

Cuidados Pré-Natal: recomendações e segurança dos medicamentos comumente usados

Prenatal care: recommendations and safety of commonly used medications

DOI:10.34117/bjdv8n9-164

Recebimento dos originais: 16/08/2022

Aceitação para publicação: 15/09/2022

Victoria Rachel de Oliveira e Souza

Discente em Medicina pelo Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMOC)
Instituição: Hospital Santa Casa - Montes Claros
Endereço: Praça Honorato Alves, 22, Centro, Montes Claros - MG, CEP: 39400-103
E-mail: svictoriaoliveira@icloud.com

Gabriel Trancoso de Lucca

Discente em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Instituição: Faculdade Ciências Médicas
Endereço: Rua Alameda Ezequiel, 275, Centro, Belo Horizonte - MG
E-mail: gabrieltrancoso2000@gmail.com

Victória Gonçalves Pedro Reis

Discente em Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS-BH)
Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS-BH)
Endereço: Av. Cristiano Machado, 12001, Vila Cloris, Belo Horizonte - MG,
CEP: 31744-007
E-mail: victoriareis0125@gmail.com

Marcela Carneiro Rabello Teixeira

Discente em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)
Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)
Endereço: Rua Santa Catarina, 613, Centro, Belo Horizonte - MG
E-mail: marcelarabello2011@hotmail.com

Sofia Guimarães Piancastelli

Residente de Ginecologia e Obstetrícia pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Minas Gerais
Endereço: Av. Assis Chateaubriand, 197, Floresta, Belo Horizonte - MG,
CEP: 30150-100
E-mail: sofiapiancastelli@gmail.com

Liza Mara Vieira

Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade José do Rosário Velano (UNIFENAS)
Endereço: Silvano Brandão, 521, Centro, Alfenas – MG, CEP: 37140-049
E-mail: vieira_liza@yahoo.com.br

Gabriella Moté Trotta

Graduada em Veterinária

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso

Endereço: Av. Nigéria 333, Bloco 5E, Jardim Aclimação, Cuiabá

E-mail: gabriellamote@hotmail.com

Giovanna Prata Silva Melo

Discente em Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Rua Desembargador Jorge Fontana, 112, Belvedere, Belo Horizonte - Minas Gerais, CEP:30320-670

E-mail: giovannapratam@gmail.com

RESUMO

A assistência pré-natal envolve uma quantidade substancial de educação do paciente e promoção da saúde, especialmente durante as primeiras consultas. Este tópico discutirá a educação de rotina do paciente e a promoção da saúde no início da gravidez e o uso de medicamentos comuns durante a gravidez. Outros aspectos importantes da rotina de cuidados pré-natais e cuidados após o nascimento são revisados separadamente.

Palavras-chave: assistência pré-natal, drogas na gestação, segurança.

ABSTRACT

Prenatal care involves a substantial amount of patient education and health promotion, especially during the first few visits. This topic will discuss routine patient education and health promotion in early pregnancy and the use of common medications during pregnancy. Other important aspects of routine prenatal care and care after birth are reviewed separately.

Keywords: prenatal care, drugs in pregnancy, safety.

1 INTRODUÇÃO

A educação do paciente e a promoção da saúde são componentes importantes do pré-natal e envolvem a discussão de múltiplos assuntos (por exemplo, contato com o profissional de saúde, medicamentos, dieta, vitaminas e minerais. peso ganho, imunização, exercício e outras atividades que engloba comportamentos saudáveis. O uso de medicamentos é comum na gravidez. No entanto, informações sobre reações adversas maternas ou fetais conhecidas ou potenciais e ajustes de dose necessários durante a gravidez e o período pós-parto são muito limitados. Dessa forma o artigo em questão visa abordar esses temas.

2 OBJETIVO

O objetivo desse estudo é revisar sobre as orientações e recomendações das práticas durante a gestação

3 METODOLOGIA

Os bancos de dados Pubmed e UpToDate, além de diretrizes foram pesquisados eletronicamente os descritores assistência pré-natal; drogas na gestação; segurança nos idiomas inglês e português, utilizando as publicações dos últimos 05 anos.

4 DESENVOLVIMENTO

Um multivitamínico pré-natal padrão com ferro e ácido fólico satisfaz as necessidades diárias de vitaminas e minerais da maioria das gestantes. Embora o uso pré-natal de multivitamínicos não tenha provado melhorar os resultados maternos e neonatais em países de alta renda como o Reino Unido, onde as pessoas geralmente são bem nutridas e os alimentos são fortificados com vitaminas, na ausência de uma avaliação cuidadosa do estado nutricional de uma gestante ou consulta com nutricionista, acreditamos ser prudente recomendar um multivitamínico pré-natal diariamente

4.1 FERRO

O multivitamínico deve conter 15 a 30 mg de ferro para prevenir a deficiência de ferro; os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam 30 mg/dia para atingir a dose diária recomendada de 30 mg para gestantes. No entanto, se a ingestão diária de um multivitamínico contendo ferro for mal tolerada, uma vitamina sem ferro e suplementação intermitente de ferro (uma a três vezes por semana) parece ser tão eficaz quanto a suplementação diária para prevenir a anemia a termo e é melhor tolerada. O desconforto gastrointestinal é comum em doses de 45 mg/dia [3]. O ferro pode ser administrado por via parenteral a pacientes com deficiência de ferro que não toleram o ferro oral.

Ácido fólico – O multivitamínico também deve conter ácido fólico 0,4 a 0,8 mg para reduzir o risco de defeitos abertos do tubo neural durante o período de fechamento do tubo neural. O ácido fólico pode ter benefícios na gravidez não relacionados à prevenção de defeitos do tubo neural, mas os dados disponíveis são insuficientes para apoiar um benefício claro

4.2 VITAMINA D

Alguns especialistas aconselham a suplementação de altas doses de vitamina D (por exemplo, 2.000 a 4.000 unidades internacionais/dia) além da Ingestão Dietética Recomendada para gestantes cujos filhos são considerados de alto risco de asma (por exemplo, ambos os pais têm asma)

Um breve questionário de triagem pode ajudar a avaliar rapidamente a dieta do paciente e auxiliar no aconselhamento sobre uma dieta saudável. A história médica pode ajudar a identificar comportamentos e condições médicas que apresentam riscos de saúde relacionados à nutrição para a mãe e o feto e, portanto, precisam ser abordados. Nutrição, dietas especiais, segurança alimentar, uso de adoçantes não nutritivos, bem como alimentos/suplementos que devem ser consumidos (por exemplo, ácido fólico, limitados (por exemplo, cafeína) ou evitados (por exemplo, a maioria dos produtos fitoterápicos, peixes ricos em mercúrio)

4.3 GANHO DE PESO GESTACIONAL

As recomendações para ganho de peso gestacional são baseadas no índice de massa corporal pré-gestacional. A gravidez é um fator de risco para ganho de peso excessivo, o que aumenta o risco de sobrepeso ou obesidade pós-parto. Tanto o ganho de peso excessivo quanto a obesidade têm sido associados a um risco aumentado de cesariana e macrosomia. A longo prazo, a obesidade está associada a um significativo excesso de morbidade e mortalidade, particularmente por diabetes, distúrbios cardiovasculares e alguns tipos de câncer. O pré-natal é uma oportunidade importante para discutir esses riscos e aconselhar sobre dieta e exercícios para obter um ganho de peso adequado.

O consumo materno de álcool, o tabagismo ou o uso indevido de drogas podem ser prejudiciais ao feto e à mãe. O ideal é que as grávidas parem completamente de usar essas substâncias. Eles devem ser fortemente avisados sobre os riscos desses comportamentos e encaminhados para programas de cessação ou substituição em sua área.

4.4 EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA

Para a maioria das gestantes com gestações não complicadas, a seguinte prescrição de exercícios é razoável e faz parte de um estilo de vida saudável: exercício de intensidade moderada (capaz de manter uma conversa normalmente durante o exercício) que inclui

exercícios aeróbicos e treinamento de força, realizados por 30 minutos diariamente, cinco a sete dias por semana. Embora amplamente acreditado para melhorar alguns resultados da gravidez, não há evidências de alta qualidade de que o repouso no leito reduz o risco de perda de gravidez, parto prematuro ou pré-eclâmpsia ou melhora o resultado da gravidez em gestação múltipla ou crescimento fetal prejudicado. Além disso, o repouso no leito tem conhecidos danos potenciais: promove perda de densidade óssea trabecular, aumenta o risco de tromboembolismo venoso, produz descondicionamento musculoesquelético e coloca pressão psicossocial significativa em indivíduos e famílias

As imunização são de grande importância no cotidiano de uma gestante, atualmente o PNI contempla: COVID-19 – As pessoas grávidas devem estar em dia com a vacinação contra COVID-19, em parte porque a própria gravidez está associada a um risco aumentado de infecção grave. Existem dados cada vez mais tranquilizadores sobre a segurança e eficácia das vacinas COVID-19 para prevenir a infecção por SARS-CoV-2 durante a gravidez e bebês de mães vacinadas e para melhorar o resultado da gravidez, mesmo que ocorra uma infecção avançada. A vacinação contra a gripe é recomendada para indivíduos que estão ou estarão grávidas durante a estação da gripe, independentemente do estágio da gravidez. As imunizações e reforços contra tétano e difteria devem estar em dia. As vacinas de toxóide tetânico, toxóide diftérico reduzido e coqueluche acelular (Tdap) são administradas no terceiro trimestre de cada gravidez para proteger o bebê da coqueluche, independentemente da vacinação materna prévia.

4.5 MEDICAÇÕES

O acetaminofeno (paracetamol) é amplamente utilizado para o tratamento de dor e febre, sem evidências de alta qualidade em humanos de risco aumentado de perda de gravidez, anomalias congênitas ou atraso no desenvolvimento neurológico da prole. O uso extensivo de acetaminofeno por gestantes combinado com a escassez de efeitos adversos documentados serviu para tornar este medicamento o analgésico e antipirético de escolha durante a gravidez quando a terapia medicamentosa de curto prazo é indicada. Além disso, é possível que a redução da febre com acetaminofeno reduza o risco de algumas anomalias congênitas, mas são necessários mais estudos. É importante alertar os pacientes contra o uso excessivo de paracetamol. A dose terapêutica é de 325 a 1.000 mg por dose em adultos, com uma dose diária máxima habitualmente recomendada de aproximadamente 3 g para preparações orais de liberação imediata. O uso excessivo acidental pode ser mais provável na gravidez devido às limitações no uso de outros

medicamentos e percepções de sua segurança. Dados limitados sugerem bons resultados fetais em casos de superdosagem/uso excessivo materno, mas o potencial de morbidade materna é alto.

4.6 AINEs

Os riscos e benefícios do uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) para o tratamento da dor, febre ou doença reumatológica dependem da dose, idade gestacional e duração da terapia. Esses riscos são discutidos em detalhes separadamente.

É importante ressaltar que o uso de AINEs que não sejam aspirina em baixas doses por mais de 48 horas pode causar constrição in utero do canal arterial já na 24^a semana de gestação, mas é mais comum após 31 a 32 semanas. Após 20 semanas, os AINEs também têm efeitos nos rins fetais que podem levar a oligodrômio, geralmente após pelo menos 48 horas de terapia.

4.7 OPIÓIDES

Há informações limitadas sobre os efeitos do uso de opióides prescritos a longo prazo (≥ 1 mês) durante a gravidez. A dependência fisiológica materna e a síndrome de abstinência neonatal são as principais preocupações com o uso de opióides maternos a longo prazo, que inclui a semana anterior ao parto. Para pacientes grávidas com dor moderada a intensa, os opióides devem ser prescritos na dose eficaz mais baixa pelo menor período necessário e somente quando as terapias alternativas de controle da dor são ou provavelmente serão ineficazes

4.8 ANTIBIÓTICOS

Antibióticos sem efeitos teratogênicos conhecidos incluem as cefalosporinas, as penicilinas, clindamicina, amoxicilina-clavulanato, metronidazol e aztreonam. A fosfomicina também é geralmente considerada segura na gravidez. Os seguintes antibióticos foram associados a efeitos teratogênicos conhecidos ou potenciais.

Aminoglicosídeos apresentam risco de ototoxicidade e nefrotoxicidade fetal (e materna), mas não com anomalias anatômicas estruturais.

Tetraciclina – As tetraciclina são geralmente contraindicadas na gravidez devido ao risco de hepatotoxicidade na mãe e efeitos adversos no osso e nos dentes fetais

Fluoroquinolonas – As fluoroquinolonas são geralmente evitadas durante a gravidez e lactação porque são tóxicas para o desenvolvimento da cartilagem em estudos

experimentais com animais. Nem os efeitos adversos na cartilagem nem o aumento de malformações congênitas do uso durante a gravidez humana foram documentados em meta-análises e registros, mas os dados disponíveis são limitados

4.9 TRIMETOPRIM

O curso mais seguro é evitar o uso de trimetoprim no primeiro trimestre se outro antibiótico seguro e eficaz estiver disponível. Se a exposição ocorrer, aconselhamos os pacientes sobre o risco basal de 2 a 4% de anomalias congênitas importantes na população e a possibilidade de um aumento baixo, mas não comprovado, do risco após a exposição in utero ao trimetoprima.

4.10 SULFONAMIDAS, NITROFURANTOÍNA

O curso mais seguro é evitar o uso de nitrofurantoína ou sulfonamidas no primeiro trimestre se outro antibiótico que seja seguro e eficaz estiver disponível, mas o uso desses medicamentos é apropriado quando boas alternativas não estão disponíveis, com base nos dados discutidos abaixo. Ambas as drogas têm sido implicadas em causar hemólise em indivíduos com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase e naqueles em risco para esta condição embora a literatura contenha informações conflitantes.

5 CONCLUSÃO

A necessidade de uma assistência pré-natal se faz necessária principalmente pelo seu caráter informativo. O desenvolvimento da criança é considerado satisfatória quando todos os ambientes são favoráveis para o seu crescimento saudável. É por esse motivo que o médico assistente deve sempre orientar a mãe sobre os medicamentos permitidos durante a gestação, sobre a quantidade adequada de peso a se ganhar, os alimentos que devem ser evitados, assim como outras atividades visando o melhor desenvolvimento da mãe e feto na gestação.

REFERÊNCIAS

Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051880.htm (Accessed on May 07, 2017).

Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; :CD009997.

The National Academies press. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc (2001). www.nap.edu/read/10026/chapter/11#291 (Accessed on May 07, 2017).

Viljoen K, Segurado R, O'Brien J, et al. Pregnancy diet and offspring asthma risk over a 10-year period: the Lifeways Cross Generation Cohort Study, Ireland. *BMJ Open* 2018; 8:e017013.

FoodSafety.gov. People at risk: Pregnant women <https://www.foodsafety.gov/people-at-risk/pregnant-women> (Accessed on August 31, 2020).

U.S. Department of Agriculture's Food Safety and Inspection Service. Food Safety for Pregnancy Women <https://www.fda.gov/media/83740/download> (Accessed on August 31, 2020).

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 462: Moderate caffeine consumption during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 116:467. Reaffirmed 2020.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Car safety for you and your baby. www.acog.org/publications/patient_education/bp018.cfm (Accessed on December 10, 2010).

Klinich KD, Flanagan CA, Rupp JD, et al. Fetal outcome in motor-vehicle crashes: effects of crash characteristics and maternal restraint. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:450.e1.

Motozawa Y, Hitosugi M, Abe T, Tokudome S. Effects of seat belts worn by pregnant drivers during low-impact collisions. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:62.e1.

Schiff MA, Mack CD, Kaufman RP, et al. The effect of air bags on pregnancy outcomes in Washington State: 2002-2005. *Obstet Gynecol* 2010; 115:85.

Grobman WA, Gilbert SA, Iams JD, et al. Activity restriction among women with a short cervix. *Obstet Gynecol* 2013; 121:1181.

McCall CA, Grimes DA, Lyerly AD. "Therapeutic" bed rest in pregnancy: unethical and unsupported by data. *Obstet Gynecol* 2013; 121:1305.

Maloni JA. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2011; 6:385.

Biggio JR Jr. Bed rest in pregnancy: time to put the issue to rest. Obstet Gynecol 2013; 121:1158.

Goldenberg RL, Cliver SP, Bronstein J, et al. Bed rest in pregnancy. Obstet Gynecol 1994; 84:131.

Allen C, Glasziou P, Del Mar C. Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. Lancet 1999; 354:1229.

Kovacevich GJ, Gaich SA, Lavin JP, et al. The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2000; 182:1089.

Maloni JA, Schneider BS. Inactivity: symptoms associated with gastrocnemius muscle disuse during pregnancy. AACN Clin Issues 2002; 13:248.

Maloni JA, Kane JH, Suen LJ, Wang KK. Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: a longitudinal study. Nurs Res 2002; 51:92.

Maloni JA, Alexander GR, Schluchter MD, et al. Antepartum bed rest: maternal weight change and infant birth weight. Biol Res Nurs 2004; 5:177.

Maloni JA, Park S. Postpartum symptoms after antepartum bed rest. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 34:163.

Promislow JH, Hertz-Picciotto I, Schramm M, et al. Bed rest and other determinants of bone loss during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2004; 191:1077.

Graham JM Jr. Update on the gestational effects of maternal hyperthermia. Birth Defects Res 2020; 112:943.

Agopian AJ, Lupo PJ, Canfield MA, et al. Swimming pool use and birth defect risk. Am J Obstet Gynecol 2013; 209:219.e1.

Centers for Disease Control and Prevention. Question and answer: Zika virus infection and pregnancy. www.cdc.gov/zika/pregnancy/question-answers.html (Accessed on February 26, 2016).

O'Brien LM, Warland J. Typical sleep positions in pregnant women. Early Hum Dev 2014; 90:315.

Stacey T, Thompson JM, Mitchell EA, et al. Association between maternal sleep practices and risk of late stillbirth: a case-control study. BMJ 2011; 342:d3403.

McCowan LME, Thompson JMD, Cronin RS, et al. Going to sleep in the supine position is a modifiable risk factor for late pregnancy stillbirth; Findings from the New Zealand multicentre stillbirth case-control study. PLoS One 2017; 12:e0179396.