



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO EM OBSTETRÍCIA NO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Ricardo Jorge Teixeira Pinto

Orientadora

Dra. Rosa Zulmira Macedo

Porto 2012

Resumo

No âmbito da unidade curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina, o aluno realizou um estágio de 83 horas no serviço de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis, integrada no Centro Hospitalar do Porto EPE, tendo como orientadora a Dra. Rosa Zulmira Macedo, assistente hospitalar graduada de Obstetrícia no mesmo centro hospitalar.

O presente relatório integra uma descrição de toda a atividade profissional desenvolvida ao longo do estágio nas várias valências da obstetrícia, nomeadamente na consulta externa, na enfermaria de cuidados especiais, no serviço de urgência e no centro de diagnóstico pré-natal.

Da globalidade desta experiência clínica, foi feita uma seleção de alguns casos clínicos considerados de maior relevância, os quais foram sucintamente apresentados e cujos diagnósticos, metodologias e opções terapêuticas foram discutidos tendo por base artigos atuais originais e de revisão científica. Estes integraram patologias como as doenças hipertensivas na gravidez, doenças metabólicas associadas a esta, anomalias fetais detetadas ecograficamente, ameaça de parto pré-termo e infeções mais frequentes durante a gravidez, entre outras.

No decurso da atividade clínica, foram adquiridas competências médicas em aspetos como a colheita da anamnese, a execução do exame físico com a respetiva observação ginecológica/obstétrica e em paralelo em alguns procedimentos diagnósticos imagiológicos e também técnicas mais invasivas. Destas pode-se salientar a avaliação da mulher no decorrer do trabalho de parto, a avaliação fetal ecográfica e também a execução da técnica de amniocentese e da biópsia das vilosidades coriônicas.

Atendendo à perfeita integração na rotina do serviço, ao contacto próximo com as doentes e à aquisição de atitudes e competências médicas, este estágio constituiu uma importante mais-valia para a formação profissional complementar do aluno. Neste contexto, podem-se considerar cumpridos todos os objetivos inicialmente propostos para o *Estágio em Obstetrícia no Centro Hospitalar do Porto*.

Abstract

In the context of the subject “Thesis / Project / Internship Report” of the master’s degree in Medicine, the student performed an internship of 83 hours on the Obstetrics service at the Maternity Júlio Dinis, incorporated in Centro Hospitalar do Porto EPE, under the supervision of Rosa Zulmira Macedo, graduated in Obstetrics and physician assistant at the same hospital.

The present report describes all the professional activity developed during the internship in obstetrics, namely in the outpatient consult services, in the special care infirmary, in the emergency service and in the prenatal diagnosis center.

From all the clinical experience, was made a selection of some relevant clinical cases, briefly presented and whose diagnosis, methodologies and therapeutic options, were discussed having as support scientific and current articles. The selected clinical cases incorporate, among other pathologies, the pregnancy hypertension, metabolic disorders, fetal anomalies detected by ultrasounds scan, preterm births and other common infections related to pregnancy.

During the clinical activity, were acquired medical competences like the patient anamnesis, the physical examination with gynecologic/obstetric observation, the diagnosis and imagiologic procedures and the use of more invasive techniques. From these techniques were selected the women evaluation during the childbirth, the fetal ultrasounds scan, the amniocentesis technique and the chorionic villus biopsy.

Considering the perfect integration on the service, the contact with patients, the acquisition of attitudes and medical competences, this internship was extremely important to the student’s professional education. Thereby, it may be considered accomplish all the goals initially establish to the *Obstetric Internship at the Centro Hospitalar do Porto*.

Lista de Abreviaturas

| | |
|--------|---|
| APPT | Ameaça de Parto Pré-termo |
| ARA II | Antagonistas dos Recetores da Angiotensina II |
| CHP | Centro Hospitalar do Porto |
| CICA | Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório |
| CTG | Cardiotocografia |
| DPN | Diagnóstico Pré-Natal |
| EPE | Entidade Pública Empresarial |
| HSA | Hospital de Santo António |
| HTA | Hipertensão Arterial |
| IECA | Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| LES | Lúpus Eritematoso Sistémico |
| MJD | Maternidade Júlio Dinis |
| NUT | Unidade Territorial Estatística de Portugal |
| PPT | Parto Pré-termo |
| PTOG | Prova de Tolerância Oral à Glicose |
| SAF | Síndrome Antifosfolipídico |
| SARA | Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto |
| SDR | Síndrome de Dificuldade Respiratória |
| TA | Tensão Arterial |
| TN | Translucência da Nuca |
| TP | Trabalho de Parto |

Índice Geral

| | |
|---|-----|
| Resumo | i |
| Abstract..... | ii |
| Lista de Abreviaturas..... | iii |
| Índice Geral..... | iv |
| Introdução..... | 1 |
| I. Contextualização..... | 1 |
| II. Objetivos | 3 |
| Desenvolvimento | 4 |
| I. Organização das Atividades | 4 |
| II. Consulta Externa | 5 |
| 1. Consulta Hipertensão Arterial, Trombofilias e Doenças Renais | 5 |
| 2. Consulta de Diabetes e outras Endocrinopatias | 7 |
| III. Internamento | 10 |
| IV. Serviço de Urgência | 13 |
| V. Núcleo de Partos..... | 16 |
| VI. Centro de Diagnóstico Pré-Natal | 17 |
| VII. Reunião Geral de Serviço | 20 |
| Conclusão | 21 |
| Bibliografia | 22 |
| Anexos | 24 |

Introdução

O presente relatório foi elaborado com base num estágio na área médica de obstetrícia, que teve lugar nas atuais instalações do Centro Hospitalar do Porto EPE - Unidade Maternidade Júlio Dinis, sob a orientação da Dra. Rosa Zulmira Macedo, assistente hospitalar graduada em obstetrícia nessa mesma instituição.

Após a aprovação pela Comissão de Ética da atividade citada, foi realizado então um estágio de âmbito extracurricular, com uma duração total de aproximadamente 83 horas, que decorreu no período compreendido entre os dias 17/02/2012 e 20/04/2012.

As atividades aqui constantes foram desenvolvidas entre vários setores integrantes do serviço de obstetrícia, de onde fazem parte a Consulta Externa, a Enfermaria de Cuidados Especiais, o Serviço de Urgência, o Bloco de Partos e o Centro de Diagnóstico Pré-Natal.

Neste contexto, e graças à perfeita integração do aluno no serviço, muitas vezes auxiliado pelos profissionais residentes, foi possível uma excelente articulação entre bases teóricas e a prática médica efetiva, o que constituiu uma mais-valia na formação deste último, no que concerne à saúde maternofetal.

I. Contextualização

O Centro Hospitalar do Porto, EPE foi criado no dia 1 de outubro de 2007, mediante a fusão de três instituições até ali independentes, nomeadamente o Hospital de Santo António EPE, o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis. Posteriormente em 2011, o CHP sofreu uma nova expansão das suas fronteiras, inaugurando no dia 22 de março o CICA e ligando-se posteriormente em abril ao Hospital Joaquim Urbano.

Já no presente ano de 2012, procedeu-se ao encerramento do internamento do Hospital Maria Pia e à transferência dos serviços aqui desenvolvidos para o HSA. No hospital pediátrico continua ainda em ativo o setor referente à consulta externa, aguardando-se agora pela inauguração do novo Centro de Responsabilidade Maternoinfantil.

O CHP está integrado na categoria das unidades de elevada diferenciação da NUT III – Grande Porto, mantendo em permanência uma estreita colaboração com outras instituições de saúde para além de ser considerado não só um centro de referenciação da respetiva área territorial, mas também de outros locais dispersos da região norte do país.

Para além disso, o CHP mantém ainda uma componente voltada para a educação e investigação, permitindo uma valorização do ensino pré e pós-graduado, dando assim continuidade à tradição já longa do ensino nesta instituição.

Particularizando um pouco a unidade da MJD, local onde se desenvolveu o estágio sobre o qual versa o relatório, foi inaugurada em setembro de 1939, com localização na freguesia de Massarelos, tendo mantido até à data e de modo ininterrupto as funções para a qual foi construída. Sempre foi considerado um centro hospitalar central especializado, mediante a prestação de cuidados quer à mulher, quer à criança. Atualmente apresenta uma população alvo que ronda as 1.700.000 mulheres, tendo como áreas principais de influência os Concelhos do Porto e Gondomar, sendo ainda centro de referenciação de toda a área norte do país.

O complexo físico da MJD inclui um edifício principal com 5 pisos, compreendidos entre o piso -2 e o piso 2 e um pavilhão de consultas externas, construído posteriormente nos antigos jardins da maternidade, tendo em vista uma melhor resposta, face a um público mais vastos e mais exigente. Na globalidade destes dois espaços, desenvolvem-se 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 Maternofetal
- 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

No momento da seleção da área médica para o desenvolvimento do presente estágio, o aluno teve como principal meta a aquisição de conhecimentos mais específicos e pormenorizados relativamente à semiologia, fisiologia, exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica relacionada com a obstetrícia, em suma, colocar em prática toda a teoria aprendida até então ao longo dos anos pregressos do curso. Assim sendo, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Conhecimento da fisiologia materno-fetal e adaptações fisiológicas da gravidez.
- Colheita de história médica e obstétrica completa, identificando problemas que impliquem a referência das doentes a unidades diferenciadas.
- Desenvolvimento de competências no aconselhamento das grávidas sobre estilos de vida, dieta e hábitos favoráveis e desfavoráveis ao bem-estar da mãe e do feto.
- Compreender qual a informação a obter dos exames laboratoriais de rotina e da ecografia e a que idades gestacionais devem ser realizados.
- Aprofundamento dos conhecimentos relativos ao Diagnóstico Pré-Natal e às metodologias envolvidas neste.
- Proceder a exames físicos obstétricos de rotina, nomeadamente inspeção vaginal com espéculo, executar exploração pélvica bimanual, detetar atividade cardíaca fetal, medir a altura uterina e diagnosticar a apresentação fetal através da palpação abdominal no termo.
- Identificar uma gravidez de risco e resolver problemas comuns e ligeiros que possam ocorrer durante a gravidez e o puerpério.
- Acompanhamento dos vários estágios do trabalho de parto e das intercorrências associadas a estes.
- Preencher corretamente as fichas clínicas de acompanhamento pré-natal, o Boletim de Saúde da Grávida e saber transmitir essa informação como um todo aos outros médicos e profissionais de saúde.
- Desenvolver a consciência do estatuto profissional dos médicos e obrigações legais em relação à saúde materno-fetal e neonatal.

Desenvolvimento

I. Organização das atividades

Durante o período de estágio, o horário apresentado foi otimizado de modo a conciliar a minha disponibilidade com o horário laboral da Orientadora de estágio, de modo a obter o maior proveito possível em termos formativos. Foi assim seguida a distribuição que se encontra esplanada no quadro 2.

Quadro 2 – Organização das atividades

| | | | |
|----|------------|---------------|--|
| 1 | 17/02/2012 | 08:30 - 11:30 | Reunião Geral de Serviço Reunião de DPN |
| 2 | 27/02/2012 | 08:30 - 17:00 | Consulta de Hipertensão Serviço de Urgência |
| 3 | 28/02/2012 | 09:30 - 14:00 | Enfermaria de Cuidados Especiais |
| 4 | 29/02/2012 | 08:30 - 13:30 | Ecografia |
| 5 | 01/03/2012 | 09:00 - 17:00 | Consulta de Doenças Endócrinas Bloco de Partos Serviço de Urgência |
| 6 | 02/03/2012 | 08:30 - 18:30 | Reunião Geral de Serviço Reunião de DPN Serviço de Urgência |
| 7 | 05/03/2012 | 08:30 - 13:00 | Consulta de Hipertensão |
| 8 | 06/03/2012 | 08:30 - 16:00 | Enfermaria de Cuidados Especiais Bloco de Partos Serviço de Urgência |
| 9 | 07/03/2012 | 08:30 - 12:30 | Ecografia |
| 10 | 08/03/2012 | 09:00 - 16:00 | Consulta de Doenças Endócrinas Serviço de Urgência |
| 11 | 20/03/2012 | 14.30 - 18:30 | Bloco de Partos Serviço de Urgência |
| 12 | 21/03/2012 | 08:30 - 13:00 | Ecografia |
| 13 | 22/03/2012 | 14:00 - 18:00 | Serviço de Urgência |
| 14 | 19/04/2012 | 11:00 - 16.30 | Consulta de Doenças Endócrinas Serviço de Urgência |
| 15 | 20/04/2012 | 15:00 – 19:00 | Bloco de Partos Serviço de Urgência |

II. Consulta Externa

A gravidez é um estado fisiológico por excelência que necessita de seguimento por parte dos Cuidados de Saúde, na tentativa de colocar ao dispor da grávida as melhores condições para que a sua gestação, parto e puerpério ocorram sem intercorrências. Idealmente, os cuidados iniciar-se-ão antes da própria conceção, no sentido de otimizar as condições da mesma, prolongando-se geralmente até o pós-parto.

A nível hospitalar, a Consulta Externa de Obstetrícia dedica-se aos casos de gestações de risco materno ou fetal, sendo que as demais gestações são vigiadas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, sendo posteriormente referenciadas quando se torne justificável. Esta consulta encontra-se dividida em várias áreas específicas, como vem discriminado no quadro 3.

Quadro 3 – Consultas Externas da Maternidade Júlio Dinis

| | |
|---|--|
| Obstetrícia Geral | Grávidas Adolescentes |
| Hipertensão, Trombofilias e Doenças Renais | Gravidez em Idade Tardia |
| Diabetes e outras Endocrinopatias | Insucesso Reprodutor |
| Risco de Parto Pré-Termo | Patologia Infeciosa |
| Patologia hematológica/ ginecológica/ digestiva | Patologia Respiratória e Toxicodependência |
| Patologia fetal e Gravidez Múltipla | Patologia Cardíaca |
| Doenças Neurológicas | Doentes Imunosuprimidas |

O aluno, no decorrer do tempo de estágio acompanhou duas consultas em particular, a consulta de Hipertensão, Trombofilias e Doenças Renais levada a cabo pelo Dr. Jorge Braga e a consulta de Diabetes e outras Endocrinopatias, sendo o responsável por estas, o Dr. Joaquim Gonçalves.

1. Consulta de Hipertensão, Trombofilias e Doenças Renais

Caso Clínico 1

C.M.J.S. de 34 anos, raça caucasiana, previamente saudável, I Gesta : 0 Para, grávida de 28 semanas e 6 dias, sem intercorrências até ao momento. Recorreu ao serviço

de urgência seis semanas antes devido ao início abrupto de uma dor na região lombar esquerda, de intensidade crescente (7 numa escala de 0 a 10) acompanhada por náuseas, febre (temperatura máxima axilar de 38,7° C), arrepios e sensação de mal-estar generalizado.

Refere ainda disúria com início dois dias antes da dor lombar, bem como polaquiúria e urgência miccional. A doente nega a ocorrência de vômitos e de alterações no aspeto macroscópico da urina, como a presença de sangue, a instrumentação prévia do trato urinário, uso de medicação imunossupressora bem como de episódios pregressos semelhantes.

Ao exame físico é de valorizar a pesquisa positiva do sinal de Murphy renal, não sendo observadas quaisquer alterações ginecológicas no exame ao espéculo dignas de referência. A nível dos exames complementares de diagnóstico, o sedimento urinário apresentava uma leucocitose de 23×10^3 leucócitos/ml, sem albuminúria ou evidências hemáticas. No exame cultural de urina quantificaram-se $1,23 \times 10^6$ UFC/ml, compatível com infeção urinária em curso.

Por se suspeitar de uma pielonefrite, a doente foi internada durante 3 dias, tendo realizado terapêutica com paracetamol para controlo da febre e com ceftriaxona para irradicação bacteriana. Para uma apropriada vigilância de futuras intercorrências, encontrava-se a frequentar a presente consulta.

Discussão

A pielonefrite aguda é um diagnóstico que se caracteriza por dor no flanco, associada a náuseas, vômitos, febre (superior a 38 ° C), e/ou sensibilidade a nível do ângulo costovertebral, podendo ocorrer na presença ou ausência de sintomas de cistite. No caso desenvolvido, o conjunto de sintomas supracitados associados a polaquiúria e urgência miccional estão presentes na doente, assim como um sinal de Murphy renal positivo ao exame físico, e exames de análise de urina compatíveis com infeção em curso, reforçando assim a hipótese de diagnóstico.

Não obstante, a prevalência de bacteriúria assintomática em mulheres grávidas ser semelhante ao do restante espectro feminino (Nicolle *et al*, 2005), 30 a 40% das gestantes com bacteriúria assintomática não tratada irão desenvolver infeção do trato urinário sintomática, incluindo pielonefrite, durante a gravidez.

A predisposição para esta evolução é devida principalmente às alterações anatómicas no trato urinário durante a gravidez, como a pressão exercida na bexiga com a

ampliação uterina e com a dilatação uretérica, devido ao relaxamento do músculo liso. Além disso, a imunossupressão da gravidez pode contribuir para esta patologia.

Em termos de etiologia microbiana, a *Escherichia coli* é a entidade responsável por aproximadamente 70% dos casos. Outros organismos responsáveis pela infecção incluem a *Klebsiella* ou *Enterobacter* (3%), o *Proteus* (2%), e outros micro-organismos gram-positivos, incluindo o *Streptococcus* do grupo B (10%).

As complicações na população obstétrica decorrentes da pielonefrite incluem por ordem decrescente de evidência a anemia, bacteriemia, insuficiência respiratória e disfunção renal (Hill *et al*, 2005). Em adição a estes dados, estima-se que cerca de 20% das mulheres com pielonefrite grave desenvolvam complicações que incluem a síndrome de choque séptico ou uma das suas variantes, tais como a SARA.

Com base no maior risco de complicações em mulheres grávidas, a pielonefrite tem sido tradicionalmente tratada com antibióticos por via intravenosa em regime de internamento. A escolha da terapêutica antibiótica inicial deve ter em consideração o local, a microbiologia e os dados de suscetibilidade epidemiológicos. Neste sentido, os antibióticos betalactâmicos parentéricos são preferidos, nomeadamente as classes das cefalosporinas, em detrimento das fluoroquinolonas e também dos aminoglicosídeos por estarem associados a ototoxicidade após exposição fetal prolongada (Le *et al*, 2004).

Com isto, torna-se expectável que a mulher fique apirética após um período compreendido entre as 24 e as 48 horas com regressão sintomática, momento ideal para a otimização da terapêutica para via oral, com base nos resultados aferidos da cultura de urina previamente realizada. Atendendo a estes pressupostos, a doente foi corretamente medicada com ceftriaxona, tendo recebido alta após três dias de internamento, por se apresentar sem qualquer sintomatologia sugestiva da patologia tratada.

2. Consulta de Diabetes e outras Endocrinopatias

Caso Clínico 2

A.A.C.A de 27 anos, raça caucasiana, 2 Gesta : 1 Para, grávida de 28 semanas e 1 dia, sem doenças crónicas, progenitores com diabetes tipo II. A primeira gravidez decorreu sem intercorrências, sendo o primeiro filho normossómico ao nascimento (peso de 3,460 Kg e 0,47 m de altura).

Na consulta do primeiro trimestre, por volta das 11 semanas de gestação, a grávida fez a determinação da glicemia em jejum, tendo-se registado um valor de 4,6 mmol/l.

Na consulta do segundo trimestre, já com 25 semanas de gravidez, após a PTOG ($7,5 \times 10^{-2}$ Kg de glicose) aferiu-se um valor de glicemia ao fim da primeira hora de 12,6 mmol/l e ao fim de duas horas de 10,2 mmol/l, valores compatíveis com o diagnóstico de diabetes gestacional, motivo pelo qual é seguida na presente consulta. De salientar que a doente se encontra sob terapêutica não farmacológica até ao momento.

Discussão

A gravidez é um estado fisiológico que se caracteriza pelo aumento da resistência à insulina, predispondo assim ao desenvolvimento de diabetes. Esta resistência decorre da secreção de hormonas placentárias diabetogénicas, incluindo a hormona de crescimento, a hormona de libertação da corticotropina e a progesterona, bem como pela deposição aumentada de tecido adiposo materno, diminuição do exercício físico, e o aumento do aporte calórico (Lawrence *et al*, 2008).

Estas e outras alterações metabólicas são importantes quando devidamente controladas, pois asseguram um amplo fornecimento de nutrientes ao feto, porém quando a função pancreática não é suficiente para vencer esta resistência, a doença instala-se de forma gradual ou abrupta.

Estão documentados inúmeros fatores de risco associados ao desenvolvimento de diabetes gestacional: a presença de história familiar de diabetes, especialmente em parentes de primeiro grau (Kim *et al*, 2009); um índice de massa corporal pré-gestacional superior a 30 kg/m^2 ou ganho de peso significativo no início da idade adulta e entre as gestações; idade superior a 25 anos; macrosomia fetal ($> 4,100 \text{ Kg}$) ou nascimento prévio de uma criança com malformações; história pessoal de intolerância à glicose; etnia com elevada prevalência de diabetes tipo II; peso materno ao nascimento superior a $4,100 \text{ Kg}$ ou inferior a $2,700 \text{ Kg}$; glicosúria aferida na primeira consulta pré-natal; síndrome do ovário poliquístico (Begum *et al*, 2009); terapêutica atual com glucocorticoides e a presença de hipertensão essencial ou associada à gravidez. No caso em estudo, apenas a idade da doente, associada à história familiar de diabetes mellitus podem ser apontados como fatores de risco para esta patologia.

Segundo os critérios da Associação Internacional dos Grupos de Estudos de Diabetes e Gravidez, o diagnóstico de diabetes pré-gestacional é estabelecido quando as grávidas preenchem um ou mais dos seguintes critérios aferidos no decorrer da primeira

consulta pré-natal, nomeadamente a glicemia em jejum $\geq 5,1$ mmol/l, uma fração de hemoglobina A1C $\geq 0,065$, ou ainda uma glicemia aleatória $\geq 11,1$ mmol/l sendo posteriormente confirmada pelos métodos anteriormente aferidos.

Por sua vez, a diabetes gestacional é diagnosticada quando nesta mesma consulta a glicemia em jejum é $\geq 5,1$ mmol/l mas $< 7,0$ mmol/l. Quando a deteção de diabetes pré ou gestacional não foi conseguida com o teste inicial na primeira visita médica, a PTOG, uma prova de tolerância oral com $7,5 \times 10^{-2}$ Kg de glicose, com determinação das glicemias plasmáticas às 0h, 1 h e 2h deve ser instituída a todas estas doentes entre as 24 e as 28 semanas gestacionais. Se pelo menos um dos resultados for anormal em relação aos apresentados: glicemia em jejum $\geq 5,1$ mmol/l, mas $< 7,0$ mmol/l, após uma hora ≥ 10 mmol/l ou após duas horas $\geq 8,5$ mmol/l, fixa-se com segurança o diagnóstico de diabetes gestacional (Metzger *et al*, 2010).

O caso exposto personifica esta última situação, havendo a necessidade de se aplicar a PTOG por volta das 25 semanas de gestação, tendo os resultados alterados conduzido ao diagnóstico de diabetes gestacional.

Este diagnóstico precoce associado ao tratamento corretamente instituído, é uma preocupação crescente na gravidez, devido aos efeitos adversos que os altos níveis de glicemia podem representar para a mãe e para o feto. O tratamento pode ser baseado em medidas não farmacológicas como as alterações dietéticas, empregues no caso em estudo, ou pela utilização de insulina ou antidiabéticos orais.

Os efeitos mais marcantes a nível fetal incluem a macrossomia fetal, a presença de hidrâmnios e de um parto traumático, com possibilidade acrescida de distocia ou fraturas ósseas. A somar a isto, temos os problemas respiratórios e metabólicos neonatais (hipoglicemia, hiperbilirrubinemia e hipocalcemia) e um incremento significativo de morte perinatal (Ornoy, 2005). Há também potenciais consequências a longo prazo para a criança, como o desenvolvimento de obesidade e diabetes durante a infância, alteração da função motora e também maiores taxas de hiperatividade (Dabelea, 2007).

A nível materno encontramos um risco acrescido de desenvolvimento de pré-eclâmpsia, de abortamento espontâneo, para além do surgimento em maior escala de diabetes mellitus após o término da presente gestação.

III – Internamento

O serviço de internamento de obstetrícia divide-se em três espaços: a Enfermaria de Cuidados Especiais, o Puerpério, e os Cuidados Intermédios e Intensivos, tendo sido frequentados os dois primeiros.

Para a enfermaria de Cuidados Especiais, que se situa no primeiro piso da maternidade, ladeada pelo bloco operatório e pelo núcleo de partos, são encaminhadas as grávidas consideradas de risco, por possuírem uma patologia que pode comprometer quer a sua saúde, quer o desenvolvimento ou mesmo a vida do seu feto. Aqui são devidamente acompanhadas por profissionais médicos e de enfermagem treinados na identificação de sinais de alerta e na monitorização da evolução da gravidez.

Por seu turno, o Puerpério encontra-se no piso superior, onde as puérperas e os recém-nascidos são avaliadas no pós-parto para a deteção e resolução atempada de alguma complicação que daí possa advir.

Neste contexto de internamento, o aluno teve a oportunidade de contactar com diversas patologias que conferem alto risco à gravidez, integrar as atividades do serviço, tal como a observação e registo diário das doentes tomando consciência das principais preocupações e estados de alerta no que concerne ao período pré e pós-parto.

Caso Clínico 3

J.S.L.F. de 27 anos, raça caucasiana, diabética, obesa (IMC 32,1), previamente normotensa, I Gesta : 0 Para, grávida de 37 semanas e 4 dias, sem intercorrências até ao momento. Foi encaminhada para o serviço de urgência devido à deteção da elevação da tensão arterial (145/98 mmHg) e proteinúria num teste rápido de urina, numa consulta de rotina com o médico assistente.

Ao exame físico, a doente apresentava um edema marcado dos membros inferiores até ao joelho e também das mãos. Do exame ginecológico destaca-se um colo com extinção de 40 a 50%, sem dilatação, plano de Hodge 0 (Índice de Bishop: 3) e com consistência média.

Os exames auxiliares de diagnóstico maternos realizados à entrada, apresentaram um hemograma, ionograma e bioquímica sem alterações relevantes e um estudo da coagulação normal. A avaliação biofísica fetal quer por ecografia, quer por CTG não revelaram qualquer achado relevante.

A doente foi então internada para avaliação do bem-estar materno-fetal e evolução do quadro clínico, nomeadamente a monitorização seriada dos valores tensionais e a regressão dos edemas corporais.

Discussão

A pré-eclâmpsia é um distúrbio multissistémico que se caracteriza pelo aparecimento de hipertensão $\geq 140/90$ mmHg (a elevação da TA deve ser documentada em 2 medições com intervalos de 6 horas) e de proteinúria $\geq 3 \times 10^{-4}$ Kg na urina de 24 horas (método de diagnóstico) ou uma cruz persistente no teste rápido de urina (método de rastreio), após 20 semanas de gestação numa mulher previamente normotensa. O quadro descrito levanta a hipótese de suspeita de pré-eclâmpsia no caso clínico em análise, uma vez que, à exceção da determinação da proteinúria de 24 horas que não foi realizada, todos os outros dados são compatíveis com este.

A pré-eclâmpsia ocorre em cerca de 7,5% das gestações em todo o mundo (Dolea *et al*, 2003), e as variações subtis na incidência podem refletir, pelo menos em parte, as diferenças na distribuição da idade materna e da proporção de primíparas entre as populações (Hutcheon *et al*, 2011)

As mulheres com pré-eclâmpsia têm um risco aumentado de eventos com potencial risco para a vida, incluindo descolamento prematuro da placenta, insuficiência renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiência ou rutura hepática, edema pulmonar, coagulação intravascular disseminada, e a progressão para eclâmpsia, que se refere ao desenvolvimento de convulsões ou de coma numa mulher com pré-eclâmpsia, na ausência de outras condições neurológicas atribuíveis.

A nível global, 10 a 15% das mortes maternas diretas, isto é, resultantes de complicações obstétricas da gravidez, são associados à pré-eclâmpsia / eclâmpsia (Duley, 2009).

Os fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia são variados: a história de pré-eclâmpsia prévia, hipertensão crónica, a nuliparidade, história da patologia num familiar de primeiro grau, patologias médicas preexistentes como diabetes pré-gestacional ou LES e SAF, a gestação gemelar, intervalo prolongado entre as gestações e a idade materna avançada (Duckitt *et al*, 2005). Dos fatores apresentados, podemos individualizar os que se auguram na doente analisada, nomeadamente o facto de ser uma primigesta, apresentar diabetes pré-gestacional e obesidade.

A fisiopatologia da pré-eclâmpsia envolve tanto fatores maternos como fetais e placentários. As anormalidades no desenvolvimento da vasculatura placentária ao longo da gravidez potenciam as manifestações clínicas da doença. Estas anormalidades podem resultar na subperfusão placentária e, possivelmente, em hipóxia e isquemia, conduzindo à libertação de fatores antiangiogénicos e de outras substâncias que podem causar uma disfunção endotelial sistémica materna, resultando no quadro clínico supracitado (Maynard *et al*, 2011).

Relativamente ao tratamento da HTA na gravidez, o incentivo à alteração dos hábitos e estilo de vida são prioritários, associados quando estes não são suficientes, à introdução de terapêutica farmacológica para valores tensionais acima de 150/105 mmHg. Neste sentido, há que salientar que na mulher grávida, são altamente contraindicados os fármacos das classes dos IECA's e dos ARA II, pelos seus riscos teratogénicos, com especial relevo no primeiro trimestre da gestação. Assim sendo, deverão ser prescritos sempre que necessários o labetalol intravenoso, a hidralazina ou ainda a nifedipina oral como alternativa válida. (Duley *et al*, 2006).

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto, de forma a evitar o desenvolvimento de complicações maternas ou fetais devido à progressão da doença. A indução do parto é ponderada em função da idade gestacional, da gravidade da pré-eclâmpsia, e das condições materno-fetais. As trinta e sete semanas de gestação são um marco que orienta na decisão terapêutica, pois antes deste período há a indicação para uma atitude expectante associada à maturação pulmonar fetal mediante utilização de corticoterapia. Ultrapassado este tempo de gestação, a indução do parto costuma ser a atitude selecionada.

No caso analisado, a gravidez encontrava-se já próxima das 38 semanas, porém, dada a boa evolução clínica durante o internamento, nomeadamente a normalização das tensões arteriais, bem como da involução da proteinúria, o consenso médico foi de protelar o parto até ao fim do tempo regulamentar de gestação.

IV – Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência da MJD está sediado no piso térreo do edifício principal, com um total de 3 salas de observação devidamente equipadas, 2 salas para observação por enfermagem e realização de CTG. As doentes são admitidas e devidamente triadas num gabinete próprio por um enfermeiro, sendo posteriormente encaminhadas ao médico especialista, no espaço acima referido.

Este é sem sombra de dúvida, um local privilegiado para o contacto com uma grande diversidade de patologias e para a execução de gestos técnicos que, até então, foram apenas aprendidos sob o ponto de vista teórico e treinados com o recurso a modelos anatómicos. Nesta medida, foram executadas técnicas correspondentes ao exame ginecológico/obstétrico, como a inspeção dos genitais externos, introdução do espéculo, observação do colo uterino, vagina e a palpação bimanual. Além disso foi possível ainda neste âmbito a visualização de alguns exames ecográficos a título de urgência, para avaliação mais pormenorizada do bem-estar e desenvolvimento fetal.

No que se refere às patologias observadas, presentes no quadro 4, o aluno teve a possibilidade impar de desenvolver em maior profundidade o seu raciocínio médico, integrar conhecimentos semiológicos, e interliga-los à correta realização de uma história clínica e do exame físico, bem como à solicitação de alguns exames complementares de diagnóstico, com a celeridade que se mostra inerente a um Serviço de Urgência.

Quadro 4 – Patologias Observadas no Serviço de Urgência

| | |
|--|---|
| Hemorragia do 1º Trimestre de Gravidez | 2 |
| Hemorragia do 2º Trimestre de Gravidez | 5 |
| Hemorragia do 3º Trimestre de Gravidez | 4 |
| Vulvovaginites | 5 |
| Ameaça de Parto Pré-Termo | 3 |
| Doença Febril na Gravidez | 2 |
| Doença Hipertensiva na gravidez | 3 |
| Infeção Urinária na Gravidez | 4 |
| Interrupção Voluntária da Gravidez | 3 |

Caso Clínico 4

M.L.J.D.G. de 25 anos, raça caucasiana, I Gesta : 0 Para, grávida de 29 semanas e 1 dia sem intercorrências até ao momento, recorreu ao serviço de urgência por apresentar um quadro com um dia de evolução de dor hipogástrica intermitente sem irradiação, de intensidade crescente, sendo classificada como 5/10 e com a duração de cerca de 120 segundos, sem fatores atenuantes ou agravantes, sugestiva de contrações uterinas. Referia ainda disúria desde há quatro dias, sem associação a urgência urinária, aumento da frequência miccional ou alterações macroscópicas da urina.

Ao exame físico a doente encontrava-se normotensa e apirética, e ao toque bimanual descreveu-se um colo amolecido, com cerca de 0,02 m de dilatação e um feto de apresentação cefálica.

Nos exames complementares de diagnóstico realizados à entrada, de valorizar um exame com fita teste urinária que detetou uma leucocitúria associada a hematúria, uma ecografia transvaginal onde se visualizou um colo uterino com cerca de 0,011 m de espessura, uma extinção estimada de 70%, plano de Hodge I (Índice de Bishop: 6) e membranas embrionárias integras. Além disso foi realizado um teste da fibronectina cujo resultado foi positivo.

No seguimento destes achados procedeu-se ao internamento da doente para realização de tocólise, aplicação de corticoterapia para indução da maturidade pulmonar fetal e uma intrincada vigilância materno-fetal.

Discussão

O parto pré-termo por definição, é um nascimento que ocorre antes das 37 semanas de gestação que se caracteriza pela ocorrência de contrações uterinas regulares e dolorosas acompanhadas de alterações cervicais. A sua importância clínica está relacionada com as sequelas que dele podem advir, sendo em larga escala a principal causa de mortalidade e morbidade a curto e longo prazo em lactentes e crianças.

Cerca de 70 a 80 % dos PPT ocorrem espontaneamente, quer por trabalho de parto prematuro em 40 a 50% destes casos, quer por rutura prematura de membranas nuns expressivos 20 a 30%. Os restantes 20 a 30% dos PPT são considerados iatrogénicos, mediante intervenções justificadas por problemas maternos ou fetais (Muglia *et al*, 2010).

Um conjunto vasto de evidências clínicas e laboratoriais sugerem que um número relativo de processos patogénicos pode conduzir a uma via final comum, que resulta em parto prematuro. Os quatro processos principais são a ativação materna ou fetal do eixo

hipotálamo-hipófise-adrenal (Lipkind *et al*, 2010), a ocorrência de um processo infeccioso (Sheiner *et al*, 2009), uma hemorragia espontânea decidual ou ainda uma distensão uterina patológica.

Os sinais e sintomas de PPT incluem uma dor abdominal em cólica, dor lombar constante, contrações uterinas frequentes e/ou a intervalos irregulares, e um corrimento vaginal profuso associado a sensação de pressão infra-púbica.

As contrações uterinas, o *sine qua non* do trabalho de parto, são um achado normal em todas as fases da gravidez, constituindo um verdadeiro desafio na distinção entre um verdadeiro e um falso trabalho de parto.

O diagnóstico do PPT é essencialmente baseada em critérios clínicos, nomeadamente na presença de contrações uterinas persistentes (quatro a cada 20 minutos ou oito a cada 60 minutos) com extinção cervical de pelo menos 80%, ou uma dilatação de 0,02 m (Chao *et al*, 2011).

No entanto, tal observação é pouco sensível, sobretudo quando na presença de alterações cervicais mínimas, como neste caso clínico em particular, com uma extinção cervical de cerca de 50% e uma dilatação de 0,02 m. Assim, nas situações dúbias, a avaliação do comprimento do colo uterino com ecografia transvaginal, mais sensível que a dilatação cervical (Berghella *et al*, 1997), e a deteção de fibronectina fetal nas secreções cervicais têm sido utilizadas como técnicas capazes de aumentar a objetividade do diagnóstico, selecionando as doentes que mais beneficiam da inibição do TP.

No caso clínico em estudo, o comprimento do colo uterino foi inferior a 0,02 m, o que confere um risco elevado de desenvolvimento de um PPT, independentemente do resultado do teste da fibronectina, que no caso abordado foi positivo, dando ainda mais força ao diagnóstico suspeito.

Tratando-se de uma gravidez com 29 semanas + 1 dia com APPT, e atendendo ao estado clínico da grávida, procedeu-se corretamente ao internamento da mesma para vigilância do bem-estar materno-fetal, bem como para documentar a evolução da contractilidade uterina e das modificações a nível cervical.

Neste momento, a instituição de corticoterapia com betametasona ou dexametasona para indução de maturação pulmonar é uma hipótese a considerar, devendo ser aplicado em casos de risco de PPT desde que em idades gestacionais compreendidas entre as 24 e as 33 semanas + 6 dias, uma vez que se encontra comprovado o seu sucesso na prevenção do SDR e de outras complicações ao nascimento (ACOG, 2008). A tocólise com nifedepina é outra medida que está indicada para retardar o parto por um período mínimo de 48 horas, de forma a otimizar a ação da corticoterapia (Simhan *et al*, 2007).

V – Núcleo de Partos

O núcleo de partos, um espaço que sofreu obras de remodelação em setembro de 2001, constitui um espaço de assistência perinatal de elevado nível técnico, equipado com modernas instalações e que conta com profissionais experientes que oferecem à grávida um perfeito acompanhamento e vigilância do bem-estar fetal até ao momento do nascimento, segundo as normas mais recentes em vigor.

Este espaço foi desenvolvido com o intuito de oferecer às gestantes um local acolhedor e relaxante, de forma a tornar o momento do parto um evento especial na vida de ambos, e não um mero ato envolto em agitação e stress.

Durante o período de permanência no serviço de urgência e no núcleo de partos, o aluno teve a possibilidade de acompanhar com maior proximidade as grávidas expectantes, bem como de assistir a uma diversidade considerável de partos com a distribuição assinalada no quadro 5.

Quadro 5 - Partos observados no Núcleo de Partos

| | |
|---|----|
| Parto Eutócico | 11 |
| Parto Distócico com Ventosas | 5 |
| Parto Distócico com Fórceps | 3 |
| Parto Distócico - Cesariana Eletiva | 4 |
| Parto Distócico - Cesariana de Urgência | 2 |

VII - Centro de Diagnóstico Pré-natal

O diagnóstico pré-natal é o conjunto de procedimentos que permitem a deteção de anomalias congénitas antes do nascimento. A MJD apresenta um vasto leque de profissionais experientes nesta matéria, que integram um departamento voltado para esta área, estando organizado em várias vertentes.

A consulta de pré-conceção tem por objetivo o estudo e orientação de casais com risco acrescido de ter filhos com anomalias congénitas, por sua vez a consulta de DPN avalia a situação do casal e determina o risco da descendência expressar uma anomalia e também informa o casal acerca das vantagens, limitações e riscos de exames necessários para diagnosticar ou excluir uma anomalia fetal.

A consulta de Patologia Fetal atua essencialmente na vigilância da gravidez nas situações de patologia suspeita ou confirmada, com sinalização posterior ao Serviço de Neonatologia, para orientação terapêutica dos recém-nascidos afetados. Por fim, há a consulta de Dismorfologia que vigia e orienta as crianças com anomalias congénitas nos primeiros anos do seu desenvolvimento.

Além desta vertente, o departamento conta ainda com o centro ecográfico, cujo aluno frequentou e onde teve a possibilidade de assistir a vários procedimentos diagnósticos constantes no quadro 6.

Quadro 6 - Ecografias e exames diagnósticos invasivos visualizados

| | |
|------------------------------------|----|
| Ecografias do 1º Trimestre | 9 |
| Ecografias do 2º Trimestre | 17 |
| Ecografias do 3º Trimestre | 14 |
| Amniocentese | 5 |
| Biópsia das Vilosidades Coriônicas | 3 |

Neste espaço a gravidez é triada e acompanhada ao longo da sua evolução temporal, de forma a detetar precocemente qualquer anomalia. Para este fim, é utilizada a ecografia do primeiro trimestre com a respetiva determinação da TN, a ecocardiografia fetal e o recurso a ecografias morfológicas, cujo resultado fica disponibilizado em rede através do programa informático *Astraia*, possibilitando posteriormente a sua análise em reuniões multidisciplinares. Quando justificável, uma avaliação mais invasiva pode ser estabelecida,

mediante a colheita de líquido amniótico por amniocentese, a realização de uma biópsia das vilosidades coriônicas ou eventualmente a colheita de sangue fetal por cordocentese.

Os elementos do corpo clínico que integram o centro de DPN, participam semanalmente numa reunião de grupo multidisciplinar, onde se promove a discussão e orientação de casos clínicos triados nas anteriores dependências. O aluno marcou presença em duas destas reuniões, tendo a possibilidade de assistir à discussão de vários casos sobre malformações fetais detetadas ecograficamente, suspeita de Trissomia 21, seroconversão para toxoplasmose na gravidez, história familiar de distrofia muscular e discrepância entre o sexo fetal ecográfico e o cariótipo.

Caso Clínico 5

I.M.S.M. de 30 anos, raça caucasiana, 1 Gesta : 0 Para, gestação de 12 semanas e 1 dia. No decorrer da ecografia do primeiro trimestre são documentados os seguintes achados: feto único, atividade cardíaca fetal presente, comprimento crânio-caudal de $6,56 \times 10^{-2}$ m, uma translucência da nuca de $8,7 \times 10^{-3}$ m, ausência dos ossos próprios do nariz, defeito septal auriculoventricular completo, presença de intestino hiperecogénico e não visualização de estômago. Os restantes órgãos e estruturas encontravam-se aparentemente normais. Imagens ecográficas 1 e 2 presentes em anexo.

No seguimento destes dados, a gestante foi proposta para realização de biópsia das vilosidades coriônicas quatro dias depois, sendo determinado que se tratava de um feto de sexo masculino com Trissomia 21 (cariótipo: 47, XY, +21).

Discussão

A ecografia do primeiro trimestre é um exame auxiliar de diagnóstico, cujo objetivo primordial se centra na obtenção de informação sobre o desenvolvimento e bem-estar fetal (Salomon *et al*, 2011). A somar a isto, permite também determinar a viabilidade fetal, a idade gestacional, a data prevista do parto, o número de fetos e a corionicidade em caso de gestações múltiplas, a biometria fetal, a deteção precoce de anomalias congénitas, incluindo sinais sugestivos de aneuploidia e a avaliação do volume de líquido amniótico.

Um ponto de destaque neste procedimento, envolve a avaliação da região da nuca do feto que deve ser realizada preferencialmente entre as 11 e as 13 semanas e 6 dias de gestação. A técnica de medição da TN está bem definida e é realizada em conformidade com a acreditação do Prof. Kypros Nicolaides Considera-se assim uma TN aumentada, quando a sua espessura ultrapassa os valores relativos aos percentis 95 e 99, correspondentes a um determinado comprimento crânio-caudal (Nicolaides, 2004).

Embora um pequeno espaço hipocóico na zona cervical posterior fetal seja uma constatação normal em todos os fetos no decorrer do primeiro trimestre, o alargamento excessivo está associado a um risco aumentado de síndrome de Down, sendo cumulativamente um excelente marcador de doença cardíaca congénita, como defeitos septais não associados a insuficiência cardíaca in útero (Haak *et al*, 2005).

Este crescimento excessivo pode ser traduzido por um higroma cístico ou uma TN aumentada (Malone *et al*, 2005). No caso em estudo, determinou-se uma TN de $8,7 \times 10^{-3}$ m às 12 semanas e 1 dia de gestação e alterações anatómicas, nomeadamente a ausência dos ossos próprios do nariz, defeito septal cardíaco completo e ausência ou malformação de vísceras abdominais.

Particularizando o aumento da TN, presume-se que este represente um edema mesenquimal que está frequentemente associado a uma distensão dos vasos linfáticos jugulares (Bekker *et al*, 2005). Este achado, tem por base uma variedade de etiologias, tais como a alteração da composição do colagénio dérmico, linfogénese anormal da nuca, alterações hemodinâmicas associadas a disfunção cardíaca e finalmente diferenciação anormal das células endoteliais.

Embora as implicações clínicas possam ser diferentes, o tratamento inicial de uma gravidez com um higroma cístico ou um aumento da TN é o mesmo, iniciando-se com um estudo anatómico pormenorizado e do cariótipo fetal, e por fim, uma avaliação seriada do estado do feto e de possíveis defeitos cardíacos com a ecocardiografia.

O limite ideal para proceder à avaliação cariotípica sem rastreio analítico materno não é claro, porém uma determinação da TN que ronde os $3,0$ a $4,0 \times 10^{-3}$ m tem sido associado a um risco relativamente elevado de síndrome de Down (Chitty *et al*, 2006). Por estes pressupostos, uma biópsia das vilosidades coriônicas deve ser oferecida a todas as gestantes cuja TN seja igual ou superior a $3,0 \times 10^{-3}$ m, com registo ecocardiográfico associado às 18 a 20 semanas de gestação. No caso da gestante em estudo, esta técnica invasiva foi realizada sem rastreio analítico prévio, o que é perfeitamente justificável pelo elevado valor da TN aferido, tendo-se obtido um cariótipo compatível com um feto do sexo masculino com Trissomia 21.

O prognóstico das gestações com TN aumentada é bastante sombrio, encerrando em si um risco superior de morte intrauterina e perinatal, devendo abordar-se os progenitores acerca destes factos e estabelecer um consenso sobre a melhor gestão da gravidez em curso. Quando a decisão de prosseguir com esta é tomada, devem-se realizar exames ecográficos e analíticos seriados com monitorização do crescimento e viabilidade fetal ao longo do restante período gestacional.

VIII – Reunião Geral de Serviço

Durante o estágio, o aluno teve a possibilidade de integrar as reuniões gerais de serviço, realizadas às sextas-feiras, nas quais foram apresentados temas de elevado interesse e rigor técnico no âmbito da área da Ginecologia/Obstetrícia.

Neste sentido, assistiu a uma exposição levada a cabo por um médico interno complementar de obstetrícia sobre “Gravidez Gemelar”, na qual foram analisados os mais recentes dados referentes à incidência e prevalência deste tipo de gravidez, bem como as diretrizes atuais para o correto diagnóstico e acompanhamento da grávida, os cuidados nutricionais e a correta evolução ponderal subjacente, a avaliação da amnionicidade, corionicidade e das possíveis anormalidades estruturais dos fetos em desenvolvimento.

Foram ainda focados os riscos inerentes à ocorrência de um PPT e a necessidade concomitante de induzir a maturidade pulmonar fetal de acordo com o tempo de gestação. Por último, foram frisadas algumas das eventuais complicações maternas associadas. De todo este exposto, resultou um protocolo médico, que foi colocado para votação e análise, tendo em vista a uniformização da atuação médica na instituição.

Numa segunda reunião foi realizada uma exposição versada no tema “Analgesia no trabalho de parto”, de onde se pode inferir que atualmente existe uma enorme variedade de opções farmacológicas para controlar a dor ao longo deste processo fisiológico, havendo algumas mais apropriadas em detrimento de outras.

Os opióides de administração sistémica atuam principalmente através da indução de sonolência, em vez da produção de analgesia propriamente dita. Além disso, a transferência placentária de opióides pode produzir uma grave depressão respiratória neonatal. Contudo, esta modalidade terapêutica pode ser assumida como a única opção em alguns locais com recursos limitados, ou nas situações em que a analgesia regional esteja contraindicada.

Por outro lado, as técnicas analgésicas regionais são consideradas o meio mais confiável e apropriado no alívio da dor durante o parto, nomeadamente as analgesias epidurais, raquidiana ou combinadas. Com o bloqueio da resposta materna à dor, é possível prevenir algumas consequências fisiológicas indesejáveis desta, sendo então recomendável o uso deste tipo de analgesia nas gestantes que assim o desejem e na ausência de limitações conhecidas ao seu uso.

Conclusão

Finalizado o período de estágio em obstetrícia na unidade hospitalar, bem como a reflexão inerente à execução do respetivo relatório, há a necessidade de realçar alguns aspetos de suma importância.

Uma vez que o estágio se realizou numa valência do CHP, local de formação do aluno em algumas unidades curriculares prévias, permitiu uma mais rápida e eficaz adaptação, pois muitos dos espaços e rotinas do serviço já não eram desconhecidos. No entanto, o facto de se tratar de um estágio extracurricular e de cariz profissionalizante, possibilitou uma experiência médica mais pura, e para além disso, a própria integração na rotina comum do serviço e o contacto com os diversos profissionais e auxiliares de saúde, deram lugar à criação de relações interpessoais e interdisciplinares, indissociáveis desta prática.

Em todos os setores da área da obstetrícia frequentados, nomeadamente a consulta externa, a enfermaria de cuidados especiais, o serviço de urgência, o núcleo de partos e o centro de DPN, foi possível uma abordagem multidimensional dos aspetos da saúde maternofetal, nomeadamente o correto acompanhamento pré-concepcional, o período da gravidez, o parto propriamente dito, o puerpério e todas as intercorrências suscetíveis durante estes momentos.

Através do contacto com as diversas gestantes, foi possível não só aprimorar a relação médico-doente, como a aquisição de novos conhecimentos, capacidades técnicas e também a aplicação de princípios previamente adquiridos num contexto mais teórico, dando mais ênfase ao desenvolvimento de um raciocínio clínico, relativamente ao diagnóstico e terapêutica de algumas das patologias mais frequentes neste público singular.

A revisão final dos casos clínicos mais relevantes, realizadas com base em artigos originais e de revisão científica, constituíram o culminar de todo este trabalho de estágio, ressaltando as opções diagnósticas e terapêuticas instituídas, à luz da mais recente evidência clínica.

Em suma, e perante os factos apresentados, podem-se considerar atingidos os objetivos inicialmente propostos para o estágio nesta área, pautado por atividades de índole prática e não meramente observacional, assim como na fundamentação teórica e prática dos casos clínicos abordados, constituindo por si só, uma peça fundamental na formação académica e clínica do aluno.

Bibliografia

- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 97: Fetal lung maturity. *Obstet Gynecol* 2008; 112:717-26.
- Begum MR, Khanam NN, Quadir E, et al. Prevention of gestational diabetes mellitus by continuing metformin therapy throughout pregnancy in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35:282-86.
- Bekker MN, Haak MC, Rekoert-Hollander M, et al. Increased nuchal translucency and distended jugular lymphatic sacs on first-trimester ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 25:239-45.
- 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.
- Chao TT, Bloom SL, Mitchell JS, et al. The diagnosis and natural history of false preterm labor. *Obstet Gynecol* 2011; 118:1301-8.
- Chitty LS, Kagan KO, Molina FS, et al. Fetal nuchal translucency scan and early prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities by rapid aneuploidy screening: observational study. *BMJ* 2006; 332:452-54.
- Dabelea D. The predisposition to obesity and diabetes in offspring of diabetic mothers. *Diabetes Care* 2007; 30 Suppl 2:S169-74.
- Dolea C and AbouZahr C. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. Evidence and Information for Policy (EIP), World Health Organization, Geneva, July 2003.
- Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005; 330:565-67.
- Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD001449.
- Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol* 2009; 33:130-37.
- Haak MC, Twisk JW, Bartelings MM, et al. First-trimester fetuses with increased nuchal translucency do not show altered intracardiac flow velocities. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 25:246-52.
- Hill JB, Sheffield JS, McIntire DD, Wendel GD Jr. Acute pyelonephritis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 105:18-23.

- Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph KS. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011; 25:391-403.
- Kim C, Liu T, Valdez R, Beckles GL. Does frank diabetes in first-degree relatives of a pregnant woman affect the likelihood of her developing gestational diabetes mellitus or nongestational diabetes? *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:576.e1-6.
- Lawrence JM, Contreras R, Chen W, Sacks DA. Trends in the prevalence of preexisting diabetes and gestational diabetes mellitus among a racially/ethnically diverse population of pregnant women, 1999-2005. *Diabetes Care* 2008; 31:899-904.
- Le J, Briggs GG, McKeown A, Bustillo G. Urinary tract infections during pregnancy. *Ann Pharmacother* 2004; 38:1692-701.
- Lipkind HS, Curry AE, Huynh M, et al. Birth outcomes among offspring of women exposed to the September 11, 2001, terrorist attacks. *Obstet Gynecol* 2010; 116:917-25.
- Malone FD, Ball RH, Nyberg DA, et al. First-trimester septated cystic hygroma: prevalence, natural history, and pediatric outcome. *Obstet Gynecol* 2005; 106:288-94.
- Maynard SE, Karumanchi SA. Angiogenic factors and preeclampsia. *Semin Nephrol* 2011; 31:33-46.
- 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.
- Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth. *N Engl J Med* 2010; 362:529-35.
- Nicolaides KH, MD. Nuchal translucency and other first-trimester sonographic markers of chromosomal abnormalities. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:45-67.
- Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis* 2005; 40:643-54.
- Ornoy A. Growth and neurodevelopmental outcome of children born to mothers with pregestational and gestational diabetes. *Pediatr Endocrinol Rev* 2005; 3:104-13.
- Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, et al. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37:116-26.
- Sheiner E, Mazor-Drey E, Levy A. Asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009; 22:423-27.
- Simhan HN, Caritis SN. Prevention of preterm delivery. *N Engl J Med* 2007; 357:477-87.

Anexos



Imagem 1 – Translucência da nuca de $8,7 \times 10^{-3}$ m num feto sem ossos do nariz



Imagem 2 – Translucência da nuca de um feto com 12 semanas e 1 dia