



Intercorrências Clínicas na Gestação



OBSTETRICIA - INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GESTAÇÃO

Doença Hemolítica Perinatal



→ CAUSA

- Antígenos de superfície eritrocitária fetal passam para a circulação materna e podem estimular a produção de anticorpos na gestante.

→ DIAGNÓSTICO

- Coombs indireto – mais comum
 - Titulação menor 1:16 – repetir mensalmente
 - Titulação maior ou igual 1:16 – investigar anemia fetal
- PAI (pesquisa AC irregulares) – se positivo, investiga anemia fetal
- Para as pacientes suscetíveis a aloimunização, tem que ser feito PROFILAXIA.

→ PROFILAXIA

- Feita com: imunoglobulina anti-D (Rhogam) – pode positivar o coombs
- Quando ministrar:
 - Quando coombs indireto negativo
 - Se sangramento ou exame invasivo
 - 28 semanas
 - No Puerpério, se RN Rh positivo (até 72h do parto)
- Caso o marido for Rh negativo, não precisa preocupar;
- E se a paciente já tiver aloimunização?
 - Investiga a repercussão fetal = ANEMIA
 - USG: doppler ACM V max > 1,5; hidrósia fetal
- Se o sangue passa muito rápido pela artéria é sinal que ele está afinado = anemia!
 - Cordocentese: diagnóstico e tratamento
- Conduta:
 - Anemia fetal grave – transfusão (TIU) ou parto, dependendo da IG (>34 sem).

Diabetes Gestacional

- Intolerância aos carboidratos que começa na gestação que pode ou não persistir após o parto.
- FATORES DE RISCO
 - Idade superior a 35 anos
 - Sobrepeso e obesidade
 - Antecedentes familiares
 - Ganho excessivo de peso
 - Uso de corticoide
 - SOP
 - Macrossomia ou polidrâmnio
- SCREENING
 - Rastreio ativo no PN (2x)
 - Glicemia em jejum
 - TTOG 75g – 0, 1 e 2 horas entre 24 e 28 sem
- DIAGNÓSTICO (qualquer valor alterado é DMG)
 - GJ maior ou igual 92;
 - TTOG 75g: 92 – 180 (1h) – 153 (2h)
- DM overt/prévio
 - GJ maior ou igual 126
 - Glicemia maior ou igual 200
 - HbA1c maior ou igual 6,5
- COMPLICAÇÕES (DMG E overt)
 - MATERNAS
 - ITU, candidíase, maior índice de cesariana, associação com DHEG, cetoacidose
 - FETAIS
 - DM prévio: malformações – cardíacas (o mais comum), síndrome de regressão caudal, insuficiência placentária, RCIU.
 - DMG: macrossomia fetal, distocia de ombros, polidrâmnio, policitemia e miocardiopatia hipertrófica, hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia neonatal.
- MANEJO
 - Controle glicêmico (glicemia capilar)
 - Dieta e atividade física
 - insulina

Síndromes Hipertensivas Na Gestação

→ FORMAS:

- HAS prévia
- DHEG (doença hipertensiva específica da gestação)
 - Pré-eclâmpsia
 - HELLP
 - Eclâmpsia
- HAS + DHEG

→ FISIOPATOLOGIA:

- A princípio ocorre:
 - Desequilíbrio oxidativo
 - Fatores ambientais
 - Fatores imunogenéticos
- Que acarretam:
 - Invasão trofoblástica inadequada
 - Perfusão placentária diminuída
- Causando:
 - Lesão endotelial
 - Aumento da relação TXA2/PGI2
 - Aumento fibronectina e endotelina
- Aumentando:
 - Reatividade vascular
 - Permeabilidade capilar
 - Ativação do sistema de coagulação
- RESULTADO FINAL:
 - Hipertensão arterial
 - Tendência ao edema
 - Extravasamento do plasma
 - Lesão renal, ICC
 - Edema agudo de pulmão
 - Edema cerebral

→ DIAGNÓSTICO

- PRÉ-ECLÂMPSIA
 - PA \geq 140x90 e proteinúria após 20ª semana de gest.
- FORMAS GRAVES
 - PE grave:
 - Proteinúria $>$ 5g/24h ou 3+
 - Pa \geq 160x110 mmHg
 - Lesão de órgão alvo (oligúria, Cr $>$ 1,2, EAP)

- Repercussão fetal
- Superajuntada
- HELLP
- Iminência de eclâmpsia (triáde – cefaleia, epigastralgia e alteração visual)
- Eclâmpsia
- ECLÂMPSIA
 - Crises convulsivas do tipo TCG em paciente com PE
- SÍNDROME HELLP
 - Hemólise – esquizócitos/BT $>$ 1,2 e DHL $>$ 600
 - Elevação de enzimas hepáticas – AST \geq 70
 - Plaquetopenia $<$ 100.000

→ MANEJO

- HAS/DHEG LEVE ou PE leve
 - Parto por via obstétrica após 37 sem (max 40 sem)
 - Controle PA com medidas clínicas e medicações se necessário (metildopa, pindolol e anlodipino)
- DHEG grave, Eclâmpsia e Síndrome HELLP
 - (DHEG grave) SEM CRISE e tentativa de controle clínico, solicitar:
 - Fundoscopia, proteinúria de 24h, controle de vitalidade, considerar corticóide p/ maturação pulmonar fetal antes de 34 sem
 - (Eclâmpsia) KIT básico:
 - Estabilizar QC
 - Se PA $>$ 160x110 – usar anti-hipertensivos IV
- Sulfato de magnésio: iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, crise hipertensiva de difícil controle e intraparto.
 - (Síndrome HELLP)
 - Laboratoriais: proteinúria 24h, hemograma, ácido úrico, DHL $<$ BT, transaminases, Cr.
 - USG e avaliação da vitalidade fetal.
 - Parto: indicação obstétrica após estabilização do QC, salvo os casos de sofrimento fetal.

→ CRISE AGUDA

- Sulfato de magnésio
 - Estabilizador de membrana – profilaxia de convulsões
 - Sinais de intoxicação: abolição dos reflexos patelares, FR < 12irpm, PCR, Mg > 8mEq/l e diurese < 25mL/h.
 - Se sinais de intoxicação, usar Gluconato de Cálcio.
 - Apresentações:

Pritchard	Ataque: 4g IV lentamente + 10g IM Manutenção: 5g IM 4/4h
Zuspan	Ataque: 4g IV lentamente Manutenção: 2g/h IV até 24h pós parto
Sibai	Ataque: 6g IV lentamente Manutenção: 2-3g/h em BIC

- Anti-hipertensivo IV:
 - Hidralazina IV
 - Labetalon IV
 - Nifedipino VO
- Parto
 - Eclampsia e HELLP: após estabilizar o QC
 - DHEG grave: chegar em 37 sem, se possível
 - DHEG leve: 40 sem, se possível
 - Via obstétrica costuma ter indicação após estabilização do QC, salvo os casos de sofrimento fetal.

Gemelaridade

→ Zigosidade

- Homozigótica: gemelaridades originados no mesmo ovo – idênticos, univitelinos
- Dizigótica: gemelares originados em ovos diferentes

→ Corionicidade (quantidade de placenta)

- Monocoriônica: fetos compartilham a mesma placenta
- Dicoriônica: cada um tem sua placenta

→ Amniocidade (quantidade de bolsas)

→ MOMENTO DA DIVISÃO DO OVO

- Até 72 horas da fertilização: Dicoriônica

- 40-8° dia: Monocoriônica Diamniótica
- 8°-12° dia: Monocoriônica monoamniótica
- >12° dia: Mono/Mono imperfeita (Gêmeos siameses).

→ FATORES DE RISCO

- Indução de ovulação, reprodução assistida, HF (apenas DZ), paridade e IMA (DZ), negras (DZ), fatores nutricionais (DZ).

→ DEFINIÇÃO DE CORIONICIDADE

- USG
 - Sinal do Lambda (Y): dicoriônica
 - Sinal do T: monocoriônica
 - Dois sacos gestacionais: dicoriônica

→ COMPLICAÇÕES

- GERAIS
 - RCIU, prematuridade, RPMO, DMG, DHEG, hiperêmese gravídica, anemia
- MONOCORIÔNICA
 - Síndrome de transfusão feto-fetal
 - Anastomoses (arteriovenosas, venovenosas ou artério arteriais) placentárias que levam à transfusão de um gemelar para o outro.
 - Doador: RCIU, oligoâmnio, anemia, hipoglicemia.
 - Receptor: Polidrâmnio, policitemia, hidropsia, ICC.
 - Gêmeo Acárdico
 - Anastomoses (arterioarteriais ou venovenosas) placentárias precoces - um dos fetos (acárdico) não se desenvolve adequadamente.
 - Gemelaridade imperfeita
 - Divisão tardia do ovo (após 12 dias da fecundação)
 - Mais comum: tóraco-onfalópagos

→ CONDIÇÕES PARA PARTO NORMAL

- Diamnióticas
- Primeiro feto cefálico
- PFE entre 1500 e 4000g
- Diferença de peso de até 20%
- Analgesia e equipe experiente
- Monitorização dos fetos
- Sala para cesárea

➔ CESARIANA...

- Três ou mais fetos, STFF, gemelaridade imperfeita, primeiro feto em apresentação não cefálica, monoamnicidade, prematuridade extrema.

Questões

QUESTÃO 01 –

Qual das pacientes a seguir NÃO deve receber profilaxia de aloimunização com imunoglobulina anti-D (Rhogan)?

- a) Paciente com 28 semanas, tipo sanguíneo O negativo, parceiro desconhecido, coombs indireto negativo.
- b) Puérpera Rh negativo com parceiro Rh positivo e RN Rh negativo.
- c) Puérpera Rh negativo com RN Rh positivo que já recebeu Rhogan com 28 semanas.
- d) Paciente Rh negativo que evoluiu com abortamento de primeiro trimestre, parceiro com Rh positivo.

QUESTÃO 02 – UNICAMP 2021 - Acesso direto

Mulher, 25a, G2A1, 34 semanas e 5 dias, comparece à Unidade de Emergência com cefaleia nual, escotomas cintilantes, hiper-reflexia. PA= 170X110 mmHg, persistente. Recebeu como tratamento imediato 4g de sulfato de magnésio e anti-hipertensivo, com estabilização clínica. Hb= 11,1mg/dL, Ht= 33%. Plaquetas 180.000 mm³, exame sumário de urina sem alterações, glicemia de jejum= 90mg/dL, AST= 35 U/L, ALT= 32 U/L, proteinúria= 150 mg/24h, creatinina= 0,8 mg/dl. Ultrassonografia obstétrica: peso fetal estimado no percentil 2, ILA= 40 mm e Doppler normal.

Qual é o diagnóstico?

QUESTÃO 03 –

Juliana, 36 anos, sem comorbidades, realizou FIV e vem realizar o primeiro exame de ultrassonografia,

Você está realizando o exame de ultrassonografia e se depara com a seguinte imagem:

- a) Diante desta imagem, pode-se afirmar:
- b) Esta gestação é dicoriônica.
- c) Esta gestação é dizigótica.
- d) Esta gestação é monocoriônica e monoamniótica,
- e) A idade gestacional é de pelo menos 6 semanas

Respostas

QUESTÃO 01 - B

QUESTÃO 02 – Iminência de eclâmpsia / Pré-eclâmpsia grave

QUESTÃO 03 - A