

## PRINCIPAIS PATOLÓGIAS DA GRAVIDEZ

- A gravidez de Alto Risco Obstétrico e Peri-natal:

Toda gestação traz algum risco para a mãe ou para o feto. São poucos os casos de gestações de alto risco onde a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população. Em geral os fatores geradores de risco podem ser:

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis;
2. História reprodutiva anterior à gestação atual;
3. Doenças obstétricas na gestação atual;
4. 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 apresentar uma asfixia neonatal, probabilidade de ter uma pré-eclâmpsia, probabilidade de ter Sífilis, probabilidade de desenvolver uma Malária, entre outras.

- Conceito de risco: Fatores de risco

É toda característica associada a uma probabilidade maior de sofrer uma doença. Por exemplo:

- A multiparidade é uma característica associada com a probabilidade de desenvolver uma hemorragia pós-parto.
- A macrosomia fetal associa-se com asfixia neonatal.
- Antecedente de hipertensão arterial associa-se com pré-clâmpsia.
- 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

Outra forma de classificar os factores de risco é por as Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis

- Idade menor que 17 e maior que 35 anos
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
- Situação conjugal insegura
- Baixa escolaridade
- Condições ambientais desfavoráveis
- Altura menor que 1,45 m
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

Pela História reprodutiva anterior

- 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

Pelas Doenças obstétricas na gravidez atual

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
- 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

Pela Intercorrências clínicas

- Hipertensão arterial

- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Nefropatias
- Endocrinopatias
- Hemopatias
- Epilepsia
- Doenças infecciosas
- Doenças autoimunes
- Ginecopatias

- Detecção de Alto Risco Obstétrico (ARO) e condutas indicadas:  
Em todas as consultas Pré-Natais, deve-se fazer a avaliação em relação a situações ou factores de risco, que são características ou circunstâncias que levam a uma probabilidade maior da mulher e do recém-nascido desenvolverem alguma complicação e, como consequência, evoluírem para a morte, necessitando, portanto, de intervenções de maior complexidade e de um seguimento mais minucioso e frequente.
- Utilização e análise da Ficha Pré-natal  
Na ficha Pré-Natal, tanto na história como no exame objectivo existem parâmetros/factores 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 sanitaria com Cuidados Obstétricos Emergencia Básicos, enquanto que para as mulheres que têm parâmetros e situações com \*\*\*, os seus partos devem programados para uma unidade sanitaria com Cuidados Obstétricos Emergencia Completos.

- Hiperemese gravídica:

- Conceito.  
Durante a gestação, as alterações hormonais, diminuição da motilidade gastrointestinal e o sedentarismo (maior inactividade física), frequentemente ocasionam queixas digestivas. Até à 16ª semana de gestação, são mais frequentes as náuseas e os vômitos.

Quando os vômitos são muito frequentes e violentos podem causar desidratação, alcalose metabólica, malnutrição e outras situações graves como a oligúria (diminuição da produção de urina), morte fetal, e até morte materna

Desconhece-se a causa determinante. É opinião geral que toda êmese gravídica é fundamentalmente de natureza orgânica. Acredita-se que todas as formas de êmese da gestação decorrem de um fator presente habitualmente na gestação normal. Esse fator ainda não é identificável. Os vômitos perniciosos podem surgir quando esse fator se torna exageradamente ativo ou quando está presente em um grau acentuado.

#### Factores Associados

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

#### Quadro Clínico

- As náuseas e os vômitos matinais podem persistir por horas, pode ocorrer mais tarde, mesmo a noite.
  - Os vômitos podem ser tão persistentes que a mulher será incapaz de reter qualquer coisa ingerida pela boca.
  - Há perda de peso.
  - Quando o vômito é muito severo observam-se sinais de hipovolemia e desidratação: Taquicardia, Hipotensão, Sequidade das mucosas, Perda da elasticidade da pele, Oliguria
  - Sinais de deficiência nutricional
  - A morte pode ocorrer devido à insuficiência hepatorrenal.
- Diagnóstico e assistência de enfermagem  
O pessoal de saúde poderá observar Vômito exagerados, Perda de peso maior de 5% do peso corporal total, Sinais de desidratação, Cetose, hipocalcemia e alcalose metabólica, Neuralgias e polineurite, déficit de Vit. B1, Insuficiência hepática - transtornos da coagulação.

Nestes casos se indica:

- Hospitalização e repouso absoluto.
  - Restringir todos os alimentos e líquidos por via oral nas primeiras 24 a 48 horas.
  - Administração parenteral de fluidos, 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.
  - Logo das 48 horas:
    - Devera continuar com a hospitalização, com repouso restringido, e deambulação controlada.
    - Após do plano de rehidratação, pequenas porções de alimentos sólidos são dadas cada 2 horas. Permite-se gradualmente maior ingestão de líquido, de modo que a mãe passa a tomar tanto líquido quanto deseja uma hora e meia antes e depois do alimento sólido.
    - Todos os alimentos devem ser servidos em quantidades bem pequenas, preparados de maneira atrativa, e podem ser muito quentes ou muito frios.
    - Alguns líquidos administrados por via parenteral podem ser necessários durante esses primeiros dias, dependendo da ingestão oral.
    - 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: Grupo RHESUS

- Conceitos e fisiopatologia

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

Basicamente, a patogenia da eritroblastose fetal é a destruição dos eritrócitos fetais Rh-positivos pelo anticorpo materno anti – D (IgG). Ainda não está completamente compreendida o mecanismo de emolises. Sabe-se que o anti-D (a maioria das vezes IgG1, e IgG3) activa a cascata do complemento, mas não o fixa: por tanto não é provável uma atividade eritrolítica directa. A maioria das emácias marcadas pelo IgG são hemolizadas pelo sistema fagocitário extravascular do baço

A anemia Fetal resultante dessa emolisse aumenta a produção de eritropoietina e a eventual eritropoieses extramedular do fígado e baço, com aumento desses órgãos. São liberados na circulação eritroblastos imaturos, e sua progressão provoca uma maior eritropoieses, a qual acentua as alterações do parenquima hepático.

- Diagnóstico

- Na gravidez a incompatibilidade pelo sistema Rh poucas vezes atinge o primeiro filho excepto se houver referencias de hemotransfusao, sem o conhecimento prévio do factor Rh
- Sugerem aloimmunizacao 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 clinica.
- De outras feitas há natimortos e hidróticos, que se repetem
- Em mulheres com historia clinica de 1 natimorto, por incompatibilidade Rh, a probabilidade de se reproduzir o acidente é de 75%, que se ascende para 90% quando se produz em duas oportunidades.
- Actualmente a ultra-sonografia permite seguir passo a passo o desenvolvimento de anormalidades no feto.
- A Cordocentese e a ultra-sonografia, usadas conjuntamente permitem obter uma mostra do sangue do feto que permitira uma diagnostica precoce.

O diagnóstico a pos parto:

- Faz-se pela hidropsia apresentando um R. N. Muito deformado pela infiltração edematosa que lhe invade todo o corpo inteiro.
- Apresenta um R N. com abdômen de batráquio, que a ascite condiciona fígado e baço enormes.
- Sonolência brutal patognomônica do Kernicterus
- Anemia Grave

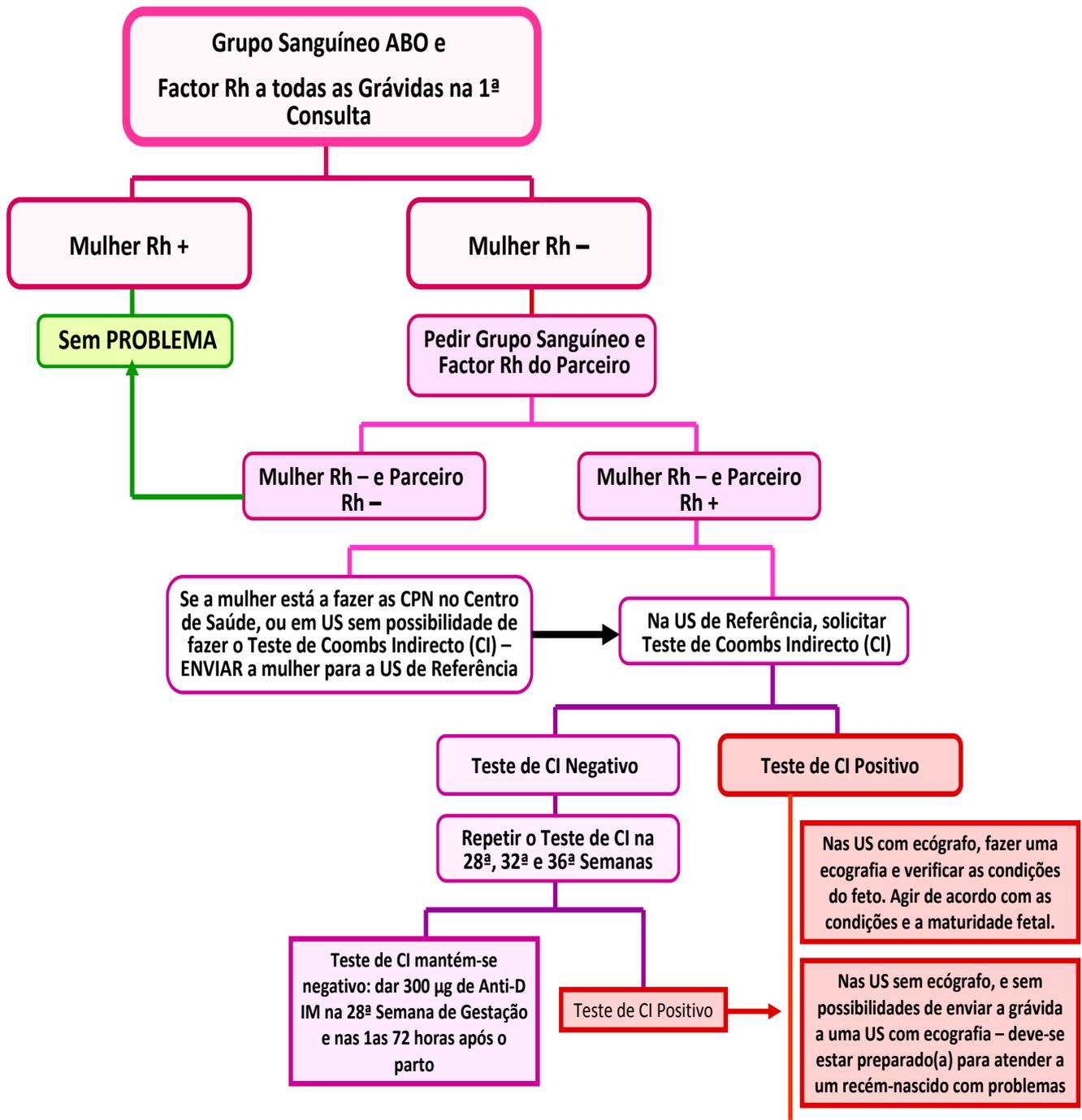
- Prevenção e conduta na Consulta Pré-Natal e no Parto

A anamnese deve ser minuciosa. Fundamentalmente, a historia das gestações anteriores e epilogo de cada uma delas, e os possíveis eventos hemoterápicos.



A assistência se processa em fases:

1. Evidenciação de incompatibilidade sanguínea entre o casal.
2. Determinação da possível aloimunização materna. Presente, monitorar seu comportamento durante a gestação atual
3. Avaliação das condições do conceito pela dosagem espectrofotométrica da bilirrubina no líquido amniótico e mais recentemente, pela ultrasonografia cardiotocografia doppler e cordocenteses.
4. Tratamento preventivo com uma dose única de 300 µg. 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.
5. O seguinte esquema do MISAU ajuda para um melhor manejo de casos.



- Diabete

- **Conceito e classificação**

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 factores que se opõem a sua acção.

A Diabetes pode classificar se de dois tipos:

- 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-ímmunes ou idiopáticos, normalmente chamado diabetes mellitus insulino-dependente ou diabetes infantil. Este tipo de diabetes, tal como o Tipo II podem estar ligados a factores genéticos e hereditários, sendo o Tipo I o mais condicionado por estes factores.

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 fenómeno 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 frequentemente em etapas adultas da vida. Várias situações como cirurgias, traumas, obesidade e medicamentos (p.ex: uso prolongado de corticosteróides) podem causar este tipo de diabetes.

- b. **Diabetes Gestacional:**

É aquela que 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), apresentando graus ou intensidades variáveis.

A 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. À medida que a gravidez evolui e a placenta cresce, torna-se maior a sua produção hormonal e, por consequência, também é maior a resistência das células à 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.

Esta situação 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 atraso de crescimento fetal intra-uterino; Com excesso de peso ou obesas

- **Quadro clínico - obstétrico**

Existem sinais e sintomas característicos do diabetes mellitus. Quando estes sintomas aparecem, deve ser feita uma avaliação profunda, para diagnosticar ou afastar o diabetes através de um diagnóstico diferencial. Entre os sinais e sintomas temos:

- Hiperglicemia (excesso de glicose no sangue)
- Glicosúria (presença de glicose na urina principalmente durante a noite)
- Poliúria (micção frequente)
- Polidipsia (sede excessiva)
- Polifagia (fome excessiva)
- Perda de peso
- No exame obstétrico se observa ganho excessivo de peso durante a gravidez; altura uterina e crescimento fetal maior do que o esperado para a idade gestacional
- Presença de polidrâmnios
- Presença de pré-eclampsia

- **Diagnóstico, tratamento e condutas de enfermagem e de referencia**

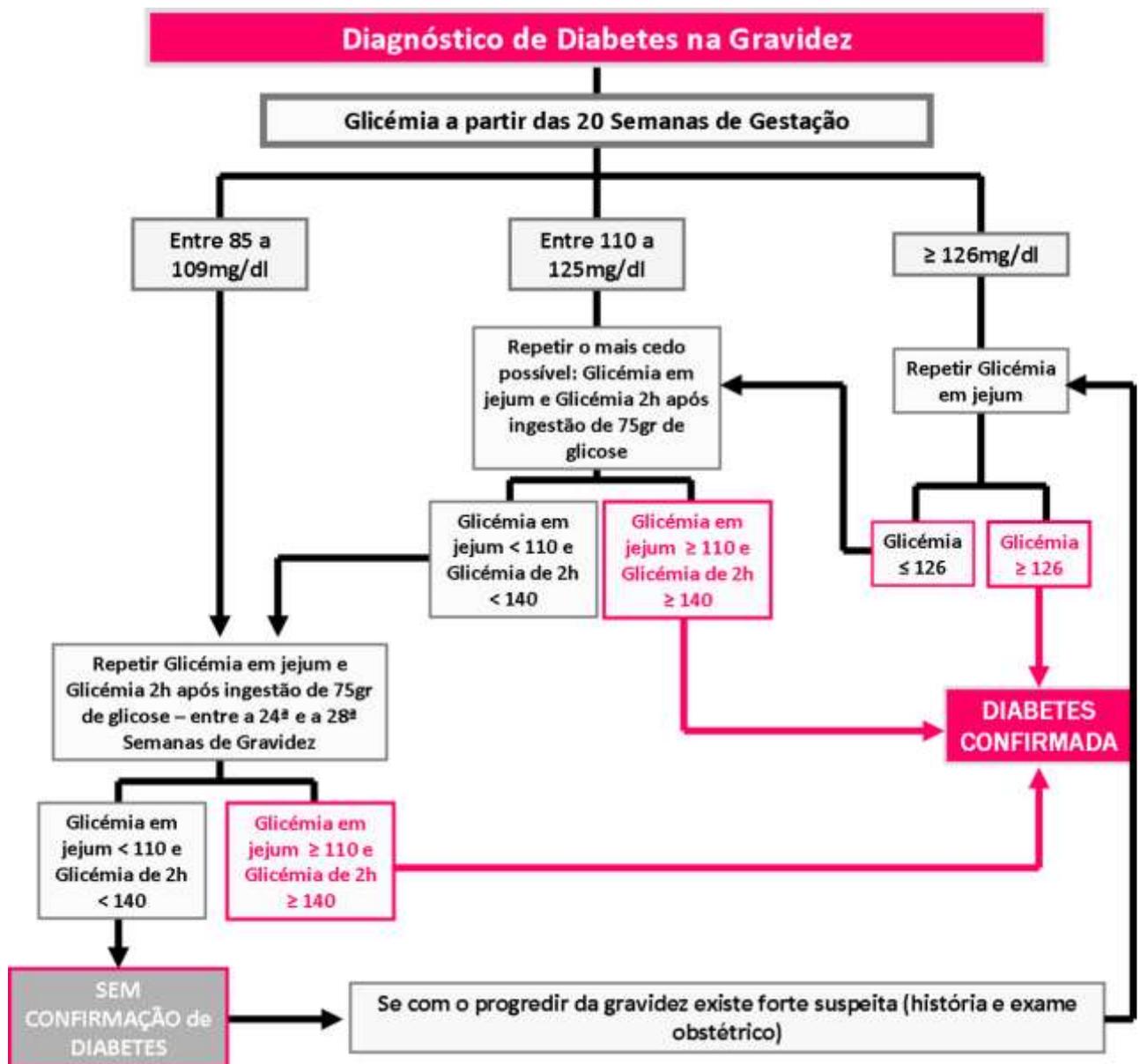
Para o diagnóstico é importante fazer as seguintes provas de Laboratório:

- Glicemia em jejum:

Se extra-i sangue venosa, na grávida os valores são mais baixos que na mulher não grávida, especialmente a partir das 20 semanas. Considera-se diabética a toda grávida que apresente valores de glicemia em jejum superiores a 105 mg/100 ml em plasma.

- o Glicemia pos-alimentar:  
Valores de glicose plasmática de 180 mg/100 ml ou mais são patológicos.

Recomenda-se fazer análise em mulheres de 25 anos ou mais velhas e em aquelas que têm história familiar de diabetes, ou história obstétrica de aumento de peso exagerado na gravidez, natimortalidade, anomalias congênitas, glicosuria. O seguinte fluxograma mostra os passos para o diagnóstico da diabetes na gravidez em Unidades Sanitárias com capacidade, ou laboratório, para fazer Glicémia



O tratamento se faz em:

a. No Controle Pre-natal:

- Começa com a historia clínica da grávida. Recolher dados dos antecedentes familiares de obesidade e diabetes, antecedentes obstétricos de fetos macrosomicos e patologias associadas.
- Exame freqüente da paciente pelo obstetra e endocrinólogo, tendo por objetivo o equilíbrio da diabetes e avaliação do bem estar fetal.
- Avaliar o peso diário, o aumento não deve ser mais de 250 gramas por semana.
- A frequencia 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.
- 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.
- Dietoterapia: Deve ser adequado a idade, peso, estatura, atividade física, estado biológico, nível socioeconômico, costumes, a situação fisiopatológica, estado do aparelho digestivo, etc. o plano de alimentação deve ser individualizado. Em geral uma dieta de 1.800 a 2.200 calorias é suficiente. A dieta deve conter 80 a 100 gr de proteínas e carboidratos equivalentes a 40-45% das calorias.
- Insulinoterapia: A dose de insulina é ajustada de acordo com os níveis de glicose sanguínea, determinados a intervalos frequentes durante toda a gestação. O objetivo terapêutico é manter o nível de jejum abaixo de 120 mg/100 ml e/ou um nível pos-alimentar abaixo de 150 mg/100 ml.
- 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. Nos primeiros se considera o equilíbrio metabólico, aparição de complicações e patologia materna. 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.

b. 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, mas deve realizar se controles glicêmicos e evitar longos períodos de jejum.
- Evitar as soluções glicosadas, utilizar insulina rápida no soro se os valores de glicemia são maiores de 105 mg/100ml.
- O parto é por via vaginal quando não exista contraindicação 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.
- Administra-se soro glicosado durante o ato operatório controlando a glicemia depois cada 6 horas.
- 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.

c. Após o parto:

- Nas pacientes com diabetes gestacional logo do nascimento a diabetes reverte.
- Continuar com o tratamento dietético.
- Realizar determinações de glicemia diárias ou cada 12 horas durante os primeiros dias do puerperio.
- As infecções no pós-parto são muito freqüentes nas diabéticas e até infecções leves podem comprometer severamente o controle da diabetes.

Toda grávida com diabetes confirmada, deve ser seguida na Consulta de Alto Risco, ou seja na unidades sanitaria de Referência, pelo que deve efetuar a seguinte esquema.

# 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  $\leq$  105 e Glicémia 2h após comer  $\leq$  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 Cardiografia** – fazer cardiogramas semanais a partir da 30ª semana;

Glicémia em jejum é  $\leq$  105 e Glicémia 2h após comer  $\leq$  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

Há muito tempo a cardiopatia e gravidez ha adquirido importância na obstetrícia, por os avanços nos meios diagnósticos e o melhor conhecimento da fisiopatologia cardiovascular, o que permite dar um tratamento mais eficaz.

- Conceito

A doença cardíaca reumática e os defeitos cardíacos congênitos são as complicações cardíacas mais comuns na gravidez. Cerca de 85% dos casos têm etiologia reumática, 10% anomalias congênitas, e o maior percentagem restante é à hipertensão crônica.

- Quadro clínico-obstétrico da mãe cardiopata

A maioria dos sintomas se confunde com as modificações gerais da gravidez norma:

- Dispnéia
- Vertigem
- Taquicardia
- Edema dos membros inferiores.

Os sinais decisivos da doença cardíaca são:

- Arritmias
- Sopro diastólico
- Sopro sistólico
- Aumento da área cardíaca
- Dispnéia grave
- Desmaio ao esforço
- Dor no peito no esforço
- Cianose

A grávida cardiopata classifica nas seguintes classes:

- 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

- Diagnóstico e condutas de enfermagem e de referência

1. Controle Pré-natal:

- A grávida cardiopata é considerada grávida de Alto Risco, uma vez diagnosticada na consulta pré-natal deve ser referida a Consulta de Alto Risco.
- Recomenda-se a consulta de Alto Risco pelo obstetra e cardiologista simultaneamente.
- Os cuidados a seguir na grávida com doença cardíaca são:
  - Repouso freqüente em decúbito lateral e impedir a atividade física exagerada. Todas as gestantes com problemas cardíacos devem ter 9 a 10 horas de sono, além dos períodos de descanso durante o dia.
  - 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. Essas meias devem ser sempre colocadas antes do término de um período de repouso, na posição lateral.
  - Prevenir o aparecimento de anemia, com administração de sal ferroso e ácido fólico.
  - Dieta normocalórica (1800 – 2000 calorias). A importância da nutrição durante a gravidez tem sido repetidamente destacada. Para a mulher com doença cardíaca isto é muito importante, pois ela e o feto já enfrentam fatores que predispõem à má nutrição intra-uterina. Evitar o ganho de peso excessivo é muito importante devido à maior sobrecarga cardiovascular resultante da obesidade.
  - Evitar a infecção. Evitando o contato com pessoas portadoras de infecções respiratórias.
  - Não é aconselhável o uso de diuréticos, por que diminuem o volume plasmático e favorecem a hipertensão. É administrado só nos casos de insuficiência cardíaca aguda, ou em aquelas grávidas que apresentam aumento súbito de peso e com o repouso absoluto apresenta dispnéia ou tosse.
  - A consulta será feita cada 2 semanas.
  - Acompanhamento da vitalidade fetal na gestação.
  - Vigiar sinais de insuficiência cardíaca para seu diagnóstico precoce:

- Aumento da dispnéia
- Taquipnéia >24 movimentos respiratórios por minuto
- Taquicardia > 110 batimentos por minuto
- Estertores nas bases dos pulmões.
- As mulheres com cardiopatias graves devem evitar a gravidez. Oferecer-lhes a possibilidade de laqueação.

## 2. Atenção do Parto e Puerperio:

Geralmente o parto vaginal representa a experiência mais segura para a mulher com doença cardíaca.

- Todas as medidas são tomadas para reduzir o esforço e facilitar a atividade circulatória.
  - Recomenda-se a posição decúbito lateral como a melhor posição materna durante este período.
  - Aliviar o dor e diminuir a ansiedade são importantes neste período. Os analgésicos devem ser usados criteriosamente, por causa dos efeitos da droga sobre o feto.
  - Encurtar o período expulsivo através de uma episiotomia larga e de ventosa.
  - Está indicado o controle contínuo da frequência cardíaca fetal bem como da mãe.
  - Controle periódico da tensão arterial.
  - Pelas modificações hemodinâmicas que ocorrem no momento do parto e da separação placentar e o 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 para ajudar o retorno venoso.
  - Durante o puerperio, é necessário manter os mesmos cuidados que na gravidez. Não deve esquecer-se que as duas terceiras partes das mortes ocorrem neste período.
  - 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 em particular.
- Anemia  
Em geral os valores de hemoglobina começam a diminuir, a partir da semana 10ª, esta diminuição depende das reservas de ferro no organismo. O ferro é importante para síntese da hemoglobina, quase 60 a 70% do ferro orgânico estão contido no eritrócito, no grupo "hem" da hemoglobina. As necessidades de ferro são consideravelmente aumentadas durante a gravidez pela demanda da unidade fetoplacentária. O feto precisa de ferro para formar hemoglobina e constituir uma reserva para os três primeiros meses após o nascimento. Isto obriga as grávidas a utilizar os depósitos férricos existentes (medula óssea, fígado). Em mulheres bem nutridas, esta mobilização de ferro é suficiente, mas nas grávidas com depósitos escassos de ferro se produz o quadro de anemia. Deve-se ter em conta que o 30% das grávidas não tem as reservas adequadas, de ferro, pelo que precisam a administração de um suplemento. Os requerimentos de ferro durante a gravidez aumentam ainda mais no terceiro trimestre da gravidez.
  - Conceito  
Pelas razões apresentadas acima, 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
  - Classificação etiológica
    - a. Anemia ferropriva: É a anemia por deficiência de ferro. Mais comum e afeta a 80 a 90% das mulheres grávidas.
    - b. Anemia megaloblástica: É a anemia por deficiência de ácido fólico. Muito freqüente no ciclo gravídico, ocorre juntamente com a ferropriva e permanece não diagnosticada nos 20 a 25% das grávidas.
    - c. Anemia perniciosa: É a anemia por deficiência de vitamina B<sub>12</sub>. Tem menos prevalência.
    - d. Anemia hipoplásicas ou aplásicas: É a anemia que não responde ao tratamento com produtos combinados de ferro, ácido fólico e vitamina B<sub>12</sub>, pela falta da resposta do sistema eritropoietico. 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.

A causa das anemias pode ser:

- Dieta inadequada.
- Doenças e infestações recorrentes (malária, parasitoses intestinais).

- Menstruações abundantes.
  - Multiparidade e pequeno intervalo intergenésico.
  - Alterações do sangue
- Diagnóstico
    - A mulher com anemia moderada é geralmente assintomática e está aparentemente bem. Com tudo o risco de morbi-mortalidade está aumentado.
    - Em casos prolongados há alterações dos tegumentos e outros sinais e sintomas acompanhantes:
      - Perda de pigmentação
      - Fraqueza,
      - Cansaço.
      - Tonturas
      - Respiração curta
      - Palpitações
      - Palidez
      - Taquicardia
      - Edemas.
- Tratamento e assistência de enfermagem
    - Sulfato ferroso ou gluconato de ferro 200 mg oral, 3 vezes ao dia. Com esta dose a hemoglobina deve aumentar 5g/dl por semana. Doses maiores constituem desperdício, pois não se absorve mais do que 800 mg/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, particularmente se o parto está iminente.
- Medidas preventivas
    - Educação sanitária sobre alimentação suplementar. As folhas verdes são uma fonte importante de ferro e de ácido fólico, devem ser ligeiramente cozidas.
    - Prevenção e tratamento de doenças infecciosas tais como a malária crônica e da ancilostomiase.
    - Espaçar as gestações, pelo menos 2 anos de modo a permitir à mulher recuperar-se e reconstituir suas reservas de ferro fora do ciclo gestacional.
    - 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.

## INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL

- Revisão dos Síndromes Clínicas de Transmissão Sexual mais frequentes durante a gravidez
  - Síndrome de Úlcera Genital (Sífilis)

A sífilis é uma infecção sistêmica crônica causada pelo *Treponema pallidum*, é, em geral sexualmente transmitida e caracteriza-se por episódios de doença ativa, interrompidos por períodos de latência. A Sífilis na gravidez requer intervenção imediata, para que possa reduzir ao máximo a possibilidade de transmissão vertical mãe-feto.

### Quadro Clínico

- Sífilis Primária: Caracteriza-se por apresentar uma lesão inicial, o “cancro duro”, que surge 1 a 2 semanas após o contacto, acompanhada por adenite satélite (gânglios inguinais aumentados e dolorosos), geralmente desaparece ao fim de 4 semanas sem deixar cicatrizes, e quando se localiza no interior da vagina não há dor, e a mulher nem se apercebe. As reacções sorológicas para a sífilis tornam-se positivas entre a 2ª e a 4ª semanas após o aparecimento do cancro.
- Sífilis Secundária: As manifestações clínicas podem ocorrer desde poucas semanas até cerca de 1 ano após o desaparecimento do cancro duro primário. A lesão mais precoce é constituída por um exantema morbiforme (erupção cutânea) sem prurido (sem comichão) denominada roséola. Mais tarde, podem surgir lesões papulosas (tipo bolhas) na palma das mãos e na planta dos pés, placas nas mucosas, adenopatia generalizada (gânglios aumentados em todo o corpo), zonas da cabeça com queda completa de cabelo (alopécia em clareira) e condilomas planos (lesões húmidas e papulosas) altamente contagiosas, localizadas nos genitais e região peri-anal. A reacção sorológica é sempre positiva.
- Sífilis Terciária: Ou Sífilis Tardia, ocorre entre 3 a 12 anos após a infecção. As manifestações clínicas surgem depois de um período variável de latência. A reacção sorológica é positiva. Nesta fase aparecem lesões gomosas e nodulares na pele (gomos sífilíticas), manifestações ósseas com a osteíte gomosa, periostite, artralgia, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares. A nível do sistema cardiovascular o comprometimento pode manifestar-se por aortite sífilítica, aneurisma e estenose coronária. A meningite aguda, a goma do cérebro ou da medula, crises epileptiformes, atrofia do nervo óptico e outras, são manifestações de compromisso do sistema nervoso.

### Diagnóstico

Se faz através da anamnese e exame clínico, da grávida, avaliando a presença dos sinais e sintomas acima mencionados e realizando testes sorológicos.

Vários testes sorológicos são disponíveis, baseados na reacção antígeno-anticorpo, os mais utilizados em Moçambique são:

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).
- RPR (Rapid Plasma Reagin).

### Complicações

A Sífilis não tratada durante a gravidez, tem como resultados: Aborto e Morte Perinatal (40%); Sífilis Congénita (40%) e Criança Saudável (20%).

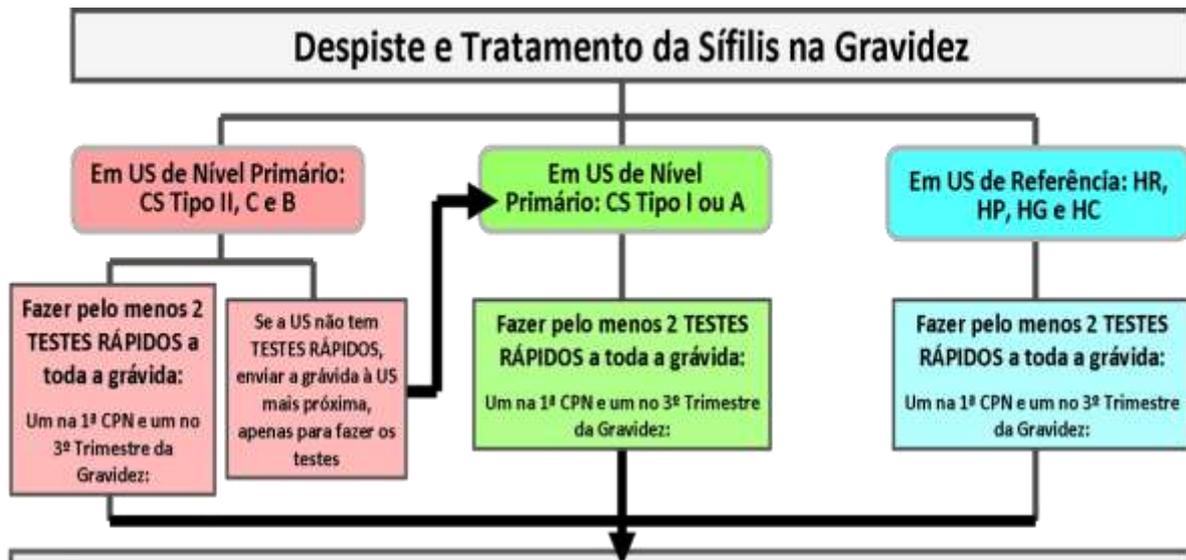
- Síndrome de Corrimento Vaginal (Gonorreia)

É uma infecção do epitélio uretral, retal, conjuntival, da faringe e endocérvix, causada por *Neisseria gonorrhoeae*.

Produz uma reacção local inflamatória, com exudado mucopurulento em mucosas, sobretudo na uretra, provocando disúria, polaquiúria e tenesmo. Situa-se na região cervical sem produzir sintomas e pode ascender ao endométrio e as trompas, produzindo endometrite, salpingite ou doença inflamatória pélvica com aparição de peritonitis.

## Quadro Clínico e Diagnóstico

- Corrimento endocervical mucopurulento (amarelo), e sangramento cervical
  - Disúria
  - Endometrite aguda, com sangramento menstrual anormal, dor e sensibilidade na linha média da parte abdominal baixa e disporeunia, seguida por salpingite aguda.
  - A endometrite e salpingite podem causar febre, leucocitose.
  - Diagnóstico deve ser feito durante a consulta pré-natal através da inspecção genital e especuloscopia.
- Tratamento método de abordagem sindrómica e condutas de referência



### Conduta:

Para além do TESTE RÁPIDO, deve ser feita uma história cuidadosa e exame objectivo, para que, de acordo com o quadro clínico – se possa identificar a fase da doença:

Fase da Doença	Esquema Terapêutico		Se a mulher é alérgica à Penicilina dar
	Penicilina G Benzatinica		
Sífilis Primária	2.400.000 UI, IM (1.200.000 em cada nádega) Dose única	Dose total 2.400.000 UI	Eritromicina 500mg de 6/6 horas durante 15 dias
Sífilis Secundária	2.400.000 UI, IM (1.200.000 em cada nádega) Repetir ao fim de 7 dias	Dose total 4.800.000 UI	Eritromicina 500mg de 6/6 horas durante 15 dias
Sífilis Tardia	2.400.000 UI, IM (1.200.000 em cada nádega) Repetir ao 7ª e 14ª dias	Dose total 7.200.000 UI	Eritromicina 500mg de 6/6 horas durante 30 dias

TODO o PARCEIRO deve ser testado e tratado. Se o parceiro é alérgico à Penicilina dar Tetraciclina 500mg de 6/6 horas durante 15 dias OU Doxiciclina 100mg de 12 em 12 horas durante 15 dias. **NOTA: a TETRACICLINA e a DOXICICLINA NÃO PODEM SER ADMINISTRADAS a MULHERES GRÁVIDAS ou a MULHERES QUE ESTÃO a DAR de MAMAR.**

Considerar tratamento adequado da Sífilis materna apenas quando:

- O tratamento com Penicilina ou Eritromidina foi completo (neste último medicamento, confirmar com a mulher quantos comprimidos tomou, de quantas em quantas horas e durante quantos dias);
- O tratamento foi realizado até 30 dias antes do parto.
- O parceiro foi tratado (confirmar também);
- Após o tratamento não houve contacto sexual com parceiro não tratado ou tratado inadequadamente.

**NOTA:** pode existir uma reacção febril e agravamento das lesões cutâneas após o tratamento da fase primária ou recente da Sífilis – quando existe grande quantidade de *Treponemas* circulantes. Este quadro desaparece espontaneamente em 12 a 48 horas e não se justifica parar o tratamento.

Agente etiológico	Principais Sinais e Sintomas	Tratamento
Gonorreia ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cervicite mucopurulenta,</li> <li>• Corrimento vaginal mucopurulento,</li> <li>• Dor ao urinar,</li> </ul>	<p>Eritromicina 500mg Oral de 6/6 horas durante 7 dias.  A partir da metade do 2º trimestre de gravidez associar  Metronidazol 2000mg Oral dose única OU Metronidazol  250mg Oral, 3 vezes por dia - durante 7 dias.</p> <p>Tratamento do parceiro<sup>(Nota*)</sup>: Ofloxacina 500mg  Oral – dose única (toma da na presença do/a provedor/a  de saúde), OU Kanamicina 2g IM dose única.</p>

#### Para Despiste/diagnóstico:

Perguntar, durante a **história clínica**, se existem sintomas e/ou sinais de ITS, principalmente:

- Corrimento: cor, cheiro e quantidade;
- Feridas nas regiões genital e anal: dolorosas, não dolorosas, tipo (verruca, pústula, úlcera), com ou sem secreção;
- Gânglios: se estão aumentados e se tem dor ou não;
- Gerais: febre, desconforto ou dor abdominal baixa.

A todas as mulheres grávidas realizar exame ginecológico na 1ª CPN, e entre a 24ª e a 26ª semanas de gestação. Investigar qualquer queixa de corrimento vaginal em qualquer idade gestacional.

O **exame ginecológico** deve constar do:

- Exame da genitália externa: verificar a vulva, períneo, ânus e região inguinal
  - Quando se faz a avaliação procurar principalmente: sinais de hiperémia vulvar, lesões ulceradas, lesões verrugosas, pústulas, gânglios inguinais aumentados sem ou com fistulização;
  - Exame especular: observar cervix e vagina – verificar se existem sinais de cervicite mucopurulenta, se o colo uterino é friável, se existe corrimento vaginal (tipo, cor, cheiro), se existem lesões ulceradas, lesões verrugosas ou outras;
  - Toque vaginal: detectar principalmente dor à mobilização do colo, dor ao toque dos fundos de saco laterais e posterior.
- Envolvimento dos parceiros na prevenção e tratamento das ITS
    - Convidar o marido (e/ou outros parceiros sexuais) para uma consulta urgente.
    - Aconselhar:
    - Abstinência sexual durante 14 dias e até completar o tratamento dos parceiros sexuais.
    - Usar preservativo.
    - Educação sanitária sobre prevenção das Doenças de Transmissão Sexual.
    - Lembrar se sempre que as ITS não são só problema da mulher é problema de todos os parceiros sexuais.

## GRAVIDEZ E HIV/SIDA (REVISÃO)

- Doenças oportunistas na grávida HIV seropositiva: quadro clínico

### HIV-SIDA: Estádios Clínicos da OMS

<b>ESTADIO I</b>		
<b>Manifestação Clínica</b>	<b>Diagnóstico Clínico</b>	<b>Diagnóstico Definitivo</b>
Assintomático	Sem queixa de sintomas e ausência de sinais clínicos relacionados ao HIV e ao exame físico.	Não se aplica
Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	Aumento de linfónodos (> 1cm) em 2 ou mais cadeias ganglionares não contíguas (excluída cadeia inguinal) persistente por 3 meses ou mais, sem dor, sem causa conhecida.	Histologia (biópsia)

<b>ESTADIO II</b>		
<b>Manifestação Clínica</b>	<b>Diagnóstico Clínico</b>	<b>Diagnóstico Definitivo</b>
Perda de peso inexplicada e moderada (<10 % do peso corporal total)	História de perda de peso involuntária e inexplicada. Durante a gravidez, não ganho de peso.	Perda de peso documentada <10%
Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores (episódio actual +1 ou mais nos últimos 6 meses)	Diagnóstico sintomático: dor facial unilateral com rinorréia (sinusite); membrana timpânica inflamada e dolorosa (otite média); faringo-amigdalite sem sinais de infecção viral (por exemplo, tosse ou rinorréia)	Estudo de laboratório quando disponíveis, como cultura de amostra de fluidos
Herpes zóster	Rash cutâneo doloroso com vesículas de conteúdo líquido e distribuição por dermatomos. Não ultrapassam a linha média	Diagnóstico clínico
Queilite angular	Rachaduras no ângulo da boca com despigmentação, não relacionadas com deficit de ferro ou vitaminas e que usualmente responde a tratamento antifúngico	Diagnóstico clínico
Ulcerações orais recorrentes (2 ou mais episódios em 6 meses)	Ulceração aftosa, tipicamente dolorosa e com um halo de inflamação e pseudomembrana amarelo-acinzentada.	Diagnóstico clínico
Erupção pápulo-pruriginosa (Prurigo)	Lesões pápulo-pruriginosa que geralmente deixam pigmentação posterior	Diagnóstico clínico
Dermatite seborreica	Dermatite pruriginosa e descamativa que afecta as zonas pilosas como coro cabeludo, axilas, parte superior do tronco e virilha	Diagnóstico clínico
Infecções fúngicas do leito ungueal	Paroníquia fúngica (leito ungueal doloroso, eritematoso e edemaciado) ou onicólise (separação não dolorosa da unha do leito ungueal). Coloração na porção proximal das unhas com engrossamento e separação da unha do leito ungueal.	Cultura para fungos de material do leito ungueal

<b>ESTADIO III</b>		
<b>Manifestação Clínica</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Diagnóstico Definitivo</b>
Perda de peso severa e inexplicada (> 10 % do peso corporal total)	História de perda de peso involuntário e inexplicada de > de 10 %, com emagrecimento visível da face, cintura e membros com caquexia visível ou IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> ; durante a gravidez a perda de peso pode não ser evidente.	Perda documental de > 10 % do peso corporal, sem outra explicação
Diarreia crónica inexplicada por mais de 1 mês	História de fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais ao dia durante mais de 1 mês, sem resposta a tratamento sintromico com antibióticos ou antiparasitários.	3 ou mais evacuações de consistência reduzida documentadas e dois

<b>ESTADIO III</b>		
<b>Manifestação Clínica</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Diagnóstico Definitivo</b>
		ou mais amostras de fezes analisadas sem evidências de patógeno (precisa de culturas de fezes).
Febre persistente e inexplicada (intermitente ou constante) por mais de 1 mês	Febre ou suores noturnos (intermitentes ou constantes) por mais de 1 mês, sem resposta a antibióticos nem a anti-maláricos, sem foco de doença evidente no exame físico.	Febre > 37,5° com hemocultura negativa coloração de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente.
Candidíase oral	Placas esbranquiçadas persistentes ou recorrentes. Podem ser pequenas, cremosas, que podem ser descamadas (pseudo-membranosas), ou manchas vermelhas em língua, palato ou assoalho da boca, geralmente dolorosas ou sensíveis (forma eritematosa).	Diagnóstico clínico
Leucoplasia oral pilosa	Pequenas lesões lineares nas bordas laterais da língua, geralmente bilaterais, que não podem ser descamadas.	Diagnóstico clínico
TB Pulmonar	Sintomas crônicos (> 2-3 semanas) como: tosse, hemoptise, dispneia, dor torácica, perda de peso, febre suores noturnos, sem evidência de doença extra pulmonar (além da TB ganglionar, que é considerada uma manifestação menos severa de TB extra pulmonar).	Isolamento do M. tuberculosis na coloração de Ziehl-Nielsen (BK) ou na cultura de escarro, e/ou Rx de tórax com mudanças típicas de TB.
Infecções bacterianas severas (por exemplo: pneumonia, piomiosite, infecções dos ossos ou articulações, bacteriemia e doença inflamatória pélvica severa).	Febre acompanhada de sinais e sintomas específicos de infecção localizada e que correspondem aos antibióticos apropriados	Isolamento de bactérias de locais específicos (geralmente esterilizados) [teste normalmente não disponível em Moçambique]
Gengivite aguda ulcerativa necrotizante ou periodontite necrotizante	Dor intensa, ulceração das papilas gengivais, perda dos dentes, sangramento espontâneo, mau cheiro e perda rápida de tecido ósseo e/ou partes moles	Diagnóstico clínico
Anemia inexplicada (<8 g/dl), neutropenia (< 0.5 x10 <sup>9</sup> /litro) ou plaquetopenia crônica (< 50 x 10 <sup>9</sup> / litro) por mais de 1 mês	Sem diagnóstico clínico; é preciso fazer hemograma ou hemoglobina	Diagnóstico a partir de hemograma. Sem explicação por outra doença não relacionada com HIV. Sem resposta a suplementação com ferro e vitaminas, antimaláricos e antiparasitários

<b>ESTADIO IV</b>		
<b>Manifestação clínica</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Diagnostico definitivo</b>

<b>ESTADIO IV</b>		
<b>Manifestação clínica</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Diagnostico definitivo</b>
Síndrome caquética	Perda de peso involuntária e inexplicada (> 10 % do peso corporal basal) com emagrecimento evidente ou IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> Com Diarreia crónica inexplicada (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) durante mais de 1 mês OU Febre ou suores nocturnos por mais de 1 mês sem outras causas e sem resposta a antibiótico e antimaláricos. Nas áreas endémicas, a malária deve ser excluída.	Perda de peso documentada de > 10 % do peso corporal Com 2 ou mais amostra de fezes analisadas sem evidência de patógeno, ou Febre> 37,5° com hemocultura negativa, coloração de ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente
Pneumonia por Pneumocistis jirovicii (PCP)	Dispneia com exercício ou tosse seca (ou expectoração clara de início nos últimos 3 meses, taquipnéia e febre diária Com Rx de tórax com infiltrado intersticial bilateral e sem evidência de Pneumonia bacteriana; (crepitações bilaterais na auscultação com ou sem diminuição do murmúrio vesicular)	Citologia ou imunofluorescência de amostra de escarro induzido ou lavagem bronco alveolar, ou histologia do tecido pulmonar.
Pneumonia bacteriana severa e recorrente	Episódio actual mais ou mais episódios nos 6 meses anteriores; início agudo (< de 2 semanas) de sintomas severos ( como febre alta, tosse com expectoração purulenta, dispneia ou dor torácica) com consolidação pulmonar nova no exame físico ou Rx de tórax ; resposta aos antibióticos	Cultura positiva ou teste antigénico positivo para germe compatível
Infecção crónica por Herpes simplex (orolabial, genital , ou ano rectal) de > de 1 mês ou infecção visceral de qualquer duração	Ulceração progressiva e dolorosa orolabial ou anogenital; lesões causadas por infecção recorrente por herpes presente> 1 mês. História de episódios prévios. A infecção visceral por herpes não pode ser diagnosticada clinicamente; requer diagnóstico definitivo.	PCR para DNA de VHS ou citologia/histologia compatíveis.
Candidíase esofágica	Início recente de dor retro esternal ou dificuldades para engolir (sólidos e líquidos), geralmente associada a candidíase oral.	Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia, microspia de espécime ou histologia.
Tuberculose extra pulmonar	Doença sistémica ( por exemplo com febres, suores nocturnas, fraqueza ou astenia, perda de peso); Outra evidência de TB extra pulmonar ou disseminada dependeria do sítio da infecção (pleura, pericárdio, meninges, abdómen). A TB ganglionar (especialmente nos gânglios cervicais) é considerada uma forma menos severa de TB extra pulmonar	Isolamento de M. tuberculosis ou histologia compatível de amostra correspondente ou evidência radiológica de TB miliar (RX tórax com infiltrado uniforme e difuso de tipo miliar ou micronódulos)
Sarcoma de Kaposi	Aspecto típico na pele ou orofaringe de lesões persistentes, inicialmente planas de coloração rósea ou arroxeadas que geralmente evoluem para placas ou nódulos	Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia ou histologia
Infecção por Citomegalovírus (diferente da infecção no	Retinite é a única manifestação do citomegalovírus que pode ser diagnosticada clinicamente por clínicos experientes: lesões oculares típicas ao exame	Histologia ou demonstração do CMV líquor Por

<b>ESTADIO IV</b>		
<b>Manifestação clínica</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Diagnostico definitivo</b>
fígado, baço ou gânglios linfáticos)	fundoscópio; áreas esbranquiçadas com bordas definidas na retina, expandindo-se centrifugamente, geralmente seguindo vasos sanguíneos, associadas a vasculite retiniana, hemorragia e necrose.	cultura ou PCR- DNA.
Toxoplasmose em Sistema Nervoso Central	Sinais neurológicos focais de início ou diminuição do grau de vigília com resposta à terapêutica específica para toxoplasmose em $\leq 10$ dias	Serologia positiva para toxoplasma e lesões de massas únicas/ múltiplas visíveis em tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética (quando disponível).
Encefalopatia	Perda de habilidade intelectuais e/ou déficit motor com as actividades diárias; progressivo em semanas ou meses; sem evidência de outra condição que explica a doença	Diagnóstico de exclusão e (se disponível) tomografia computadorizada ou ressonância Nuclear Magnética
Criptococose extra pulmonar incluído meningite	Menigente: geralmente sub-aguda, febre com cefaleia progressivamente mais intensa meningismo, comportamento que corresponde a tratamento específico para criptococo.	Isolamento do Cryptococcus neoformans de sítios extra pulmonares (por exemplo, teste de tinta da china do LCR positivo) ou teste de antígeno criptococo no líquido ou sangue
Infecção disseminada por Mycobactérias não tuberculosas	O diagnóstico Clínico não é possível.	Microbiologia por cultura de microbactérias atípicas em amostra de fezes, sangue, fluidos corporais ou outros tecidos corpóreos.
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Alteração neurológica progressiva (cognitiva, linguagem, modo de andar, debilidade dos membros, perdas visuais e paresias dos nervos cranianos) associadas em lesões branca na neuroimagem ou PCR positivo para Poliomavirus JC no líquido.
Criptosporidiose crónica (com diarreia por mais de 1 mês)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cistos identificados na coloração de Ziehl-Nielsen modificada.
Isosporiose crónica	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Identificação de isospora nas fezes.

<b>ESTADIO IV</b>		
<b>Manifestação clínica</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Diagnostico definitivo</b>
Micose disseminada (Coccidiomicose, Histoplasmose, Peniciliose)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Histologia; Detecção de antígenos no tecido afectado; cultura ou microscopia de espécime clínico ou hemocultura.
Bacteriemia recorrente por salmonella não typhi	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Hemocultura
Linfoma não-Hodgkin cerebral ou de células B	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Neuroimagem compatível; histologia.
Carcinoma do colo do útero invasivo	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Citologia ou histologia
Leishmaniose visceral	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Histologia (amastigotes visíveis) ou cultura de amostra correspondente
Nefropatia associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Biópsia renal
Cardiomiopatia associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cardiomegalia e evidência de disfunção ventricular esquerda confirmada pelo ecocardiograma

- Diagnóstico Clínico e Laboratorial

Sinais Sintomas:

- Diarreia menor ou igual a 1 mês
- Febre maior ou igual a 38°C maior ou igual a 1 mês.
- Caquexia ou perda de peso maior ao 10%
- Astenia durante 1 mês ou mais
- Dermatite persistente
- Anemia ou linfopenia e/ou trombocitopenia
- Tosse persistente ou qualquer pneumonia excepto tuberculose
- Linfadenopatia maior ou igual a 1 cm em 2 sítios extragenitais > 1 mês
- Disfunção do sistema nervoso central
- Aparição de Herpes Zoster em indivíduos menores ou iguais a 60 anos
- Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada
- Aparecimento de Candidíase oral ou leucoplasia papilosa
- Tuberculose disseminada/extrapulmonar/pulmonar não cavitaria
- Pode aparecer um Sarcoma de Kaposi

Diagnóstico:

O teste serológico mais utilizado para o diagnóstico da infecção é o teste Enzimático de ELISA per não é 100% confiável porque pode determinar resultados falsos negativos ou falsos positivos pelo que se sugere fazer um descarte com outros testes como o Western blot, teste de Imunofluorescencia e testes rápidos como:

- Determine
- HIV/spot
- Unigold
- Test-Pack

- Transmissão vertical do HIV mãe-feto

De acordo com os dados do Impacto Demográfico do HIV-SIDA em Moçambique, 16% das mulheres grávidas são seropositivas, e a transmissão vertical do HIV é a forma mais frequente de transmissão entre as crianças (90%), ocorrendo em três fases, durante:

- Gravidez (intra útero): 20%

- Trabalho de parto: 60 a 70%
- Aleitamento materno: 14 a 20%

### Início de TARV nas Mulheres Grávidas

Estadio Clínico da OMS	CD4 Não Disponível	CD4 Disponível
I	Não iniciar TARV	Iniciar TARV se $CD4 \leq 350 \text{ cel/mm}^3$
II	Não iniciar TARV	
III	Iniciar TARV	Iniciar TARV independentemente da contagem de CD4
IV	Iniciar TARV	
E		
<b>ACONSELHAMENTO E ORIENTAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA PARA GARANTIR UMA ADESÃO ADEQUADA AO TARV</b>		

#### IMPORTANTE:

- As mulheres grávidas devem ter um atendimento prioritário nas US, e sempre que possível devem ter a consulta clínica e de aconselhamento no mesmo dia da inscrição na US. Evitar que fiquem à espera das consultas, e devem iniciar o TARV o mais brevemente, quando forem elegíveis;
- O tratamento anti-retroviral nas grávidas, quando indicado, deverá ser iniciado independentemente da idade gestacional caso o benefício seja maior do que o risco, ou a partir da 14ª semana. Nos casos onde não é possível determinar a idade gestacional, deve iniciar o tratamento anti-retroviral assim que a gestante sinta os primeiros movimentos fetais.

Os Esquemas Terapêuticos utilizados na Mulher Grávida são:

1. AZT + 3TC + NVP OU
2. D4T + 3TC + NVP : para os casos de anemia\* ( $Hgb \leq 8 \text{ g/dl}$ ) OU
3. Se intolerância à NVP Grau I ou II: monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar NVP por ABC;
4. AZT + 3TC + ABC: para os casos de tratamento para TB ou intolerância à NVP Grau III ou IV.

#### IMPORTANTE:

- A anemia causada directamente pelo AZT não é muito freqüente (*alguns estudos indicam aproximadamente 5%*), sendo motivo mais comum de anemia nos doentes seropositivos a depressão medular causada pelo próprio vírus HIV. Nesses casos, a terapia anti-retroviral tende a reverter essa situação, e o AZT pode e deve ser usado, principalmente na gravidez, já que é o fármaco melhor estudado e de eleição para a prevenção da transmissão vertical;
- Nos casos de anemia clínica (onde não há laboratório), ou a Hgb é inferior a 8g/dl, tratar a anemia com Sal-Ferroso e Ácido Fólico + Complexo B, e/ou transfusão de sangue (se indicado) e substituir o AZT por d4T para início do TARV. Logo que haja melhoria clínica/laboratorial da anemia, substituir o d4T por AZT e monitorar a mulher durante os primeiros 2 meses após a troca;
- O uso de NVP em mulheres com CD4 entre 250-350 deve ser feito com cuidado, pelo risco de reacção alérgica e hepatotoxicidade grave. Assim sendo, recomenda-se o seguimento estrito durante as primeiras 12 semanas de início do TARV, que deve incluir: a educação e aconselhamento sobre: sintomas e sinais de alerta (erupção na pele, febre e dor abdominal), com orientação de retornar à consulta assim que tiver esses sintomas e sinais; consulta de 2 em 2 semanas nas primeiras 12 semanas; avaliação inicial das enzimas hepáticas e seguimento frequente durante este período (análise às 2 semanas e repetir às 4, 8 e 12 semanas, se há sintomas).
- Se existir um aumento das enzimas Grau 3 ou 4 ( $ALT$  e/ou  $AST >$  que 5 vezes o limite superior da normalidade), sem outra explicação, a Niverapina deve ser interrompida definitivamente. A NVP também deve ser imediatamente suspensa se existir qualquer sintoma sugestivo de hepatite tóxica, incluindo erupção da pele ou exantema – que pode levar à Síndrome de Stevens Johnson. Nesses casos, é vital não esperar pelos resultados das análises das enzimas hepáticas. A alternativa terapêutica é AZT+3TC+ABC.
- Alguns estudos demonstram que a toxicidade hepática da Niverapina pode ocorrer no primeiro ano de tratamento, tendo com factor de risco a hepatopatia crónica viral do Tipo C ou B.

- Tratamentos antiretroviral de prevenção da transmissão vertical de HIV, incluindo as doses, no quadro a seguir:

E-esquema Profilático	Durante a Gravidez	Durante o Trabalho de Parto	Pós-Parto	
			Mãe	Recém-Nascido
<b>PROTOCOLO DA PTV</b>	Idade Gestacional ≥ 14 semanas: AZT (300mg) – 1 comp de 12/12 horas + Entrega de Niverapina (200mg) : 1 comp. para tomar só quando iniciar o trabalho de parto	AZT + 3TC (Duovir): 1 comp de 12/12 horas + NVP: 1 comp (dose única) se não tiver tomado em casa	AZT + 3TC (Duovir): 1 comp de 12/12 horas, durante 7 dias após o parto	Se está a receber aleitamento materno: fazer NVP diária (2mg/Kg de peso) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno.  Se não estiver em aleitamento materno: AZT (4mg/kg de peso) desde o nascimento até 6 semanas de vida
	Não foi realizada	AZT + 3TC (Duovir): 1 comp de 12/12 horas + NVP: 1 comp (dose única) se não tiver tomado em casa	AZT + 3TC (Duovir): 1 comp de 12/12 horas, durante 7 dias após o parto	
	Não foi realizada	Se o AZT + 3TC e a dose única de NVP foram administradas em < de 2 horas do período expulsivo	AZT + 3TC (Duovir): 1 comp de 12/12 horas, durante 7 dias após o parto	
<b>NIVERAPINA*</b> (mono-terapia): Só deve ser usada em casos onde <u>ainda não é possível</u> fazer a tri-terapia intra-parto	Idade Gestacional ≥ 28 semanas: NVP (200mg) - entrega de 1 comp para tomar só quando iniciar o trabalho de parto	NVP: 1 comp (dose única) durante o trabalho de parto, pelo menos 2 horas antes da Fase Expulsiva, se não tiver tomado em casa	—————	Se está a receber aleitamento materno: fazer NVP diária (2mg/Kg de peso) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno. Se não estiver em aleitamento materno: AZT (4mg/kg de peso) desde o nascimento até 6 semanas de vida.
<b>TARV</b> – prescrição feita segundo critérios de elegibilidade	TARV independentemente da Idade Gestacional, caso o benefício seja maior que o risco, ou a partir da 14ª semana de gestação	Continuar com TARV	Continuar com TARV	Se não estiver em aleitamento, dar NVP diária (2mg/kg de peso) desde o nascimento até 6 semanas de vida Se não estiver em aleitamento materno: AZT (4mg/kg de peso) desde o nascimento até 6 semanas de vida.

Anti-retrovirais contra-indicados na gravidez:

Contra-indicações Absolutas:

- Efavirenz: teratogénico durante o 1º trimestre de gravidez. Não utilizar também durante o aleitamento materno;
- Indinavir: acarreta o risco de hiperbilirrubinemia e nefrolitíase;
- Associação de d4T+ddl: tem o risco de acidose láctica, esteatose hepática e pancreatite.

Contra-indicações Relativas:

- Tenofovir: o uso deve ser feito com cautela. Considerar apenas nos casos em que não exista nenhuma outra opção disponível.

- Aconselhamento às mães sobre alimentação do recém nascido, cuidados e medidas necessárias e assistência de enfermagem

Não é aconselhável a amamentação nos cosas de mães seropositivas.

- Condutas e procedimentos de referencia

Há um número de práticas de rotina que devem ser modificadas ou adotadas por todas as mulheres para reduzir o risco de infecção por HIV em Mães e crianças.

- Assegurar a informação acerca da transmissão do HIV/SIDA
- Assegurar a disponibilidade do preservativo.
- Durante a Gravidez e aleitamento promoverem o uso do preservativo para assegurar o sexo seguro.
- Assegurar o aconselhamento e promover Teste voluntário
- Assegurar o diagnóstico precoce (para a sífilis através de RPR) e tratamento apropriado das DTS
- Assegurar rastreio para anemia e administração gratuitas do sulfato Ferroso e ácido fólico.
- Promover através de educação uma dieta saudável.
- Garantir a segurança das transfusões de sangue
- Assegurar que as medidas universais de biosegurança sejam aplicadas nas Unidades de saúde.
- O consumo de álcool, tabaco e drogas devem ser desencorajados.
- Evitar os procedimentos obstétricos invasivos tais como: RAM, episiotomias, partos com manipulação que possam expor a criança ao sangue materna.
- Assegurar o parto higiênico e a lavagem do canal do parto. As gravidez sero positivas a Cesariana deve ser feita por indicação obstétrica
- Reduzir a necessidade de transfusão sangue em todas as etapas da gravidez, parto e puerperio.
- Não é aconselhável a amamentação nos cosas de m mães seropositivas.

## DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS MAIS FREQUENTES

### • Tétano

- Conceito: O tétano é um distúrbio neurológico que se caracteriza por aumento do tônus muscular e espasmos causados pela exotoxina elaborada pelo *Clostridium tetani*.
- Aspectos epidemiológicos:
  - O agente etiológico é o *Clostridium tetani*, um bacilo anaeróbico Gram-positivo móvel que forma um esporo terminal. O microorganismo é encontrado em ambiente inanimado, fezes de animais e, ocasionalmente, humanas. Os esporos podem sobreviver anos em alguns ambientes, sendo resistentes a vários desinfetantes e à fervura por 20 minutos.
  - O tétano ocorre de forma esporádica e quase sempre afeta a pessoas não imunizadas, parcial ou completamente imunizadas que deixam de tomar as doses de reforço da vacina nas épocas apropriadas.
  - O tétano predomina em neonatos e em outras crianças de tenra idade, nos países que não adotam um bom programa de imunização.
  - A contaminação de ferimentos por esporos é a forma freqüente de infecção.
- Diagnóstico
  - Após o período de incubação, 8 a 10 dias, aparecem os primeiros sintomas:
    - Trismo (tônus marcado nos músculos masseteres)
    - Disfagia
    - Rigidez ou dor nos músculos do pescoço, dos ombros ou das costas.
  - Em 1 a 4 dias compromete-se outros músculos:
    - Rigidez dos músculos abdominais e proximais dos membros.
    - Contração mantida dos músculos faciais resulta em uma careta ou sorriso de desdém (riso sardônico).
    - Contração dos músculos dorsais faz com que a pessoa arqueie o dorso (opistótono).
    - Alguns pacientes desenvolvem espasmos musculares paroxísticos, violentos, dolorosos e generalizados, que podem causar cianose e pôr em risco a ventilação. Esses espasmos são repetitivos podendo ser espontâneos ou provocados até pela estimulação mais insignificante. Uma ameaça constante durante os espasmos generalizados é ventilação reduzida ou apnéia ou laringoespasma.
  - O paciente pode estar febril.
  - Disfagia e íleo paralítico impede alimentação oral.
  - O tétano neonatal em geral ocorre na forma generalizada, que costuma ser fatal se não for tratada. Desenvolve-se em recém nascidos de mulheres imunizadas inadequadamente, com freqüência após cuidados com o cordão umbilical sem a devida assepsia. Na maioria dos casos começa nas duas primeiras semanas de vida. Má alimentação, rigidez e espasmos são aspectos típicos do tétano neonatal.
  - O tétano obstétrico é muito sério, revestindo-se da forma clínica de tetanus gravissimus, com índice de mortalidade em torno de 77%. Este se caracteriza por crises freqüentes de apnéia, acometimento do diafragma e/ou da musculatura torácica, resultando em séria restrição dos movimentos respiratórios, condicionando insuficiência pulmonar ventilatória, taquicardia, sudorese e hipotensão arterial.
  - O diagnóstico de tétano baseia-se inteiramente nos achados clínicos. Nos casos suspeitos, deve-se proceder à cultura de material dos ferimentos.
- Tratamento
  - Acomodar a paciente em ambiente tranqüilo e na semi-obscuridade, já que os barulhos e a luz podem precipitar as contraturas dolorosas da musculatura lisa e estriada.
  - Manutenção do balanço hidrelectrolítico.
  - Atenção permanente, vigilância constante e prestação dos primeiros socorros nas situações de emergência.
  - Conservar as vias respiratórias desobstruídas. Aspiração da orofaringe, nos casos de espasmo de glote, torna-se necessária a assistência ventilatória artificial, após intubação orotraqueal. Se a paciente empiora, está indicada a traqueotomia.
  - Soroterapia: Injeção de soro antitetânico segundo indicação médica.
  - Administrar relaxadores musculares, sedativos (Diazepam)
  - Antibioticoterapia, embora não tenha valor comprovado, administra-se Penicilina segundo indicação médica, para erradicar células vegetativas.

Esse tratamento dura umas duas semanas. A assistência exige pessoal especializado, vigilância permanente e aparelhagem adequada, em ambiente hospitalar.

- Medidas de prevenção na mãe e no Recém nascido e assistência de enfermagem

O tétano do recém nascido, tétano neonatal, quase invariavelmente fatal, tem a maior importância. Quando a mãe tem imunidade anti-tétano ativa os anticorpos atravessam a placenta. Então, tanto a mãe como o recém-nascido estão protegidos.

A mãe considera-se imunizada quando recebem 2 doses de vacina antitetânica com um intervalo de pelo menos 4 semanas, a última das 4 semanas antes do parto.

O calendário de vacina antitetânica na grávida é:

- 1ra. Dose na primeira consulta.
- 2da. dose um mês depois.
- 3ra dose seis meses depois da segunda.
- 4ta dose um ano depois da terceira.
- 5ta dose um ano depois da quarta.

- Infecção das Vias Urinárias**

- Conceito

A infecção urinária é definida como a presença e a multiplicação de micro-organismos no trato urinário. Durante a gravidez a incidência da infecção urinária é entre 10 a 20%

- Etiologia e Frequência

- O útero aumentado comprime os ureteres, diminuindo o fluxo para a bexiga e causando estafe urinária.
- A dilatação das estruturas renais e a rotação do útero, em direção ao lado direito, causam a compressão do rim e do ureter direito, o que é responsável pela maior infecção do lado direito.
- Aumento de glicosúria (glicose em urina), o que predispõe às infecções.

O microrganismo mais comum encontrado é a Escherichia coli, porque na mulher, o meato urinário é perto do reto; outros são: Klebsiella, Aerobacter, Proteus e Pseudomona

- Diagnóstico e Tratamento

Os sinais e sintomas significativos são:

- Disuria
- Aumento da frequência urinaria
- Urgência urinaria
- Cistite
- Hematuria
- Dor lombar
- Elevação da temperatura
- Sensibilidade na zona do rim

Tipos Clínicos de infecções do trato Urinário:

- As assintomáticas ou bacteriúria assintomática
- As do trato inferior (Cistite)
- As de trato superior (pielonefrite: aguda e crônica)

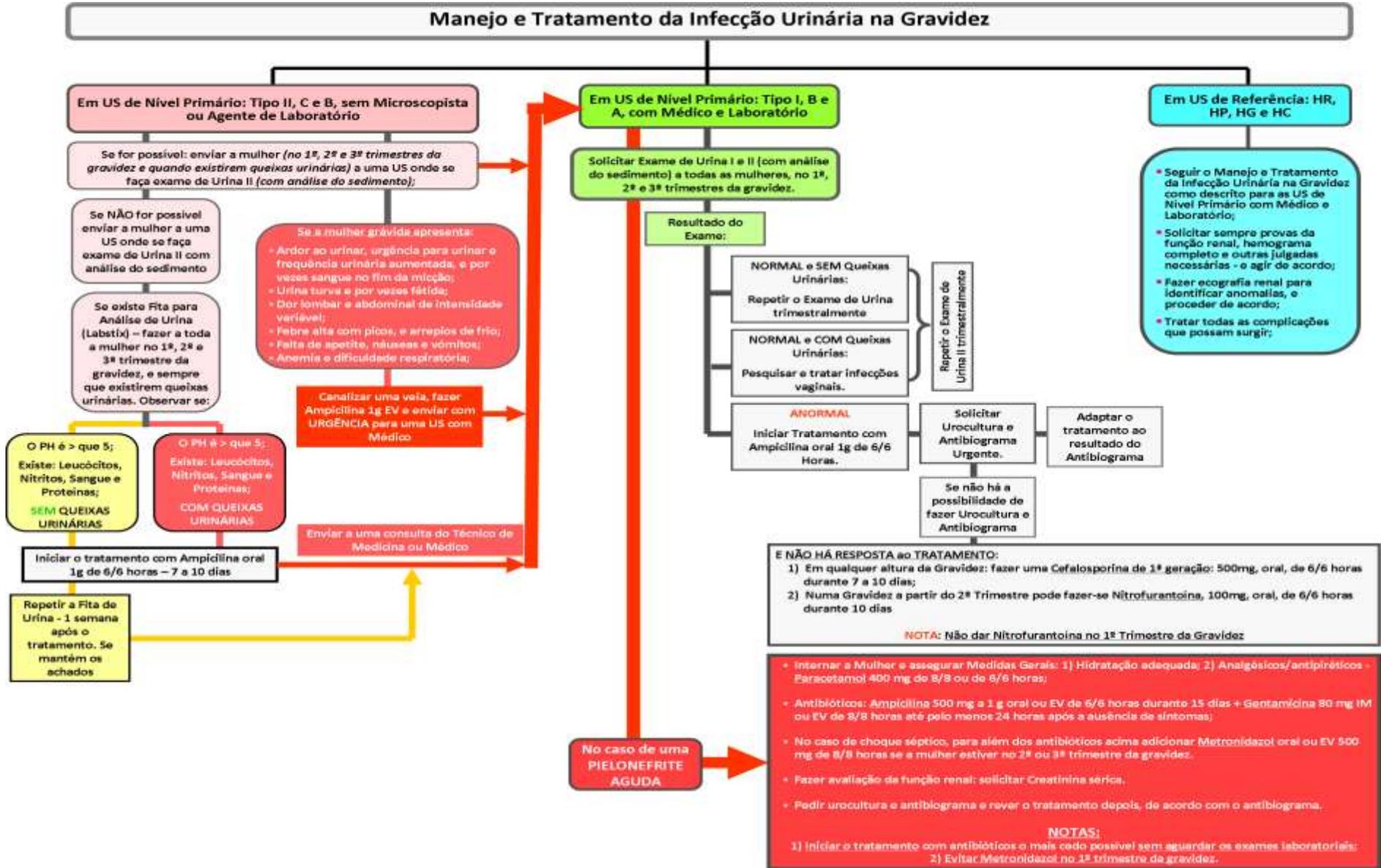
Tipos Clínicos	Quadro Clínico	Tratamento
Assintomáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não tem sintomas</li> <li>Não há sinais objetivos</li> <li>A análise de urina é negativa</li> <li>A urocultura é o único meio de diagnóstico</li> <li>Pode evoluir para uma cistite e uma pielonefrite aguda</li> </ul>	Ampicilina: 500 mgr. Oral, de 6 em 6 horas durante 8 dias

Tipos Clínicos	Quadro Clínico	Tratamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cistite Urinária aumentada</li> </ul> <p>Dor retro púbica; a qual é agravada pela pressão dos dedos do examinador na bexiga por via abdominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disuria</li> <li>Freqüência urinaria ou vaginal.</li> <li>Leucócitos, bactéria e alguns casos eritrócitos, no exame microscópico da urina.</li> <li>A cultura da urina identifica o organismo e a sua susceptibilidade aos antibióticos</li> </ul> <p>A evolução para pielonefrite é freqüente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encorajar a beber líquidos</li> <li>Ampilicilina ou cloranfenicol: 500 mgs. Oral, de 6 em 6 horas durante 8 dias</li> </ul>
Pielonefrite Aguda	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os sinais de cistite</li> <li>Dor lombar e abdominal variável. O sinal de MURPHY (dor provocada por um ligeiro golpe sobre o rim) é altamente específico</li> <li>Febre e arrepios. (A temperatura pode flutuar entre 35° e 40° C.)</li> <li>Anorexia, náuseas e vômitos</li> <li>Leucocitose em amálgama e muitas bactérias, no exame microscópico da urina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Internamento hospitalar</li> <li>Assegurar hidratação adequada: oral ou endovenosa</li> <li>Paracetamol: só em caso de dor ou temperatura elevada.</li> <li>Ampicilina ou cloranfenicol: 500 a 100 mg oral, IM ou EV de 6 em 6 horas, durante 15 dias.</li> <li>Gentamicina: 80 mgrs. IM ou EV de 8 em 8 horas até à ausência de sintomas e ainda mais 24 horas</li> </ul>
Pielonefrites Crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seqüela duma infecção urinária não diagnosticada oportunamente ou não tratada adequadamente.</li> <li>Pode não haver queixas localizadas.</li> <li>É frequente uma astenia geral.</li> <li>Anemia pela intoxicação crônica do sistema hematopoyético.</li> <li>Células epiteliais renais; cilindros granulados; na microscopia da urina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampilicilina ou cloranfenicol: 500 mgs. Oral, de 6 em 6 horas durante 3 a 4 semanas.</li> <li>Cotrimoxazol, 2 comprimidos de 12 em 12 horas durante 3 a 4 semanas</li> </ul>

#### Assistência Obstétrica e de Enfermagem

- Importante o critério de que a Mortalidade Perinatal é maior, nas gestantes com infecção urinária.
- Perguntar à gestante, em cada consulta pré-natal, se ela tem sinal ou sintoma de infecção do trato urinário
- Avaliar adequadamente os sinais e sintomas, devido á necessidade de hospitalizar aquelas:
  - Em fase aguda e com sinais persistentes apesar do tratamento.
  - Com infecção urinaria a repetição.
  - Com alto risco de sepsis urinária
- Fazer prevenção ou profilaxia
  - Eliminar Focos sépticos. Evitar a obstipação. Encorajar a beber líquidos
  - Prevenir ou tratar a anemia
  - Lembrar que os antibióticos transpõem a placenta e alguns têm efeitos adversos sobre o feto e podem ser tóxicos ao rim.
    - A Tetraciclina provoca a descoloração dos dentes e dos ossos da criança
    - Cloranfenicol: pode causar a síndrome Cinzenta.
    - As sulfonamidas têm o risco de ligação com a albúmina
- Enviar urina para cultura e antibiograma, sempre que possível antes de começar tratamento; e também após o parto.
- O seguinte fluxograma proposto pelo MISAU

**FLUXOGRAMA**



- Malária

- Conceito: A malária é uma doença endêmica em Moçambique, causada por o protozoário plasmódio.

- Etiologia, Epidemiologia e Freqüência

Quatro espécies de protozoários, plasmodia, respondem pela infecção, no Amin: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* e *P. ovale*.

A malária constitui um grave problema de Saúde Pública, cuja erradicação a Organização Mundial de Saúde (OMS) confessou, em, não conseguir dominar, porque o mosquito vetor tornou-se resistente aos pesticidas, do mesmo passo, o *Plasmodium falciparum*, insensível aos antimaláricos.

Quase todas as mortes são causadas pela malária falcipara. A transmissão da malária decorre da picada da fêmea do mosquito Anófeles, embora a doença possa instalar-se, mais raramente, através de hemotransfusão, transplante de órgãos, agulhas contaminadas ou durante o parto.

O tempo de incubação é de 8 a 15 dias, após da picada do mosquito.

A infecção humana começa quando uma fêmea do mosquito anófeles inocula esporozoítos do plasmódio a partir de sua glândula salivar durante a hematofagia.

Estes esporozoítos são transportadas rapidamente via corrente sanguínea para o fígado, onde invadem células hepáticas e iniciam um período de reprodução assexuada.

No fígado um único esporozoíto acaba produzindo milhares de merozoítos filhos (esquizogonia intra-hepática pre eritrocitária). Por fim a célula hepática intumescida se rompe, despejando os merozoítos na corrente sanguínea, ponto em que começa o estágio sintomático da infecção.

Após entrarem na corrente sanguínea, os merozoítos invadem rapidamente os eritrócitos e tornam-se trofozoítos. No fim do ciclo biológico intra-eritrocitário de 48 horas, o parasito terá consumido quase toda a hemoglobina e crescido a ponto de ocupar a maior parte da hemácia. Ocorrem então múltiplas divisões nucleares e a hemácia rompe-se, liberando 6 a 30 merozoítos filhos, cada um deles capaz de invadir uma nova hemácia e repetir o ciclo.

Em seres humanos a doença é causada pelos efeitos diretos da invasão e da destruição da hemácia pelo parasito assexuado.

- Sinais e sintomas na gestação

Os primeiros sintomas da malária são inespecíficos:

- Desconforto constante, cefaléia, fadiga, desconforto abdominal e dores musculares seguidos por febre são todos semelhantes aos sintomas de enfermidade virótica insignificante.
- Artralgia, mialgia ou diarreia, náuseas, vômitos e hipotensão ortostática.
- A febre é irregular, com temperaturas podendo subir acima de 40 graus C°, junto com taquicardia.
- Pode desenvolver-se icterícia discreta sem outras complicações.
- Malária cerebral:
  - O coma é um aspecto característico da malária falcipara.
  - Obnubilação, delírio e comportamento anormal.
  - Convulsões.
  - Em geral, na gravidez, as mães infectadas permanecem assintomáticas, apesar da grave parasitização da placenta devido ao seqüestro de eritrócitos parasitados na microcirculação placentária.
  - Em áreas endêmicas mulheres predispostas a infecções graves são particularmente vulneráveis a parasitemia acentuada com anemia, hipoglicemia e edema pulmonar agudo.

- Diagnóstico e Prognóstico Materno Fetal

O diagnóstico é feito através do análises laboratorial, se pesquisa o plasmódio no sangue ou na medula óssea. Deve preferir-se o método da gota espessa.

Nas infecções pelo *P. falciparum*, a pesquisa de parasitos costuma ser negativa, fora das crises febris. Essas formas de malária constituem suas mais graves manifestações.

Na gravidez as complicações são mais freqüentes e mais graves, e o risco nas mulheres que estão pela primeira vez grávida é duas vezes superior ao das múltiparas, pelo que o prognóstico materno-fetal é sempre reservado.

- Tratamentos segundo as normas nacionais atuais, condutas de enfermagem e de referência, e medidas preventivas  
Devido à gravidade com que a malária se manifesta durante a gravidez, o MISAU definiu intervenções, que incluem a profilaxia e o tratamento anti-malárico eficaz. Neste contexto foi introduzido o Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) Malária.  
A promoção de medidas de prevenção da malária na gravidez, com recurso ao TIP e à protecção individual (*uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas*), e colectivas (*pulverizações intradomiciliares*), constituem as principais armas para reduzir a morbi- mortalidade materna por esta doença. A consulta pré natal é a principal porta de entrada da mulher grávida no Serviço Nacional de Saúde, e portanto a prevenção da malária deve ser uma das intervenções cruciais durante esta consulta.

#### Tratamento Intermitente Preventivo (TIP)

##### Indicações:

1. Toda a grávida que se apresente na CPN deverá ser sensibilizada quanto às consequências negativas da malária, os benefícios do TIP, assim como as vantagens adicionais das outras medidas de prevenção contra a malária;
2. Devem iniciar o TIP às grávidas que reúnam todos os seguintes critérios:
  - Foco fetal audível com estetoscópio de Pinnard;
  - Quando a mulher sentir movimentos fetais activos;
  - Idade gestacional de 20 semanas ou mais.
3. O medicamento utilizado para o TIP é a Sulfadoxina + Pirimetamina, 500 / 25 mg (SP). A SP deve ser tomada em dose única de 3 comprimidos, na presença da enfermeira, isto é sob observação directa, num total de 3 doses.
  - 1ª DOSE: será administrada na CPN, quando a grávida reunir todos os critérios referidos no ponto 2;
  - 2ª DOSE: será administrada na CPN, 4 semanas depois da 1ª dose;
  - 3ª DOSE: será administrada na consulta pré-natal seguinte, 4 semanas depois da 2ª dose;
  - Nota: No tratamento intermitente preventivo só é permitido fazer até um total de 3 doses.
4. Verificar se a grávida vomitou dentro de 30 minutos após a toma da SP, se assim for deverá repetir a mesma dose;
5. As grávidas HIV positivo, que não estão a fazer o TARV, deverão fazer as 3 doses de SP.

##### Contra - indicações para o TIP:

- Grávida que refere alergia à SP ou Cotrimoxazol;
- Grávida que tenha tomado SP nas últimas 4 semanas;
- Grávida HIV positivo, que esteja a fazer TARV;
- Grávida que esteja a tomar Cotrimoxazol diário ou que tenha tomado nos últimos 7 dias;
- Grávida com Idade gestacional menor que 20 semanas;
- Grávida que tenha tido sintomatologia de malária e que tenha feito tratamento com SP nas últimas 4 semanas.

##### Cuidados a ter antes de iniciar, ou indicar a toma de Sulfadoxina + Piremitamina (TIP):

1. Confirmar a Idade Gestacional ( $\geq$  de 20 semanas), movimentos fetais activos referidos pela grávida e foco fetal audível com o estetoscópio de Pinnard, antes de dar a SP;
2. Perguntar sempre, sobre sinais e sintomas de alergia a cotrimoxazol ou SP quer antes da gravidez ou na gravidez actual;
3. Verificar sempre, a data da última toma da SP para evitar nova toma num intervalo menor de 4 semanas (menos de 1 mês);
4. Ter em atenção que não se deve indicar a toma da SP nas mulheres grávidas seropositivas (HIV+) que estejam a tomar antiretrovirais (TARV);
5. Ter em atenção que as grávidas que estejam a tomar cotrimoxazol ou que tenham tomado nos últimos 7 dias, não tomam a SP.

##### Sintomas e sinais de alergia ao SP:

- Prurido (comichão) na pele ou na garganta;
- Enjoos;
- Vómitos,
- Olhos amarelos (icterícia);
- Dor abdominal;
- Erupção cutânea severa, “bolhas”, na mucosa da boca e olhos, pele, face, ou em todo o corpo – Síndrome de Steven Johnson (situação grave e muito rara).

Se aparecerem sinais ou sintomas de alergia:

- Dar imediatamente Definidramina ou Prednisolona 1 ampola IM, e prescrever clorfeniramina 1 comprimido oral de 8 em 8 horas, durante 3 dias.
- Se for um caso grave, dar Definidramina ou Prednisolona 1 ampola EV, e transferir imediatamente para a US de Referência.
- É necessário escrever com letras grandes no verso da ficha pré natal na linha correspondente ao registo do SP: "ALÉRGICA À SULFADOXINA-PIRIMETAMINA.

#### *Tratamento de Casos de Malária Na Gravidez*

Sempre que a grávida referir sintomatologia de malária, deve-se fazer uma lâmina para pesquisa de plasmódio antes de iniciar o tratamento.

No 1º trimestre da gravidez o único medicamento indicado é o Quinino, quer na forma oral ou Endovenosa.

Malária não complicada:

Tratamento em regime ambulatorio com Quinino, comprimidos de 300 mg. Dar por via oral 10 mg/kg de peso, (2 comprimidos) de 8 em 8 horas, durante 7 dias.

Malária complicada:

- Tratamento em regime de internamento, no Hospital de Referência, com Quinino Endovenoso – 10 mg/kg de peso, diluído em 500 ml de Dextrose a 5%, + 40 ml de Dextrose a 30%, de 8 em 8 horas, a correr 40 gotas por minuto (ou seja o soro deve correr durante 4 horas).
- Antes de transferir a mulher, deve iniciar-se, sempre que possível, a 1ª dose de Quinino EV.
- Ao completar 9 doses EV e tendo melhorado o seu estado geral, passa a fazer Quinino oral 10mg/kg de peso (2 comprimidos) de 8 em 8 horas até completar 7 dias de tratamento.
- Dar a beber líquidos açucarados em abundância.
- Recordar sempre outras causas de convulsões na gravidez e agir em conformidade.

Registo:

Após a toma da SP deve-se registar:

- No verso da ficha PN da grávida, no espaço correspondente, colocando a sigla SP na coluna das observações do respectivo dia.
- Na Ficha de colheita de dados da US - registar os tracinhos nas respectivas colunas de acordo com a dose respectiva e registar o somatório final mensalmente. (Ficha em anexo).
- Na ficha de resumo mensal dos dados de SMI do Distrito deverá constar os somatórios das tomas de SP, seguindo os canais de informação definidos.
- A ficha de resumo mensal dos dados de SMI da Província deverá também ser enviada para a DNS/DSC/SR.

#### ▪ Tratamento Profilático

Medidas simples para reduzir a frequência das picadas de mosquito em áreas de malária são muito importantes. Essas medidas incluem:

- Evitar expor-se ao mosquito nos horários em que ele costuma alimentar-se (em geral ao anoitecer e ao alvorecer).
- Uso de repelentes de insetos, roupas adequadas e mosquiteiros.
- Nas mulheres não imunes recomenda-se a cloroquina, dois comprimidos (300 mg base) por semana, isto se há confiança na toma regular. Devido à resistência, este esquema não dá uma proteção completa.

#### • Tuberculose

##### ▪ Conceito

Doença produzida pelo Mycobacterium tuberculosis ou Bacilo de Koch. Em geral, a doença acomete os pulmões, embora até um terço dos casos outros órgãos sejam comprometidos. Depende do nível socioeconômico e Especialmente do estado nutricional da pessoa, para adquirir a enfermidade.

##### ▪ Aspectos epidemiológicos

O agente etiológico é o Mycobacterium tuberculosis, é uma bactéria aeróbica em forma de bastão (bacilo), que não forma esporos.

O modo de transmissão mais comum do bacilo é de um paciente com tuberculose pulmonar infecciosa para outras pessoas por partículas aerossolizadas pela tosse, em espirros ou pela fala. Essas partículas diminutas secam rapidamente, podendo permanecer suspensas no ar por várias horas e obter acesso direto às vias respiratórias terminais.

Outra via de transmissão dos bacilos da tuberculose, como através da pele ou da placenta, são incomuns e não têm importância epidemiológica.

A probabilidade de infecção é maior quando a intimidade e duração do contacto com um caso de tuberculose ativa é prolongada. Os pacientes com BK positivo desempenham o principal papel na disseminação da infecção.

A aglomeração de pessoas em ambientes pouco ventilados é um dos fatores mais importantes na transmissão dos bacilos da tuberculose, pois aumenta a intensidade do contato com um caso.

Desenvolver a doença após infectar-se depende em grande parte de fatores endógenos, como a suscetibilidade inata do indivíduo à doença e o nível funcional da imunidade celular, que depende muito do estado nutricional da pessoa.

- Formas clínicas

Tuberculose Pulmonar:

É a mais freqüente e caracteriza-se por apresentar:

- o Tosse
- o Febre (vespertina)
- o Emagrecimento
- o Dor Torácica
- o Hemoptises
- o Falta de apetite (anorexia)
- o Sudoração noturna

Tuberculose Extra pulmonar:

Em Moçambique o número de casos de tuberculose extrapulmonar registrados representa somente 9% do total o que significa que são sob-diagnosticados. O diagnóstico é por vezes difícil e deve ser feito pelo clínico. As formas mais freqüentes são:

- o Pleural
- o Ganglionar
- o Miliar ou disseminada
- o Meningea
- o Peritoneal

- Diagnóstico, assistência de enfermagem e biossegurança no pré, intra e pós-natal.

O diagnóstico de tuberculose baseia-se na identificação do bacilo de tuberculose por microscopia direta ou por cultura. A microscopia pelo método de Ziehl-Neelsen deve ser feita em todos os casos suspeitos, especialmente nos casos que têm tosse há mais de três semanas, nos casos anteriormente tratados com tuberculostáticos, e casos extrapulmonares.

O exame bacteriológico da expectoração é a única forma de confirmar o diagnóstico de tuberculose pulmonar. Sempre que se suspeite de tuberculose, deve-se recolher e examinar por microscopia, duas amostras de expectoração.

- o A primeira amostra é colhida logo de imediato na triagem ou laboratório (no primeiro contacto).
- o A segunda amostra é colhida no dia seguinte quando o doente acorda.

O diagnóstico de tuberculose é confirmado quando duas amostras de baciloscopia são positivas (ou uma cultura é positiva).

- o Se só uma amostra de baciloscopia é positiva, deve repetir um novo ciclo de 2 baciloscopias.
- o Os casos não confirmados bacteriológicamente o diagnóstico baseia-se no exame clínico, teste de Mantoux (só nas crianças), radiografia do tórax.
- o Deve-se sublinhar que a radiologia não faz o diagnóstico, porque muitas outras doenças respiratórias têm imagens radiológicas iguais à tuberculose pulmonar.
- o O teste de Mantoux ajuda no diagnóstico de tuberculose em crianças que têm menos de 5 anos e não têm vacina de BCG. A reação de tuberculina >10 mm é sugestiva de infecção tuberculosa.

Quando a tuberculose se diagnostica na gravidez, a conduta é a mesma que para as mulheres não grávidas: repouso e nutrição adequadas e tratamento com drogas anti-tuberculose.

O tratamento tem como objetivos:

1. Curar a doente com TB
2. Prevenir a morte por TB ativa ou suas seqüelas
3. Prevenir as recaídas/falências/recorrências

4. Diminuir a transmissão da doença na comunidade
5. Evitar a progressão da infecção com o HIV
6. Prevenir o desenvolvimento da resistência adquirida aos medicamentos
7. Prevenir as sequelas de TB.

Tratamento na mulher grávida com BK +:			
FASES DO TRATAMENTO	DROGAS	Dosagem em mg/Kg	Dose Máxima
<b>1ª Fase</b> - 2 meses -	Isoniazida (HIN)	Toma Diária: 5mg/Kg (4-6mg/Kg)	300 mg
		Toma 3X semana: 10 mg/Kg (8-12 mg/Kg)	900 mg
	Rifampicina (RIF)	Toma Diária: 10mg/Kg (8-12mg/Kg)	600 mg
		Toma 3X semana: 10 mg/Kg (8-12mg/Kg)	600 mg
	Etambutol (EMB)	Toma Diária: 15mg/Kg (15-20mg/Kg)	-----
		Toma 3X semana: 30 mg/Kg (25-35 mg/Kg)	-----
<b>2ª Fase</b> - 4 meses -	Isoniazida (HIN)	Toma Diária: 5mg/Kg (4-6mg/Kg)	300 mg
		Toma 3X semana: 10 mg/Kg (8-12 mg/Kg)	900 mg
	Etambutol (EMB)	Toma Diária: 15mg/Kg (15-20mg/Kg)	-----
		Toma 3X semana: 30 mg/Kg (25-35 mg/Kg)	-----

Em princípio todas as mulheres grávidas, com ou sem tuberculose, devem fazer um complexo vitamínico para além do sal-ferroso, no entanto é importante assegurar que toda a grávida em tratamento da tuberculose com Isoniazida deve também fazer Piridoxina (Vitamina B6) na dose de 10-25 mg por dia, para prevenir e tratar efeitos colaterais como neuropatias periféricas.

O controlo da eficácia do tratamento da TB pulmonar com baciloscopia positiva é realizado através das baciloscopias da expectoração realizadas ao 2º e 5º meses de tratamento nos casos novos e 3º, 5º e 7º meses de tratamento nos casos em retratamento. Se a baciloscopia do 2º (ou 3º) mês for positiva a doente prolonga a fase intensiva por mais um mês e repete o BK no final do mês suplementar, passando então à fase de manutenção independentemente do resultado do BK. O doente caso novo com BK+ ao 2º e 3º meses faz baciloscopia de controlo ao 5º e 6º meses (para ter 2 baciloscopias negativas e ser considerada curada).

Doente caso novo com baciloscopia (ou cultura) positiva ao 5º ou 6º meses de tratamento é considerado como falência e deve iniciar regime de retratamento. Doente em regime de retratamento com baciloscopia ou cultura positiva ao 7º mês de retratamento é considerada crónica com suspeita de Tuberculose-MDR e deve ser pedida a cultura e teste de sensibilidade.

Toda a grávida com tuberculose, assim como os seus familiares, deve receber informações importantes e claras, tais como: o que é a TB; a TB é uma doença que tem cura, se o tratamento for correto e concluído; o tratamento dura 6 meses em princípio; quais são os possíveis efeitos secundários dos medicamentos; o que é, e a importância da Observação Directa do Tratamento (DOT); dieta alimentar e outros cuidados; periodicidade dos controlos; como a grávida e seus familiares podem ajudar no tratamento; medidas a serem tomadas para evitar a disseminação da doença na família e comunidade (etiqueta da tosse); e outras informações que foram julgadas necessárias dependendo de cada caso.

Cuidados Prenatais:

- o No controlo pré-natal é importante fazer o diagnóstico precoce de Tuberculose, para começar com o tratamento imediatamente.
- o Durante o controlo pré-natal na mulher grávida com tuberculose, deve-se vigiar cuidadosamente o crescimento e vitalidade fetal, recomendar uma boa alimentação a mãe, e o cumprimento do tratamento.

Durante o parto:

- A cesariana só deve fazer-se por indicação obstétrica, e de ser possível com anestesia por condução: caudal o peridural.
- Parto, puerperio constitui uma etapa de especial cuidado.
- Muitas vezes o parto pode acontecer antes de atingir as 37 semanas, se devem ter os cuidados especiais na atenção do parto pré termo.

No puerpério:

- Na mãe com tuberculose em tratamento é BK negativo, não há necessidade de tomar precauções especiais com o RN, este deve vacinar-se com BCG.
- Se a mãe é BK positivo, a criança está em alto risco. Deve proceder-se da seguinte maneira:
  - A criança e a mãe não devem ser separadas. A separação traz repercussões emocionais graves para ambas as partes.
  - Deve manter-se a amamentação. Só se deve alimentar a criança artificialmente se a mãe está gravemente doente e o stress da amamentação interfere com o sucesso do tratamento.
  - Dar à criança isoniazida 10 mg/kg/dia como profilático.
  - Depois de 3 meses, e quando a mãe se torna BK negativo, fazer Mantoux a criança:
    - Se for negativo, parar o tratamento com Isoniazida e se faz BCG
    - Se for positivo, se faz Rx de torax
    - Se este não mostra lesão, se faz mais 3 meses de INH
    - Se mostrar lesão, se faz tratamento completo.
- Procedimentos de referencia
  - Certifique-se de que a mulher grávida respira corretamente.
  - Alimentação deve ser rica em proteínas e vitaminas
  - Controlo de sinais vitais e os controlos de vitalidade fetal.
  - Recomenda-se evitar o tratamento com estreptomicina, para evitar os efeitos sobre o feto: surdez e disfunção vestibular por lesão do VIII par craniano. Não há indicação de que outros medicamentos antituberculosos tenham efeitos adversos. Pode ser substituído com Etambutol.

## • Víroses

### A. **Rubéola**

A rubéola é uma infecção virótica aguda causada por um pequeno RNA vírus, no grupo dos togavirus, conhecido com o nome de vírus da rubéola. É uma doença infecciosa leve no adulto e mesmo no recém nascido.

Etiologia e Diagnóstico

O agente etiológico é o vírus da rubéola, do grupo dos togavirus. Sintomática ou sob clínica, a rubéola é contagiosa, embora menos que o sarampo. Seu período de incubação é de 18 dias em média, com uma variação de 12 a 23 dias. O vírus é disseminado em gotículas eliminadas nas secreções respiratórias, logo invade o trato respiratório e em seguida a corrente sanguínea.

Depois de um ataque de rubéola, anticorpos específicos desenvolvem-se e constituem uma proteção contra doença futura.

A infecção fetal pode ocorrer no início da gravidez quando a mãe infecta-se com o vírus, resultando em rubéola congênita.

A rubéola é mais severa nos adultos. Apresenta um breve período prodrômico discreto caracterizado por:

- Desconforto geral
- Febre
- Anorexia
- Os sintomas mais proeminentes da rubéola são:
- Linfadenopatia auricular posterior, cervical e suboccipital.
- Febre
- Erupção cutânea, a erupção começa na face e alastra-se pelo corpo abaixo. É maculopapular. Dura 3 a 5 dias.
- Pode haver coriza e conjuntivite brandas.

Assistência de enfermagem e Biosegurança na prevenção e Tratamento

- Se tivermos evidência da falta de imunidade para uma infecção rubeólica, a atitude a tomar é fazer vacinação. A vacina só protege por 4 a 7 anos.
- A seroprevenção com gammaglobulina é efetiva quando administra-se previa ao contágio.

- Na gravidez. A confirmação da rubéola na primeira metade da gravidez é indicação eventual para o aborto terapêutico. Deve-se informar aos pais sobre as consequências que se observam da doença sobre o recém nascido, e permitir que eles tomem a decisão de continuar com a gravidez.

## B. Sarampo

O sarampo é uma infecção viral que resulta grave no adulto pela maior frequência das complicações pulmonares.

### Etiologia e Diagnóstico

- O agente etiológico é o vírus do sarampo, membro da família dos paramixovírus.
- O mecanismo de transmissão é através das gotículas eliminadas nas secreções respiratórias.
- O período de incubação é de 10 a 14 dias.

### Assistência de enfermagem e Biosegurança na prevenção e Tratamento

- A infecção transplacentária do concepto com o vírus do sarampo pode aparecer em qualquer fase da gestação.
- Pelo reduzido número de casos seguidos não é ainda possível a avaliação da potencialidade teratogénica. Parece que há pequeno aumento na incidência de anomalias congénitas (7%).
- Antes de ser instituída a vacinação, o sarampo, durante a gravidez era raridade, já que muitas mulheres já o tinham contraído chegada a vida adulta.
- Nos estudos feitos do sarampo na gravidez, observou-se que um 26% destas mulheres foram hospitalizadas por complicações pulmonares como neumonia, assim mesmo, apresentaram abortos espontâneos e partos pré termos em 31%, a interrupção ocorreu 14 dias depois a erupção cutânea. Não se registam casos de sarampo congénito. Pelo geral, as repercussões do sarampo gestacional sobre o concepto são benignas.

## C. Varicela

A varicela é uma virose que infecta mais de 90% das crianças antes de chegarem à adolescência ou à vida adulta, daí a intercorrência baixa da enfermidade nos anos reprodutores. A incidência da varicela nas grávidas é baixa, 5 por 10.000.

### Etiologia e Diagnóstico

O agente etiológico é o vírus varicela Zóster, membro da família dos herpesvirus.

O vírus da varicela é disseminado pela via respiratória. Também pode ser transmitido através da via placentária.

O período de incubação médio da varicela é de 11 dias.

Após o período de incubação, aparecem os primeiros sintomas:

- Febre
- Desconforto geral
- Mialgias
- Cefaléias

Estes sintomas são acompanhados logo dum dia pela aparição de um exantema maculopapular distribuído pela pele e membranas mucosas, os quais se transformam rapidamente em vesículas pruriginosas, estas evoluem a pústulas e no fim em crostas.

Todas as lesões cutâneas formam crostas após de dez dias de começar o exantema.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico.

Pode-se confirmar a presença do vírus através da cultura ou por testes sorológicos.

### Assistência de enfermagem e Biosegurança na prevenção e Tratamento

- Deve fazer-se uma cuidadosa anamnese para procurar a doença durante a infância. Se tivermos evidência da falta de imunidade, a atitude a tomar é fazer vacinação.
- A seroprevenção com gammaglobulina é efetiva quando se administra previa ao contágio.
- Quando a varicela aparece na mãe, esta deve ser hospitalizada, iniciar tratamento antiviral, e monitorizar:
  - Contrações uterinas
  - Batimentos cardíofetais
- Na gravidez. A confirmação de varicela na primeira metade da gravidez é indicação eventual para o aborto terapêutico. Deve-se informar aos pais sobre as consequências que se observam da doença sobre o recém nascido, e permitir que eles tomem a decisão de continuar com a gravidez.

#### D. **Hepatites A e B**

A hepatite é doença inflamatória do fígado produzida pelos vírus a seguir nomeados:

- Vírus A
- Vírus B
- Vírus não A/não B

Etiologia e Diagnóstico

Hepatite "A":

- Produzida pelo vírus da hepatite A.
- É transmitida por via feco-oral.
- Período de incubação é de 12 a 40 dias.

Hepatite "B":

- É conhecida também como hepatite sérica, produzida por um vírus DNA, ou vírus da hepatite B.
- É transmitida por via sanguínea, contacto sexual ou via transplacentária.
- Tempo de incubação é de 2 a 3 meses.

A hepatite caracteriza-se por apresentar os seguintes sinais e sintomas:

- Sinais e sintomas prodrómicos caracterizados por febre, arrepios, náuseas, vômitos, mal-estar geral, mialgias, artralrias.
- Icterícia
- Hepatomegalia

Assistência de enfermagem e Biosegurança na prevenção e Tratamento

- A hepatite A, se previne com medidas de saneamento adequadas, e através do lavado de mãos e higiene com os alimentos.
- A hepatite B que é a mais complicada pode ser prevenida através da vacinação, e por as medidas de biosegurança.
- Feito o diagnóstico de hepatite aguda viral, a terapêutica não diverge para gestantes e não grávidas recomenda-se:
  - Repouso absoluto
  - Dieta balanceada, evitando-se o uso de alimentos gordurosos
  - Medicação sintomática, uso de antieméticos e antitérmicos.
  - Controlo da vitalidade fetal
  - Controlo de sinais vitais
  - Balanço hídrico em presença de vômitos
- Na hepatite B, devem-se seguir estritamente as medidas de biosegurança durante a atenção do parto para prevenir a infecção do pessoal que faz o atendimento.
- No período de dilatação
  - Realizar o menor número de toques vaginais possíveis.
  - As medicações parenterais devem ser feitas com cuidado.
  - Evitar a rotura de bolsas até o período expulsivo.
- No período de expulsão e dequitação
  - Fazer episiotomia só se fora inevitável.
  - Cuidados mínimos para evitar espalhar o sangue e líquido amniótico.

#### E. **Herpes Simples e Herpes Zoster**

É uma doença infecciosa determinada por vírus ADN denominada Herpes Virus Hominis.

Etiologia e Diagnóstico

O agente etiológico é um vírus AND da família hominis, que tem dois tipos diferentes:

- Tipo I: Que infecta com mais frequência a pele e mucosa rinofaringe, produzindo também infecções genitais.
- Tipo II: Associado a infecção genital (pene, uretra, vulva, vagina, cérvix, epiderme da coxa e das nádegas). Responsável 90 a 95% pelo herpes neonatal.

A via de transmissão do vírus tipo I, é através do contacto com a pele e mucosas, as lesões na genitália são originadas por contacto oro genital.

A via de transmissão do vírus tipo II, é por contacto sexual.

Não há evidencia de que o tipo I seja mais virulento que o tipo II.

A infecção do RN se produz por via transplacentária e pelo contacto direto através do canal do parto.

Realiza-se pelas características herpéticas da lesão, as quais aparecem com 24 a 48 horas e atinge seu Maximo em 3 a 4 dias.

Pela cultura do material extraído da lesão, o vírus pode ser identificado pela microscopia eletrônica, quase instantaneamente no líquido das vesículas.

Pela pesquisa sorológica de anticorpos IgM. Adquirida a infecção, os sintomas aparecem após período de incubação de 3 a 7 dias.

Os sinais e sintomas primários são:

- Mal estar geral
- Febre de pequena intensidade
- Linfadenopatia inguinal
- Disuria
- Dispareunia e leucorreia
- Lesão primaria envolvendo a vulva, as regiões genito-crurais, a perianal e o sistema genital inferior.

A lesão herpética típica é constituída por vesículas de conteúdo amarelo pálido, pelo comum convergente, circinada e produzindo ulcerações extensas. Se for o envolvimento da vulva difuso, ocorre edema nos pequenos lábios.

A lesão genital primaria pode persistir até seis semanas, mantendo-se geralmente autolimitada. Cerca de 50% das infecções genitais são assintomáticas.

A maior ameaça para o RN provém da infecção genital.

Assistência de enfermagem e Biosegurança na prevenção e Tratamento

- Identificação precoce da doença na consulta pré-natal.
- A droga mais usada tem sido o Acyclovir. Não é recomendada durante a gravidez exceto em infecções de gravidade extrema, na presença de ameaça à vida materna.
- A terapêutica é sintomática amenizando a dor com analgésicos.
- Educação sanitária perante as doenças de transmissão sexual:
  - Uso de preservativos.
  - Tratamento do parceiro.
- A cesariana e a indicação para terminar com a gravidez, antes da rotura das membranas.

Herpes Simples

- Tratamento sintomático:
  - Analgésicos e anti-inflamatórios;
  - Tratamento Local: Lavar com soro fisiológico a 0.9%
- Para casos de primo-infecção – Apenas a partir do 2º trimestre da gravidez – Dar ACICLOVIR 400mg Oral, de 8/8 horas durante 10 dias.

## • Helmintíases

### ▪ Conceito

Entre as principais helmintoses temos:

- Nematódeos intestinais
  - Ascariíase
  - Ancilostomíase
  - Tricuríase
  - Enterobíase
- Trematódeos
  - Esquistossomose

Os helmintos na gravidez produzem anemia e, porém todas suas conseqüências:

- Aumento do risco de aborto
- Atraso do crescimento fetal
- Parto pré-termo
- Hemorragia ante e pós-parto
- Infecção (urinária e puerperal)

## A. **Ascariíase**

Infestação produzida pelo *Ascaris Lumbricoides*.

Etiologia e Frequência

Aspectos epidemiológicos

- O agente é um nematódeo intestinal *A. Lumbricoides*, que pode atingir 40 cm de comprimento.
- Os vermes adultos vivem na luz do intestino delgado, as fêmeas produzem ovos que são eliminados nas fezes.
- Os ovos são resistentes ao meio ambiente, tornam-se infestantes após várias semanas de maturação no solo e podem permanecer infestantes por anos.
- Os ovos são deglutidos, as larvas invadem a mucosa intestinal, migram através da circulação para os pulmões, rompem nos alvéolos, ascendem pela árvore brônquica e retornam via deglutição para o intestino delgado, onde desenvolvem em vermes adultos.
- Os vermes adultos vivem cerca de 1 a 2 anos.
- A transmissão é tipicamente feco-oral.

Sinais e sintomas na gestação

Na fase pulmonar:

- Tosse não produtiva
- Desconforto subesternal
- Dispneia e escarro sanguinolento são menos comuns.
- Febre

Na infestação estabelecida:

- Em geral não causam sinais nem sintomas.
- Nas infestações maciças pode causar dor e obstrução intestinal.

Diagnóstico

Identificação dos ovos de *A. Lumbricoides* nas fezes.

Tratamento

As infestações tratam-se com Mebendazol 100 mg cada 12 horas por três dias.

Medidas Preventivas

- Hábitos de higiene na alimentação.
- Cozer as verduras antes de ingerir-las
- Ferver água antes de beber.
- Disposição adequada de excretas.
- Lavado de mãos antes de alimentar-se e depois do uso das latrinas.

## B. **Ancilostomíase**

Infestação produzida por o *Ancylostoma duodenal*

Etiologia e frequência

Aspectos epidemiológicos

- O agente é um nematódeo intestinal *A. duodenal*, que medem cerca de 1 cm.
- Os vermes adultos ligam-se à mucosa do intestino delgado e sugam sangue e líquido intersticial. Os vermes adultos produzem milhares de ovos por dia, e são depositados com as fezes no solo, onde as larvas eclodem e desenvolvem-se em uma semana.
- As larvas infestantes penetram na pele e atingem os pulmões através da corrente sanguínea, invadem os alvéolos e ascendem pelas vias respiratórias antes de serem deglutidos e atingirem o intestino delgado.
- Os vermes adultos vivem por mais de uma década.

Sinais e sintomas na gestação

- A maioria das infestações por ancilóstomos é assintomática.
- No local da penetração cutânea provocam dermatite maculopapular prurítica.
- Durante a migração pelos pulmões produzem pneumonite transitória.
- Na fase intestinal inicial desenvolvem dor epigástrica com acentuação pós-prandial, diarreia inflamatória.
- A infestação crônica produza deficiência de ferro, na grávida má nutridas observa-se fraqueza muscular, dispnéia e despigmentação cutânea (anemia ferropriva).

#### Diagnóstico

Identificação dos ovos de *A. duodenal* nas fezes.

#### Tratamento

O tratamento e conduta de enfermagem é similar que na *Ascaridíase*.

#### Medidas preventivas

- Hábitos de higiene na alimentação.
- Cozer as verduras antes de ingerir-las
- Ferver água antes de beber.
- Disposição adequada de excretas.
- Lavado de mãos antes de alimentar-se e depois do uso das latrinas.

### C. **Tricuríase**

Infestação produzida por *Trichuris trichiuria*.

#### Aspectos epidemiológicos

- O agente é um nematódeo intestinal *Trichuris trichiuria*.
- Os vermes adultos vivem no colón e no ceco. Milhares de ovos são eliminados nas fezes e amadurecem no solo.
- Os ovos após da ingestão eclodem no duodeno liberando as larvas que amadurecem antes de migrar para o intestino grosso.
- Os vermes adultos vivem por muitos anos.
- A transmissão é tipicamente feco-oral.

#### Sinais e Sintomas na gestação

- A maioria dos indivíduos infestados não apresentam sinais e sintomas.
- Infestações maciças desenvolvem dor abdominal, anorexia e diarreia sanguinolenta simulando doença intestinal inflamatória.

#### Diagnóstico

Identificação dos ovos nas fezes.

#### Tratamento

O tratamento e conduta de enfermagem são similares que na *Ascaridíase*.

#### Medidas preventivas

- Hábitos de higiene na alimentação.
- Cozer as verduras antes de ingerir-las
- Ferver água antes de beber.
- Disposição adequada de excretas.
- Lavado de mãos antes de alimentar-se e depois do uso das latrinas.

### D. **Enterobíase (Oxiúro)**

Infestação produzida por *Enterobius vermicularis*.

#### Aspectos epidemiológicos

- O agente é um nematódeo intestinal *E. Vermiculares*, que tem cerca de 1 cm de comprimento.
- Durante as noites as fêmeas grávidas migram para fora da região perianal e liberam os ovos imaturos.
- Os ovos tornam-se infestantes em horas e são transmitidos via mão-boca.
- As larvas eclodem e amadurecem totalmente no intestino.
- Os vermes adultos vivem cerca de 2 meses.
- A auto-infestação resulta de prurido perianal e do transporte dos ovos infestantes nas mãos ou sob as unhas para a boca.

#### Sinais e sintomas na gestação

- O principal sintoma é o prurido perianal, que piora à noite devido à migração das fêmeas.
- As infestações maciças causam dor abdominal e perda ponderal.

#### Diagnóstico

Como os ovos de oxiuros não costumam ser liberados no intestino, o diagnóstico não pode ser realizado procurando-se ovos nas fezes. Os ovos depositados na região perianal são detectados pela aplicação nesta região de uma fita (adesivo) pela manhã.

#### Tratamento

O tratamento e conduta de Enfermagem são similares que na Ascariíase.

#### Medidas preventivas

- Hábitos de higiene na alimentação.
- Cozer as verduras antes de ingerir-las
- Ferver água antes de beber.
- Disposição adequada de excretas.
- Lavado de mãos antes de alimentar-se e depois do uso das latrinas.

### E. **Esquistossomose**

Infestação produzida por *Schistosoma haematobium*.

#### Aspectos epidemiológicos

- O agente é um trematódeo chamado *S. haematobium*, que tem cerca de 1 a 2 cm de comprimento.
- Os vermes adultos vivem nas veias do trato urinário, e depositam os seus ovos na bexiga e ureteres.
- Os ovos são eliminados através da urina, após o contacto com a água eles eclodem e procuram o vetor intermediário um caracol do gênero *Bulinus*, 2 a 3 meses depois libera-se as cercarias infestantes na água circundante.
- Os seres humanos são infestados após o contacto com água contendo o estágio infestante do parasito. Estes penetram na pele íntegra e dois a três dias depois migram para os pulmões, e a seguir para a veia porta por via intravascular. A seguir migram para as vênulas da bexiga e ureteres e começam a depositar seus ovos.

#### Sinais e sintomas na gestação

Devido à predileção que apresenta pelas veias do trato urinário, os sinais e sintomas causados pelo organismo são:

- Disúria
- Hematuria

#### Diagnóstico

Identificação dos ovos na urina.

#### Tratamento

- As infestações tratam-se com Praziquantel, medicamento contraindicado durante a gravidez por seu efeito teratogênico, recomenda-se o tratamento no puerperio.
- Só nas complicações severas pode-se iniciar o tratamento durante a gravidez.

#### Medidas preventivas

- Saneamento ambiental.
- Evitar o contacto da pele com água contaminada.

## DOENÇA HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ: PRÉ- ECLÂMPSIA

Definição:

A Pré - Eclâmpsia é uma condição específica da gravidez. Caracteriza-se por hipertensão sistólica igual ou superior a 140 e uma pressão diastólica igual ou superior a 90 mm Hg que aparece após as 20 semanas de gestação associada à proteinúria.

Sempre que houver um aumento de 30 mm Hg na pressão sistólica e de 15mm Hg na pressão diastólica associado a proteinúria também se considera pré-eclâmpsia.

A avaliação da tensão arterial deverá ser feita com a paciente na mesma posição. De notar que o edema é habitualmente observado na gravidez normal, e na pré - eclâmpsia só é significativo quando aparece na face e mãos.

- Fatores Predisponentes e Fisiopatologia
  - Primigestas
  - História familiar de pré-eclâmpsia, Eclâmpsia
  - Antecedentes de pré-eclâmpsia, Eclâmpsia
  - Idades extremas da mãe (menos de 20 e mais de 35 anos)
  - Doença preexistente Hipertensiva, auto-imune ou renal
  - Diabetes
  - Gravidez múltipla
  - Mola Hidatiforme

A causa ou causas desta doença continuam desconhecidas. O mecanismo fisiopatológico comum é o espasmo generalizado das artérias, com aumento da resistência vascular periférica que leva à hipertensão, com redução da perfusão sanguínea de vários órgãos, determinando alterações anatómicas e fisiológicas com manifestações clínicas específicas.

- Formas clínicas e Evolução da Pré-eclapmsia  
Dependendo da sua gravidade, a pré-eclâmpsia classifica-se em:

Pré-eclâmpsia Leve:

- Duas leituras de tensão arterial diastólica de 90-110 mm Hg com a diferença de 4 horas depois de 20 semanas de gestação
- Proteinúria, 300mg por 24 horas (++)
- Edemas

Pré-eclâmpsia Grave ou Severa :

- Tensão arterial diastólica de 110 mm Hg ou mais depois de 20 semanas de gestação, ou 2 ou mais dos sinais e sintomas seguintes
- Proteinúria ++ ou mais cruces
- Edemas
- Cefaléias (maior frequência e sem melhoras com o uso de analgésicos)
- Perturbações visuais (Visão turva)
- Oligúria (produção de menos do que 400 ml de urina em 24 horas)
- Dor epigástrica ou dor no quadrante superior direito.
- Vômitos
- Hiper-reflexia
- Edema pulmonar

- Diagnóstico e diagnóstico diferencial

Parâmetros/Sinais/ Sintomas	Pré-Eclâmpsia Moderada	Pré-Eclâmpsia Grave	Eclâmpsia
Pressão Arterial Sistólica	140 a 160 mmHg	≥ 160mmHg	Em geral > 160mmHg
Pressão Arterial Diastólica	90 a 100	≥ 110mmHg	Em geral > 100mmHg
Proteinúria	≤ a 2 gramas em urina de 24 horas OU 1+ a 2++ na fita numa amostra simples de urina;	≥ a 2 gramas em urina de 24 horas OU 2++ a 3+++ na fita numa amostra simples de urina;	Em geral é sempre > a 2 gramas em urina de 24 horas OU 3+++ na fita numa amostra simples de urina;
Volume urinário	Normal	< 600 ml/24 horas	Geralmente oligúria
Sintomas	Ausentes	Cefaleias, dor epigástrica, perturbações visuais ( <i>visão esfumada</i> ), vômitos, hiper-reflexia, agitação psico-motora e confusão mental	Convulsões e/ou Coma
Outros	_____	Hemólise, plaquetopénia, elevação das enzimas hepáticas.	Coagulação Intra-Vascular Desseminada, Insuficiência Respiratória Aguda, Acidente Vascular Cerebral, Pneumonia por Aspiração.

- Tratamento e Prevenção

#### SINTOMATOLOGIA:

- Por vezes é assintomática;
- Pressão Arterial = ou >140/90 e < 160/110 mmHg em mulheres grávidas, sem história de hipertensão anterior à gravidez, verificada em pelo menos dois momentos (com intervalo de 4 horas);
- Aumento de 30mmHg na pressão arterial sistólica (PAS), e de 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD), verificado em pelo menos dois momentos (com intervalo de 4 horas);
- Aparecimento súbito de edema visível generalizado, incluindo na face e nas mãos e não apenas nos membros inferiores;
- Aparecimento de edema invisível caracterizado pelo aumento de peso > que 500 g numa semana;
- Proteinúria < ou = 2 gramas em urina de 24 horas, ou 1 + ou mais pelo método da fita numa amostra simples de urina;

#### Conducta e Tratamento:

- Se a TA é igual a 140/90, pesquisar sinais como edemas, aumento de peso exagerado, proteinúria na urina e hiper-reflexia; e sintomas como tonturas, visão turva, dores epigástricas e náuseas/vômitos.
- Se não existem sinais e sintomas:
  1. dar informação de forma que a mulher e sua família compreendam o significado dos sinais e sintomas de perigo;
  2. aconselhar repouso na cama e a voltar imediatamente à US se alguns destes sinais e sintomas aparecem, ensinar como avaliar os movimentos fetais se a gravidez tem 25 ou mais semanas;
  3. nas US onde é possível solicitar: Hemograma Completo, Urina II (com análise do sedimento), Creatinina, Ecografia;
  4. marcar nova consulta dentro de 1 semana para controle da condição materna e fetal se a gravidez é menor do que 37 semanas, e duas vezes por semana se a gravidez tem 37 ou mais semanas.
- Se a TA é = ou >140/90 e < 160/110 mmHg e existem sinais e sintomas:
  1. Internar a mulher num ambiente tranquilo e seguro;

2. Medir a TA de 30 em 30 minutos, e medir a diurese (volume de urina - se necessário colocar uma algália e saco colector);
3. Solicitar Hemograma Completo, Ionograma, Ácido Úrico, Creatinina, Urina II (com análise do sedimento), Proteinúria das 24 horas, e outros exames julgados necessários;
4. Controlar a condição fetal através de Ecografia ou CTG (dependendo da idade gestacional);
5. Não administrar diuréticos pois são prejudiciais;
6. Não administrar anti-convulsivantes, anti-hipertensivos, sedativos ou tranquilizantes;
7. Se existe melhora – esperar 24 horas mais e dar alta com: controle 2 vezes por semana; dar informações e aconselhamento (Ver acima);
8. Se não existe melhora mas o quadro não se agrava manter a mulher internada, e considerar a indução do parto dependo da condição materna, da Idade Gestacional e da condição do feto (maturação pulmonar);
9. Se não existe melhora ou se o quadro se agrava, considerar Pré-eclâmpsia Grave – quadro a seguir.

As principais complicações da pré-eclâmpsia moderada são devidas principalmente a uma insuficiência placentar: atraso de crescimento fetal intra-uterino; ameaça e/ou parto prematuro e descolamento prematuro da placenta normalmente inserida.

### PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE

#### Sintomatologia

- Tensão Arterial Sistólica (TAS) = ou > 160 e/ou Tensão Arterial Diastólica (TAD) = ou > 110 mmHg, verificada em pelo menos dois momentos (com intervalo de 4 horas);
- Proteinúria = ou >2 gramas em urina de 24 horas, OU = ou > 2 + + por fita numa amostra simples de urina;
- Diminuição da produção de urina (oligúria): < 400 ml/dia;
- Ácido úrico > 6,0 mg/dl;
- Creatinina sérica crescente >1,2mg/dl;
- Sinais de eminência de eclampsia: cefaleias (dor de cabeça intensa), dor epigástrica (dor na zona do estômago), perturbações visuais (visão esfumada, e um halo de cor pode rodear as fontes de luz), vômitos, hiper-reflexia (aumento da intensidade dos reflexos), agitação psico-motora e confusão mental.

#### Conducta e Tratamento:

- Internar a paciente num ambiente tranquilo, com pouca luz e seguro;
- Medidas Gerais:
  1. Colocar a mulher em decúbito lateral esquerdo de forma a reduzir o risco de aspiração de secreções e vômito, e a diminuir a pressão sobre os grandes vasos para aumentar a perfusão uterina;
  2. Canalizar duas veias, colher sangue para hemograma completo, grupo sanguíneo, ionograma, função renal e função hepática (nas US onde for possível), e colocar Dextrose a 5%;
  3. Colocar uma algália com saco colector;
  4. Manter uma monitoria cuidadosa dos fluidos: registar com rigor a quantidade de fluidos administrados e a produção de urina, assegurando que não exista uma sobrecarga de fluidos;
  5. Ter um tabuleiro pronto com um abaixa-língua almofadado com gaze, uma sonda de Guedel ou tubo de Mayo, e um ambú com máscara;
  6. Ter um aspirador funcional disponível (perto da cabeceira da cama);
  7. Não deixar a doente sozinha;
  8. Observar sinais vitais (Pulso, Temperatura e TA), reflexos e batimentos cardíacos fetais de hora a hora;
- Se a TA diastólica continuar = ou > que 110 mm Hg e se existirem sinais e sintomas eminentes de eclâmpsia – veja quadro da Conduta e Tratamento da Eclâmpsia

As principais complicações ou riscos da pré-eclâmpsia grave são: hemorragia cerebral, insuficiência renal e necrose cortical, insuficiência cardíaca e edema pulmonar, insuficiência hepática, descolamento da retina, tromboembolismo e outras.

Cerca de 20% das mulheres grávidas com pré-eclâmpsia grave evoluem para eclâmpsia.

### Conduta Geral

- Se a tensão arterial diastólica permanecer acima de 110 mm Hg, administre drogas anti-hipertensivas. Reduza a pressão diastólica para menos do que 100 mm Hg, mas não abaixo de 90 mm Hg.
- Inicie uma infusão por via intravenosa e faça a infusão de fluidos por via IV. Colher amostras de sangue para hemograma, grupo sanguíneo, função renal e hepática (onde é possível)
- Mantenha um registro rigoroso do equilíbrio de fluidos e monitore a quantidade de fluidos administrados e a produção de urina para assegurar que não existe nenhuma sobrecarga de fluidos.
- Algaliar a bexiga para monitorar a produção de urina e a proteinúria.
- Se a produção de urina for de menos do que 30 ml por hora:
  - Suspenda o sulfato de magnésio e faça uma infusão de fluidos por via IV (soro fisiológico ou lactato de Ringer) a 1 litro em 8 horas;
  - Monitore para detectar o desenvolvimento de edema pulmonar.
  - Nunca deixe a mulher só. Uma convulsão seguida da aspiração de vômitos pode causar a morte da mulher e do feto. Controlar as convulsões e só nessa altura poderá ser transferida.
- Observe os sinais vitais, reflexos e os batimentos cardíacos fetais de hora à hora.
- Ausculte as bases dos pulmões de hora a hora para detecção de ferveres que indiquem edema pulmonar. Se forem ouvidos ferveres, suspenda os fluidos e administre 40 mg de furosemida por via IV uma vez.
- Avalie o estado da coagulação com um teste de coagulação à beira da cama. A não formação de um coágulo após 7 minutos ou um coágulo moleque se desfça facilmente sugere coagulopatia.

### Drogas anti-convulsivantes

- A. **O SULFATO DE MAGNÉSIO** é a droga de escolha para evitar e tratar convulsões na presença de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia.

#### Dose de Ataque

Administrar por via EV 4 g de solução de Sulfato de Magnésio diluídos em 20 ml de Dextrose a 5% ou água destilada – durante 5 minutos

Se depois de 15 minutos ocorrer nova convulsão – administrar 2 g de solução de Sulfato de Magnésio diluído em 20 ml de Dextrose a 5% - durante 5 minutos

NOTA: antes de repetir a administração da droga assegurar que:

- a) a frequência respiratória é de pelo menos 16 por minuto;
- b) estejam presentes reflexos rotulianos;
- c) que a produção de urina seja de pelo menos 30 ml por hora durante 4 horas;
- d) avaliar a TA de 10 em 10 minutos

#### Dose de Manutenção:

8 g de solução de Sulfato de Magnésio em 1000 ml de Soro Fisiológico a 28 gotas por minuto (no caso de não ter utilizado Lacto de Ringer) de 8/8 horas até 24 horas após a última convulsão

No caso de **não ser possível utilizar a via EV utilizar a via IM:**

- **Dose de Ataque por via IM:** 4 a 5 g (10 ml) de Sulfato de Magnésio a 50%, com 1ml de Lidocaína a 2% IM profunda, seguida imediatamente da dose de manutenção
- **Dose de Manutenção por via IM:** 5 g (10 ml) de Sulfato de Magnésio a 50%, com 1ml de Lidocaína a 2% IM profunda de 4 em 4 horas até 24 horas após a última convulsão

**NOTA: Preparação correcta do Sulfato de Magnésio de acordo com a dose a ser administrada e a apresentação disponível:**

**1) Modo de apresentação e preparação do Sulfato de Magnésio para a dose de 4 gramas:**

- Apresentação de 10% em ampôlas de 40 ml – administrar 1 ampôla (total de 40 ml)
- Apresentação de 20% em ampôlas de 10 ml – administrar 2 ampôlas (total de 20 ml)
- Apresentação de 50% em ampôlas de 10 ml – administrar 8 ml de 1 ampôla

**2) Modo de apresentação e preparação do Sulfato de Magnésio para a dose de 2 gramas:**

- Apresentação de 10% em ampôlas de 40 ml – administrar 1/2 ampôla (total de 20 ml)
- Apresentação de 20% em ampôlas de 10 ml – administrar 1 ampôla (total de 10 ml)
- Apresentação de 50% em ampôlas de 10 ml – administrar 4 ml de 1 ampôla

**3) Modo de apresentação e preparação do Sulfato de Magnésio para a dose de 8 gramas:**

- Apresentação de 10% em ampôlas de 40 ml – administrar 2 ampôlas (total de 80 ml)
- Apresentação de 20% em ampôlas de 10 ml – administrar 4 ampôlas (total de 40 ml)
- Apresentação de 50% em ampôlas de 10 ml – administrar 1 ampôla e mais 6 ml de outra ampôla (total 16 ml)

- Deixar preparado na seringa o antídoto do Sulfacto de Magnésio – Gluconato de Cálcio – 1 grama = 10 ml de solução a 10%;
- No caso de paragem respiratória durante a administração de Sulfacto de Magnésio:
- Ajudar a ventilação com ambu, e se necessário entubar a paciente e ventilar com ambu;
- Administrar 1 grama (10 ml) de Gluconato de Cálcio EV lento (durante pelo menos 3 minutos) – até a respiração espontânea começar;
- Auscultar os pulmões, principalmente as bases, de hora a hora, para detecção de ferveres que indiquem início de edema pulmonar – se forem ouvidos ferveres, suspender os fluidos EV e administrar 40 mg de Furosemida por via EV apenas 1 vez;

B. **O Diazepam** passa livremente através da placenta e pode em doses alta e prolongada causar depressão respiratória neonatal.

#### **Dose de Ataque**

Administrar 10 mg de Diazepam por via EV lentamente – durante 2 minutos

Se as convulsões tornarem a ocorrer repetir a dose de ataque

NOTA: quando a dose excede 30 mg em 1 hora – pode ocorrer depressão respiratória – ajudar a ventilação com ambu ou entubação e ambu se necessário

#### **Dose de Manutenção:**

40 mg de Diazepam em 1000 ml de Soro Fisiológico ou Lactato de Ringer em gotejo de forma a manter a mulher sedada mas capaz de ser acordada. NÃO EXCEDER MAIS de 100mg em 24 HORAS

No caso de **não ser possível utilizar a via EV utilizar a via RECTAL:**

#### **Dose de Ataque por via RECTAL:**

- Administre Diazepam pelo recto quando o acesso por via IV não for possível. A dose de ataque é de 20 mg numa seringa de 10 ml. Remova a agulha, lubrifique o cilindro e insira a seringa no ânus, juntando as nádegas por 10 minutos após a introdução do Diazepam, para evitar a expulsão da droga. Alternativamente, a droga pode ser instilada no recto através de um cateter.
- Se as convulsões não estiverem controladas dentro de 10 minutos, administre 10 mg adicionais ou mais por hora, dependendo do tamanho da mulher e da sua reacção clínica.

#### Drogas Anti-hipertensivas

Se a tensão diastólica for de 110 mmHg ou mais, administre drogas hipertensivas. O objectivo é de manter a tensão diastólica entre 90 mm Hg e 100 mm Hg de modo a evitar uma hemorragia cerebral. A hidralazina é a droga de escolha.

A. **Hidralazina** Administre 12,5 mg de por via IM ou 6mg IV, de 30 em 30 minutos, se necessário. Se a hidralazina não estiver disponível, administre: 5 mg de nifedipina sublingual: Se a reacção for inadequada (a pressão diastólica continuar acima de 110 mm Hg) depois de 10 minutos, administre 5 mg adicionais por baixo da língua.

B. **Metildopa:** Pode-se administrar, comprimidos de 250mg (1 cp de 8/8h) e ou Dihidralazina Comprimidos de ( 1-2 cp de 6/6h) como dose de manutenção

- Avaliação e conduta na Consulta Pré-Natal

#### 1. Pré-eclampsia leve/moderada:

As medidas a serem adotadas são:

- Hospitalizar a grávida para observação controlo de sinais vitais, e para realização de exames especiais.
- Repouso no leito em decúbito lateral esquerdo, semi-sentada com pernas ligeiramente elevadas, melhora o fluxo sanguíneo renal e o uteroplacentário.
- Diminuir os estímulos ambientais para favorecer o repouso (conversa em voz baixa, diminuir luzes brilhantes e tráfego desnecessário).
- Control estricto da tensão arterial cada 4 horas.
- Control de peso diário.
- Control de diurese.

- Solicitar dieta hiperprotéica e normosódica.
- Avaliar movimentos fetais percebidos pela mãe (má de 10 no dia).
- Toma de amostra de sangue para análise de hematócrito, hemoglobina, ácido urico, creatinina.
- Toma de amostra de urina de 24 horas para dosagem de proteínas.
- O diagnóstico da idade gestacional é fundamental, deve procurar-se a máxima segurança na data de amenorreia e se é preciso fazer ecografia para determinação da idade gestacional e maturação fetal.
- Preparar a mãe e levar para ecografia com a finalidade de avaliar a idade gestacional, maturidade fetal, localização da placenta, vitalidade fetal (é ideal mas não é prioritário).
- Educação a mãe e família sobre os sinais de alarme (cefaléia, escotomas, tinnitus, dor epigástrico, dor em hipocondrio direito, diminuição do volume urinário).
- Os diuréticos são nocivos, provoca, desidratação, aumentam a hemoconcentração, atravessam a barreira placentar e causam desidratação fetal.
- Os sedativos e os tranquilizantes atravessam a placenta e pioram o prognóstico fetal.
- Os antihipertensivos não têm efeito na evolução da doença (reduzem a perfusão uteroplacentária).
- A conduta obstétrica depende a idade gestacional, se a gravidez é  $\geq 37$  semanas, a conduta é terminar com a gravidez.
- Se a gravidez é  $< 37$  semanas a conduta é conservadora, até o feto atingir a maturidade e o médico decidirá quando terminar com a gravidez, se o quadro hipertensivo não melhora.

## 2. Pré-eclampsia severa ou grave:

- Hospitalização imediata no centro que tenha capacidade cirúrgica.
- Repouso no leito em decúbito lateral.
- Tomar amostra de sangue para análise de hematócrito, hemoglobina, coagulação, creatinina.
- Canalizar uma via endovenosa, e administrar Lactato de Ringer para corrigir a hipovolemia. Administrar a quantidade indicada pelo médico.
- Colocar catéter urinário (Foley Nº 12 ou 14) e fazer control de diurese.
- Tomar amostra de urina para análise de proteinúria.
- Control estricto da tensão arterial, pulso, frequência respiratória cada 30 minutos.
- Iniciar tratamento farmacológico indicado pelo médico.
- Tratamento anticonvulsivante:
  - Sulfato de Magnésio: A dose de 4g administrado por via endovenosa lenta (20 minutos), seguidos de infusão endovenosa continua a dose de 1g por hora.
  - As pacientes que recebem o sulfato de magnésio devem ser hidratadas por via parenteral, não receber nada por via oral, e ter bexiga cateterizada para controlar o débito urinário.
  - Durante a administração do sulfato de magnésio devem observar-se os seguintes critérios:
    - Diurese  $> 25-30$  ml/hora
    - Frequencia respiratória  $> 16$  mov/min
    - Presença do reflexo do joelho
  - Um preparado intravenoso de gluconato de cálcio a 10% deve estar sempre à disposição na beira da paciente em caso de parada respiratória ou cardíaca.
  - Se houver paragem respiratoria:
    - Fazer respiração artificial
    - Administrar gliconato de calcio EV 1 a 2 gr lentamente em cerca de três minutos.
  - A toxicidade pode causar depressão respiratoria na mãe e o feto.
- Tratamento antihipertensivo:
  - Administrar hipotensores após uma hora do inicio da terapia anticonvulsiva só nos casos em que a tensão arterial diastólica se mantiver em 110 mmHg ou mais. Não se deve diminuir a tensão arterial menos de 90 mmHg com a finalidade de garantir uma adequada perfusão placentaria.
  - Hidralazina: Uma dose de 5 mg EV lenta (5 minutos). Monitore cuidadosamente a tensão arterial durante este período. Dê hidralazina 5 mg EV em cada 20 minutos se a tensão diastólica alcançar 110 mg ou mais. Pode usarse IM uma dose de 12,5 mg ou 10 mg, repetida 30 minutos depois se não há efeito.
  - Nifedipina: Uma dose de 10 mg sublingual, não baixar a tensão mais de 140/90 mmHg.
- A doente deve estar sempre acompanhada.
- Uma vez estabilizada a doente, preparar-la para terminar a gestação segundo indicação médica, que pode ser por indução ou por cesariana.

## ECLÂMPSIA

- Definição, Etiologia, Formas Clínicas

A eclampsia caracteriza-se pelo comprometimento cerebral e aparecimento de convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, não relacionadas com outras patologias (como por exemplo a Malária). A causa ainda é desconhecida.

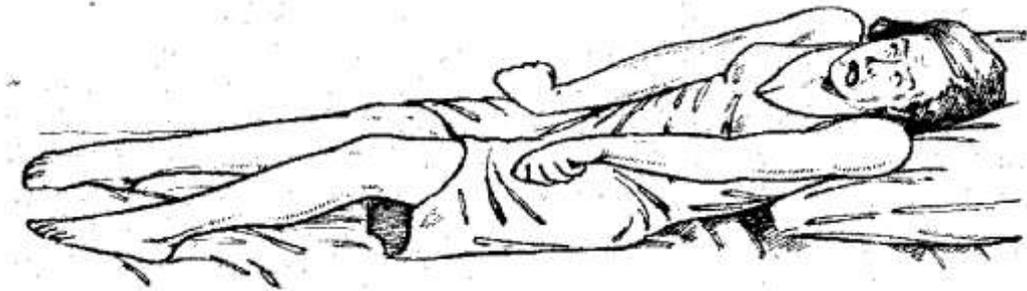
As convulsões podem ocorrer:

- Antes do parto
- Durante o parto
- Depois do parto, mais freqüente nas primeiras 24 horas
- Por vezes as convulsões ocorrem com a TA dentro dos valores normais

### Estado eclâmpico

Presença de convulsões repetidas ou freqüentes.

É um estado muito perigoso tanto para a mãe como para o feto.



- Quadro clínico; Sinais de eclampsia iminente e etapas de um episódio de eclâmpsia. Caracteriza-se por:

- Níveis maiores de Hipertensão Arterial.
- Convulsões e/ou coma.
- Oligúria que evolui até a anúria.
- Alterações respiratórias, taquicardia e hipertermia.
- Nos casos graves com lesões hepáticas surge a icterícia.

A crise convulsiva pode desencadear-se durante a gestação (50%), no decurso do parto (25%) ou do puerpério (25%).

- Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com:

- Hipertensão Arterial crônica, esta última caracteriza-se por seu aparecimento antes do início da gravidez.
- Hipertensão Arterial Gestacional Transitória, que é a elevação transitória da tensão arterial durante a gravidez que cede facilmente com o repouso, e não se acompanha de proteinúria, nem edemas.
- Nos casos de convulsões, é importante estabelecer o diagnóstico diferencial com a Malaria Cerebral, sobre todo numa zona endêmica como é Moçambique, com epilepsia, meningite.

- Conduta obstétrica e enfermagem, biossegurança e tratamento pré-referência

A pré-eclâmpsia grave e a eclâmpsia são tratadas de igual modo, com a exceção de que na eclâmpsia o parto tem que ocorrer dentro de 12 horas a partir do início das convulsões. Todos os casos de pré-eclâmpsia grave devem ser tratados ativamente. Os sintomas e sinais de “eclâmpsia eminente” (visão turva, Hiper-reflexia) não são fiáveis e uma conduta de “espera” não é recomendável.

Nestes casos o tratamento se pode fazer com:

- Hidralazina: Administrar 5 mg EV lentamente de 5 em 5 minutos OU 12,5 Mg IM de 30 em 30 minutos até a Tensão Arterial Diastólica se estabelecer entre 90 e 100 mmHg. Repetir a dose EV a cada hora OU a dose IM a cada 2 horas – se necessário.

- Nifedipina: No caso de não existir Hidralazina. Administrar Nifedipina 5 mg sublingual, repetindo a dose depois de 10 minutos no caso da TAD se manter superior a 110 mmHg. Manter a administração de Nifedipina 10mg oral a cada 4 horas para manter a TAD entre 90-100 mmHg.
- Metildopa: comprimidos de 250 mg (1 comp de 8/8 horas) ou Dehidralazina comprimidos de 25 mg (1 a 2 comp de 6/6 horas) como manutenção
- Se há eminência de convulsões ou convulsões:
- Colocar o abaixa-língua e introduzir o tubo de Mayo ou a sonda de Guedel ou um rolo de gaze para evitar a mordedura da língua;
- Colocar Oxigênio a 4-6 litros/minutos;
- Manter a mulher em decúbito lateral esquerdo e protegê-la de danos (mas não a amarrar);

#### Parto na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia

Na pré-eclâmpsia grave, o parto deve ocorrer até 24 horas após o início dos sintomas. Na eclâmpsia, o parto deve ocorrer até 12 horas após o início das convulsões independentemente da idade gestacional.

- Avalie o colo e induza um parto vaginal
- Se o parto vaginal não for possível dentro de 12 horas (para eclâmpsia) ou 24 horas (para pré-eclâmpsia grave), faça o parto por cesariana.
- Se existem anomalias nos batimentos cardíacos fetais (menos do que 120 ou mais do que 160 batimentos por minuto), faça o parto por cesariana.
- Se o colo não estiver favorável (firme, espesso, fechado) e o feto estiver vivo, faça o parto por cesariana.  
Nota: Se for feita uma cesariana, assegure que: Uma coagulopatia foi excluída;
- Que está disponível uma anestesia geral segura. A anestesia espinhal está associada com o risco de hipotensão. Este risco pode ser reduzido se for feita uma infusão adequada de (500-1000 ml) de fluidos por via IV antes de administrar a anestesia.
- Não use anestesia local ou Ketamina em mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

#### Cuidados pós-parto

- A terapia com anti-convulsivantes deve ser mantida por 24 horas depois do parto ou da última convulsão.
- Continue a terapia anti-hipertensiva enquanto a tensão diastólica for de 110 mm Hg ou mais
- Continue a monitorar a excreção de urina.

#### Transferência para uma unidade sanitária de referência

Considere a referência das mulheres sempre que:

- Algum dos procedimentos acima mencionados não for possível,
- Houver oligúria que persista por 48 horas após o parto;
- Problemas de coagulação (p. ex. coagulopatia ou hemólise, síndrome de enzimas do fígado elevadas e plaquetas baixas- (Síndrome de HELLP)
- Edema agudo do pulmão
- Coma
- Todos os casos de eclâmpsia devem ser transferidos para onde existe um serviço de Unidade de Cuidados Intensivos (Hospitais Centrais, Provinciais e Rurais). Não adianta transferir para outras unidades intermediárias

- Efeitos da eclâmpsia na mãe e no feto.

#### Na Mãe:

- Distúrbios respiratórios: asfixia, aspiração de vômitos edema do pulmão e broncopneumonia
- Distúrbios cardíacos: paragem cardíaca
- Alterações cerebrais: Hemorragia cerebral, trombose, edema cerebral
- Insuficiência renal aguda
- Complicações hepáticas: Rotura de fígado por distensão da cápsula.
- Alterações da coagulação: coagulação Intravascular disseminada
- Alterações visuais: cegueira temporária
- Ferimentos e traumatismos devido às convulsões: mordedura da língua, fracturas, etc.

#### No Feto:

- Sofrimento Fetal
- Morte Fetal Intra-uterina
- Atraso de crescimento intra-uterino que origina um feto pequeno para idade gestacional

- Outras causas de convulsões que podem ocorrer quando a mulher está em idade fértil.
  - a. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), é uma doença inflamatória autoimune, desencadeada por um desequilíbrio no sistema imunológico, exatamente aquele que deveria proteger a pessoa contra o ataque de agentes patogênicos. Lúpus pode manifestar-se sob a forma cutânea (atinge apenas a pele) ou ser generalizado. Os sintomas dependem basicamente do órgão afetado. Os mais freqüentes são: convulsões, febre, manchas na pele, vermelhidão no nariz e nas faces em forma de asa de borboleta, fotosensibilidade, feridinhas recorrentes na boca e no nariz, dores articulares, fadiga, falta de ar, taquicardia, tosse seca, dor de cabeça, anemia, problemas hematológicos, renais, cardíacos e pulmonares.
  - b. O tétano é uma doença aguda cujo agente etiológico é o *Clostridium tetani*, um bastonete gram-positivo anaeróbico com forma de baqueta de tambor, produtor de esporos, que podem persistir no solo durante meses ou anos em ocasiões pode apresentar convulsões.

## OUTRAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS DURANTE A GRAVIDEZ

### HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

- Definição, Etiologia  
É caracterizada pela subida da tensão arterial antes das 20 semanas de gestação. É importante colher uma história clínica pessoal cuidadosa para saber se a mulher tem história de hipertensão, e para excluir Mola Hidatiforme ou Doença Trofoblástica.

Tensão arterial diastólica de 90 mm Hg ou mais antes das primeiras 20 semanas de gestação.

Pode existir hipertensão crônica com sobreposição de pré-eclâmpsia ligeira: Tensão arterial diastólica de 90-110 mm Hg ou mais antes de 20 semanas de gestação mais proteinúria até 2+.

Sua etiologia é desconhecida, mais existem inúmeras teorias, sendo algumas delas por: Placenta anormal, fenômenos imunológicos, anormalidades na coagulação, adaptação cardiovascular anormal, fatores dietéticos, lesão vascular endotelial e metabolismo prostaglandínico anormal

- Quadro clínico; Diagnóstico.

A hipertensão essencial caracteriza-se por:

- Tensão arterial diastólica igual ou superior a 90 mm Hg (hipertensão leve ou moderada) ou 110 mm Hg (hipertensão grave).
- Ausência de proteinúria
- Ausência de edema
- Quase 25% das pacientes com hipertensão crônica na gestação desenvolvem uma pré-eclâmpsia superposta. A pré-eclâmpsia pode manifestar-se em uma fase mais precoce do que o habitual e é provável que seja mais severa. A manifestação clínica é:
  - Súbito aumento de peso
  - Edema
  - Proteinúria

O diagnóstico diferencial deve ser feito com:

- Hipertensão Arterial Gestacional Transitória, que é a elevação transitória da tensão arterial durante a gravidez que cede facilmente com o repouso, e não se acompanha de proteinúria, nem edemas.
- Malaria Cerebral, sobre todo numa zona endêmica como é Moçambique, com epilepsia, meningite.
- Doenças cardíacas.

- Conduta obstétrica e enfermagem, e tratamento pré-referência
  - Encorajar períodos adicionais de repouso.
  - Os níveis elevados de tensão arterial mantêm a perfusão renal e da placenta nos casos de grávidas com hipertensão crônica; a redução da tensão arterial resultará na diminuição da perfusão. A tensão arterial não deve ser reduzida abaixo do nível que a mulher tinha antes da gravidez. Não há provas de que um tratamento agressivo para baixar a tensão arterial para os níveis normais melhore os resultados fetais ou maternos:
    - Se a mulher estava a tomar medicação anti-hipertensiva antes da gravidez e a doença está bem controlada, continuar a mesma medicação se esta for aceitável para uma gravidez;
    - Se a tensão arterial diastólica for de 110 mm Hg ou mais, ou a tensão arterial sistólica for de 160 mm Hg ou mais, tratar com drogas anti-hipertensivas;
    - Se houver proteinúria ou outros sinais e sintomas, considerar uma pré-eclâmpsia sobreposta e seguir a conduta e tratamento como para uma pré-eclâmpsia ligeira.
  - Monitorar o crescimento e as condições do feto.
  - Se não existirem complicações, deixar ocorrer um parto de termo.
  - Se a pré-eclâmpsia se desenvolver, seguir a conduta e tratamento como para uma pré-eclâmpsia ligeira ou pré-eclâmpsia grave.
  - Se há anomalias nos batimentos cardíacos fetais (menos do que 120 batimentos por minuto ou mais do que 160), suspeitar de sofrimento fetal.
  - Se o atraso de crescimento do feto for grave e as datas da gravidez forem exatas, avaliar o colo e considerar a indução do parto.

É importante ter atenção para complicações como descolamento da placenta e pré-eclâmpsia sobreposta.

- Efeitos da HTA crônica na mãe e no feto

Sobre o feto e neonato:

- Morte perinatal
- Parto prematuro
- Descolamento prematuro da placenta
- Retardo do crescimento intra-uterino



Efeitos na mãe:

- Acidente cerebrovascular com hemorragia cerebral, trombose, edema cerebral
- Distúrbios respiratórios: asfixia aspiração de vômitos edema do pulmão e broncopneumonia
- Distúrbios cardíacos: paragem cardíaca
- Insuficiência renal aguda
- Alterações da coagulação: coagulação Intravascular disseminada
- Morte por paragem cardíaca.

