

PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL E INTERCORRÊNCIAS DE ALTO RISCO

Dr. Peterson Leandro Raymundo
Coordenador da GO da Maternidade de
Franco da Rocha
go.drpeterson@gmail.com

MOTIVOS

- ALTAS TAXAS DE MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL
- GRANDE NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA E NA GESTAÇÃO
- DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICAS FALHAS
- NECESSIDADE DE DISSEMINAÇÃO DE PROTOCOLOS, FLUXOS E TRATAMENTOS
- CARTEIRINHAS MAL PREENCHIDAS
- PACIENTES DESNECESSÁRIAS NO PSO
- INDICAÇÕES IMPRECISAS DE VIAS DE PARTO

OBJETIVOS DO TREINAMENTO

- DISCUTIR PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL
- HOMOGENIZAR E INTRINCAR OS PROTOCOLOS
- DISSEMINAR FLUXOS
- RELEMBRAR TRATAMENTOS
- MELHORAR PREENCHIMENTOS DE PRONTUÁRIO E CARTÃO DE PRÉ-NATAL
- REFORÇAR PAPEL DE GRUPOS DE GESTANTE E PLANEJAMENTO FAMILIAR
- DIMINUIR COMPLICAÇÕES EM GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO
- DIMINUIÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
- DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA
- DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL
- MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA
- ENCAMINHAR AO PSO SOMENTE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA

- HIPERTENSÃO
- HEMORRAGIAS
- COMPLICAÇÕES DE ABORTAMENTO
- CARDIOPATIAS
- INFECÇÃO PUERPERAL
- OUTRAS

OBJETIVOS DO PRÉ-NATAL

- AUMENTAR A PROTEÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE E DO BEBÊ
- PROMOÇÃO DE SAÚDE
- PREVENÇÃO DE DOENÇAS
- DETECÇÃO PRECOCE DE DOENÇAS
- REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES DE GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO
- REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO RECÉM-NASCIDO
- REDUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADES MATERNA E INFANTIL
- MELHOR QUALIDADE DE VIDA EM NÍVEL BIO-PSICO-SOCIAL

PRÉ-NATAL

- CONSULTAS COM MÉDICO E ENFERMEIRO S/N
- ATENDIMENTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR S/N
- INSERÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO DE TODOS OS FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE PARA O FUNCIONAMENTO DO PROJETO
- FORTALECIMENTO DO PACTO ENTRE NOVA FAMÍLIA E U.B.S.
- REALIZAÇÃO DE GRUPOS DE GESTANTES E PLANEJAMENTO FAMILIAR EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
- Importância de **GRUPO**

CAPTAÇÃO DA PACIENTE

- EM QUALQUER MOMENTO QUE COMPARECER À UBS
- DURANTE O TESTE DE GRAVIDEZ:
 - TESTES NEGATIVOS: Consultas ou grupo de planejamento familiar
 - TESTES POSITIVOS: Desencadeamento do processo
- FAZER BUSCA ATIVA DE GESTANTES FALTOSAS
- TER 1 FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELAS GESTANTES

PRIMEIRA CONSULTA

- MÉDICO OU ENFERMEIRO ??????
- ANAMNESE COMPLETA
 - queixa e duração
 - antecedentes pessoais
 - vacinação
 - antecedentes obstétricos
 - antecedentes familiares
 - I.S.D.A.
 - exame físico
 - hipótese diagnóstica
 - Conduta (ultrassonografia, ácido fólico e sulfato ferroso)
 - Assinar e carimbar
- Ver necessidade de encaminhar ao Planejamento Familiar

VACINAÇÃO E ODONTOLOGIA

- ENCAMINHAR 100 % DAS PACIENTES

CONSULTAS

- MENSAIS ATÉ 32 SEMANAS
- QUINZENAS DE 32 A 36 SEMANAS
- SEMANAIS DE 36 A 41 SEMANAS
- Até 15 dias após o parto

**NÃO EXISTE ALTA
DO PRÉ-NATAL**

- 40 SEMANAS, ENCAMINHAR PARA A MATERNIDADE PARA AVALIAÇÃO FETAL – CARDIOTOCOGRAFIA
- MANter CONSULTAS SEMANAIS
- 36 SEMANAS – ≥ 2 CESÁREAS ANTERIORES – ENCAMINHAR PARA MARCAÇÃO DE PARTO NA MATERNIDADE

GRÁFICO GANHHO DE PESO

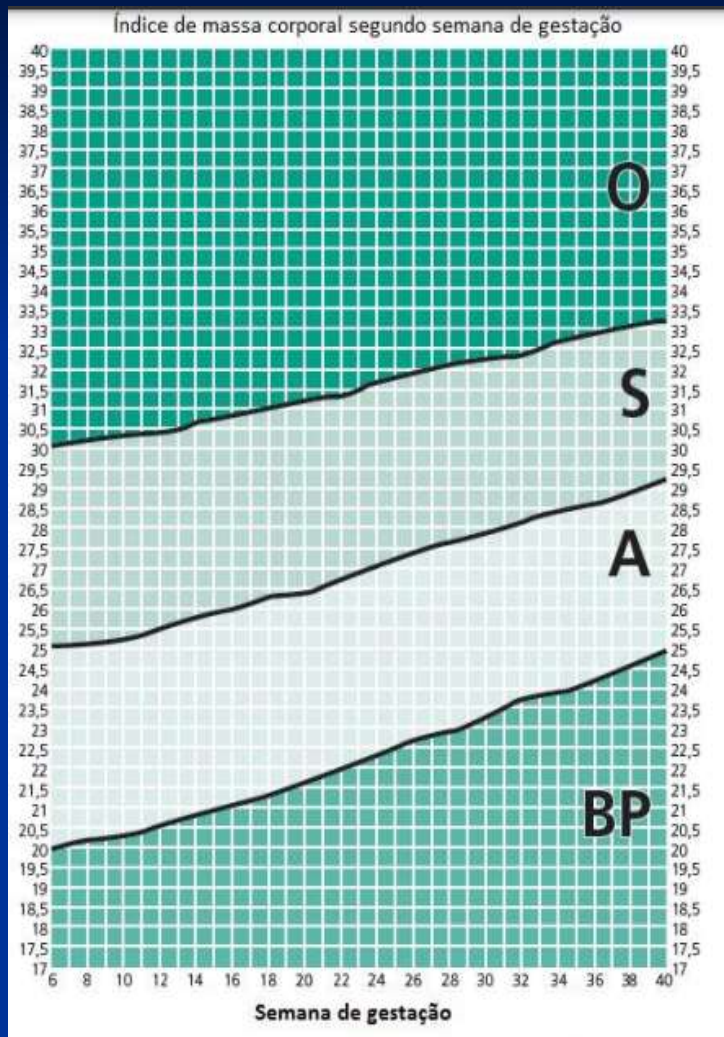
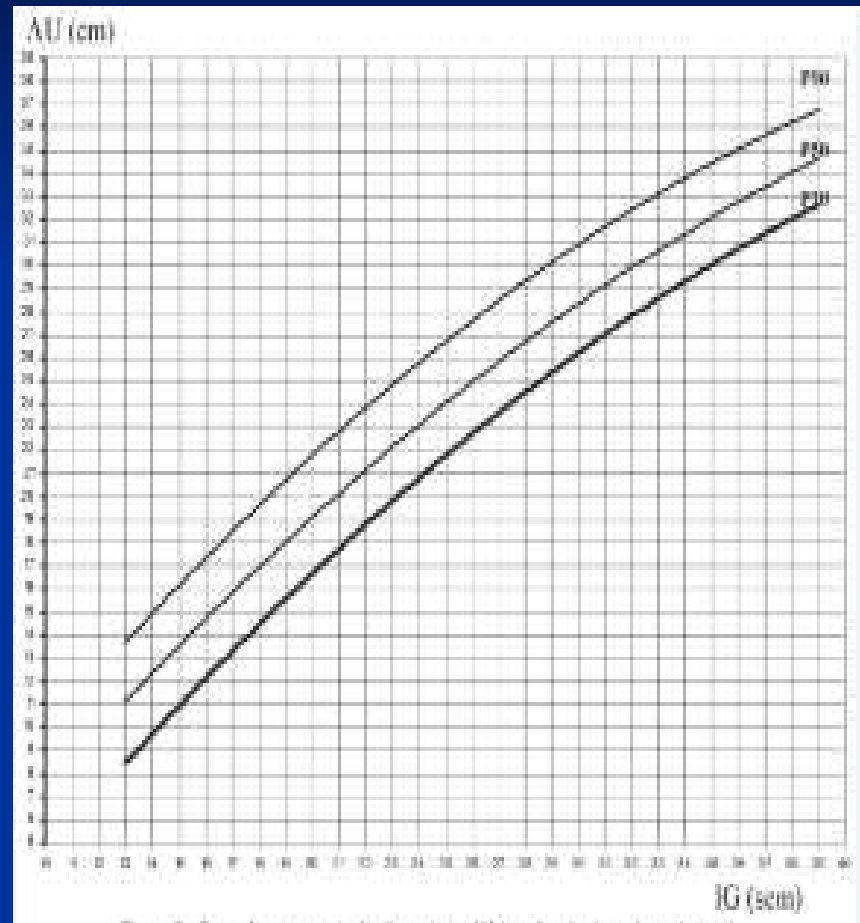


GRÁFICO ALTURA UTERINA



PRIMEIROS EXAMES

- SANGUE:
 - Hemograma completo
 - Glicemia
 - TSH e T4 livre
 - Tipagem sanguínea (coombs indireto para gestante Rh negativas e pais Rh positivos ou desconhecidos)
 - SOROLOGIAS: Toxoplasmose, H.I.V, H.T.L.V., V.D.R.L., Anti HCV e HBsAg E Anti HBc
- URINA: Urina 1, Urocultura e Antibiograma
 - LEMBRAR BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA
 - TRATAR E REPETIR EXAME – CEFALEXINA 1 G 6/6/ HORAS
- FEZES: P.P.F.
- COLPOCITOLOGIA ONCOLÓGICA (PAPANICOLAU)
-12 a 34 semanas
- ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA
- Outros s/n

OUTROS EXAMES OBRIGATÓRIOS

■ SEGUNDO TRIMESTRE

- Hemograma, glicemia, TSH E T4 livre, V.D.R.L., H.I.V, urocultura com antibiograma
- Toxoplasmose se susceptível
- 24 semanas Teste de Tolerância à Glicose (TTOG) 75 gramas, 0, 1h e 2 h (normal – <92, <180 e <153 ng/dl)

■ COM 35 SEMANAS:

- Urocultura com antibiograma
 - Hemograma, glicemia, TSH E T4 livre, V.D.R.L., H.I.V, urocultura com antibiograma
 - Toxoplasmose se susceptível
 - Cultura de secreção vaginal e anal para *streptococcus agalactie* (grupo B)
- ## ■ ULTRASSONOGRAFIAS

ULTRASSONOGRAFIAS

- NA GESTAÇÃO NORMAL
 - O 1º MAIS PRECOCE POSSÍVEL

EM CASOS ESPECIAIS:

- MORFOLÓGICO 1º TRIMESTRE – 12 A 14 semanas – casos de Down na família e gestantes com mais de 40 anos
- MORFOLÓGICO DE 2º TRIMESTRE – 20 a 24 semanas – malformações anteriores ou doenças de base

MEDICAMENTOS

- **ÁCIDO FÓLICO 5 MG** – 1 cp ao dia até 12 semanas – fechamento tubo neural.

+ que 12 semanas apenas em casos moderados de anemia

- **SULFATO FERROSO 40 MG** – 1 cp 40 minutos antes do almoço com suco ácido – Polivitamínico s/n

- **Carbonato de cálcio 500 mg:**

Baixo risco: 1 cp 1 vez à noite– Desde o diagnóstico até 36 semanas

Alto risco: 2 cp 1 vez à noite– Desde o diagnóstico até o parto

- **A.A.S. 100 mg** – 1 cp após almoço – 12 a 36 semanas **para QUALQUER ALTO RISCO**

STREPTOCOCCUS AGALACTIE

- CAUSA MAIS FREQUENTE DE SEPSIS NEONATAL
- COLHER COM 35 SEMANAS
- SEM BANHO E SEM EVACUAR
- VAGINA: 2 CM
- RETO: 0,5 CM

STREPTOCOCCUS AGALACTIE

- CULTURAS VAGINAIS E RETAIS POSITIVAS: NÃO TRATAR NO PRÉ-NATAL.
- CULTURA URINA POSITIVA: TRATAR
 - AMPICILINA 500 MG V.O. 6/6 H – 10 DIAS

FECHAMENTO DO PRÉ-NATAL

- AVALIAR PACIENTE
- AVALIAR ALEITAMENTO
- CHECAR FICHA DE ALTA E CARTEIRA DE PRÉ-NATAL
- MARCAR GRUPO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
- MARCAR COLPOCITOLOGIA ONCOLÓGICA

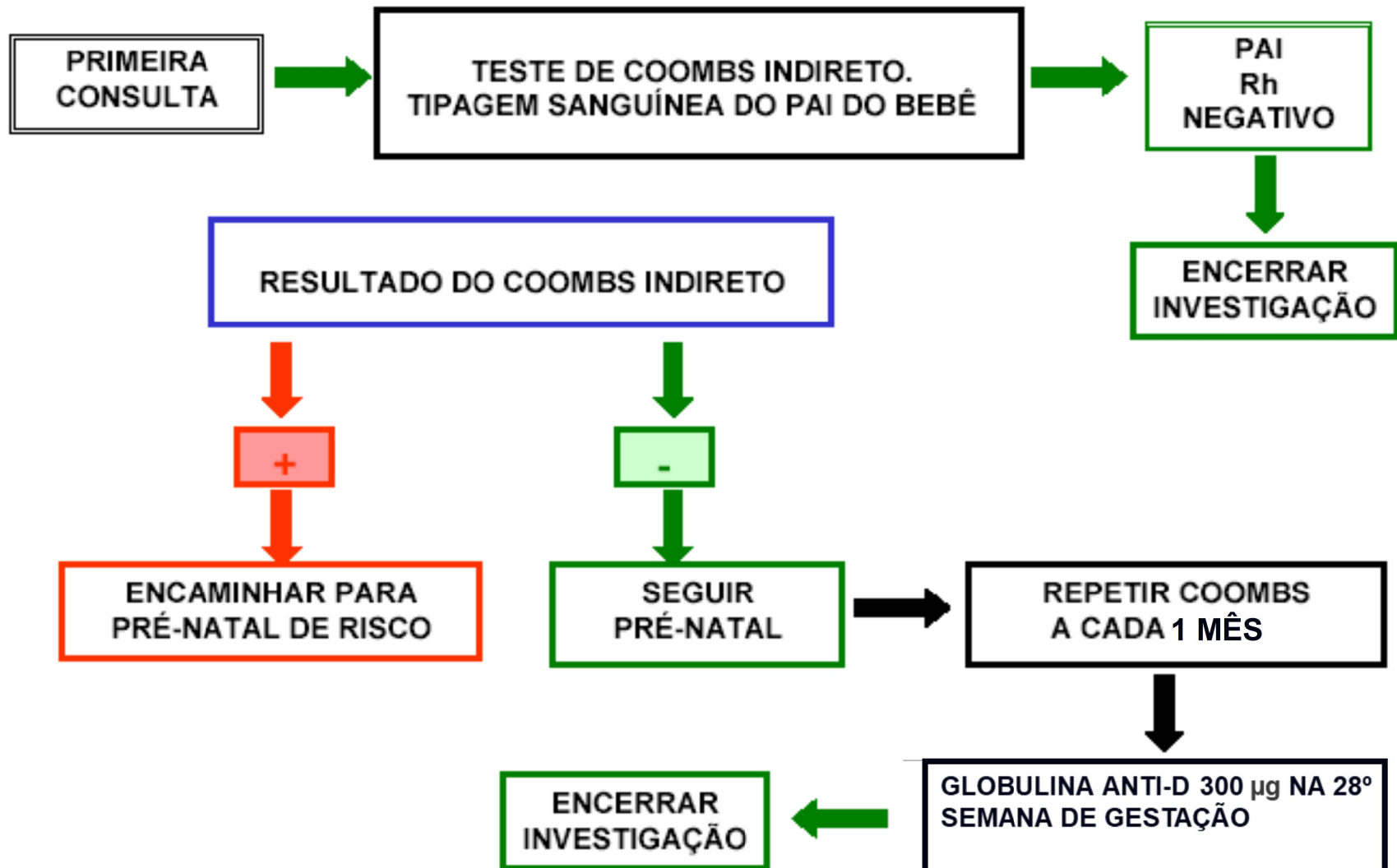
INTERCORRÊNCIAS

- ORIENTAR POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS
- PROCURAR MATERNIDADE REFERENCIADA
- LEVAR CARTÃO DE PRÉ-NATAL
- LEVAR EXAMES
- CARDIOTOCOGRAFIAS NAS MATERNIDADES

TRIAGEM E TRATAMENTOS

- RH NEGATIVOS
- HAS E DHEG
- DIABETES MELLITUS/GESTACIONAL
- TOXOPLASMOSE

GESTANTES Rh NEGATIVO



H.A.S. E D.H.E.G.

- Aumento progressivo de pressão arterial.
- $\geq 140 / 90$ mmHg
- Aferir pressão 1 a 2 vezes ao dia, sentada com 20 minutos de descanso e pernas descruzadas.

H.A.S. E D.H.E.G.

- INICIAR TRATAMENTO: (1º opção)
 - METILDOPA 250 MG V.O. 8/8 H – MÍNIMO
 - METILDOPA 500 MG V.O. 6/6 H – MÁXIMO
 - INTERVALO MAIOR: 8 HORAS

Quando 1 grama – 250 mg a cada 6 horas – não fazer 500 mg a cada 12 horas.

- Outras opções:
- Anlodipino 5 a 20 mg ao dia
- Nifedipino até 60 mg ao dia
- ENCAMINHAR AO ALTO RISCO

DIABETES GESTACIONAL

- FAZER GLICEMIAS DE JEJUM NOS 3 TRIMESTRES
- NÃO PEDIR HB GLICADA
- SOLICITAR TTOG (OU CURVA GLICÊMICA) 75 G COM 24 A 26 SEMANAS DE GESTAÇÃO - JEJUM, 1 HORA E 2 HORAS

DIABETES GESTACIONAL

- GLICEMIA DE JEJUM ≥ 92 NG/DL
- TTOG COM 1 PARÂMETRO ALTERADO
 - JEJUM ≥ 92 NG/DL
 - 1 HORA ≥ 180 NG/DL
 - 2 HORAS ≥ 153 NG/DL

Jejum alterado não precisa fazer TTGO – JÁ É DMG

DIABETES GESTACIONAL

- ORIENTAR DIETA
- CAMINHADA 30 MINUTOS AO DIA
- ORIENTAR FAZER GLICEMIA CAPILAR (DEXTRO) 4 VEZES AO DIA
 - JEJUM
 - 1 HORA APÓS CAFÉ DA MANHÃ
 - 1 HORA APÓS ALMOÇO
 - 1 HORA APÓS JANTAR

DIABETES GESTACIONAL

■ DIETA:

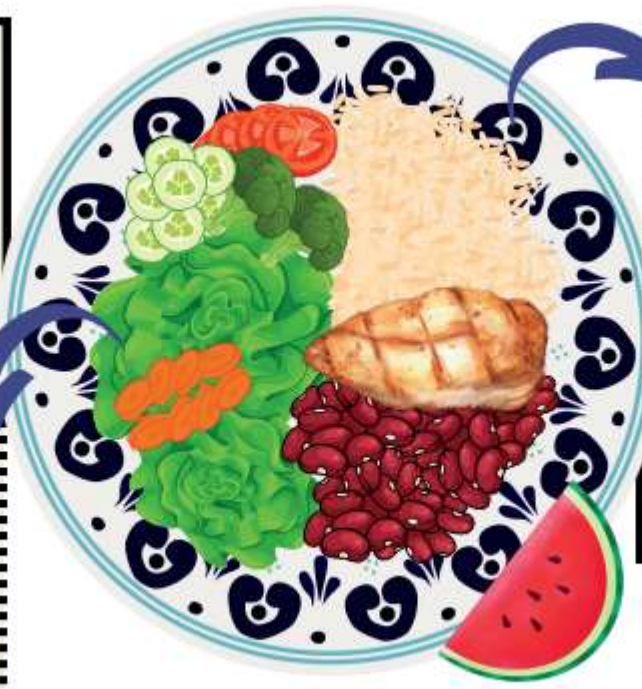
- EVITAR CARBOIDRATOS E AUMENTAR PROTEÍNAS – FEIJÃO
- CAFÉ DA MANHÃ, LANCHE, ALMOÇO, LANCHE, JANTAR E CEIA
- MÁXIMO 2 FRUTAS AO DIA – FRUTAS GRANDES = 1 XÍCARA
- CUIDADO COM SUCO DE LARANJA
- SUCO SEMPRE COM ÁGUA
- ADOÇANTE STEVIA, ASPARTAME OU SUCRALOSE

DIABETES GESTACIONAL

■ DIETA:

SAÚDE

Coma menores volumes, mais vezes ao dia! E tenha atenção ao ganho de peso durante a gestação. Mas sem fazer dietas de emagrecimento, ok?



The infographic features a central plate of food with a decorative blue and white border. The plate contains a variety of items: a slice of watermelon, a piece of grilled fish, a portion of red beans, a serving of green salad with cucumbers and tomatoes, and a small pile of brown rice. Arrows point from the plate to four text boxes: one at the top left, one at the bottom left, one at the top right, and one at the bottom right. A small chocolate bar icon is located in the top left corner of the infographic area.

Doces, sobremesas e açúcar de adição aumentam o açúcar no sangue mais rapidamente. Então tente comer só de vez em quando e em pequenas quantidades.

Adoçantes nem sempre são necessários. Moderar no açúcar já é um bom caminho!

Alimentos ricos em fibras (frutas, verduras, legumes, feijões, aveia), proteínas (carnes magras, ovos, leite, feijões) e gorduras boas (azeite ou óleo composto) diminuem a absorção rápida de açúcar no sangue.

Evite EXAGERAR nos alimentos fonte de carboidratos (pão, macarrão, biscoitos, bolos, tapioca, cuscuz, arroz, batata).

Não é necessário excluí-los! Tente manter a proporção do desenho para que caibam no mesmo espaço.

Frutas possuem seu próprio açúcar, a frutose. Procure distribuí-las ao longo do dia, evitando sucos e não passando de 3 frutas no total.

Evite líquidos durante as refeições e bebidas alcóolicas.

Sempre que possível, descasque mais (+alimentos naturais) e desembale menos (- alimentos industrializados)!

DIABETES GESTACIONAL

■ DEXTROS

DIA	JEJUM	1 HORA APÓS CAFÉ DA MANHÃ	1 HORA APÓS ALMOÇO	1 HORA APÓS JANTAR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

■ A PARTIR DA PRIMEIRA BOCADA

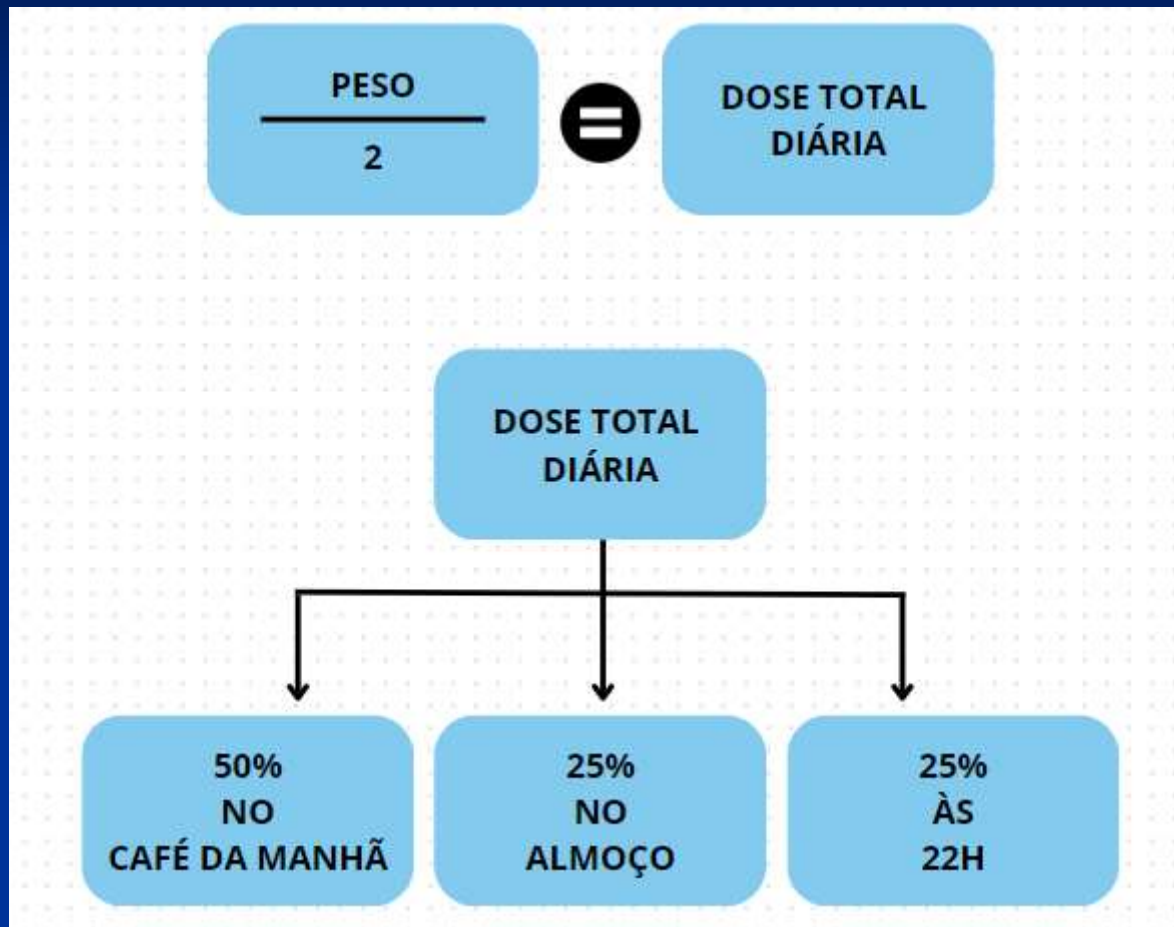
AVALIAÇÃO DE DEXTROS

- JEJUM < 95 NG/DL
- PÓS PRANDIAIS < 140 NG/DL
- SE 30 % ALTERADOS – INICIAR INSULINA NPH
- NÃO HÁ APROVAÇÃO DE USO DE HIPOGLICEMIANTE ORAIS

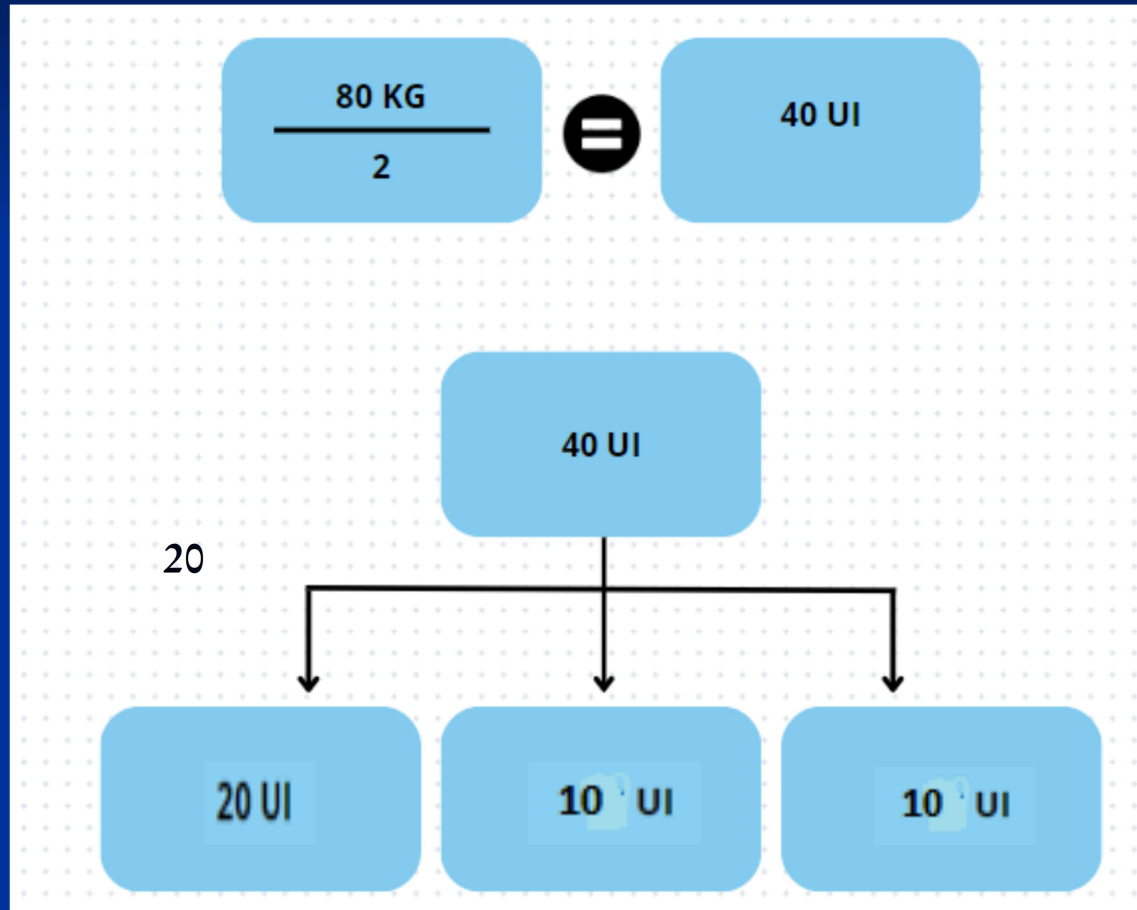
AVALIAÇÃO DE DEXTROS

- CONTROLE COM DIETA E EXERCÍCIOS
 - FAZER EM DIAS ALTERNADOS
- INSULINODEPENDENTES:
 - FAZER TODOS OS DIAS
- APÓS O PARTO RETIRAR INSULINA OU VOLTAR HIPOGLICEMIANTE PARA DM PRÉVIOS

DOSE DE INSULINA NPH



DOSE DE INSULINA NPH

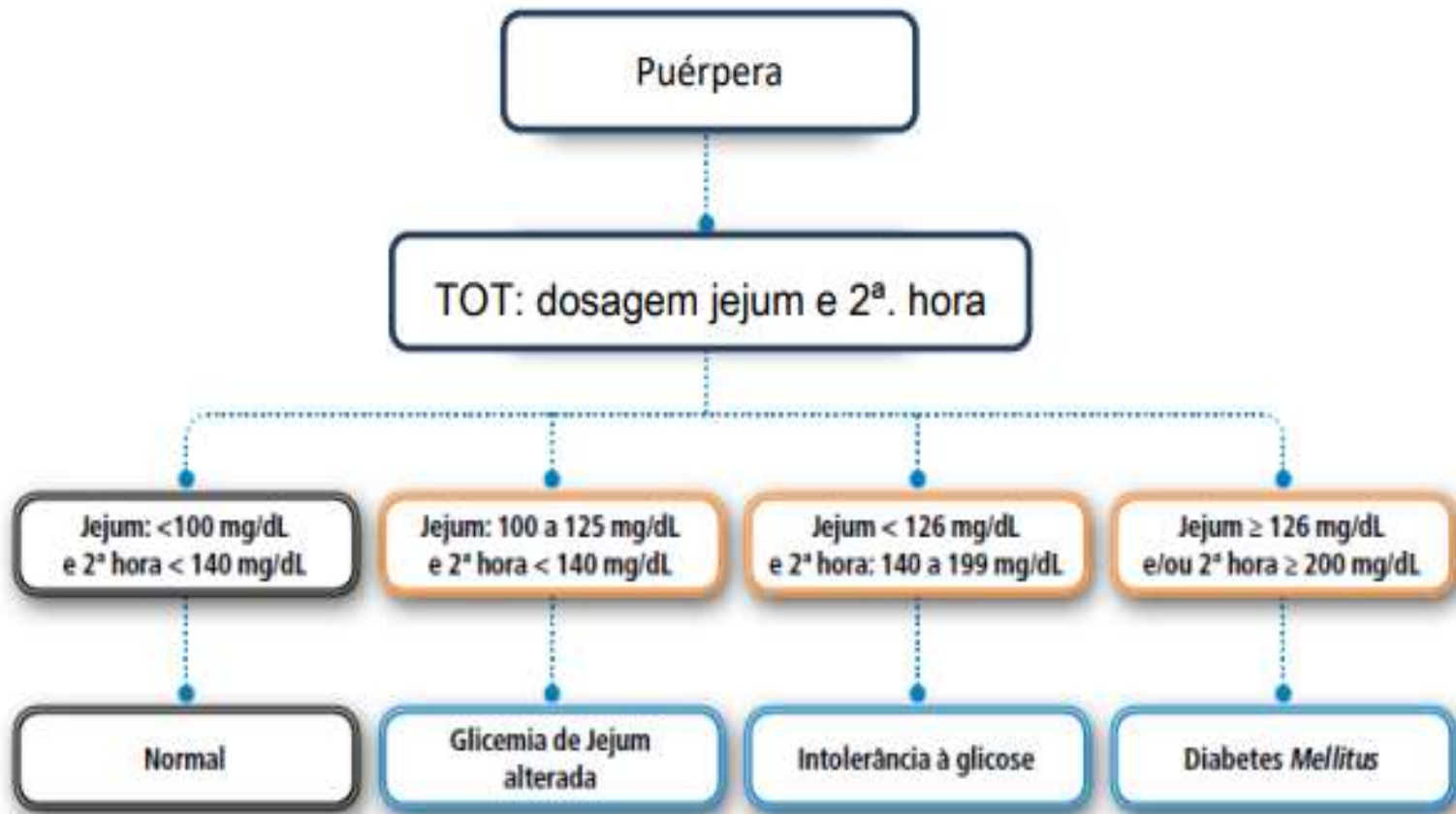


O EFEITO DA INSULINA É
AVALIADO DEPOIS DE 6
HORAS

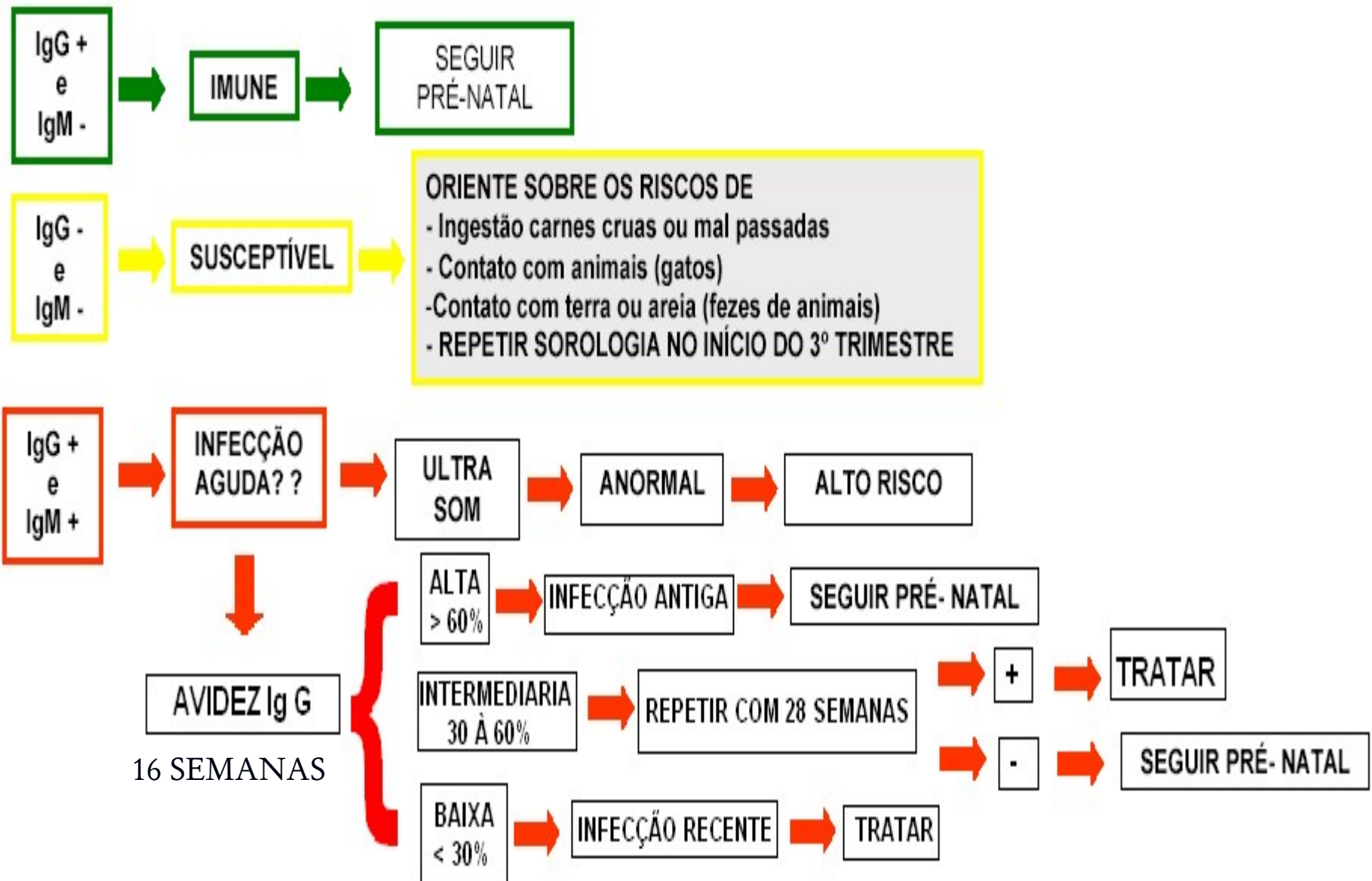
ENTÃO:
FAZER A DOSE
INDEPENDENTE DO
DEXTRO

SEGUIMENTO PÓS PARTO

TTOG 6 SEMANAS APÓS O PARTO



TOXOPLASMOSE



TOXOPLASMOSE



INTERPRETAÇÃO RESULTADOS

➤ **IgG e IgM não reagentes:**

Gestantes suscetíveis:

- orientação quanto ao risco de adquirir infecção aguda na gestação;
- medidas higienodietéticas;
- devem repetir a sorologia, idealmente, todos os meses ou, no máximo, com intervalo de dois meses para detectar precocemente uma soroconversão;

➤ **IgG reagente e IgM não reagente:**

Gestantes compatível com infecção pregressa adquirida há, pelo menos, seis meses:

- **Não é recomendado repetir a sorologia para toxoplasmose**
- Manter as orientações higiênicas e dietéticas;
- Sorologia realizada tardiamente na gestação, não exclui uma infecção aguda ocorrida no início;

INTERPRETAÇÃO RESULTADOS

➤ IgM reagente, *independente do resultado do IgG*

Gestante com infecção aguda

- Iniciar tratamento;

INTERPRETAÇÃO RESULTADOS

➤ IgM reagente ou indeterminado e IgG não reagente

- Iniciar o tratamento com espiramicina;
- Repetir a sorologia em duas a três semanas, se a **repetição da sorologia mantiver IgG não reagente**, então trata-se de **falso positivo de IgM**, neste caso **recomenda-se suspender a espiramicina** e conduzir a **gestante** como **suscetível**;
- Se na repetição da sorologia **positivar o IgG**, **confirma** a infecção aguda materna por *T. gondii*;
- Mantém a espiramicina ou esquema triplice, de acordo com a idade gestacional;

INTERPRETAÇÃO RESULTADOS

➤ IgM e IgG ou reagentes

Gestantes com Infecção aguda

- Iniciar o tratamento imediatamente;
- IG maior ou igual 16 semanas: espiramicina e teste de avidéz da mesma amostra, se possível;

❖ ALTA AVIDEZ + IG abaixo de 16ª semana:

- ✓ descarta infecção tenha ocorrido na gestação em curso e suspende a espiramicina;
- ✓ mantém a gestante no serviço de referência em gestação de alto risco;
- ✓

❖ AVIDEZ BAIXA ou INTERMEDIÁRIA:

- ✓ GESTANTE com infecção aguda
- ✓ Mantém a espiramicina e encaminha para o serviço de referência em gestação de alto risco;
- ✓

❖ AVIDEZ EM IG maior de 16ª semanas:

- ✓ o resultado de avidéz não modifica a conduta;
- ✓ GESTANTE com Infecção aguda;

OBS: Para gestantes com Infecção aguda é necessário realizar o PCR em tempo real no líquido amniótico, que pode ser feito a partir da 18ª semana de gestação.

Todos os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser notificados

TRATAMENTO

(IG) IDADE GESTACIONAL	TRATAMENTO (1ª ESCOLHA)	TRATAMENTO (2ª ESCOLHA)	TRATAMENTO (3ª ESCOLHA)	TRATAMENTO (4ª ESCOLHA)	CRITÉRIO DE CURA
TRATAMENTO MATERNO (indicada quando a sorologia é reagente, até 16ª semana de gestação) INFECÇÃO AGUDA	Espiramicina 500mg 2 comprimidos de 8/8 horas	Outras drogas foram estudadas para uso no 1º trimestre da gestação. A AZITROMICINA , embora possa ser utilizada no 1º trimestre, não foi avaliada para toxoplasmose	NÃO DISPONÍVEL	NÃO DISPONÍVEL	NEGATIVAÇÃO DA SOROLOGIA
TRATAMENTO FETAL (indicação para gestantes com idade superior a 16ª semana de gestação)	Sulfadiazina 500mg (2 comprimidos de 8/8 horas) + Pirimetamina 25 mg 2 comprimidos ao dia + Folinato de Cálcio 15 mg 1 comprimido ao dia, durante todo o período de uso da pirimetamina até uma semana após sua interrupção (monitorar com hemograma)	FANSIDAR (Sulfadoxina 500mg + pirimetamina 25 mg + Folinato de Cálcio) Dose do FANSIDAR : (2 comprimidos por semana) (PEYRON, 2019)	Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprim 80mg (2 comprimidos de 12/12horas) Ou apresentação reforçada Sulfametoxazol 800 mg + Trimetoprim 160mg (1 comprimidos de 12/12horas) e Espiramicina 500 mg (2 comprimidos de 8/8 horas) (VALENTINI, 2015)	AZITROMICINA (250MG/DIA) + Pirimetamina 25 mg (50 mg/dia) + Folinato de Cálcio (PEYRON, 2019)	NEGATIVAÇÃO DA SOROLOGIA

Fonte: Nota Técnica nº 446/2020 do Ministério da Saúde

“Marcou muito a idéia de que cada um sozinho pode até virar estrela se quiser, mas que o mérito está no que se faz quando todos tocam a mesma partitura.”

Ricardo Semler

MUDE,
MAS DEVAGAR,
PORQUE A DIREÇÃO
É MAIS IMPORTANTE
QUE A VELOCIDADE

EDSON MARQUES

MUITO OBRIGADO

