

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO EM OBSTETRÍCIA NO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Cátia Sofia Ribeiro Dias

Orientadora

Dr.ª Rosa Zulmira Macedo

Porto 2012

Resumo

O presente relatório visa descrever um estágio extracurricular de 82 horas realizado no âmbito da unidade curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina. A referida atividade desenvolveu-se na área de Obstetrícia, tendo decorrido no Centro Hospitalar do Porto – Unidade Maternidade Júlio Dinis, sob a orientação da Dr.^a Rosa Zulmira Macedo, assistente hospitalar graduada nessa mesma instituição.

Os objetivos inicialmente propostos passavam pela realização de um estágio de natureza profissionalizante que permitisse adquirir e consolidar conhecimentos e técnicas práticas, relativos aos vários cuidados médicos prestados na saúde maternofetal, incluindo aspetos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos. Para que tais objetivos fossem atingidos, o período de estágio foi distribuído de modo a possibilitar um contacto com as várias valências de obstetrícia, nomeadamente a consulta externa, enfermaria de cuidados especiais, serviço de urgência e centro de diagnóstico pré-natal.

Este trabalho relata sistematicamente toda a atividade médica levada a cabo pela aluna e aprendizagens adquiridas. São ainda apresentados alguns dos casos clínicos observados, como diabetes na gravidez, pré-eclâmpsia e achados ecográficos anormais, acompanhados pela respetiva fundamentação das opções tomadas, realizada maioritariamente com base em artigos de revisão científica e recomendações clínicas internacionais.

Com a realização deste estágio, a aluna teve oportunidade de se integrar no quotidiano do serviço de obstetrícia, contactar com as patologias mais frequentemente encontradas, desenvolver capacidade crítica relativamente aos principais modos da sua abordagem e aperfeiçoar gestos e técnicas, como a realização do exame físico ginecológico e obstétrico, execução e interpretação de exames auxiliares de diagnóstico, entre outros.

O *Estágio em Obstetrícia no Centro Hospitalar do Porto* constituiu, assim, uma mais-valia para a tomada de consciência do estatuto profissional de médico, respondendo aos objetivos inicialmente propostos.

Abstract

This report is about a description of an extracurricular internship of 82 hours performed within the curricular unit "Thesis / Project / Internship Report" of the Integrated Master in Medicine. Such activity was developed in the field of Obstetrics, at the Centro Hospitalar do Porto – Unidade Maternidade Júlio Dinis, under the guidance of Rosa Zulmira Macedo, graduated hospital assistant at that same institution.

The initial goals included performing a professional internship enabling to acquire and consolidate knowledge and practical skills relating to different medical care in maternal-fetal health, including semiotic, diagnostic and therapeutic aspects. For these objectives to be met, the internship period was distributed in order to enable a contact with multiple aspects of obstetrics, namely the outpatient consultation, the inpatient special care, the emergency service and the prenatal diagnosis centre.

This paper systematically reports all the medical activities undertaken by the student as well as the knowledge acquired. It also presents some of the clinical cases observed such as diabetes during pregnancy, preeclampsia and abnormal ultrasound findings, followed by the respective explanation of the options that were made, held mainly on the basis of scientific review articles and international clinical guidelines.

Through this internship, the student had the opportunity to integrate into the daily life of the obstetric service, to contact the pathologies most frequently encountered, to develop critical ability towards the main ways of its approach and to refine gestures and techniques, such as performing the gynecological and obstetric examination, execution and interpretation of diagnostic exams, among others.

The *Obstetric Internship at the Centro Hospitalar do Porto* was thus an asset to the awareness of the professional status of a doctor, responding to the objectives initially proposed.

Lista de Abreviaturas

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CCC – Comprimento Crânio Caudal

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CICA – Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

DG – Diabetes Gestacional

DPN – Diagnóstico Pré-Natal

EPE – Entidade Pública Empresarial

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HbA1c – Hemoglobina Glicosilada

HTA – Hipertensão Arterial

IADPSG - *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups*

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

MJD – Maternidade Júlio Dinis

NUT – Unidade Territorial Estatística de Portugal

PPT – Parto Pré-Termo

PTOG – Prova de Tolerância Oral à Glicose

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

SG – Semanas de Gestação

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TAD – Tensão Arterial Diastólica

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TN – Translucência da Nuca

TP – Trabalho de Parto

VLA – Volume de Líquido Amniótico

Índice Geral

Resumo	i
Abstract	ii
Lista de Abreviaturas.....	iii
Índice Geral.....	iv
Introdução.....	1
I. Centro Hospitalar do Porto	1
II. Objetivos	2
Desenvolvimento	4
I. Organização das Atividades	4
II. Consulta Externa	5
1. Consulta Hipertensão Arterial, Trombofilias e Doenças Renais	6
2. Consulta de Diabetes e outras Endocrinopatias	6
III. Enfermaria de Cuidados Especiais	9
IV. Serviço de Urgência	14
V. Centro de Diagnóstico Pré-Natal	18
1. Programa Vertical de Diagnóstico Pré-Natal	18
2. Ecografia Diferenciada e Exames Invasivos de Diagnóstico	18
3. Reunião de Diagnóstico Pré-Natal	20
VI. Reunião Geral de Serviço	22
Conclusão	23
Bibliografia	24
Anexos	27

Introdução

O estágio em obstetrícia, para o qual foi proposto o presente relato sistemático, decorreu nas atuais instalações do Centro Hospitalar do Porto EPE - Unidade Maternidade Júlio Dinis, e sob orientação da Dr.^a Rosa Zulmira Macedo, assistente hospitalar em obstetrícia nessa instituição. A possibilidade de integração nas atividades diárias da maternidade, proporcionada pelo exercício deste estágio, constituiu interesse particular à aluna como meio de expandir os seus conhecimentos teóricos e técnicos, relativos a uma área que lhe suscitava particular curiosidade.

No período compreendido entre 13/02/2012 e 30/04/2012, e após aprovação pela Comissão de Ética para a referida atividade, foi realizado um estágio de cariz extracurricular com uma duração total de 82 horas. Tal carga horária foi dividida entre vários setores integrantes do serviço de obstetrícia, incluindo a Consulta Externa, Enfermaria de Cuidados Especiais, Serviço de Urgência e Centro de Diagnóstico Pré-Natal.

I. Centro Hospitalar do Porto

O Centro Hospitalar do Porto, EPE foi criado a 1 de Outubro de 2007, através da fusão do Hospital de Santo António EPE, com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis. Em 2011, o CHP alargou novamente as fronteiras, fundindo-se com o Hospital Joaquim Urbano e inaugurando o CICA.

No ano de 2012 procedeu-se ao encerramento do Hospital Maria Pia e à transferência dos serviços implicados para o Hospital de Santo António, com exceção da consulta externa que se mantém ativa no hospital pediátrico. Aguarda-se agora pela inauguração do novo Centro de Responsabilidade Materno-Infantil.

O CHP está integrado na categoria das unidades de elevada diferenciação da NUT III – Grande Porto, mantendo articulação com outras instituições de saúde e servindo como centro de referência, não só da referida área territorial, mas também de outras unidades territoriais da região norte. Apesar de privilegiar a prestação de cuidados de saúde à população, o CHP mantém, ainda, um componente educacional e investigacional, permitindo e valorizando o ensino pré e pós graduado, dando assim continuidade à tradição de ensino já preconizada pelo Hospital de Santo António.

A Unidade Maternidade Júlio Dinis, onde se desenvolveu o presente estágio, situa-se em Massarelos-Porto e foi inaugurada em Setembro de 1939, tendo mantido, até à data e de

modo ininterrupto, as funções de maternidade. Trata-se de um centro hospitalar central especializado, que presta cuidados na área da mulher e da criança, apresentando como área de influência os Concelhos do Porto e Gondomar e sendo ainda centro de referência de toda a área Norte em geral, abrangendo uma população de 1.697.186 mulheres.

As instalações da MJD incluem um edifício principal com 5 pisos, compreendidos entre o piso -2 e o piso 2, e um pavilhão de consulta externa, construído posteriormente nos antigos jardins da maternidade. É nas referidas instalações que decorrem atualmente as atividades dos serviços do Departamento da Mulher e Neonatologia do CHP (Quadro 1).

Quadro 1 – Serviços do Departamento da Mulher e Neonatologia do CHP, EPE

Obstetrícia e Ginecologia

Unidade de Obstetrícia

- Centro de Diagnóstico e Terapêutica Pré-Natal
- Centro de Medicina Materno-Fetal
- Centro de Atendimento de Jovens e Planeamento Familiar

Unidade de Ginecologia

- Centro de Medicina de Reprodução
- Centro de Oncologia Ginecológica e Mama
- Centro de Uroginecologia e do Pavimento Pélvico

Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais

Consulta Externa

Bloco Operatório

Unidade de Urgência Obstétrica e Ginecológica

Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Ginecologia – CICA

II. Objetivos

Aquando opção pela realização de um estágio na área de obstetrícia, o objetivo principal era que este fosse de índole profissionalizante, de modo a desenvolver competências referentes aos vários cuidados médicos prestados na saúde maternofetal. Assim, consideram-se os seguintes objetivos:

- Compreensão da fisiologia maternofetal e adaptações fisiológicas da gravidez.

- Colheita de história clínica e obstétrica completa, identificando problemas que impliquem referência das doentes aos vários serviços.
- Preencher corretamente as fichas clínicas de acompanhamento pré-natal e Boletim de Saúde da Grávida.
- Realização de exame físico obstétrico de rotina, incluindo inspeção vaginal com espéculo, palpação pélvica bimanual, medição da altura uterina e percepção da apresentação fetal através de palpação abdominal de termo.
- Aquisição de competência para aconselhamento às grávidas sobre estilos de vida, dieta e hábitos favoráveis ao bem-estar materno-fetal.
- Compreensão da informação a obter dos exames laboratoriais de rotina e de ecografia e quais as idades gestacionais ideais para a sua realização.
- Compreensão da importância e metodologias do DPN.
- Compreensão e interpretação de registos cardiotocográficos, acompanhamento do trabalho de parto e compreensão das possíveis intercorrências.
- Identificação de gravidez de risco e desenvolvimento de capacidades relativas à semiologia, diagnóstico e terapêutica de problemas comuns que possam complicar a gravidez e puerpério.

Desenvolvimento

I. Organização das atividades

A calendarização do estágio em obstetrícia resultou da conciliação entre o horário laboral da orientadora e aquele referente às unidades curriculares simultaneamente frequentadas. A distribuição das atividades desenvolvidas foi, então, aquela constante do Quadro 2.

Quadro 2 – Organização das Atividades de Estágio

Dia	Data	Horário	Valências Frequentadas
1	13/02/2012	08:00-13:00	Consulta Hipertensão, Trombofilias e Doenças Renais
2	15/02/2012	08:30-14:30	Ecografia
3	16/02/2012	08:30-17:30	Serviço Urgência
4	20/02/2012	08:00-13:00	Consulta Hipertensão, Trombofilias e Doenças Renais
5	22/02/2012	08:30-14:30	Ecografia
6	23/02/2012	08:00-13:00	Consulta Diabetes e outras Endocrinopatias
7	24/02/2012	08:30-13:30	Reunião Geral de Serviço Programa Vertical DPN
8	01/03/2012	08:30-17:30	Serviço Urgência
9	09/03/2012	08:30-12:30	Reunião Geral de Serviço Reunião DPN
10	14/03/2012	08:30-14:30	Ecografia
11	16/03/2012	10:30-12:30	Reunião DPN
12	09/04/2012	08:00-14:00	Enfermaria Cuidados Especiais
13	19/04/2012	13:00-21:00	Serviço Urgência
14	30/04/2012	08:00-14:00	Enfermaria Cuidados Especiais

II. Consulta Externa

As consultas obstétricas são um componente básico no acompanhamento da grávida. Ainda que se trate de um processo fisiológico, a gravidez constitui um período de maior suscetibilidade da mulher a determinadas patologias que complicam, não só a sua saúde, mas também a do feto. O objetivo principal de uma vigilância pré-natal adequada é assegurar o nascimento de um recém-nascido saudável, mantendo o mínimo de risco para a saúde materna. Para tal, e de preferência iniciando-se no período pré-concepcional, esta vigilância deve ser constituída por avaliações periódicas que permitam a prevenção, identificação atempada e intervenção em possíveis intercorrências, com objetivo de minimizar as complicações adversas daí consequentes.

Na MJD são realizadas consultas de obstetrícia geral e consultas de gestação de risco, as quais se dedicam ao diagnóstico, terapêutica e seguimento específico de gestantes com determinadas comorbilidades ou complicações obstétricas. (Quadro 3)

Neste estágio foi dado privilégio à participação na consulta de HTA, Trombofilias e Doenças Renais e na de Diabetes e outras Endocrinopatias. Nestas foi possível compreender, de modo geral, a abordagem correta a aplicar nestes dois grandes grupos de patologias, quais os aspetos a avaliar em cada consulta consoante a IG, aprender a preencher a ficha de acompanhamento pré-natal e boletim de saúde da grávida, assim como realizar exame físico obstétrico e interpretação de ecografias.

Quadro 3 – Consultas Externas de Obstetrícia praticadas na Maternidade Júlio Dinis

Obstetrícia geral	Insucesso Reprodutor
Hipertensão, Trombofilias e Doenças renais	Patologia Infeciosa
Diabetes e outras Endocrinopatias	Patologia Respiratória e Toxicodependência
Risco de Parto Pré-Termo	Grávidas Adolescentes
Patologia Hematológica/Ginecológica/Digestiva	Gravidez em Idade Tardia
Patologia Fetal e Gravidez Múltipla	Patologia Cardíaca
Doenças Neurológicas	Doentes Imunosuprimidas

1. Consulta de Hipertensão Arterial, Trombofilias e Doenças Renais

Nesta consulta, dirigida pelo Dr.º Jorge Braga, foi possível contactar com uma série de patologias que, face ao risco gestacional que acarretam, obrigam a uma avaliação e seguimento individualizados. De entre os casos observados, destacaram-se aqueles referentes a HTA crónica, antecedentes de pré-eclâmpsia, mulheres com lúpus eritematoso sistémico e/ou síndrome antifosfolipídico, entre outras.

2. Consulta de Diabetes e outras Endocrinopatias

A gravidez constitui um período de alterações anatómicas e fisiológicas em praticamente todos os sistemas de órgãos. Do ponto de vista endócrino ocorrem adaptações ao nível do hipotálamo, hipófise, tiroide, paratiroides, suprarrenais e ovário, enquanto do ponto de vista metabólico se verificam alterações no metabolismo da glicose, lípidos e proteínas. O acompanhamento de mulheres com antecedentes patológicos deste foro, ou nas quais o diagnóstico de tais patologias é feito durante a gestação, tem importância primordial. Nesta consulta, dirigida pelo Dr.º Joaquim Gonçalves, foi possível assistir a casos relativos à presença de diabetes durante a gravidez, incluindo consultas pré-concepcionais, casos de diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional.

Caso Clínico 1:

S.M.M.E., 32 anos de idade, raça caucasiana, primigesta, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Gestação atual de 12 semanas e 3 dias.

Apresenta-se à primeira consulta de diabetes e outras endocrinopatias, à qual foi referenciada por diagnóstico de Diabetes Pré-Gestacional, através de deteção de valores de glicemia em jejum de 7,2 mmol/L em análises laboratoriais de 1º trimestre.

Discussão:

A Diabetes Gestacional é definida classicamente como a intolerância aos carboidratos que se inicia ou é detetada pela primeira vez durante a gravidez (ACOG, 2011). Este período constitui uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de diabetes, face ao estado fisiológico de maior resistência à insulina e hiperinsulinemia, patente sobretudo nas fases mais tardias da gestação e secundária, em parte, à secreção placentar de hormonas diabetogénicas (Butte,

2000). Ainda assim, tem-se vindo a verificar uma prevalência crescente desta complicação, atingindo cerca de 18% das gestações nos EUA (IADPSG *et al*, 2010) e apresentando-se em 4,4% das parturientes que utilizaram o SNS em Portugal Continental em 2010 (Boavista *et al*, 2012).

A presença de diabetes durante a gestação tem sido associada a várias complicações obstétricas, fetais e neonatais (tais como pré-eclampsia, macrosomia, parto traumático, maior taxa de cesarianas eletivas, hipoglicemia do recém-nascido, entre outras), demonstrando-se uma associação contínua entre o risco de tais complicações e os valores de glicose plasmática materna (HAPO Study Cooperative Research Group *et al*, 2008).

A definição de diabetes gestacional considerada pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, apesar de prática, leva a que todas as mulheres com diagnóstico inaugural de diabetes na gravidez sejam classificadas uniformemente, independentemente do seu estado metabólico prévio. Face a esta perspetiva, e baseando-se nos resultados do estudo *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes*, a *International Association of Diabetes and Pregnancy* recomendou, em 2010, alterações à terminologia clássica e às estratégias de diagnóstico e deteção de anomalias da glicemia no decurso da gravidez. Assim, procedeu-se à subclassificação destas em Diabetes Gestacional e Diabetes Pré-Gestacional, enfatizando a necessidade de identificar este segundo grupo de mulheres de modo independente, face ao seu maior grau de hiperglicemia que as sujeitam a elevados riscos perinatais (IADPSG *et al*, 2010).

As novas estratégias de diagnóstico, posteriormente aprovadas pela *American Diabetes Association*, e implementadas em Portugal em 2011, incluem duas fases discretas. A primeira pretende detetar mulheres com DPG desconhecida, através da avaliação de todas as mulheres que se apresentam na primeira consulta pré-natal. O diagnóstico é estabelecido quando glicemia em jejum $\geq 7,0$ mmol/L, ou fração de hemoglobina glicosilada $\geq 0,065$, ou glicemia ocasional $\geq 11,1$ mmol/L, desde que posteriormente confirmada por um dos dois critérios iniciais. As mulheres que não preencherem os critérios diagnósticos de DPG, mas que apresentem valores de glicemia em jejum iguais ou superiores a 5,1 mmol/L, são consideradas como tendo DG. A segunda fase consiste na aplicação, às 24-28 semanas, de uma PTOG com 75×10^{-3} Kg de glicose, àquelas que não foram diagnosticadas previamente com qualquer um dos distúrbios, bastando a alteração de um dos valores para estabelecer o diagnóstico de DG (IADPSG *et al*, 2010). As estratégias de deteção de diabetes na gravidez, e os valores de glicemia protocolados como diagnósticos para cada uma das identidades, são melhor explanados no Anexo 1.

Verifica-se, então, que a detecção da diabetes na doente do caso clínico 1 foi realizada de acordo com os critérios recomendados pela IADPSG. Este caso exemplifica a importância da realização de rastreio tão cedo quanto a primeira consulta pré-natal, tendo-se procedido à diferenciação e diagnóstico de uma gestante com DPG (glicemia em jejum de 7,2 mmol/L, logo $\geq 7,0$ mmol/L). A precocidade de tal diagnóstico permite a instituição de terapêutica e seguimento adequado desde fases iniciais da gestação, com vista à normoglicemia, reduzindo, assim, os riscos de morbilidade materna e fetal.

III. Enfermaria de Cuidados Especiais

O internamento da MJD encontra-se dividido em quatro unidades principais: cuidados intermédios e intensivos neonatais; cuidados especiais; puerpério; e ginecologia. A enfermaria de cuidados especiais possui 15 camas, sendo estas reservadas para casos de internamento programado ou reencaminhamento pelo serviço de urgência.

Durante a permanência nesta enfermaria, foi possível contactar com variadas patologias cujas possíveis complicações e/ou instituição de terapêutica implicam internamento e vigilância materno-fetal contínua e especializada. A título de exemplo, incluem-se casos de pré-eclâmpsia, ameaças de parto pré-termo e metrorragias da gravidez.

As atividades aqui desenvolvidas consistiram no acompanhamento da visita diária às doentes da enfermaria, observação e interpretação de registos cardiotocográficos, realização de história clínica obstétrica, avaliação da evolução clínica das doentes e realização de registos clínicos diários.

Caso Clínico 2:

M.A.R.M., 34 anos, raça caucasiana, primigesta, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Gestação de 29 semanas e 4 dias, vigiada na MJD, sem intercorrências.

Recorreu ao SU por contrações uterinas dolorosas desde essa manhã, com intensidade referida de 6/10 e com duração aproximada de 1 minuto. Negava perda vaginal de líquido ou sangue, assim como queixas gastrointestinais ou geniturinárias. Ao exame objetivo apresentava-se com bom estado geral, apirética, hemodinamicamente estável e sem alterações à inspeção vaginal com espéculo. No toque vaginal apresentava um colo uterino amolecido, anterior, com extinção de 60%, 1×10^{-2} m de dilatação e plano de Hodge acima de I (Índice de Bishop:7).

Nos exames auxiliares diagnóstico realizados à entrada apresentava: cardiografia com contrações uterinas regulares e FCF presente e reativa; ecografia transvaginal com comprimento do colo uterino de 24×10^{-3} m; ecografia transabdominal demonstrando um feto único, de apresentação cefálica, biometria compatível com IG e sem malformações aparentes, assim como, placenta fúndica e VLA normal; teste rápido da urina sem alterações; teste de fibronectina positivo.

A doente foi internada com diagnóstico de APPT para vigilância materno-fetal, tocólise e corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

Discussão:

O parto pré-termo é definido como aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação, podendo classificar-se em PPT espontâneo (por trabalho de PPT ou ruptura prematura de membranas pré-termo) e PPT iatrogênico (para benefício materno ou fetal) (Iams, 2003). No caso apresentado, a ausência de história de perda vaginal de líquido, ou de visualização da sua saída pelo orifício cervical externo, afasta a possibilidade de se tratar de uma ruptura prematura de membranas.

As evidências sugerem que o PPT espontâneo é o resultado final de diferentes processos patogênicos que culminam numa via comum, desencadeadora de um trabalho de parto prematuro e/ou ruptura de membranas. Entre as etiologias mais comuns destacam-se processos inflamatórios, hemorragia decidual, hiperdistensão uterina e ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal da mãe ou feto. (Iams, 2003)

Os critérios clínicos específicos de trabalho de PPT que têm sido considerados incluem a existência de contrações uterinas persistentes (4 a cada 20 minutos ou 8 cada 60 minutos), com extinção cervical maior ou igual a 80%, ou dilatação superior a 2×10^{-2} m (Chao *et al*, 2011). A necessidade de especificar tais critérios surge face a 80% dos supostos trabalhos de PPT sofrerem resolução espontânea (Peaceman *et al*, 1997) e, portanto, com o intuito de distinguir os casos de maior probabilidade de evolução para PPT. No entanto, para além da variabilidade inter e intra-observador do toque vaginal manual, tais sinais são pouco sensíveis, sobretudo quando na presença de alterações cervicais mínimas, podendo surgir demasiado tarde para uma intervenção efetiva. Assim, sobretudo nas situações que não preenchem os critérios específicos, tal como é exemplificado pelo caso clínico 2, a avaliação do comprimento do colo uterino com ecografia transvaginal, mais sensível que a dilatação cervical avaliada manualmente (Berghella *et al*, 1997), e a deteção de fibronectina fetal nas secreções cervicais, têm sido utilizadas como técnicas objetivas com vista à maior acurácia do diagnóstico. (Iams, 2003 e Grimes-Dennis *et al*, 2007).

Apesar de poderem ser usadas de modo isolado, recomendações recentes propõem uma utilização combinada destas técnicas em casos de contrações uterinas pré-termo e em que não tenha ocorrido ruptura de membranas. (Gomez *et al*, 2005)

Assim, numa primeira etapa, e após obtenção de esfregaço do fundo saco vaginal posterior, opta-se por uma triagem inicial com base no comprimento do colo uterino. Medições superiores a 30×10^{-3} m e inferiores a 20×10^{-3} m correlacionam-se, de modo independente, com baixo e alto risco de PPT, respetivamente, não sendo normalmente necessário proceder à avaliação adicional do esfregaço. Este só é enviado para deteção de fibronectina fetal no

subgrupo com medições intermédias (20×10^{-3} - 30×10^{-3} m), o que, face ao seu valor preditivo negativo de 99,2% de ocorrência de parto nos 14 dias subsequentes, numa grávida sintomática (Peaceman et al, 1997), diminui o número de intervenções desnecessárias, aumentando significativamente a capacidade de prever o PPT com este intervalo de medições. (Hincz et al, 2002)

Na escolha da intervenção terapêutica mais adequada para esta doente, há que ter em conta, não só o risco de evolução para PPT, mas também a idade gestacional. Assim, considerando o comprimento do colo de 24×10^{-3} m e o teste positivo de fibronectina fetal, que a colocam em risco aumentado de PPT, a opção terapêutica mais adequada passa pelo internamento e instituição de corticoterapia para indução de maturação pulmonar. Tal intervenção é justificável pelo seu benefício comprovado na redução do SDR e outras complicações neonatais, devendo ser aplicada, desde que em idades gestacionais compreendidas entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias. Os esquemas ideais consistem na administração de 2 doses betametasona ou 4 doses de dexametasona, o qual foi o utilizado nesta doente. A tocolise pode retardar o parto até 2-7 dias, oferecendo o período mínimo de 48 horas para permitir a ação máxima da corticoterapia. Neste caso, o tocolítico escolhido foi a nifedipina que, quando utilizada isoladamente, apresenta um bom perfil de segurança materno-fetal. (ACOG, 2003)

Caso Clínico 3:

A.C.M.N., 36 anos, IMC: $37,3 \text{ Kg/m}^2$, DPG insulino-dependente vigiada irregularmente e com mau controlo glicémico. III Gesta/ II Para (eutócicos, sem intercorrências durante as gestações). Gestação atual de 29 semanas e 6 dias, vigiada desde as 18 semanas, mantendo perfis tensionais de 130-135/75-82 mmHg.

Foi transferida da consulta externa para o SU por subida tensional (TA: 158/106 mmHg) e proteinúria (uma cruz no teste rápido da urina) inaugurais e persistentes, sem sinais prodrómicos de eclampsia. Sem queixas e sem outras alterações no exame físico e ginecológico.

Procedeu-se ao internamento por suspeita de pré-eclâmpsia para controlo analítico, monitorização cardiotocográfica e tensional, medicação anti-hipertensora e esquema insulínico da doente.

Os exames diagnósticos realizados no internamento revelaram: hemograma com contagem de plaquetas, estudo da coagulação, função renal e hepática sem alterações; exame sumário da urina com proteinúria (0,7 g/L); ecografia transabdominal com feto em

apresentação cefálica, FCF presente, boa dinâmica corporal e biometria adequada para a IG, VLA e fluxometria doppler da artéria umbilical normais; cardiocografia sem alterações.

Optou-se por administração de corticoterapia para indução de maturação pulmonar fetal e manutenção de vigilância maternofetal.

Discussão:

A pré-eclâmpsia é uma síndrome multisistêmica e heterogênea, que apesar de não completamente esclarecida, parece resultar de uma disfunção endotelial materna disseminada, secundária à produção de fatores antiangiogênicos por uma placenta hipoperfundida (Maynard *et al*, 2011).

As doenças hipertensivas da gravidez demonstram uma associação com altas taxas de mortalidade e morbidade materna, fetal e neonatal, sendo a pré-eclâmpsia responsável por 10-15% das mortes maternas por complicações obstétricas nos EUA. (Duley, 2009)

De entre os fatores de risco que têm sido considerados para o desenvolvimento desta patologia incluem-se a idade materna avançada, nuliparidade, história pessoal ou familiar de pré-eclâmpsia, assim como doenças médicas preexistentes. Este último grupo, muito patente na doente em causa, incluiu a DPG, TA durante a gestação $\geq 130/80$ mmHg e IMC $\geq 26,1$ Kg/m² (Duckitt *et al*, 2005).

O diagnóstico de pré-eclâmpsia é estabelecido aquando aparecimento, após as 20 SG, de HTA (TAS ≥ 140 mmHg ou TAD ≥ 90 mmHg, numa mulher previamente normotensa, em duas medições espaçadas em pelo menos seis horas) e proteinúria ($\geq 3 \times 10^{-4}$ Kg na urina de 24 horas). A presença de uma cruz na tira-teste de urina é sugestivo, mas não diagnóstico da presença deste último critério, pelo que implica confirmação com urina de 24 horas.

O ACOG considera ainda a subclassificação da pré-eclâmpsia em moderada e grave, sendo a última designação reservada aos casos que apresentam pelo menos um dos seguintes critérios: HTA severa (TAS ≥ 160 mmHg ou TAD ≥ 110 mmHg, em 2 medições com intervalo de 6 horas), proteinúria severa ($\geq 5 \times 10^{-3}$ Kg/dia), ou sinais/sintomas de lesão de órgãos-alvo (cefaleia severa, perturbações visuais, sintomas de distensão da cápsula hepática, oligúria ($< 5 \times 10^{-4}$ m³/24h), edema pulmonar ou cianose, trombocitopenia ou evidência de anemia hemolítica microangiopática, lesão hepatocelular, restrição do crescimento intrauterino, entre outros). (ACOG, 2002)

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto, ainda assim, a decisão entre este e uma atitude expectante depende da gravidade do quadro, da idade gestacional e do bem-estar maternofetal. Todas as mulheres com suspeita ou diagnóstico definitivo de pré-eclâmpsia

devem ser internadas para avaliação adicional da sua gravidade. Esta deve incluir, no mínimo, a avaliação da TA e proteinúria de 24 horas (se ainda não obtida previamente), um hemograma com contagem de plaquetas, diurese, creatinina sérica, transaminases e bilirrubina, assim como avaliação do VLA, fluxometria doppler da artéria umbilical, biometria fetal e cardiotocografia (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2011). Outros exames importantes incluem o estudo da coagulação, ionograma, exame sumário e bacteriológico da urina.

No caso 3, não existindo ainda critérios de gravidade e considerando a IG menor que 34 semanas, a maioria das orientações internacionais opta por uma atitude expectante, dado o alto risco de complicações de prematuridade. As recomendações incluem, então, a manutenção de repouso no leito, monitorização da TA, vigilância de aparecimento de sinais ou sintomas sugestivos de agravamento e reavaliação periódica dos parâmetros materno-fetais já descritos.

Dado tratar-se de um caso com TAS ≥ 150 e TAD ≥ 105 mmHg, que acarreta já um risco acrescido para a saúde materno-fetal, é ainda recomendada a instituição de medicação anti-hipertensora, de modo a garantir perfis tensionais inferiores a estes valores. A administração de corticoterapia para indução de maturação pulmonar fetal constitui uma medida preventiva, face a um possível agravamento do quadro com necessidade de interrupção da gravidez.

IV. Serviço de Urgência

O SU da maternidade encontra-se dividido numa zona de triagem e admissão, e no núcleo de partos. Este último é constituído por sete blocos de partos individuais, salas de expectantes e indução de trabalho de parto, um bloco operatório com duas salas e recobro. Aquando entrada no SU, as doentes são admitidas consoante a triagem de Manchester, realizada por um enfermeiro/a, num gabinete para tal destinado. O atendimento médico procede-se em três salas de observação devidamente equipadas, sendo apoiado por um gabinete de enfermagem e outro de cardiotocografia.

O tempo de estágio despendido para participação nas atividades do SU constituiu oportunidade de utilização de muitos dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, num contexto prático, no qual a afluência de doentes obriga a proceder, de modo célere, ao diagnóstico e tratamento dos problemas, sem descurar de uma boa prática clínica. Na admissão foi possível adquirir maior destreza na realização de procedimentos técnicos como exame ginecológico com espéculo, toque vaginal manual e palpação bimanual, assim como observar e interpretar ecografias transabdominais e transvaginais. As atividades no núcleo de partos primaram pelo acompanhamento da passagem de turno e visita às mulheres internadas, seguimento das várias fases do trabalho de parto, interpretação de cardiotocografia, preenchimento de partograma e observação de cesarianas.

Quadro 4 – Patologias Obstétricas Observadas no Serviço de Urgência

Casos Observados	Número de Casos
Trabalho Parto Eutócico	12
Trabalho Parto Distócico com Ventosa	4
Trabalho Parto Distócico com Fórceps	1
Cesarianas Eletivas / Cesarianas de Urgência	5 / 3
Interrupção Voluntária da Gravidez	4
Interrupção Médica da Gravidez por Patologia Fetal	3
Gravidez não-evolutiva	1
Doenças Hipertensivas da Gravidez	3
Hemorragia Pós-Parto	2
Metrorragias na Gravidez	5
Vulvovaginites em gestantes	4

Caso Clínico 4:

I.R.S, 30 anos, raça caucasiana, primigesta, sem antecedentes de relevo. Gestação atual de 21 semanas e 2 dias. Recorre ao SU por gravidez não evolutiva diagnosticada por ecografia no exterior. Sem hemorragias, dores abdominais ou outra sintomatologia.

A ecografia transabdominal, realizada à entrada, revelava um feto sem vitalidade e ausência de FCF, com biometria compatível com 19 SG e com múltiplas malformações intrauterinas. Ecografia de 1º trimestre sem alterações. Cariótipo obtido previamente: 46,XY.

A doente foi internada para iniciar indução de trabalho de parto com misoprostol segundo o protocolo do serviço.

Discussão:

A terminologia e definições utilizadas em torno do evento de perda gestacional são controversas. O termo “morte fetal” é normalmente reservado para aquela que ocorre antes da completa expulsão ou extração de um produto concecional da mãe, independentemente da idade gestacional, e que não resulta de uma interrupção induzida de gravidez. No entanto, as perdas fetais tendem a ser classificadas consoante a idade gestacional em que ocorrem. (Lindsey, 2011) Assim, se a morte fetal ocorre durante a gravidez precoce, ou seja, antes que haja possibilidade de viabilidade fetal fora do meio uterino (quando o peso fetal é menor ou igual a 0,5Kg, ou até às 20-22 SG), é considerada como um abortamento não induzido. (Puscheck, 2012) Após este período, é classificada como morte fetal intrauterina ou nado-morto. (Lindsey, 2011) Por sua vez, o abortamento não induzido pode manifestar-se como um abortamento espontâneo ou como abortamento retido.

Um abortamento retido corresponde à morte embrionária ou fetal intrauterina, ocorrida antes das 20-22 SG, sem que haja expulsão espontânea dos conteúdos gestacionais durante dias ou semanas. Na maioria dos casos, cursa sem sintomatologia, nomeadamente sem hemorragias, dores abdominais ou alterações cervicais, sendo o diagnóstico firmado aquando realização de ecografia que revela ausência de atividade cardíaca fetal. (Puscheck, 2012)

As anormalidades genéticas, sobretudo as cromossomopatias, são a etiologia mais frequente de abortamento, apresentando uma incidência decrescente para idades gestacionais progressivamente maiores. Apesar de este feto apresentar um cariótipo normal, algumas anormalidades genéticas possivelmente responsáveis podem não ser detetáveis pela análise citogenética convencional (como pequenas deleções, duplicações ou mutações pontuais). De

facto, muitos dos fetos que manifestam malformações, deformações e síndromes displásicas apresentam ausência de anomalias no seu cariótipo. (Silver, 2007)

A abordagem destas mulheres pode passar por um tratamento médico, cirúrgico ou expectante. No entanto, a retenção dos produtos de concepção pode induzir a uma coagulação intravascular disseminada, acarretando risco para a vida materna. Para além disto, tratando-se este caso de uma gestação de 2º trimestre, há menor probabilidade de progressão para TP espontâneo, o que torna a atitude expectante pouco apropriada. (Clark *et al*, 2007)

A terapêutica médica para indução do trabalho de parto constitui uma alternativa prática e efetiva para evitar a dilatação e curetagem. O agente mais frequentemente utilizado é o misoprostol, um análogo da prostaglandina E1, que tem demonstrado uma elevada efetividade na evacuação uterina numa série de estudos (taxas de sucesso de 81-100%, até às 24-72 horas, em casos de morte intrauterina do 2º trimestre). Comparativamente a outros fármacos utilizados para o mesmo fim, o misoprostol demonstrou eficácia semelhante ou até mesmo superior, com vantagens como baixo custo, menos efeitos laterais e estabilidade à temperatura ambiente. No que diz respeito ao modo de administração, a via endovaginal parece ser mais efetiva, em parte devido à ação direta sobre o colo uterino, associando-se, ainda, a uma menor incidência de efeitos laterais gastrointestinais. (Clark *et al*, 2007)

Caso Clínico 5:

I.T., 31 anos, raça caucasiana, primigesta. Gestação bigemelar (bicoriónica e biamniótica) de 37 semanas e 4 dias, sem intercorrências até à data. Recorreu ao SU por contrações uterinas dolorosas, percebidas desde as 21 horas desse dia. Aquando entrada (00h30min) apresentava, ao toque vaginal, um colo amolecido, centrado, 80% extinto, 4×10^{-2} m de dilatação, plano de Hodge acima de I (Índice Bishop 8). A bacia era adequada e ambos os fetos tinham apresentação cefálica de vértice. Bolsa de águas íntegra. A cardiografia indicava a presença de contrações uterinas regulares.

A doente foi internada no bloco de partos, por início de TP, onde foi sujeita a anestesia epidural. Na evolução do TP, com análise do partograma, verificou-se uma falha na progressão da fase ativa pelo que foi iniciada oxitocina e realizada amniotomia. Por volta das 09h15min apresentava dilatação completa.

A doente apresentou incapacidade para esforços expulsivos que se revelaram inadequados, mantendo-se a cardiocografia sem alterações. Recorreu-se a parto

instrumentalizado por ventosa dos dois fetos, tendo resultado dois recém-nascidos vivos e viáveis.

Discussão:

A via de parto a utilizar numa gravidez bigemelar é um tema controverso, pelo que a escolha do método com melhor relação risco-benefício deve ter em conta a apresentação fetal e a idade gestacional. No caso de ambos os fetos terem uma apresentação cefálica de vértice, o normalmente indicado é proceder a uma tentativa de parto vaginal (Cruikshank, 2007).

Ainda que a escolha da via tenha sido adequada, o TP do caso apresentado foi anormal, desviando-se do padrão observado na maioria das mulheres com parto espontâneo. O termo distocia refere-se a um TP anormal secundário a anormalidades das forças propulsoras, do passageiro ou do canal de parto. No entanto, face à dificuldade de diagnóstico, usa-se frequentemente o termo “falha de progressão” que se refere à falha na dilatação cervical progressiva e/ou na descida da apresentação fetal (ACOG, 2003).

Classicamente, a fase ativa do 1º estágio do TP é considerada prolongada, em nulíparas, quando a dilatação cervical é inferior a $1,2 \times 10^{-2}$ m/hora (Friedman, 1978). Estudos recentes revelaram, para este mesmo grupo, uma média de 5,3 horas para que ocorra a dilatação de 4×10^{-2} a 10×10^{-2} m, pelo que valores superiores sugerem um prolongamento desta fase (Zhang *et al*, 2010). A melhor abordagem para uma falha na progressão da fase ativa é a estimulação com oxitocina, sendo este o único fármaco aprovado pela *Food and Drug Administration* para este fim. O objetivo é atingir uma atividade uterina suficiente para provocar alterações cervicais e descida fetal adequadas. A amniotomia pode também ser utilizada para estimular a progressão da fase ativa, tendo sido associada a uma menor duração desta e da necessidade de oxitocina, apesar de aumentar o risco de infeção. (ACOG, 2003)

Em mulheres nulíparas, com anestesia regional, o diagnóstico de um 2º estágio prolongado deve ser considerado quando excede as 3 horas. Face à existência de uma vigilância fetal intraparto contínua, tal deixou de constituir indicação obrigatória para intervenção, como instrumentalização ou cesariana. As indicações para uso de ventosa ou fórceps, apesar de não reunirem consenso universal, consistem normalmente num estágio 2 prolongado, suspeita de compromisso fetal e encurtamento do período expulsivo para benefício materno. A sua aplicação implica a existência prévia de encravamento da cabeça fetal, dilatação completa e uma cuidada ponderação das suas contra-indicações. (ACOG, 2000) No caso apresentado, não só se verificou um prolongamento e insuficiência da descida fetal, mas também esforços expulsivos que se relevaram inadequados, o que levou a optar pelo uso da ventosa, apesar do estado fetal tranquilizador.

V. Centro de Diagnóstico Pré-Natal

As anomalias congénitas relevantes apresentam atualmente uma incidência significativa, constituindo uma das principais causas de mortalidade infantil. Neste contexto, o DPN ocupa atualmente um lugar de importância crescente na saúde maternofetal, utilizando um conjunto de procedimentos de rastreio e diagnóstico que permitem detetar, previamente, uma fração importante destas anomalias e proceder à referência adequada de cada caso.

As funções exercidas pelo centro de diagnóstico pré-natal da MJD incluem rastreios ecográficos e bioquímicos, consultas (nomeadamente de pré-conceção, diagnóstico pré-natal, patologia fetal, risco de anomalias congénitas e dismorfologia), ecografia diferenciada, exames invasivos de DPN, fetopatologia, e ainda apoio psicológico e social.

1. Programa Vertical de Diagnóstico Pré-Natal

O Programa Vertical de Diagnóstico Pré-Natal visa possibilitar o acesso aos procedimentos de rastreio ecográfico e bioquímico a um número cada vez maior de mulheres. Tal programa destina-se a grávidas que estejam, e manifestem vontade de continuar, a ser seguidas no seu centro de saúde, implicando uma estratégia de integração dos diversos níveis de cuidados e uma complementaridade interinstitucional. Cabe ao centro de saúde confirmar e datar a gravidez e proceder à referência das grávidas com menos de 12 semanas para protocolo de ecografia de 1º trimestre e rastreio bioquímico (11^a-13^a semanas + 6 dias), e daquelas com menos de 20 semanas para protocolo de ecografia e rastreio bioquímico de 2º trimestre, assim como consulta de avaliação de risco.

A consulta de programa vertical, na qual foi possível participar neste estágio, consiste no primeiro contacto da grávida referenciada com a maternidade. Nesta procede-se à colheita da história clínica, com enfoque nos aspetos ginecológicos, obstétricos e antecedentes pessoais ou familiares de relevo, assim como à explicação detalhada dos procedimentos de DPN aos quais se propõem, quais os seus objetivos, vantagens e implicações. Uma vez esclarecidas todas as dúvidas, procede-se então à orientação adequada.

2. Ecografia Diferenciada e Exames Invasivos de Diagnóstico Pré-Natal

O espaço reservado para execução de ecografia e exames invasivos de diagnóstico é constituído por quatro gabinetes devidamente equipados. É neste local que, nas IG protocoladas, se procede à realização de ecografias de 1º trimestre (com enfoque na avaliação

da IG, viabilidade fetal, diagnóstico de gravidez múltipla e rastreio de cromossomopatias), 2º trimestre (ecografia morfológica) e 3º trimestre, assim como a ecocardiografia fetal. Nos casos devidamente justificados e programados, executam-se ainda exames invasivos como amniocentese, biopsias de vilosidades coriônicas e, possivelmente, cordocentese. O quadro 5 apresenta os procedimentos observados durante o período de estágio.

Quadro 5 – Procedimentos Observados na Ecografia e Exames Invasivos de DPN

Casos Observados	Número de Casos
Ecografia de 1º Trimestre	7
Ecografia de 2º Trimestre (Morfológica)	21
Ecografia de 3º Trimestre	8
Amniocentese	6
Biopsia de Vilosidades Coriônicas	1

Caso Clínico 6:

B.M., 32 anos, raça caucasiana, primigesta, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Vem referenciada pelo programa vertical para realização de ecografia de 1º trimestre.

O exame ecográfico realizado revelou um feto único, com CCC de 52×10^{-3} m, compatível com IG de 11 semanas e 6 dias. A TN era de $4,4 \times 10^{-3}$ m (> percentil 99), os ossos próprios do nariz estavam presentes e o doppler do ducto venoso apresentava onda A invertida. Sem outras alterações aparentes.

Face a estes achados ecográficos, optou-se pela realização, após 3 dias, de uma biopsia de vilosidades coriônicas para obtenção de cariótipo fetal. Resultado foi 47,XX,+18 (Trissomia 18).

Discussão:

Os três principais marcadores ecográficos a avaliar, aquando realização da ecografia do 1º trimestre, incluem a translucência da nuca, ossos próprios do nariz e fluxometria doppler do ducto venoso, os quais, quando alterados, apesar de não específicos, constituem fator de risco para anomalias fetais.

A translucência da nuca refere-se à região hipocóica localizada entre a pele e os tecidos moles e posteriormente à coluna cervical, constituindo um achado ecográfico comum

desde que mantenha dimensões dentro dos parâmetros de normalidade. A acumulação anormal de líquido nesta localização é normalmente designada como TN aumentada e o seu prognóstico adverso correlaciona-se, principalmente, com o seu grau de espessamento (Nicolaidis, 2005).

A IG ótima para medição da TN corresponde ao período compreendido entre a 11ª semana e 13ª semana e 6 dias, devendo esta executar-se em conformidade com a acreditação do professor Kypros Nicolaidis. Considera-se uma TN aumentada quando a sua espessura ultrapassa os valores correspondentes aos percentis 95 e 99, estabelecidos para um determinado CCC. (Nicolaidis, 2005).

A importância primordial de uma correta avaliação da TN é a sua associação frequente a aneuploidias e a anomalias estruturais fetais, sobretudo cardíacas. Estudos recentes identificaram um risco crescente de aneuploidias para TN progressivamente maiores, atingindo uma incidência de 75% para valores superiores a $8,5 \times 10^{-3}$ m. Os cariótipos que se associam a este achado incluem a trissomia 21, 18 e 13 e a monossomia do X. (Kagan *et al*, 2006).

A inclusão da avaliação dos ossos próprios do nariz e do ducto venoso na ecografia de 1º trimestre permitiu um aperfeiçoamento no rastreio de aneuploidias fetais. A inversão da onda A no doppler do ducto venoso, também presente nesta doente, associa-se à presença de cromossomopatias e/ou anomalias cardíacas, surgindo, por exemplo, em 58% dos fetos com trissomia 18. (Nicolaidis, 2011)

Apesar da espessura da TN ser constituinte do rastreio combinado de cromossomopatias do 1º trimestre, tem-se vindo a demonstrar que, face à sua forte associação com aneuploidias, a partir de determinados valores de translucência, o benefício em realizar rastreio bioquímico antes de obter o cariótipo fetal é mínimo, ou mesmo nulo. Assim, para valores superiores a 3×10^{-3} m de TN, o mais indicado é a realização imediata de um exame diagnóstico invasivo (Comstock *et al*, 2006). Este deve privilegiar uma precocidade do resultado, o que pode levar a uma decisão mais atempada e com menores complicações, caso se opte por uma interrupção médica da gravidez, contribuindo ainda para um melhor prognóstico de uma futura gestação.

3. Reunião do Centro de Diagnóstico Pré-Natal

As reuniões do centro de DPN consistem na apresentação e discussão semanal dos casos clínicos em curso, surgidos de novo ou que necessitem de reorientação, da qual participa um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde. Após discussão e ponderação de toda a informação disponível, é acordada a orientação mais adequada para cada problema,

sendo todas as decisões registadas em ata. Tais orientações podem incluir, entre outros, o pedido de exames auxiliares de diagnóstico adicionais, referência a pediatria ou outras especialidades, ou apenas manutenção de vigilância. Face às implicações possíveis, as decisões tomadas procuram sempre ter em conta a vontade dos progenitores, implicando a correta informação e consentimento destes.

A presença nestas reuniões permitiu, num curto período de tempo, assistir à discussão de vários casos, desde alguns relativamente comuns, como suspeita/diagnóstico de Trissomia 21 ou história familiar de Hemofilia, até outros com os quais ainda não tinha sido possível contactar, nomeadamente uma discrepância entre o sexo fetal ecográfico e sexo do cariótipo. Constituiu, assim, uma oportunidade única de participação numa atividade de raciocínio clínico, que privilegia o trabalho em equipa, num contexto de DPN.

VI. Reunião Geral de Serviço

As reuniões de serviço da MJD, de ocorrência semanal, contam normalmente com a presença da grande maioria do pessoal médico da maternidade, quer ginecologistas/obstetras, quer pediatras/neonatalogistas. O conteúdo de tais reuniões inclui, não só alguns assuntos de índole administrativa, mas sobretudo a exposição de informação clínica fundamentada e atualizada acerca de diversos temas das áreas em questão. Na maior parte das vezes, esta acompanha-se da apresentação de uma proposta de protocolo a aplicar na instituição, havendo oportunidade para o debate acerca do modo como o dito pode ser aperfeiçoado. Estas reuniões constituem, também, um momento essencial para a atualização e formação contínua dos especialistas, internos, estagiários e alunos que as frequentam.

Durante o período de estágio foi possível participar em algumas destas reuniões, nas quais foram apresentadas temas como “Cancro da mama na Gravidez” e “Corticoterapia para Indução da Maturação Pulmonar”. Na primeira foram discutidos aspetos relativos à incidência desta patologia na gravidez, assim como os meios de diagnóstico e terapêuticos preferíveis neste contexto. A segunda centrou-se principalmente na discussão de qual o melhor limite superior de IG para aplicação de corticoterapia para maturação pulmonar, atualmente considerado como 33 semanas e 6 dias. A controvérsia prende-se com o facto de que, se por um lado, a administração em idades superiores à referida pode gerar complicações neurológicas centrais, por outro, a não aplicação pode culminar com SDR neonatais graves.

Conclusão

A realização do estágio em obstetrícia, assim como do presente e respetivo relato, constituiu um exercício enriquecedor, do qual se destacam alguns pontos.

Apesar de as atividades terem decorrido no centro hospitalar de formação da aluna, o facto de se tratar de um estágio extracurricular e de cariz profissionalizante firmou-se como uma oportunidade de experimentar um conjunto de atividades práticas numa área de particular interesse.

A distribuição das horas de estágio pelas principais valências da área de obstetrícia permitiu uma abordagem mais abrangente dos aspetos da medicina materno-fetal e levou à compreensão do modo de integração do serviço e articulação com outros níveis de cuidados de saúde. Adicionalmente, possibilitou o contacto com cuidados prestados nas várias fases da gestação, incluindo consultas pré-concepcionais, consultas pré-natais, diagnóstico pré-natal, possíveis intercorrências e parto.

Em todos os setores frequentados, a abordagem de múltiplos casos possibilitou, não só a aquisição de novos conhecimentos e capacidades técnicas, mas também a aplicação de princípios previamente adquiridos num contexto prático, não linear, culminando com o desenvolvimento do raciocínio clínico, relativo ao diagnóstico e terapêutica de algumas das patologias mais frequentes.

Do ponto de vista interpessoal, esta constituiu uma experiência extremamente enriquecedora, sobretudo face à necessidade de manter uma relação profissional com as doentes e familiares, numa fase de maior emotividade e preocupação. Tal estimulou o desenvolvimento de capacidades comunicativas de elevada utilidade para a futura prática médica.

A reflexão final sobre os casos clínicos aqui apresentados, com a respetiva fundamentação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos utilizados, efetuada sobretudo com base em artigos de revisão científica e *guidelines* internacionais, constituiu também um exercício de importância primordial, contribuindo para a capacidade crítica relativa aos diferentes modos de abordagem de cada problema.

Perante o apresentado, a aluna considera que a atividade *Estágio em Obstetrícia no Centro Hospitalar do Porto*, e respetivo relatório, constituíram uma mais-valia para a sua formação e tomada de consciência do estatuto profissional de médico, respondendo aos objetivos inicialmente propostos.

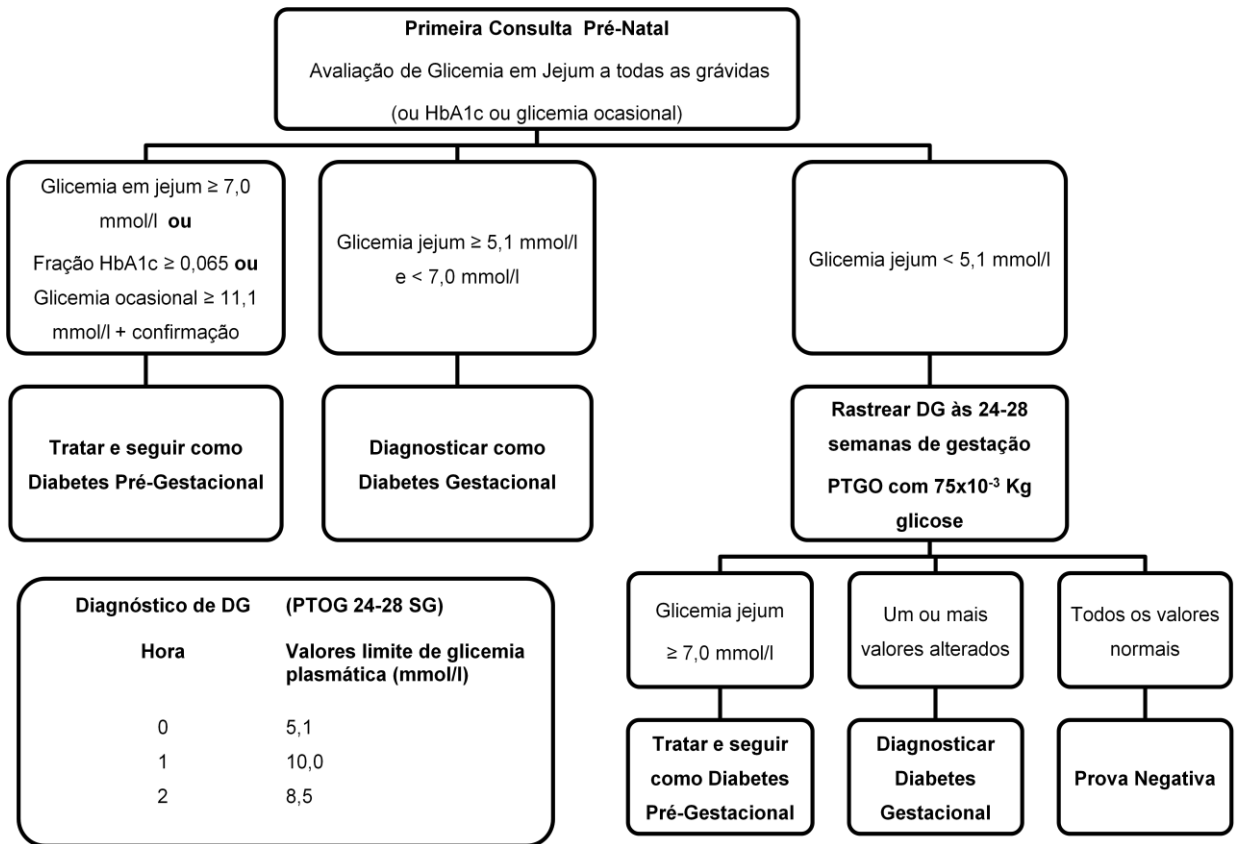
Bibliografia

- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.33. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol* 2002;99:159-167.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.49. Dystocia and Augmentation of Labor. *Obstet Gynecol* 2003;102:1445-54
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.43. Management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2003;101:1039–47
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion No.504. Screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol* 2011;118:751-3.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative vaginal delivery. ACOG Practice Bulletin No. 17. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2000
- Berghella V, Tolosa JE, Kuhlman K, et al. Cervical ultrasonography compared with manual examination as a predictor of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:723-30.
- Boavida JM, Almeida JPF, Cardoso SM, Duarte JS, Duarte R, Ferreira H, et al. Diabetes: Factos e Números 2011. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2012
- Butte NF. Carbohydrate and lipid metabolism in pregnancy: normal compared with gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr* 2000;71:1256S-61S.
- Chao TT, Bloom SL, Mitchell JS, et al. The diagnosis and natural history of false preterm labor. *Obstet Gynecol* 2011;118:1301-8.
- Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2007;2(1):67-108
- Comstock CH, Malone FD, Ball RH, et al. Is there a nuchal translucency millimeter measurement above which there is no added benefit from first trimester serum screening?. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:843-7.
- Cruikshank DP. Intrapartum management of twin gestations. *Obstet Gynecol* 2007;109:1167-76.
- Duckitt K, Harrington D. Risk factors for preeclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005;330:565-7.
- Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol* 2009;33:130-37.

- Friedman, EA. Labor clinical evaluation and management. 2nd ed. New York: Appleton-Century – Crofts; 1978.
- Gomez R, Romero R, Medina L, et al. Cervicovaginal fibronectin improves the prediction of preterm delivery based on sonographic cervical length in patients with preterm uterine contractions and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:350-9.
- Grimes-Dennis J, Berghella V. Cervical length and prediction of preterm delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:191-5.
- HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008;358:1991-2002.
- Hincz P, Wilczynski J, Kosarzewski M, Szaflik K. Two-step test: the combined use of fetal fibronectin and sonographic examination of the uterine cervix for prediction of preterm delivery in symptomatic patients. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:58-63.
- Iams JD. Prediction and early detection of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2003; 101:401-412.
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010;33:676-82.
- Kagan KO, Avgidou K, Molina FS, et al. Relation between increased fetal nuchal translucency thickness and chromosomal defects. *Obstet Gynecol* 2006;107:6-13.
- Lindsey JL. Evaluation of Fetal Death. *eMedicine*. [atualizado em 2011 Dez 21; aceso em 2012 Mai 16]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/259165-overview>
- Maynard SE, Karumanchi SA. Angiogenic factors and preeclampsia. *Semin Nephrol* 2011;31:33-46.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NICE Clinical Guideline. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy (revised reprint January 2011). London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011
- Nicolaides KH. First-trimester screening for chromosomal abnormalities. *Semin Perinatol* 2005;29:190-94.
- Nicolaides KH. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. *Prenat Diagn* 2011;31:7-15.
- Peaceman AM, Andrews WW, Thorp JM, Cliver SP, Lukes A, Iams JD, et al. Fetal fibronectin as a predictor of preterm birth in patients with symptoms: a multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:13-8.

- Puscheck EE. Early Pregnancy Loss. eMedicine. [atualizado em 2012 Jan 26; acedido em 2012 Mai 16]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/266317-overview>
- Silver RM. Fetal death. *Obstet Gynecol* 2007;109(1):153-67
- Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010;116:1281-7

Anexo 1



Estratégia de diagnóstico e deteção de anomalias da glicemia no decurso da gravidez.

Adaptado de: *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy* (IADPSG et al, 2010)