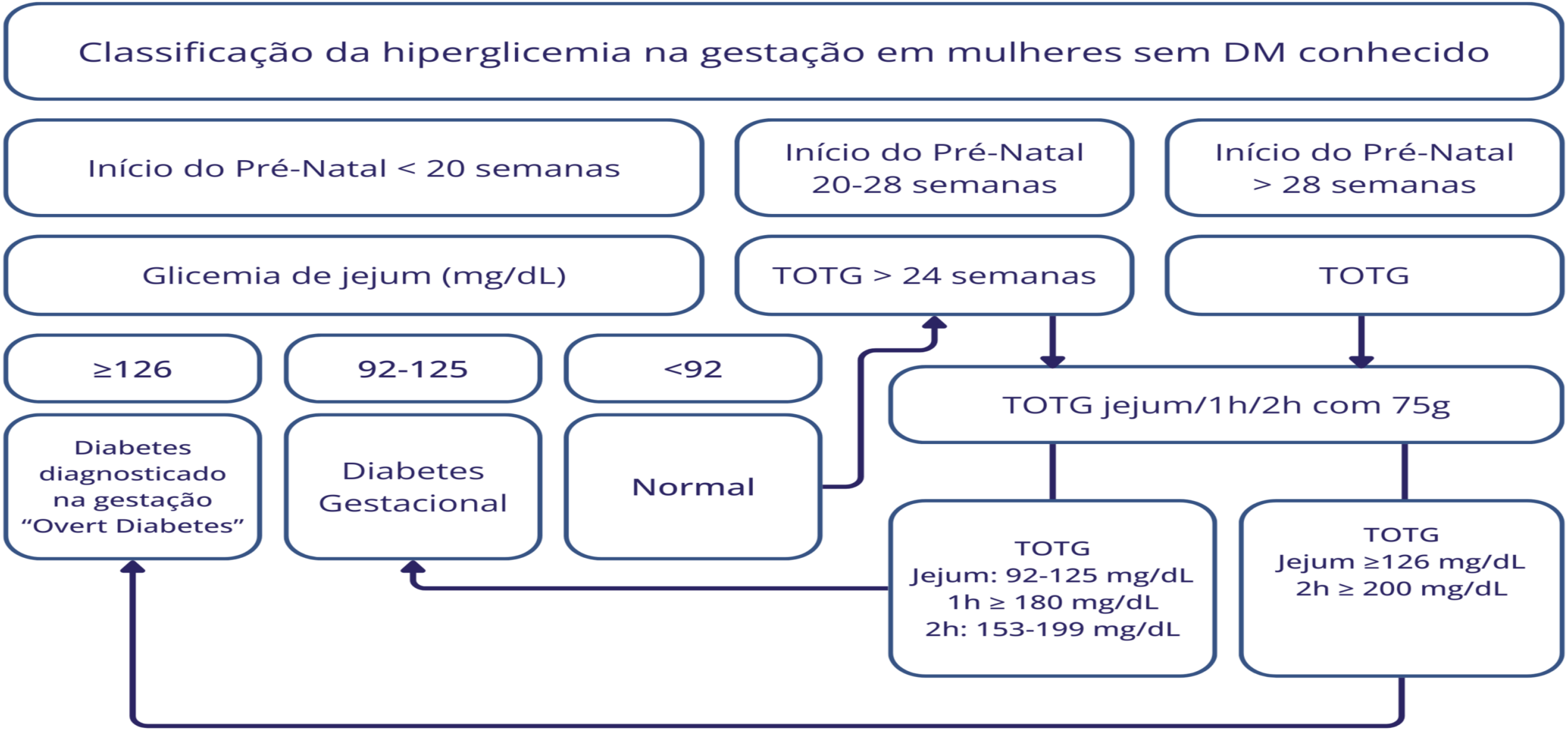
DIABETE MELLITUS GESTACIONAL

IMPORTÂNCIA DA HIPERGLICEMIA NA GESTAÇÃO

- **Alteração metabólica mais comum na gestação - DMG**
- **A prevalência tem aumentado ao longo do tempo:**
  - **Provavelmente devido ao aumento da idade média materna e do IMC (particularmente devido ao aumento da obesidade)**
  - **Práticas e métodos de rastreio mais sensíveis**

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

- Caracteriza-se por intolerância à glicose identificada pela primeira vez na gestação, sem critérios diagnósticos de diabetes pré-gestacional.


Classificação da hiperglicemia na gestação em mulheres sem DM conhecido
Início do Pré-Natal < 20 semanas
Início do Pré-Natal 20-28 semanas
Início do Pré-Natal > 28 semanas
Glicemia de jejum (mg/dL)
TOTG > 24 semanas
TOTG
≥126
92-125
<92
TOTG jejum/1h/2h com 75g
Diabetes diagnosticado na gestação "Overt Diabetes"
Diabetes Gestacional
Normal
TOTG
Jejum: 92-125 mg/dL
1h ≥ 180 mg/dL
2h: 153-199 mg/dL
TOTG
Jejum ≥126 mg/dL
2h ≥ 200 mg/dL

Classificação da hiperglicemia na gestação em mulheres em locais com viabilidade financeira ou disponibilidade técnica parcial

Início do Pré-Natal em qualquer momento da gestação

Glicemia de Jejum (mg/dL)

< 92	92-125	≥ 126
Antes da 24ª semana	Diabetes Gestacional (DMG)	Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação: “Overt Diabetes”
Repetir glicemia de jejum entre 24ª-28ª semana		
< 92 mg/dL	≥ 92 mg/dL	
Normal	Diabetes Gestacional (DMG)	

SEGUIMENTO DA GESTANTE DIABÉTICA

Dieta
Exercícios
Automonitorização

Controle Adequado

Controle inadequado

Tratamento medicamentoso

Seguras

Não atravessa a placenta →

Insulinas

INSULINAS

- **A insulinoterapia deve ser iniciada:**
  - **Após um período de 7 a 14 dias de terapia não farmacológica (como dieta e atividade física);**
  - **Duas ou mais medidas de glicemia capilar ou plasmática persistirem acima dos valores-alvo estabelecidos."**

INSULINAS - POSOLOGIAS

Jejum alterado → iniciar basal (NPH)

0,1–0,2 U/kg ao deitar

Pós-prandiais alteradas → adicionar insulina rápida

2–4 U antes da refeição correspondente

OU 0,1 U/kg divididas entre as refeições

Ajustes

Ajustar a cada 2–3 dias:

Para jejum > 95 mg/dL

→ aumentar **NPH noturna** em 2 U (ou 10%)

Para pós-prandial > 120 mg/dL (2h)

→ aumentar **insulina rápida da refeição anterior** em 1–2 U

Alvos glicêmicos na gestação

Jejum: < 95 mg/dL
1 hora pós-prandial: < 140 mg/dL
2 horas pós-prandial: < 120 mg/dL
Madrugada: evitar < 60 mg/dL (risco de hipoglicemia)

CÁLCULO NPH

- **2 aplicações diárias (manhã e noite)**
- **2/3 da dose total pela manhã**
  - 2/3 NPH
  - 1/3 insulina rápida (se necessário conforme glicemia pós-prandial)
- **1/3 da dose total à noite**
  - NPH isolada (geralmente antes de dormir)

- **Maioria dos estudos relatou uma dose total variando de 0,7 a 2 unidades/kg/dia.**

COMO MENSAGEM FINAL:

- A excelência no cuidado pré-natal não se limita a monitorar a normalidade, mas sim em antecipar e reconhecer intercorrências que podem comprometer a saúde materno-fetal;

- A identificação precoce de condições como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, restrição de crescimento intrauterino, infecções e outras tantas intercorrências é o diferencial que impacta diretamente os desfechos.

- Nossa responsabilidade é não apenas diagnosticar a intercorrência, mas também tomar a **decisão oportuna e qualificada de referenciar a gestante para o pré-natal de alto risco**..

OBRIGADA!

- **Gilza Maria Soares Bulhões Calheiros**
- **Médica Ginecologista /Obstetra**
- **RQE 515**
- **Conselheira CREMAL**
- **gilzabulhoes@hotmail.com**

Recomendações para ganho de peso total e taxa para gestações únicas por IMC pré-gestacional
O ganho de peso recomendado é maior para pessoas com gestações múltiplas.

	Ganho de peso total		Taxas de ganho de peso* segundo e terceiro trimestre	
IMC pré-gravidez	**Faixa em kg**	**Faixa em libras**	**Média (intervalo) em kg/semana**	**Média (intervalo) em lb/semana**
Baixo peso (<18,5 kg/m^2)	**12,5 a 18**	28 a 40	**0,51 (0,44 a 0,58)**	1 (1 a 1,3)
Peso normal (18,5 a 24,9 kg/m^2)	**11,5 a 16**	25 a 35	**0,42 (0,35 a 0,50)**	1 (0,8 a 1)
Excesso de peso (25,0 a 29,9 kg/m^2)	**7 a 11,5**	15 a 25	**0,28 (0,23 a 0,33)**	0,6 (0,5 a 0,7)
Obeso (≥30,0 kg/m^2)	**5 a 9**	11 a 20	**0,22 (0,17 a 0,27)**	0,5 (0,4 a 0,6)

Reproduzido do Up Todate

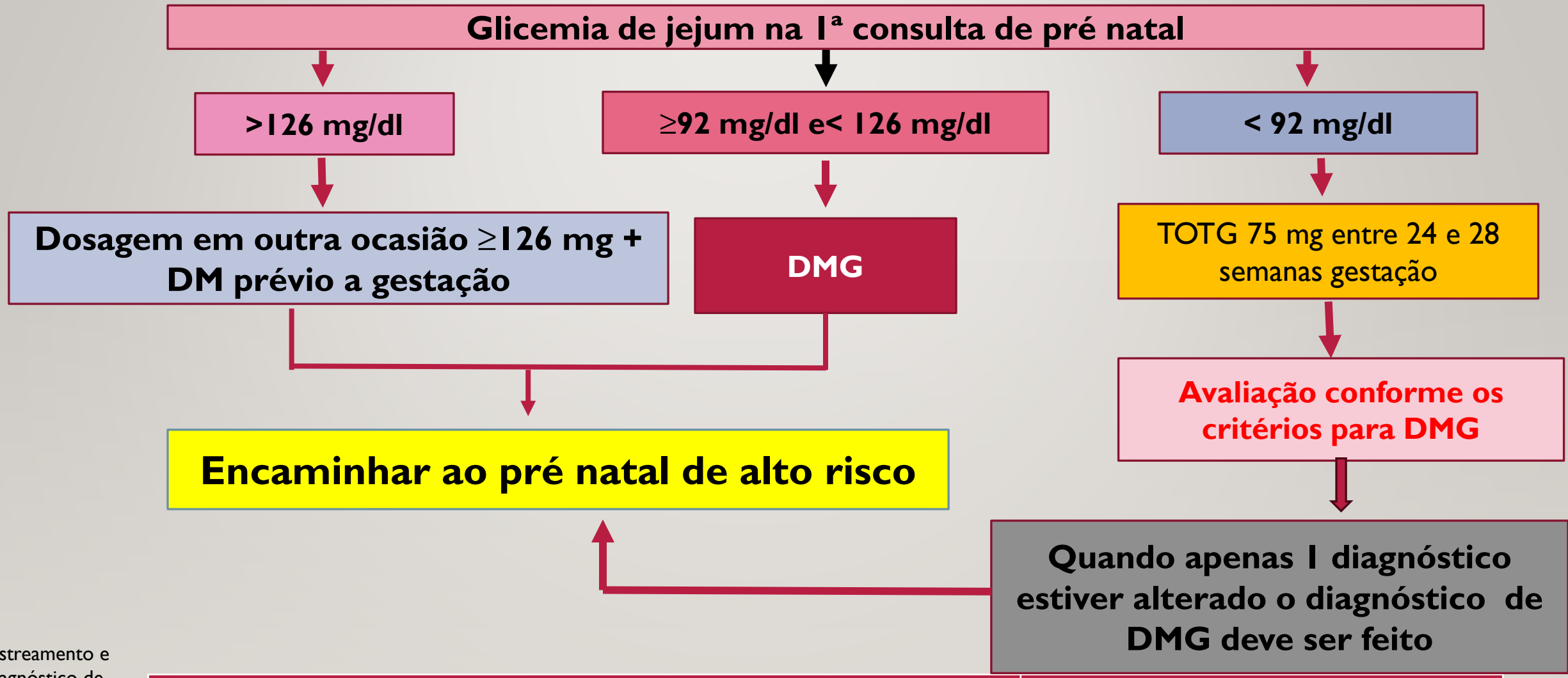
Como conduzir: 1ª consulta

- **EXAMES ESPECÍFICO**

  - **Mamas;**
  - **Abdome : palpação, AFU, BCF, Posição e apresentação fetal;**
  - **Exame ginecológico para CCO e diagnóstico de alteração de flora vaginal**

SOLICITAÇÃO DE EXAMES – 1ª CONSULTA

- **Hemograma**
  - Hemoglobina ≥ 11 g/dl - normal. MS
  - Após a 20ª semana de gestação, iniciar profilaxia com 30 mg/dia de **ferro elementar**
  - Repetição de exame após a 30ª semana de gestação.



Rastreamento e diagnóstico de Diabetes Melliitus Gestacional no Brasil. OPAS , FEBRASGO, SBD; PAG. 24 - 2018

Critérios para diagnóstico de DMG	Glicose mg/ dl
Glicemia de jejum	≥92
TOTG 75 mg e coleta após 1 hora	≥180
TOTG mg 75 mg e coleta com 2 horas	≥153

Se 8g/dl < hemoglobina < 11 g/dl, considera-se caso de anemia de leve a moderada.

- Importante orientar dieta;
- Investigar parasitoses;
- Realizar tratamento com ferro elementar;
- Repetir hemograma no intervalo de 30 a 60 dias para avaliar a necessidade de manter ou aumentar a dose de ferro.

TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

Quem rastrear? → **Todas as gestantes. MS 2010**

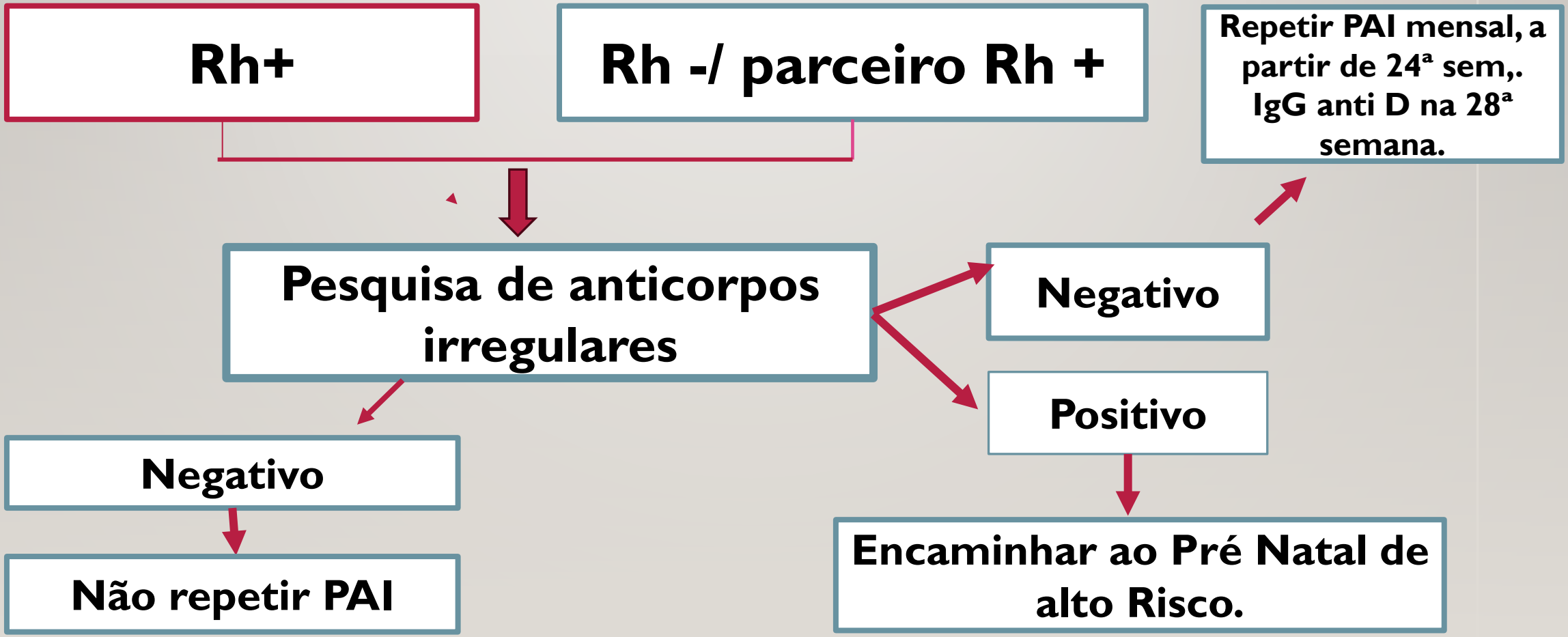
Quando Rastrear? →

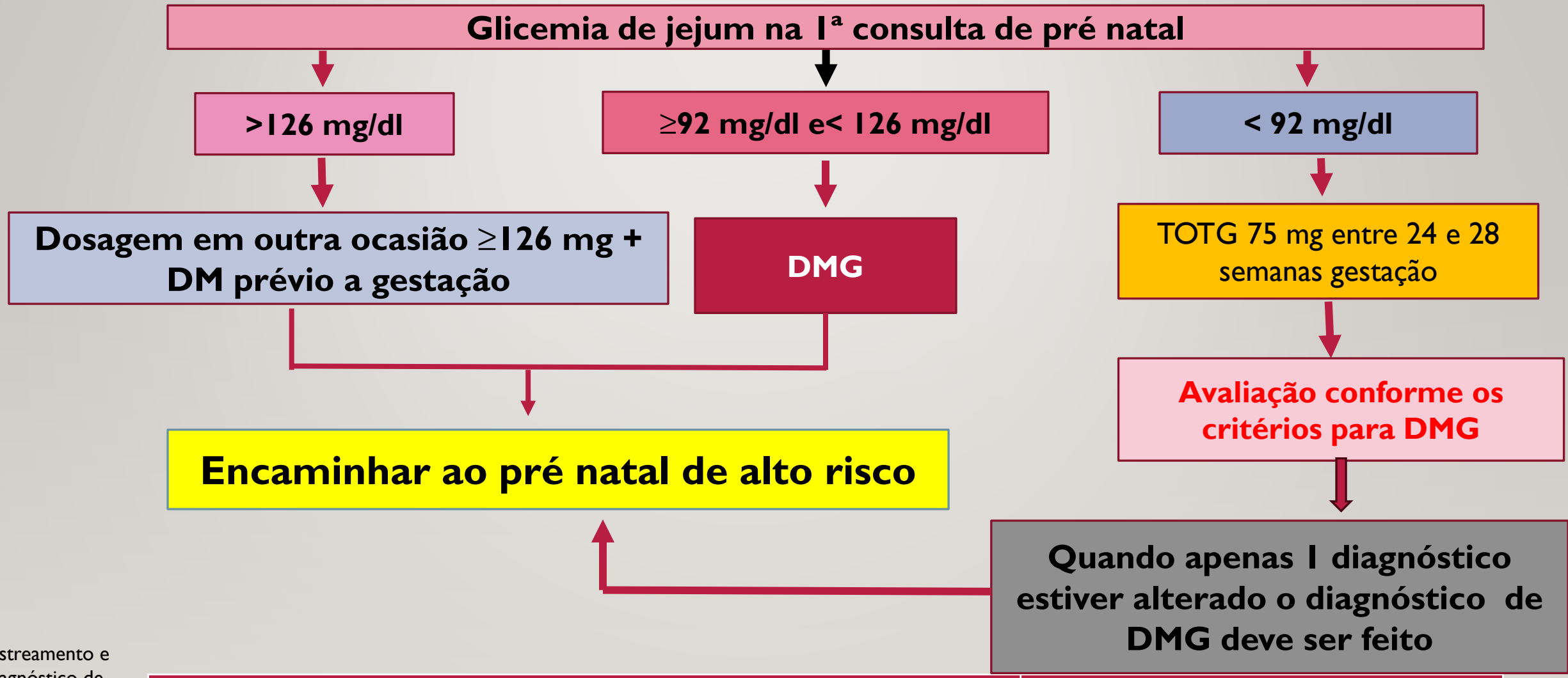
1ª consulta pré natal;

- **IgG (+)/ IgM(-) : previamente infectada;**
- **IgG (-)/IgM(-): susceptível.**
  - ✓ Devem ser orientadas as medidas de prevenção
  - ✓ **Repetir trimestralmente**

Como rastrear? → **Sorologia IgG/ IgM**

- Tipagem sanguínea e fator Rh (A)





Rastreamento e diagnóstico de Diabetes Melliitus Gestacional no Brasil. OPAS , FEBRASGO, SBD; PAG. 24 - 2018

Critérios para diagnóstico de DMG	Glicose mg/ dl
Glicemia de jejum	≥92
TOTG 75 mg e coleta após 1 hora	≥180
TOTG mg 75 mg e coleta com 2 horas	≥153

Ministério da Saúde do Brasil

Nota Técnica nº 251/2024 de 25 de fevereiro de 2025

"Recomenda-se a suplementação de 1.000 mg/dia de carbonato de cálcio elementar, para todas as gestantes, com início na 12ª semana de gestação até o momento do parto".

Exames laboratorias : Iª consulta

- **Sorologia para rubéla (B)**
  - Solicitar em mulheres com risco de contrair infecção e, realizar vacinação no puerpério para a proteção de gestações futuras.

- **Covid-19**
  - o teste viral sars-cov-2 não é realizado rotineiramente em pacientes assintomáticos na comunidade com base apenas no estado de gravidez

O uso do AAS na prevenção da Pré-Eclâmpsia

Sexta, 01 Dezembro 2017

O uso do AAS na prevenção da Pré-Eclâmpsia

Sexta, 01 Dezembro 2017

CITOMEGALOVÍRUS

Exames laboratoriais - 1ª Consulta

- **Não se recomenda o rastreio Universal**.
  - Uma sorologia com IgG reagente não garante imunidade;
- Há achados de IgM reagente por mais de 1 ano, sem configurar infecção aguda.

- **O vírus do CMV se dispersa pelo:**
  - **Sangue**
  - **Excreções e secreções,**
  - **hemoderivados;**
  - **Transmissão vertical**

- Devemos orientar as nossas gestantes, a fim de se evitar a transmissão vertical:

- Evitar cuidados com crianças (se é que é possível);
- Não cuidar de idosos, pois são grupos que apresentam muitas excreções e secreções;
- Coito protegido e sem beijo;
- Lavagem frequente das mãos

Exames laboratoriais - 1ª Consulta

- Bacterioscopia ,

- Exame á fresco de conteúdo vaginal;

  Rastrear vaginose bacteriana; (responsável por TPP, RUPREMA);

  - Tratar sempre nas gestantes assintomáticas, com antecedente de parto prematuro

Exames laboratoriais - 1ª Consulta

- Urina tipo I – Atenção à presença de proteinúria;

- Urocultura (repetir a urocultura em todos os trimestres; rastrear bacteriúria assintomática) (A);

- Colpocitologia oncótica (segundo a recomendação do MS, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos) (D);

Exames laboratoriais - 1ª Consulta

- Parasitológico de fezes* (D);

- Sorologia para zika
  - Em regiões endêmicas

* se houver indicação clínica.

ULTRASSONOGRAFIA NO PRÉ-NATAL

OMS PRECONIZA A REALIZAÇÃO DE TRÊS EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS NA GESTAÇÃO:

- **Primeiro trimestre: entre 11 e 14 semanas.**
- **Segundo trimestre: entre 20 e 24 semanas.**
- **Terceiro trimestre: entre 32 e 36 semanas.**

ULTRASSONOGRAFIA ENTRE 11 E 14 SEMANAS

- Rastreamento das anomalias cromossômicas (trissomias dos cromossomos 21, 18 e 13)
- Confirmação ou determinação da IG;
- Rastreamento de anormalidades estruturais maiores
- Diagnóstico e caracterização das gestações múltiplas;

ULTRASSONOGRAFIA ENTRE 20 E 24 SEMANAS

Esta Foto de Autor Desconhecido está licenciado em CC BY-ND

- Medir cumprimento do colo uterino
- Detecção de malformações (A)
- Predição de pré eclampsia (doppler de artérias uterinas)
- Morfologia fetal

ULTRASSONOGRAFIA 32 -34 SEMANAS

- Finalidade em avaliar:
  - Crescimento
  - Placenta
  - Líquido amniótico
  - Vitalidade

Esta Foto de Autor Desconhecido está licenciado em CC BY-NC-ND

CONDUTA:

Orientações quanto a sinais de alarme

- Sangramento genital.
- Edema de face ou membros.
- Cefaléia contínua ou grave.
- Dormência.
- Visão turva ou diminuição da acuidade visual.
- Dor abdominal, vômitos persistentes, febre ou abatimento.
- Perda de LA/ diminuição de movimentos fetais.

- **Tétano, difteria e coqueluche(dTpa)-**

  - **Uma dose de DTPA a partir da 20ª semana de gestação.**
  - **Gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido, duas doses de dt e uma dose de dtpa;**
  - **Importante que a dtpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas;**

VACINAS INDICADAS NA GRAVIDEZ

- Influenza - gestante são consideradas grupo de risco, e deve ser feita em qualquer trimestre;

- Hepatite b – se o esquema vacinal não tiver completo, pode ser feito durante a gravidez com 3 doses(0, 1 e 6 meses):

- Anti-covid 19 : os imunizantes são eficientes e seguros; (royal college of obstetricians & gynaecologists- 2021);
  - Imunizantes recomendados : coronovac ou pfizer

- Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2021/2022

PRESCRIÇÃO DE FÁRMACOS

- Manter prescrição de ácido fólico iniciado em fase pré-concepcional, na dose de 400 μg ou 4 a mg até a 12ª semana;

- Dose profilática **de 60 mg de ferro elementar** que deve ser iniciado a partir da 12ª semana de gestação quando hb> ou = 11 mg/ dl – OMS

- Profilaxia da anemia, **40 mg de ferro elementar** a partir da 20ª semana – recomendação do MS do brasil

- Ministério da Saúde.Programa Nacional de Suplementação de Ferro : manual de condutas gerais, 2013.
- Revista do Dep. de Ginecologia e Obstetrícia. Maternidade-Escola. UFRJ.Art. De Revisão v. 14, n. 2, abr-jun/2015

PRESCRIÇÃO DE FERRO ELEMENTAR

- **PROFILAXIA**
- **30 a 60 mg de Ferro Elementar**

➢ **30 mg de ferro elementar equivale:**

✓ **150 mg de sulfato Ferroso**

✓ **90 mg de Fumarato Ferroso**

✓ **250 mg de Gluconato Ferroso**

- Ministério da Saúde.Programa Nacional de Suplementação de Ferro : manual de condutas gerais, 2013.
- Revista doDep. de Ginecologia e Obstetrícia. Maternidade-Escola. UFRJ.Art. De Revisão v. 14, n. 2, abr-jun/2015

- NAS GESTANTES COM HB < QUE 11 MG / DL

TRATAMENTO COM FERRO ELEMENTAR

- 60 A 120 MG DE FERRO ELEMENTAR EM 3 TOMADAS/DIA

CALENDARIO DE CONSULTAS

- O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.
- Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

  - Até 28ª semana – mensalmente;
  - Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
  - Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

CONSULTAS SUBSEQUENTES

- **Avalia-se o bem estar materno (observar queixas)**
- **Aferição de PA (sempre com gestante sentada e após meia hora de descanso)**
- **Peso e determinação do ganho ponderal**
- **Avaliação do bem estar fetal**
  - **AFU**
    - **Avaliação do crescimento fetal**
    - **LA**
  - **BCF e percepção de MF**
    - **Elucidam quanto à vitalidade fetal**

EXAMES LABORATORIAIS – 24 A 28 SEMANAS

HEMOGRAMA

- Hemoglobina ≤ 8 g/dl
  - Indica anemia grave;
  - **A gestante deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco.**

EXAMES LABORATORIAIS - 28 A 32 SEMANAS

- **Hemograma (B);**
- **VDRL (se positivo, associar testes treponêmicos FTA-ABS ou o TPHA) (A);**
- **Anti-HIV (A);**
- **HBsAg (A);**

EXAMES

- **Urocultura (A).**

- **Pesquisa de anticorpos irregulares nas gestantes Rh negativo;**

- **Toxoplasmose nas gestantes susceptíveis (idealmente mensal; não sendo possível, no máximo trimestral)**

E quando devemos encaminhar a gestante ao pré natal de alto risco?

- **Já no início do pré- natal, as gestantes com comorbidades:**
  - **Pneumopatas,**
  - **Cardiopatas,**
  - **Portadoras de doenças auto-imunes,**
  - **Nefropatas,**

- **encaminhar**

- **Gestantes com história de parto(s) prematuro(s) em gestações anteriores;**
- **Antecedentes de fetos macrossômicos (mais de 4.000 g) em gestações anteriores;**
- **Pré – eclâmpsia em gestação de irmã(s) ou mãe;**
- **Gestação gemelar**;

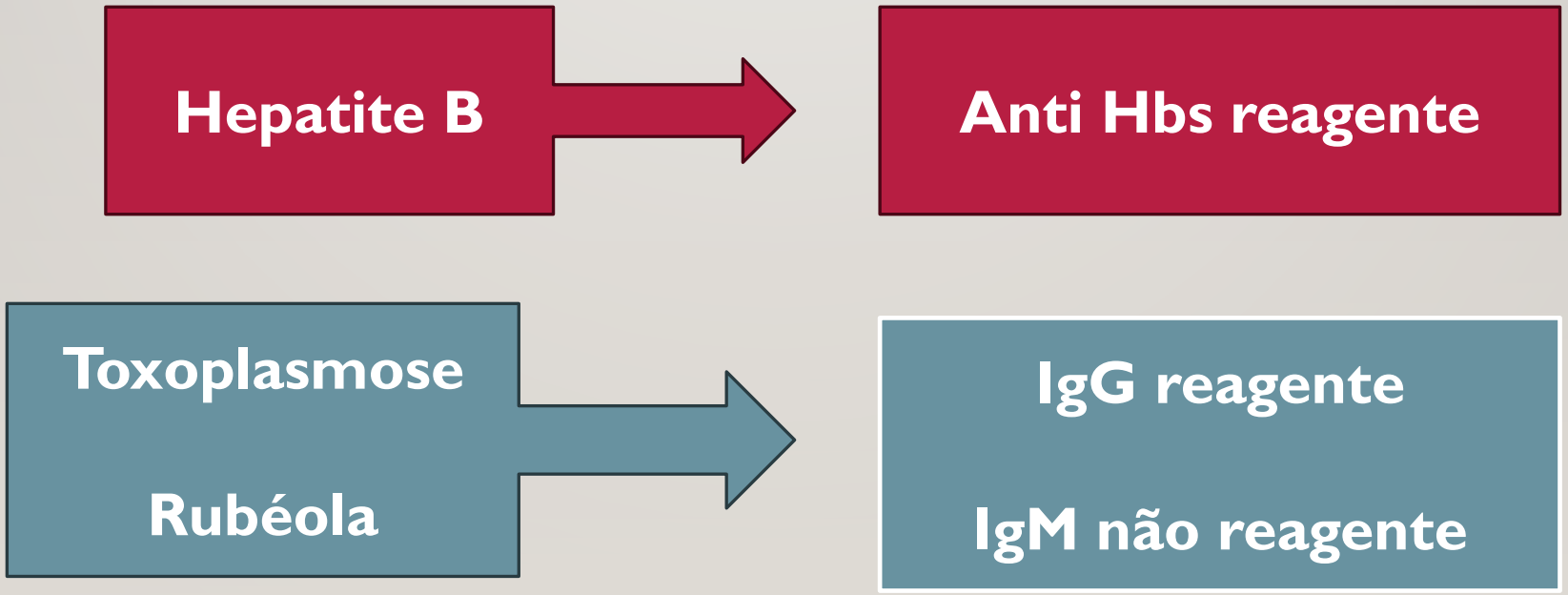
E durante o pré-natal de gestante de risco habitual, quando deveremos encaminhá-la para o pré-natal de alto risco?

- **Gestante que apresente glicemia de jejum ou teste de tolerância a glicose alterados;**
- **Gestante com soroconversão da sorologia para toxoplasmose;**
- **Gestante que não teve melhora na Hb , mesmo após tratamento instituído;**

- **Gestante com AgHbs reagente em exames de rotina;**
- **Gestante com elevação de PA em relação aos níveis basais, proteinúria presente no sumário e/ou edema de membros inferiores, mãos e face;**
- **Gestante com baixo ganho ponderal;**

Lembrando...

- **Não encaminhar gestante com sorologias**:



SEMPRE TRATAR OU ENCAMINHAR PARA ESPECIALISTA:

Bacteriúria assintomáticas e cistites.

Infecções vaginais, especialmente a Vaginose Bacteriana.

Responsáveis pelo grande número de RN prematuros nas UTIs Neonatais e, por consequência aumento de morte neonatal.

...AO FIM DE UMA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ADEQUADA, TODAS AS FAMÍLIAS DESEJAM QUE MÃE E RN FIQUEM SAUDÁVEIS E QUE VÃO AO SEIO DE SUA FAMILIA.

Fotos de internet

Obrigada

gilzabulhoes@Hotmail.com

82- 999817690

Como conduzir: 1ª consulta

- **Acolhimento pela equipe de saúde**
- **Anamnese geral e específica** :
- **Antecedentes pessoais:**
  - **Idade, profissão, doenças pregressas e atuais;**
  - **Cirurgias anteriores;**
  - **História menstrual; DUM, DPP, IG;**
  - **Sangramentos anormais**

Como conduzir: 1ª consulta

Antec. Ginecológico - obstétricos

- **Paridade, tipos de partos, intervalo inter-partal;**
- **Peso dos RNs anteriores, IG no parto,**
- **Vacinação,**
- **Uso de medicamentos, hábitos nocivos à saúde (tabagisn etilismo e/ou drogras ilícitas.**

Como conduzir: 1ª consulta

Antec. familiares

- Hipertensos,
- Diabéticos e outros transtornos endócrinos
- Doenças autoimunes,
- Cardiopatas,
- Parentes de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia/eclâmpsia,
- Gemelaridade,
- Doenças genéticas e hereditárias

Exames laboratoriais - 1ª Consulta

- Anti HIV-
  - não reagente, o exame deve ser repetido entre a 28ª e 30ª semana de gestação.

- VDRL e teste rápido negativos , repetir no 3° trimestre.
  - Se positivo, associar testes treponêmicos FTA-ABS) (A)
  - Qualquer titulação de VDRL no pré-natal, requer tratamento;

HEPATITE B

Exames laboratorias : Iª consulta

- Avaliar história prévia (anti HBS) e checar status vacinal (3 doses de vacina contra a hepatite B);
- Ag Hbs, anti Hbs e anti Hbc não reagentes, a gestante deve ser imunizada;
- Anti Hbs reagente, em qualquer situação, a gestante é considerada imune;
- Ag Hbs reagente encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco e ser realizada a sorovacinação no RN

- **Hepatite C - Anti HCV**

  - Não existe uma recomendação para a realização desse exame como uma rotina.

  - Algumas **populações merecem especial atenção:**
    - **usuária de drogas, parceiros de usuários de drogas, múltiplos parceiros, transfusão, situação de risco.**

EXAME FÍSICO

- **Geral**
  - **Peso , estatura , IMC**
  - **Aferição de PA**
  - **Ectoscopia – pele e fâneros, cavidade oral**
  - **Membros (edema , varizes)**

Pré-eclâmpsia – uma síndrome com diferentes fenótipos.

DIAGNÓSTICO-CLÁSSICO

- **HIPERTENSÃO**

PAS ≥140 mmHg e/ou PAD ≥90, em gestantes previamente normotensas

- **PROTEINÚRIA**

- **Perda de 300 mg ou mais em urina de 24 horas.**
- **Relação proteinúria/creatininúria (ambas em mg/dl) igual ou superior a 0,3.**
- **1+ em fita reagente**