

Agravos no ciclo gravídico- puerperal relacionados a Razão De Morte Materna e Taxa De Mortalidade Infantil

Como Manejar?



Objetivo

- Discutir de maneira objetiva o atendimento das principais patologias na gestação que tem levado a morte materna, fetal e infantil no estado;

MATERNA	FETAL E INFANTIL
Transtornos hipertensivos na gestação	Infecções maternas (Aparelho urinário, Sífilis) e Transtornos Hipertensivos
Síndromes hemorrágicas e anemia	

Fontes sugeridas para orientação de condutas



Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

Transtornos hipertensivos na gestação



Condução de acordo com os níveis de Pressão Arterial (PA)

PAS $\geq$ 140 MMHG e/ou
PAD $\geq$ 90 MMHG

02 medidas, com
intervalo de 04 horas

Hipertensão Arterial na
gestação (HA)

Pré-natal de Alto
Risco(PNAR)

140/90 < PA < 160/110,
ASSINTOMÁTICA e
ganho de < 500G/SEM

Proteinúria,
Consulta médica
imediate;
Solicitar USG
Referir PNAR

PAS > 160/110 mmHg
ou PAD > 140/90
mmHg + Proteinúria +
e/ou sinais de alarme

Urgência Obstétrica

Gestantes com
HAS prévia em
tratamento com
anti-hipertensivo

PNAR

- Elevação $\geq$ 30 MMHG na PAS e/ou $\geq$ 15 MMHG na PAD, em relação à PA anterior à gestação ou até a 16S IG: Controlar com maior frequência para identificar HÁ, Se assintomática e PA < 140/90 MMHG, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares.

Transtornos hipertensivos na gestação

- **SINAIS DE ALERTA:**

- ***Pesquisados em toda consulta!!!***

- Cefaléia;
- Escotomas visuais;
- Epigastralgia;
- Edema excessivo;
- Epistaxe;
- Gengivorragia;
- Reflexos tendíneos aumentados;

Transtornos hipertensivos na gestação

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS

Hipertensão Arterial na gestação (HA): PAS $\geq$ 140 mmHg e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg

02 medidas, com intervalo de 04 horas

Agenda de consultas:

< 30ª semanas: mensal
Entre 30ª e 34ª semana: quinzenal;
Após 34ª semanas: semanal

Pré-eclâmpsia:

Hipertensão + Proteinúria;

Iniciado > 20 sem. de IG, em mulheres, previamente normotensas.

Referenciar à urgência obstétrica;
Encaminhar PNAR;

Eclâmpsia:

Pré-eclâmpsia complicada por CONVULSÕES que não podem ser atribuídas a outras causas.

Urgência Obstétrica

Tratamento medicamentoso:

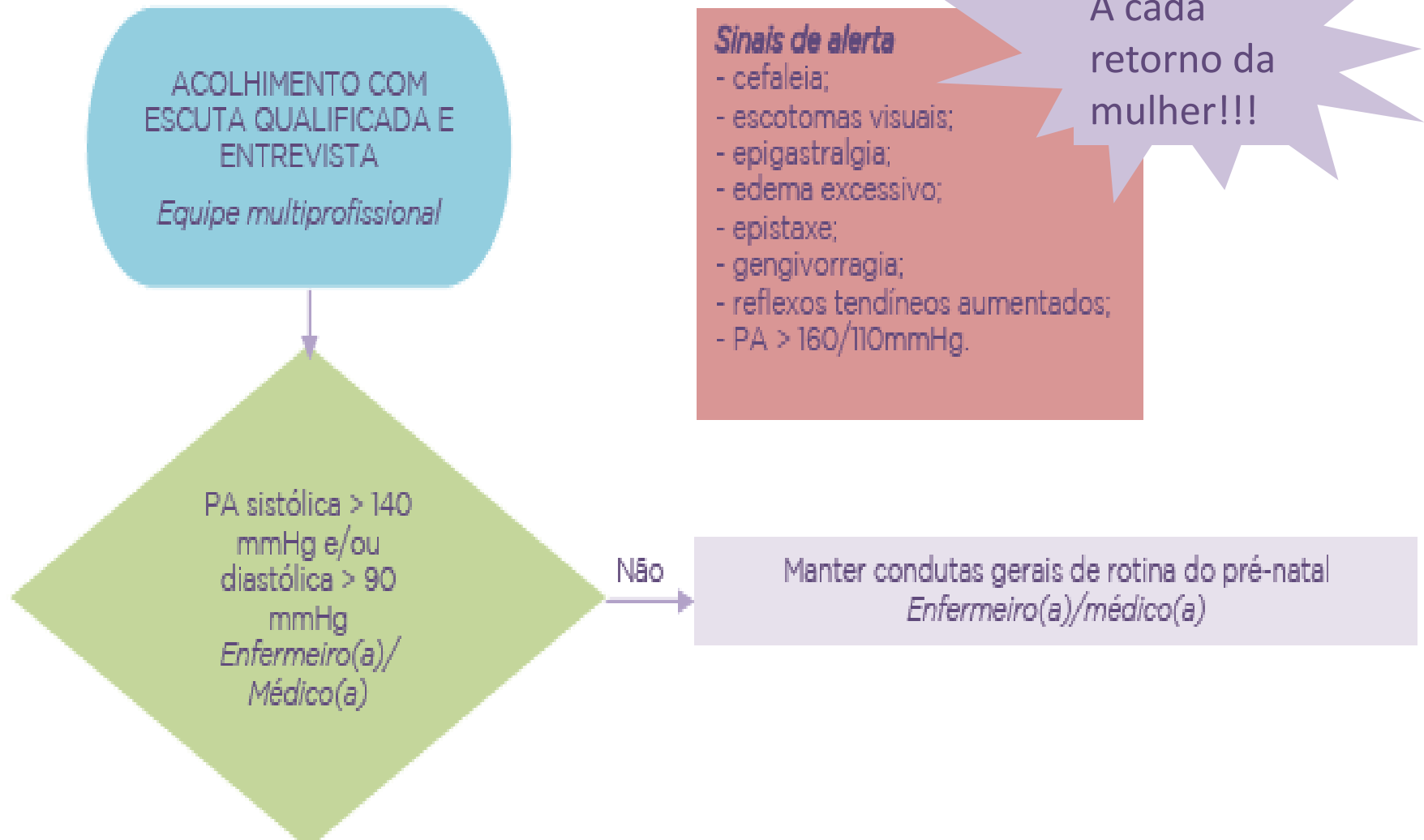
1ª Escolha: METILDOPA na dose de 750 MG A 2000MG/DIA – Droga mais segura;

2ª Escolha: Antagonistas dos canais, Nifedipino 10 a 80 MG/DIA

3ª Escolha: Betabloqueadores. Pindolol. dose de 5 a 10 MG/DIA

Transtornos hipertensivos na gestação

Fluxograma 12 – O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia^{2,7}





- **Atenção:**

- **Tratamento agudo**

- **Tratamento de longo prazo:**

- Médico(a)

Sim



- Cefaléia;
- Escotomas visuais;
- Epigastralgia;
- Edema excessivo;
- Epistaxe;
- Gengivorragia;
- Reflexos tendíneos aumentados;
- Pa> 160/110 MMHG

[illegible]

• **Atenção:**

- ✓ PA > 160/110 mmHg ou PA > 140/90 mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, *encaminhar com urgência à maternidade.*
- ✓ PA entre 140/90 e 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500g semanais, fazer proteinúria, agendar consulta médica imediata, solicitar USG e *referenciar ao alto risco para avaliação.*

• **Tratamento agudo**

- ✓ Em urgência ou emergência hipertensiva que requeira hospitalização, realizar monitoramento intensivo, administração parenteral de anti-hipertensivos (preferencialmente a hidralazina), considerar antecipação do parto (a depender da idade gestacional e das condições clínicas da mulher e do feto).

• **Tratamento de longo prazo:**

- ✓ Ver também Quadro 2 e Quadro 8.
- ✓ Para gestantes com pré-eclâmpsia, com quadro estabilizado, sem necessidade de parto imediato, está indicado tratamento anti-hipertensivo por via oral (ver Quadro 8).
- ✓ ~~Recomenda-se NÃO prescrever anti-hipertensivo para gestantes com HAS com valores de PA < 150/100 mmHg associada à pré-eclâmpsia ou à hipertensão crônica. Não há comprovação de benefícios para a mãe ou para o feto, exceto redução do risco de HAS grave, que é considerado insuficiente diante da exposição do feto ao risco potencial de comprometimento de seu crescimento.~~
- ✓ ~~Em relação à HAS crônica, recomenda-se o início ou a reinstituição do tratamento medicamentoso com PA sistólica > 150 mmHg e PA diastólica de 95 a 99 mmHg ou sinais de lesão em órgão-alvo. Para gestantes portadoras de HAS crônica que estão em uso de anti-hipertensivos e com PA < 120/80 mmHg, recomenda-se reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento e iniciar monitoramento cuidadoso da PA.~~

Médico(a)

Gestantes negras tem mais incidência de HAS e Diabetes, sendo recomendado início mais precoce do tratamento, com níveis de PA > de 150/100mmhg

Pré-eclâmpsia
estável

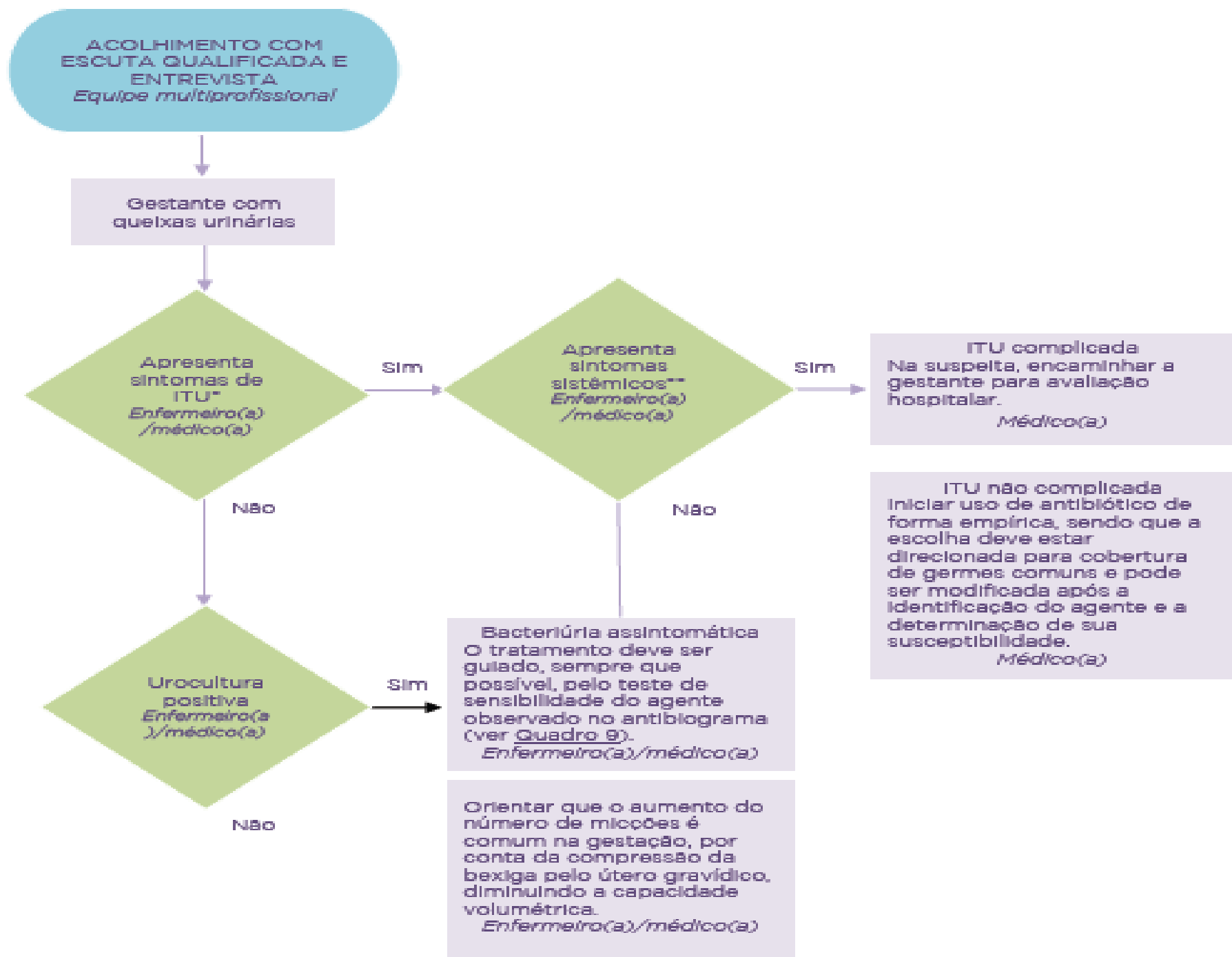
Pré-eclâmpsia
sobrepota

HAS

Queixas urinárias



Fluxograma 3 – O que fazer nas queixas urinárias^{2, 7}



Tratamento antibiótico

Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

Enfermeiro(a)/médico(a)

- Repetir urinocultura sete a dez dias após o término do tratamento.
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição.
- Na apresentação de um ~~segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.~~
- Para orientações referentes à coleta da urinocultura (ver Saiba Mais).

* Sintomas de infecção do trato urinário (ITU):

- dor ao urinar;
- dor suprapúbica;
- urgência miccional;
- aumento da frequência urinária;
- nictúria;
- estrangúria;
- presença de sangramento visível na urina.

** Sintomas sistêmicos:

- febre;
- taquicardia;
- calafrios;
- náuseas;
- vômitos;
- dor lombar, com sinal de giordano positivo;
- dor abdominal.

DIABETES GESTACIONAL

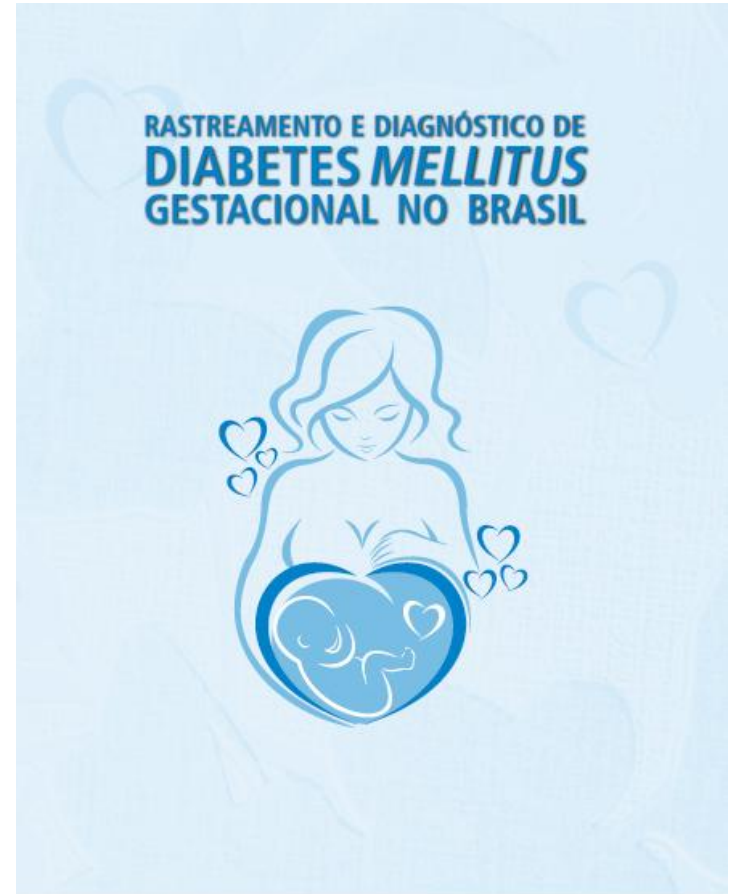


Figura 2. Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total

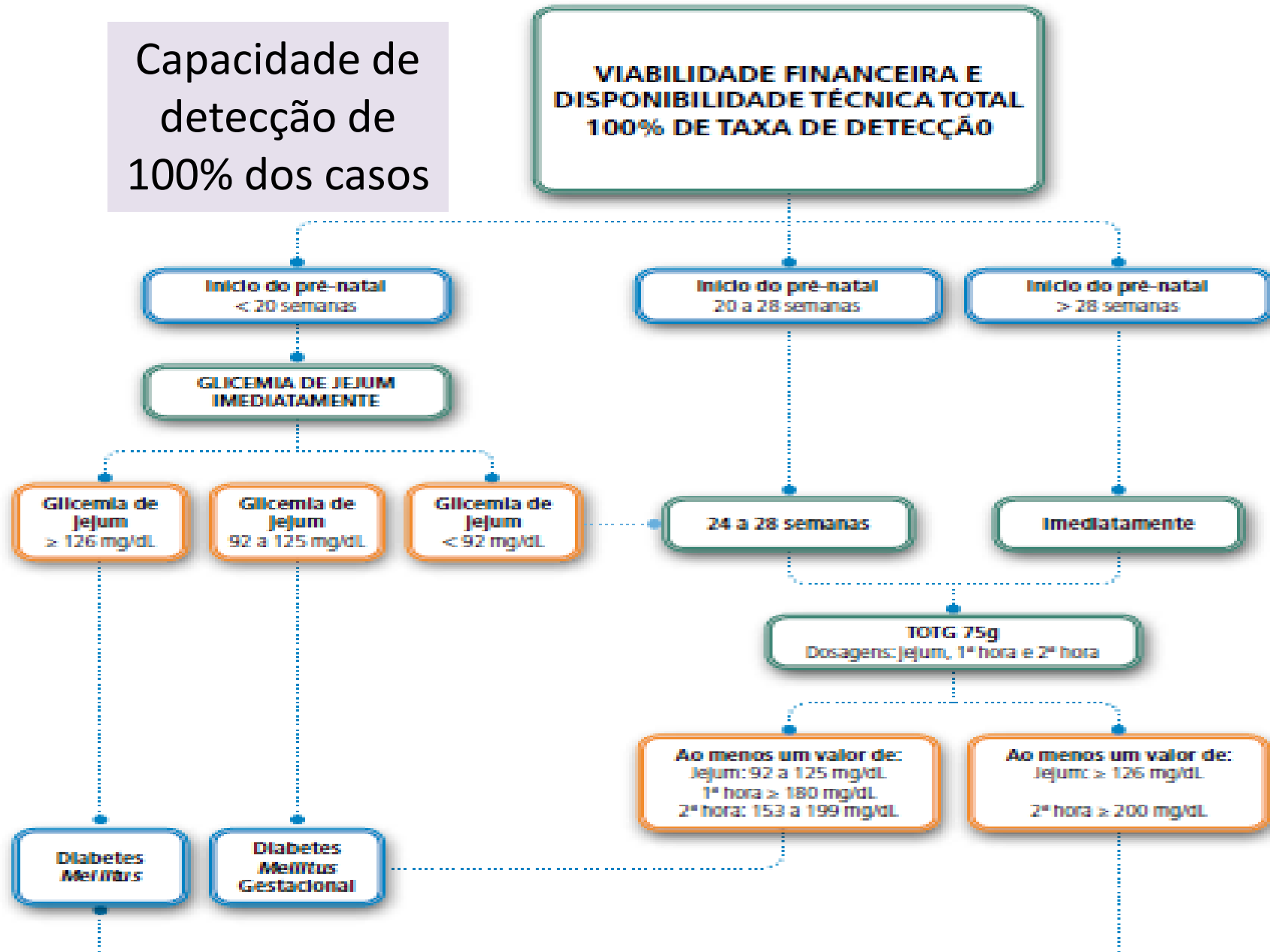
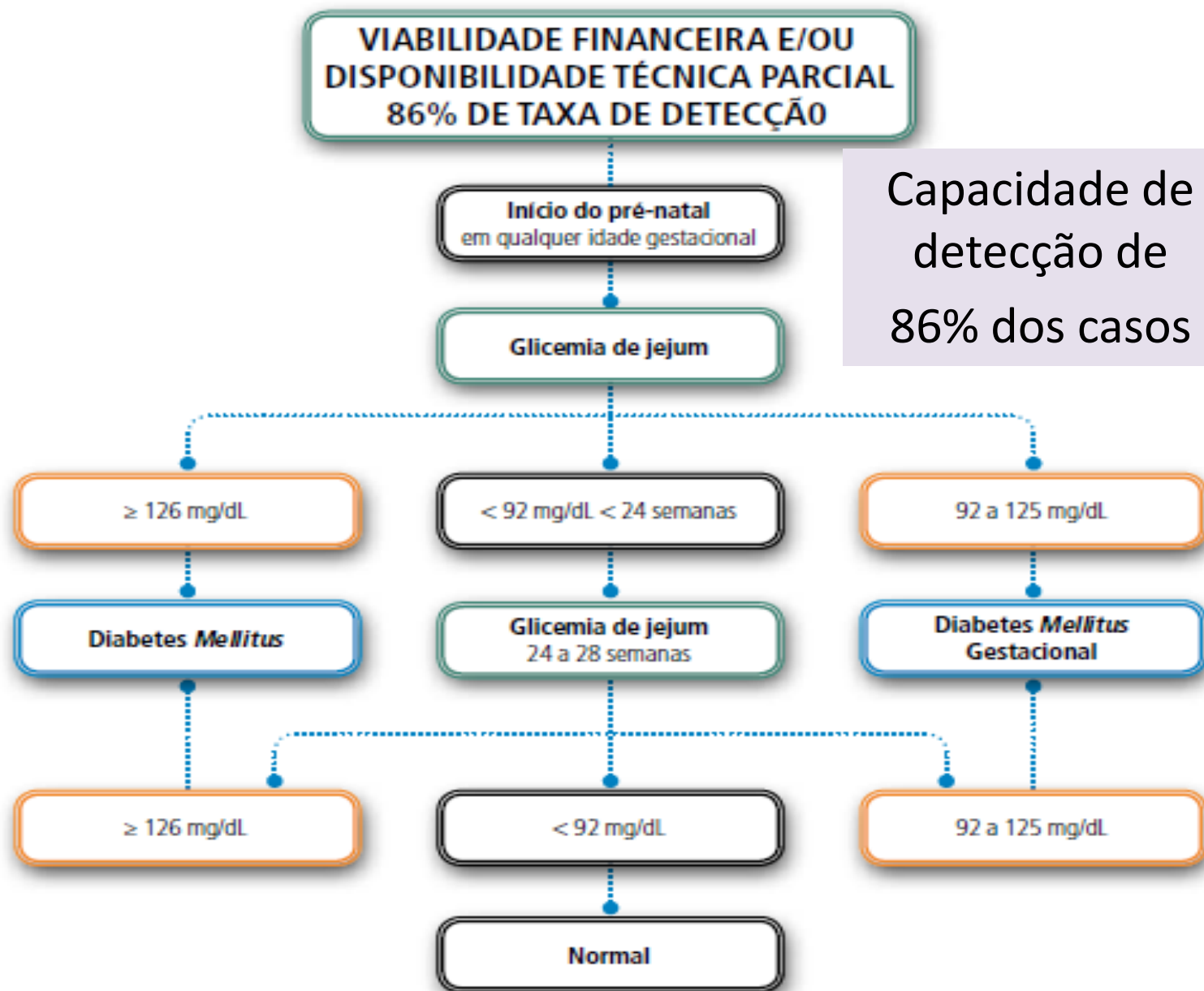
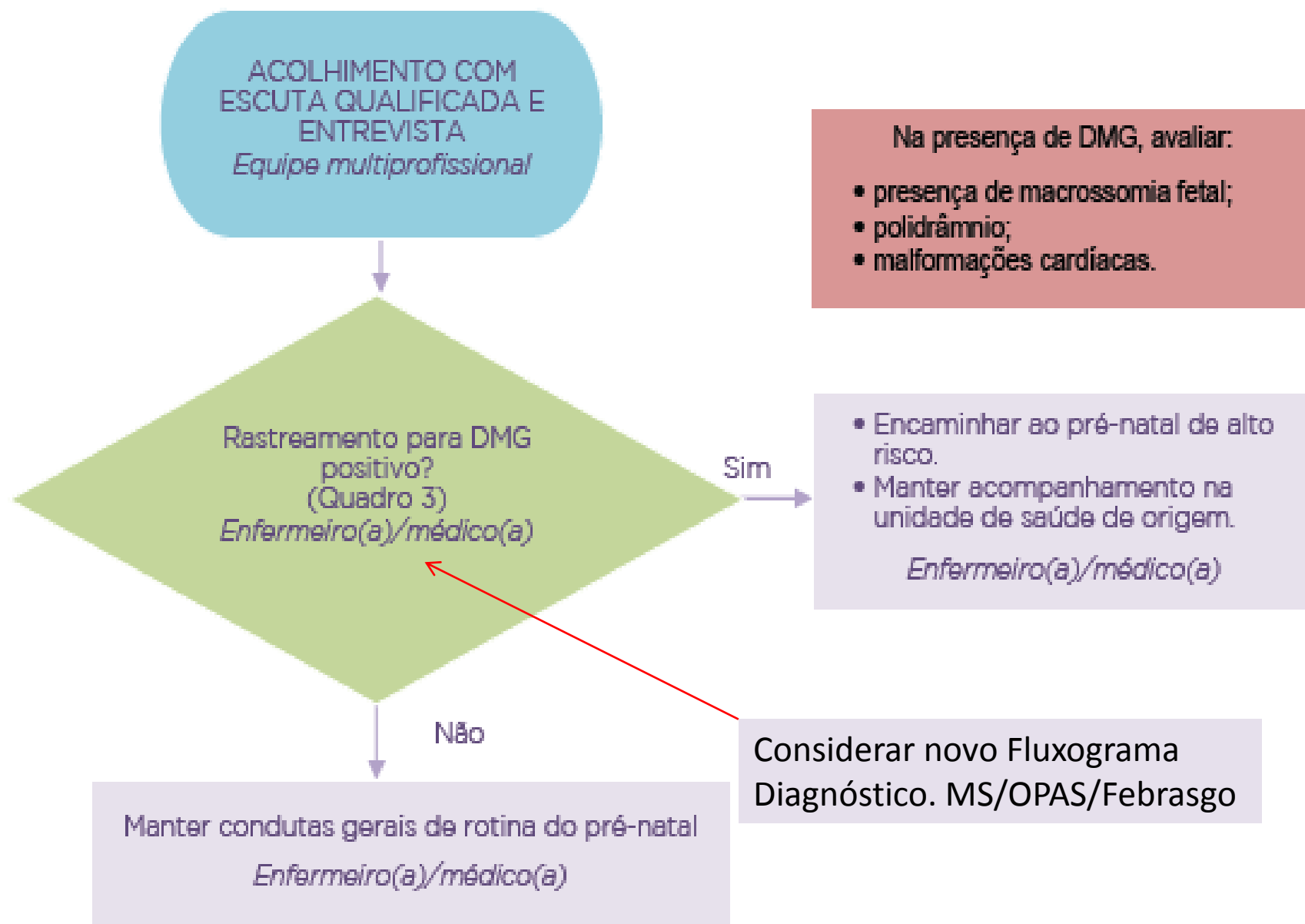


Figura 3. Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial



Fluxograma 11 – O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)^{2,7}



Manifestação do DMG:

- idade de 35 anos ou mais;
- sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- deposição central excessiva de gordura corporal;
- baixa estatura ($\leq 1,50$ m);
- crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso $\geq 4,5$ kg) ou DMG;
- história familiar de DM em parentes de 1º grau;
- síndrome de ovários policísticos.

Recomendações

- Para a maioria das gestantes, o DMG responde bem somente com o controle alimentar, baseado nos mesmos princípios de uma alimentação saudável, com exercícios físicos e com suspensão do fumo.
- Algumas mulheres, entre 10% e 20%, necessitarão usar Insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária, caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG.
- Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais.
- Na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves.
- O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais.
- Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia, cujo monitoramento pode ser realizado diariamente em casa, com uso de fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado – método ideal de controle.

O que fazer na anemia gestacional?



Fluxograma 6 – O que fazer na anemia gestacional^{2,7}

Fator de risco para Hemorragia Severa no Pós-parto, transfusão e morte!!!



A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

- Sulfato ferroso: um comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar.
- Administrar longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.
- Profilático: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto).
- Tratamento: quatro a seis comprimidos.
- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco.

Enfermeiro(a)/médico(a)

O que fazer nas síndromes hemorrágicas?

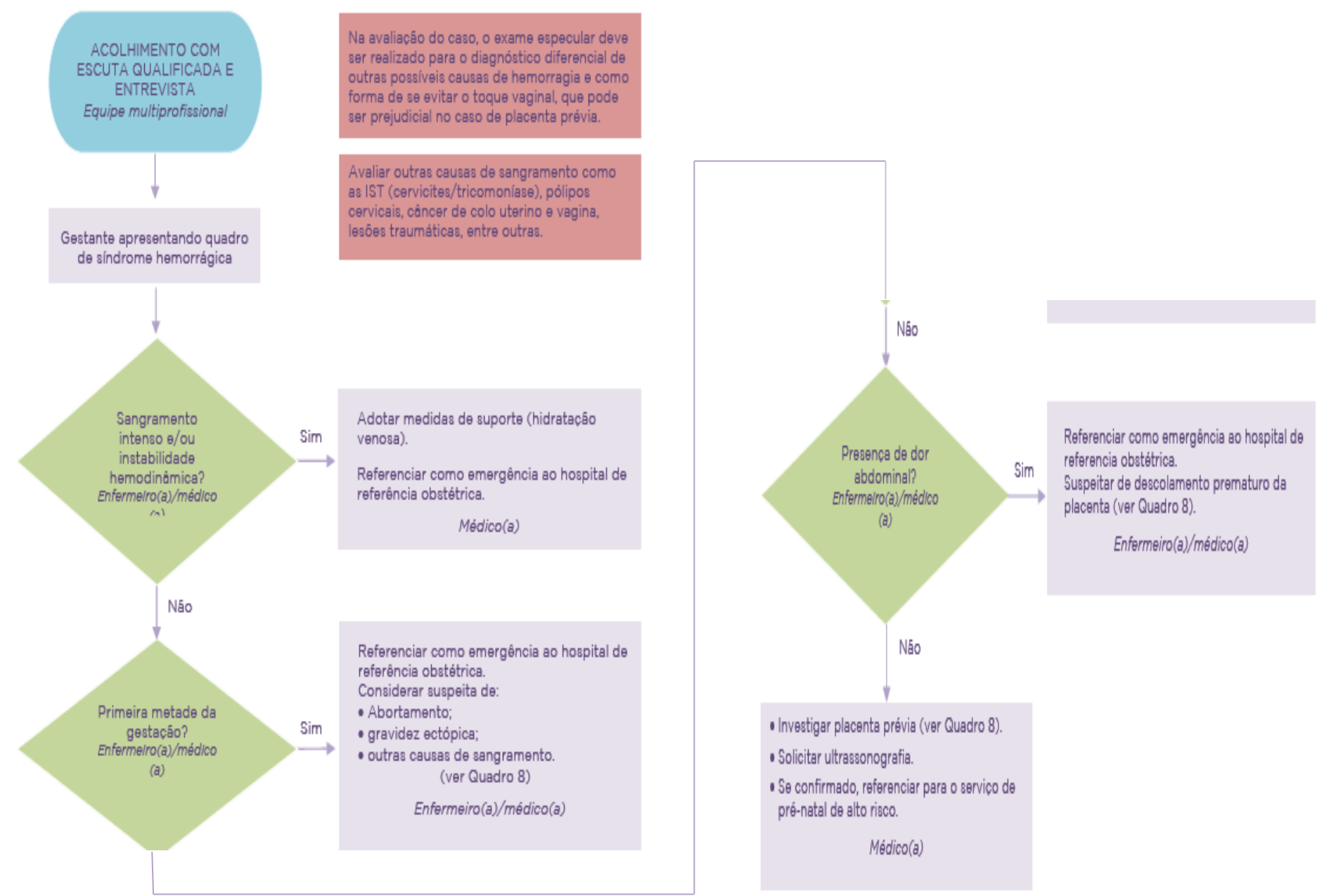
Placenta normal



Placenta com descolamento



Fluxograma 9 - O que fazer nas síndromes hemorrágicas^{2,7}



Obrigada

Área Técnica Da Saúde Da Mulher

Diretoria De Atenção Primária

Gerência Ciclos De Vida

Contato: 32182732