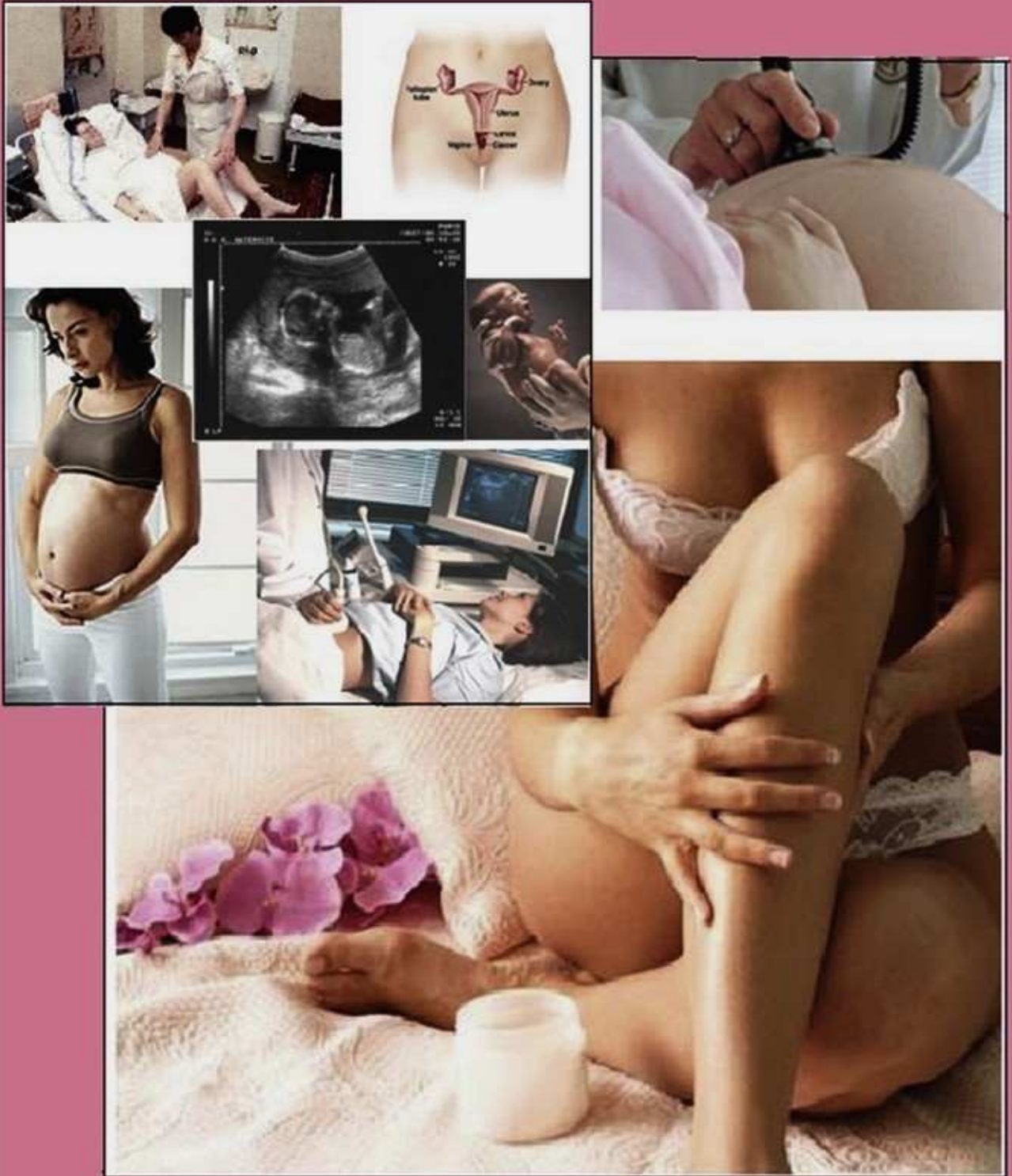


GINECOLOGIA E OBSTETRICIA



MEDICAL - GUIDES LTDA

MÓDULO - SAÚDE DA MULHER

CHECK-LIST



Rodrigo S. Augusto - 2013

MODULO SAUDE DA MULHER

DOR PELVICA:

- Aguda; inicio súbito e abrupto.
- Crônica; dor não cíclica com duração maior que 6 meses
- Cíclica; dor recorrente relacionada a um período do ciclo, ex; dor menstrual ou dor do meio (dor do meio-ciclo, período ovulatório, onde há contato de liquido do folículo ovulatório com a cavidade peritoneal. Má formações, endometriose, adenomiose.

AGUDA: geralmente envolvem vários aparelhos e sintomas podendo ter origem fora do aparelho genital feminino; Aguda, Intensa e que geralmente faz o paciente procurar atendimento imediato.

PRINCIPAIS CAUSAS: (G.O)

ENDOMETRIOSE; presença de tecido endometrial e glandular fora da cavidade uterina. OCORRE EM IDADE REPRODUTIVA. Ataca 5-10% das mulheres, tem uma prevalência de 80-90% nas mulheres com dor pélvica

Etiopatogênia: Existem varias teorias;

- Transplantação/metastática: ocorre um refluxo do endométrio durante a menstruação (via circulação ou linfática) onde as células do endométrio migram. Ex: endometriose; umbilical, retro-peritoneal.

- Metaplasia (transformação do epitélio) do tecido ovariano e peritoneal em endométrio. Porém esta teoria é pouco aceita.

Diagnostico: clinico (sinais e sintomas: Dor pélvica, dispareunia, dismenorreia). Confirmatório com US.

SALPINGITE: inflamação das trompas, comum em mulheres sexualmente ativas e que também pode resultar em infecção da cavidade abdominal.

TORÇÃO DE ANEXOS; pode envolver cistos, massas ou hidrossalpingite.

MIOMAS EM DEGENERAÇÃO: tumores benignos que atinge mulheres na faixa 30-50 anos mas podem surgir a partir da menarca. Alterações hormonais e excesso de peso podem desregular a função endócrina gerando fator de risco para a patologia

GRAVIDEZ ECTOPICA: implantação anormal do blastocisto, geralmente na trompa ou até em cavidade abdominal.

ABORTAMENTO: infecção séptica

CAUSAS GASTRO-INTESTINAIS

APENDICITE: inflamação apêndice, causando dor aguda em fossa ilíaca direita com irradiação para região epiástrica.

DIVERTICULITE: inflamação dos divertículos (evaginação do epitélio colônico) do intestino grosso. Geralmente no sigmoide. Podem ser obstruídos por fezes ou alimentos não digeridos desencadeando processo inflamatório e infeccioso

Características: dor pélvica aguda, febre, prurido...

LINFEDEMA VENEREO; doença bacteriana sexualmente transmissível (clamydia trachomatis) com inflamação do sistema linfático, hipertrofia vulvar

OBSTRUÇÃO INTESTINAL

CAUSAS UROGENITAIS

CISTITE: infecção bacteriana da bexiga e trato urinário inferior
Características; disúria, sangramento, ardência, piúria.

PIELONEFRITE: infecção urinária ascendente que atinge a pelve renal.

Características: febre, piúria, polaciúria.

NEFROLITIASE: formação de cálculos.

Dieta rica em Na e proteínas, distúrbios metabólicos, etc...

OBSTRUÇÕES

Quadro 2. Causas de dor pélvica aguda e cíclica, de acordo com Rappin ¹			
Obstétricas	Ginecológicas intermitentes		Ginecológicas cíclicas
	Doença inflamatória pélvica aguda		
	Endometriose		
	Hemorragia ovárica intraquística		
Gravidez ectópica	Ruptura de quisto ovárico		Dismenorreia primária
Abortamento	Torção anexial		Dismenorreia secundária
Doença do trofoblasto gestacional	Síndrome de hiperestimulação ovárica		Mittelschmerz
	Torção ou degenerescência de mioma		
	Síndromes malformativas obstrutivas		
	Traumatismo pélvico		
	Vulvovaginite, bartholinite, vulvodínia		
Urológicas	Gastrointestinais	Musculoesqueléticas	Outras
	Gastroenterite		
	Apendicite		
	Diverticulite		
Cistite	Doença inflamatória intestinal		Portia aguda
Pielonefrite	Síndrome do cólon irritável		Tromboflebite aguda
Litase	Oclusão intestinal		Aneurisma aórtico
		Hernia	Angina abdominal

DOR PELVICA Crônica partir de 3-6 meses

ETIOLOGIA:

ENDOMETRIOSE

ADERENCIA: quando um tecido de qualquer órgão toca o peritônio, irritando-o. ocorre geralmente quando um processo inflamatório forma uma massa de tecido cicatricial entre os órgãos.

DIP-DOENÇA INFLAMATORIA PELVICA.

Infecção bacteriana comum em mulheres em idade reprodutiva, sexualmente transmissível. As sequelas incluem transtornos como; risco de gravidez ectópica, infertilidade por fator tubário, DPC, necessidade de múltiplas internações e cirurgias.

Caracteriza-se como infecção ascendente que acomete vagina, colo, endométrio e trompas, causadas em sua maioria por Clamydias e gonococos, micoplasma hominis e ureaplasma, sendo fator de risco para DST's. É raro em mulheres que não menstruam.

As mulheres usuárias de DIU apresentam maior incidência de DIP associada a ACTINOMYCES ISRAELI

Também podem estar associadas a bactérias da flora vaginal não-pertencentes às DST's (bacterioides, peptostreptococos, gardnerella, e. coli, streptococos B-hemolíticos do grupo A)

Em geral, a ascensão ocorre quando há infecção do colo, diminuindo o muco cervical (maior barreira), ocorrendo então destruição da endosalpíngite e formação de exsudato purulento resultando em pelviperitonite. Para proteger a pelve superior as fimbrias se fecham, formando PIOSALPÍNGITE, envolvendo o ovário e formando abscessos tubo-ovarianos.

Podemos citar alguns fatores que contribuem para a ascensão bacteriana:

- 1- Instrumentação uterina
- 2- Alterações hormonais que levam a modificação cervical
- 3- Menstruação retrograda
- 4- Virulência dos M.O

QC; DOR PELVICA e as vezes febre ligada ao agente

Dx; clínica + US

Tx: tratar infecção (antibioticoterapia), alívio dos sintomas e prevenir complicações.

Geralmente a antibióticoterapia soluciona grande parte do transtorno:

TX ambulatorial CEFOXITINA 2g, IM, Dose única + PROBENICIDA 1g, VO, dose única + DOXICICLINA 100mg, VO, 12/12 por 14 dias

Tx hospitalar: gentamicina 60-80 mg, EV 8-8 horas + clindamicina 600-900 mg, EV, 8-8 horas + penicilina G cristalina 5 milhões UI, EV 4/4.

DISMENORREIA:

Iniciando pela puberdade, caracterizado pelo conjunto de modificações biológicas que ocorrem como consequência da maturação do SNC, RESULTANDO do aumento da secreção de esteroides sexuais pelas gônadas (GONADARCA) os quais promovem desenvolvimento das características sexuais secundárias e função reprodutora.

Então na puberdade ocorre decréscimo na sensibilidade do mecanismo retro-controle negativo da unidade hipotálamo-hipofisária aos esteroides sexuais e redução da influência dos centros inibitórios. Iniciando a pulsabilidade do GnRH. **Paradoxalmente** o GnRH em quantidades contínuas dessensibiliza a hipófise e inibe a puberdade.

Durante os 10-16 anos ocorrem inicialmente pulsos de LH durante o sono, decorrente de pulsos de GnRH e, após pulsos semelhantes porém de menor amplitude durante o dia. Na idade adulta esses pulsos de LH ocorrem com intervalos de 1-2 horas. Em consequência, resultam picos episódicos de estradiol e então, a menarca. Pela metade da puberdade, surge a maturação do mecanismo de retrocontrole positivo do LH ao estradiol, o que determina o início dos ciclos menstruais ovulatórios. O crescimento puberal contribui na estatura final cerca de 27-29 cm.

TRANSTORNOMESTRUAL NA ADOLESCÊNCIA: O sangramento menstrual na adolescência frequentemente decorre da estimulação estrogênica prolongada sem oposição da progesterona. Sendo assim, os ciclos menstruais anovulatórios são devido à imaturidade do eixo HHO, muito frequente nos primeiros meses pós-menarca, prolongando por até 18-24 meses. Sendo a conduta expectante a melhor a ser tomada inicialmente.

Deve-se também, primeiramente, afastar hipótese de gravidez. Quando optar pela investigação, sugere-se pedir dosagens de LH, FSH, estradiol, prolactina, TSH ultra-sensível e testosterona entre o 2º e 8º dia do ciclo.

A **DISMENORREIA**, corresponde habitualmente por dor em cólica no hipogástrico, podendo irradiar para região lombar e até raiz das coxas, sendo uma queixa comum, 50 – 70%, na adolescência.

A menstruação difícil e dolorosa associa-se ao ciclo da **PROGESTERONA**, que quebra alguns lisossomos celulares e libera enzimas que degradam fosfolípidios de membrana; desencadeando a cascata do ácido araquidônico (fosfolípidios de membrana).



Essas substâncias produzem hiper-contratibilidade uterina, que causa isquemia e consequente dor.

CLASSIFICAÇÃO:

PRIMÁRIA (ausência de patologia subjacente, característica do próprio ciclo desregulado.) costuma ocorrer nos primeiros 12 meses após a menarca, por algumas horas antes da menstruação e costuma ceder com analgésicos comuns.

Pode ser tratada com AINES e inicialmente com contracepção oral.

SECUNDÁRIA: são menos comuns e usualmente podem ser descartadas por meio de uma anamnese ou exame físico. Porém entre as causas destacam-se:

- endometriose
- DIP
- Varizes pélvicas
- uso de DIU
- miomatose
- estenose cervical
- pólipos endometriais
- tumor anexial
- retroversão de útero e má formações.

Pode-se iniciar com a menarca ou anos após, sendo a patologia sua causa básica.

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

É comum que nos primeiros dias após a menarca que a menina apresente irregularidade menstrual devido à imaturidade do eixo

hipotálamo-hipófise-ovário, porém, este período não deve ultrapassar 2 anos, que é considerado o tempo normal para tal amadurecimento.

Se após este período, a irregularidade persistir, deve-se fazer a busca da causa.

A síndrome dos ovários policísticos é uma disfunção ovariana, que tem como característica principal a ausência da ovulação

O quadro clínico clássico compreende irregularidade menstrual, que pode ser **amenorréia** com teste de progesterona positivo, **oligomenorréia** ou **hemorragia uterina disfuncional**, **obesidade**, **hirsutismo** e **infertilidade de causa ovulatória**. O quadro se estabelece logo após a menarca, e nem todos os sinais e sintomas estão presentes em todas as pacientes.

Hiperandrogenismo Clínico ou Laboratorial

– Acne, pele oleosa, hirsutismo, acantose nigra

A etiologia não é muito clara, mas as possíveis causas são: A resistência insulínica (pela obesidade ou por defeito em receptores), leva ao estímulo ovariano, via receptores para insulina e para fatores de crescimento, resultando em um aumento da produção androgênica e um quadro de anovulação, outros autores sugerem que seja um estímulo excessivo supra-renal na época da puberdade, um bloqueio parcial de enzimas da supra-renal, que leva a um aumento do ACTH, hiperplasia da supra-renal e produção androgênica excessiva, ou ainda fatores genéticos.

Fisiopatologia - Teorias

1. Defeito primário hipotalâmico na frequência e amplitude do pulso de LH_ **Anovulação**

2. Predisposição genética na ação e secreção de insulina, levando a hiperinsulinemia e resistência a insulina, aumentando a síntese de androgênios

Ovarianos por: Diminui a produção de SHBG e IGFBP-1, aumento da fração livre dos androgênios e IGF-1

- IGF-1 (fator de crescimento insulina símil): secreta inibina, diminui FSH levando a anovulação. aumenta atividade da 5_α-redutase _converte a T em deidrotestosterona levando ao hirsutismo



3. Hiperandrogenismo

Inibição da ação da aromatase, não converte androgênios em estrogênios

Inibindo a emergência de folículo dominante e conduz à atresia folicular

Defeito na síntese ovariana de androgênio— Alteração no metabolismo do cortisol_ aumento da produção de androgênio pela adrenal

Envolve basicamente uma perda da ciclicidade ovulatória, com **abolição do pico de estradiol** produzido pelo folículo dominante, ou seja, com níveis hormonais sem as variações do ciclo ovulatório. Consistindo em um círculo vicioso, do qual não se sabe onde foi o início, mas cujos pontos principais são:

Níveis de FSH plasmático diminuídos levam a um desenvolvimento folicular insuficiente, resultando num ovário aumentado com múltiplos folículos (ovários policísticos). A atividade da aromatase nas células da granulosa está diminuída, aromatizando de forma inadequada os androgênios ovarianos, resultando em hiperandrogenismo ovariano, que contribui para o processo de atresia folicular, além da acne e do hirsutismo. Não existe a formação do folículo pré-ovulatório e a conseqüente ovulação. Em alguns casos mais intensos, pode existir um quadro de hipertricose ovariana.

As conseqüentes da SOP são a infertilidade de origem ovulatória, o hirsutismo e hemorragia uterina disfuncional. Eventualmente, uma hiperplasia ou câncer de endométrio pode desenvolver-se como conseqüência do estímulo estrogênico sem

oposição. Entretanto, a SOP é vista hoje como uma doença metabólica importante, levando a um risco aumentado para doença coronariana devido à ação do hiperandrogenismo e hiperinsulinemia.

Também pode estar associada com o desenvolvimento de **diabetes futuramente** e com aumento da incidência de câncer de mama, aparecendo na pós-menopausa.

O diagnóstico clínico é feito pela presença de infertilidade, hirsutismo, alterações menstruais e obesidade. O diagnóstico laboratorial é feito através da relação LH/FSH acima de 2.5, US pélvica apresentando aumento ovariano bilateral, predominância estromal, vários folículos subcorticais em numero acima de 12 por corte isolado, entre outros.

ANTIINFLAMATORIOS

AUTACOIDES: utilizados em respostas inflamatórias mediadas por histaminas

AINES: é uma classe de medicamentos, analgésico, antipirético e anti-inflamatório. Podendo ser de ação seletiva (inibidores da COX-2) e não seletiva.

Devemos citar que o ácido acetil salicílico (AAS) e o paracetamol, embora sejam AINES, são utilizados de forma distinta dos demais medicamentos por terem despeito de compartilhar suas atividades AINE com outras ações relevantes para sua ação clínica.

Atuam na inibição da COX e impedindo a formação de prostaglandinas, entretanto, não inibem a formação de outros mediadores inflamatórios derivados dos LEUCOTRIENOS.

Há duas formas da COX, COX-1 e COX-2. A COX-1 é uma isoforma constitutiva da maioria das células e tecidos normais, sendo também a enzima mais dominante, enquanto que os mediadores inflamatórios produzem COX-2 além de serem encontradas em órgãos específicos como cérebro e rins.

Ressalta-se para a COX-1 expressa de forma dominante nas células epiteliais gástricas, constituindo fonte de prostaglandinas citoprotetoras. Sua inibição neste ponto é tida como o principal motivo

para os efeitos adversos gástricos que complicam o tratamento com AINES

O AAS; liga-se covalentemente a COX, de forma irreversível inibindo a COX-1 e COX-2, sendo sua duração dos seus efeitos relacionados a taxa de regeneração da COX. Já os outros fármacos com mecanismo de ligação por competição, estão relacionados ação/disponibilidade do fármaco.

Este efeito ASS é notável nas plaquetas que por serem anucleadas (síntese proteica deficiente) sofrem ligação irreversível, sendo a COX-1 principal elemento para conversão do TXA₂, levando aproximadamente 8-12(tempo rotação de plaquetas) dias para desaparecer após cessar do tratamento.

DOENÇAS GENITURINÁRIAS E DSTs

CERVICITE ASSINTOMÁTICA

Sempre que uma paciente chega ao consultório é importante avaliar o risco dela ser uma portadora de cervicite assintomática. Isso nada mais é do que uma infecção no cérvix que não causa sintomas, podendo resultar futuramente em uma DIP de maior grau. Para esta avaliação foi feita uma tabela onde se pode avaliar por meio de escore. Diz-se que a paciente tem grande possibilidade de portar uma cervicite assintomática caso o escore ≥ 2

- Parceiro com corrimento uretral = 2
- Idade menor que 20 anos = 2
- Sem parceiro fixo = 1
- Mais de 1 parceiro em 3 meses = 1
- Novo parceiro nos últimos 3 meses = 1

VAGINOSE BACTERIANA

Normalmente a flora vaginal é constituída de bacilos de Döderlein que são benéficos e possuem efeitos protetores contra outros agentes infecciosos.

Na VAGINOSE:

Bact; Gardnerella Vaginalis (gram -). O motivo disto ocorrer ainda é pouco conhecido, porém, suspeita-se de algumas causas: visto que o pH da vagina é levemente ácido pela secreção de ácido láctico pelos bacilos, a maior suspeita para esta substituição é a repetida alcalinização da vagina ocorrendo pelo uso de ducha e coito freqüentes. Isso faria com que bactérias patogênicas, porém, presentes na flora normal se multiplicassem e aumentassem esta alcalinização deixando o ambiente desfavorável para os bacilos benéficos.

- odor fétido característico de peixe podre é o principal. Ele se deve pela concentração de uma substância chamada cadaverina.
- Outros sinais são secreções acinzentadas e pH vaginal alcalino entre 4,7 e 5,7 (pH normal=4,5).

À microscopia pode ser visível células pista “CLUE CELLS”, que são células vaginais com Gardnerella (cocos aos pares) aderidos a ela. Não se encontra um infiltrado de leucócitos importante, visto que a Gardnerella libera uma substância que impede a atração destes neutrófilos. Isto resulta microscopicamente em uma não infiltração leucocitária e macroscopicamente em uma vagina que não apresenta sinais flogísticos.

DX : clínico, porém, pode ser usada microscopia ou o teste da amina (adição de KOH), que resulta em uma liberação de odor de peixe. A cultura não é recomendada por inespecificidade do meio.

TX:

- Metronidazol 400mg VO 12/12 por 7 dias
- Metronidazol 2g VO dose única
- Tinidazol 2g VO Dose Única
- Secnidazol 2g VO Dose única
- Clindamicina 300mg VO 12/12h 7 dias

O tratamento de dose única tem melhor adesão, porém, o tratamento prolongado tem melhor efeito. Recomenda-se usar primeiramente o medicamento de dose única, porém, se este não funcionar deve orientar a paciente sobre o tratamento mais prolongado.

Recomendar a não utilização de duchas vaginais.

TRICOMONÍASE

Uma DST caracterizada por alta taxa de transmissão.

Protozoários - Trichomonas Vaginallis. (flagelado)

Gera um ambiente anaeróbio a partir da síntese de hidrogênio para a combinação com o oxigênio, formando peróxido de hidrogênio. Outra característica deste parasita é sua grande capacidade de ascensão .

Muitas vezes este parasita é assintomático e com isso sua proliferação ocorre de modo exacerbado, podendo levar a um quadro de DIP. Por sua maior mobilidade também pode acarretar uma **infecção uretral** levando a um quadro urinário caracterizado por disúria e polaciúria.

SINTOMAS:

- Corrimento vaginal fétido amarelo-esverdeado e purulento. De aspecto espumoso.
- Prurido vulvar intenso, podendo causar até lesões por coçar freqüentemente o local.
- A vaginoscopia revela um eritema vaginal segmentar.
- A colposcopia pode revelar uma colpíte macular (colo de morango), característico desta patologia.
- Ao teste de shiffler (IODO) apresenta-se com aspecto tigróide.
- A microscopia a fresco revela trofozoítos no corrimento.

TX:

Metronidazol 2,0g VO Dose Única

Metronidazol 250mg 12/12h 10 dias

Secnidazol 2g VO Dose Única

Tinidazol 2g VO dose única

Deve-se tratar também o parceiro para evitar re-infecção. A abstinência sexual durante o tratamento e a não ingestão de álcool deve ser recomendada.

CANDIDÍASE

Ag: Cândida sp.

Para ocorrer esta proliferação de cândida, alguns autores associam a diminuição dos bacilos de Döderlein pelo uso de antibióticos de largo espectro ou supressão imunológica fazendo com que aumentasse a carga parasitária de cândida.

Altos níveis hormonais (principalmente PROGESTERONA) aumentam o glicogênio nas células superficiais vaginais e com isso pode aumentar a proliferação da cândida.

SINTOMAS:

- corrimento esbranquiçado em flocos com característica de queijo tipo cottage.
- Outros sintomas são: queimação e prurido vulvar e vagina eritematosa.

DX: clínico, porém, pode ser auxiliado por exame microscópico a fresco, bacterioscopia pela coloração de gram revelando hifas e esporos.

A cultura em meio específico é contra indicada pelo seu alto custo, sendo desnecessária.

TX:

Fluconazol – 1 comprimido VO dose única

Itracinazol – dois comprimidos VO de manhã e dois a noite um dia

Cetoconazol – 2 comprimidos VO após Jantar 5 dias

URETRITE NÃO GONOCÓCICA

Ag: clamídia Trachomatis, gram-negativa intracelular obrigatória e sua transmissão ocorre pelo contato sexual.

A Clamídia geralmente desenvolve um quadro assintomático (90%), principalmente se a infecção ocorrer somente na vagina, o que pode contribuir para um aumento da carga bacteriana, levando a uma DIP.

A **sintomatologia** que mais leva a paciente para o consultório é:

- Quadro urinário com **polaciúria, disúria e corrimento uretral purulento.**

PODE	LEVAR	A	LINFOGRANULOMA	VENEREIO
ECOMPROMETIMENTO LINFÁTICO REGIONAL				

A clamídia apresenta um tropismo por células colunares o que explica a maior incidência em mulheres. O diagnóstico baseia-se na clínica, porém, testes como ELISA, imunoflorescência, PCR e LCR podem detectar esta bactéria

TX:

Doxiciclina 100mg VO de 12/12h 7dias

Azitromicina 1 g VO dose única

O tratamento do parceiro também deve ser feito, por se tratar de uma DST.

GONORRÉIA (uretrite gonocócica)

Ag: diplococo gram-negativo Neisseria Gonorrhoeae, sexualmente transmissível.

Assim como a clamídia, sua infecção geralmente é assintomática, o que pode levar a uma DIP.

Sua sintomatologia baseia-se em **quadros urinários com fluxo uretral purulento**. Lembrando também que a bactéria tem um tropismo por células escamosas e colunares o que faz dela uma infecção mais comum em mulheres.

DX: clínico, porém, pode ser realizada coloração de gram que revelará presença de diplococos ou então a cultura em Thayer-Martin.

TX:

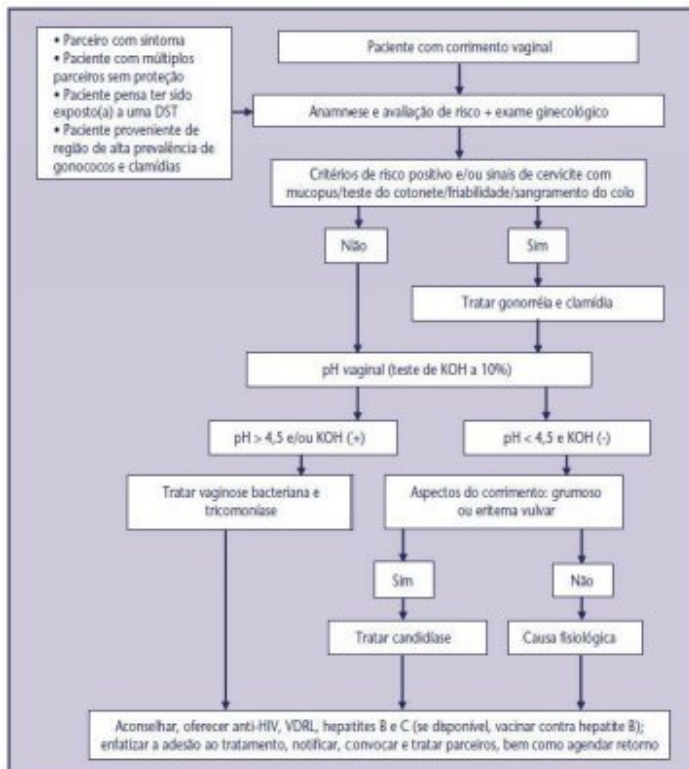
Ceftriaxona 250mg IM dose única

Ofloxacina 400mg VO dose única

Ciprofloxacina 500mg VO dose única

Tianfenicol 2,5 g VO dose única

FLUXOGRAMA CORRIMENTOS



HERPES GENITAL

Ag; VIRUS Herpes simplex_2,

A sintomatologia dependerá da carga viral presente no indivíduo, podendo causar **febre, astenia e mialgia**.

Seu sinal mais exacerbado é uma **exulceração dolorosa** que passará a uma **vesícula** e posteriormente a uma **cicatrização formando uma crosta**.

DX: baseia-se em cultura, Esfregaço com coloração de Giemsa e alterações citopatológicas no papanicolau.

TX aciclovir oral durante 7 a 10 dias ou até resolução clínica.

SIFILIS

DST causadora de úlceras genitais.

Ag; *Treponema pallidum*, gram-negativo das espiroquetas.

Sua sintomatologia é composta de três fases:

1ª fase aparece uma lesão ulcerada no local de invasão da bactéria. Algum tempo depois ocorre o aparecimento de máculas, pápulas, eritemas e crostas e por final ocorre uma reação sistêmica. O diagnóstico clínico baseia-se nos sinais. Em geral 2 a 3 semanas após

a contaminação haverá uma lesão papulosa INDOLOR no local da penetração do agente que em poucos dias estará ulcerada e com bordas salientes, endurecida com base vermelha e não purulenta. 4-5 sem, regride sem deixar cicatriz.

2ª fase: evolui durante 1 ou 2 anos, após período de latência, a partir de 6-8sem, a doença entra novamente em atividade afetando pele e órgão internos, correspondendo a disseminação do treponema pelo corpo. Podendo manifestar: Hepatomegalia, síndrome nefrótica, artralgia, glomerulonefrite, febre, astenia, cefaleia.

Então: 1/3 obtem cura clinica e sorológica

1/3 evolui sem sintomatologia, porem portador

1/3 evolui p/ sífilis terciaria

3ª fase: lesões localizadas ou sistêmicas por deposição de imuno-complexos. Acometendo sist. Cardiocirculatorio, ossos, cartilagens, SNC, fígado ou músculos.

DX: clinica + Exames treponemicos e exames não treponemicos, exame de campo escuro, imunofluorescencia direta

SOROLOGIA: Não-treponemica (VDRL, RPR)- mais comum: VDRL para imuno complexos apartir 30-50 dias

Treponemica (TPI, FTA-abs, TPHA, ELISA). Mais comum FTA-abs IGM

TX: PENINCILINA G PROCAINA (2,4milhoes/dia) + probenecida(1g/dia, VO) para prolongar a meia vida, até 10 dias.

S. primaria: penincilina G Benzatina, 2400.000 Ui, IM, dose única

S. secundaria Penincilina B, 4800.00 Ui, IM 2 doses em 2 semanas.

S. Terciaria Penincilina B, 7200.000 Ui, IM 3 doses/3 semanas.

ALERGIA A PENINCILINA então:

TETRACICLINA 500 mg VO de 6/6 horas

ERITROMICINA 500 mg VO de 6/6 horas.

15 dias p/sífilis recente e 30 dias p/ sífilis tardia.

CANCRO MOLE

Ag; estreptococo Haemophilus Ducreyi,

Apresenta um quadro de ulcera genital.

As lesões são dolorosas com bordas irregulares e base com exsudato purulento, necrótico e fétido. Acompanha linfadenopatia inguinal dolorosa.

DX: clinica + bacterioscopia pela coloração de gram também pode revelar Estreptobacilos.

TX

Azitromicina 1g, VO, dose unica

DONOVANOSE

Ag: Calymatobacterium granulomatis, gram-negativo – intracitoplasmática

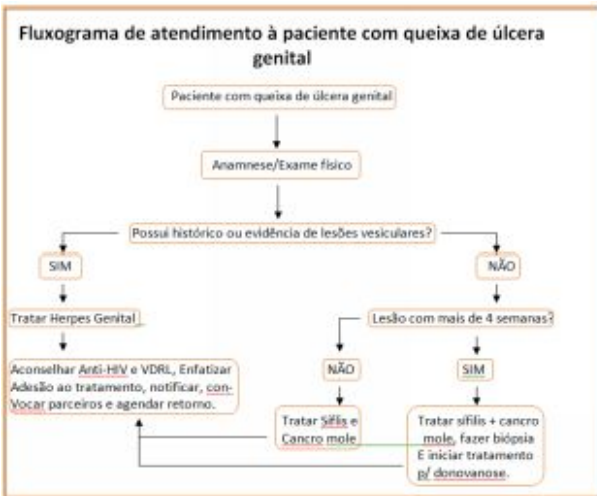
O quadro caracteriza-se nódulos que ulceram. Crescem e sangram facilmente c/ tecido granulomatoso entre as lesões.

A principal complicação é a ulcera que cresce em profundidade

DX; clinica + histopatológico, já que bactéria não cresce em cultivo

TX: eritromicina 500 mg 6/6 horas – 21 dias

FLUXOGRAMA DE ULCERAS



ANTIBIOTICOS, MICROBICIDAS E ANTI-FUNGICOS

ANTIFÚNGICOS

Ligam-se ao ergosterol (componente da membrana do fungo), formando canais na membrana, alterando sua permeabilidade e permitindo o extravasamento de íons de sódio, potássio e hidrogênio.

- Anfotericina B: Possui absorção oral ruim e intramuscular tóxica. Uso endovenoso e tópico. Termolábil e inativada pela luz. Sua ligação ao colesterol endógeno a torna tóxica e seus principais efeitos colaterais são: vômito, febre, diarreia, anorexia, cefaléia e tromboflebite.
- Nistatina: Uso tópico ou oral, não deve ser administrada por via endovenosa.

Benzofuranos

- Griseofulvina: Seu provável mecanismo de ação é que ela liga-se a ceratina na pele, protegendo-a de nova infecção

Azóis

Prejudica a síntese do ergosterol, levando ao acúmulo de metilesteróis, que não possuem a mesma forma e propriedades físicas que o ergosterol e levam a formação da membrana com propriedades alteradas, que não desempenha as funções básicas necessárias ao desenvolvimento do fungo. Inibem a transformação das células da

cândida em hifas (forma invasiva e patogênica do fungo). Os principais efeitos colaterais são: náuseas, vômito, cefaléia e exantema.

- Cetoconazol: Os efeitos colaterais são: náuseas, vômitos, desconforto abdominal, diarreia, tonteados, cefaléia, diminuição da libido, erupção maculopapular, alterações hepáticas, ginecomastia e teratogenicidade.
- Clotrimazol: Raros efeitos colaterais
- Fluconazol: não é muito recomendado

ANTIMICROBIANOS

-BETALATAMICOS, bactericidas

Penicilinas

A penicilina possui atividade bactericida, causando inibição da síntese da parede celular e a ativação do sistema autolítico endógeno da bactéria. Durante o processo de replicação bacteriana, a penicilina inibe as enzimas que fazem a ligação entre as cadeias peptídicas, impedindo o desenvolvimento da estrutura normal do peptídeoglicano.

Tem maior efetividade bactericida se as bactérias estiverem em crescimento ativo.

Seus principais efeitos colaterais são: hipersensibilidade, náuseas e vômitos, alteração na agregação plaquetária (levando à hemorragias) e nefrite intersticial dose-dependente

FORMAS:

A penicilina G, assim como a penicilina V são extremamente eficazes contra cocos gram-positivos, mas são facilmente hidrolisadas pelas beta-lactamases, ex: ineficaz contra *S. aureus*

A ampicilina, amoxicilina são penicilinas de amplo espectro contra gram-positivos e gram-negativos.

A penicilina Benzatina e a penicilina G procaína é de adm IM, produzem níveis baixos porém prolongados do farmaco

CEFALOSPORINA amplo espectro, com mecanismo de ação semelhante a penicilina. Sendo uma alternativa caso paciente

apresente hipersensibilidade a penicilina.

-MACROLIDEOS, bacteriostáticos

Ligam-se aos ribossomos bacterianos, suprimindo sua síntese protéica. É um dos antibióticos com menos efeitos colaterais, exceto p/ gestante.

Tetraciclina, muito teratogênico p/ gestante

Ampla espectro que atuam por inibição da síntese de proteínas, bloqueando a união de RNAt ao complexo ribossômico de RNAm.

Seus efeitos colaterais são: descoloração permanente dos dentes em lactantes e crianças, gastrite, descoloração ou escurecimento da língua, glossite, diarreia, aumento da fotossensibilidade cutânea (queimadura), inflamação da boca ou língua, náuseas ou vômito, exantemas maculopapulares e eritematosos, anemia hemolítica, trombocitopenia, neutropenia e eosinofilia e inibição do crescimento ósseo do feto.

Glicopeptídeos

Clindamicina

Não são ligados às outras classes de antimicrobianos. É derivado semi-sintético da lincomicina, a qual se liga aos ribossomos bacterianos, suprimindo a síntese protéica. Devido à sua elevada concentração no meio intracelular, exerce ação bacteriostática e bactericida. Tem atividade imunoestimuladora, potencializando a opsonização, acelerando a quimiotaxia e fagocitose dos leucócitos e favorecendo a destruição intracelular dos microrganismos.

Seus efeitos colaterais são: náuseas, vômitos, hipersensibilidade, bloqueio neuromuscular, aumento reversível das transaminases hepáticas e trombocitopenia e granulocitopenia.

Metronidazol

O metronidazol penetra no citoplasma da bactéria ou protozoário e forma radicais livres altamente tóxicos, **inibindo a síntese DNA protozoários.**

Por ser substância de metabolismo hepático, o medicamento é contra-indicado em caso de cirrose e doença hepática.

O medicamento pode alterar a coloração da urina para marrom-amarelado e ainda deixar gosto metálico na boca.

CONSULTA GINECOLOGICA

Sistematização de seu atendimento. No exame ginecológico é sempre bom ter alguns cuidados, dentre eles o mais importante é sempre ter algum outro profissional da saúde na mesma sala, para evitar processos legais por mau entendimento do procedimento, por parte da paciente.

1. ANAMNESE
2. E. FISICO

A VULVOSCOPIA é o primeiro procedimento realizado, nela devem ser analisados os aspectos macroscópicos de presença de anomalias, como sinais flogísticos, máculas, pápulas, verrugas e ulcerações.

EXAME ESPECULAR. Logo a seguir, o primeiro passo do exame especular é a VAGINOSCOPIA, procedimento que busca a visualização das paredes vaginais, avaliando integridade, presença de corrimento e sinais flogísticos.

A seguir faz-se a COLPOSCOPIA, exame que necessita de um colposcópio, que propicia um aumento do colo do útero. São avaliados nesse exame a presença de muco (normal) ou de corrimentos (patológicos), a integridade do colo do útero e presença de lesões. Nesse exame também é avaliada a Junção escamo-colunar.

Para a avaliação da JEC é necessário que se observe qual a posição dela em relação ao orifício. Alguns laudos colposcópicos podem descrever qual a posição da JEC em relação ao orifício de modo a analisar primeiramente a parte anterior (de cima) e depois a parte posterior (de baixo) sendo o numero 0 para JEC sobre o orifício, números positivos para sinalizar o grau de ectopia e negativos para sinalizar JEC endocervical. Ex:

JEC 0/0 ou -1/0

Outro tipo de laudo colposcópico e mais atual funciona assim:

JEC 0 = exatamente no orifício externo (anatômico) do canal cervical

JEC +1 = pouco acima de JEC 0 , dentro do canal

JEC +2 = entre JEC +1 até a quarta parte da altura do canal

JEC +3 =entre JEC +2 e a metade da altura do canal

JEC +4 =na metade superior do canal cervical

JEC - 1 = pouco abaixo de JEC 0

JEC -2 =entre JEC -1 e a quarta parte da distância entre o orifício externo e o fundo de saco vaginal

JEC -3 =entre JEC -2 até a metade da distância entre o orifício externo e o fundo de saco vaginal

JEC -4 = de JEC -3 até o fundo de saco vaginal

É importante salientar que a Ectopia (JEC externa ao orifício) é normal na fase de adolescência até uns 20 anos, pois o epitélio ainda esta em transformação. O único problema é que se a JEC estiver muito ectópica, a mulher se queixará de corrimento mucoso transparente abundante devido à função do epitélio colunar em produzir muco. Daí será necessária cauterização. Pode se usar a última também para prevenção de doenças já que o epitélio escamoso é mais suscetível a doenças.

COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

Sendo assim podemos dizer que um laudo de colpocitologia oncótica normal seria: presença de células vaginais superficiais. Presença de células metaplásicas com reatividade e caracteres tintoriais normal. Células endocervicais normais. Discreto processo inflamatório. Presença de bacilos.

A avaliação das anormalidades são classificadas em Neoplasias Intra-epiteliais (NIC)

NIC I significa pequeno número de células com alterações, porém, a atipia celular não esta tão evidente. A relação núcleo-citoplasma está um pouco aumentada com discreta hiperchromasia.

NIC II significa uma maior quantidade de células alteradas com núcleos mais aumentados e relação núcleo-citoplasma bastante aumentada, as células apresentam atipia mais intensa com formas ovóides e redondas com característica de células intermediárias ou basais.

NIC III é a perda da maturação das células por um processo de mutação genética. As células extremamente parecidas com células

basais e parabasais perdem suas adesões. A alteração da forma é marcante, podendo apresentar atipia extrema.

TOQUE VAGINAL

O toque vaginal é outro exame feito em consultório. É bem simples e não necessita de custo algum. Neste exame serão avaliados: a mobilidade deste colo, o fundo de saco e o tamanho do ovário e do útero. Alguns sinais também podem ser vistos como a dor à mobilização e a presença de massas atípicas nas regiões. O toque pode ser bidigital e bimanual.

ULTRASSONOGRAFIA

Neste exame são avaliadas a presença de massas, tamanho e forma dos órgãos, entre outros.

É normal que o útero possua volume de até 90 ml, tenha miométrio de espessura até 5 mm, textura homogênea em anteversoflexão.

Os ovários devem ter volume de 5 à 9 ml com limites precisos e textura homogênea. Vale lembrar que palavras como hipoecogênico, ecogênico e hiperecogênico são comuns no ultrassom. Ecogenicidade é a densidade visualizada pelo aparelho de ultra-som. Diz-se hipoecogênico quando a massa visualizada quase não é visível ao ultrassom e hiperecogênico o que possui um contraste acima do normal.

SINAN

É importante salientar que HIV, sífilis na gestação e sífilis congênita são doenças de notificação compulsória, porém, todas as infecções genitais devem ser notificadas para o SINAN, pois elas devem ter um levantamento epidemiológico e um repasse adequado de verba, bem como a construção de estratégias para seu combate de acordo com as necessidades.

ASPECTOS ÉTICOS NA CONTRACEPÇÃO

Quando uma paciente menor de idade chega ao consultório pedindo um contraceptivo oral devem-se avaliar algumas questões.

Primeiramente deve-se avaliar a parte ética e legal que diz que acima dos 14 anos a menina possui o direito de sigilo, porém o médico ainda deve avaliar as condições a qual esta menina se apresenta, quanto à sua responsabilidade, saúde mental ou até mesmo o motivo da solicitação, visto que o índice de estupro domiciliar tem aumentado nos últimos tempos.

Só deve-se comunicar aos responsáveis sobre a anticoncepção prescrita se a paciente não tiver condições de administrar a medicação ou se houver a possibilidade de algum acontecimento que deve ser comunicado às autoridades.

MODIFICAÇÕES NO 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

Podem ser divididas em locais, quando relacionada ao aparelho genital, e sistêmicas quando relacionada ao resto do corpo.

O volume do útero que normalmente gira em torno de 10 ml a 90 ml pode expandir-se para até 5000ml ou em casos extremos 10000ml. O peso também é modificado em função da hiperplasia, hipertrofia e posterior estiramento do miométrio que resulta da secreção das poliaminas. Este aumento do peso é em mais de 1 kg.

Outra modificação evidente é a forma, antes piriforme de localização intrapélvica e agora ovalado com localização pélvica e abdominal. Como resultado de tais modificações temos uma mudança no centro de gravidade, deslocando as costas para trás para compensar. Isso cria a marcha característica das grávidas, a marcha anserina que conseqüentemente levará à dor nas costas, que somando ao peso do feto presente ali levará também a sensação de peso em baixo ventre. Este fator pode ser corrigido ou prevenido pela simples orientação do médico de caminhadas vagarosas após o almoço, que manterá o tônus dos músculos abdominais e perineais. Outra forma de solução é o uso de cintas de contenção e suspensão abdominal visando à sustentação do útero.

Com o crescimento do útero ele fará uma pressão na bexiga, visto que é apoiada sobre ela, isso pode resultar em polaciúria.

Vale lembrar que o crescimento do útero é desigual, isso ocorre pois ele é impedido pelo cólon descendente e sigmóide, já que estes conferem maior resistência, pois geralmente são mais maciços. Com

isso o útero faz a **DEXTRORROTAÇÃO**, isso aumenta a pressão especialmente na veia cava inferior diminuindo o retorno venoso e levando a edema nos membros inferiores e muitas vezes a síndrome da hipotensão, que pode levar à tontura e vertigem. Como medida de auxílio, deve-se instruir a grávida deitar em decúbito lateral esquerdo, que aliviará todos estes sintomas.

No colo do útero também observa-se modificações. A maior quantidade de progesterona induz a chamada embebição gravídica, que nada mais é do que a retenção de água em todas as células do organismo. Com isso o colo fica mais amolecido. Também há uma hipertrofia glandular do cérvix, que resulta em maior secreção de muco formando o tampão mucoso, que serve de proteção a agentes infecciosos.

As poliaminas também exercem efeitos na vagina. Há uma hipertrofia muscular vaginal com conseqüente aumento da vascularização, que resulta na cor arroxeada do período gravídico. Esta maior vascularização também aumenta a transudação, que ocasiona um aumento do corrimento vaginal. Eis um ponto importante, pois o médico deve instruir a paciente para evitar confusão entre corrimento normal e corrimento possivelmente patológico, diminuindo muitas vezes o estresse da gestante. Com a ação da progesterona aumentada também haverá, nas células vaginais, um maior conteúdo de glicogênio que aumentará a quantidade de bacilos de doderline, aumentando a proteção à infecção.

O sistema vascular apresenta modificações importantes. Algum fator ainda desconhecido é responsável por alterar o funcionamento do sistema renina-angiotensina-aldosterona exacerbando-o e, assim, fazendo uma maior absorção de sódio e aumentando a volemia sanguínea, que por sua vez aumenta o débito cardíaco, aumentando a distensão atrial e liberando fator natriurético atrial, que causará uma dilatação periférica compensatória ao aumento do débito cardíaco. Na verdade a liberação de peptídeo natriurético atrial é mais intensa, fazendo com que a pressão arterial caia em vez de subir.

A vasodilatação periférica em conjunto com a embebição gravídica também é responsável pelo quadro de edema nas gestantes. O fato de o útero pressionar a cava reduzindo o retorno venoso associado com a maior volemia também pode causar varizes na perna

e exacerbação do edema. Todos estes sintomas podem ser resolvidos com o uso de meias elásticas, porém, as mesmas devem ser precedidas de elevação das pernas para ocorrer um esvaziamento venoso. Outra forma de diminuir os sintomas é dormir com um travesseiro em baixo das pernas e evitar passar muito tempo em uma posição só.

Com o aumento da volemia causada por retenção hídrica também se observa uma hemodiluição nas grávidas, o que representa valores padrões mais baixos de Hemoglobina (11 mg/dl) e Hematócrito.

No sistema urinário observa-se uma maior taxa de filtração glomerular devido ao aumento da volemia, que adicionado à pressão do útero sobre a bexiga resultará em poliúria. A ação das prostaciclínas e progesterona causam um relaxamento geral dos músculos lisos e isto também afeta a bexiga fazendo uma estase urinária, aumentando o risco de infecção.

As modificações no sistema digestório ocorrem em função do relaxamento do músculo liso causado pela prostaciclína e progesterona e nem todas as alterações são maléficas, muitas vezes são a favor das necessidades. Com o relaxamento do músculo liso a motilidade gástrica e intestinal são diminuídas e isso aumenta o tempo de exposição ao suco gástrico e à mucosa intestinal resultando, respectivamente, em melhor quebra do alimento e melhor absorção dos nutrientes. Por outro lado o relaxamento da musculatura lisa associada à pressão que o útero faz sobre os órgãos intestinais resulta em relaxamento hormonal e mecânico da cárdia, resultando em refluxo evidenciado pela pirose. O relaxamento da musculatura lisa também aumenta o tempo de exposição do bolo fecal ao intestino grosso, fazendo uma maior absorção de água, causando ressecamento das fezes e obstipação intestinal.

A conduta necessária para a melhora dos sintomas é bem simples. Para se reduzir a pirose recomenda-se a ingestão fracionada de alimentos, evitar ingestão de grandes volumes hídricos e bebidas gasosas. É recomendado deambular após as refeições e dormir em decúbito cefálico elevado. Para a obstipação intestinal recomenda-se a maior ingestão de frutas, grãos e vegetais.

No sistema respiratório também ocorrem modificações. As mulheres em geral possuem uma respiração mais torácica do que diafragmática, mas na gravidez, devido ao relaxamento dos músculos intercostais, a respiração diafragmática é aumentada, que por sua vez, é dificultada pela pressão do útero sobre o diafragma resultando em falta de ar, respiração mais curta e aumento da FR.

A pele também sofre modificações. O Cloasma gravídico é um sinal bastante evidente em algumas grávidas. Essas manchas enegrecidas na pele juntamente com o aparecimento da linha negra e escurecimento das mamas deve-se ao aumento de hormônio melanocítico.

Outras modificações que devem ser lembradas com grande importância são as psíquicas. Ainda é especulativo o fator biológico pelas alterações, porém, psicologicamente há muitas explicações para a angústia e ansiedade, entre outras. No terceiro trimestre o bebê começa a ganhar uma identidade própria, isso é evidenciado pela escolha do nome e o começo da arrumação do quartinho bem como o enxoval, isso tudo causa certa ansiedade para o nascimento e um questionamento de se “eu serei uma boa mãe”, se sei criar um filho. Os mitos e falácias da dor do parto também podem ser agravantes para o medo. A conduta das pessoas também muda. Geralmente as ajudas e gentilezas como lugar para sentar passam a sensação a mulher de incapacidade. A melhor conduta neste período é esclarecer todas as dúvidas da paciente e orientá-la para freqüentar alguns cursos para grávidas.

Após o parto tem-se a depressão pós-parto (baby blues). Estudos recentes mostraram que a queda do estrogênio libera uma enzima chamada monoaminaoxidase-A que bloquearia a serotonina, dopamina e noradrenalina. Já é evidente que estes neurotransmissores estão ligados ao humor da pessoa. Os sintomas clássicos são instabilidade emocional, ansiedade, desânimo, irritabilidade e diminuição do apetite.

**LICENÇA MATERNIDADE E SALÁRIO-
MATERNIDADE**

Tem-se direito a salário maternidade e licença maternidade todas as gestantes que trabalham e contribuem corretamente com a previdência social. No ano de 2010 foi implantada a licença maternidade de 180 dias, obrigatória em todas as empresas.

A licença terá início em qualquer momento da gestação dependendo da necessidade da grávida e da avaliação médica. É aconselhável que se retire a licença maternidade após o nascimento a fim de manter o maior tempo possível de relação direta mãe-filho, além de que a amamentação é preconizada até os 6 meses de idade no mínimo.

AValiação DA VITALIDADE FETAL

É de grande valia para o médico conseguir avaliar a vitalidade do bebê, pois são principalmente estes dados que determinarão a maioria das intervenções médicas. Sua indicação pode variar, mas é sempre aconselhado um procedimento de rotina no final da gestação e indicado em caso de: DHEG, oligohidrânio, sofrimento fetal agudo, RCIU, isoimunização e parto prolongado. A avaliação da vitalidade fetal pode ser dividida em 2 grandes grupos: os métodos clínicos e os métodos biofísicos.

O método clínico é o famoso mobilograma. Ele se baseia em uma sistematização de contagem da movimentação sentida pela mãe com um registro diário. Este método, apesar Manual do Acadêmico: Módulo Saúde da Mulher 2010 21

de não muito confiável, é prático e não necessita de custo algum e também serve de alerta para a mãe procurar seu médico. Existem 4 métodos para a contagem:

O método numero 1 preconiza a contagem dos movimentos fetais 3x durante 1 hora em 12 horas. Sempre atentar para estar em decúbito lateral esquerdo e de preferência em período pós-prandial para não ocorrer a possibilidade de este feto estar hipoglicêmico. Este método não é muito indicado, pois não é NADA prático.

O método 2 é um pouco mais prático, porém, pode ser dificultado pelo grande tempo de contagem. A gestante contará os movimentos fetais ocorridos em 12 horas fazendo suas atividades normais. O valor de referencia é o mínimo de 10 Movimentos Fetais (MF) /12 horas.

O método 3 é mais simples. Em período pós-prandial, em um local tranqüilo e silencioso, a gestante deve sentar por uma hora e contar os movimentos sentidos. O valor de referencia é de 6 MF/ h.

O método 4 é o mais complicado e trabalhoso. Em um período de um dia a mãe deve fazer 4 pausas de 30 minutos totalizando 2 horas. Na soma dos 4 períodos de 30' deve haver um mínimo de 10 MF entre a 30ª e 40ª SG.

Outra forma de método clínico para a avaliação da vitalidade fetal é a prova da aceleração cardíaca fetal. Com um sonar o médico deve auscultar os BF e observar uma aceleração na FCF em relação a sua movimentação. Lembrando que a paciente deve ter comido antes, estar em repouso e decúbito lateral esquerdo em local tranqüilo e confortável. Caso não houver movimentação suspeitar de que este feto possa estar dormindo daí fazer uma estimulação mecânica ou sonora.

Os métodos biofísicos são métodos onde necessita da intervenção de equipamentos sofisticados, cabendo ao médico a interpretação desses exames.

A cardiotocografia é o método biofísico mais usado. Deve ser usada para avaliação anteparto (Cardiotocografia Anteparto de Repouso) e se possível intraparto. Para a realização desta é necessário de um aparelho chamado de cardiotocógrafo. O cardiotocógrafo avalia 3 coisas: batimentos fetais, tônus uterino e suas contrações e movimentos fetais. O instrumento deve ser devidamente instalado na paciente e o tempo de avaliação anteparto é de 20 minutos. Deve ser

avaliado 5 parâmetros, cada um deles vale 2 pontos para sim e 0 para não, totalizando um escore máximo de 10 e mínimo de 0.

1º parâmetro é o BCF que deverá estar entre 120 e 160 BPM. O 2º é a variabilidade de frequência cardíaca fetal que deve ser de 10 a 20bpm. O 3º é a aceleração transitória em relação a MF, isto é, cada vez que o feto se movimentar sua frequência cardíaca deverá elevar em 15bpm durante 15 segundos, para a confirmação deste parâmetro isso deverá acontecer em 80% das vezes (4 em cinco). O quarto parâmetro é a aceleração transitória em relação às contrações uterinas que é igual à anterior e também deverá ocorrer em 80% das vezes. O 5º parâmetro é a desaceleração da FCF que não deverá haver.

Para a interpretação do escore:

10-8 = Ativo

6-4 = hipoativo

2-0 = inativo

Caso o feto não se movimentar nestes 20 minutos de exame deve-se considerar a possibilidade dele estar dormindo. Para avaliar isso se encontra o pólo cefálico do feto através da palpação e buzina-se com um buzina de bicicleta marca Kobo® durante 5 segundos. Após este ato o feto deve elevar sua frequência cardíaca em 20bpm com uma duração de 3 min. Se sim, pode-se dizer que o feto está REATIVO; se reagir pouco pode se dizer que o feto está HIPOREATIVO; se não reagir diz-se que o feto está INATIVO.

Outro método biofísico que pode ser usado é a dopplervelocimetria. Este exame é muito útil para a detecção de um sofrimento fetal crônico. A dopplervelocimetria tem como base medir a velocidade do fluxo de sangue em vários vasos do corpo transformando isso em gráfico. Caso ocorra alguma situação onde ocorra uma insuficiência uteroplacentária progressiva (sofrimento fetal crônico) o feto entrará em hipóxia gradativa. Isto o levará a fazer a chamada centralização, que nada mais é do que uma constrição das artérias pouco após o arco aórtico para centralizar o fluxo nos órgãos nobres (cérebro, coração, supra-renais) levando à uma alteração de fluxo sanguíneo visível na artéria umbilical (principal artéria examinada).

AVALIAÇÃO DA MATURIDADE FETAL

Fundamental nas situações onde o feto e a mãe correm risco. Ela é necessária para se saber qual a conduta tomar e qual será o prognóstico.

Existem diferentes interpretações, pois fisiologicamente diz-se que um feto está maduro quando é alcançada a maturidade pulmonar, que seria o último sistema fundamental a maturar para a sobrevivência do feto.

A idade gestacional é a principal forma de se avaliar a maturidade fetal. Sua forma é calculada a partir da:

- data da última menstruação (DUM),
- altura uterina (AU)
- biometria fetal pelo Ultrassom.

Para idade gestacional acima de 37 semanas sugere maturidade fetal. Altura acima de 28 cm também é sugestivo de maturidade fetal.

O US ideal é realizado no primeiro trimestre de gestação, antes da 20ª semana de preferência, e a idade gestacional é estimada pelo comprimento nádega-cabeça (o ultrassonografista dará o laudo). Além da US alguns outros exames complementares podem ser feitos para a avaliação, como o RX que em maturidade fetal apresentará núcleos de ossificação e também a amnioscopia. Este exame além de avaliar a maturidade fetal, pode ser usado para avaliar o sofrimento fetal intraparto, indicado quando a dilatação está maior do que 3 cm.

Ao exame amnioscópico deve apresentar, para boa maturidade, a presença de grumos que nada mais são do que o vernix caseoso que começa a se desprender da pele do feto.

Para avaliação da vitalidade fetal deve-se apresentar preferencialmente claro o que indica ausência de mecônio.

Outro procedimento usado é a amniocentese, que consiste em retirada de líquido amniótico para avaliação. No procedimento a agulha é guiada pelo ultrassom a fim de se desviar da inserção da placenta e cordão umbilical. Após a retirada do líquido amniótico pode-se avaliar diversos parâmetros nele.

A macroscopia deve apresentar um líquido branco e com grumos após as 36 semanas.

A pesquisa de fosfolipídios (fostatidilglicerol) LECTINA/ESFINGOMIELINA 2:1 pode ser feita laboratorialmente e traduz uma maneira quase sem falhas de se avaliar a maturidade fetal visto que cadeias fosfolipídicas são os principais componentes do surfactante que é necessário para maturidade pulmonar.

Outro teste bastante usado é o teste de Clements, que consiste em agitar o líquido amniótico verificando a formação de espuma. Se formar espuma significa que o líquido contém fosfolipídios e a maturidade pulmonar está presente. Este exame pode ser prejudicado por sangue ou mecônio.

Outros exames laboratoriais também podem ser feitos porem não são usados por sua demora, como o Sulfato de azul de Nilo a 1%, lugol, diferença de densidade óptica a 650^a.

DETERMINISMO DO PARTO

MODIFICAÇÕES ENDÓCRINAS PARA DETERMINISMO DO PARTO E CONTRATILIDADE MIOMÉTRICA

Durante a gravidez observam-se contrações de pequenos níveis podendo ou não ser sentidas pela gestante, mas sempre indolor. Isso ocorre por que o útero possui seu marca-passo para o início da contração, porém, o mesmo está parcialmente inibido pela **relaxina**, um hormônio que impede que a contração do útero seja feita.

A prostaglandina E sintetizada no âmnio, que será futuramente a responsável pelas dores da contração, é inibida, pois o córion produz uma enzima chamada de **PGDH (prostaglandina desidrogenase)** que inativa PGDE.

Outro fator é também o CRF, hormônio liberador de corticotrofina, produzida pela placenta, mas que também é inativada por ligações ali mesmo.

Pode-se concluir que a real definição da hora do parto são fatores mais fetais do que maternos.

FISIOLOGIA

Com o passar do tempo algumas modificações começam a ocorrer, o feto passa a produzir, por sua adrenal, **DHEA**

(diidrostenediona) que será aromatizado em Estradiol e alterará o equilíbrio entre a concentração de estradiol/progesterona.

Esse desequilíbrio é progressivo e lento e começará um processo de maturação do miométrio aumentando suas junções GAP, aumentando os receptores de ocitocinas e prostaglandinas e ajudando até mesmo na estimulação dos fibroblastos da cérvix a secretar collagenases e elastases. O feto também aumenta a produção de **cortisol** que inibirá a enzima PGDH, que conseqüentemente aumentará a produção de prostaglandina ativa.

O cortisol também estimula a produção de ocitocina pelo âmnio, cório e decídua que juntamente com a prostaglandina aumentará as contrações por meio de mudanças na permeabilidade de cálcio do miométrio. **Essas modificações começam se intensificar principalmente a partir da 30ª semana, que é o período de pré-parto em que a intensidade e frequência de contrações vão se acentuando.**

Então a modulação uterina dividi-se em 4 fase:

- fase 0 / fase de quiescência, fase onde o útero permanece “quieto”. Em decorrência da maior produção de progesterona, prostaciclina e relaxina, hormônios estes que impedem a contração uterina. Sua duração é desde o início da gravidez até em torno da 30ª semana.
- A fase 1 / ativação. Inicia-se próximo ao termo. A fase de ativação nada mais é do que a preparação do útero para haver uma contratilidade correta. Fisiologicamente é o período em que se aumentam as junções GAP e receptores de ocitocina, já descritos no parágrafo anterior.
- A fase 2 é quando o útero está pronto para a estimulação. Esta fase realmente se inicia intraparto e tem como evento fisiológico o aumento de prostaglandina e ocitocina.
- A fase 3 é o período de involução. Inicia-se geralmente após a dequitação (expulsão da placenta) e tem como principal evento fisiológico a secreção de ocitocina.

ASSISTÊNCIA AO PARTO

Cerca de 15 dias antes da data do parto varias modificações (já citadas) ocorrem fisiologicamente no corpo da gestante. Esta fase é

chamada de Pré-parto.

É dever do médico diagnosticar o início do trabalho de parto, quando uma paciente chega em suposto trabalho de parto deve-se avaliar 3 coisas.:

1º Cólica coincidente com contração uterina. Para se diagnosticar trabalho de parto deve-se haver um mínimo de 2 contrações em 10 minutos e estas contrações devem durar no mínimo 20 segundos.

2ª é a eliminação do tampão mucoso com raia de sangue que evidencia a ação das collagenases e elastases do colo uterino fazendo seu esvaecimento, e as raia de sangue evidenciam o início do descolamento de placenta.

3ª A dilatação deve ser de no mínimo 2 cm em nulíparas e 3 centímetros em multíparas.

É importante salientar que se a paciente não apresentar um diagnóstico certo de trabalho de parto é necessário que o médico saiba avaliar se o mesmo está por vir ou não. Pode-se orientar a paciente a dar uma voltinha ali por perto ou mantê-la em observação, porém, sempre deixar a paciente se movimentar livremente, pois a deambulação ajuda nas contrações e no amadurecimento do colo uterino.

MODIFICAÇÕES DO COLO UTERINO

Por fatores indeterminados sabe-se que no final da gravidez o colo do útero vai ficando mais amolecido devido à ação de collagenases e elastases. Estas seriam produzidas mais ao final da gestação e principalmente no trabalho de parto, causando o fenômeno de esvaecimento, que seria o encurtamento e amolecimento do colo uterino formando uma só cavidade com o útero, o chamado canal de parto.

FISIOLOGIA.

Fatores Imunológicos: não se sabe o que estimula a quimiotaxia, mas perto do trabalho de parto e, principalmente, quando já instalado, ocorre uma inversão de resposta imune TH2 para TH1, observa-se um grande aumento no número de leucócitos, principalmente de neutrófilos que produzem uma reação inflamatória

levando à secreção de IL-1 e IL-8, que atuam sobre os fibroblastos cervicais induzindo-os a secretar collagenases e elastases e também promovendo a quimiotaxia de mais leucócitos. Por este motivo também que infecções cervicais durante a gestação aumentam os riscos de parto prematuro ou amniorrexe.

Ocorre também uma maior produção de prostaglandinas

Fatores hormonais: A progesterona é apontada como um forte inibidor da IL-8 e do ácido hialurônico. Quando a gestação está chegando ao final percebe-se uma queda deste hormônio e uma elevação do estrogênio que em contrapartida estimula a produção de collagenases pelos fibroblastos do colo uterino. Isso ocorre devido à produção de ACTH pela hipófise fetal, que estimula a placenta a produzir 17 α -hidroxilase, desviando a produção de progesterona para estrógenos.

Fatores mecânicos: Os estímulos aferentes através dos nervos sensoriais vão até os núcleos do hipotálamo que como resposta eferente libera ocitocina na corrente sanguínea, que sinergicamente com as prostaglandinas promovem as contrações uterinas. Sabe-se que a dilatação do colo é contração-dependente. A dilatação sem contração é limitada a no máximo 4 cm em multíparas e 3 cm em nulíparas, e esta se deve ao esvaziamento.

PRÉ-PARTO

Caso de trabalho de parto, deve-se explicar à paciente os possíveis procedimentos que podem ser realizados. Ex; indução ao parto, episiotomia, e etc..

O preparo da paciente vem a seguir. A paciente sempre deve ficar confortável e ter o mínimo de exposição possível.

A **tricotomia (raspagem de pelos)** e o **enterocisma ou enema colonico** são muito discutidos ainda. Os procedimentos devem ser feitos de acordo com a vontade da paciente. Outros autores afirmam que é um procedimento obrigatório, primeiramente para diminuir o risco de infecção, segundo para evitar o constrangimento da paciente na hora do parto pela defecação.

A seguir é necessário solicitar alguns exames, principalmente se a paciente não possui nenhum tipo de referência (cartão da gestante). Os exames pedidos de rotina são:

- Hemoglobina e hematócrito
- Urina tipo I
- Teste rápido para HIV.

Em seguida leva-se a paciente para a sala de procedimento para se fazer um exame clínico minucioso avaliando principalmente a bacia, o feto e a dinâmica uterina. O toque vaginal é a principal metodologia empregada para fazer este exame clínico. Ao toque vaginal deve-se de identificar:

- **APRESENTAÇÃO:** região do feto que ocupa a área do estreito superior e que nele se insinua. Ex (cefálica/pélvica/cormica) podendo ser de 1º grau ou bregmatica, 2º grau ou da frente, 3º grau ou da face
- **ATITUDE:** relação das diversas partes do feto entre si, ex (flexão/extensão-cabeça, tronco e membros) OBS: lambda-coccix – 25cm
- **SITUAÇÃO:** relação do maior eixo do útero com o maior eixo fetal. Ex(longitudinal/transversa/obliqua)
- **POSIÇÃO:** relação do dorso fetal com o lado materno. Ex Esquerda 1 – direita 2, assim posição esquerda ou 1
- **PLANO DE LEE-** nível zero; nível da espinha ciática.

Ainda; presença de membranas, volume cefálico, grau de flexão do bebê e os fenômenos plásticos

Com o toque vaginal também é realizada a PELVEGRAFIA, que nada mais é do que uma avaliação dos processos ósseos da pelve.

Na pelvegrafia observa-se: diâmetros ântero posteriores, espinhas esquiáticas, retropulsão cóccica, promontório, e envergadura sacral.

Ao toque também verifica-se a distensibilidade do canal vaginal (avaliar possível episiotomia), resistência do assoalho pélvico e graus de cervicodilatação (avaliado por hora). No último é importante que se reduza ao máximo o número de toques vaginais evitando os desnecessários. Isto além de criar um grau menor de estresse na paciente também reduzirá a chance de infecção intra e pós-parto.

A contra-indicação da deambulação é se a paciente já estiver com a bolsa rota e a dilatação não pode estar superior a 7 cm em multíparas e 8 cm em nulíparas.

Orienta-se oferecer pedaços de chocolate durante o parto por ser pouco volumoso e altamente calórico. Não se esquecendo de manter soro glicosado 10% endovenoso.

Métodos para avaliação da vitalidade fetal intra-parto:

- cardiotocografia
- ausculta do BCF
- amnioscopia (somente se a paciente tiver com mais de 3 cm de dilatação) devem ser feitas de 20 em 20 minutos.

Outro padrão para se avaliar a vitalidade fetal é a gasometria cefálica. Esta é indicada quando se tem um sofrimento fetal agudo. Serve para verificar o grau de sofrimento. Qualquer caso com Po_2 fetal $< 30\%$ é sinal de sofrimento fetal.

Para a melhora do aporte de oxigênio fetal pode-se indicar o decúbito lateral esquerdo, a oxigêniooterapia e a correção da hipertonia se esta for a causa de insuficiência uteroplacentária.

A dinâmica uterina tem de ser observada. O padrão normal de contração é de 5 contrações a cada 10 minutos com duração máxima de 1 minuto. Qualquer coisa acima disto é chamada de hipertonia uterina. Sua preocupação se deve ao fato de que isso acarretará um esmagamento das artérias por tempo prolongado causando insuficiência uteroplacentária. Sua correção pode ser feita posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo ou por fármacos.

O controle da cérvicodilatação deve ser também monitorado. Em geral deve-se obter 1 cm/h com duração máxima no período de dilatação de 12 horas.

Quando a paciente está com dilatação cervical acima de 8 cm e colo uterino médio, é indicado que se faça a amniotomia se a bolsa ainda não tiver rompido, isto ajuda na descida do feto.

É recomendado que se faça o cateterismo vesical, porém, o parto humanizado questiona isso devido ao incômodo da paciente. O melhor é explicar os motivos desta conduta para a paciente e a deixar escolher.

PARTO

O período que antecede o trabalho parto e prepara o colo do útero, chamamos de período PRODROMICO, que é marcado pela:

- Descida do fundo do útero

- Eliminação de muco vaginal
- Amolecimento e apagamento do colo

Logo após vem o TRABALHO DE PARTO, processo pelo qual o produto da concepção é expelido para o ambiente externo, onde podemos dividi-lo em 3 fases:

- 1º período/ fase de dilatação; compreende o período do início do trabalho de parto até a dilatação completa (10cm), contrações uterinas dolorosas e regulares que a medida que o trabalho de parto evolui tornam-se mais frequentes e intensas. As fibras do útero são tracionadas sobre o colo somando-se a maior pressão fetal sobre o colo.
- 2º período/ Fase de expulsão: 1-2 horas começa com a dilatação total até a expulsão do feto; ocorrem intensas metro-sístoles com duração de até 60seg c/ frequência de 5/10min. As contrações abdominais aumentam a pressão sob o útero resultando em uma força semelhante ao reflexo da defecação, porém de maior intensidade. Ocorre então:

Insinuação:

Passagem pelo estreito superior

Descida:

Avanço da apresentação do estreito superior para o estreito inferior

Ocorre junto com a rotação interna *Rotação Interna:*

Visa encontrar o melhor jeito para sair

Procurar os menores diâmetros da cabeça para os maiores da pelve (lambdoide)

Desprendimento:

Exteriorização da apresentação

Rotação externa:

Volta ao ponto de reparo fetal. Visa a melhor posição de saída (extensão da cabeça)

Desprendimento fetal final: Desprendimento fetal total

- 3º período/secundamento; inicia-se após o desprendimento do feto e se caracteriza pelo descolamento e expulsão da placenta. Com a saída da placenta o fundo do útero desce até a cicatriz

umbilical, podendo haver perda sanguínea fisiológica de 300-500ml de sangue. Em media 10 minutos

Entao, logo após, temos um quarto período também chamado de 4º período do parto, onde se processa a hemostasia fisiológica da ferida uterina. Essa etapa merece ênfase pois podem ocorrer as hemorragias, dependentes das contrações do útero. Pode-se utilizar ocitocito profilático para auxiliar na dequitação e coagulação.

DISTÓCIAS DE PARTO

São qualquer anormalidade no parto.

As distócias são divididas em subgrupos.

- Distócia óssea: Quase sinônimo de desproporção céfalo-pélvica, porém, é na realidade uma dificuldade de progressão e ultimação do parto por alguma anormalidade óssea pélvica.

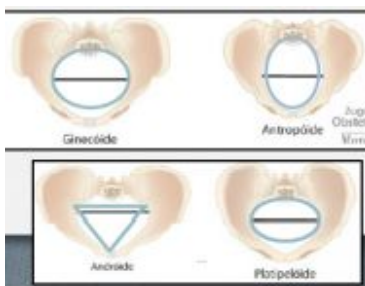
Avaliação dos diâmetros:

Promontório: <12cm

Diâmetro Biciático: <10cm

Ângulo

Subpúbico: <120°



Avaliação do tipo de pelve:

Platipelóide (5%)

Andróide (20%)

Ginecóide (50%)

Antropóide (25%)

Desproporção Céfalo-Pélvica: Biparietal >

9,8cm

- Distócia de trajeto: condição que dificulte a progressão e ultimação do parto por obstrução do trajeto. Ex; ma formações, etenose, rigidez neoplasias, distopias, edema
- Distócia funcional: também conhecida como distócia de força ou discinesias. É definida como alguma anormalidade que atinge a contratilidade uterina. Hiper/hipoatividade uterina.

- Distócia fetal: são condições criadas pelo feto que dificultam e impedem a progressão do parto. Podem ser de apresentação, atitude, situação ou volume.
- Distócias anexial: São dificuldades relacionadas aos anexos (cordão umbilical, membranas ovulares e placenta).

AMINIORREXE

É um processo fisiológico do parto, porem algumas infecções são causas de rupturas prematuras pro produzirem elastases e colagenases.

PRINCIPAIS CONDUTAS:

- Intervencionista- indução ao parto
- Conservadora= aguardar inicio espontâneo do trabalho de parto. Normalmente ate 34sem.

A conduta ira variar segundo IG.

- **Gestação a termo >37 sem**= indução imediata c/ ocitocina para diminuir incidência de infecção materna

- **GESTAÇÃO 34-36sem** conduta intervencionista traz mais benefícios já que conduta conservadora podecausar sepse, além de ambiente intra-utero apresentar benefícios diminuídos para o desenvolvimento fetal

- **GESTAÇÃO 24-34sem** mortalidade fetal alta, cada dia intra-utero representa um ganho de sobrevida de 3%. Pode-se utilizar corticoterapia materna para acelerar processo de maturação fetal. Alto risco de infecção (fazer antibioticoterapia profilaxica).

PACIENTE INTERNADA. Se sinal del infecção (febre >37,8°C + taquicardia) resolução da gestação.

- **GESTAÇÃO <24sem**; baixo sucesso em conduta conservadora e elevado risco de infecção materna- indução ao parto deve ser discutida.

PARTOGRAMA

Muitas vezes a gestante entrará em trabalho de parto, porém, terá uma evolução lenta o que poderá prejudicar sua saúde e da criança. Para acabar com as suposições e haver uma padronização neste tipo de urgência, foi criado o Partograma.

O Partograma nada mais é do que um instrumento gráfico que representa facilmente o plano de descida, a dilatação, a apresentação e a posição; sem falar que pode ser descrito o uso de medicamentos (logo abaixo do gráfico).

Este gráfico é muito útil, pois, nele há o traçado de duas linhas, chamada **linha de alerta e a linha de ação**.

A linha de alerta é traçada diagonalmente uma hora após o primeiro registro

A linha de ação após 4 horas.

Como estes traçados são fixos é muito importante o certo diagnóstico de trabalho de parto para não inserir a paciente no partograma muito cedo, pois assim ela não terá o desempenho correto (1 cm de dilatação por hora) e entrará muito cedo nas linhas de alerta e ação.

A linha de alerta geralmente representa a possibilidade de indução de parto e a linha de ação geralmente implicada em alguma intervenção cirúrgica como a possibilidade de uma cesariana ou a locação de fórceps.

PREENCHIMENTO

- 1- Primeiro registro no início da fase ativa (3cm/ contrações 2-3em 10 mim)
- 2- Após primeiro registro, marcar linha de alerta 1 hora e 1cm após e acima.
- 3- Marcar a linha de ação 4 horas após linha de alerta
- 4- Dilatação cervical TRIANGULO e descida da apresentação BOLA
- 5- Os toques vaginais devem ser 2/2horas e registrados no PG
- 6- Avaliar condições do colo (dilatação e esvaecimento), altura da apresentação e integridade da bolsa
- 7- Avaliar BCF

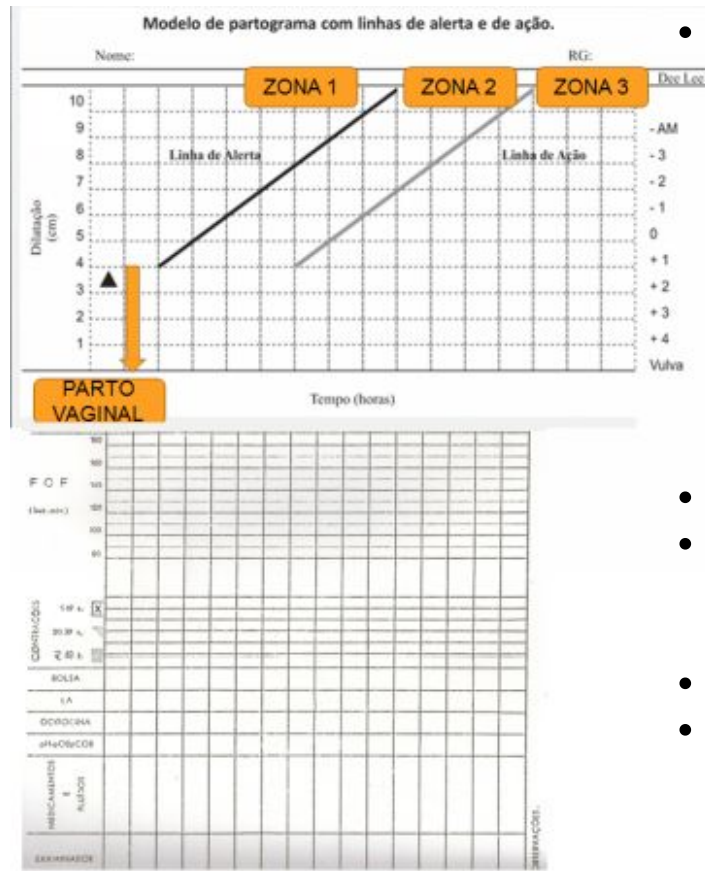
PERIODOS

Fase Latente (Período Preparatório):

Amolecimento do colo, apagamento do colo, início da dilatação.

Duração:

- Nulípara: 16-20h



- Multípara: 12-16h
- Disfunção:Fase Latente Prolongada

Fase Ativa:

Aumento da
velocidade de
dilatação.

Velocidade:

- Nulípara: 1,2cm/h
- Multípara: 1,5cm/h

Duração:

- Nulípara: 3,4h
- Multípara: 1,5h

Disfunções:

1 Fase Ativa
Prolongada.

2Parada Secundária da Dilatação.3Parto Precipitado ou Taquitócito.

Período Pélvico:

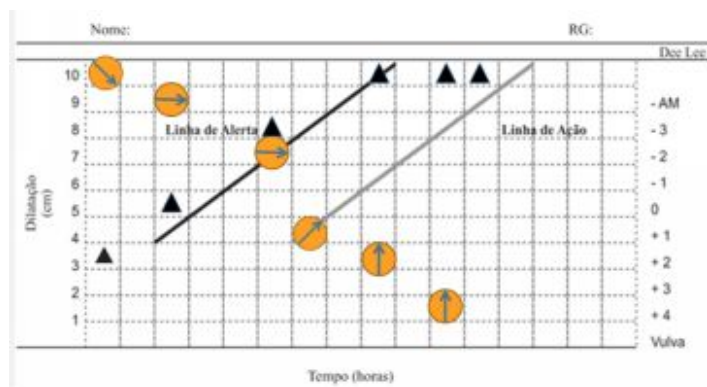
Exploração do trajeto pélvico e expulsão.

- Duração: 1-2h.

Disfunção: Parada Secundária da Descida.

Prolongamento da Descida.

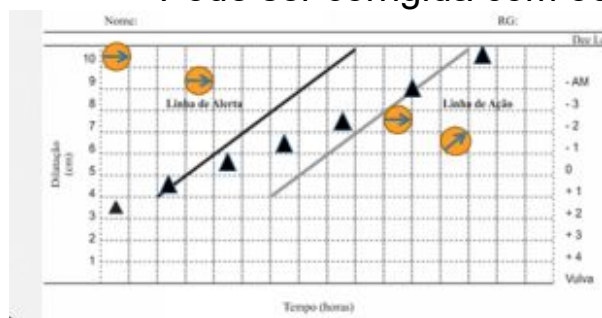
**Ou prolongamento da DESCIDA-----
PARTOGRAMA NORMAL**



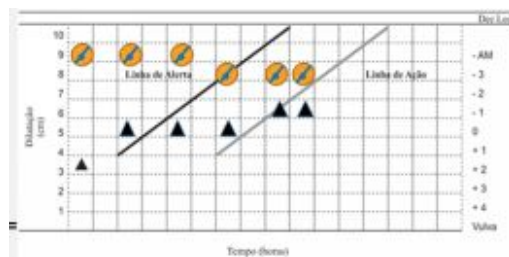
IDENTIFICANDO DISTOCIAS

1 fase ativa prolongada- dilatação progressiva porém lenta, inferior a 1cm. Ultrapassa linha de alerta chegando a linha de ação. Na maioria das vezes causada por contrações ineficientes. Deficiência de apresentação ou desproporção CP

Pode ser corrigida com ocitocina ou aminiotomia.



2-PARADA SECUNDARIA DA DILATAÇÃO ou da DESCIDA ; persistência da mesma dilatação evidente por 2 TV's, estando a mulher já em trabalho de parto ativo, podendo atingir linha de ação. Pode ser causada por desproporção CP e associa-se a sofrimento fetal. Posição transversa.



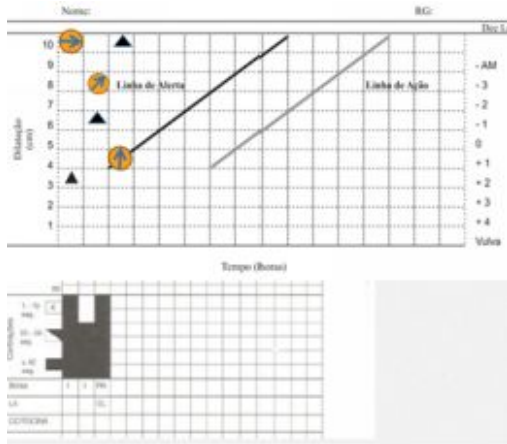
3-Fase Latente Prolongada

Conduta: Repouso em casa. Evitar ocitócitos. Tranquilizar família

4 PARTO PRECIPITADO; A dilatação cervical e descida do feto ocorrem simultaneamente em 4 horas ou menos. Pode ocorrer

sofrimento fetal visto que devido a estas contrações o nível de O₂ é diminuído ao feto. Tbm pode trazer lacerações do canal como complicações.

Conduta: monitorar o feto e revisar canal de parto



INDUÇÃO DE PARTO

Quando os registros do partograma entram na linha de alerta, tem-se de considerar uma indução do trabalho de parto, porém, como induzir um trabalho de parto?

PRIMEIRO – CONTRA-INDICAÇÕES p/INDUÇÃO:

- Desproporção céfalo-pélvica
- Apresentações anômalas
- Sofrimento fetal
- Macrossomia fetal
- Miomectomias
- Gestação gemelar
- Infecção genital ativa por herpes
- Carcinoma invasivo de colo

Raciocina-se sempre que a indução é contra indicada quando o feto corre risco se tiver de passar pelo canal de parto.

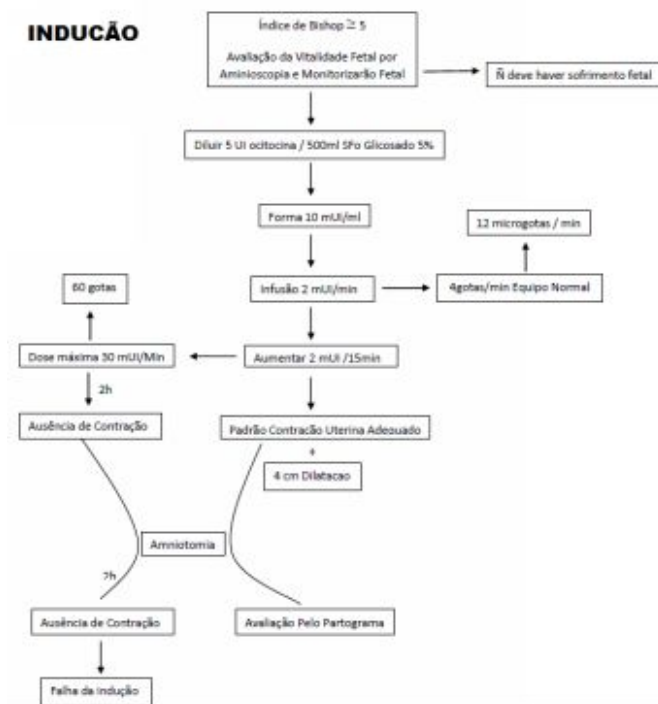
Se não houver contra-indicações é necessário avaliar colo uterino. O sucesso da indução do trabalho de parto é diretamente proporcional às condições do cérvix. Pode-se usar índice de Bishop. Diz-se que o colo uterino é favorável à indução quando Bishop ≥ 5 .

EATOR	PONTOS		
	0	1	2
Dilatação	0,5 cm	0.5 a 1,5 cm	Maior 1,5cm
Esvacimento	Ausente	0 a 50%	Maior 50%
Consistência	Firme	Médio	Macio
Posição Cervical	Posterior	Medianizado	Anterior
Altura da Apresentação	↑ Plano Zero	Plano Zero	↓ Plano zero

E se Bishop não for favorável? Bem, aí teremos de preparar esse colo uterino antes de realizar a indução. Essa indução segue alguns passos:

1. Administração de gel intracervical 0,5 mg com PGE2.
2. Reavaliar em 4 horas
3. Se Bishop ≥ 5 Induzir o parto com Ocitocina Se Bishop < 5 Repetir administração (Max. 3 doses/24h)
4. Acompanhamento da vitalidade Fetal e atividade Uterina.

Após o colo uterino estar favorável pode-se iniciar a indução do trabalho de parto:



SOFRIMENTO FETAL

Basicamente existem 2 tipos de sofrimento fetal: **o agudo e o crônico**.

O CRÔNICO é aquele causado por uma insuficiência uteroplacentária progressiva, também causando uma hipóxia progressiva no feto. Já foi comentado o fenômeno de centralização e seu diagnóstico por dopplervelocimetria na avaliação da vitalidade fetal.

O que se deve entender do crônico é sua causa (insuficiência uteroplacentária progressiva), seu diagnóstico (Dopplervelocimetria) e suas conseqüências (RCIU, Má formações...).

O AGUDO é aquele que ocorre na hora do parto. Mesmo se ele for crônico e permanecer durante o trabalho de parto diz-se que houve uma agudização do sofrimento crônico. Geralmente o SF agudo resulta de uma Insuficiência Utero-Placentária aguda e também por isso é dever do médico corrigi-la se possível, e se não for possível retirar a criança por via alta (cesárea).

Como o sofrimento fetal nada mais é do que uma situação de hipóxia ao feto, é de se esperar que algumas modificações óbvias acontecesse em sua metabolismo.

Em primeira instância, quando o feto entrar em estado de **hipóxia**, seu corpo irá tentar compensar a falta de oxigenação com uma circulação mais rápida de sangue, fazendo assim uma **taquicardia** nos momentos de hipóxia. Pode-se dizer que esta aceleração é até fisiológica e corresponde a uma reatividade do feto, mostrando que ele esta em condições para se manter bem.

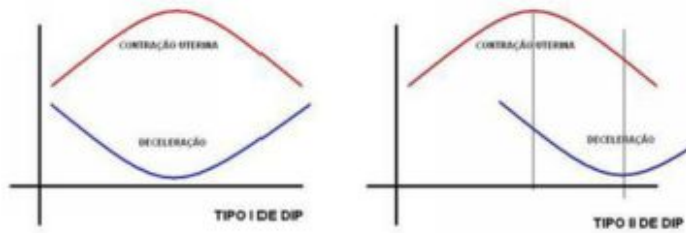
O problema está quando este feto está **hipoglicêmico de tanto sofrer hipóxia** ou porque não está tendo um aporte suficiente de glicose e começa a apresentar uma **bradicardia** em momentos de hipóxia.

Para se medir o grau deste sofrimento, mede-se as desacelerações do feto em relação à dinâmica uterina. Isto é visualizado pela cardiotocografia. De acordo com a análise da cardiotocografia é definido

DIP I desaceleração INTRA-PARTO precoce , DIP II ou DIP III .

A DIP I é quando a bradicardia (ponto máximo da desaceleração) se situa junto com a contração uterina (momento de hipóxia e ponto máximo da contração).

A DIP II é quando o ponto mais baixo da desaceleração está atrasado com o ponto máximo da contração. Os gráficos são ilustrados abaixo:



Em função da queda da frequência tem-se que classificar o quanto ela cai. Podem ser classificados em leves, moderados e graves:

Leves (menos de 15 bpm) Moderadas (entre 16-44 bpm) Graves (mais de 45 bpm)

Quanto maior for a depressão do BCF pior será o prognóstico do bebê.

Há outra situação em que a bradicardia não coincide com a contração uterina. Esta é a DIP III. Pode ser explicada por uma compressão de cordão e não terá nenhuma correlação com a contração uterina.

A análise do pH fetal é considerado padrão-ouro na verificação de sofrimento fetal intraparto. Esta técnica é feita quando a dilatação está acima de 3 cm e depois que as membranas estão rotas. Primeiramente deve-se expor o crânio fetal com um endoscópio cônico. Aplica-se um anti-séptico, depois se borrifa gel de silicone no lugar da punção, e faz-se uma incisão de 2 mm. O sangue capilar que pinga em cima do filme de silicone estará coletado em vários tubos heparinizados. O tempo de coleta estará registrado, e as amostras são imediatamente mandadas ao laboratório para determinar o pH. Para deter o sangramento, basta pressionar o lugar durante 1 à 2 contrações. A interpretação do resultado é feita da seguinte forma:

Normal pH = 7.25–7.35

Limite pH= 7.20–7.25

Anormal (baixo)= 7.20

Deve-se sempre lembrar que quando o escalpo é muito cabeludo prejudicará o exame.

CARDIOTOCOGRAFIA

A *cardiotocografia*, consiste no registro: FCF, da contratilidade uterina espontânea, e dos movimentos fetais (MF). Informando o bem estar fetal, permitindo que se obtenha indiretamente, informações relativas ao grau de hígidez do seu SNC.

INDICAÇÕES

- Gestação de Alto-Risco;
- Indução do Parto;
- Na presença de líquido amniótico meconial;
- Na presença de anormalidades na ausculta cardíaca fetal.

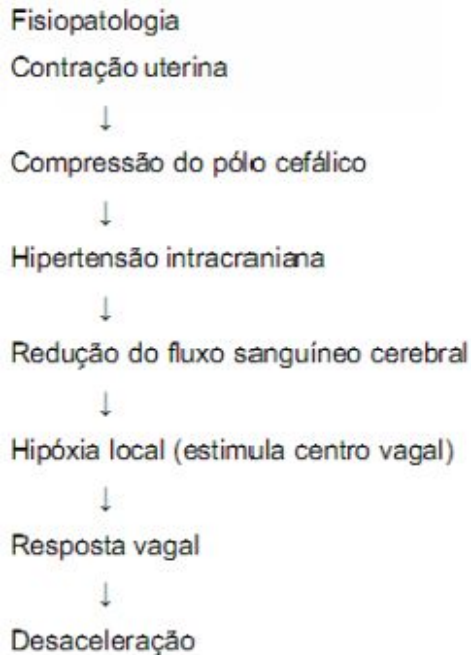
- Alterações da FCF

Acelerações: Podem estar relacionadas com movimentos fetais (transitórias) ou contrações uterinas (periódicas). Início: 20 semanas de gestação Primeiro parâmetro a alterar frente a hipóxia. Padrão normal: amplitude 15 bpm e duração 15 segundos (10 bpm e 10 segundos antes de 32 semanas de gestação)

Desacelerações: Periódicas: relacionadas com contrações uterinas

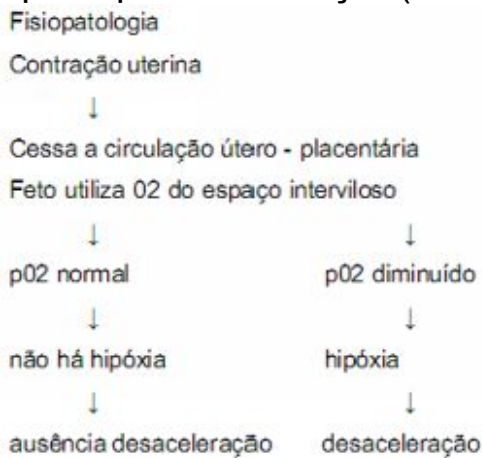
Precoce ou cefálico (DIP I):

queda uniforme, gradual (início até nadir > 30 segundos), coincide com o pico da contração



Tardio (DIP II)

: uniforme, queda gradual (início até nadir > 30 segundos), ocorre após opico da contração (decalagem 20 segundos)



Variável (DIP III ou Umbilical):

início, decalagem e forma variáveis, queda abrupta (início para nadir < 30 segundos)

Diástole Zero (DZ): sonogramas de artérias umbilicais que exibem ausência de velocidade de fluxo durante a diástole.

Diástole Reversa (DR): sonogramas de artérias umbilicais com presença de velocidade de fluxo reverso durante a diástole.



Fisiopatologia

Contração uterina



Compressão do cordão umbilical



Hipóxia temporária



Hipertensão arterial fetal



Desaceleração

Não Periódicas:

Espica ou DIP 0

: desaceleração com duração < 15 segundos relacionada com compressão funicular de curta duração ou soluço fetal, mais comum no prematuro. Desaceleração prolongada: desacelerações com duração maior que 3 minutos, relacionada com hipotensão postural materna, bloqueios anestésicos, hiperatividade uterina, compressões funiculares intensas e duradouras. Quando espontânea são sempre patológicas

8. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS			
	REATIVO	HIPORREATIVO	NÃO REATIVO
FCF	110-160(termo); 120 - 160 (pré-termo)	100 - 109 161 - 180	< 100 > 180
VARIABILIDADE	≥ 5	< 5 (≥ 40 min mas < 90 min)	< 5 (≥ 90 minutos) LISA PADRÃO SINUSOIDAL (≥ 10 min)
ACELERAÇÕES	PRESENTES	Hipoacelerações (< 15 bpm < 15 segundos)	AUSENTES
DESACELERAÇÕES	AUSENTES	DIP I DIP III favoráveis isoladas Desaceleração prolongada < 3 minutos	DIP II DIP III desfavoráveis, repetitivas. Desaceleração prolongada > 3 minutos

INSUFICIENCIA PLACENTARIA CRONICA:

Comum nos quadros de diabetes gestacional.

O órgão exerce função nutritiva para o feto, sendo assim, o transtorno levará a uma desnutrição fetal. Então, se ocorre diminuição da pressão parcial de O₂, o feto procura por um mecanismo de readaptação hemodinâmica, redistribuindo o DC. Vasodilatação central e vasoconstrição periférica, levando a Restrição de crescimento fetal (RCF).

À USG pode-se notar Oligodramia e fluxo cerebral ao doppler velocimetria. CTG; sofrimento fetal DIP III.

HIPERTENSAO GESTACIONAL:

HIPERTENSÃO CRÔNICA NA GRAVIDEZ

Mulher portadora de hipertensão arterial precedente à gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação.

Leve para moderada

- Hipertensão abaixo de 160/110mmHg;
- Função urinária preservada;
- Área cardíaca normal;
- Fundo de olho somente com espasmos arteriolares;

- Sintomatologia leve.

Grave

- Hipertensão igual ou maior a 160/110mmHg, oligúria, hipertrofia ventricular esquerda;
- Fundo de olho com cruzamentos patológicos ou edema de papila;
- Cefaléia;
- Escotomas;
- Dispnéia.

A definição de DHEG nada mais é do que um aumento da PA acompanhado de proteinúria acima da 20ª semana gestacional.

Este último dado é extremamente importante, pois se a paciente apresenta uma hipertensão arterial antes da 20ª semana gestacional ela é diagnosticada como portadora de Hipertensão Arterial Crônica. Isto se deve a fisiopatologia da DHEG que será escrita mais em breve.

Para Dx, em primeira instância a mulher tem de estar acima da 20ª semana gestacional.

A pressão diastólica dela deve estar acima de 90 mmHg, porém, para a aferição desta deve ser utilizado a 4ª bulha (abafamento).

Em ultimo lugar a mulher deve manifestar uma proteinúria acima de 0,3g em 24 horas.

Com todos esses dados podemos dizer que ela está com pré-eclâmpsia.

Não é muito clara a distinção em livros sobre a diferença de DHEG para Pré-eclâmpsia, porém, observa-se que DHEG é a condição geral e pré-eclâmpsia é a forma de manifestação que poderá evoluir para a eclâmpsia.

Revisando: Pré-eclâmpsia pode ser definida como: após a 20ª semana gestacional um aumento da pressão diastólica acima de 90mmhg auscultada na 4ª bulha com uma proteinúria maior que 300mg em 24 horas.

O **sinal mais clássico** da pré-eclâmpsia é o **edema** , principalmente nos membros inferiores. Este se deve principalmente pela proteinúria, que diminui a concentração de proteínas plasmáticas

e com isso diminui a pressão coloidosmótica, aumentando assim o extravasamento de líquido.

A fisiopatologia exata da pré-eclampsia é pouco conhecida ainda. Sabe-se que o aumento da pressão arterial ocorre em resposta à uma reação endotelial. Não se sabe o motivo desta reação, porém, sabe-se que o endotélio fica menos responsivo aos vasodilatadores e mais responsivo aos vasoconstritores, sem falar que ele próprio produz mais vasoconstritores (endotelina e tromboxano) do que vasodilatadores (óxido nítrico), o que agrava ainda mais a situação. Além desse fator foi observado que há fatores genéticos e imunológicos. Observou-se em mulheres grávidas um aumento da resposta Th1. Essa teoria é bastante aceita, pois é de extrema certeza que a pré-eclampsia é relacionada com a placenta que funciona no organismo materno como um aloenxerto. Esse aloenxerto, que no caso é a placenta, tem propriedades invasoras que devem ser toleradas pela mãe; se não for bem tolerada as substâncias imunes da resposta Th1 da mãe podem causar uma reação sistêmica.

Alguns fatores de risco também foram observados, como: primigesta (6x), gestação múltipla (5x), mola hidatiforme (10x), raça negra, árabe e judia, e ainda idade acima de 40 anos. Como fator inibidor, a gravidez anterior com o mesmo parceiro atua como um fator protetor, provavelmente pelo sistema imunológico já ter tido um contato prévio e não realizar mais uma resposta Th1.

De acordo com seu quadro clínico a pré-eclampsia é separada em leve e grave. Esta divisão é o que guia a conduta do médico.

A pré-eclampsia leve é aquela com a PA diastólica menor que 110 mmHg e proteinúria leve (>2g). Sua conduta ainda é controversa. Não se obteve melhoras em mulheres que foram internadas e também não há indícios de vantagens com o uso de hipotensores. O melhor a fazer é solicitar o retorno de 15 em 15 dias para reavaliação até a 30ª semana e semanalmente após a mesma. A orientação é a melhor conduta. Deve-se ter uma dieta hipossódica (apesar da HA não ser sódio-dependente, a alta concentração pode agravar), hiperprotéica (repor a perda de proteína plasmática) e sem restrição de líquidos. A pré-eclampsia leve não é indicação para cesárea, porém, deve-se ter um maior cuidado com a mãe e o bebê. A via baixa é sempre mais indicada.

A **pré-eclampsia grave** é aquela em que a gestante apresenta **PA diastólica maior que 110 mmHg** e com proteinúria de 24h acima de 2g. Está presente também cefaléia occipital, distúrbios visuais, dor epigástrica, plaquetopenia ($<100.000/\text{mm}^3$) e RCIU (restrição de crescimento intra-útero). A internação é conduta universal. A terapêutica anti-hipertensiva é obrigatória, porém, **não se deve usar inibidores da ECA**, pois causa má formação fetal. Deve-se também usar **sulfato de magnésio para evitar a convulsão**.

- O anti-hipertensivo- Metildopa. É a droga mais utilizada, pois não possui efeito maléfico ao bebê. Seu mecanismo de ação é a estimulação de receptores alfa-adrenérgicos inibitórios centrais. É uma droga de efeito lento e por isso não é usada para crises hipertensivas.
- A segunda droga anti-hipertensiva é a Hidralazina, que promove relaxamento do músculo liso arteriolar.
- Em terceiro lugar deve-se usar a Nefedipina, que é um inibidor dos canais de cálcio.

Como droga anti-convulsiva, a de primeira escolha é o **sulfato de magnésio**. Este medicamento causa efeito **depressor do SNC**, diminuindo a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular, diminuindo a sensibilidade e excitabilidade da placa motora e desta forma diminuindo a intensidade das contrações do músculo estriado.

CONDUTA; avaliar a maturidade fetal, se estiver acima de 34 semanas o feto tem um prognóstico muito bom, mas mesmo assim realiza-se a corticoterapia para induzir a maturidade. O sofrimento fetal também deve ser avaliado. A retirada do bebê deve ser feita sempre que a mãe sofra risco de morte, estando o bebê maduro ou não. Neste caso está indicada a cesárea. A melhor conduta é tentar estabilizar a mãe sulfatando-a e dando anti-hipertensivos. Após 36 horas que ela foi sulfatada pode-se retirar o bebê sem intercorrências. Relembrando que o parto vaginal é sempre a melhor escolha.

É de grande valia para o médico conseguir identificar uma eminência de eclâmpsia. Só é considerado em quadro de eclâmpsia após a mulher ter convulsionado e **a eminência de eclâmpsia é o quadro clínico pouco antes da convulsão**. Seus sintomas são: **cefaléia holocraniana ou occipital, escotomas cintilantes, e dor epigástrica**. A conduta é sulfatar imediatamente.

Toda convulsão na gravidez é considerada eclâmpsia, até que se prove o contrário. A conduta é sulfatar e controlar a pressão. Há controvérsias sobre a conduta obstétrica, porém, sempre se presa a vida da mãe.

A paciente deve ser acompanhada da seguinte forma:

- Repouso compulsório com restrição de exercícios físicos exagerados;

- Evitar ganho excessivo de peso materno;

- Proibir álcool e tabagismo;

- Consultas quinzenais com avaliação

laboratorial:

Série vermelha, plaquetometria e pesquisa de esquizócitos do hemograma;

Uréia e creatinina;

Ácido úrico;

DHL, AST e ALT;

Bilirrubina e frações;

Pesquisa da proteinúria.

- Rastrear crescimento fetal restrito – ultrasonografia;

- Diagnóstico do bem-estar fetal – cardiotocografia, volume do líquido amniótico e

dopplervelocimetria^{13(A)};

- Parto deve acompanhar as indicações obstétricas, com indicação eletiva no termo.

NA PRE-ECAMPSIA GRAVE; conduta acima mais:

- Internação obrigatória;

- Corrigir a emergência hipertensiva;

- Monitorização fetal diária;

- Corticoterapia antenatal entre 24 e 34 semanas de gravidez:

- Sulfato de magnésio para prevenção da eclâmpsia com os mesmos esquemas da eclâmpsia

SE ECLAMPSIA:

2ml de sulfato de magnésio a 50% + 58ml de soluto glicosado infundidos em 1 hora (1 grama/hora).

Síndrome HELLP

Forma grave de pré-eclampsia caracterizada pelo aparecimento de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e queda de plaquetas em paciente cursando com hipertensão. As três alterações nem sempre aparecem simultaneamente, admitindo o conceito de HELLP parcial.

Feito o diagnóstico, a paciente deve ser conduzida como uma pré-eclampsia grave. Devemos lembrar alguns pontos inerentes a este quadro:

- A anestesia deverá ser geral pela plaquetopenia, evitando acidentes das punções lombares;
- A hemostasia e a drenagem cirúrgica devem ser generosas;
- A transfusão de plaquetas durante o parto e puerpério deve ser incentivada (valores menores que 50.000mm³);
- Na possibilidade de rotura hepática, tentarum tamponamento sem tentar hemostasia;
- Optar pela interrupção da gestação, independente da idade gestacional;
- Dexametasona 10mg/200 ml de soro fisiológico a cada 12 horas até a normalização das plaquetas^{17,18(B)}.

CONDUTA E TERAPEUTICA PARA EVITAR PRÉ-ECLAMPSIA
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Uso de ASPIRINA na dose de 100mg/dia para as pacientes de risco: história prévia de hipertensão e/ou pré-eclampsia (eclampsia, síndrome HELLP, DPP), história familiar de pré-eclampsia, crescimento restrito sem causa ou prematuridade anterior. |
|---|

• Uso do CALCIO na dose de 2 gramas diárias para: -Pacientes de risco, e com baixa ingesta do íon na alimentação. Ambas as propostas iniciam-se na 14^o semana de gestação com administração até o parto.
--

HEMORRAGIA PÓS-PARTO

É definida como perda sanguínea superior a 500 ml após o parto. Por ser uma patologia que necessita de intervenção rápida, é uma das maiores causas de mortalidade materna.

Pode também ter o caso de placenta anômala, como é o caso de placentas acreta, increta e percreta. Acreta é aquela que está aderida profundamente na decídua. A Increta é aquela que está aderida ao miométrio. A percreta é aquela que está aderida à serosa. As condutas nestes casos variam, mas sempre tenta-se salvar o útero da paciente, caso seja impossível faz-se a histerectomia.

Após o parto, durante o parto e até antes do parto, se a paciente apresentar um sangramento vaginal importante é necessário lembrar-**se da ruptura uterina**. Seu diagnóstico pode ser feito através do toque bimanual que não apresentará uma continuidade pelo quadro clínico de abdome agudo, já que o **sangue estará sendo derramado na cavidade peritoneal**.

As lacerações do trajeto podem ser outra causa. É importante que o médico sempre revise o canal de parto fazendo a busca ativa de lacerações após o término do parto. Caso encontre alguma é só suturar.

Como causa de hemorragia pós-parto também podemos citar a inversão uterina, que se faz principalmente por erro médico. Esta situação ocorre em geral quando há uma tração excessiva do cordão umbilical que acarreta uma inversão do útero. A conduta é a manobra de taxe, sobre ação de anestesia e miorelaxantes.

INFECÇÃO PUERPERAL.

ADM profilaxica Ampicilina e a Cefalosporina. A manifestação da infecção puerperal em geral ocorre como uma hipertermia. Para ser considerada infecção puerperal devem-se apresentar as seguintes possibilidades de quadro clínico.

1ª é uma temperatura de 38°C em 4 tomadas diárias.

2ª é uma hipertermia acima de 38°C manifestada após o parto e em

3º uma hipertermia que ocorra pelo menos 2 dias dentre os 10 primeiros dias após parto.

Varias causas são citadas como predisponentes, mas para melhor raciocínio é só pensar que os fatores predisponentes são os que podem carrear bactérias endógenas (microbiota vaginal) ou exógenas para a parte interna do organismo. Esses são os casos de grande numero de toques vaginais, cesárea, aplicação de fórceps. A bolsa rota por tempo prolongado também é fator de risco, já que ela confere proteção ao feto. A placenta prévia e a retenção ovular também são fatores, pois o trofoblasto é um excelente meio de cultura. Até mesmo a hemorragia é um fator de risco, pois com a perda de sangue ocorre uma queda da volemia e assim uma queda da resistência imunológica.

A infecção puerperal localizada de maior epidemiologia é a endometrite, mas também citam-se a vaginite-cervicite, infecção vulvoperineal e infecção da parede abdominal pelo corte da cesárea. Como propagada pode-se citar as miofascites, endomiometrite, salpingite-anexite, parametrite, e como generalizada as peritonites generalizadas e por fim o choque séptico.

MORTALIDADE MATERNA

É definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação.

As mortes maternas ainda são classificadas em causa obstétricas diretas, indiretas e não obstétrica. Vale dizer que a mortalidade materna não obstétrica é aquela em que a mulher está dentro do período de puerpério (42 dias), mas a causa de sua morte não teve correlação alguma com complicações puerperais e sim causas acidentais.

A mortalidade materna obstétrica direta é aquela onde a situação de gravidez criou um cenário patológico próprio da gestação e isso levou ao óbito. A hemorragia, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, a infecção e as complicações do aborto constituem as principais causas diretas de morte materna;

A mortalidade materna obstétrica indireta é aquela em que a gravidez agravou um quadro já pré-existente. a cardiopatia, a

hipertensão arterial crônica e a broncopneumonia as principais causas indiretas.

A mortalidade materna é responsável por 114 mortes para cada 100.000 nascidos vivos no Brasil. Não resta dúvida que a qualidade e a abrangência da assistência obstétrica e neonatal oferecidas à população, são as principais responsáveis por tais indicadores vergonhosos.

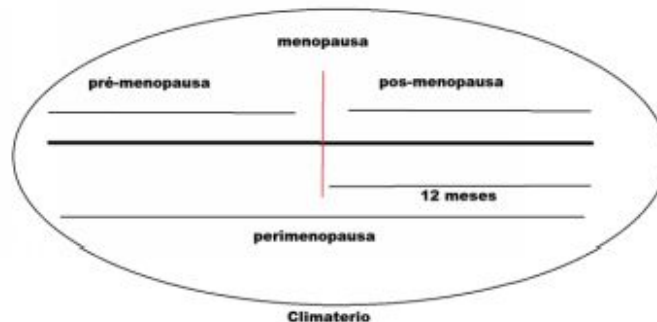
CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

Em primeiro lugar temos que diferenciar e conceituar climatério e menopausa. Climatério é o conjunto de alterações somáticas e psíquicas que se observam na mulher no final de seu período reprodutor e no homem quando diminui progressivamente a sua atividade sexual.

Menopausa é a última menstruação da paciente quando com mais de 40 anos de idade e que não retorna mais pelo menos 12 meses, com alteração dos níveis de gonadotrofinas e estradiol.

Classifica-se menopausa em:

- Menopausa normal: +/- 50 anos
- Menopausa precoce: menos de 45 anos
-



Menopausa tardia:
mais que 55 anos

Todos sabem que a mulher nasce com uma quantidade de óvulos e somente vai

maturando-os de acordo com os ciclos menstruais. Os óvulos recrutados que não ovulam sofrem atresia. Estes óvulos em suas maturações produzem um hormônio chamado estradiol, que é responsável por uma série de eventos e regulações metabólicas durante o período entre a menarca e a menopausa.

À medida que estes óvulos vão se esgotando há um decréscimo dos níveis de progesterona. Há de se salientar que este processo é gradativo. Esse período em que há um decréscimo da produção de

estrogênios varia de 2 a 8 anos antes da menopausa e é chamado de perimenopausa.

Basicamente inúmeras células do seu corpo possuem receptores para o estrógeno e é de se esperar que com a diminuição dele haja varias modificações metabólicas nestas células, repercutindo sistematicamente no organismo da mulher.

Com a queda do estrógeno e inibina, a hipófise secretará mais LH e FSH tentando aumentar a maturação dos folículos, porém, não há folículos para serem maturados e não haverá maior produção de estradiol, sendo que o aumento de LH e FSH é o indicador de que a mulher está entrando no climatério. Com a baixa produção de estrógenos também ocorre a diminuição da produção de colágeno, o que acarretará rugas e flacidez na pele e, principalmente, uma atrofia genital, que por sua vez leva ao ressecamento genital que conseqüentemente leva à dispareunia.

Especula-se que o estrógeno atue no centro termorregulador do cérebro, e sua falta acarretará uma disfunção desta parte, que será responsável pelo famoso sintoma vasomotor: o fogacho.

A queda de estrógeno também impedirá a maturação do epitélio vaginal e isso nutrirá menos os bacilos benéficos e conseqüentemente haverá uma maior probabilidade de infecções genitais. Com a queda de estrogênio também haverá uma maior concentração relativa de andrógenos no organismo da mulher o que acarretará quebra e queda dos cabelos podendo causar até calvície.

Aumento do LDL e diminuindo o de HDL assim fazendo com que haja maior risco de efeito aterosclerótico; também se observa uma menor estimulação endotelial sistêmica diminuindo a produção de óxido nítrico e prostaciclina, causando maior vasoconstrição e favorecendo a agregação plaquetária aumentando assim o risco de fenômenos trombóticos.

Outra situação preocupante é a diminuição de uma substância chamada osteoprotegina, que impede a reabsorção de cálcio do osso pelo osteoclasto. Com essa atividade aumentada os osteoclastos passam a reabsorver cálcio dos ossos, favorecendo a osteoporose. Por fim especula-se que o estrógeno age diretamente na secreção de neurotransmissores como a adrenalina, noradrenalina e serotonina e é este fato que explica a labilidade emocional causando ansiedade,

depressão e irritabilidade na mulher climatérica; sem falar que esta fase gera uma verdadeira impotência feminina, pois é marcada pelo fim do período reprodutivo. Muitas mulheres passam a se achar inúteis a partir desta data. Os mitos e falácias bem como o exagero da sintomatologia sentida por outras amigas podem ainda mais agravar o quadro psicológico.

Algumas peculiaridades também ocorrem. As mulheres mais obesas tendem a sofrer menos com todos esses sintomas, pois o tecido adiposo converte andrógenos em estrona. A estrona é um estrógeno porém 12x mais fraco que o estradiol que é secretado pelos ovários.

Frente à tantos sintomas causados pela queda de um simples hormônio, é mas do que óbvio que a qualidade de vida da mulher irá piorar muito nesta fase da vida. É dever do médico apontar uma solução para isso tudo: a Terapia Hormonal que será discutido mais adiante.

Geralmente todos esses sintomas vêm acompanhados de outro sintoma **EXTREMAMENTE** importante. **O Sangramento Uterino Anormal.** O motivo é obvio. Irregularidade estrogênica faz uma maturação irregular do endométrio o que por sua vez causará uma irregularidade menstrual.

queixa mais freqüente em consultórios ginecológicos. Para se entender o que é anormal, primeiramente tem-se que entender o que é normal.

Quantidade: 25 a 70 ml

Duração: 2 a 7 dias

Frequência dos fluxos: 21 a 35 dias

Polimenorréia: Frequência igual ou menor a 21 dias

Oligomenorréia: Frequência igual ou maior a 35 dias

Hipomenorréia: Fluxo Escasso

Menorragia/Hipermenorréia: Volume superior a 80 ml ou sangramento superior a 7 dias

Metrorragia: sangramento com intervalos variáveis

Menometrorragia: Sangramento prolongado à intervalos irregulares

Sangramento intermenstrual: Sangramento entre os ciclos.

Os sangramentos uterinos possuem 2 etiologias:

- Orgânica
- Endócrina, ou também conhecida como disfuncional.

Eis aqui a situação de cuidado. É necessário ao médico antes de dar um diagnóstico de climatério descartar qualquer alteração orgânica, pois quase todas elas são estrógeno-dependente o que acarretará uma piora no quadro clínico se diagnosticarmos erroneamente um climatério e fizermos a reposição hormonal.

Como causas orgânicas têm-se: coagulopatias, hepatopatias, intercorrências gestacionais, miomas, pólipos, hiperplasia endometriais, DIP, neoplasias uterinas, lesões de vagina e cérvix.

Os autores firmam bastante a necessidade de se buscar principalmente um diagnóstico de gravidez ou aborto em queixas de sangramento uterino anormal, pois não são raras mulheres que engravidam perto do período de climatério, podendo causar confusões para o certo diagnóstico.

O diagnóstico de sangramento uterino por causas endócrinas (disfuncionais) é um diagnóstico de exclusão, portanto devem ser feitos inúmeros exames realizando a busca de causas orgânicas. A ultrassonografia parece ser o mais bem aceito pela sua facilidade, comodidade e custo, além de que possui um número muito grande de patologias detectáveis. Caso neste exame ocorra alguma alteração deve-se impor exames mais específicos, como a biópsia de endométrio, histeroscopia, curetagem entre outros.

O SUD se classifica em 3 categorias:

- **Sangramento por privação de estrogênio**; característicos de mulheres ooforectomizadas, onde os níveis de estrógenos encontram-se elevados onde não há sangramento, no entanto quando voltam ao normal passam por limiar hemorrágico sendo privada de estrogênio e CARACTERÍSTICO por sangramento regular no meio do ciclo.

SANGRAMENTO POR DISRUPTURA ESTROGENICA; ocorre inicialmente um endométrio muito proliferado as custas do estrogênio em níveis muito elevados, exigindo cada vez mais

vascularização, tornando-se insuficiente e causando pontos necróticos

Apresentando características de menstruação normal

Esse tipo de sangramento a principal variante é o estrogênio, podendo estar em altas doses (**pre-menopausa**) ou em baixas doses (**pos-menopausa**).

Qndo em altas doses, caracteriza-se por períodos mais longos de amenorreia seguida de sangramento agudo e intenso. Podendo ser TRATADO com ACO PROGESTOGENICO (sendo um poderoso anti-estrogenio inibindo o mesmo e protegendo o endométrio)- usar 13- 16ºdia.

Quando em baixas doses de estrogênio, caracteriza-se um sangramento localizado, em pequena quantidade, pois não houve descamação uniforme do endométrio. Como tratamento pode-se utilizar ACO COMBINADO.

SANGRAMENTO POR DISRUPTURA

PROGESTOGENICA; característicos de mulheres em menacme, com uso de anticoncepção de longa data, onde na ausência de estrogênio, a progesterona levaria a um sangramento semelhante ao menstrual.

TERAPIA HORMONAL

Antes de qualquer coisa é necessário afirmar que a terapia hormonal não é um tratamento absoluto. Não se repõe toda a quantidade de hormônio que era secretado anteriormente.

É indispensável também que a decisão de fazer ou não a reposição deve ser vista juntamente com a paciente, deixando muito claro os prós e contras.

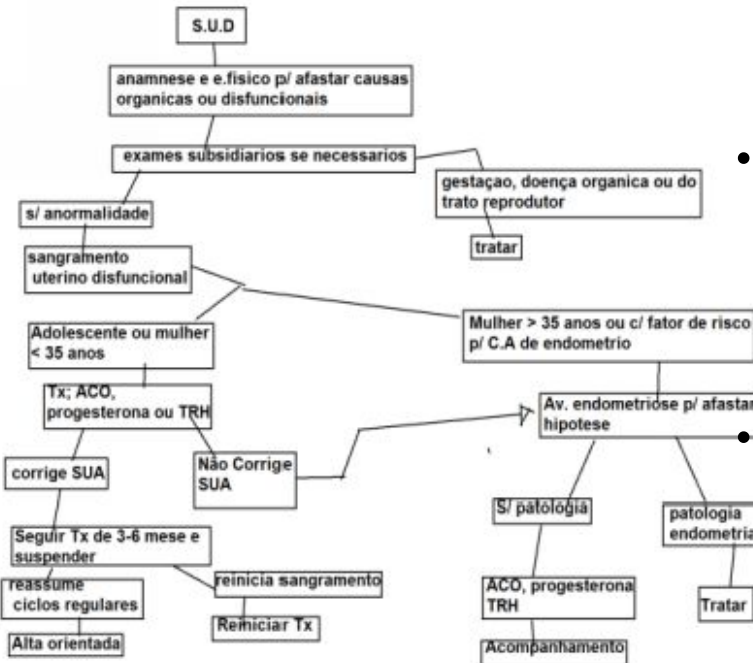
Como o organismo varia de individuo para individuo muitas mulheres apelarão para obter a terapia hormonal, outras nem sentirão qualquer alteração.

Antes de se iniciar a terapia hormonal é feita uma anamnese da paciente em buscas de contra-indicações para essa terapia hormonal. Como o estrógeno é uma droga que induz as divisões

mitóticas e metabolismo celular é importante que a paciente não tenha predisposição genética.

São contra-indicações absolutas para a TH:

- Câncer de mama prévio
- Câncer de endométrio prévio
- Sangramento genital de origem desconhecida
-



Antecedentes de doença tromboembólica

- Insuficiência Hepática Grave (estrogênio é metabolizado no fígado)

Insuficiência renal grave

Há também as contra-indicações

relativas, que devem ter uma avaliação médica individual. São elas:

- Endometriose
- diabetes mellitus
- HAS grave.

A última deve-se por risco direto aos rins que farão a excreção dos estrógenos.

Com todas essas recomendações é necessário ao médico antes de iniciar a TH solicitar alguns exames. São eles:

FSH/LH: Para diagnóstico confirmatório de climatério

TSH: Descartar hipo ou hipertireoidismo

Colesterol total e frações: O estrogênio altera essas relações.

Creatinina: Verificar função renal

TGP/TGO: verificar função hepática

Hemoglobina e hematócrito: Verificar possível anemia pelo sangramento

Mamografia: Descartar câncer de mama

USG: Descartar anormalidades uterinas

Outro exame usado para triar uma anormalidade endométrica é o teste da progesterona. Esse teste consiste em dar progesterona à mulher durante 7 dias e retirar abruptamente verificando se haverá ou não descamação endométrica, ou seja, se há um endométrio responsivo ou não.

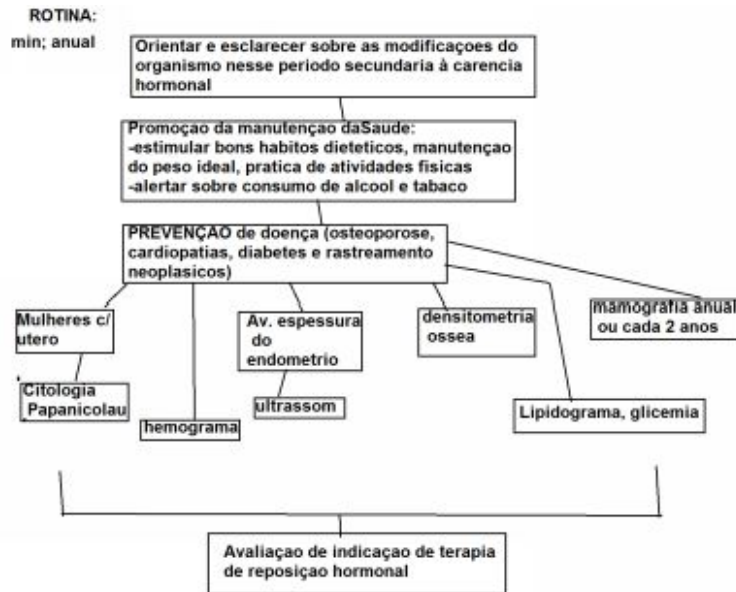
Após a confirmação do climatério e exclusão de outras patologias pode-se iniciar a TH. Existem inúmeras drogas para se realizar a TH, porém, deve-se ater a uma única coisa. As pacientes que possuem o útero deverão fazer a TH combinada, ou seja, estrógeno junto com progesterona. O estrógeno como já foi dito tem um efeito estimulador, fazendo o crescimento do endométrio. Para conferir uma proteção a este endométrio e não deixá-lo se desenvolver demais e evitar uma hiperplasia endometrial, usa-se junto a progesterona que impede o crescimento do endométrio conferindo-lhe proteção.

Após o início da TH a mulher deve ter uma rotina mais assídua à seu médico, pois isso detectará qualquer problema em sua fase inicial. Recomenda-se uma mamografia bianual e colpocitologia oncótica e USG transvaginal anualmente.

INDICAÇÕES DA TH:

- Alívio sintomatológico: fogachos, alterações menstruais.
- Na prevenção e tratamento da atrofia urogenital.
- Na prevenção das principais conseqüências decorrentes do hipoestrogenismo característico do climatério: preservação da massa óssea e sobre os parâmetros do perfil lipídico

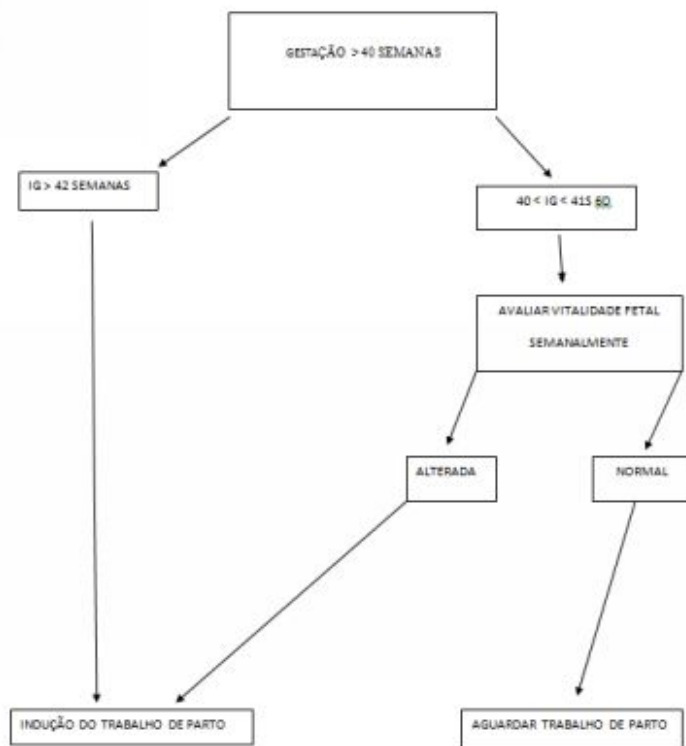
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A MULHER NO CLIMATERIO



21- Paciente de 35 anos, GII PI A0 C0, chega ao consultório da Unidade Básica de Saúde com idade gestacional de 40 semanas e 3 dias, pela data da última menstruação, confirmada pela ultrassonografia do 1º trimestre. Não apresenta qualquer queixa e refere boa movimentação fetal.

Mediante as orientações do Manual Técnico do Ministério da Saúde, qual a conduta adequada para essa paciente?

Após verificado o bem estar fetal (cardiotocografia + US) e o mesmo se encontrar adequado, deve-se aconselhar a paciente a voltar p/casa e permanecer em repouso até o início do trabalho de parto, com contrações mais intensas e frequentes. Deve-se tb realizar o toque vaginal e verificar dilatação e o estado do colo do útero e órgão genital externo. Como a gravidez não é de alto risco, nem foram registrada



queixas e nem complicações, a internação não se justifica, além da IG ainda não estar toda completa (42 sem total)

22- A) Conceitue Dismenorréia primária. (0,5)

A dismenorreia primária ocorre, comumente, nas pacientes com ciclos ovulatórios, sendo que 80% dos casos iniciam nos dois primeiros anos pos-menarca, decrescendo com o

envelhecimento da mulher.

B) Cite quatro fatores desencadeantes da Dismenorréia primária. (0,5)

Fator obstrutivo, fator psicogênico, fator genético, fator endócrino, ação da vasopressina, ação da prostaglandina.

23- Considerando o traçado da cardiotocografia abaixo de gestante com Idade Gestacional de 41 semanas e 2 dias, sem intercorrências. Identifique a possível complicação e descreva como a investigação do bem estar fetal deve prosseguir.

Esse traçado revela períodos de desacelerações variáveis, complicação associada a oligoâmnio (IG: 41s 2d). Diante desse

exame há necessidade de avaliar o líquido amniótico pela Ultrassonografia. O oligoâmnio é achado comum nas gestações prolongadas.