

LUCIANA TORRES PEREIRA

**AVALIAÇÃO DOS TESTES BIOFÍSICOS NA PREDIÇÃO DA
VITALIDADE FETAL EM GESTANTES ACIMA DE 41
SEMANAS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Florianópolis

2001

LUCIANA TORRES PEREIRA

**AVALIAÇÃO DOS TESTES BIOFÍSICOS NA PREDIÇÃO DA
VITALIDADE FETAL EM GESTANTES ACIMA DE 41
SEMANAS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof^ª. Beatriz Maykot Kuerten Gil

Co-Orientador: Prof^ª. Clarisse Salete Fontana

Florianópolis

2001

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 OBJETIVO.....	08
3 MÉTODO.....	09
3.1 Amostra.....	09
3.2 Ambiente.....	09
3.3 Procedimento.....	10
4 RESULTADOS.....	13
5 DISCUSSÃO.....	22
6 CONCLUSÃO.....	24
7 REFERÊNCIAS.....	25
8 NORMAS ADOTADAS.....	27
9 RESUMO.....	28
10 SUMMARY.....	29
11 APÊNDICE.....	30

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, Sérgio Geraldo Pereira e Eny Torres Pereira, que nunca deixaram de acreditar no meu sonho e embora distantes sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis, incentivando-me a seguir em frente e lutar.

Aos meus irmãos, Sérgio Geraldo Torres Pereira e Paula Torres Pereira, pela compreensão e convívio durante boa parte desta minha trajetória .

À minha orientadora, Prof^a Beatriz Maykot Kuerten Gil, que foi a idealizadora deste trabalho e com paciência e sabedoria ajudou-me a chegar até aqui.

Aos meus amigos de curso que de alguma forma contribuíram na realização deste trabalho, especialmente à minha dupla de internato Susana Clasen Moritz e a amiga Cristina da Silva Schreiber pela dedicação e paciência sempre disponíveis.

Ao Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, incluindo funcionários e plantonistas pela oportunidade que me foi oferecida de adquirir novos conhecimentos e pelas grandes amizades que fiz.

Às funcionárias do Setor de Divisão em Tocoginecologia do HU-UFSC, Rebeca Caroline Pratt da Costa e Lidiane Almeida da Silva, pelo empenho e disposição em me ajudar sempre.

Aos funcionários do Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) do HU-UFSC, especialmente Ricardo Jacques, Odilon de Souza, Edésio Barbosa, Elza Laura Fernandes, André Luis Machado e Maria da Glória Melo pela compreensão e boa vontade.

1 INTRODUÇÃO

Na obstetrícia há dúvidas em alguns aspectos. Uma delas se refere ao tempo de duração da gravidez humana e os mecanismos que levam ao seu término¹. Afinal, ela deve seguir seu curso natural e ser interrompida apenas quando houver comprometimento fetal ou implica em outras variáveis²?

No início do século, a gestação prolongada foi descrita por Ballantyne (1902) como uma entidade clínica e já naquela época refletia o conceito de hoje, “o neonato pós maturo permaneceu tal tempo intra-útero que torna arriscado o seu nascimento para ele mesmo e para sua mãe. O problema do neonato pós maturo é intra útero”. Desde então, a questão da gravidez prolongada, incluindo seus riscos e sua abordagem, tem gerado grandes controvérsias, embora todos estejam cientes de que se trata de uma situação de risco perinatal, merecendo atenção especial³.

A gravidez é definida como prolongada quando ultrapassa 294 dias calculados a partir do primeiro dia da última menstruação ou 42 semanas de gestação. Já o pós datismo se refere ao prolongamento na duração da gravidez além da data prevista para o parto. Quando o pós datismo ultrapassa duas semanas, então entra no conceito de gravidez prolongada. E ainda, o termo pós-maturidade designa o sofrimento fetal decorrente da gestação prolongada e é sinônimo de dismaturidade. Sinais clássicos de pós maturidade incluem alterações na pele (palidez, descamação, ausência de vérnix e lanugem e unhas compridas) que pode se encontrar recoberta por mecônio e por redução da gordura subcutânea e da massa muscular, dando ao feto aspecto de velho^{1,4}.

A incidência de pós datismo é alta. Em torno de 27% com 41 semanas, entre 4 e 14% com 42 semanas e de 2 a 7% com 43 semanas. Uma das maiores dificuldades está relacionada com a predição correta da idade gestacional baseada na informação da DUM. Com a introdução da ultrassonografia obstétrica a datação da gravidez ficou mais precisa⁵. Apesar disso, é difícil assegurar o exato momento da fecundação já que muitas gestações ditas prolongadas são na verdade resultantes de ovulação tardia¹.

Ainda não se sabe claramente o por quê de algumas gestações se prolongarem patologicamente. Supõe-se que alterações bioquímicas ou anatômicas presentes no feto ou no âmnio predisponham a falhas nos mecanismos que determinam o término da gestação. A hipótese mais aceita é a deficiência adrenocortical, decorrente da produção inadequada de

cortisol fetal. Alguns estudos entre fetos anencéfalos sem hipófise e anencéfalos com hipófise normal reforçam esta correlação, verificando alta incidência de gestações prolongadas naquele grupo. Apesar de evidências favoráveis, esta teoria não é definitiva para explicar o prolongamento da gravidez¹.

A maioria das complicações das gestações prolongadas resultam em insuficiência placentária progressiva. Conseqüentemente há uma redução da superfície de trocas gasosas materno-fetais que pode resultar em oligoâmnio e sofrimento fetal^{1,2,4,6,7}.

Além disso, as gestações prolongadas têm um risco aumentado de morbimortalidade perinatal¹⁶ e cesáreas, seja por má-formações, líquido amniótico meconial ou oligoâmnio^{5,7,9}.

Phelan (1987), descreveu o índice de líquido amniótico (ILA) como sendo a soma correspondente ao maior bolsão de cada um dos quatro quadrantes do útero e determinou seu valor normal da 12^a até a 42^a semana de gestação. Ele observou um aumento progressivo até a 26^a semana (de 7 a 19,7 cm), pouca alteração da 26^a até a 38^a semana (de 15 a 16 cm) e redução daí até a 42^a semana (com uma média de 14,1 cm). O ILA tem revelado excelentes resultados, já que se trata de uma técnica simples, de fácil execução e que apresenta boa reprodutibilidade¹⁰.

O estudo do volume do líquido amniótico através do ultrassom tem sido efetuado de maneira subjetiva e semiquantitativa. A determinação do ILA em qualquer idade gestacional, mas principalmente no seu final tem mostrado relacionar-se bem com a vitalidade fetal e resultados perinatais^{9,10}. Alguns estudos observaram maior incidência de líquido meconial, cesáreas devido a sofrimento fetal e índices de Apgar baixos no primeiro e quinto minutos entre as gestantes com ILA diminuído. Além disso, foi demonstrado uma relação inversa entre a quantidade de líquido amniótico, desacelerações da frequência cardíaca fetal e a não reatividade à cardiotocografia (CTG). Assim, um ILA baixo está relacionado a um resultado desfavorável da gestação^{4,7,9,11}.

Na gestação prolongada o oligoâmnio é um dos maiores determinantes do risco fetal e o controle do líquido amniótico seriado é considerado imprescindível no acompanhamento pré-natal destas gestantes. Estima-se que nesta ocasião o ILA reduza 33% a cada semana. Logo, sua constatação tem valor diagnóstico e prognóstico².

Os riscos potenciais da gravidez prolongada fazem com que ela seja considerada uma gestação de alto risco. Em vista disso, o manejo consiste basicamente na monitorização das

condições fetais e volume de líquido amniótico. Conseqüentemente, a conduta será expectante ou intervencionista e imediata se diante de um quadro de sofrimento fetal^{1,4}.

2 OBJETIVO

O objetivo principal deste trabalho é avaliar a vitalidade fetal, através da análise de exames (CTG e ultrassonografia obstétrica) realizados em gestantes acima de 41 semanas.

3 MÉTODO

3.1 Amostra

Trata-se de um estudo observacional transversal, contemporâneo, retrospectivo, não controlado, simultâneo e individualizado de pacientes admitidas na Maternidade do Hospital Universitário (HU), na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, no período de janeiro de 2000 a julho de 2001, com o diagnóstico de gestação acima de 41 semanas.

Foram analisados 492 prontuários, sendo que as informações colhidas foram anotadas em um protocolo especialmente elaborado para a pesquisa (apêndice).

O critério de inclusão foi a idade gestacional maior e/ou igual a 41 semanas confirmada por pelo menos 2 dos seguintes dados: data da última menstruação (DUM) e/ou a ultrassonografia (USG) e/ou Capurro somático do recém-nato.

Os critérios de exclusão foram: idade gestacional abaixo de 41 semanas, gestações de alto risco, má-formações fetais, gemelares, prontuários não localizados e/ou ausência de dados suficientes nos mesmos.

Desta forma, 249 pacientes foram excluídas por não possuir a idade gestacional maior e/ou igual a 41 semanas concordante em 2 ou mais critérios; 4 por apresentar doença hipertensiva específica da gravidez; 1 por possuir placenta prévia; 1 por estar infectada pelo vírus HIV; 1 por ter trombose venosa profunda, 23 por apresentarem ruptura prematura das membranas amnióticas e/ou bolsa rota no momento da admissão; 2 pela presença de anomalia fetal e 1 com gestação gemelar. Além disso, 4 prontuários não foram localizados; 2 não continham os dados do recém nascido e nem os prontuários destes foram encontrados e 2 possuíam uma CTG inconclusiva, com traçado obscuro e duvidoso. Portanto, foram excluídas 290 pacientes.

A população considerada neste estudo para a análise dos dados foi de 202 pacientes que obedeciam ao critério de inclusão.

3.2 Ambiente

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) e no setor de Divisão de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

4 RESULTADOS

Neste estudo foram analisados os prontuários de 202 pacientes com idade gestacional acima de 41 semanas.

A idade materna variou de 14 a 42 anos sendo que 70% delas tinham até 27 anos. Cerca de 85% eram casadas e/ou tinham um companheiro fixo, portanto mantinham um relacionamento estável. Praticamente todas eram alfabetizadas, exceto uma. Quanto ao grau de instrução, 40,6% tinham pelo menos o 1º grau completo.

Com relação a paridade 41,1% eram primíparas e 58,9% multíparas. Apenas uma paciente não realizou acompanhamento pré natal e 13,4% delas o fizeram no ambulatório do HU-UFSC. Foi observado uma média de 6,858 consultas com um desvio padrão de 2,030; sendo que não foram consideradas as 18 pacientes cujo dado não constava no prontuário e a paciente que não realizou o pré natal.

Com relação a DUM, 181 (89,6%) tinham a idade gestacional maior e/ou igual a 41 semanas e destas, 30 (16,57 %) tinham dúvida quanto a data precisa. Isto pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Gestantes acima de 41 semanas considerando a idade gestacional pela data da última menstruação

IG DUM	DUM incerta	DUM precisa	Total
Maior e/ou igual a 41 semanas	30	151	181
Menor que 41 semanas	4	8	12
Dado não disponível	9	0	9
Total	43	159	202

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

É importante salientar que todas as pacientes com dúvida na DUM realizaram pelo menos uma USG conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Realização de USG entre as pacientes com dúvida na DUM

Dúvida na DUM	Acima de 20 semanas	Abaixo de 20 ou com 20 semanas	Não realizou USG	Total
Sim	26	17	0	43
Não	78	74	7	159
Total	104	91	7	202

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Com relação a USG, das 195 pacientes que o realizaram em 91 (46,66%) ela foi feita na primeira metade da gravidez e destas, 85 (93,40%) tinham a idade gestacional (IG) maior e/ou igual a 41 semanas. (Tabela 3)

Tabela 3 – Gestantes acima de 41 semanas considerando a época de realização da USG mais precoce

Época da IG maior e/ou Idade gestacional Não realizou Total	da IG maior e/ou Idade gestacional Não realizou Total	da IG maior e/ou Idade gestacional Não realizou Total	da IG maior e/ou Idade gestacional Não realizou Total	da IG maior e/ou Idade gestacional Não realizou Total
realização da igual a 41 abaixo de 41 USG	realização da igual a 41 abaixo de 41 USG	realização da igual a 41 abaixo de 41 USG	realização da igual a 41 abaixo de 41 USG	realização da igual a 41 abaixo de 41 USG
USG mais semanas semanas	USG mais semanas semanas	USG mais semanas semanas	USG mais semanas semanas	USG mais semanas semanas
precoce	precoce	precoce	precoce	precoce
Acima de 20 93	Acima de 20 93	Acima de 20 93	Acima de 20 93	Acima de 20 93
semanas	semanas	semanas	semanas	semanas
11	11	11	11	11
0	0	0	0	0
104	104	104	104	104
Abaixo de 20 85	Abaixo de 20 85	Abaixo de 20 85	Abaixo de 20 85	Abaixo de 20 85
semanas	semanas	semanas	semanas	semanas
6	6	6	6	6
0	0	0	0	0
91	91	91	91	91
(inclusive)	(inclusive)	(inclusive)	(inclusive)	(inclusive)
Não realizou 0	Não realizou 0	Não realizou 0	Não realizou 0	Não realizou 0
USG	USG	USG	USG	USG
0	0	0	0	0
7	7	7	7	7
7	7	7	7	7
Total	Total	Total	Total	Total
178	178	178	178	178
17	17	17	17	17
7	7	7	7	7
202	202	202	202	202

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Em 3 pacientes a apresentação fetal era pélvica, sendo que nenhuma foi induzida e todas foram submetidas a cesareana. Nas demais pacientes (98,5%) a apresentação fetal era cefálica.

Das 68 pacientes admitidas em trabalho de parto 31 (45,58%) foram induzidas. (Tabela 4)

Tabela 4 – Pacientes admitidas em trabalho de parto que receberam indução

Trabalho de parto na admissão	Foram induzidas	Não foram induzidas	Total
Sim	31	37	68
Não	112	22	134
Total	143	59	202

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Das 134 pacientes que não estavam em trabalho de parto no momento da admissão, 70 evoluíram para parto normal e 64 foram submetidas a cesareana. Das 22 que não estavam em trabalho de parto e não foram induzidas, 19 foram submetidas a cesareana por sofrimento fetal agudo (SFA), cesárea prévia, desproporção céfalo pélvica (DCP), distócia ou outras causas. Das 112 que não estavam em trabalho de parto e foram induzidas, 45 foram submetidas a cesareana por falha de indução, SFA, DCP, distócia, cesárea prévia, macrossomia ou outras. Por outras causas subentende-se: 3 casos de oligoâmnio, 1 de pós termo, 1 gestante com septo vaginal transversal e os 3 cuja apresentação era pélvica. (Tabela 5)

Tabela 5 – Indicação de cesárea nas pacientes que não estavam em trabalho de parto no momento da admissão

Indução	Cesárea prévia	Distócia	Falha de indução	Macrossomia	DCP	SFA	Outras	Total
Sim	1	3	15	1	11	12	2	45
Não	4	1	0	0	2	6	6	19
Total	5	4	15	1	13	18	8	64

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

De todas as 74 pacientes submetidas a cesareana, 5 foram indicadas por terem cesárea prévia. Destas; 3 pacientes tinham 2 cesáreas prévias, 1 tinha 1 cesárea prévia e outra não tinha cesárea prévia conforme constatado no prontuário.

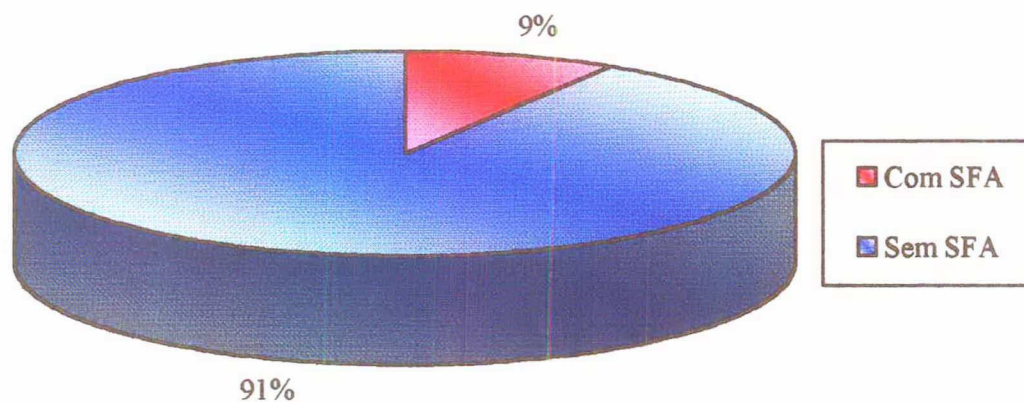
Para a avaliação da vitalidade fetal, das 202 pacientes analisadas, 160 (79,2%) realizaram pelo menos uma CTG onde foi observado 94,4% como sendo reativa. Dentre todas as pacientes; 113 realizaram CTG e medida do ILA, 47 realizaram somente a CTG, 9 realizaram somente a medida do ILA e 33 pacientes não realizaram nenhum dos exames. (Tabela 6)

Tabela 6 – Realização de exames para a avaliação da vitalidade fetal

ILA	Realizou CTG	Não realizou CTG	Total
Menor ou igual a 5 cm	17	1	18
De 5,1 a 8 cm	24	2	26
Maior que 8,1 cm	72	6	78
Não realizou	47	33	80
Total	160	42	202

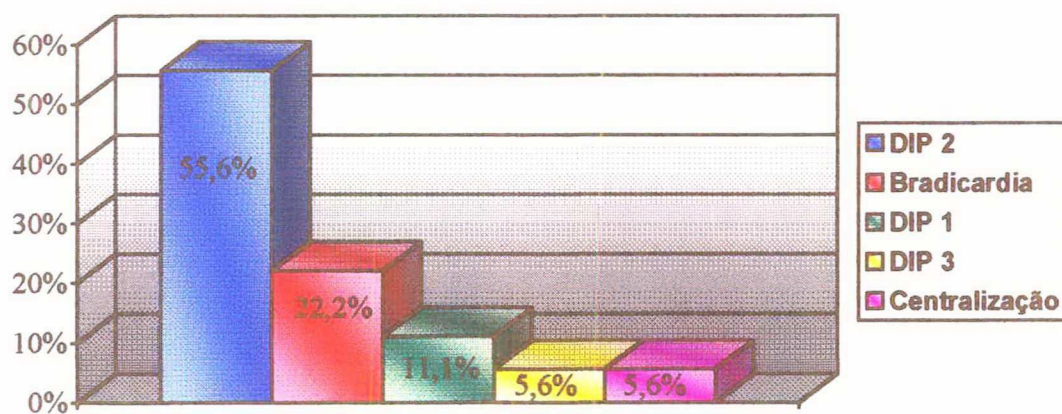
FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

A incidência de SFA na população em questão foi de 8,9%, sendo que praticamente todos foram diagnosticados pela CTG (94,5%). Em 5,5% dos casos o sofrimento fetal agudo foi diagnosticado pela dopplerfluxometria. Com relação ao tipo de sofrimento, o mais freqüente foi DIP 2, seguida de bradicardia, DIP 1, DIP 3 e centralização. (Figuras 1, 2 e 3)



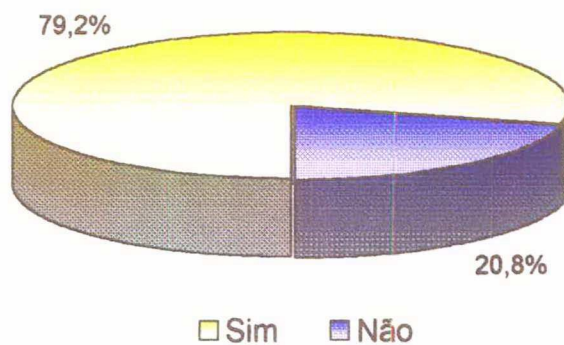
FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Figura 1 – Incidência de sofrimento fetal agudo (SFA).



FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

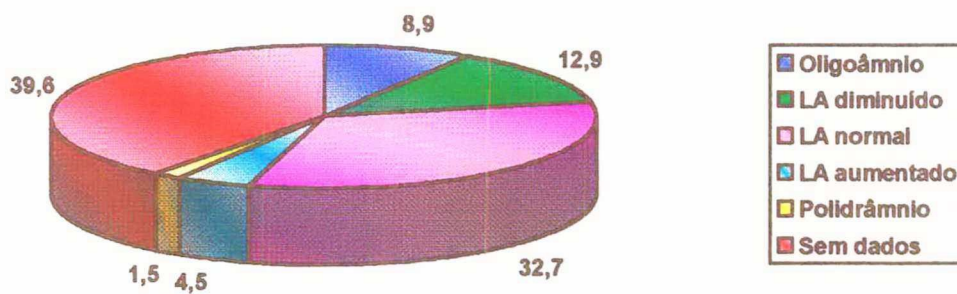
Figura 2 – Tipos de sofrimento fetal agudo (SFA).



FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Figura 3- Realização de cardiocotografia (CTG)

A incidência de oligoâmnio foi de 8,9% (18), sendo que em 3 pacientes foi constatado sofrimento fetal. (Figura 4 e Tabela 7)



FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Figura 4 – Incidência porcentual do ILA.

Tabela 7 – Relação entre oligoâmnio e SFA

ILA	Com SFA	Sem SFA	Total
Menor ou igual a 5	3	15	18
Entre 5,1 e 8	3	23	26
Maior que 8,1	7	71	78
Sem dados	5	75	80
Total	18	184	202

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Das 18 pacientes em que foi constatado sofrimento fetal, 17 foram submetidas a cesareana e 1 evoluiu para parto normal. (Tabelas 8 e 9)

Tabela 8 – Relação entre SFA e o tipo de parto realizado

SFA	Parto normal	Parto cesárea	Total
Sim	1	17	18
Não	127	57	184
Total	128	74	202

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Tabela 9 – Principais indicações de parto cesareana

SFA	Cesárea prévia	Distócia	Falha de indução	Macrossomia	DCP	SFA	Outras	Total
Sim	0	0	0	0	0	17	0	17
Não	5	8	20	1	14	1	8	57
Total	5	8	20	1	14	18	8	74

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Com relação ao nascimento, das 18 pacientes que tinham o diagnóstico de SFA, 2 recém nascidos (RN) tiveram Apgar do 1º minuto menor que 7, sendo que uma DIP 2 foi constatada à CTG previamente e o Apgar do 5º minuto foi de 8 e 9. (Tabela 10)

Tabela 10 – Relação entre o Apgar do 1º minuto e o SFA

SFA	Maior ou igual a 7	Menor que 7	Total
Sim	16	2	18
Não	174	10	184
Total	190	12	202

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

Já entre as pacientes que não tinham sofrimento fetal prévio, dos 10 RN com apgar do 1º minuto abaixo de 7, 2 persistiam com apgar baixo ao 5º minuto. Um deles, cujo apgar de 5º minuto foi 3, foi diagnosticado encefalopatia hipóxico isquêmica. E no outro cujo apgar de 5º minuto foi 6, o diagnóstico de síndrome aspirativa foi confirmado ao raio X de tórax. (Tabela 11)

Tabela 11 – Relação entre o Apgar do 5º minuto e o SFA

SFA	Maior ou igual a 7	Menor que 7	Total
Sim	18	0	18
Não	182	2	184
Total	200	2	202

FONTE: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU/UFSC, jan/2000 a jul/2001

De todos os 202 RN, apenas 2 necessitaram de reanimação respiratória, sendo que 1 deles foi entubado.

Com relação às condições de saúde, 70,3% dos RN eram saudáveis e 25,2% apresentaram alguma alteração no exame físico seja ele na sala de parto, ou durante o período de internação. Dentre estes os mais comuns foram: sinais resultantes de tocotraumatismos (céfalo-hematomas, cavalgamento de suturas, fraturas), icterícia, dispnéia, sopro cardíaco, click articular, hidrocele, hipoglicemia e macrogenitossomia.

Foram classificados como adequados para a idade gestacional, 63,9%. Os grandes para a idade gestacional eram 30,2% dos RN e 3,5% foram considerados limítrofes entre adequados e grandes para a idade gestacional.

De todos os RN, 5,4 % necessitaram hospitalização para estabilização e/ou investigação do quadro apresentado, além do período pós parto obrigatório. E 7,9% foram encaminhados para outros serviços: ortopedia, Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênicas (ECLAMC), cardiologia ou ambulatório geral para acompanhamento.

É importante ressaltar que não houve nenhum óbito na população estudada.

5 DISCUSSÃO

Analisando-se os resultados deste estudo, observamos que é importante o acompanhamento periódico da gestante acima de 41 semanas para uma avaliação do bem estar fetal. Visto que muitos estudos demonstraram que a maioria dos casos de gestação prolongada está relacionada a resultados perinatais desfavoráveis: oligoâmnio, macrossomia, mecônio, asfixia, baixos índices de Apgar. E estes riscos são maiores a partir de 41 semanas^{5,7,11,12,13}.

A incidência de gestação prolongada pode variar de acordo com o método utilizado para o cálculo da idade gestacional, se este foi baseado apenas na história e exame clínico ou associado a USG na primeira metade da gestação, onde a margem de erro é menor^{14,15,16}. No presente estudo, foi constatado que todas as pacientes que tinham dúvida na (DUM), realizaram USG para confirmar a idade gestacional. Das 7 pacientes que não tinham realizado USG, nenhuma delas tinha dúvida quanto à DUM. Das 195 USG realizadas, 47% foi feita na primeira metade da gestação e 53% foi na segunda metade da gestação. Portanto, a idade gestacional considerada é válida.

A conduta no caso de gestação prolongada ainda é assunto controverso². Mas basicamente consiste em: monitorização das condições fetais ou indução do parto¹³. Na presença de colo favorável opta-se pela indução e monitorização intraparto¹. No caso de colo desfavorável existem 2 condutas: ou ela será expectante com avaliação periódica das condições fetais, ou opta-se pelo amadurecimento do colo seguido de indução^{1,6,14}. No estudo em questão, as características do colo não foram detalhadamente estudadas, nem os métodos específicos de indução foram analisados. O que foi avaliado era a realização de testes biofísicos (CTG e ILA) e sua relação com o sofrimento fetal.

A CTG é o exame mais utilizado no diagnóstico de sofrimento fetal agudo, pois além da facilidade na realização ele é eficaz e os resultados são imediatos. Observamos um índice de 80% de realização deste exame no presente estudo. É importante lembrar que este índice poderia ter sido maior, visto que o aparelho encontrava-se quebrado em abril/2000 e em algumas pacientes não foi possível a sua realização.

A incidência de SFA coincidiu com a de oligoâmnio. Das 18 pacientes com o diagnóstico de sofrimento fetal, em 17 delas o método utilizado foi a CTG. O tipo mais frequente de

alteração observada foi a DIP 2 que reflete insuficiência uteroplacentária e pode resultar em hipóxia.

Das 18 pacientes com sofrimento fetal agudo, 17 foram submetidas a cesareana e 1 evoluiu para o parto normal, sendo que nesta o laudo cardiotocográfico (padrão comprimido com desaceleração intraparto tipo 1 não estava de acordo com o traçado (padrão não reativo com contrações fracas, sem desacelerações e sem indicação de interrupção).

O ILA tem mostrado relacionar-se bem com a vitalidade fetal e resultados perinatais¹⁷. Alterações no seu valor estão relacionadas com uma maior incidência de morbimortalidade fetal e neonatal^{10,17}. Ressaltando que a confiabilidade e reprodutibilidade das técnicas são dependentes da experiência do ultrassonografista⁹. É sabido que o líquido amniótico protege o feto de traumas e previne a compressão do cordão umbilical, evitando comprometimento vascular e nutricional. Uma causa aguda de oligoâmnio é ruptura prematura das membranas amnióticas. Uma das causas crônicas inclui anomalias fetais, especialmente no sistema urinário. A hipertensão também está associada com oligoâmnio, além do uso de certas drogas como inibidores da enzima conversora de angiotensina e antiinflamatórios não esteroidais^{8,17}. O oligoâmnio está associado com um maior número de cesáreas por sofrimento fetal, baixo Apgar e líquido meconial, principalmente em gestações prolongadas onde são mais frequentes essas ocorrências. A literatura mostra uma incidência de 12% de oligoâmnio nas gestações prolongadas¹⁸. Observa-se uma relação direta do oligoâmnio e CTG desfavoráveis com o sofrimento fetal agudo^{7,9}.

O estudo em questão mostrou uma incidência de 8,9% (18) de oligoâmnio, sendo que 3 pacientes também tinham diagnóstico de sofrimento fetal agudo com DIP tipo 2. Quanto ao Apgar de 1º minuto, em 1 paciente ele foi menor que 7.

Considerando as 18 pacientes com sofrimento fetal agudo, 2 apresentaram Apgar de 1º minuto menor que 7, sendo que ambas tinham o diagnóstico prévio de DIP 2. Todas as pacientes tiveram Apgar de 5º minuto maior ou igual a 7.

Entre as 2 pacientes com Apgar de 5º minuto menor que 7, ambas não tinham sofrimento fetal. Em uma delas foi diagnosticado no RN um quadro de encefalopatia hipóxico isquêmica com apnéia e na outra, uma síndrome aspirativa.

6 CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados podemos chegar a 3 conclusões:

- 1) Ou a população estudada não foi considerável, visto que outros estudos semelhantes abrangiam número maior de pacientes;
- 2) Ou os testes biofísicos , basicamente cardiotocografia e índice de líquido amniótico, não são bons parâmetros para o diagnóstico de sofrimento fetal agudo, ao contrário do que mostra a a extensa literatura:
- 3) Ou esses exames não foram corretamente interpretados e o diagnóstico de sofrimento fetal agudo não foi devidamente aplicado, visto que de alguns laudos cardiotocográficos verificados o diagnóstico de sofrimento fetal não correspondia ao traçado. Neste caso seria necessário um outro estudo para uma análise específica da relação entre cardiotocografia e sofrimento fetal agudo.

7 REFERÊNCIAS

1. Kfoury A. Gravidez prolongada. In: Rezende J, Montenegro CAB Tratado de Obstetrícia. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1991.P.495-8.
2. Bar-Hava I, Divon MY, Sardo M, Barnhard Y. Is oligohydramnios in postterm pregnancy associated with redistribution of fetal blood flow? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(2): 519-22.
3. Roach VJ, Rogers MS. Pregnancy outcome beyond 41 weeks gestation. *International Journal of Gynecology Obstet* 1997; 59:19-24 Souza LR. Gravidez prolongada. *GO* 1993; 5: 96-8.
4. Hannah M. Post-term pregnancy. Maternal-Fetal Medicine Committee, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Committee Opinion, *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1997; 15: 1-7.
5. Cabral JFM, Urbanetz AA. Avaliação e conduta na gestação prolongada.. *Femina* 1995; 23(7): 621-36.
6. Divon MY, Marks AD, Henderson CE. Longitudinal measurement of amniotic fluid index in post term pregnancies and its association with fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(1-Part 1): 142-46.
7. Trimmer KJ, Peters MT, Kelly MA. Observations on the cause of oligohydramnios in prolonged pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1900-03.
8. Alencar Júnior CA, Feitosa FEL, Seabra MCM, Camano L, Bertini AM. Técnicas ultrasonográficas de avaliação do volume de líquido amniótico e sua correlação com o resultado gestacional. *Femina* 1995; 23(10): 877-80.
9. Souza LR. Gravidez prolongada. *GO* 1993; 5: 96-8.
10. Velho MTC, Morais EM, Ethur ABM. Determinação ultra-sonográfica do índice do líquido amniótico em grávidas normais, da 12^a à 42^a semana de gravidez. *RBGO* 2001; 23(4): 225-32.
11. O'Reilly-Green CP, Divon MY. Receiver operating characteristic curves of ultrasonographic estimates of fetal weight for prediction of fetal growth restriction in prolonged pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(5): 1133-8.

12. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term(Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2000. Vol 4.
13. Divon MY, Haglund B, Nissel H, Otterblad PO, Westgren M. Fetal and neonatal mortality in the postterm pregnancy: the impact of gestational age and fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178(4):726-31.
14. Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JAM (Orgn). *Rotinas em obstetrícia*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997 cap.5,9,7.
15. Mongelli M, Wilcox M, Gardosi J. Estimating the date of confinement: Ultrasonographic biometry versus certain menstrual dates. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(1): 278-81.
16. Sá RAM, Lopes LM, Netto HC. Conduta na gestação pós termo. *Femina* 2000; 28(8):451-55.
17. Provinciatto A. Estudo do índice do líquido amniótico em gestantes com hipertensão arterial e sua relação com a vitalidade fetal e resultados perinatais[resumo de tese]. *RBGO* 2001; 23(4): 263.
18. Larmon JE, Ross BS. Clinical utility of amniotic fluid volume assessment. *Obstet Gynecol Clinics* 1998; 25(3):639-61
19. Wing DA, Fishman A, Gonzalez C, Paul RH. How frequently should the amniotic fluid index be performed during the course of antepartum testing?. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 33-6.
20. Low amniotic fluid index is associated with increased risks os cesarean delivery for fetal distress and low apgar score. *Evidence based Obstet Gynecol* 2000; 2(3):62.

8 NORMAS ADOTADAS

Resolução n 001/2001 do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

9 RESUMO

Avaliação dos Testes Biofísicos na Predição da Vitalidade Fetal em Gestantes Acima de 41 semanas

Autor: Luciana Torres Pereira
Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução

A gravidez é definida como prolongada quando ela ultrapassa 294 dias calculados a partir do primeiro dia da última menstruação ou 42 semanas. A incidência de pós datismo é alta. Este longo período de permanência intra útero pode levar a riscos tanto maternos quanto perinatais.

A avaliação destes riscos, principalmente do sofrimento fetal, pode ser feita através de alguns exames que incluem cardiocografia, ultrassonografia, dopplerfluxometria.

Objetivos

Analisar a relação entre o sofrimento fetal agudo e a vitalidade do recém nascido.

Método

A pesquisa foi de caráter transversal, contemporâneo, retrospectivo, não controlado, simultâneo e individualizado, realizada com 202 pacientes admitidas na maternidade do HU/Ufsc no período de janeiro de 2000 a julho de 2001 com idade gestacional igual ou maior a 41 semanas concordante em pelo menos 2 dos seguintes métodos: data da última menstruação, ultrassonografia, Capurro.

Resultado

A média de idade materna foi de 27 anos. Com relação à idade gestacional 89,6% (181) tinham 41 semanas ou mais pela DUM. Nas 10,4% restantes a idade gestacional pela DUM ou era menor que 41 semanas ou a paciente não tinha certeza, mas ela foi confirmada através de ultrassonografia.

Coincidentemente, a incidência de oligoâmnio e sofrimento fetal agudo foi 8,9% (18), mas não foi simultâneo.

Das 18 pacientes com diagnóstico intraparto de sofrimento fetal agudo, 17 foram submetidas a cesareana e em todos os recém nascidos o Apgar do 5º minuto foi maior ou igual a 7.

Conclusões

Os esses exames de análise da vitalidade fetal não foram corretamente interpretados e o diagnóstico de sofrimento fetal agudo não foi devidamente confirmado, visto que de alguns

laudos cardiotocográficos verificados o diagnóstico de sofrimento fetal não correspondia ao traçado. Neste caso seria necessário um outro estudo para uma análise específica da relação entre cardiotocografia e sofrimento fetal agudo.

Luciana Torres Pereira
R. Lauro Linhares, 1730 ap 405- Trindade- Fpolis
Telefones (48) 234 8139 / 99638346
E mail lutorrespereira@hotmail.com

SUMMARY

Evaluation of Biophysical Tests in Well Being Fetal in Prolonged Preegnancy

The pregnancy is defined prolonged when it goes beyond 294 days from last menstrual period 41 weeks or 42 weeks. The incidence of prolonged pregnancy is rise. This long period of intra uterine permanency can take maternal and perinatal risks.

The evaluation from these risks , especially the well being fetal , can be verified realizing some tests: cardiotocography, ultrasound , doppler.

The objective of this study is to analyse the relation between unfavorable bad fetal outcome.

The research was of a observational, transversal, retrospective, not controlled, simultaneous and individual, realized with 202 patients admitted in the Maternidade do Hospital Universitário da UFSC in the period of January 2000 to July 2001 with gestational age above 41 weeks at least in two criterias: last menstrual period, ultrasound, Capurro.

The average of the patients was 27 years. From the patients, 89,6% had about 41 or more weeks from gestational age. Whole patients realize at least one ultrasound to confirm the gestational age. Both the incidence of oligohydramnio and fetal distress was equal but not simultaneous. And 17 ,from 18 who had fetal distress diagnosed before delivery, had an instrumental delivery. The Apgar indices in all of her babies was above 7.

The diagnosis of fetal distress didn't reflect the real situation.

APÊNDICE

CLAP - OPS/OMS HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL - BASE

INSTITUIÇÃO

História Clínica N°

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

TEL.: _____

IDADE

anos

menor de 15 maior de 35

ALBABET. sim não

INSTRUÇÃO

nenh. prim. sec. univ. anos aprov.

ESTADO CIVIL

casada união estável solteira outro

ANTECEDENTES

FAMILIARES
diabetes não sim
TBC pulmonar não sim
hipertensão não sim
gemelares não sim
outros não sim

PESSOAIS

TBC não sim
diabetes não sim
hipertensão crônica não sim
cirurgia pélvica-uterina não sim
infertilidade não sim
outros não sim

OBSTÉTRICOS

gestas abortos vaginais nascidos VIVOS vivem
nenhum ou mais de 3 partos nascidos mortos mortos 1° sem.
algum RN com menos de 2.500g depois 1° sem.
gemelares RN com maior peso g

GESTAÇÃO ATUAL

PESO ANTERIOR kg ALTURA (cm) Dia Mês Ano
DÚVIDAS não sim ANTITETÂNICA atual 1° 2°/R meses gesta.
GRUPO FUMA não sim cigaros por dia
HOSPITALIZAÇÃO não sim
ENCAMINHADA não sim Lugar

EX. CLÍNICO normal sim não EX. MAMAS. normal sim não EX. ODONT. normal sim não
PELVIS normal sim não PAPANIC. normal sim não COLPOSCOPIA normal sim não
CERVIX normal sim não VDRL - dia mês VDRL + dia mês
Hb dia mês Hb dia mês

data da consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semana de amenorréia									
peso(Kg)									
pressão arterial máx./mín.(mm Hg)									
alt. uterina pubis fundo									
apresent. Cef./Pelv./Tr									
F.C.F. (bat./min)									
mov. fetal									

PARTO **ABORTO** CONSULTA PRÉ-NATAL no hosp. sim não com cader. sim não
INTERNAÇÃO temperatura °C IDADE GEST. sem. menor 37 maior 41
APRES. cef. pelv. transv. TAMANHO FETAL adequado sim não
INÍCIO esp. ind. ces. elet. MEMBRANAS int. rot. data da ruptura hora min. dia mês

TRABALHO DE PARTO	TERMINAÇÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO	ATENDEU	PARTO	NEONATO	PATOLÓGIAS
hora <input type="checkbox"/> pressão arterial máx./mín.(mm Hg) <input type="checkbox"/> contrações freq. / 10 min. <input type="checkbox"/> dur. seg. <input type="checkbox"/> altura <input type="checkbox"/> var. posic. <input type="checkbox"/> F.C.F. (batimentos / minuto) <input type="checkbox"/> dilat. cerv. <input type="checkbox"/> mecônio <input type="checkbox"/>	espont. <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> min. <input type="checkbox"/> mês <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	3° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> DOMIC. OUTRO <input type="checkbox"/>	médico <input type="checkbox"/> enf./obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud./empir <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enf./obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud./empir <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enf./obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud./empir <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>	nenhuma <input type="checkbox"/> ges. múltipla <input type="checkbox"/> hipert. prévia <input type="checkbox"/> pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> eclâmpsia <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> infec. urinária <input type="checkbox"/> outras infec. <input type="checkbox"/> parasitose <input type="checkbox"/> R.C.I.U. <input type="checkbox"/> ameaça parto prem. <input type="checkbox"/> desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> hemorragia 1° trim. <input type="checkbox"/> hemorragia 2° trim. <input type="checkbox"/> hemorragia 3° trim. <input type="checkbox"/> anemia crônica <input type="checkbox"/> rupt. pre. memb. <input type="checkbox"/> infec. puerp. <input type="checkbox"/> hem. puerp. <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/>

MORTE intraut. não sim gest. sim ignora momento EPISIOTOMIA não sim LACERAÇÃO não sim
DEQUITAÇÃO espont. sim não PLACENTA compl. sim não
MEDICAÇÃO NO PARTO nenhuma anest. reg. anest. geral analges. tranquil. ocitoc antibiot. outra

RECÉM NASCIDO SEXO PESO AO NASCER ALTURA IDADE POR EX. FÍSICO PESO I.G. APGAR 1° minuto 5° REANIM. RESPIR. não máscara tubo VDRL não +
PUERPÉRIO hora ou dias pós-parto ou aborto temperatura pulso(bat./min.) pressão arterial máx./mín.(mm Hg) invol. uterina características de lóquios

EXAME FÍSICO normal anormal PATOLÓGIAS nenhuma mem. hialina sind. aspirat. apnéia outras SDR hemorragia hiperbilirrub outras hematol.
infecções defeitos cong. neurológicas metab. nutric. outras
ALIMENT. peito misto artificial PESO NA ALTURA g
ALTA MATERNA dia mês ano sadia encaminhada com patol. óbito
CONTRACEÇÃO camisinha D.I.U. pípula ligadura tubária ritmo outro

ALTA R.N. hora mês ano sadio encaminhado com patol. óbito
RESPONSÁVEL Responsável



LISTAS PARA A CODIFICAÇÃO DA HCP

PATOLOGIAS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Os números entre parênteses correspondem à Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), OPS/OMS, 1992

CÓD.	
50. GESTAÇÃO MÚLTIPLA	030
51. HIPERTENSÃO PRÉVIA	010
01. Hipertensão prévia essencial complicando a GPP	010.0
02. Hipertensão prévia secundária complicando a GPP	010.4
52. PRÉ-ECLÂMPSIA	013 e 014
04. Hipertensão transitória da gravidez	016
05. Pré-eclâmpsia leve	013
06. Pré-eclâmpsia severa e moderada	014
53. Hipertensão prévia com preteinúria	011
54. ECLÂMPSIA	015
55. CARDIOPATIA	Z86.7
56. DIABETES	024
57. Diabetes mellitus insulino-dependente prévia	024.0
58. Diabetes mellitus não insulino-dependente prévia	024.1
59. Diabetes mellitus iniciada na gravidez	024.4
07. Tolerância anormal a glicose	R73.0
60. INFECÇÃO URINÁRIA	0 23.0-023.4
08. Bacteriúria assintomática na gravidez	R82.7
61. OUTRAS INFECÇÕES	098, B50-B54, A60
62. Infecções do trato genital na gravidez	023.5
09. Sífilis complicando a GPP	098.1
10. Gonorréia complicando a GPP	098.2
11. Malária	B50-B54
12. Infecção herpética anogenital (herpes simplex)	A60
63. Hepatite a vírus	098.4
64. Tuberculose complicando a GPP	098.0
65. PARASITOSE COMPLICANDO A GPP	098.8
66. RETARDO DO CRESCIMENTO INTRAUTERINO	P05
67. AMEAÇA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	060
13. Incompetência do canal cervical	034.3
68. DESPROPORÇÃO CEFALOPÉLVICA	064, 065, 069
14. Obstrução causada por má posição do feto	064
15. Obstrução causada por bacia óssea	065
16. Desproporção causada pelo feto	066
HEMORRAGIA DO PRIMEIRO TRIMESTRE	020
17. Mola hidatiforme	001
18. Aborto (retido / espontâneo)	002.1, 003
19. Gravidez ectópica	000
20. Aborto induzido e terapêutico	006, 004
21. Ameaça de aborto	020.0
70. HEMORRAGIA DO SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES	
22. Hemorragia por placenta prévia	044.1
23. Descolamento prematuro de placenta	045
24. Hemorragia antiparto associada com coagulopatias	046.0
25. Rotura do útero	071.0-071.1
26. Laceração do colo do útero	071.3
71. ANEMIA	099.0
27. Anemia ferropriva	D50
72. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042
28. Infecção da cavidade amniótica	041.1
73. INFECÇÃO PUERPERAL	085-086
29. Sepsis	085
30. Infecção da mama e do mamilo associadas com o parto	091
74. HEMORRAGIA PÓS-PARTO	072
31. Retenção placentária	072.2, 072.2
32. Atonia	072.1
33. Laceração do perineo do 1º e 2º grau	070.0, 070.1
34. Laceração do perineo do 3º e 4º grau	070.2, 070.3
75. OUTRAS PATOLOGIAS	resto de 000-099
35. Placenta prévia sem hemorragia	044.0
36. Hiperêmese	021
37. Doença renal sem menção de hipertensão	099.8 (condições em N00-N39)
38. Dependência de drogas	F10-F19
39. Sofrimento fetal	068
40. Hidrâmnio	040
41. Oligoâmnio (sem menção de rotura de membranas)	041.0
42. Complicações do cordão umbilical	069
43. Complicações de administração de anestésicos ou de outros sedativos, no trabalho de parto	074
44. Embolia pulmonar obstétrica	088
45. Deiscência de incisão de cesárea	090.0
46. Deiscência de sutura perineal	090.1
47. AIDS	B20-B24
76. HIV positivo	R75
48. Câncer do cérvix	C53
49. Câncer de mama	C50
OUTRAS SDR	

PATOLOGIAS DO RECÉM-NASCIDO

CÓD.	
50. DOENÇAS DE MEMBRANA HIALINA	P22.0
51. SÍNDROMES ASPIRATÓRIOS	P24
52. APNÉIAS POR PREMATURIDADE	P28.3 P28.4
53. OUTRAS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22.1, P27
01. Ducto arterioso persistente	Q25.0
02. Persistência da circulação pulmonar fetal	P29.3
03. Pneumonia congênita	P23
04. Enfisema intersticial e pneumotórax	P25
05. Taquipnéia transitória	P22.1
06. Doença respiratória crônica originada no período perinatal	P27
54. HEMORRAGIAS (EXCLUINDO INTRACRANIANAS P52)	P50-P55
07. Doença hemorrágica do recém-nascido	P53
55. Hemorragia pulmonar originada no período perinatal	P26
56. Hemorragia umbilical (exclui as onfalites com hemorragia)	P51
57. HIPERBILIRRUBINEMIAS	P55-P59
08. Doenças hemolíticas devida a isoimunização Rh	P55.0
09. Doença hemolíticas devida a isoimunização Abo	P55.1
10. Icterícia neonatal associada a parto prematuro	P59.0
58. OUTRAS HEMATOLÓGICAS (EXCLUÍ P55.0, P55.1, P59, P52)	P50-P61
11. Policitemia neonatal	P61.1
12. Anemia congênita	P61.3
13. Demais alterações hematológicas	resto de P50-P61
48.0 INFECÇÕES	(P35-P39, A09, G00, A54.3)
14. Diarréia	A09
15. Meningites	G00
16. Onfalite	P38
17. Conjuntivite	P39.1 A54.3
59. Infecções da pele do recém-nascido	P39.4, L00
18. Septicemia	P36
19. Outras infecções específicas do período perinatal	resto de P35-P39
20. Enterocolite necrotizante	P77
49. Tétano neonatal	A33
60. Sífilis congênita	A50
61. Doenças congênicas virais	P35
62. ANOMALIAS CONGÊNITAS	Q00-Q99
21. Espinha bífida com e sem hidrocefalia	Q05, Q07.0
22. Hidrocefalia congênita	Q03
23. Outras anomalias congênicas do SNC	resto de Q00-Q07
24. Do sistema respiratório	Q30-Q34
25. Do sistema circulatório	Q20-Q28
26. Fissura da abóboda palatina e lábio leporino	Q35-Q37
27. Do sistema digestivo	Q39-Q45
28. Dos órgãos genitais	Q50-Q56
29. Do sistema urinário	Q60-Q64
30. Luxação congênita do quadril	Q65
31. Anomalias cromossômicas	Q90-Q99
32. Síndromes de malformação congênita afetando múltiplos sistemas	Q87
63. NEUROLÓGICA (EXCLUÍ ANOMALIAS CONGÊNITAS)	
33. Hidrocefalia adquirida	G91
34. Leucomalácia pericentricular e cerebral	P1.1, PG1.2
35. Tocoltraumatismo com lesão intracraniana do SNC e do sistema nervoso periférico	P10, P11, P14
36. Hemorragia intracraniana não traumática	P52
64. METABÓLICA / NUTRICIONAL	P70-P78
43. Síndrome do "Filho de mãe diabética"	P70.0, P70.1
44. Hipocalcemia / hipomagnesemia	P071
45. Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
46. Outras alterações perinatais do sistema digestivo	resto de P75-P78
47. Problemas com a alimentação	P92
66. OUTRAS	resto de P00-P96, Q99
39. HIV positivo	R75
40. Retinopatia da prematuridade	H35
41. Hérnia inguinal	K40
42. Insuficiência renal congênita	P96.0
67. Hipotensão / choque	R57
65. Síndrome de trauma por frio	P80.0 (exclui hipotermia leve P80.8)

INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

CÓD.		CÓD.	
01. Cesária anterior		17. Placenta prévia	
02. Sofrimento fetal agudo		18. Deslocamento de placenta normo-inserida	
03. Desproporção feto-pélvica		19. Rotura uterina	
04. Alteração da contratilidade		20. Toxemia (gestose)	
05. Parto prolongado		21. Herpes genital	
06. Fracasso de indução		22. Condilomatose genital	
07. Descenso retido da apresentação		23. Outra doença materna	
08. Gestação gemelar		24. Natimorto	
09. Retardo do crescimento uterino		25. Esgotamento materno	
10. Pré-termo		26. Outra	
11. Pós-termo			
12. Apresentação podálica			
13. Variedade posteriores			
14. Situação transversa			
15. Rotura prematura de membranas			
16. Suspeita ou certeza de infecção ovular			

MEDICAÇÃO NO PARTO

CÓD.		CÓD.	
01. Lidocaína ou similares		17. Antagonistas do cálcio	
02. Aminas simpaticomiméticas		18. Sulfato de Magnésio	
03. Inalantes (pentranho-flurano-óx.nitroso)		19. Hidrazina	
04. Barbitúricos		20. Beta bloqueadores	
05. Bloqueadores musculares		21. Outros antihipertensivos	
06. Diazepóxido		22. Sangue e/ou hemoderivados	
07. Meperidina		23. Heparina	
08. Antiespasmódicos		24. Corticóides	
09. Ocitocina		25. Cardiotônicos	
10. Prostaglandinas		26. Diuréticos	
11. Betalactâmicos (penicilinas-cefalosporinas)		27. Aminofilina	
12. Aminoglicosídeos (gentamicinas-amicacina)		28. Insulina	
13. Eritromicina		29. Difenildantoina	
14. Metronidazol		30. Outra	
15. Beta miméticos			
16. Antiprostaglandinas			

PROTOCOLO

“AVALIAÇÃO DOS TESTES BIOFÍSICOS NA PREDIÇÃO DA VITALIDADE FETAL EM GESTANTES COM 41 SEMANAS OU MAIS DE GESTAÇÃO”

Registro nº : _____

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Fone: _____

1) PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Idade: _____ anos

Estado civil: () casada () solteira () união estável () outros _____

Alfabetizada: () sim () não

Instrução: () 1º grau () 2º grau () superior

2) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Abortos: _____

3) GESTAÇÃO ATUAL

DUM: (____ / ____ / ____) IGDUM: _____ Dúvidas: () sim () não

USG: (____ / ____ / ____ - ____ semanas ____ dias) IGUSG: ____ semanas ____ dias

ILA: () oligoâmnio () LA diminuído () normodramnia () LA aumentado

Placenta: () grau 1 () grau 2 () grau 3

CTG: () reativa () não reativa () não reativa patológica _____

Dopplerfluxometria: () sim Resultado: _____ () não

Pré natal: () sim, _____ consultas No HU? () sim () não

() não

4) PARTO

Data internação: ____ / ____ / ____

Apresentação: () cefálica () pélvica () córmica

Sofrimento Fetal Intraparto? () sim. Método diagnóstico _____

() não

Início: () espontâneo

() induzido → colo favorável? () sim () não Índice de Bishop: _____

usou misoprostol? () sim _____ doses/dia. Quantos dias? ____

() não

usou ocitocina? () sim _____ UI

_____ concentração máxima

() não

Obedeceu critérios de indução do HU? () sim () não

Término (____ / ____ / ____)

() espontâneo

() induzido

() cesárea → indicação () cesárea prévia

() distócia

() falha indução

() macrossomia

() desproporção céfalo pélvica

() sofrimento fetal agudo

() outra Especificar: _____

Morte intraútero () sim → () parto () gestação

() não

5) RECÉM NASCIDO

Sexo: () feminino () masculino

Peso: _____ gramas Peso/IG: () PIG () AIG () GIG

Capurro: ____ semanas ____ dias

Apgar: 1º min : ____ 5º min: ____

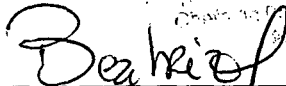
Patologias: () síndrome aspirativa

AUTORIZAÇÃO

Florianópolis, 05 de Novembro de 2001

Eu, Beatriz Maykot Kuerten Gil, como chefe do setor de Divisão de Tocoginecologia do HU/UFSC; autorizo a doutoranda da 11^a fase do curso de graduação em medicina Luciana Torres Pereira a ter acesso as fichas do CLAP do período entre janeiro de 2000 e julho de 2001 que se encontram arquivadas neste setor, a fim de realizar o trabalho de conclusão de curso intitulado:

GESTAÇÃO PROLONGADA: ANÁLISE DOS FATORES MATERNO E PERINATAIS EM GESTANTES COM 41 SEMANAS OU MAIS DE GESTAÇÃO


Prof. Beatriz Maykot Kuerten Gil
Chefe do Setor de Divisão de Tocoginecologia
Superioridade em
1999-2000

BEATRIZ MAYKOT KUERTEN GIL

Chefe do Setor de Divisão em Tocoginecologia do HU/UFSC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

1. Identificação:

Projeto 167/2001

Título do projeto: "Gestação prolongada: análise dos fatores maternos e perinatais em gestantes com 41 semanas de gestação".

Pesquisador responsável: Beatriz Maykot Kuerten Gil

Instituição onde será realizado o estudo: Hospital Universitário-UFSC

Data da apresentação ao CEP: 07/11/01

2. Objetivos.

A partir dos dados de vitalidade fetal, analisar e comparar se os resultados maternos e peri-natais são favoráveis em dois grupos de gestantes (1- com 41 a 41 semanas e seis dias de gestação e 2- com mais do que 42 semanas de gestação).

3. Sumário do projeto.

Trata-se de estudo observacional, transversal, contemporâneo, retrospectivo, controlado, simultâneo e individualizado de pacientes admitidas na Maternidade do Hospital Universitário (HU-UFSC) no período de janeiro de 2000 a julho de 2001. O estudo servirá para trabalho de conclusão de curso da aluna de medicina Luciana Torres Pereira. O projeto se encontra bem descrito e sua relevância local bem justificada.

4. Comentários do relator frente à resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

O estudo preenche as determinações contidas nas resoluções CNS 196/96 e complementares.




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

Parecer do CEPSH:

- aprovado.
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 17/12/2001

Florianópolis, 17/12/2001


Profª Márcia Margaret Menezes Pizzichini
Coordenadora

TCC
UFSC
TO
0337

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0337

Autor: Pereira, Luciana T

Título: Avaliação dos testes biofísicos



972800176

Ac. 254467

Ex.1 UFSC BSCCSM