



Patologias Durante a Gravidez

PRINCIPAIS PATOLÓGIAS DA GRAVIDEZ

MODULO 10

PATOLOGIAS DURANTE A GRAVIDEZ E COMPLICAÇÕES NO PARTO E PÓS PARTO E CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE EMERGÊNCIA



FATORES GERADORES DE RISCO

- **Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis;**
- **História reprodutiva anterior à gestação atual;**
- **Doenças obstétricas na gestação atual;**
- **Intercorrências clínicas.**





Aspectos gerais

- **Risco é a probabilidade que têm uma pessoa ou grupo de pessoas de sofrer uma doença. Por exemplo: Probabilidade de desenvolver uma hemorragia pós-parto, probabilidade de ter Sífilis, probabilidade de desenvolver uma Malária, entre outras**





Fatores de risco

- **É toda característica associada a uma probabilidade maior de sofrer uma doença. Por exemplo:**
 - **A multiparidade característica associada com uma hemorragia pós-parto.**
 - **A macrossomia fetal associa-se com asfixia neonatal.**
 - **Antecedente de hipertensão arterial associa-se com pré-clampsia.**
 - **Ter muitos parceiros associa-se com probabilidade de desenvolver uma sífilis.**
 - **Viver numa zona endêmica de malária associa-se com probabilidade de desenvolver a doença**



Outros Fatores de Risco

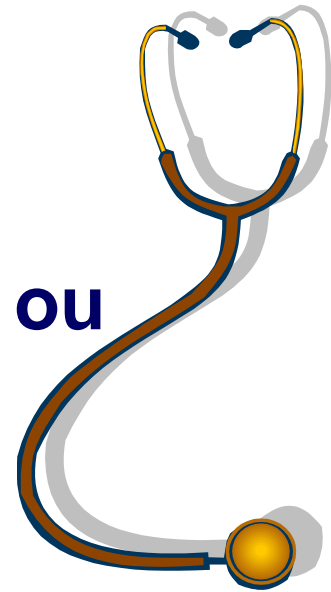
- **Idade menor que 17 e maior que 35 anos**
- **Ocupação**
- **Situação conjugal insegura**
- **Baixa escolaridade**
- **Condições ambientais desfavoráveis**
- **Altura menor que 1,45 m**
- **Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg**
- **Dependência de drogas lícitas ou ilícitas**





Fatores de Risco - Pela História reprodutiva

- Morte perinatal explicada e inexplicada
- Recém nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado
- Abortamento habitual
- Esterilidade/infertilidade
- Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos
- Nuliparidade e Multiparidade
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
- Cirurgia uterina anterior





Factores de Risco - Pelas Doenças obstétricas

- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
- Ganho peso ponderal inadequado
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Amniorrexe prematura
- Hemorragias da gestação
- Aloimunização
- Óbito fetal





Fatores de Risco - Pela Intercorrências clínicas

- **Hipertensão arterial**
- **Cardiopatias**
- **Pneumopatias**
- **Nefropatias**
- **Endrocrinopatias**
- **Hemopatias**
- **Epilepsia**
- **Doenças infecciosas**
- **Doenças autoimunes**
- **Ginecopatias**





Detecção de Alto Risco Obstétrico (ARO) e condutas indicadas:

- **Fazer a avaliação para determinar uma probabilidade maior da mulher e do recém-nascido de desenvolverem alguma complicação e, necessitando, portanto, de intervenções maior complexidade e de um seguimento mais minuciosa e frequente.**





Utilização e análise da Ficha Pré-natal

- **Existem na historia perinatal parâmetros e situações que têm um asterisco (*), dois asteriscos (**) e 3 asteriscos (***)**.
- **Todas as mulheres que tenham parâmetros ou situações com **, os seus partos deve ser programados para uma unidade sanitária com Cuidados Obstétricos Emergência Básicos**
- **Enquanto que para as mulheres que têm parâmetros e situações com ***, os seus partos devem programados para uma unidade sanitária com Cuidados Obstétricos Emergência Completos.**



HIPEREMESE GRAVÍDICA

Conceito.

- É uma condição clínica caracterizada por vômitos muito frequentes e violentos que podem causar desidratação, alcalose metabólica, malnutrição e outras situações graves.





HIPEREMESE GRAVÍDICA

Complicações da hiperemese

- Pode haver oligúria (diminuição da produção de urina), morte fetal, e até morte materna
- Em geral desconhece-se a causa determinante.
- É opinião geral que toda êmese gravídica é fundamentalmente de natureza orgânica.





HIPEREMESE GRAVÍDICA

Factores Asociados

- A primiparidade é fator predisponente.
- Gravidez gemelar
- Mola ou coriocarcinoma





HIPEREMESE GRAVÍDICA

Quadro Clínico e Diagnóstico

- As náuseas e os vômitos matinais podem persistir por horas.
- Podem ser tão persistentes que a mulher será incapaz de reter qualquer coisa ingerida.
- Há perda de peso.
- Pode observam-se sinais de hipovolemia e desidratação: Taquicardia, Hipotensão, Sequidade das mucosas, Perda da elasticidade da pele, Oliguria
- Sinais de deficiência nutricional.



HIPEREMESE GRAVÍDICA

Assistência de enfermagem

- Hospitalização e repouso absoluto.
- Restringir os alimentos e líquidos por via oral nas primeiras 24 a 48 horas.
- Administração parenteral de fluidos, (de preferência Lactato de Ringer), carboidratos, eletrólitos, vitaminas durante os primeiros dois dias. Administram-se diariamente 2.500 a 3.000 ml de líquidos.
- Balanço Hídrico
- Controlo do peso diário
- Dar apoio psicológico a grávida.





HIPEREMESE GRAVÍDICA

Assistência de enfermagem

Após as 48 horas:

- Devera continuar com repouso restringido, e deambulação controlada.
- Após do plano de rehidratação, pequenas porções de alimentos sólidos são dadas cada 2 horas.
- Todos os alimentos devem ser servidos em quantidades bem pequenas.
- Alguns líquidos administrados por via parenteral podem ser necessários continuarem



HIPEREMESE GRAVÍDICA

Assistência de enfermagem

Após as 48 horas:

- Se os vômitos tornarem a surgir após a retomada da alimentação, a dieta zero e a administração parenteral de líquidos são repetidas, e a alimentação é de novo gradualmente retomada.
- Se o quadro clínico não melhora com o tratamento se recomenda o abortamento terapêutico





Incompatibilidade Sanguínea: Fator RHESUS e Grupo ABO

Conceito

- É a doença hemolítica perinatal, ou eritroblastose fetal ocasionada por uma grande destruição das hematídes e presença das suas células jovens ou imaturas na circulação periférica e acompanhada de uma anemia.





Incompatibilidade Sanguínea: Fator RHESUS e Grupo ABO

Fisiopatologia

- Basicamente é a destruição dos eritrocitos fetais Rh-positivos pelo anticorpo materno anti – D (IgG).
- Acontece quando a **mãe** é Fator **Rh-** e o **pai** é **Rh +**
- Também acontece incompatibilidade no grupo ABO



Incompatibilidade Sanguínea: Fator RHESUS e Grupo ABO



Diagnóstico

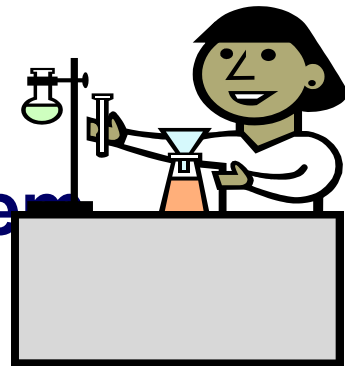
- Poucas vezes atinge o primeiro filho exceto se houver referencias de hemotransfusão, sem o conhecimento prévio do fator Rh.
- É através de exames laboratoriais de sangue (Coombs indirecto).
- Sugerem isoimunização Rh os antecedentes de 1 ou 2 filhos normais, seguido de Recém Nascido com Icterícia grave ou persistente, manifesta nas primeiras horas de vida, anemia e morte nos casos de maior gravidade clínica.



Incompatibilidade Sanguínea: Fator RHESUS e Grupo ABO

Diagnóstico

- Em mulheres com historia clinica de 1 natimorto, por incompatibilidade Rh, a probabilidade de se reproduzir o acidente é de 75%.
- A ultra-sonografia é de muita ajuda.
- Em alguns casos se diagnostica em natimortos e hidrópicos, que se repetem.
- A Cordocentese e a ultra-sonografia, permitem obter uma mostra do sangue do feto que permitira um diagnostico precoce.





Incompatibilidade Sanguínea: Fator RHESUS e Grupo ABO

O diagnóstico a pos parto:

- O R. N. apresenta hidropsia (Muito deformado pela infiltração edematosa que lhe invade todo o corpo).
- O R. N. apresenta ascite que condiciona o abdômen de batráquio, apresentando hepatoesplenomegalia.
- Sonolência brutal patognomônica do Kernicterus
- Anemia Grave





Incompatibilidade Sanguínea: Grupo RHESUS

Prevenção e conduta na Consulta Pré-Natal e no Parto

- A anamnese deve ser minuciosa.
- A assistência se processa em fases:
 - Evidenciação de incompatibilidade sanguínea.
 - Determinação da possível isoimunização materna.
 - Avaliação das condições do conceito pela dosagem espectrofotométrica da bilirrubina no líquido amniótico e mais recentemente, pela ultrasonografia cardiotocografia doppler e cordocenteses.



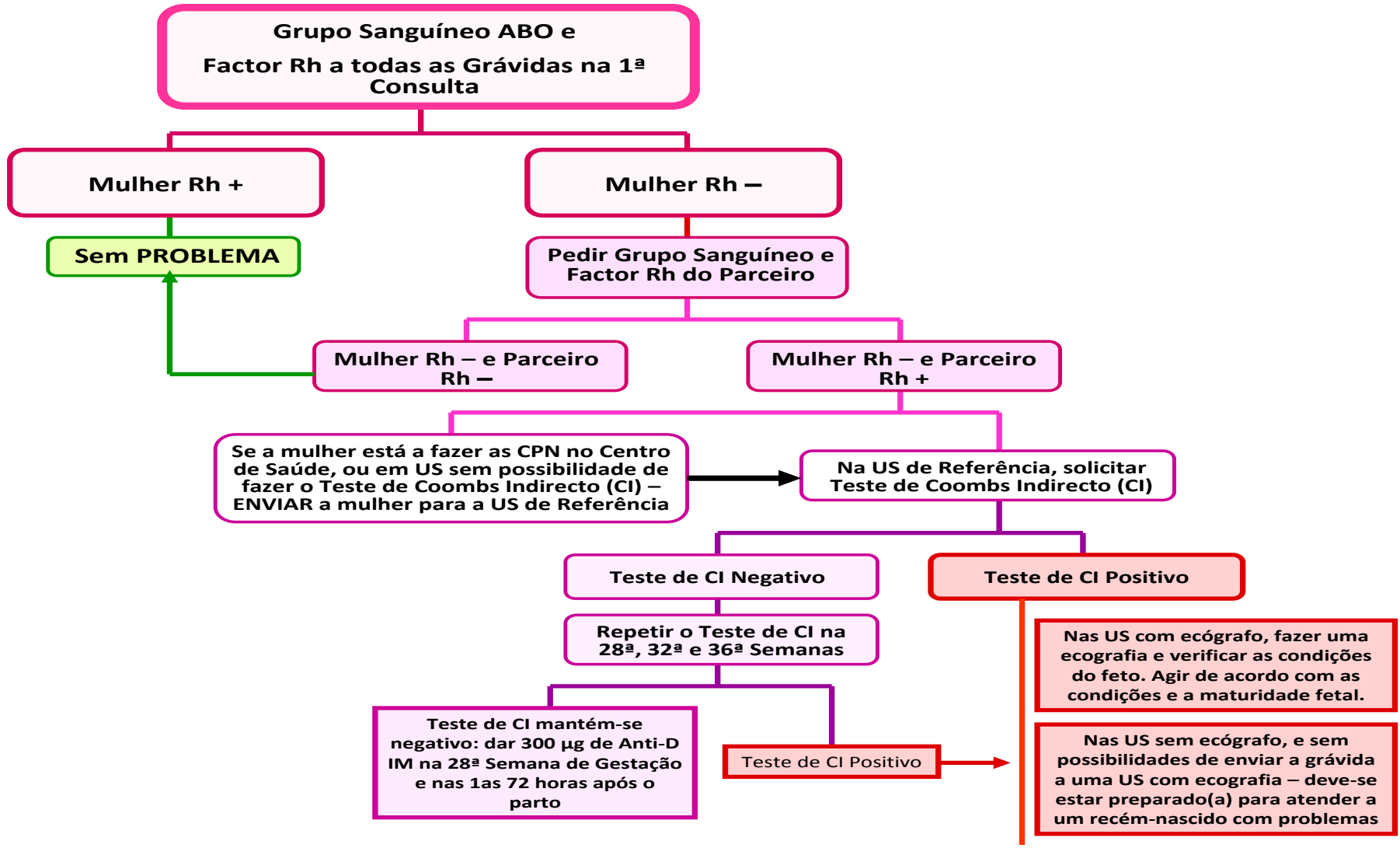
Incompatibilidade Sanguínea: Grupo RHESUS

Prevenção e conduta na Consulta Pré-Natal e no Parto

- **A assistência se processa em fases:**
 - **Tratamento preventivo com uma dose única de 300 g. de gamaglobulina humana anti Rh (D) nas primeiras 72 horas após do parto em mulheres Rh negativo (d) não sensibilizadas que deram parto de R. N. Rh positivo é o grande recurso profilático.**
 - **O seguinte esquema do MISAU ajuda para um melhor manejo de casos.**



Incompatibilidade Sanguínea: Grupo RHESUS





DIABETES

Conceito

- **A Organização Mundial da Saúde define a Diabetes Mellitus como “Um estado crônico de hiperglicemia, de origem genético ou ambiental, que, frequentemente atuam conjuntamente”.**
- **A hiperglicemia, pode ser consequência da falta de secreção de insulina ou da presença de fatores que se opõem a sua acção.**





DIABETES

Classificação:

A. Pré-existente:

- **Tipo 1:** Normalmente inicia na infância ou adolescência, e caracteriza-se por uma diminuição da produção de insulina, devido à destruição das células beta do pâncreas por processos auto-imunes ou idiopáticos, normalmente chamado diabetes mellitus insulino-dependente ou diabetes infantil. Podem estar ligados a fatores genéticos e hereditários.



DIABETES

Classificação:

A. Pré-existente:

- **Tipo 2: Também chamado de Diabetes Tardia, caracteriza-se por uma diminuição na resposta dos receptores da glicose, presentes no tecido periférico, à insulina, levando ao fenômeno de resistência à insulina. As células beta do pâncreas aumentam a produção de insulina e, ao longo dos anos, a resistência à insulina acaba por levar as células beta à exaustão. Desenvolve-se freqüentemente em etapas adultas da vida. Várias situações como cirurgias, traumas, obesidade e medicamentos**



DIABETES

Classificação:

B. Diabetes Gestacional:

- É diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez, podendo ou não persistir após o parto. A diabetes na gravidez é uma alteração no metabolismo dos hidratos de carbono, provocada por uma deficiente produção de insulina ou por uma má utilização da mesma pelo organismo, resultando num aumento da glicémia (açúcar no sangue).





DIABETES

Classificação:

B. Diabetes Gestacional:

- **Tende a surgir depois das 20-24 semanas de gravidez, altura em que as hormonas da gravidez aumentam a resistência das células à utilização da insulina. Normalmente, o pâncreas reage e reforça a produção de insulina de modo a ultrapassar esta resistência, mas nem sempre é capaz de responder com eficácia, o que faz com que pouca glicose chegue às células e com que demasiada glicose circule no sangue.**



DIABETES

Surge com maior probabilidade em mulheres:

- Com idade superior a 25 anos;
- Com antecedentes familiares, ou história de diabetes em familiares próximos;
- Que já tiveram diabetes gestacional numa gravidez anterior;
- Que têm história obstétrica anterior de mortes perinatais, fetos com 4 kg ou mais, malformações fetais, polidrâmnios, morte fetal inexplicada e distrofico fetais
- Com excesso de peso ou obesas



DIABETES

Quadro clínico – obstétrico

- Hiperglicemia (excesso de glicose no sangue)
- Glicosúria (presença de glicose na urina)
- **Poliúria** (micção frequente)
- **Polidipsia** (sede excessiva)
- **Polifagia** (fome excessiva)
- No exame obstétrico se observa ganho excessivo de peso durante a gravidez;
- Presença de polidrâmnios
- Presença de pré-eclampsia





DIABETES

Diagnóstico, tratamento e condutas de enfermagem e de referencia

- **É importante fazer as seguintes exames**

Laboratoriais:

- **Glicemia em jejum. Considera-se diabética a toda grávida que apresente valores de glicemia em jejum superiores a 105 mg/100 ml em plasma.**

O fator de conversão para se obter a unidade de milimoles é 18 exemplo:

a dividir $105 / 18 = 5.8 \text{ mmol} / \text{dl}$.



DIABETES

Diagnóstico, tratamento e condutas de enfermagem e de referencia

- **É importante fazer as seguintes exames Laboratoriais:**
 - **Glicemia pos-alimentar:**
 - **Valores de glicose plasmática de 180 mg/100 ml ou mais são patológicos.**
 - **Recomenda-se fazer analise em mulheres de 25 anos ou mais velhas e em aquelas que têm história familiar de diabetes.**



DIABETES

Diagnóstico de Diabetes na Gravidez

Glicémia a partir das 20 Semanas de Gestação

Entre 85 a 109mg/dl

Entre 110 a 125mg/dl

≥ 126 mg/dl

Repetir o mais cedo possível: Glicémia em jejum e Glicémia 2h após ingestão de 75gr de glicose

Repetir Glicémia em jejum

Glicémia em jejum < 110 e Glicémia de 2h < 140

Glicémia em jejum ≥ 110 e Glicémia de 2h ≥ 140

Glicémia ≤ 126

Glicémia ≥ 126

Repetir Glicémia em jejum e Glicémia 2h após ingestão de 75gr de glicose – entre a 24ª e a 28ª Semanas de Gravidez

Glicémia em jejum < 110 e Glicémia de 2h < 140

Glicémia em jejum ≥ 110 e Glicémia de 2h ≥ 140

SEM CONFIRMAÇÃO de DIABETES

DIABETES CONFIRMADA

Se com o progredir da gravidez existe forte suspeita (história e exame obstétrico)



DIABETES

Tratamento No Controle Pre-natal:

- **Recolher dados dos antecedentes familiares de obesidade e diabetes, antecedentes obstétricos de fetos macrossomáticos e patologias associadas.**
- **Exame frequente da paciente pelo obstetra e endocrinologista.**
- **Avaliar o peso diário, o aumento não deve ser mais de 250 gramas por semana.**
- **A frequência dos controlos depende das características de cada grávida.**



DIABETES

Tratamento No Controle Pre-natal:

- Nestas grávidas as consultas serão quinzenais até as 38 semanas.
- Em cada controle fazer cuidadosamente medição da altura uterina.
- Recomenda-se exploração ecográfica com avaliação do feto, liquido amniotico e placenta.
- Controle de Glicemia em jejum e/ou posprandial em cada consulta.
- Controle urinário, determinar cetonuria.





DIABETES

Tratamento No Controle Pre-natal:

- **Dietoterapia:** Deve ser adequado a idade, peso, estatura, atividade física. Em geral uma dieta de 1.800 a 2.200 calorias é suficiente.
- **Insulinoterapia:** A dose de insulina é ajustada de acordo com os níveis de glicose sanguínea
- **Os hipoglicemizantes orais estão contraindicados na gestação.**
- **O momento de interrupção da gravidez e a eleição da via do parto depende de factores maternos e fetais.**



DIABETES

Tratamento No Controle Pre-natal:

- **Recolher dados dos antecedentes familiares de obesidade e diabetes, antecedentes obstétricos de fetos macrossomáticos e patologias associadas.**
- **Exame frequente da paciente pelo obstetra e endocrinólogo.**
- **Avaliar o peso diário, o aumento não deve ser mais de 250 gramas por semana.**
- **A frequência dos controles depende das características de cada grávida.**
- **As grávidas com diabetes são consideradas de alto risco, as consultas serão quinzenais até as 38 semanas.**



DIABETES

Tratamento No Controle Pre-natal:

- Em cada controle fazer cuidadosamente medição da altura uterina.
- Recomenda-se exploração ecográfica cinco vezes para avaliação do feto, liquido amniotico e placenta (bem estar fetal).
- Controle glicémico: Glicemia em jejum e/ou posprandial em cada consulta.
- Controle urinário, determinar cetonuria em cada consulta para detectar ingesta inadequada de hidratos de carbono.



DIABETES

Tratamento No Controle Pre-natal:

- **Insulinoterapia.**
- **Nos factores fetais se avalia crescimento, desenvolvimento, idade gestacional, maturação dos pulmões. Se as condições supracitadas são normais, deve deixar-se evoluir a gravidez até o termo ou o mais cerca possível. Recomenda-se interromper a gravidez entre 37 e 38 semanas, nestas pacientes está retardada a maturidade pulmonar fetal.**



DIABETES

Tratamento Durante o parto :

- Manter a glicemia no plasma entre 70 e 100 mg/100ml.
- Aquelas grávidas tratadas só com dieta, se conduzirão como as grávidas normais e evitar longos períodos de jejum.
- Evitar as soluções glicosadas.
- O parto é por via vaginal quando não exista contra-indicação obstétrica para esta via.
- A cesariana eletiva está indicada quando: O controle metabólico é difícil, O Feto é macrossômico, Com antecedentes de fetos mortos, Alterações significativas da saúde fetal.

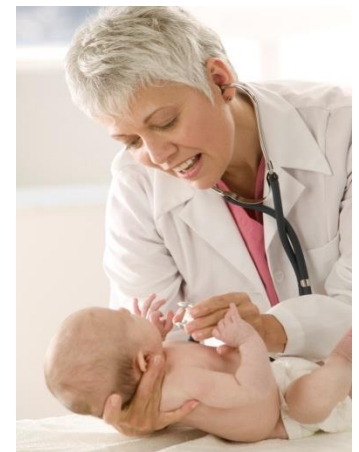




DIABETES

Tratamento Durante o parto :

- Coloca-se soro fisiológico ou Lactato de Ringer
- Cuidados do RN:
- Realizar aspiração de secreções.
- Considerar ao RN como imaturo, extremar os cuidados e vigilância posnatal nas primeiras 72 horas.
- Vigiar a hipoglicemia e complicações infecciosas e respiratórias no RN.





DIABETES

Tratamento Após o parto:

- Logo do nascimento a diabetes reverte.
- Continuar com o tratamento dietético.
- Realizar determinações de glicemia diárias durante os primeiros dias do puerperio.
- As infecções no pós-parto são muito frequentes nas diabéticas
- Toda grávida com diabetes confirmada, deve ser seguida na Consulta de Alto Risco, na unidades sanitaria de Referência



DIABETES

Conduta numa Grávida com Diabetes Confirmada

Em US de Nível Primário:
CS Tipo II, I, C, B e A sem
Médico

Mulher grávida que:

Na História actual refira: fome e sede invulgares, vontade frequente de urinar (*principalmente durante a noite*) e maior volume de urina em cada micção;

No Exame obstétrico presente: ganho excessivo de peso durante a gravidez OU altura uterina e crescimento fetal maior do que o esperado para a idade gestacional OU presença de polidrâmnios OU presença de pré-eclampsia.

REFERIR para a Consulta de ALTO RISCO numa US com Médico

Em US de Nível Primário:
CS Tipo I ou Tipo A com
Médico e Laboratório

Mulher Grávida com Diagnóstico confirmado de Diabetes Gestacional

Se não é possível enviar para Consulta de ALTO RISCO com Obstetra

Se possível enviar para Consulta de ALTO RISCO com Obstetra

Conduta:

Controlar a Glicémia rigorosamente de 15 em 15 dias (em jejum e 2h após comer)

Educação e orientação nutricional/dieta: Fazer 6 refeições por dia - menos quantidade e mais vezes;

Proibir alimentos com açúcar, mel, bolos, refrigerantes e outros doces, e estimular o consumo de fibras e leguminosas (feijão, lentilha, laranja, cenoura ...);

Pedir exames laboratoriais complementares: Colesterol, Triglicéridos, Creatinina, Urina I e II (*pesquisa de corpos acetónicos*), Ionograma, Albumina, Protenúria de 24 horas, e outros julgados necessários dependendo de sintomas e sinais que a mulher apresente;

Glicémia em jejum é ≤ 105 e Glicémia 2h após comer ≤ 120

Não dar nenhum medicamento;
Manter o controlo rigoroso da Glicémia;
Manter a dieta

Induzir o parto às 40 Semanas se este não ocorrer espontaneamente antes desta data;

Glicémia em jejum é > 105 e Glicémia 2h após comer > 120

Fazer Insulina 0,2U/Kg/dia com controlo cuidadoso

Se há evidência de Macrosomia (AU e Feto grande para a IG) – considerar a indução às 38 semanas se não existirem sinais de insuficiência placentar.

Em US de Referência: HR, HP, HG e HC

Mulher Grávida com Diagnóstico confirmado de Diabetes Gestacional

Conduta:

Controlar a Glicémia rigorosamente de 15 em 15 dias (em jejum e 2h após comer)

Educação e orientação nutricional/dieta: Fazer 6 refeições por dia - menos quantidade e mais vezes;

Proibir alimentos com açúcar, mel, bolos, refrigerantes e outros doces, e estimular o consumo de fibras e leguminosas (feijão, lentilha, laranja, cenoura ...);

Pedir exames laboratoriais complementares: Colesterol, Triglicéridos, Creatinina, Urina I e II (*pesquisa de corpos acetónicos*), Ionograma, Albumina, Protenúria de 24 horas, e outros julgados necessários dependendo de sintomas e sinais que a mulher apresente;

Em US com Ecógrafo – fazer ecografia de 6/6 semanas;

Em US com Cardiotografia – fazer cardiotocografias semanais a partir da 30ª semana;

Glicémia em jejum é ≤ 105 e Glicémia 2h após comer ≤ 120

Não dar nenhum medicamento;
Manter o controlo rigoroso da Glicémia;
Manter a dieta

Induzir o parto às 40 Semanas se este não ocorrer espontaneamente antes desta data;

Glicémia em jejum é > 105 e Glicémia 2h após comer > 120

Fazer Insulina 0,2U/Kg/dia com controlo cuidadoso

Se há evidência de Macrosomia (AU e Feto grande para a IG) – considerar a indução às 38 semanas se não existirem sinais de insuficiência placentar.



CARDIOPATIAS

Conceito

- É uma doença do coração de etiologia múltipla.
- As causas mais frequentes são: hipertensiva, reumática e os defeitos cardíacos congênitos.
- Cerca de 85% dos casos têm etiologia reumática, 10% anomalias congênitas, e a maior percentagem restante é à hipertensão crônica.

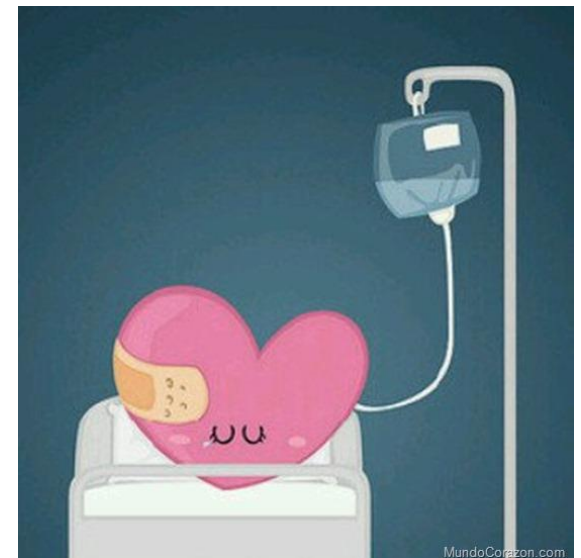




CARDIOPATIAS

Quadro clínico-obstétrico da mãe cardiopata

- **Dispneia**
- **Vertigem**
- **Taquicardia**
- **Edema dos membros inferiores.**
- **Os sinais decisivos da doença cardíaca são:**
 - **Arritmias**
 - **Sopro diastólico, Sopro sistólico**
 - **Aumento da área cardíaca**
 - **Dispneia grave**
 - **Desmaio ao esforço**
 - **Dor no peito ao esforço**
 - **Cianose**





CARDIOPATIAS

Classifica em:

- **Classe I:** A cardiopata é assintomática sem limitação à atividade física.
- **Classe II:** É a paciente sintomática com exercício acentuado. Os exercícios comuns produzem fadiga, dispnéia, palpitações ou dor no peito.
- **Classe III:** Sintomática com exercício leve, assintomática em repouso. Os exercícios menores provocam os sinais supracitados.
- **Classe IV:** Impossibilidade de qualquer atividade física sem desconforto. Sinais de descompensação cardíaca estando em repouso

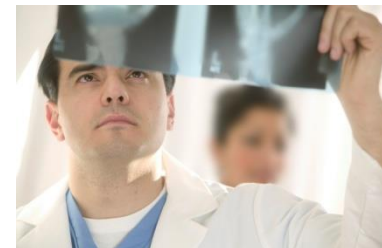


CARDIOPATIAS

Condutas de enfermagem e de referência

A. Controle Pré-natal:

- **Recomenda-se a consulta de Alto Risco pelo obstetra e cardiologista simultaneamente.**
- **Tem que fazer repouso frequente em decúbito lateral e impedir a actividade física exagerada.**
- **Quando a mulher não estiver deitada, deverá usar meias elásticas de pressão para impedir o acúmulo de sangue nas extremidades inferiores e favorecer o retorno venoso para o coração.**





CARDIOPATIAS

Conduas de enfermagem e de referêcia

A. Controle Pré-natal:

- **Prevenir o aparecimento de anemia, com administraçã de sal ferroso e acido fólico.**
- **Dieta normocalorica (1800 – 2000 calorias). Evitar o ganho de peso excessivo.**
- **Evitar a infecçã. Evitando o contato com pessoas portadoras de infecções respiratórias.**
- **Nã é aconselhável o uso de diuréticos, por que diminuem o volume plasmático e favorecem a hipertensã.**

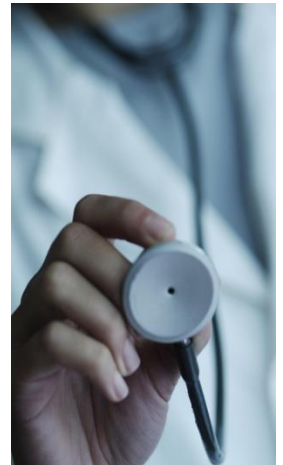


CARDIOPATIAS

Condutas de enfermagem e de referência

A. Controle Pré-natal:

- **A consulta será feita cada 2 semanas.**
- **Acompanhamento da vitalidade fetal.**
- **Vigiar sinais de insuficiência cardíaca para seu diagnóstico precoce:**
 - **Aumento da dispnéia**
 - **Taquipnéia >24 movimentos respiratórios x'**
 - **Taquicardia > 110 batimentos por minuto**
 - **Estertores nas bases dos pulmões.**
 - **Deve se Oferecer-lhes a possibilidade de laqueação.**





CARDIOPATIAS

B. Atenção do Parto e Puerperio:

- **Geralmente o parto vaginal é recomendável.**
- **Todas as medidas são tomadas para reduzir o esforço e facilitar a actividade circulatória.**
- **Recomenda-se a posição decúbito lateral como a melhor posição materna durante este período.**
- **Aliviar a dor e diminuir a ansiedade. Os analgésicos devem ser usados com cuidado.**
- **Encurtar o período expulsivo através de uma episiotomia larga e de ventosa.**



CARDIOPATIAS

B. Atenção do Parto e Puerperio:

- **Está indicado o controle contínuo da frequência cardíaca fetal bem como da mãe.**
- **Controle periódico da tensão arterial.**
- **No puerperio imediato há de evitar-se a perda exagerada de sangue.**
- **Controle cuidadoso e frequente dos sinais vitais maternos.**
- **Recomenda-se colocação de meias elásticas nos membros inferiores.**





CARDIOPATIAS

B. Atenção do Parto e Puerperio:

- **A paciente deve deambular logo que possível para impedir a trombose venosa.**
- **Quando ocorre uma insuficiência aguda tratar-se vigorosamente:**
 - **Posição sentada**
 - **Oxigênio**
 - **A indicação de cesariana é de acordo com as condições obstétricas.**



ANEMIA



Conceito

- **Considera-se com anemia a toda grávida que tem níveis de hemoglobina menores de 11 gr/dl.**
- **A anemia quando não é tratada pode ocasionar Aumento do risco de aborto, atraso de crescimento fetal, Parto pré-termo, Hemorragia ante e após parto, Infecção (urinária, puerperal), Insuficiência cardíaca congestiva**



ANEMIA



Classificação etiológica

- a.** Anemia ferropriva: por deficiência de ferro. Mais comum e afecta a 80 a 90% das grávidas.
- b.** Anemia megaloblástica: por deficiência de ácido fólico
- c.** Anemia perniciosa: É a anemia por deficiência de vitamina B₁₂. Tem menos prevalência.



ANEMIA

Classificação etiológica

- d. Anemia hipoplásicas ou aplásicas:** É a que não responde ao tratamento com produtos combinados de ferro, ácido fólico e vitamina B₁₂, pela falta da resposta do sistema eritropoético. É preciso fazer estudos da medula óssea.
- e. Anemias hemolíticas:** É a anemia produzida por morte das hemácias, é dizer o prazo vital é menor de 120 dias. Pode ser congênita ou adquirida.



ANEMIA

As causas das anemias pode ser:

- **Dieta inadequada.**
- **Doenças e infestações recorrentes (malária, parasitoses intestinais).**
- **Menstruações abundantes.**
- **Multiparidade e pequeno intervalo intergenésico.**
- **Alterações do sangue**





ANEMIA

Diagnóstico Clínico

- Há alterações dos tegumentos e outros sinais e sintomas acompanhantes:
 - Palidez
 - Cansaço
 - Fraqueza
 - Tonturas
 - Respiração curta
 - Palpitações
 - Taquicardia
 - Edemas.





ANEMIA

Tratamento e assistência de enfermagem

- **Sulfato ferroso ou gluconato de ferro 200 mg oral, 3 vezes ao dia.**
- **Acido fólico 0,5 a 1 mg por dia.**
- **Transfusão de concentrado de glóbulos justifica-se se a hemoglobina é inferior a 5 gr/dl.**
- **Educação sanitária sobre alimentação suplementar. As folhas verdes são uma fonte importante de ferro e de ácido fólico, devem ser ligeiramente cozidas.**



ANEMIA

Tratamento e assistência de enfermagem

- **Prevenção e tratamento de doenças infecciosas tais como a malária crônica e da ancilostomiase.**
- **Espaçar as gestações, pelo menos 2 anos**
- **Administração de ferro e ácido fólico, durante toda a gravidez: Sulfato ferroso 200 a 400 mg/dia**
- **Acido fólico 0,5 a 1 mg/dia.**

