

03 de Setembro de 2008.
Professora Marisa.

Paciente Gesta=III Para=I Ab=1. Último parto há 2 anos.
DUM: 05/03/08
DPP: 12/12/08
IG: 26 semanas.

1) Exames complementares – Primeira consulta

Sorologias para evitar transmissão vertical. No caso da hepatite C é possível só identificar e não prevenir.

HIV: não é obrigatório. Deve haver consentimento do paciente. A transmissão vertical do HIV pode ser anulada com o uso de anti-retrovirais.

VDRL: é problema de saúde pública. Sífilis congênita tem incidência de 5%. Pode ser solicitado de rotina e não precisa de consentimento da paciente. Não é feito só na primeira consulta: literatura mais consulta põe na primeira consulta e próximo do terceiro trimestre (28 semanas). O Ministério da Saúde solicita o VDRL nos três trimestres de gravidez. Paciente na maternidade só recebe alta se tiver VDRL e anti-HIV. Se não tiver VDRL paciente não recebe alta. Sífilis congênita: desde aborto tardio; sífilis congênita clínica até 2 anos; restrição do crescimento fetal; aborto intra-útero. Penicilina benzatina é o tratamento. VDRL 1 para 2 ou 1 para 4 pode ser sífilis; pode ser uma prova cruzada (falso positivo); cicatriz sorológica de paciente tratada para sífilis. VDRL maior ou igual a 1 para 8 é igual a sífilis. As opções são fazer uma FTAbs: se positivo confirma a sífilis. Uma vez positivo, ele sempre será positivo. O ideal então é repetir o VDRL 15 dias depois. Se a paciente estiver grávida não ficamos perdendo tempo supondo se VDRL 1 para 4 é ou não sífilis porque a espiroqueta pode passar a circulação plaquetária e atingir o feto. Assim, 1 para 4 ou 1 para 8 é tratada e pede-se o VDRL 15 dias depois. Ou seja, em grávidas esquece-se um pouco essa titulação. Treponema não passa a barreira placentária antes da décima sexta semana pela literatura, ou seja, o aborto é tardio. A verdade é que passa antes sim, mas o feto não tem resposta tissular antes da décima sexta semana e por isso que a resposta imunológica só causa lesão depois dessa época.

Hepatite C: não possui profilaxia, mas a transmissão vertical é pequena.

Hepatite B: é feita de rotina. Frente a comprovação da hepatite B, a paciente em vias de parto recebe imunoglobulina.

Toxoplasmose: o problema da Toxoplasmose é agudo. Para causar problemas ela tem que ser adquirida na gravidez; não existe reagudização. IgG e IgM negativos: paciente não teve contato e merece profilaxia – evitar mexer em jardim, plantas, ou mexer com luvas (dada a possível presença de fezes de gatos); evitar carnes cruas; verduras e legumes tem que ser extremamente bem lavados. IgG positivo e IgM negativo: a mulher já está protegida. IgG e IgM positivo: não dá para saber se a doença é aguda ou não. Faz-se o teste de avidéz: quanto mais tempo tiver a doença maior a avidéz – maior do que 60% adquiriu há mais de 6 meses e não há grandes problemas; menor do que 30% adquiriu a pouco tempo e merece tratamento; entre 30-60% ficamos na dúvida. Paciente merece fazer US para avaliar crescimento. O tratamento com sulfatiazida não se usa na gravidez no terceiro trimestre pelo risco de kernicterus. O que preocupa a Toxo em termos de gravidez é aquela que é adquirida no primeiro trimestre (passa pouco no primeiro trimestre, mas se passar leva a um grande dano para o feto). A sorte é que a transmissão (passar para o feto) é maior no terceiro trimestre.

Rubéola: não tem muita profilaxia; não se faz aborto. O abortamento no Brasil é permitido: frente a risco de vida materno ou estupro. Rubéola, ao contrário da Toxo, passa para o feto no primeiro trimestre.

15% de todas as grávidas tem risco de perda por causa de cromossomopatias. Então, provavelmente uma vacina contra rubéola não pode ser apontada causa de aborto.

Após o uso da vacina, a mulher deve ficar de 1-3 meses sem engravidar.

Se a paciente for IgG e IgM negativos deve-se evitar contato com infectados.

Citomegalovírus: existe literatura que pede, mas a professora não pede. Se der positivo não existe profilaxia, mas a detecção de mal-formações pode ser utilizada para preparar a mãe.

2) Profilaxia – fé / ácido fólico

Hemograma: detectar anemia; a paciente na gravidez está hemodiluída (aumenta volume plasmático a partir da sexta semana); Ht e Hb mais baixos. Para se falar em anemia utiliza-se 11 ou 10,5.

A profilaxia com ácido fólico deve começar antes da gestação porque a placa neural começa sua formação com mais ou menos 3 semanas.

Até 12 semanas faz-se a profilaxia, depois disso não se administra ácido fólico.

Deve-se começar 2 meses antes da gravidez, idealmente.

A suplementação de ferro deve usar até dois ou três meses pós-parto. Se estiver amamentando deve tomar até o fim da amamentação. Deve tomar 30-60 mg de Ferro elementar por dia.

Se a paciente tiver anemia, deve ser tratada. Aí utiliza a dose de 60-180 mg/dia de Ferro elementar. A média é usar 120 mg/dia de ferro de elementar. 180 é praticamente impossível da paciente tomar. Se em novo hemograma houver melhora, ótimo. Se em novo hemograma, não houver melhora, pede-se EPF.

HCG é responsável pelas náuseas. Se grávida estiver enjoando muito pensar em gravidez gemelar ou mola hidatiforme.

A progesterona e o HCG são responsáveis pela maioria dos fenômenos da gravidez.

A grávida apresenta constipação por ação da progesterona e pela compressão do feto.

O ideal seria fazer o MIF (3 amostras).

Toda grávida deve colher EPF, mas não é consenso entre obstetras.

Tipagem sanguíneo e fator Rh porque existe profilaxia para eritroblastose fetal.

A incompatibilidade fetal pelo sistema ABO é leve.

O problema é a incompatibilidade Rh: mulher Rh -; parceiro Rh+; filho Rh+. Toda vez que a mãe for Rh- e o pai Rh + ou for desconhecido pede-se Coombs indireto para ver se há na circulação materna anticorpos anti-D (anti-Rh).

Coombs indireto negativo, ou seja, não tem anticorpo contra o fator D pode fazer profilaxia: Matergan, etc. Essa imunoglobulina é feita IM. Pode ser feita antes do parto se houver ameaça de abortamento e etc.

Coombs indireto positivo, ou seja, tem anticorpo contra o fator D e o filho é Rh+ deve-se fazer transfusão sanguíneo e outras medidas necessárias. O feto pode apresentar esplenomegalia, hepatomegalia.

O correto é fazer até 72 horas pós-parto.

Glicemia de jejum: para saber se a mulher tem diabetes (não diabetes gestacional). Diabetes gestacional é diagnosticada com o teste de pós-dextrose.

A diabetes gestacional aparece por volta da 28 semana ou 32 semanas. Nesta época faz-se nova dosagem de glicose/glicose pós-dextrose.

A glicemia de jejum é pedida na primeira consulta.

Glicemia de jejum + glicose pós-prandial na 28-32 semanas.

A glicemia normal para grávida é 90-95 mg/dL.

EAS + urocultura: para ver bacteriúria assintomática ou ITU. A bacteriúria assintomática é tratada na grávida. Isso para evitar ascensão, pielonefrite, contaminação do feto (risco de prematuridade, amniorexis, etc). Trata-se com cefalosporina. Pode-se usar ácido nalidíxico.

A proteinúria, típica da DHEG, é mais bem vista na urina de 24 horas.

Se houver pielonefrite interna a grávida.

Existe um fator que predispõe à infecção urinária na bacteriúria assintomática da grávida? Sim. A progesterona faz uma dilatação, deixando uma urina mais lenta. O volume residual da bexiga da grávida é bem mais alto (pode haver bexigoma): fator mecânico (útero aumentado comprimindo a bexiga). Também aumento da TFG.

3) Profilaxia – tétano

O reforço da vacina do tétano é de 10 em 10 anos. Mas na grávida fazemos de 5 em 5 anos.

Sempre depois do terceiro mês.

Se o filho anterior for a 6 anos: faz reforço.

Se o filho anterior for a 5 anos, ou 4 anos: não faz nada.

As duas primeiras doses são suficientes para evitar tétano neonatal, desde que a segunda dose tenha sido feita a mais de 20 dias do parto. A terceira dose é para fazer memória imunológica. Não tendo cartão de vacinação, toma as três doses.
Se tomou só duas, quando for vacinar o neném, toma a terceira dose junto com ele.

4) Controle de peso

A mulher grávida pode ganhar de 9 a 13 kg.

Na realidade utiliza-se muito o IMC.

Paciente ganha pelo menos 7 kg.

Quando a paciente é obesa (25-28), não espera que se chegue a menos de 9 kg.

Paciente desnutrida deveria ganhar pelo menos 9 kg mais alguma coisa (uns 15kg).

5) Retornos

O ministério preconiza pelo menos 6 consultas.

1 no 1 T.

2 no 2 T.

3 no 3 T.

Retorno da paciente sem intercorrência: até o sétimo mês a consulta é mensal.

Oitavo mês: quinzenal.

Novo mês: semanal.