

Manual do Cuidado no Pré-Natal e Puerpério na Atenção Primária em Saúde

Secretaria
Municipal de
Saúde de Londrina
Fluxogramas
-2018-



Este documento faz parte do processo de atualizações do Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na APS.

Para facilitar o acesso estão disponibilizados nesse arquivo todos os fluxos atualizados.

Orientamos a utilização desse documento para manejo dos casos, visto que os fluxogramas que estão no manual ainda não foram atualizados simultaneamente.

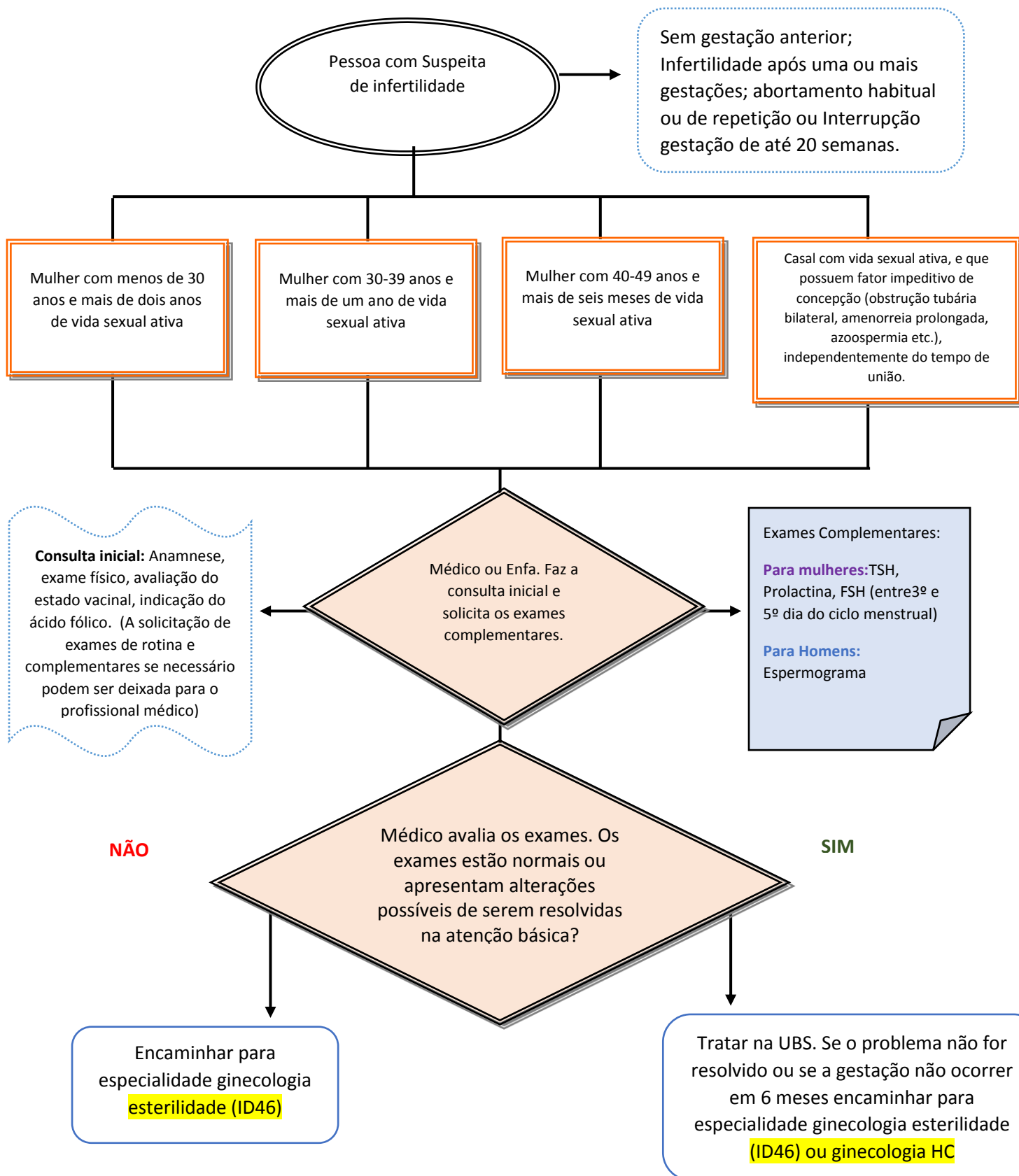
Londrina, 18 de setembro de 2018.

Diretoria de Atenção Primária à Saúde - DAPS

FLUXOGRAMA 1 - ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE INFERTILIDADE	5
FLUXOGRAMA 2 - DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ	6
FLUXOGRAMA 3 - ABORDAGEM SINDRÔMICA EM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) NA GESTAÇÃO	7
FLUXOGRAMA 4 - RASTREAMENTO E CONDUTAS DO DIABETES GESTACIONAL 1º. TRIMESTRE	15
FLUXOGRAMA 5 - TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE (TOTG) – RASTREAMENTO E CONDUTAS- DIABETES GESTACIONAL- 2º E 3º. TRIMESTRE	16
FLUXOGRAMA 6 - PERFIL GLICÊMICO AMBULATORIAL – ACOMPANHAMENTO DE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL NO 1º TRIMESTRE E COM BOA RESPOSTA A MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA (PACIENTE JÁ REFERENCIADA POREM QUE AINDA NÃO INICIOU O SEGUIMENTO NA PATOLOGIA OBSTÉTRICA).....	17
FLUXOGRAMA 7 - GESTANTE COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO À GESTAÇÃO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 OU 2	18
FLUXOGRAMA 8 – HEMOGRAMA RASTREAMENTO E CONDUTAS DA ANEMIA FERROPRIVA GESTACIONAL.....	19
FLUXOGRAMA 9 - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA - ABORDAGEM DAS HEMOGLOBINOPATIAS (4)	20
FLUXOGRAMA 10 - HBSAG- INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B	22
FLUXOGRAMA 11 - TESTE DO HIV – RASTREAMENTO E CONDUTAS.....	23
FLUXOGRAMA 12 - TIPAGEM SANGUÍNEA E FATOR RH –RASTREAMENTO DE RISCO PARA INFECÇÕES NO NEONATAL.....	24
FLUXOGRAMA 13 - STREPTOCOCCUS DO GRUPO B- RASTREAMENTO DE RISCO PARA INFECÇÕES NO NEONATO	25
FLUXOGRAMA 14 - UROCULTURA COM PRESENÇA DE STREPTOCOCCUS DO GRUPO B.....	25
FLUXOGRAMA 15 - TOXOPLASMOSE RASTREAMENTO E CONDUTAS QUANDO EXAME REALIZADO ANTES DA 16ª. SEMANA DE IDADE GESTACIONAL	26
FLUXOGRAMA 16 - TOXOPLASMOSE - RASTREAMENTO E CONDUTAS QUANDO EXAME REALIZADO APÓS A 16ª. SEMANA DE IDADE GESTACIONAL	27
FLUXOGRAMA 17 - TESTES RÁPIDO PARA SÍFILIS- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO	28
FLUXOGRAMA 18 – VDRL - RASTREAMENTO E CONDUTAS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO.....	29
FLUXOGRAMA 19 - TESTES PARA SÍFILIS- RASTREAMENTO E CONDUTAS DE PARCERIA (S) SEXUAL (IS)	30
FLUXOGRAMA 20 - ATENDIMENTO A GESTANTE E/OU PARCERIAS SEXUAIS COM RELATO DE ALERGIAS A PENICILINA.....	31
FLUXOGRAMA 21 - TSH: RASTREAMENTO E CONDUTAS NAS TIREOIDOPATIAS	32
FLUXOGRAMA 22 - URINA 1.....	33
FLUXOGRAMA 23 - UROCULTURA.....	34
FLUXOGRAMA 24 – GESTANTE COM SINTOMAS URINÁRIOS	34
FLUXOGRAMA 25 - TESTE RÁPIDO HEPATITE C- RASTREAMENTO DA HEPATITE C NA GESTAÇÃO	36
FLUXOGRAMA 26 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA GESTAÇÃO	37
FLUXOGRAMA 27 - ATENÇÃO NAS ALTERAÇÕES DO LÍQUIDO AMNIÓTICO.....	38
FLUXOGRAMA 28 - ATENÇÃO NAS PERDAS DE LIQUIDO VIA VAGINAL- SUSPEITA DE ROTURA PREMATURA.....	39
FLUXOGRAMA 29 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ: < 20 SEMANAS	41

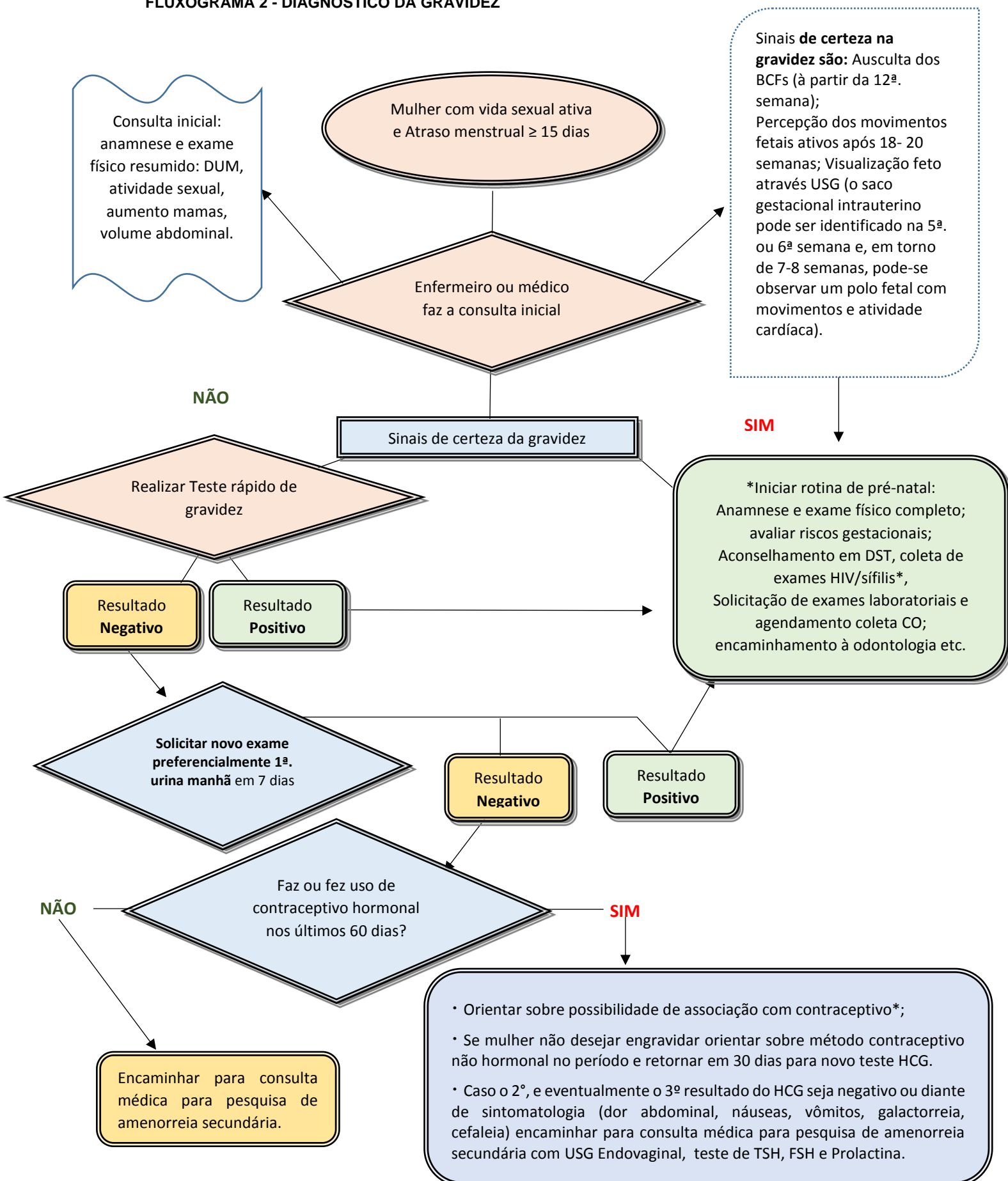
FLUXOGRAMA 30 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ PRÉ-ECLÂMPSIA SUPERPOSTA À HAS CRÔNICA (AGUARDANDO CONSULTA NA PATOLOGIA OBSTÉTRICA OU EM CASO DE URGÊNCIA)	42
FLUXOGRAMA 31 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ: >20 SEMANAS	43
FLUXOGRAMA 32 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NO PUERPÉRIO	44

FLUXOGRAMA 1 - ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE INFERTILIDADE



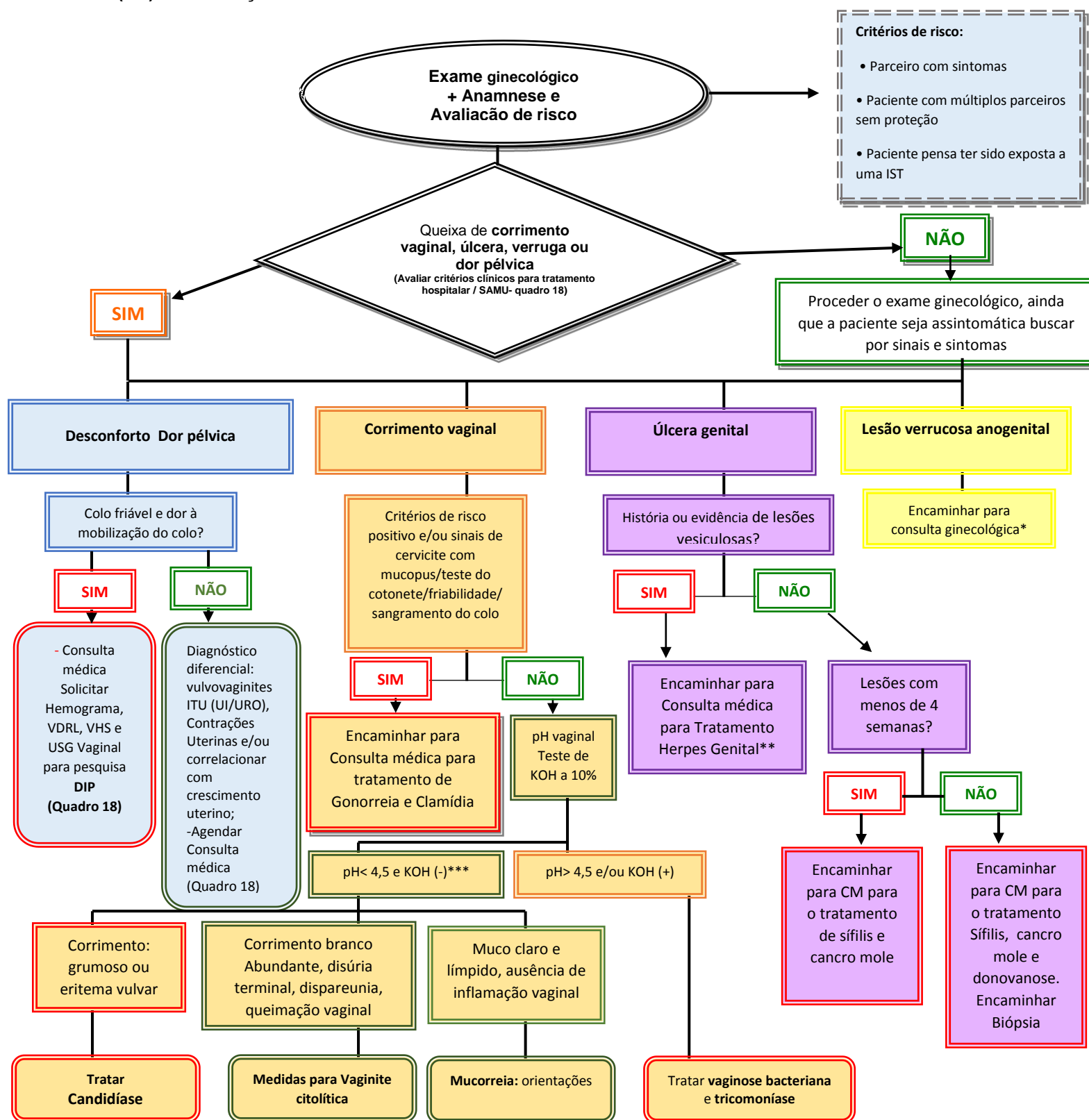
Não há oferta desta especialidade no momento

FLUXOGRAMA 2 - DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ



*Mulheres em uso de contraceptivo hormonal podem ter amenorreia mesmo após a suspensão. No caso da injetável combinado mensal pode ocorrer demora de até 60 dias para retorno dos ciclos menstruais e no caso de injetável progestógeno trimestral o retorno da menstruação se dá em média de 6 meses após a última injeção, mas em até 25% delas pode demorar até um ano para o restabelecimento do padrão normal.

FLUXOGRAMA 3 - ABORDAGEM SINDRÔMICA EM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) NA GESTAÇÃO



OBS: De modo geral para abordagem sindrômica efetiva é importante **aconselhar**, oferecer teste rápido para IST ou sorologia, vacinar contra hepatite B, **ênfatisar a adesão ao tratamento**, **notificar**, **convocar e tratar parceiros** e **agendar retorno**.

*No caso de lesões extensas em gestantes, encaminhar para o pré-natal de Alto Risco.

**Paciente que apresentar queixa de dor aguda, com piora progressiva, febre, ou instabilidade geral referenciar para CM no dia. Mesmo diante da suspeita de herpes, fazer teste (s) para sífilis.




*** Teste hidróxido de potássio (KOH): Aplica-se 1-2 gts. do produto sobre lâmina com a secreção. Considera-se positivo quando há a liberação de amins, perceptível como odor de peixe podre.



QUADRO 1 - TRATAMENTO EM ABORDAGEM SINDRÔMICA PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)- DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)


Definição	Causas/Etiologia	Sinais e Sintomas	Tratamento (a partir 2º.trimestre)	Comentários
É uma síndrome clínica caracterizada por uma infecção que compromete o endométrio (endometrite), trompas de Falópio, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).	- Ascensão de micro-organismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo endométrio (endometrite), trompas de Falópio, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite). Dentre os agentes etiológicos envolvidos estão a <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , e <i>Chlamydia trachomatis</i> , Bactérias facultativas anaeróbias (ex: <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Haemophilus influenza</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i>) Outros microrganismos	Corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta. Critérios diagnósticos (três critérios maiores + um critério menor OU um critério elaborado): Critérios maiores: - dor no hipogástrico; - dor à palpação dos anexos; - dor à mobilização de colo uterino. Critérios menores: - temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura oral > 38,3°C; - conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; - massa pélvica; - mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; - leucocitose em sangue periférico; - proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; - comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas. Critérios elaborados: - Evidência histopatológica de endometrite; - Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem - laparoscopia com evidência de DIP; Outros sintomas: sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (<i>spotting</i>), dispareunia, descarga vaginal. Diagnósticos diferenciais de DIP: gravidez ectópica, apendicite aguda, ITU, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário, torção de mioma uterino, rotura de cisto ovariano, endometriose (endometrioma roto), diverticulite, entre outros.	Encaminhar para avaliação ginecologista. Sugestão de tratamento conforme critério clínico: 1. Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única + Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias (após 1º. Trimestre gestação) + Ampicilina 500 mg, VO 6/6horas por 10 dias. Cuidados: - Repouso relativo, abstinência sexual, sintomáticos; Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros e agendar retorno. - DIU não precisa ser removido (caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Oferecer métodos contraceptivos alternativos).	<ul style="list-style-type: none"> Nas gestantes pode ocorrer: prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino, endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonias do recém-nascido. Em caso de quadro abdominal grave (irritação peritoneal); febre > 37,5° C; gravidez, abscesso tubo-ovariano, ausência de resposta ao tratamento ambulatorial –encaminhar para referência hospitalar. As parcerias sexuais dos últimos dois meses, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>.

Fonte: BRASIL. 2015b p.75-80.

QUADRO 2 - TRATAMENTO EM ABORDAGEM SINDRÔMICA PARA INFECÇÕES DO TRATO REPRODUTIVO (ITR)* E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)- CORRIMENTO VAGINAL

Agravamento Provável	Definição	Causas/ Etiologia	Sinais e Sintomas	Tratamento	Comentários
Mucorreia 	Secreção vaginal mucóide principalmente no período fértil	Fisiológico	Ausência de inflamação vaginal, muco claro branco leitoso ou transparente, (podendo ser, algumas vezes, levemente amarelada) homogêneo ou pouco grumoso. Fluxo vaginal fisiológico.	<hr/>	Se for realizado exame de microscopia não serão vistas alterações inflamatórias, número de leucócitos normais. <ul style="list-style-type: none"> • O pH normal, entre 4,0 e 4,5.
Vaginose Citolítica 	Corrimento vaginal, não infeccioso causada pelo aumento do número de <i>Lactobacillus sp</i> no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido.	Síndrome de crescimento excessivo do <i>Lactobacillus</i> ou citólise de Döderlein	<ul style="list-style-type: none"> • Prurido vaginal; • Queimação vaginal; • Disúria terminal; • Dispareunia; • Disúria terminal; • Corrimento branco abundante (piora na fase lútea) sem grumos aderidos. (Comum em pacientes hiperglicêmicas, gravidez, fase lútea, pré-menarca, climatério, uso de hormônios)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar solução de bicarbonato de sódio (1 litro de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio) via vaginal (VV), 2x/ semana, a cada 2 semanas. OBS: Para aplicação da solução pode utilizar seringa de 5 ou 10 ml.	O tratamento é dirigido no sentido de reduzir o número de lactobacilos elevando-se o pH vaginal. Se for realizado Exame de microscopia fresco: aumento no número de lactobacilos e escassez de leucócitos; <ul style="list-style-type: none"> • Evidência de citólise.
Candidíase vulvovaginal 	É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento	(Cerca de 80 a 90% dos casos são devidos à <i>Candida albicans</i> e de 10 a 20% a outras espécies (<i>C. tropicalis</i> , <i>C. glabrata</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. parapsilosis</i>)).	<ul style="list-style-type: none"> • Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável); • disúria; • dispareunia; • corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”) • hiperemia; • edema vulvar; • fissuras e maceração da vulva; • vagina e colo uterino recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa OBS: Outras patologias podem causar prurido vulvovaginal sem corrimento, como dermatites alérgicas ou irritativas (sabonetes, perfumes, látex) ou doenças da pele (ex: líquen, psoríase)	Gestantes e nutrizes: Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação (VV) à noite ao deitar-se, por 14 dias OU Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias Puérperas que não amamentam: Pode ser usado tratamento VO mas apenas para os casos de candidíase resistente ao tratamento tópico: Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; OU Itraconazol, 200 mg, VO, a cada 12 horas, por 1 dia.	O simples achado de <i>Candida</i> na citologia oncológica em uma paciente assintomática, não justifica o tratamento.

Agravos Prováveis	Definição	Causas/ Etiologia	Sinais e Sintomas	Tratamento	Comentários
<p>Vaginose bacteriana (VB)</p> 	<p>Síndrome clínica caracterizada por um supercrescimento de várias bactérias potencialmente patogênicas da vagina, levando a desequilíbrio da flora vaginal normal.</p>	<p><i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>Bacteroides sp</i>, <i>Mobiluncus sp</i>, <i>Mycoplasmas</i>, <i>Peptostreptococcus</i>, associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (que são os agentes predominantes na vagina normal).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual; • corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso; dor às relações sexuais (pouco frequente); 	<p>APÓS O 1º TRIMESTRE: METRONIDAZOL 250 MG / VO 8/8 H, POR 7 DIAS OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Metronidazol 500 mg / VO 12/12 h, por 7 dias <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Clindamicina, 300 mg/ VO, 12/12 horas, por 7 dias. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Metronidazol gel a 0,75%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 5 dias <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Clindamicina óvulos, 100 mg, 1x/dia, por 3 dias ❖ OU Creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias) 	<p>No 1º. Trimestre se for imprescindível o tratamento utilizar a Clindamicina 300 mg.</p> <p>O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.</p>
<p>Tricomoniase</p> 	<p>É uma infecção causada pelo <i>Trichomonas vaginalis</i></p>	<p><i>Trichomonas vaginalis</i> (protozoário flagelado), tendo como reservatório a cérvix uterina, a vagina e a uretra</p>	<p>corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso;</p> <ul style="list-style-type: none"> • prurido e/ou irritação vulvar; • dor pélvica (ocasionalmente); • sintomas urinários (disúria, polaciúria); • hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa); • teste de Schiller aspecto “tigróide” 	<p>1º. TRIMESTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CLINDAMICINA 300 MG, VO, 2XDIA, POR 7 DIAS <p>APÓS O 1º TRIMESTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 2 g, VO, dose única; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 250 mg, VO, 8/8 h, por sete dias; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, de 400 a 500 mg, via oral, 12/12 horas, por sete dias <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Clindamicina, 300 mg/ VO, 12/12 horas, por 7 dias. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ OU Creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias). 	<p>No 1º. Trimestre se for imprescindível o tratamento utilizar a Clindamicina 300 mg.</p> <p>Nas parcerias sexuais o tratamento é o mesmo. A tricomoniase vaginal pode alterar o resultado da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia para avaliar se há persistência dessas alterações.</p>

Agravo Provável	Definição	Causas/ Etiologia	Sinais e Sintomas	Tratamento	Comentários
Gonorreia 	Doença infecciosa do trato urogenital conhecida também como blenorragia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cervicites assintomáticas (70% a 80%) • Nos sintomáticos queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria. - Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou <i>swab</i> , material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira escolha: • Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única 	TODOS os parceiros dos Últimos 60 dias devem ser tratados com dose única. <ul style="list-style-type: none"> • Devido à possibilidade de Coinfecção e desenvolvimento da DIP justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.
Clamídia	Doença infecciosa e transmissível sexualmente que acomete o trato urogenital masculino e feminino	<i>Chlamydia trachomatis</i>	sangramento ao toque da espátula ou <i>swab</i> , material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino. OBS: Outras formas de infecção pelo gonococo são: a Infecção gonocócica não complicada da faringe, Infecção gonocócica disseminada, Conjuntivite gonocócica no adulto. Nestes casos consultar material específico "Protocolo de Cuidado em Ginecologia na APS, da Secretaria de Saúde de Londrina (no prelo)	Primeira escolha: <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina, 1 g, VO, dose única. Segunda escolha: <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias; 	<ul style="list-style-type: none"> • As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.


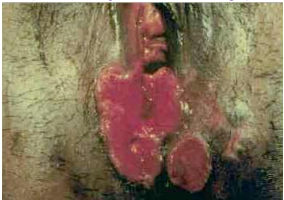
OBS:



- Todos os casos de corrimento vaginal são considerados como ITR. Entre elas, somente a tricomoníase é considerada uma IST. As pessoas com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser bem esclarecidas sobre essas diferenças. As medicações não disponíveis nas UBS podem ser adquiridas na farmácia do ambulatório de dst mediante a receita médica.
- Vulvovaginites: Termo genérico para toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice). Sempre que possível deve ser evitado e substituído por outros mais específicos.
 - Metronidazol: Durante o tratamento deve-se evitar a ingestão de álcool, pelo "efeito antabuse", caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca
- A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico; Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais

Manter o tratamento se a paciente menstruar

Fonte: BRASIL2015a p.35-37; BRASIL, 2015b p.61-62.; Google imagens.



QUADRO 3 - TRATAMENTO EM ABORDAGEM SINDRÔMICA PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTS)- ULCERA GENITAL

Causas/Etiologia /Definição	Sinais e Sintomas	Tratamento	Comentários
<p>Herpes perioral e genital (HSV-1 e HSV-2)</p> <p>Síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.</p> 	<p>- Primo infecção herpética: lesões cutâneas e/ou mucosas com vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Nas mucosas, é incomum a evidenciação das vesículas uma vez que seus tetos rompem muito facilmente. Mais raramente, a ocorrência de lesões pode ser acompanhada de sintomas gerais como febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Se lesão no colo do útero, é comum o corrimento vaginal, que pode ser abundante.</p> <p>Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos.</p> <p>As lesões têm regressão espontânea em sete a dez dias com ou sem cicatriz. A tendência natural dos surtos é a de tornarem-se menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo.</p> <p>- Surtos recidivantes: Quadros mais brandos do que na primo-infecção: prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região ano genital.</p>	<p>Primo-infecção em qualquer trimestre da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 hs, por 7 dias <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h), por 7 dias. <p>Recidiva:</p> <p>Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 hs. por 5 dias</p> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg, VO, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h,), por 5 dias). <p>Tratamento local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões <p>Pomadas de antibiótico pode estar indicado nos casos de infecção secundária. Além de Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário.</p>	<p>- O HSV-1 e HSV-2 pertencem à família Herpes <i>viridae</i>, da qual fazem parte o Citomegalovírus (CMV), a varicela zoster vírus, o Epstein-Barr vírus e o herpes vírus humano 8. Embora os HSV-1 e HSV-2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas lesões periorais.</p> <p>- O tratamento com antivirais são eficazes para redução na intensidade e duração do episódio, quando usado precocemente.</p> <p>- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.</p> <p>- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões.</p>
<p>Causas/Etiologia /Definição</p>	<p>Sinais e Sintomas</p>	<p>Tratamento</p>	<p>Comentários</p>
<p>- Cancroide, cancro mole, cancro venéreo ou cancro de Ducrey. (Haemophilus ducreyi)</p> 	<p>Lesões múltiplas (podendo ser única) e habitualmente dolorosas, A borda é irregular, apresentando contornos eritematoedematosos e fundo irregular recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único. Raramente, apresenta-se sob a forma de lesão extragenital ou doença sistêmica. A drenagem espontânea, quando ocorre, faz-se tipicamente por orifício único. A cicatrização pode ser desfigurante.</p>	<p>Em qualquer trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 250mg, IM, dose única <p>À partir do 2º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única 	<p>O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.</p> <p>O diagnóstico diferencial é feito com cancro duro (sífilis primária), herpes genital, LGV, donovanose, erosões traumáticas infectadas.</p>

<p>Linfo granuloma Venéreo (<i>Chlamydia trachomatis</i>, sorotipos L1, L2 e L3.)</p> 	<p>O diagnóstico de LGV deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital, estenose uretral ou retal. A manifestação clínica mais comum é a linfo adenopatia inguinal femoral. A evolução da doença ocorre em três fases: 1. Inoculação: inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequelas. Muitas vezes, não é notada pelo paciente e raramente é observada pelo profissional de saúde. 2. Disseminação linfática regional: desenvolve-se entre uma a seis semanas após a lesão inicial, sendo geralmente unilateral (em 70% dos casos) e constituindo-se o principal motivo da consulta. 3. Fase de sequelas: O comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente, fundidos numa grande massa. A lesão da região anal pode levar à proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Pode ser acompanhado de sintomas gerais, como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo, podem ocorrer fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal.</p>	<p>À partir do 2º. trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, VO, 1x semana, por 21 dias ❖ Parceria sexual sintomática: mesmo tratamento que o caso índice; ❖ Parceria sexual assintomática: • Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única <p>OBS: O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia.</p>	<p>A antibioticoterapia não apresenta um efeito dramático na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem as sequelas como estenose retal ou elefantíase genital</p> <p>OBS: Orientamos que embora o tratamento possa ser iniciado na UBS esta paciente seja encaminhada ao ambulatório DST/AIDS</p>
<p>Causas/Etiologia /Definição</p>	<p>Sinais e Sintomas</p>	<p>Tratamento</p>	<p>Comentários</p>
<p>Donovanose (<i>Klebsiella granulomatis</i>)</p> 	<p>Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais, caracterizando o granuloma inguinal. O quadro clínico inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo se tornar vegetante ou úlcera vegetante. Não ocorre adenite, embora raramente possam se formar pseudo bubões (granulações subcutâneas) na região inguinal, quase sempre unilaterais.</p>	<p>Tratar até o desaparecimento das lesões, por, no mínimo, 21 dias:</p> <p>À partir do 2º. trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos 21 dias, ou até cicatrização das lesões. <p>Apenas no 2º. Trimestre:</p> <p>Sulfametoxazol-Trimetoprim (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x dia.</p>	<p>O diagnóstico diferencial de donovanose inclui sífilis, cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas. Embora o tratamento possa ser iniciado na UBS esta paciente seja encaminhada ao Ambulatório DST/AIDS.</p>
<p>Sífilis primária <i>Treponema pallidum</i></p> 	<p>Também conhecida como “cancro duro”, a lesão é ulcerosa, indolor, com base endurecida e fundo limpo, geralmente única, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). O aparecimento se dá de 10 a 90 dias (média de três semanas) após o contato sexual com o indivíduo infectado. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas, desaparecendo espontaneamente, independentemente de tratamento.</p>	<p>Tratar com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo),. Dose total de 2,4 milhões UI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes alérgicas à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização em serviço terciário de referência. • Parcerias sexuais devem receber o mesmo tratamento da gestante.

Fonte: BRASIL, 2015bp.66-74; Google imagens.

QUADRO 4 - ABORDAGEM PARA LESÃO ANOGENITAL

Causas/Etiologia /Definição	Sinais e Sintomas	Tratamento	Comentários
<p>Condiloma acuminado</p> <p>Doença infecciosa, de transmissão frequentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo.</p> 	<p>As lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e/ou colo. Mais comum em pacientes jovens. Se diagnosticada após a menopausa, encaminhar para biópsia para descartar neoplasia.</p>	<p>- Lesões únicas: Ácido tricloroacético a 70% em solução alcoólica, em pequena quantidade, com cotonete, <i>microbrush</i> ou escova endocervical montada com algodão. Ao secar, a lesão ficará branca. Se dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente até 10 semanas se necessário. Se refratário ao tratamento com ácido tricloroacético, encaminhar para ginecologista.</p>	<p>Se lesões múltiplas ou em casos especiais: em casos especiais: gestantes, crianças, imunossuprimidos, doença disseminada ou verrugas de grande volume encaminhar para referência para exérese cirúrgica.</p>
<p>Dermatose eritematosa ou Eritemato descamativa</p>	<p>Considerar candidíase, dermatite de contato, dermatite seborreica e psoríase. Na presença de candidíase, frequentemente, há corrimento branco e grumoso e intenso prurido, e o eritema é mais intenso. Em caso de dermatite seborreica ou de psoríase, geralmente há lesões em outras localizações.</p>	<p>A dermatite de contato responde ao uso de corticoide tópico, à remoção do agente causal e aos cuidados gerais. Tratamento da dermatite seborreica e da psoríase está fora do escopo deste protocolo.</p>	<p>Na dermatite de contato, frequentemente, mas nem sempre, o desencadeante é evidente.</p>
<p>Máculas, manchas, pápulas e placas, de diferentes colorações, com ou sem atrofia</p>	<p>Descartadas verruga vulgar e as dermatoses eritemato descamativas listadas no item anterior, o diagnóstico diferencial é extenso, destacando-se líquen plano, líquen escleroso e as neoplasias intraepiteliais vulvares.</p>	<p>Encaminhar ao dermatologista ou ao ginecologista para diagnóstico diferencial e eventual biópsia.</p>	<p>O líquen plano e o líquen escleroso necessitam de acompanhamento especializado.</p>
<p>As glândulas de Bartholin estão localizadas no terço interior dos grandes lábios. O cisto forma-se quando o ducto de uma ou ambas é obstruído. O cisto pode se complicar com a presença de bactérias especialmente N. gonorrhoeae, C. trachomatis, E. Coli dentre outras, formando um abscesso.</p> 	<p>O cisto se manifesta com um abaulamento da glândula com líquido interior. Já o abscesso, resultado da complicação do cisto resulta em uma massa quente, dolorida à palpação, flutuante. A dor costuma ser intensa, podendo ser limitante para as atividades.</p>	<p>Se assintomático ou com sintomas leves, orientar quanto à benignidade do quadro e observar, tratando os sintomas com banhos de assento com água morna 3 a 4 vezes ao dia e analgésicos simples. Se cisto de Bartholin sintomático, encaminhar ao ginecologista para cirurgia de marsupialização. Em caso de abscesso, está indicada a drenagem ou aspiração, que pode ser feita na APS. Usar antibióticos apenas se suspeita de IST, presença de abscesso ou em caso de recorrência.</p>	<p>Marsupialização: operação cirúrgica que consiste em suturar as paredes de um cisto aos lábios da incisão cutânea, quando a extirpação total não pode ser realizada).</p>

Fonte: BRASIL, 2015a p.31; BRASIL2015b p.84-85

FLUXOGRAMA 4 - RASTREAMENTO E CONDUTAS DO DIABETES GESTACIONAL 1º. TRIMESTRE

Fatores de risco para diabetes gestacional

- Idade de 35 anos ou mais;
- Sobrepeso;
- Obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- Baixa estatura ($\leq 1,50m$);
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição;
- Malformações, morte fetal ou neonatal;
- Macrosomia (peso $\geq 4,5kg$) ou DMG; História familiar de DM em parentes de 1º grau;
- Síndrome de ovários policísticos.

Orientações para Coleta de Glicemia:

- Abster de qualquer alimento líquido ou sólido (jejum) de 8-12 horas;
- Não fazer jejum acima de 12 horas para não interferir no exame de urina I (presença de cetose) e riscos de hipoglicemia acentuada;
- A água é permitida desde que em pequena quantidade

Solicitar
GLICEMIA DE JEJUM
1ª. consulta

≤ 91 mg/dl

≥ 92 mg/dl

Solicitação: TTG 75g jejum/1h/2h
(Preferencialmente entre 24 a 28 semanas)

Repita o exame de glicemia em jejum mais breve possível (em até 1 semana)

Resultado 2ª. Glicemia em Jejum

≤ 91 mg/dl

92-125mg/dl

≥ 126 mg/dl

Resultado normal:

- Solicitação: TTG 75g jejum/1h/2h (Preferencialmente entre 24 a 28 semanas)
- Vide fluxo n° 5

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

- Encaminhar para patologia obstétrica e consulta odontológica
- Orientar Dieta e Atividade Física (NASF)
- Após 07 dias realizar um dia de Perfil Glicêmico Completo (PGAC²)

Diabetes mellitus tipo 2 prévia, com diagnóstico na gestação:

- Encaminhar para Ambulatório de Alto Risco e consulta odontológica;
- Orientar Dieta e Atividade Física (NASF).
- Fazer Hb1AC mais rápido possível com atenção à valores $\geq 6,5$ mg/dl;
- Fazer PGAC² HGT 5 medidas, após 2 dias de dieta.

PGAC² 5 valores
Jejum ≤ 95 mg/dl
Pré ≤ 95 mg/dl
2h ≤ 120 mg/dl

Normais

≥ 2 valores alterados

- Manter orientação Dieta e Atividade Física (NASF).
- Manter consulta quinzenal na UBS, até início de segmento em ambulatório de referencia***
- Manter controle mínimo de HGT 3x na semana em horários alternados (PGAS¹);
- (Se valores HGT normais) solicitar Perfil glicêmico (PGAC) 24-28 semanas. Vide fluxo n° 6
- (se valores HGT alterados) seguir quadro da direita
- Reavaliação no puerpério ⁴

- Inserir informações adicionais na regulação para reclassificação de risco.
- Manter consulta quinzenal na UBS, até início de segmento em ambulatório de referencia³
- Avaliar indicação de início do tratamento Farmacológico
- Se uso de Metformina (prescrita patologia obstétrica), manter controle de HGT 1x/dia ou a cada 2 dias (mínimo de 25 HGT/mês)
- Se uso de insulina, manter controle mínimo de HGT 3X/dia (PGAS¹);
- Reavaliação no puerpério⁴

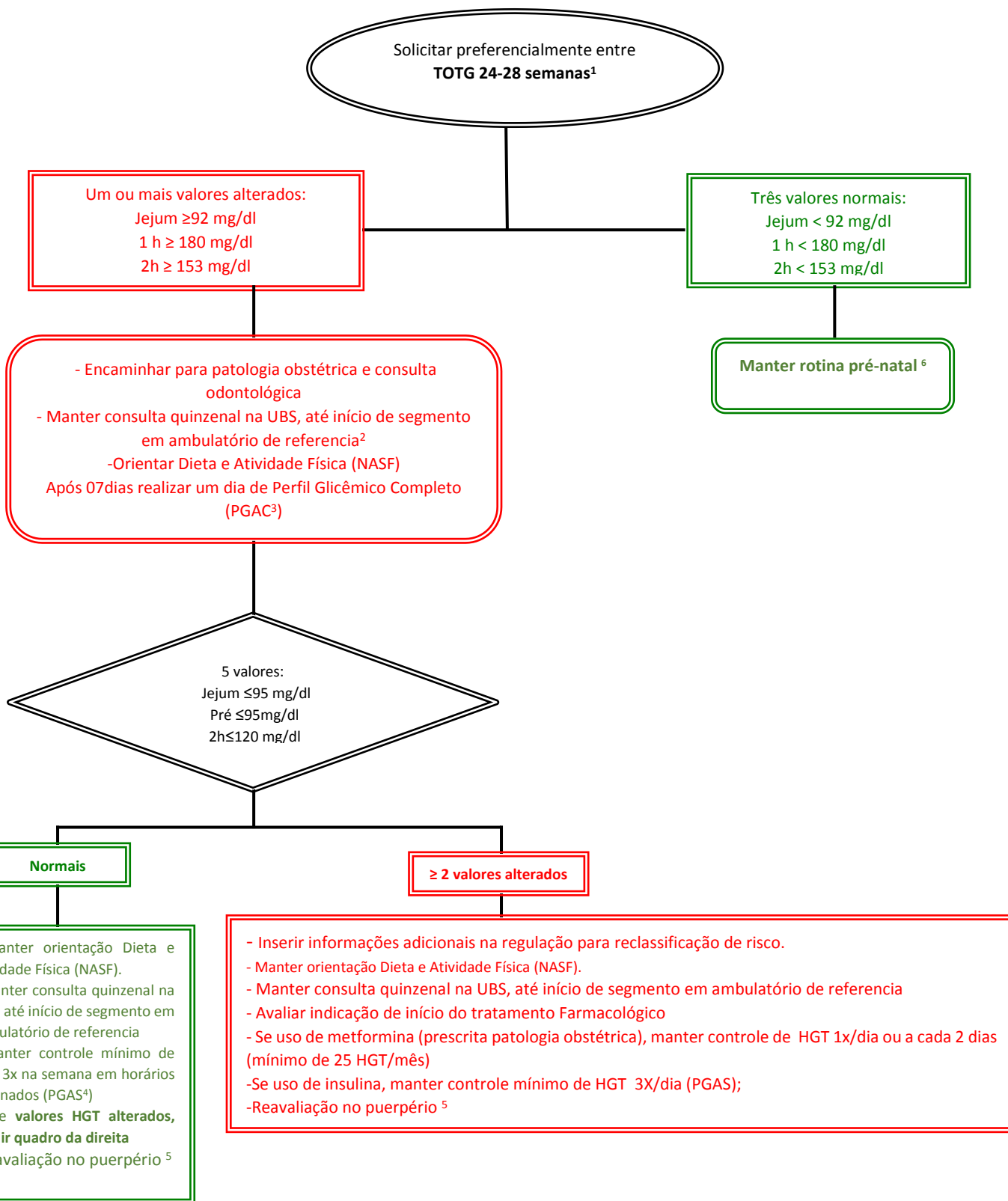
1 - Perfil glicêmico ambulatorial simplificado (PGAS): Verificação de HGT 3 medidas/dia (jejum, 2 h pós almoço e 2 h pós jantar (pós-prandial). Para realização do HGT pós prandial é importante anotar o horário de término da refeição mantendo jejum no intervalo de 2 horas, sem ingerir qualquer outro alimento ou guloseimas como balas, chicletes, café, chá, suco, sorvete, etc. Água é permitido.

2 -- Perfil glicêmico Ambulatorial Completo (PGAC): Verificação de HGT em 1 dia (ou mais) em 5 momentos diferentes: Manhã em jejum; antes do almoço; antes do jantar (pré-prandial); 2 horas após o almoço e 2 horas após o jantar (pós-prandial).

3 - Após a gestante ser admitida no ambulatório de AR, as consultas na UBS podem ser mensais intercalados entre médico e enfermeira;

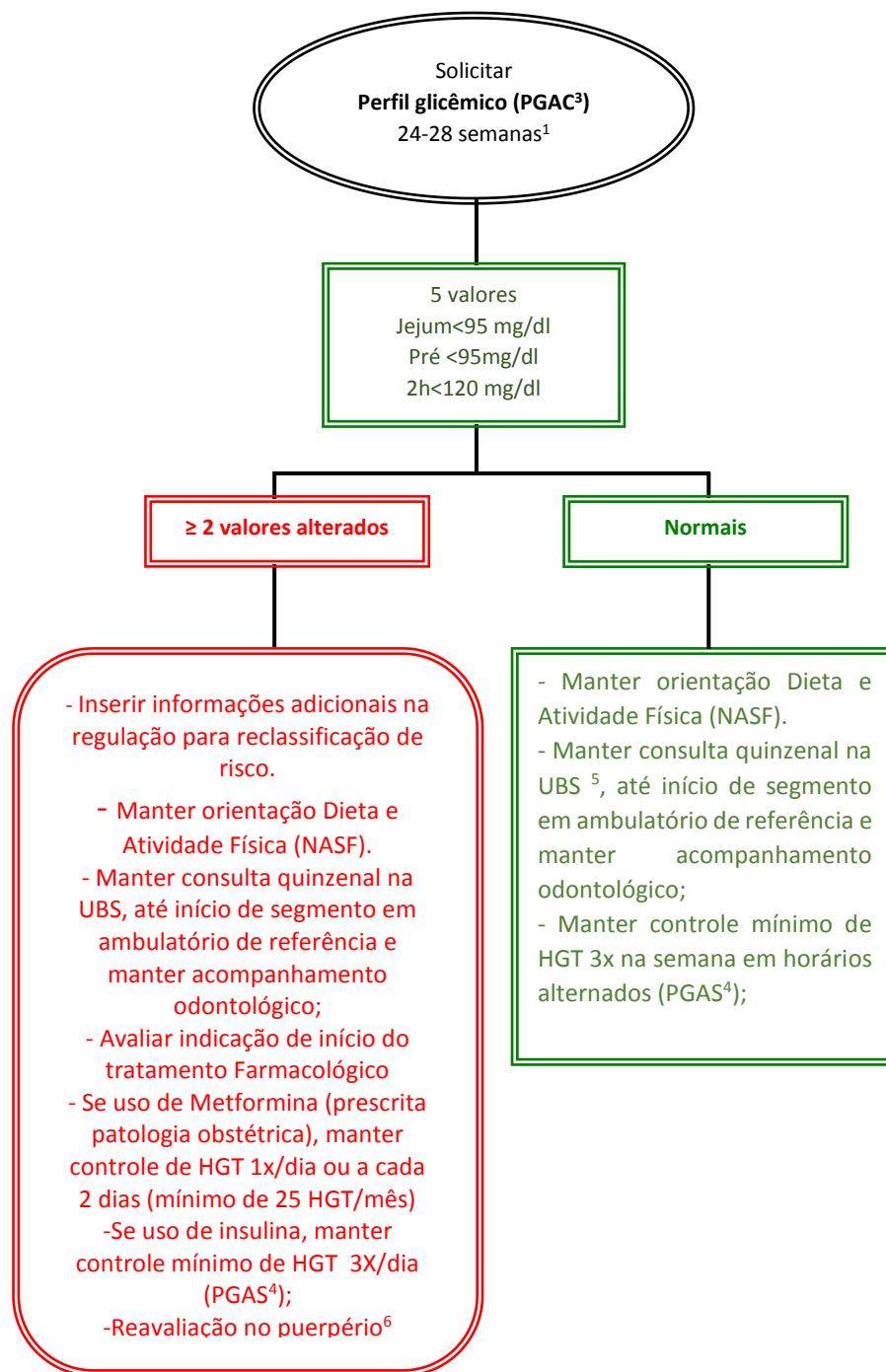
4 - Na Avaliação da puerpera com Diabetes Mellitus Gestacional recomenda-se TOTG 6 semanas após o parto e glicemia de jejum anualmente nos próximos 5 anos.

FLUXOGRAMA 5 - TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE (TOTG) – RASTREAMENTO E CONDUTAS- DIABETES GESTACIONAL- 2º E 3º. TRIMESTRE



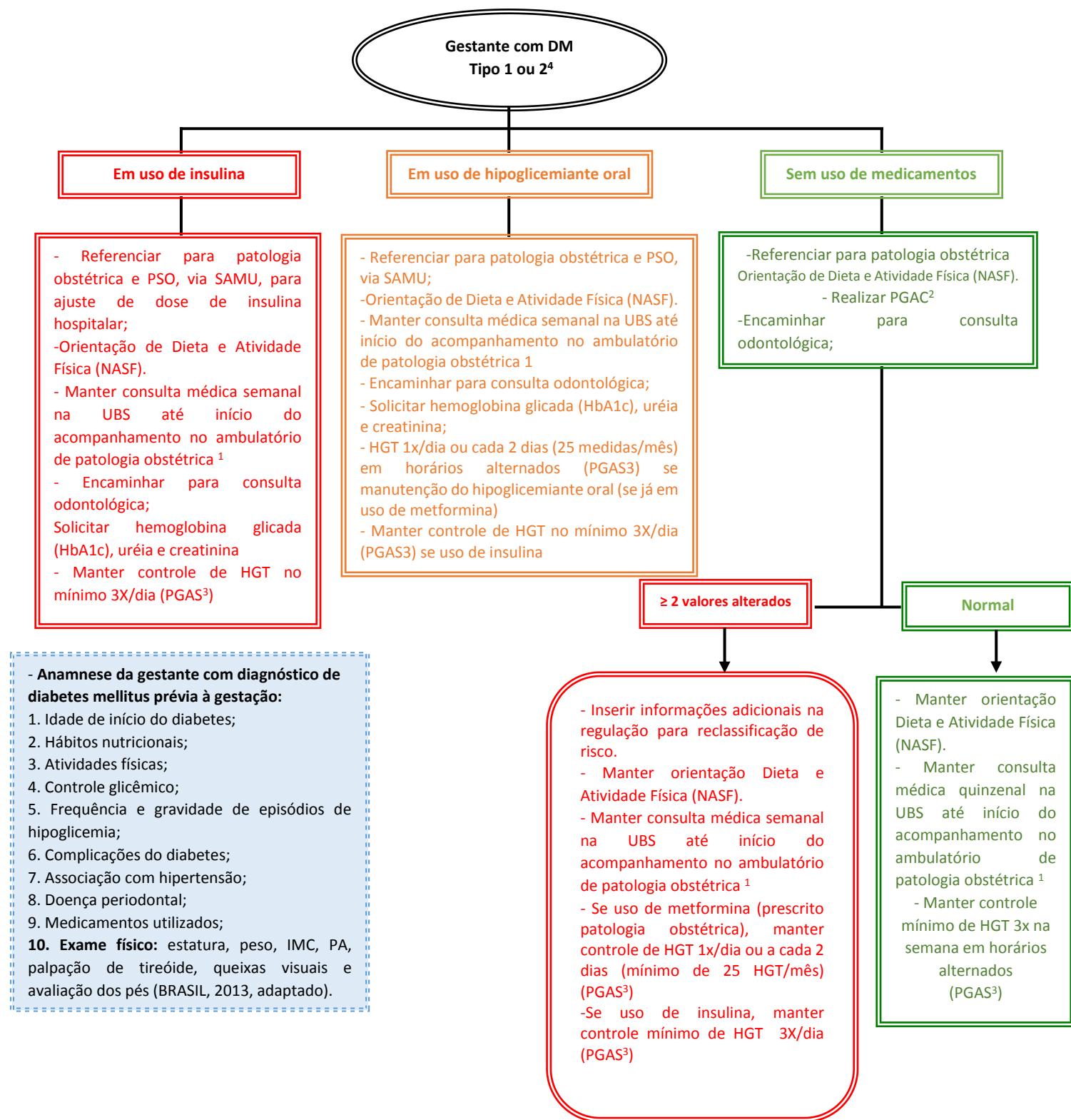
- Orientações para Coleta do TOTG:** Realizar o exame com dieta sem restrição de carboidratos nos 3 dias anteriores ao teste; no dia do teste jejum de 8 h, (ingestão de água permitida)
- Após a gestante ser admitida no ambulatório de patologia obstétrica, as consultas na UBS podem ser mensais.
- Perfil glicêmico Ambulatorial Completo (PGAC): Verificação de HGT em 5 momentos diferentes: Manhã em jejum; antes do almoço; antes do jantar (pré-prandial); 2 horas após o almoço e 2 horas após o jantar (pós prandial).
- Perfil glicêmico ambulatorial simplificado (PGAS): Verificação de HGT 3 medidas/dia (jejum, 2 h pós almoço e 2 h pós jantar).
- Na Avaliação da puerpéra com Diabetes Mellitus Gestacional recomenda-se TOTG 6 semanas após o parto e glicemia de jejum anualmente nos próximos 5 anos.
- Caso a gestante apresente a altura uterina acima do esperado, recomenda-se ecografia obstétrica.

FLUXOGRAMA 6 - PERFIL GLICÊMICO AMBULATORIAL – ACOMPANHAMENTO DE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL NO 1º TRIMESTRE E COM BOA RESPOSTA A MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA (PACIENTE JÁ REFERENCIADA POREM QUE AINDA NÃO INICIOU O SEGUIMENTO NA PATOLOGIA OBSTÉTRICA)



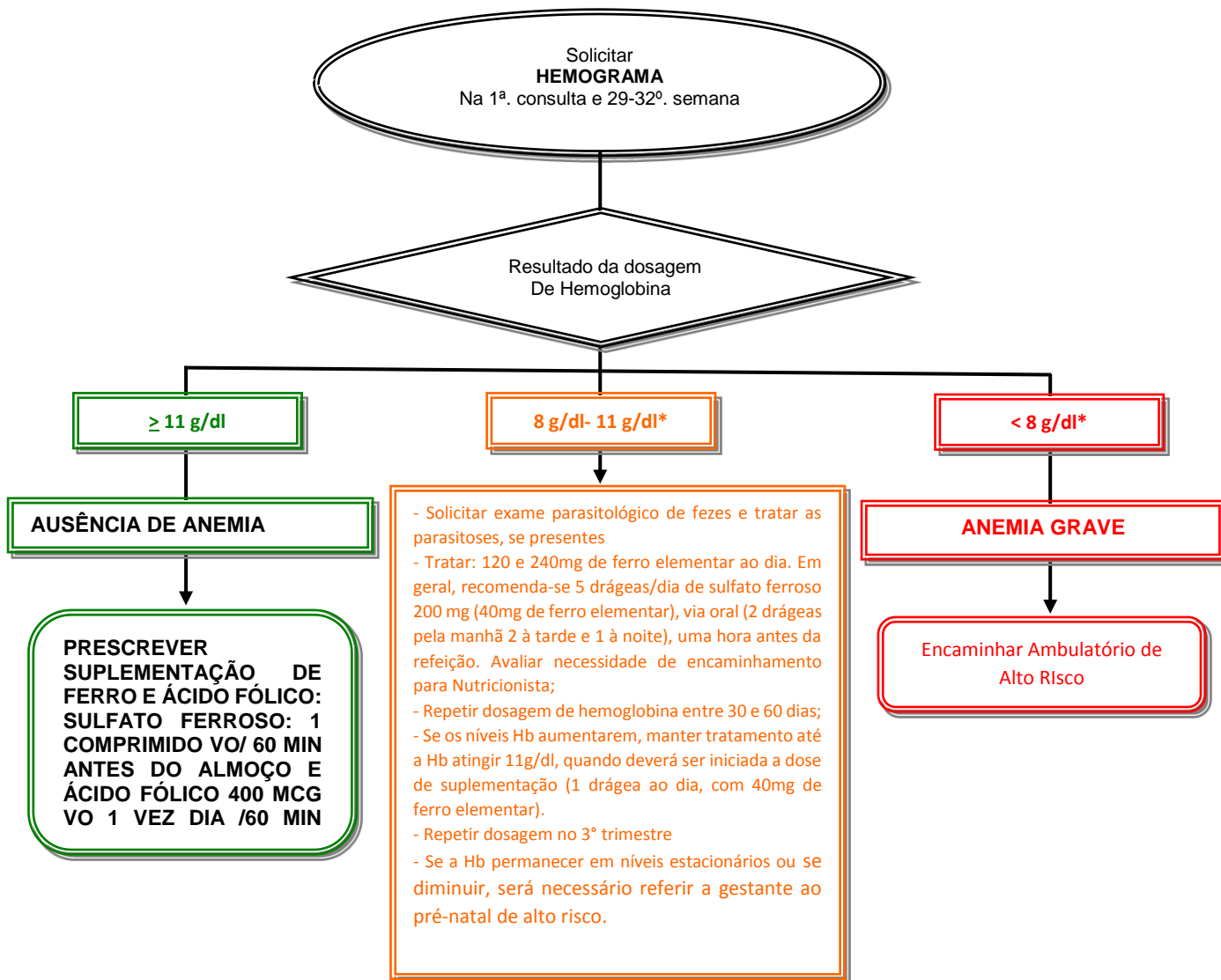
1. Este fluxo será utilizado na UBS apenas se a paciente ainda não teve consulta na patologia obstétrica.
2. Após a gestante ser admitida no ambulatório de patologia obstétrica, as consultas na UBS podem ser mensais.
3. Perfil glicêmico Ambulatorial Completo (PGAC): Verificação de HGT em 5 momentos diferentes: Manhã em jejum; antes do almoço; antes do jantar (pré-prandial); 2 horas após o almoço e 2 horas após o jantar (pós-prandial).
4. Perfil glicêmico ambulatorial simplificado (PGAS): Verificação de HGT 3 medidas/dia (jejum, 2 h pós almoço e 2 h pós jantar).
5. Solicitar USG Morfológica (20 a 24 sem), se ainda não estiver em acompanhamento na Patologia Obstétrica. Principais Alterações que devem ser pesquisadas na USG da gestante com DMG: Circunferência abdominal fetal; ILA; Peso fetal; Espessura placentária; Malformações.
6. - Na Avaliação da puerpera com Diabetes Mellitus Gestacional recomenda-se TOTG 6 semanas após o parto e glicemia de jejum anualmente nos próximos 5 anos.

FLUXOGRAMA 7 - GESTANTE COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO À GESTAÇÃO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 OU 2



1. Após a gestante ser admitida no ambulatório de patologia obstétrica, as consultas na UBS podem ser mensais.
2. Perfil glicêmico Ambulatorial Completo (PGAC): Verificação de HGT em 5 momentos diferentes: Manhã em jejum; antes do almoço; antes do jantar (pré-prandial); 2 horas após o almoço e 2 horas após o jantar (pós-prandial).
3. Perfil glicêmico ambulatorial simplificado (PGAS): Verificação de HGT 3 medidas/dia (jejum, 2 h pós almoço e 2 h pós jantar).
4. Solicitar USG Morfológica (20 a 24 sem), se ainda não estiver em acompanhamento na Patologia Obstétrica. Principais Alterações que devem ser pesquisadas na USG da gestante com DMG: Circunferência abdominal fetal; ILA; Peso fetal; Espessura placentária; Malformações.

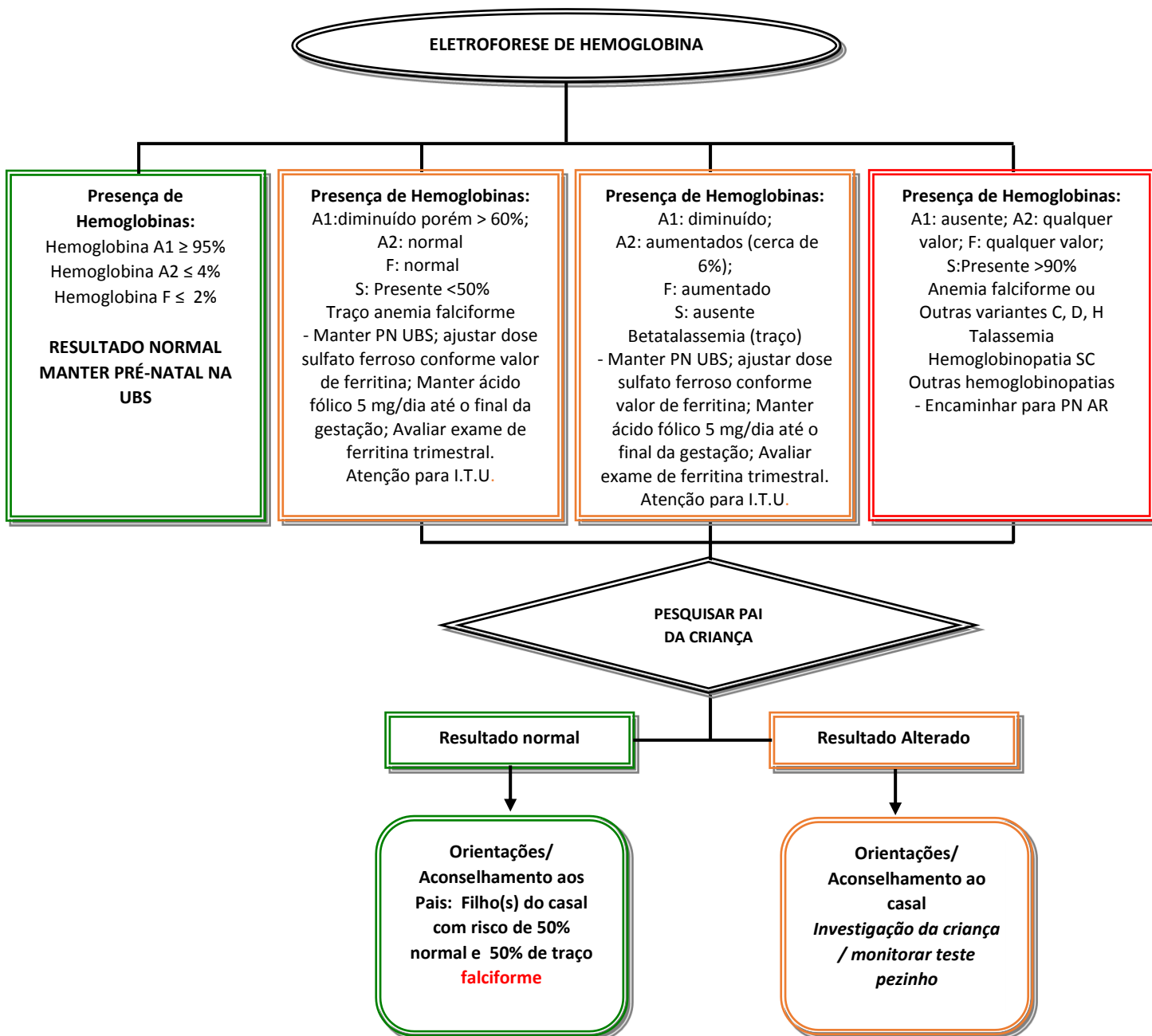
FLUXOGRAMA 8 – HEMOGRAMA RASTREAMENTO E CONDUTAS DA ANEMIA FERROPRIVA GESTACIONAL



QUADRO 7 - TIPOS DE ANEMIA DE ACORDO COM VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO (VCM):

Anemia Microcítica (VCM < 80 fl)	Anemia Normocítica (VCM 80 – 100 fl)	Anemia Macroscítica (VCM > 100 fl)
<ul style="list-style-type: none"> Anemia ferropriva Talassemias Anemia por doenças crônicas Outras – sideroblástica, deficiência de cobre, intoxicação por chumbo 	<ul style="list-style-type: none"> Anemia ferropriva em fase inicial Anemia por hemorragia Anemia por doença crônica Esferocitose hereditária Anemia associada a hipotireoidismo ou hipopituitarismo Anemia hemolítica autoimune Outras - supressão de medula óssea, insuficiência renal crônica, hemoglobinúria paroxística noturna 	<ul style="list-style-type: none"> Anemia por deficiência de ácido fólico Anemia por deficiência de vitamina B12 Anemia hemolítica induzida por fármacos (ex. zidovudina) Anemia associada a reticulocitose Outras - doença hepática, abuso de álcool, síndrome mielodisplásica
<p>OBS: Em gestantes com Hb <11 g/dl e ausência de microcitose, fazer o diagnóstico diferencial de outras anemias como anemia megaloblástica, talassemias, etc..</p>		

Fonte: Modificado de American College of Obstetricians and Gynecologists (2008).

FLUXOGRAMA 9 - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA - ABORDAGEM DAS HEMOGLOBINOPATIAS (4)

***Tipos e Valores de Referência para Hemoglobinas:**

AA ou A1: Padrão 95-98%; **A2:** 1-4%; **F:** 0,5-2% (adultos); 70 a 90%, (RN);55 a 71,5%, (cça < 1 mês); 1,5a 33%, (cça de 1mês-1ano);0,2 a 2,0%; (cças maiores); **H:** Ausente; **S:** Ausente; **C:** Ausente; **D:** Ausente

** Estes resultados (pais com traços e ou doença falciforme devem ser informados no cartão da gestante e posteriormente da criança de forma a se fazer vigilância a Saúde do RN, com atenção ao teste do pezinho.

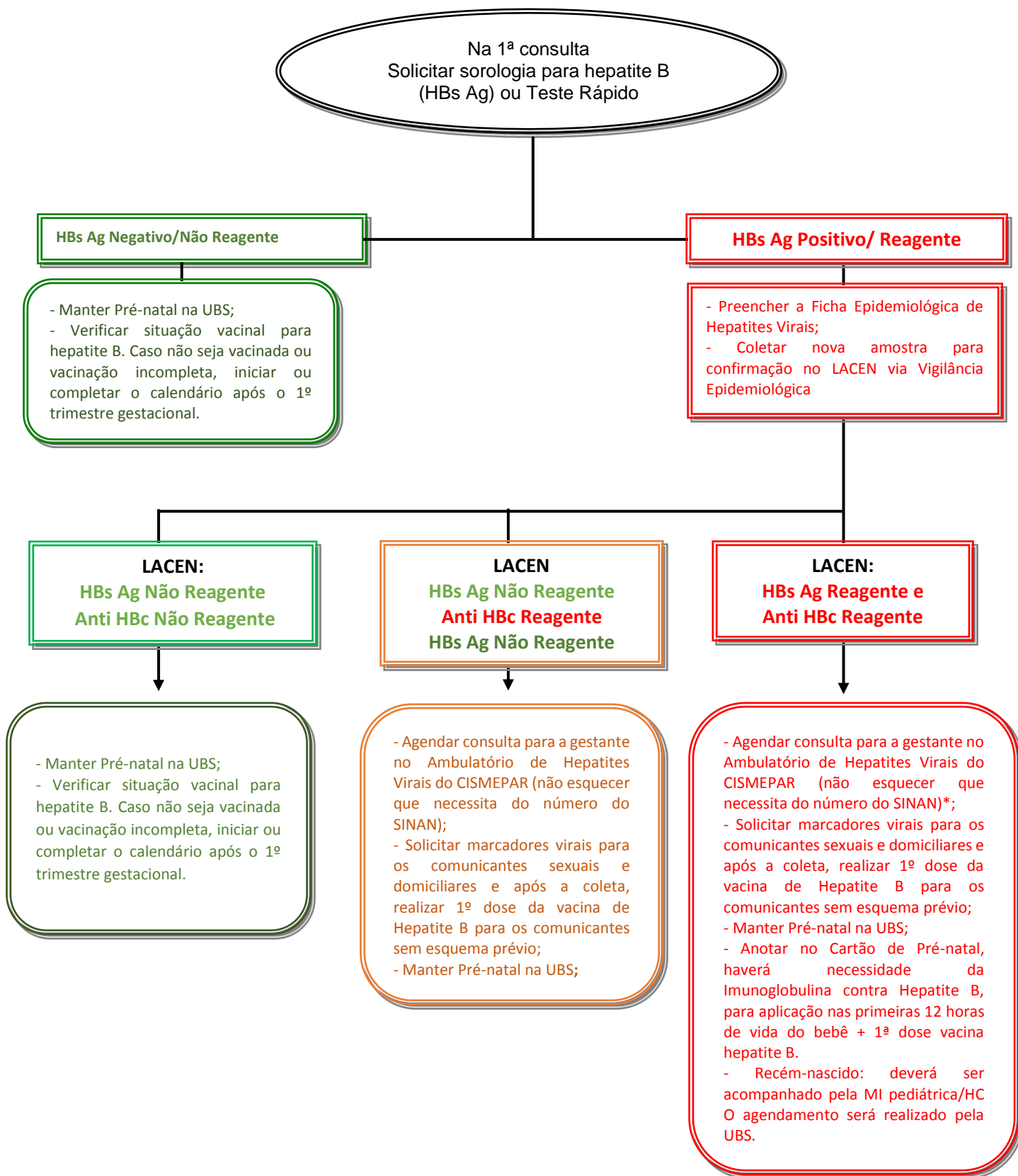
Fonte: BRASIL, 2012 p.18; NAOUM, 2014 (Adaptado)

Possíveis resultados e interpretações para exame eletroforese de hemoglobina

Tipo de Hemoglobina (Genótipo) e Valores de Referência	Possíveis Resultados	Interpretação	Hb (g/dl)	Ht (%)	VCM (μ 3)	Reticulócitos	Gravida De Clínica	Conduta	Observações
AA: Padrão 95-98% ; A2- 1-4%; F: 0,5-2% (Adultos), 70 a 90%,(RN), 55 a 71,5%, (cca < 1 mês), 1,5a 33%, (cca de 1mes-1ano), 0,2 a 2,0%; (ccas maiores);	A1- 95-98% A2- 1-4% F 0,5-2%	Hemoglobina Padrão AA- Individuo Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Nenhuma	A hemoglobina A e o padrão normal das hemoglobinas
	A1: 55-60 A2: 01-03 S: 38-45	Hemoglobina as Pessoas sem doenças falciforme, porem heterozigoto para Hemoglobina S ou traço falciforme	Assintomatico	Normal	Normal	Normal	Assintomatico	Aconselhamento	Paciente com traço falciforme e assintomatico (ate 50% de HbS)
	A2:<3,5 F:02-20 S:80-90	Hemoglobina SS- Pessoa com Doença da Hemoglobina S ou Anemia Falciforme	7.5 (6.0-9.0)	22 (18-30)	93	11 (4-30)	Moderada a Severa	Aconselhamento + encaminhamento hematologia	
H- Ausente; S-Ausente; C-Ausente; D: Ausente	A1: 15-30 A2:> 3,6 F: 01-20 S: 55-75	Hemoglobina S Beta talassemia- Pessoa com Doença Falciforme caracterizado pela interação da Hb S com talassemia beta	11.0 (8.0-13.0)	32 (25-40)	76	3 (1.5-6)	Leve a moderada	Aconselhamento + encaminhamento hematologia	A forma mais comum de herança genética desses dois tipos de doença se caracteriza por um dos genitores ser portador assintomático de Hb AS e o outro também portador assintomático de talassemia beta menor (Hb Ab menor).
	A2:> 3,6 F: 02-30 S: 50-85	Hemoglobina S/ Beta tal- Pessoa com Doença Falciforme caracterizado pela interação da Hb S com talassemia beta Zero(S β o)	8.0 (7.0-10.0)	25 (20-36)	69	8 (3-18)	Leve a Severa	Aconselhamento + encaminhamento hematologia	

Adaptado por Secretaria Municipal de saúde/Diretoria de Atenção Primária em saúde/Gerência de Programas Especiais/Coordenação Saúde da Mulher/ Colaboração Dr. Fausto Trigo-Hematologista HURNPr. Agosto 2014

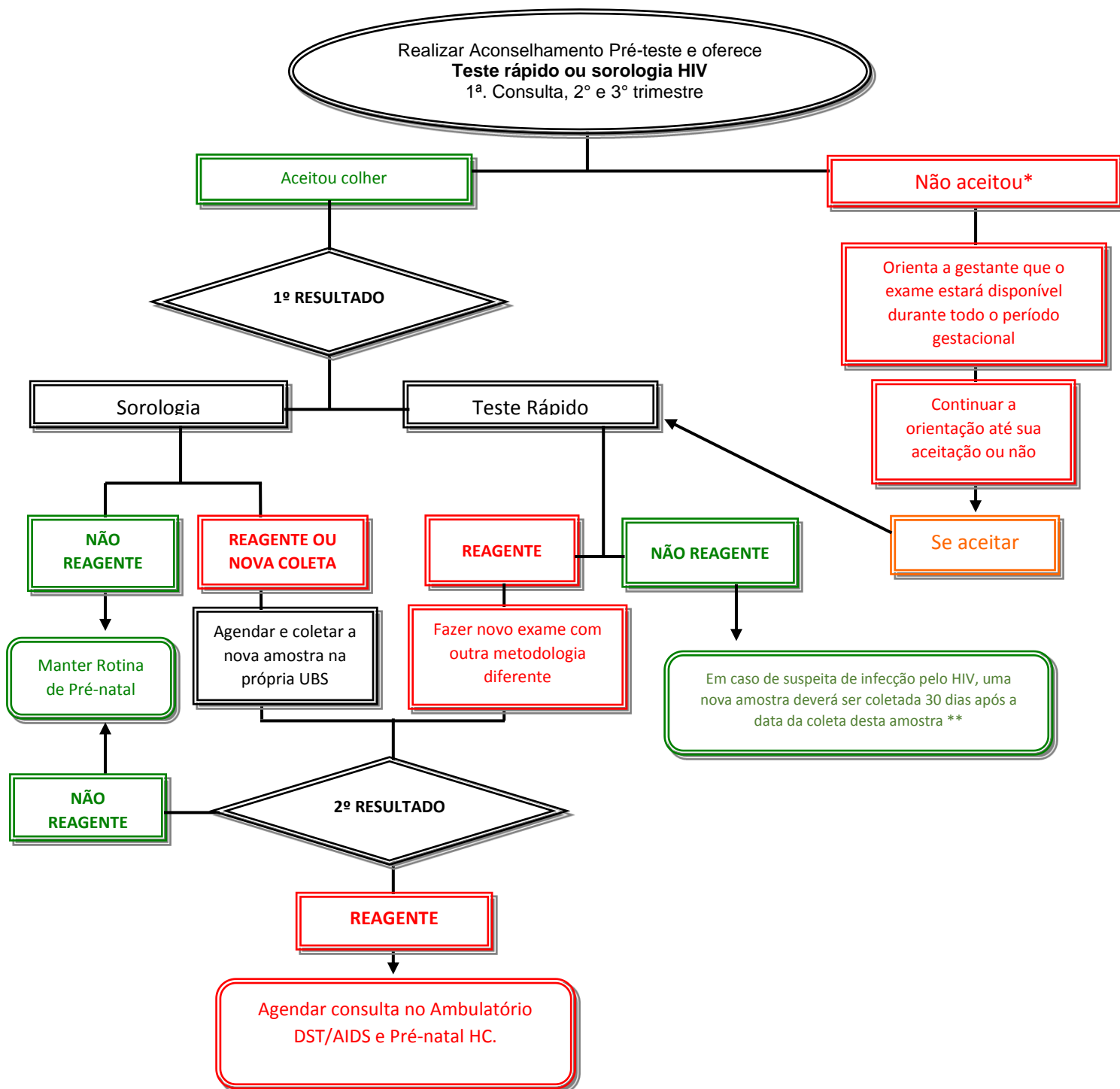
FLUXOGRAMA 10 - HBSAG- INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B



*Gestantes cujo exame no 1º trimestre foi não reagente e teve o esquema vacinal contra Hepatite B completo antes da gestação podem ser dispensadas do exame no 3º trimestre

** Ao Preencher ficha epidemiológica (FE), Solicitar (via telefone) nº SINAN à Vigilância epidemiológica. Este número deve constar na FE e no encaminhamento ao CISMPEPAR.

FLUXOGRAMA 11 - TESTE DO HIV – RASTREAMENTO E CONDUTAS

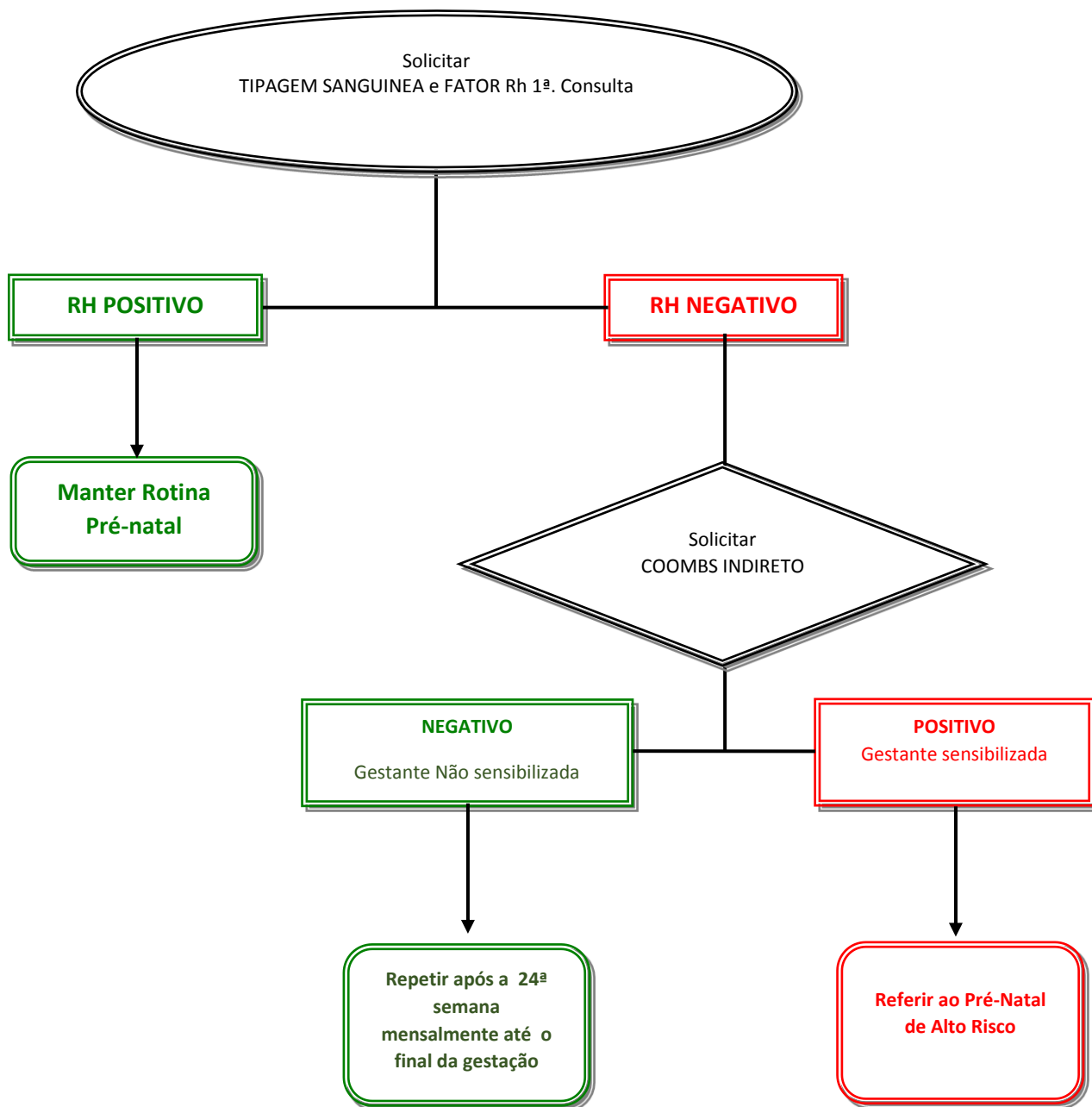
**IMPORTANTE!!**

*Em caso de não aceitação da coleta da sorologia para HIV, é necessário registrar no prontuário com ciência da própria cliente. Bem como a recusa no momento da entrega do resultado.

*Em caso de não aceitação da coleta da sorologia para HIV, é necessário registrar no prontuário com ciência da própria cliente. Bem como a recusa no momento da entrega do resultado.

** Caso a UBS não tenha disponibilidade do 2º teste de outro laboratório, deve encaminhar a gestante para o Ambulatório de CIDI. **Caso a UBS não disponha de 2 metodologias diferentes não realizar o teste rápido. Colher sorologia**

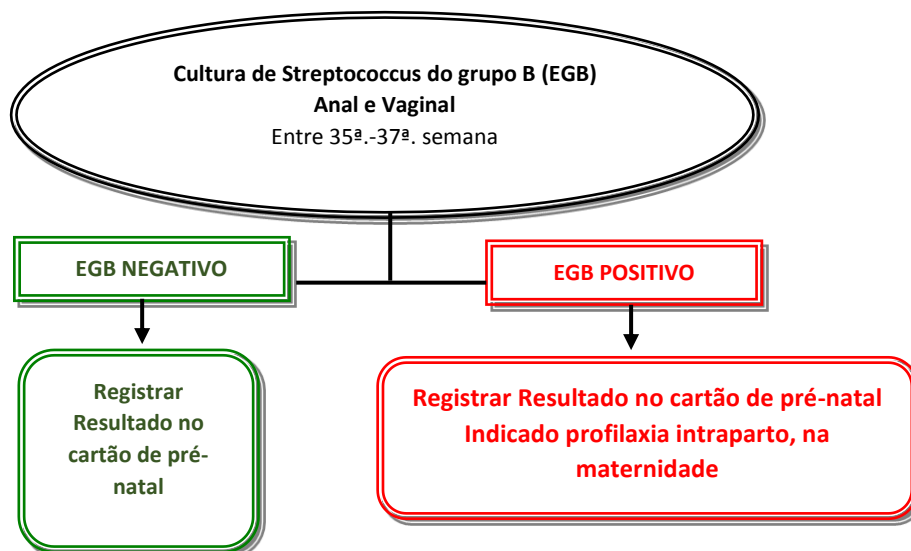
FLUXOGRAMA 12 - TIPAGEM SANGUÍNEA E FATOR RH –RASTREAMENTO DE RISCO PARA INFECÇÕES NO NEONATAL



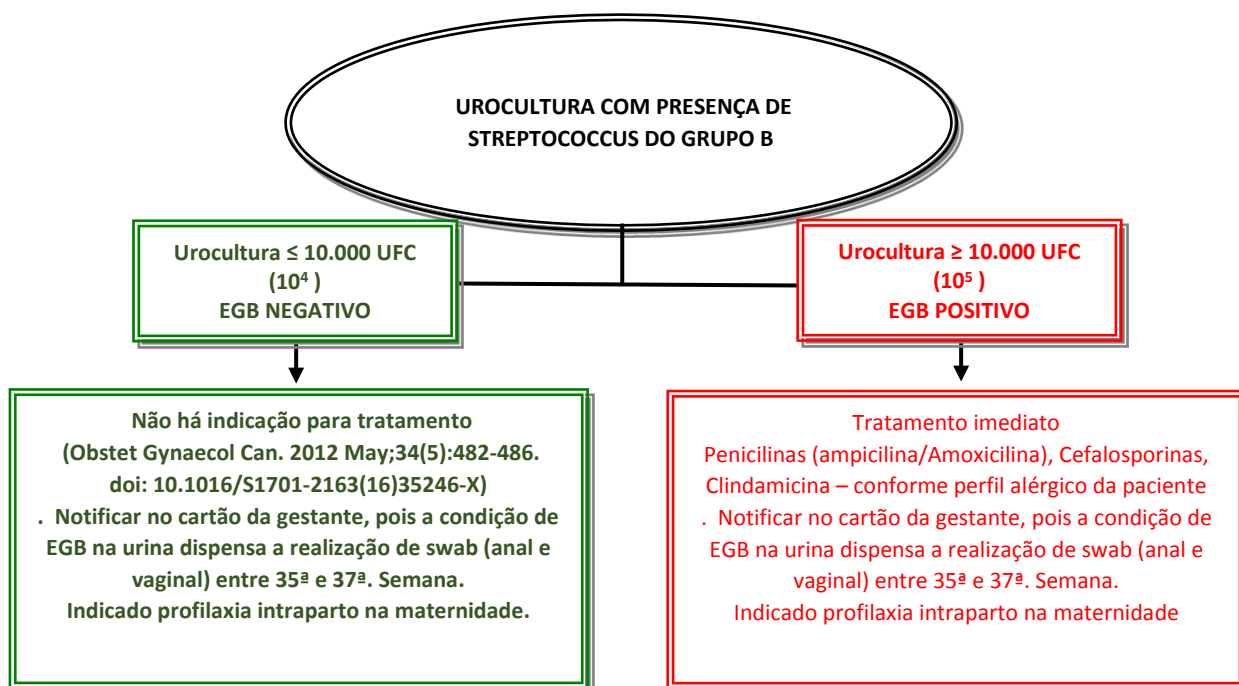
Intercorrências que demandam a administração da Imunoglobulina anti D:

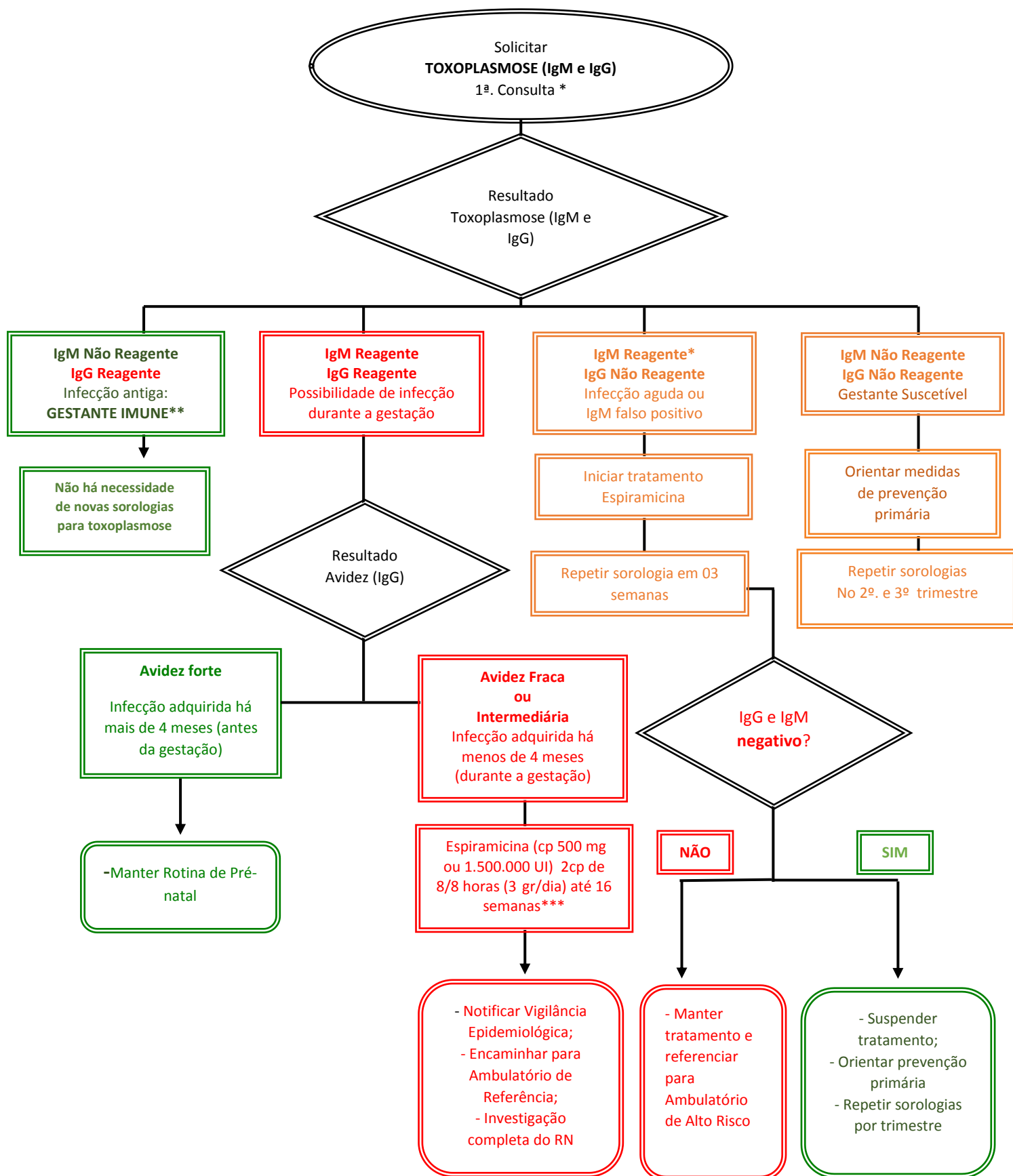
Após sangramento obstétrico (independentemente da idade gestacional);
 Após o parto de mães com Coombs indireto negativo e recém-nascidos Rh positivo;
 Procedimentos invasivos: amniocentese, cordocentese, biópsia de vilo corial;
 Após aborto, gravidez ectópica ou mola hidatiforme;

FLUXOGRAMA 13 - STREPTOCOCCUS DO GRUPO B- RASTREAMENTO DE RISCO PARA INFECÇÕES NO NEONATO



FLUXOGRAMA 14 - UROCULTURA COM PRESENÇA DE STREPTOCOCCUS DO GRUPO B



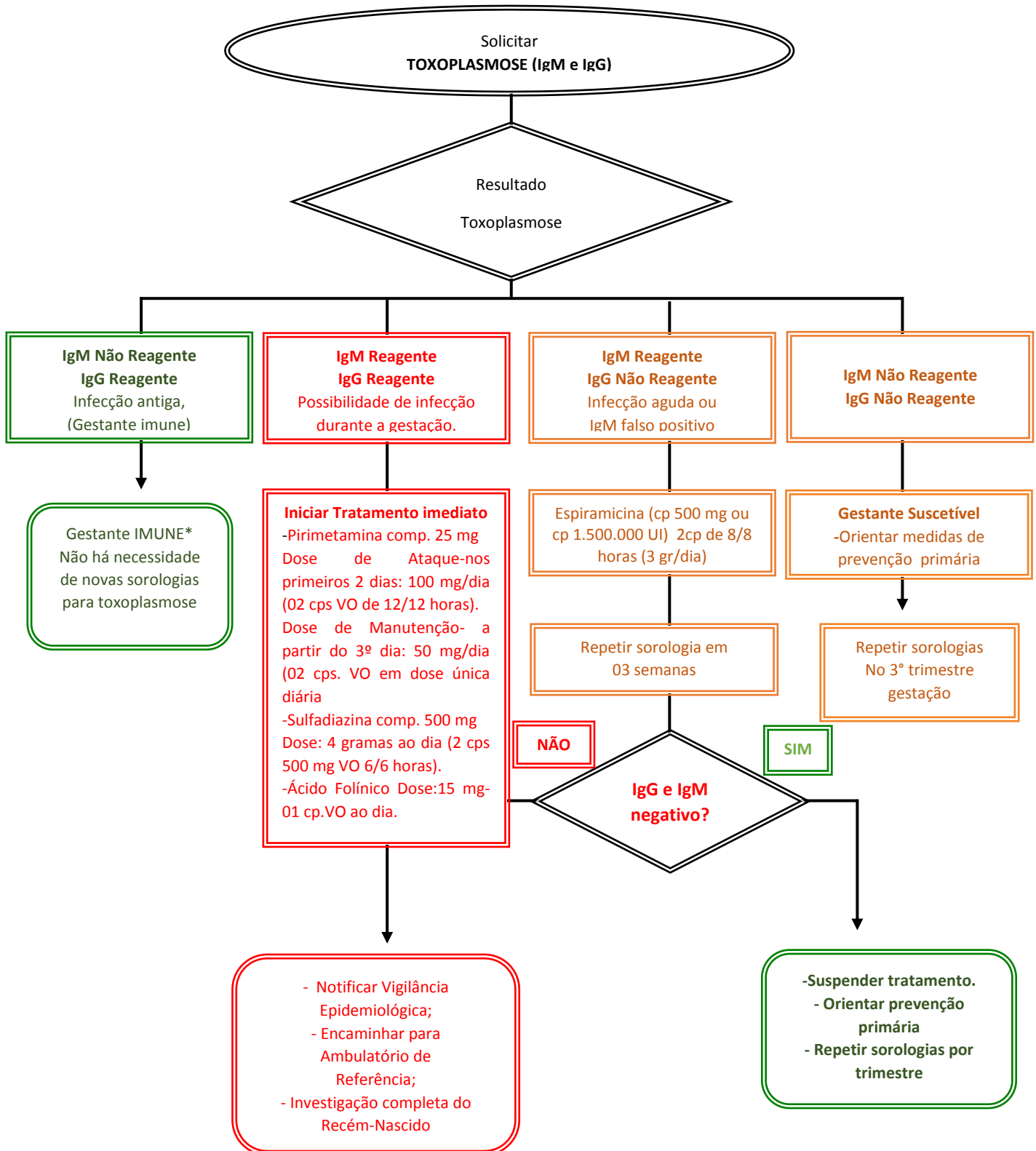
FLUXOGRAMA 15 - TOXOPLASMOSE RASTREAMENTO E CONDUTAS QUANDO EXAME REALIZADO ANTES DA 16ª. SEMANA DE IDADE GESTACIONAL


OBS: * Avaliar sorologia prévia: Se IgG positivo, paciente imune, não é necessária novas sorologias na gestação.

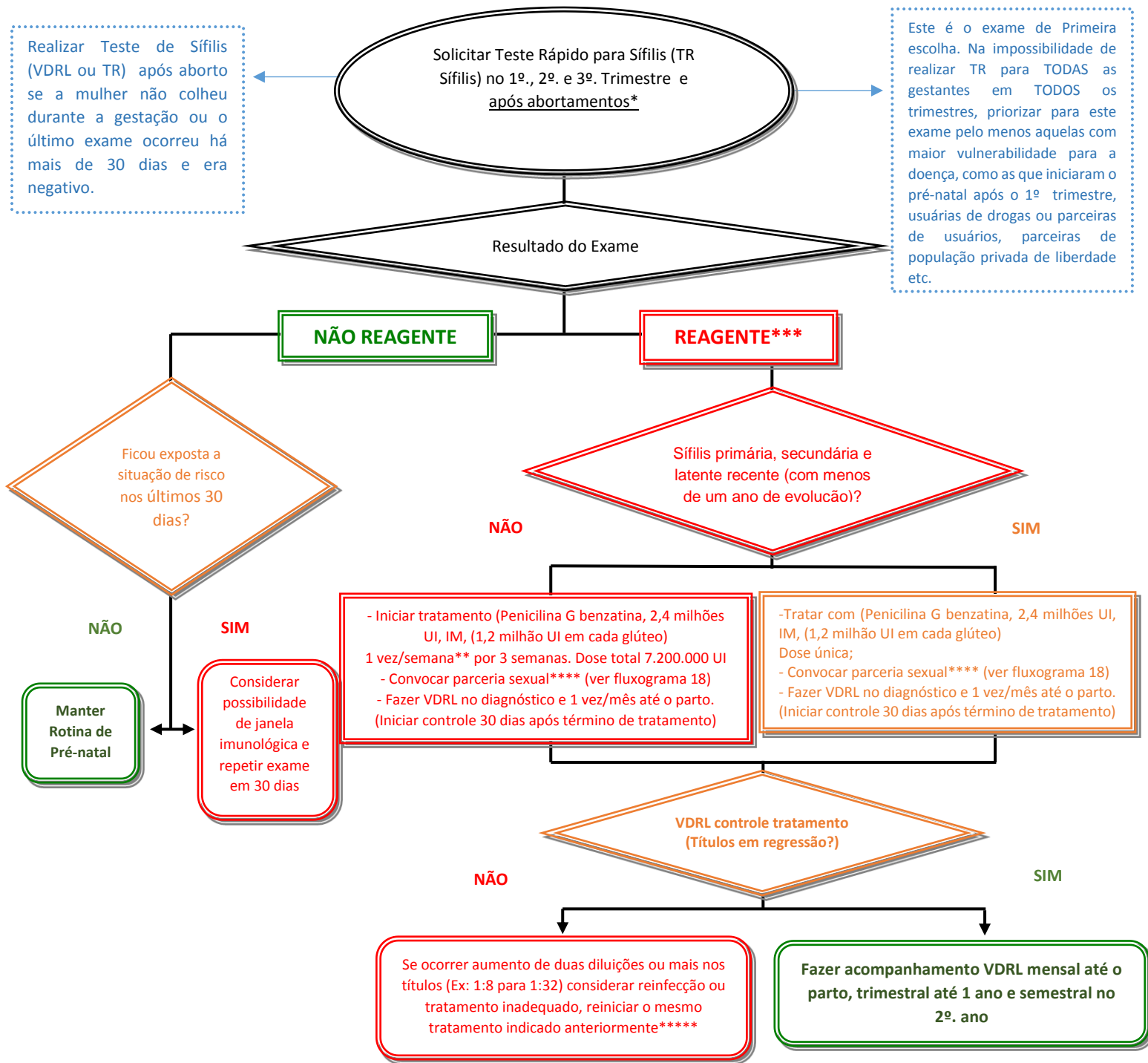
** Mesmo as gestantes imunes, quando usuárias de imunossupressores ou com risco para imunossupressão como HIV/AIDS, deverão ser orientadas quanto aos sinais e sintomas de reativação da doença e controle sorológico.

***Se até 16ª semana de gestação não iniciou acompanhamento no pré-natal de alto risco, iniciar esquema tríplice no pré-natal da UBS;

FLUXOGRAMA 16 - TOXOPLASMOSE - RASTREAMENTO E CONDUTAS QUANDO EXAME REALIZADO APÓS A 16ª. SEMANA DE IDADE GESTACIONAL



FLUXOGRAMA 17 - TESTES RÁPIDO PARA SÍFILIS- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

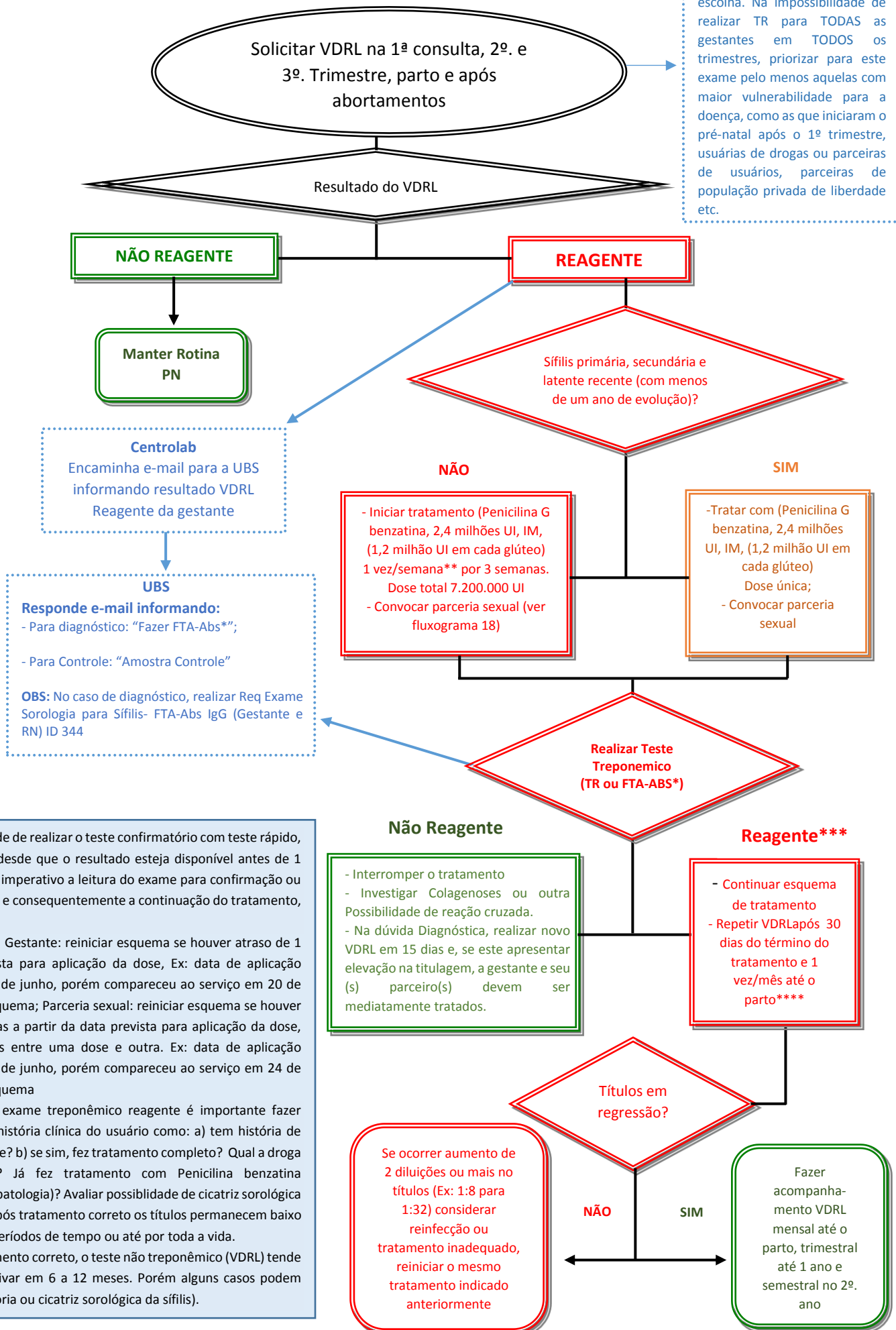


Realizar Teste de Sífilis (VDRL ou TR) após aborto se a mulher não colheu durante a gestação ou o último exame ocorreu há mais de 30 dias e era negativo.

Este é o exame de Primeira escolha. Na impossibilidade de realizar TR para TODAS as gestantes em TODOS os trimestres, priorizar para este exame pelo menos aquelas com maior vulnerabilidade para a doença, como as que iniciaram o pré-natal após o 1º trimestre, usuárias de drogas ou parceiras de usuários, parceiras de população privada de liberdade etc.

* As gestantes que já tiveram diagnóstico de sífilis na gestação e iniciaram tratamento não precisam mais fazer o teste treponêmico (Teste rápido ou FTA-Abs), devendo apenas manter seguimento com VDRL mensal conforme rotina.
 ** Doses perdidas: Gestante: reiniciar esquema se houver atraso de 1 dia da data prevista para aplicação da dose, Ex: data de aplicação agendada para 19 de junho, porém compareceu ao serviço em 20 de junho: reiniciar esquema; Parceria sexual: reiniciar esquema se houver atraso de até 3 dias a partir da data prevista para aplicação da dose, isso é, até 10 dias entre uma dose e outra. Ex: data de aplicação agendada para 20 de junho, porém compareceu ao serviço em 24 de junho: reiniciar esquema
 *** Diante de um exame treponêmicos reagente é importante fazer correlação com a história clínica do usuário como: a) tem história de sífilis anteriormente? b) Se sim, fez tratamento completo? Qual a droga e dose utilizada? Já fez tratamento com Penicilina benzatina (independente da patologia)? Avaliar possibilidade de cicatriz sorológica.
 **** Considerando que a parceria sexual é potencialmente infectada, mesmo se resultado da testagem for não reagente, na ausência de cancro duro (sífilis primária) ou exantema (sífilis secundária), tal como a gestante, deverá ser tratada (o) como sífilis latente tardia ou terciária. Sendo o tratamento com uso de Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI e após 30 dias do término do tratamento iniciar o controle de cura com VDRL trimestral até 1 ano e semestral no 2º. Ano (PARANÁ, 2016 p.19; BRASIL, 2015b p.94,95).
 ***** Após o tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a se negativar em 6 a 12 meses. Porém alguns casos podem permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida (memória ou cicatriz sorológica da sífilis). Os títulos devem declinar em torno de duas vezes em 1 mês ou quatro vezes em três meses e oito vezes em seis meses.

Este **NÃO** é o exame de Primeira escolha. Na impossibilidade de realizar TR para TODAS as gestantes em TODOS os trimestres, priorizar para este exame pelo menos aquelas com maior vulnerabilidade para a doença, como as que iniciaram o pré-natal após o 1º trimestre, usuárias de drogas ou parceiras de usuários, parceiras de população privada de liberdade etc.



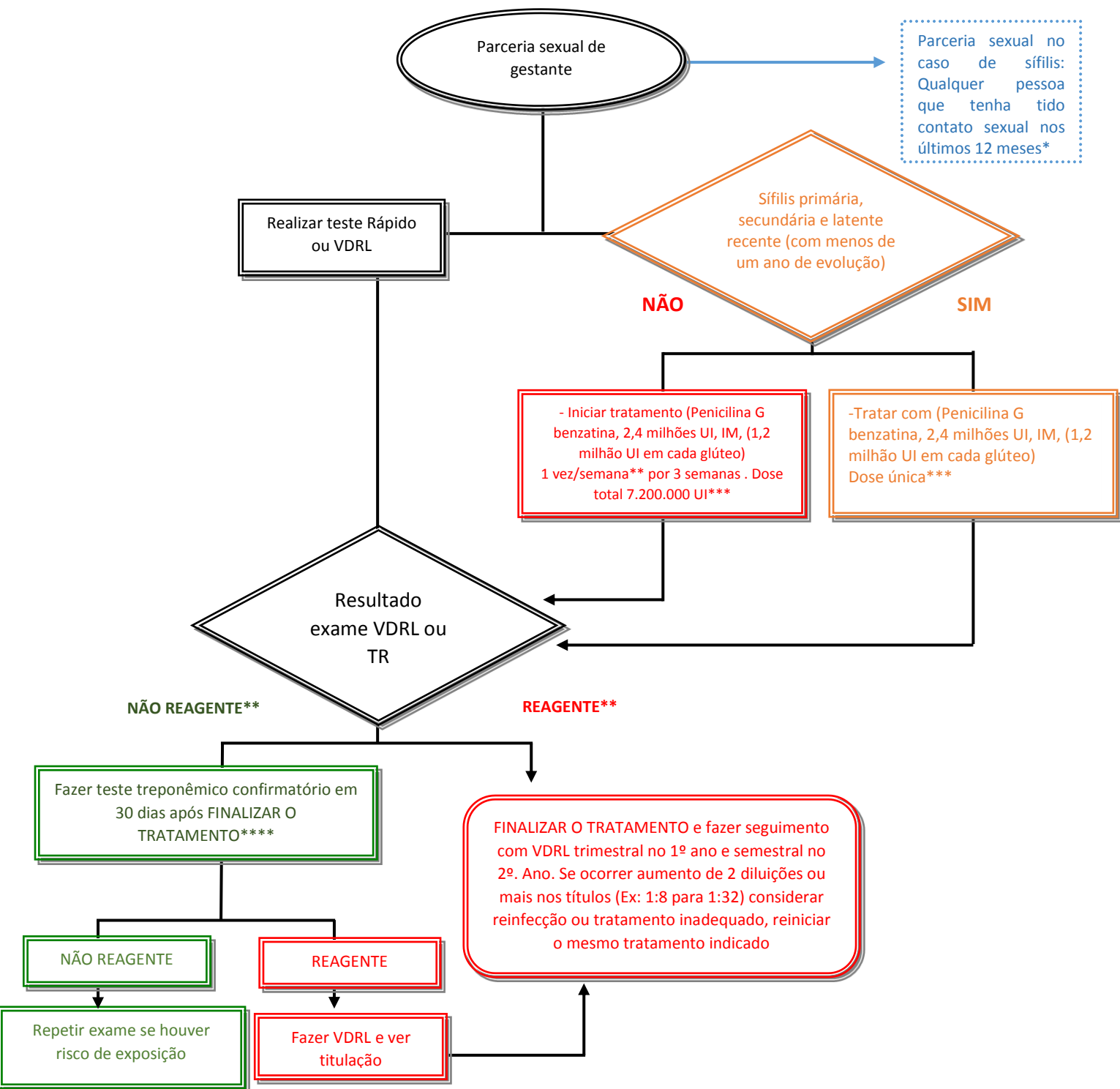
* Na impossibilidade de realizar o teste confirmatório com teste rápido, solicitar FTA-Abs, desde que o resultado esteja disponível antes de 1 semana, quando é imperativo a leitura do exame para confirmação ou não do diagnóstico e consequentemente a continuação do tratamento, se for o caso.

** Doses perdidas: Gestante: reiniciar esquema se houver atraso de 1 dia da data prevista para aplicação da dose, Ex: data de aplicação agendada para 19 de junho, porém compareceu ao serviço em 20 de junho: reiniciar esquema; Parceria sexual: reiniciar esquema se houver atraso de até 3 dias a partir da data prevista para aplicação da dose, isso é, até 10 dias entre uma dose e outra. Ex: data de aplicação agendada para 20 de junho, porém compareceu ao serviço em 24 de junho: reiniciar esquema

***Diante de um exame treponêmico reagente é importante fazer correlação com a história clínica do usuário como: a) tem história de sífilis anteriormente? b) se sim, fez tratamento completo? Qual a droga e dose utilizada? Já fez tratamento com Penicilina benzatina (independente da patologia)? Avaliar possibilidade de cicatriz sorológica (quando mesmo após tratamento correto os títulos permanecem baixo ≤ 1:4, por longos períodos de tempo ou até por toda a vida.

**** Após o tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a declinar e negativar em 6 a 12 meses. Porém alguns casos podem permanecer memória ou cicatriz sorológica da sífilis).

FLUXOGRAMA 19 - TESTES PARA SÍFILIS- RASTREAMENTO E CONDUTAS DE PARCERIA (S) SEXUAL (IS)



Parceria sexual no caso de sífilis: Qualquer pessoa que tenha tido contato sexual nos últimos 12 meses*

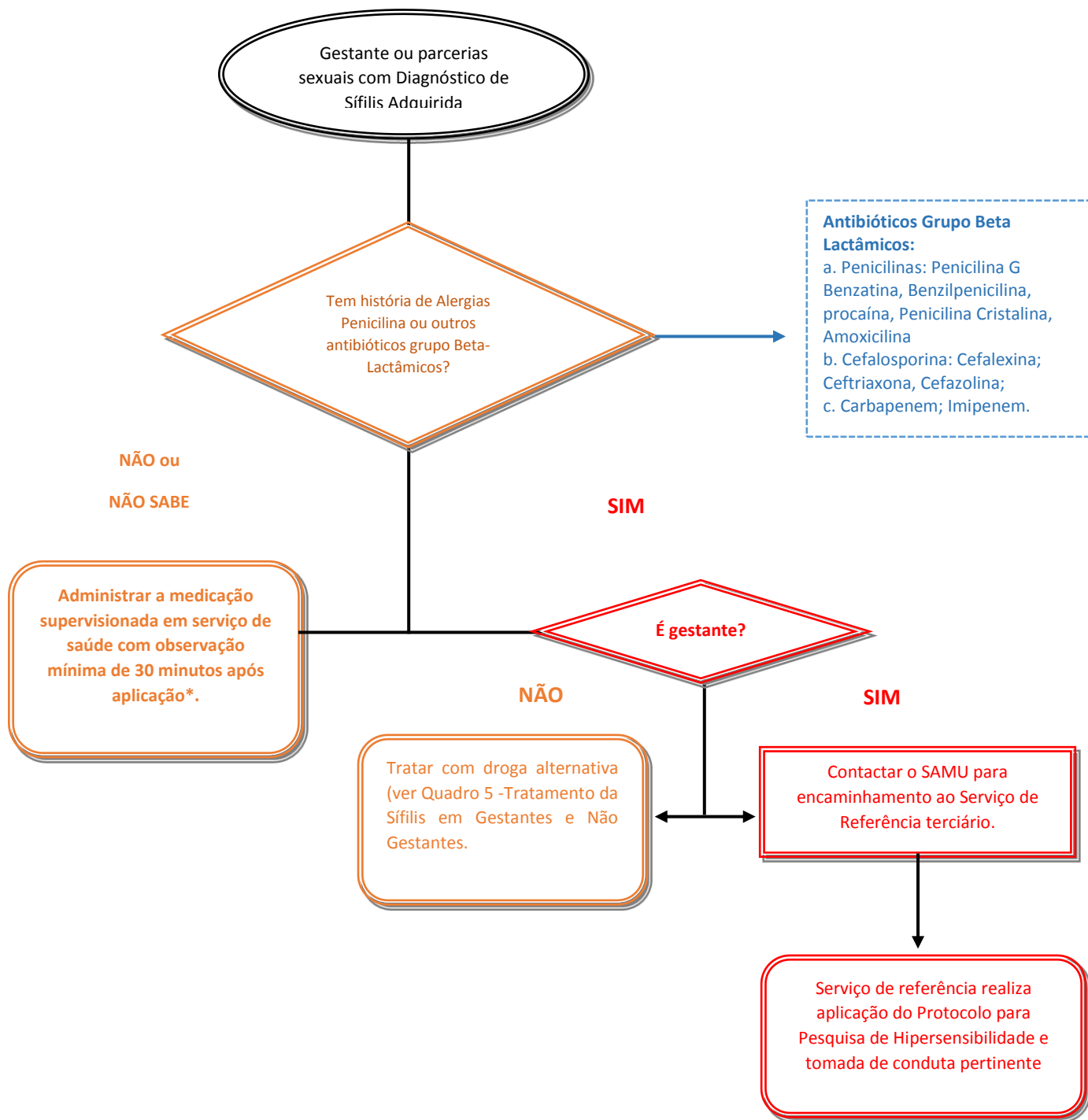
*No caso de ISTs a definição de parceria sexual pode ser relativa à doença em questão: Ex: tricomoníase: parceria atual; corrimento uretral ou infecção cervical: nos últimos dois meses; DIP: nos últimos dois meses; úlceras: nos últimos três meses; sífilis secundária: nos últimos seis meses; sífilis latente: no último ano (BRASIL, 2015b p.37).

** Parceria sexual: reiniciar esquema se houver atraso de até 3 dias a partir da data prevista para aplicação da dose, isso é, até 10 dias entre uma dose e outra. Ex: data de aplicação agendada para 20 de junho, porém compareceu ao serviço em 24 de junho: reiniciar esquema

***Considerando que a parceria sexual é potencialmente infectada, mesmo se resultado da testagem for não reagente, na ausência de cancro duro (sífilis primária) ou exantema (sífilis secundária), tal como a gestante, deverá ser tratada (o) como sífilis latente tardia ou terciária. Sendo o tratamento com uso de Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI e após 30 dias do término do tratamento iniciar o controle de cura com VDRL trimestral até 1 ano e semestral no 2º. Ano (PARANÁ, 2016 p.19; BRASIL, 2015b p.94,95).

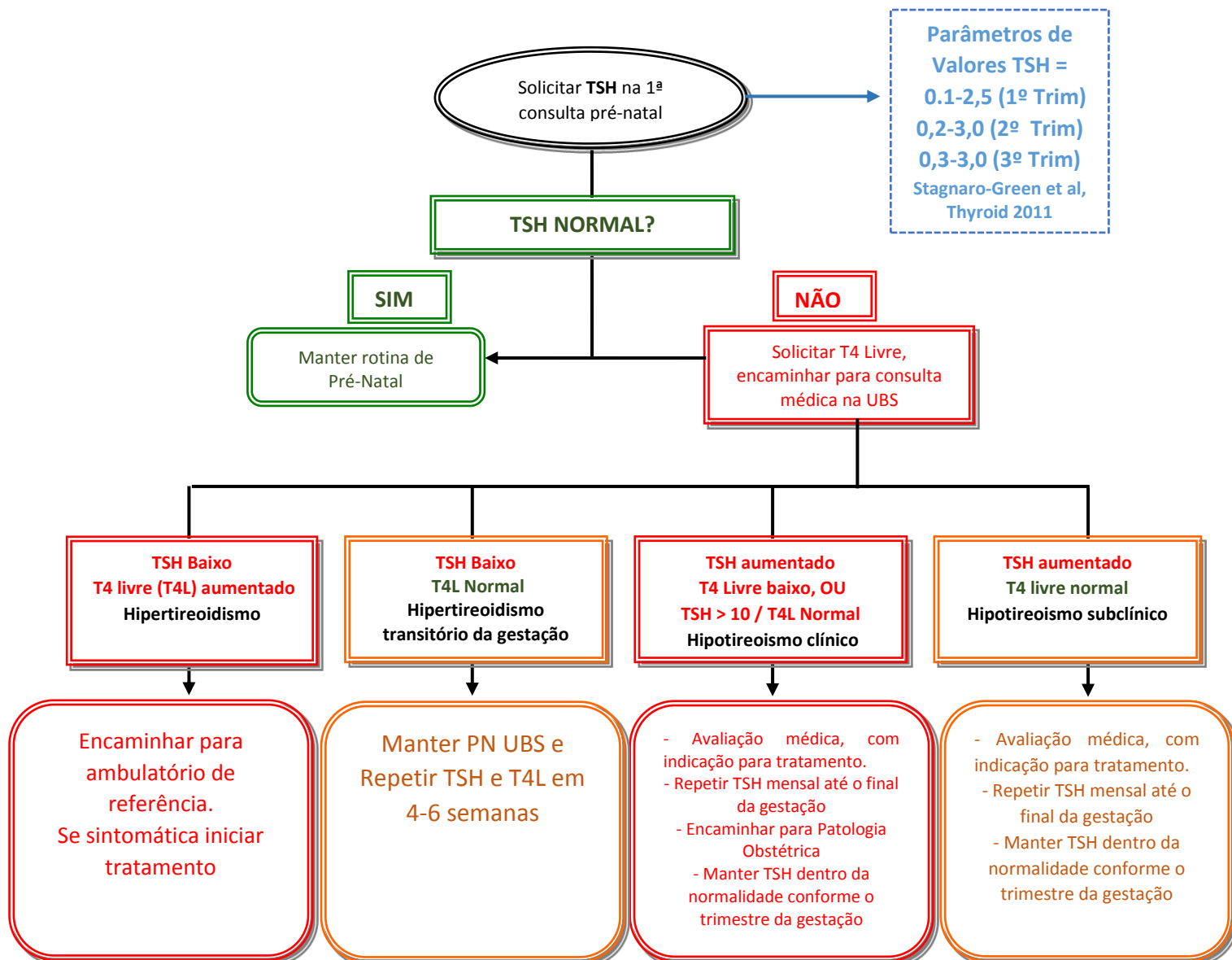
**** Teste confirmatório: teste treponêmico com qualquer metodologia (TR, FTA-Abs ou outros).

FLUXOGRAMA 20 - ATENDIMENTO A GESTANTE E/OU PARCEIRIAS SEXUAIS COM RELATO DE ALERGIAS A PENICILINA



*Conforme Portaria MS Nº 3.161 de 2/12/2011, a Penicilina pode ser aplicada nas UBS pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico, mantendo sempre acessível material e medicações de emergência como Epinefrina (Adrenalina) e prometazina. Após a administração da Penicilina recomenda-se uma observação mínima no serviço de saúde de 30 minutos (período em que pode ocorrer a maioria das reações anafiláticas tipo imediata). (Grumach et al, 2007). Ver item 3.7.12.7.2 - Esquema de tratamento de Anafilaxia (qualquer origem).

FLUXOGRAMA 21 - TSH: RASTREAMENTO E CONDUTAS NAS TIREOIDOPATIAS



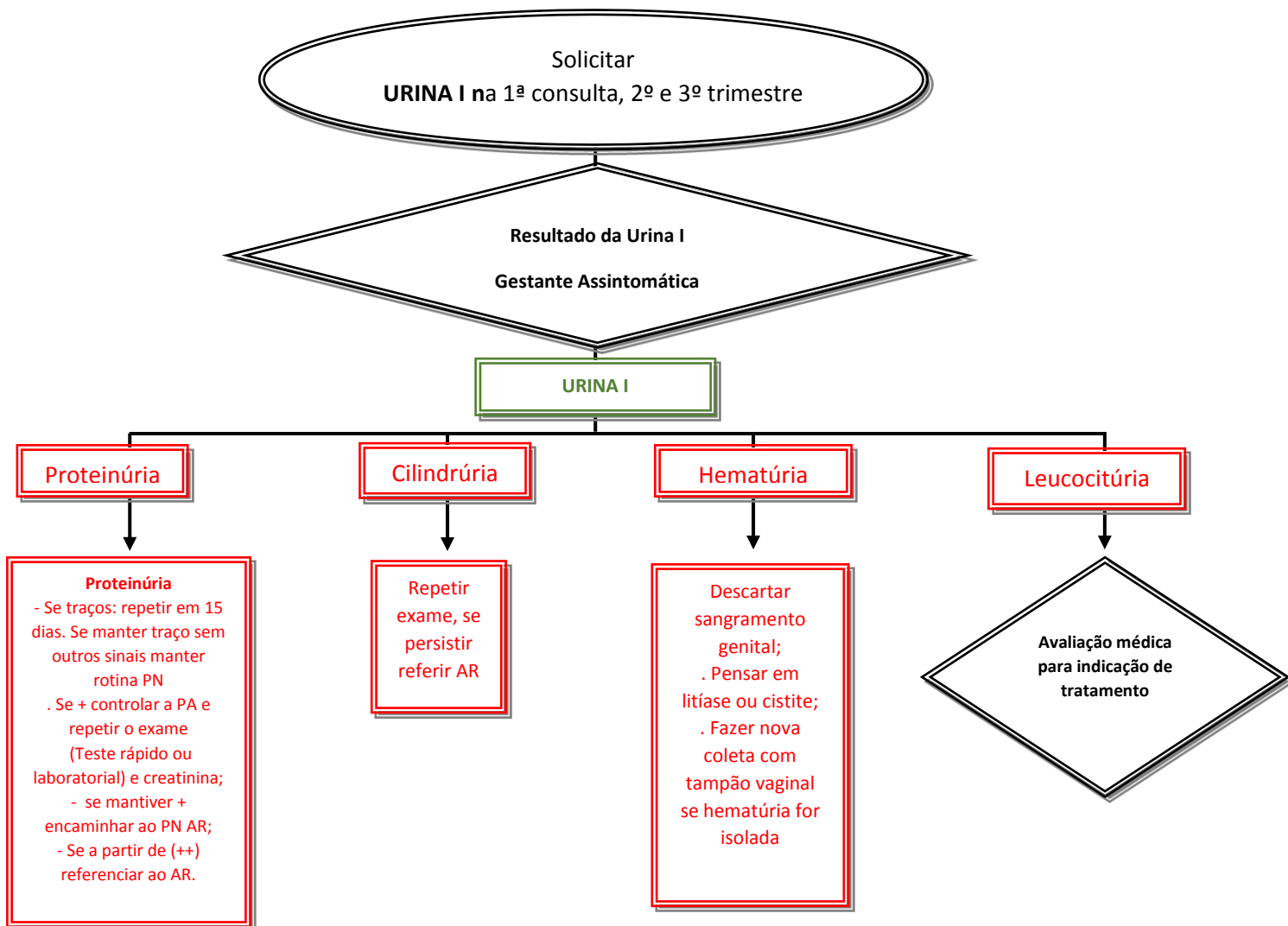
QUADRO 32- TRATAMENTO DO HIPERTIREOIDISMO E HIPOTIREOIDISMO

Quadro clínico	TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
Hipertireoidismo sintomática	Propiltiourácil 100 a 300 mg / dia (ajustar dose conforme quadro clínico da gestante)	Paciente sintomática necessita de avaliação da Patologia Obstétrica com urgência. Contato com regulação.
Hipotireoidismo Clínico, prévio a gestação	Manter tratamento com levotiroxina sódica (L-T 4) e ajustar a dose, com um aumento empírico de 30% (12,5-50 ug) na primeira consulta. Aumentando em 25 µg a cada quatro semanas até atingir a dose suficiente para normalização do TSH conforme o trimestre da gestação	Nomes comerciais L-T4: Puran®, Euthyrox®, Synthroid®);
Hipotireoidismo subclínico	Iniciar levotiroxina sódica entre 25 e 50 µg/dia. para normalização do TSH conforme o trimestre da gestação	Repetir exame TSH cada 4 -6 semanas
Hipotireoidismo Clínico diagnosticado na gestação	Iniciar levotiroxina sódica na dose de 1 a 2 µg/kg/ dia. (American Thyroid e American Association of Clinical Endrocrinologists (2011))	Deve ser ajustada para alcançar valores de TSH conforme o trimestre da gestação
Manejo do Hipotireoidismo no puerpério	Hipotireoidismo Clínico - Reduzir em 30% na dose de levotiroxina sódica, controle de TSH em 4 semanas, manter seguimento com TSH com PSF. Hipotireoidismo Subclínico – Suspender a levotiroxina no pós-parto e repetir TSH em 06 semanas	

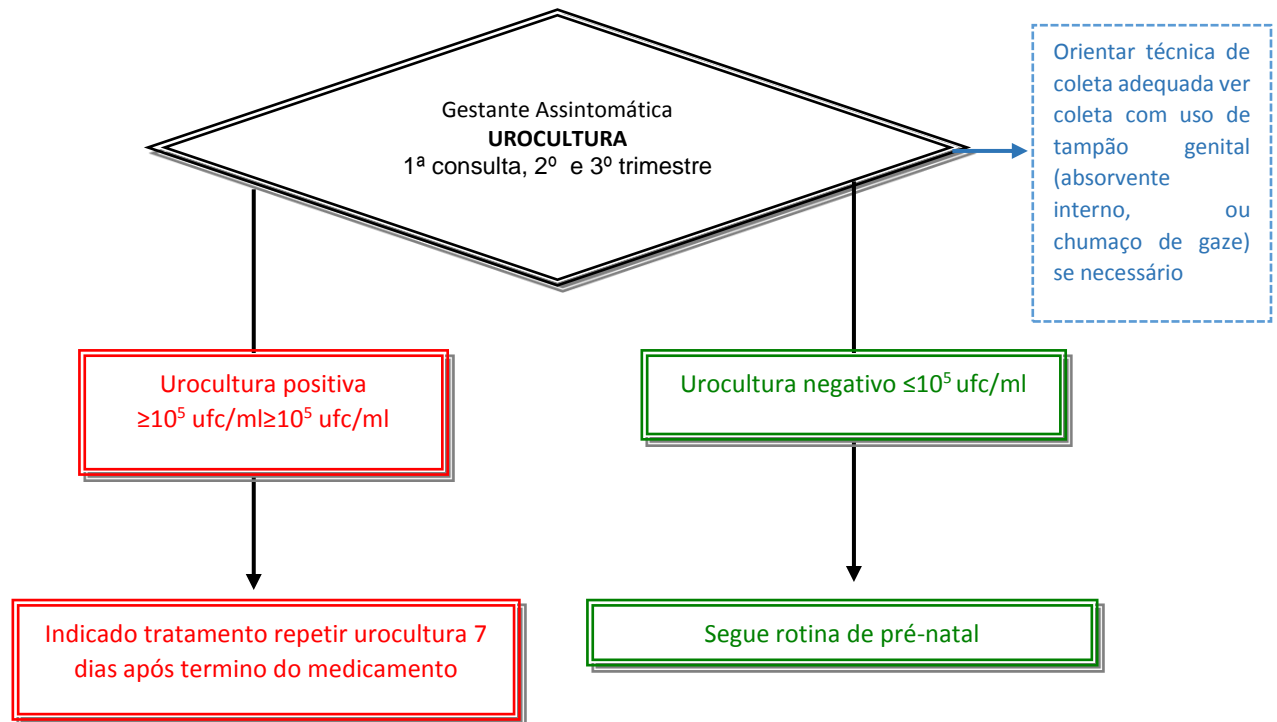
OBS: a) administrar a levotiroxina em jejum de no mínimo 40 minutos pela manhã (melhor 1 hora). Deve-se evitar o uso concomitante com sulfato ferroso, carbonato de cálcio ou vitaminas por interferência na sua absorção. Sugere-se usar esses suplementos após o intervalo de, pelo menos 4 horas

b) pós-parto – Estar atento para o quadro de disfunção tireoidiana no primeiro ano pós parto – sintomas de alterações de peso, humor, queda cabelo, mudança do padrão do sono pode indicar tireoidite pós parto.

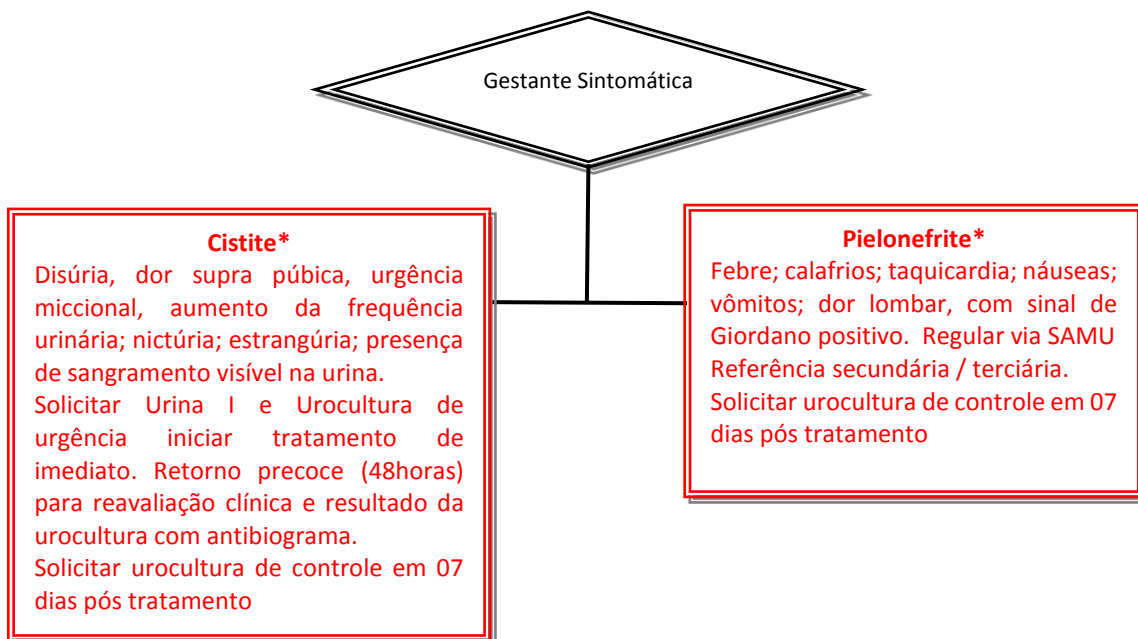
FLUXOGRAMA 22 - URINA 1



FLUXOGRAMA 23 - UROCULTURA



FLUXOGRAMA 24 – GESTANTE COM SINTOMAS URINÁRIOS



*Para gestantes com um episódio de pielonefrite ou acima de dois episódios de cistite, o médico pode indicar profilaxia com nitrofurantoína 100 mg 1 cp. VO à noite até 36 semanas de gestação ou cefalexina 500 mg 1 cp. VO à noite até o final da gestação. Urocultura com presença de Streptococcus do Grupo B (EGB ou S. Agalactiae) ver fluxo específico.
. Notificar no cartão da gestante, pois a condição de EGB na urina dispensa a realização de swab (anal e vaginal) entre 35ª e 37ª. Semana até o final da gestação.

Escolha de Antibiótico para o Tratamento de Infecções Urinárias na Gravidez

Quadro 28 – Escolha de Antibiótico para o Tratamento de Infecções Urinárias na Gravidez

Antibiótico	Evidência na gravidez	Posologia para tratamento de longa duração	Contraindicações
Cefalexina	B	Um comprimido de 500mg via oral de 6 em 6 horas por 7-10 dias.	Contraindicada em pacientes que tenham demonstrado alergia aos antibióticos do grupo das cefalosporinas ou penicilina.
Nitrofurantoína	B	Um comprimido de 100mg via oral de 6 em 6 horas por 7-10 dias.	Contra indicado para pacientes com insuficiência renal moderada.
Amoxicilina	B	Um comprimido de 500mg via oral de 8 em 8 horas por 7-10 dias.	Pacientes com história de reações alérgicas e hipersensibilidade às penicilinas ou cefalosporinas.
Ampicilina	B	Um comprimido de 500mg via oral de 6 em 6 horas por 7-10 dias	
Fosfomicina Trometamol*	A e B	Administrada, a noite antes de dormir, na dose única de 3g da apresentação em pó, diluída em água.	

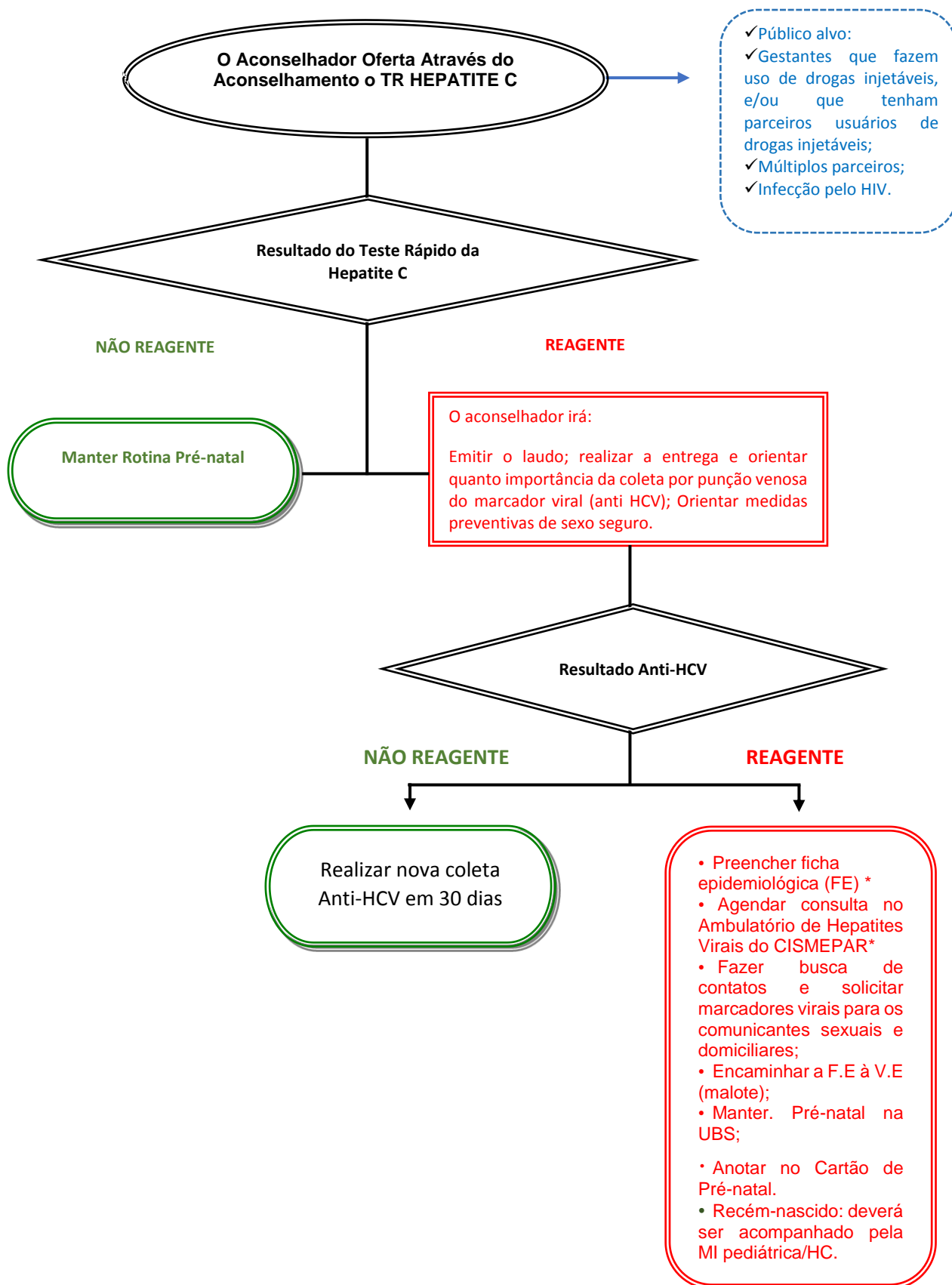
*Esta medicação não é fornecida pelo sistema único de saúde (SUS). Sua utilização pode ocorrer com critérios clínicos (bacteriúria assintomática, cistite leve, preferencialmente no 1º. e 2º. trimestre).

OBSERVAÇÕES:

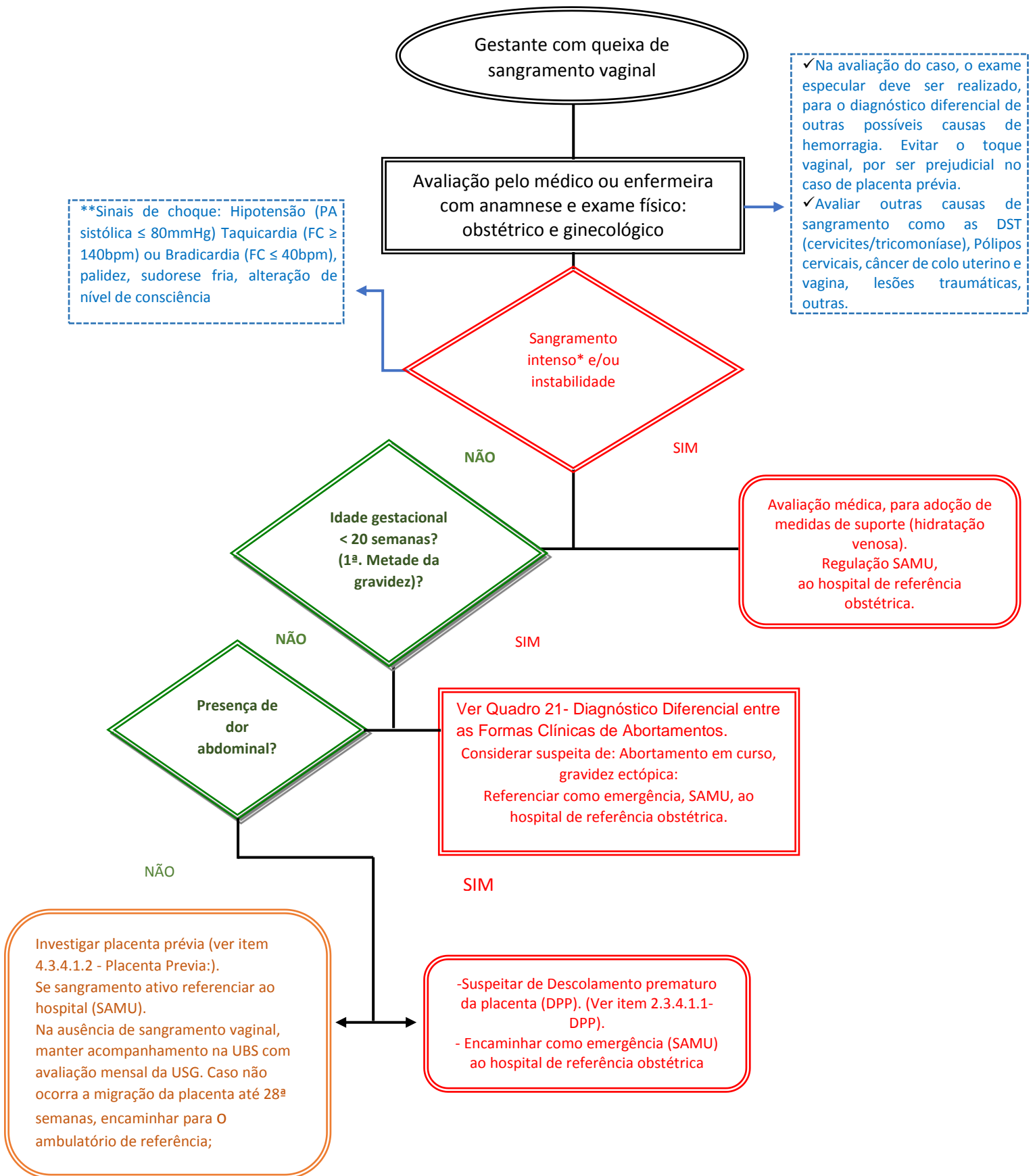
Devido à gravidade da ITU em gestante, pois desencadeia parto prematuro; é recomendado que Gestantes com queixa urinária (como disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal) **sempre investigar corrimento vaginal, contração uterina e solicitar urina I e urocultura com urgência** com resultado e conduta médica para o mesmo dia.

Orientações para a gestante para coletar a urina para o exame:

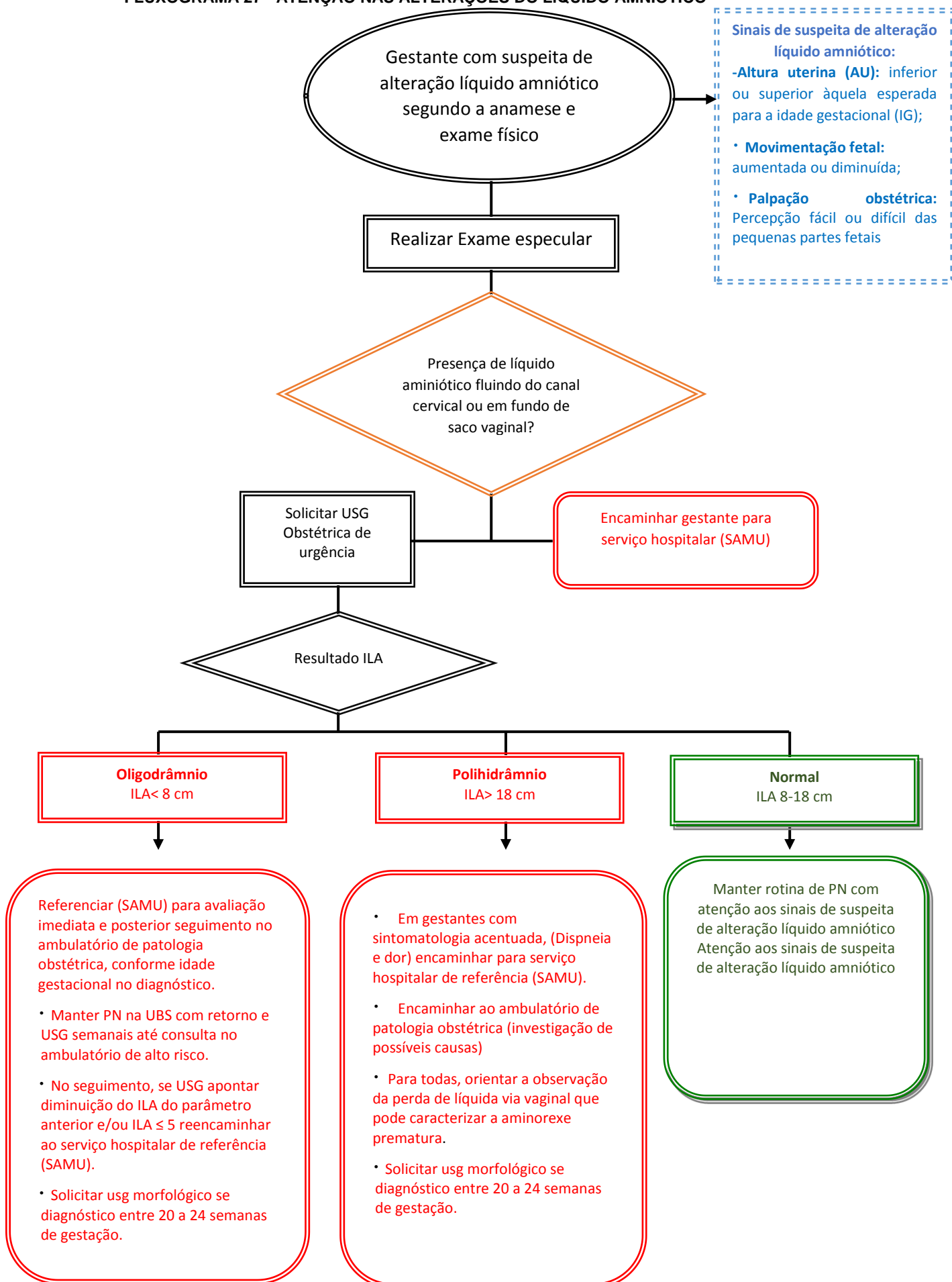
- De preferência colher em casa, 1ª. urina da manhã ou qualquer urina com no mínimo duas horas após a micção anterior, período que corresponde ao tempo de latência para o crescimento bacteriano, para que se evitem falsos negativos;

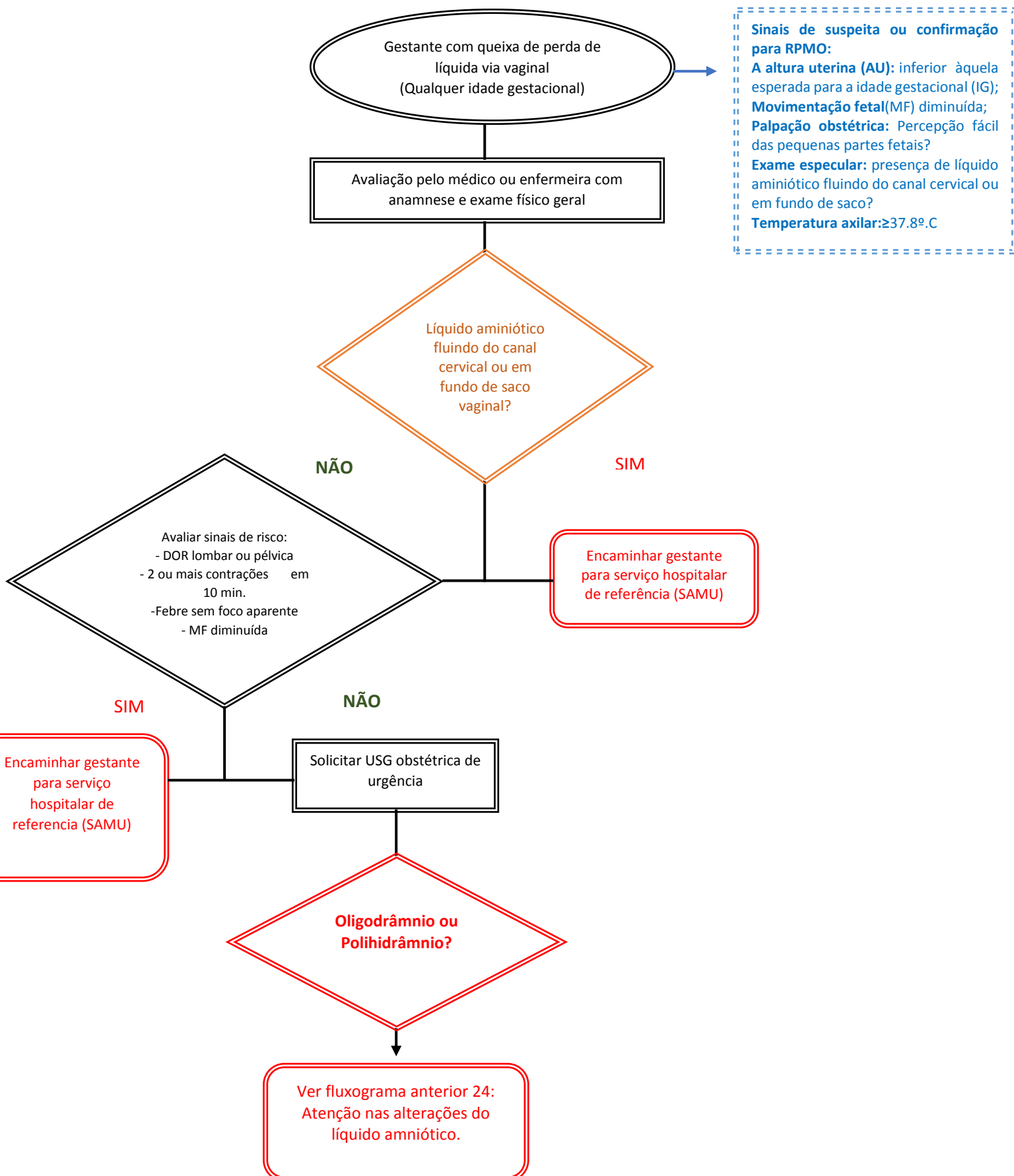
FLUXOGRAMA 25 - TESTE RÁPIDO HEPATITE C- RASTREAMENTO DA HEPATITE C NA GESTAÇÃO


FLUXOGRAMA 26 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA GESTAÇÃO



FLUXOGRAMA 27 - ATENÇÃO NAS ALTERAÇÕES DO LÍQUIDO AMNIÓTICO



FLUXOGRAMA 28 - ATENÇÃO NAS PERDAS DE LÍQUIDO VIA VAGINAL - SUSPEITA DE ROTURA PREMATURA


Hipertensão arterial

Conceito

Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas.

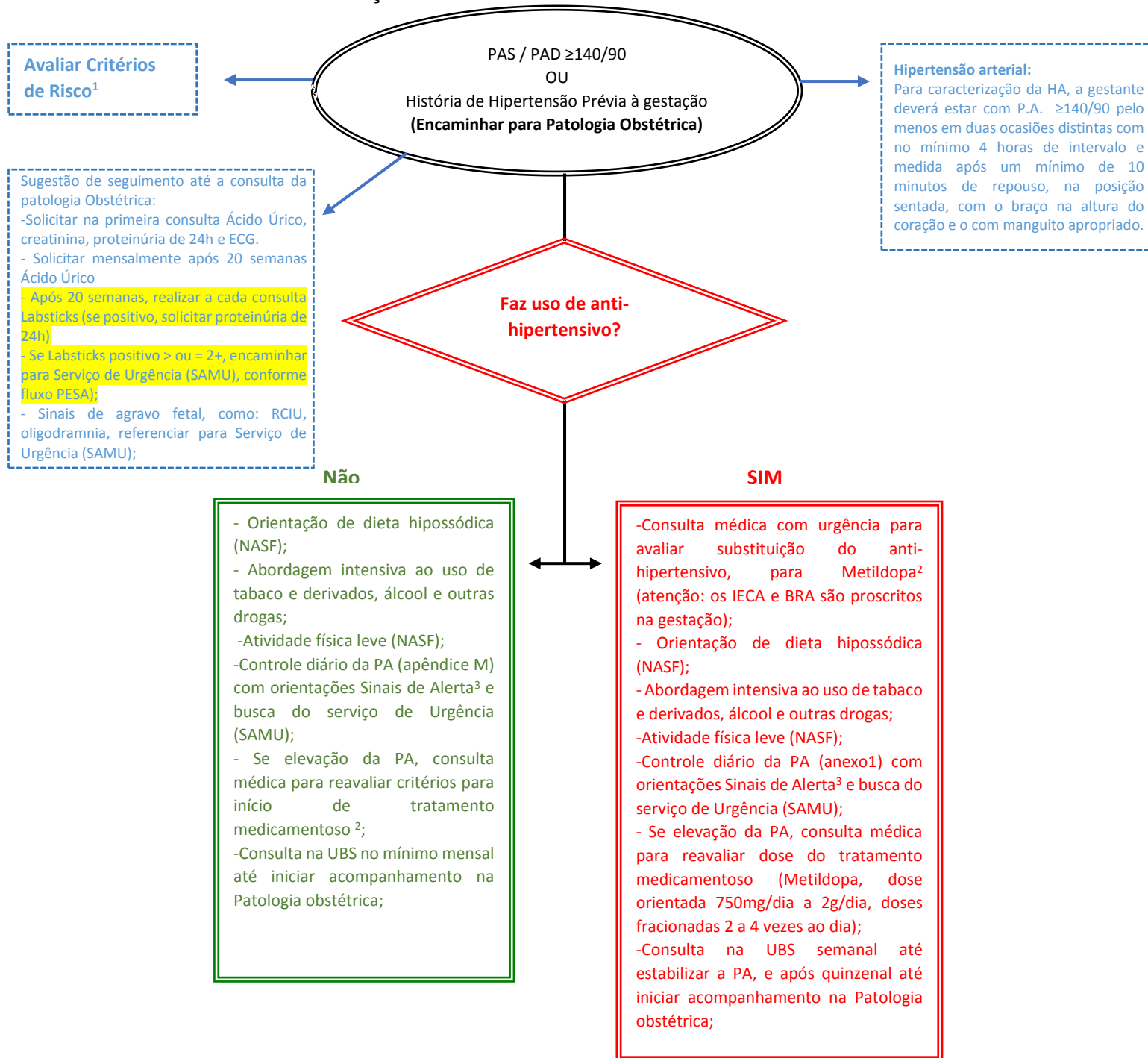
Para classificação das síndromes hipertensivas da gravidez consultar o quadro abaixo:

- ✓ **Hipertensão arterial sistêmica crônica:** é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;
 - ✓ **Pré-eclâmpsia:** caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (excreção urinária de proteínas $> 0,3$ gramas em volume de 24 horas ou análise em amostra única com fita de proteinúria mostrando pelo menos 2+ na ausência de infecção urinária após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Na ausência de proteinúria significativa, o diagnóstico pode ser baseado na presença de cefaleia, turvação visual, dor abdominal, plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas, comprometimento renal, edema pulmonar, distúrbios visuais ou cerebrais, escotomas ou convulsão;
 - ✓ **Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica:** definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, e ou os critérios para diagnóstico de pré-eclâmpsia citados acima, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;
 - ✓ **Eclâmpsia:** corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.
 - ✓ **Hipertensão gestacional:** Como a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. Deve-se seguir as condutas clínicas e obstétricas recomendadas para pré-eclâmpsias.
- (1) Hipertensão transitória da gestação:** a pressão arterial retorna ao normal até 12 semanas após o parto (diagnóstico retrospectivo) ou
- (2) Hipertensão Crônica:** a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas após o parto; (BRASIL, 2010 p.27).

Observação:

A fita de labsticks (fita de urinálise) encontra-se em processo de compra.

FLUXOGRAMA 29 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ: < 20 SEMANAS



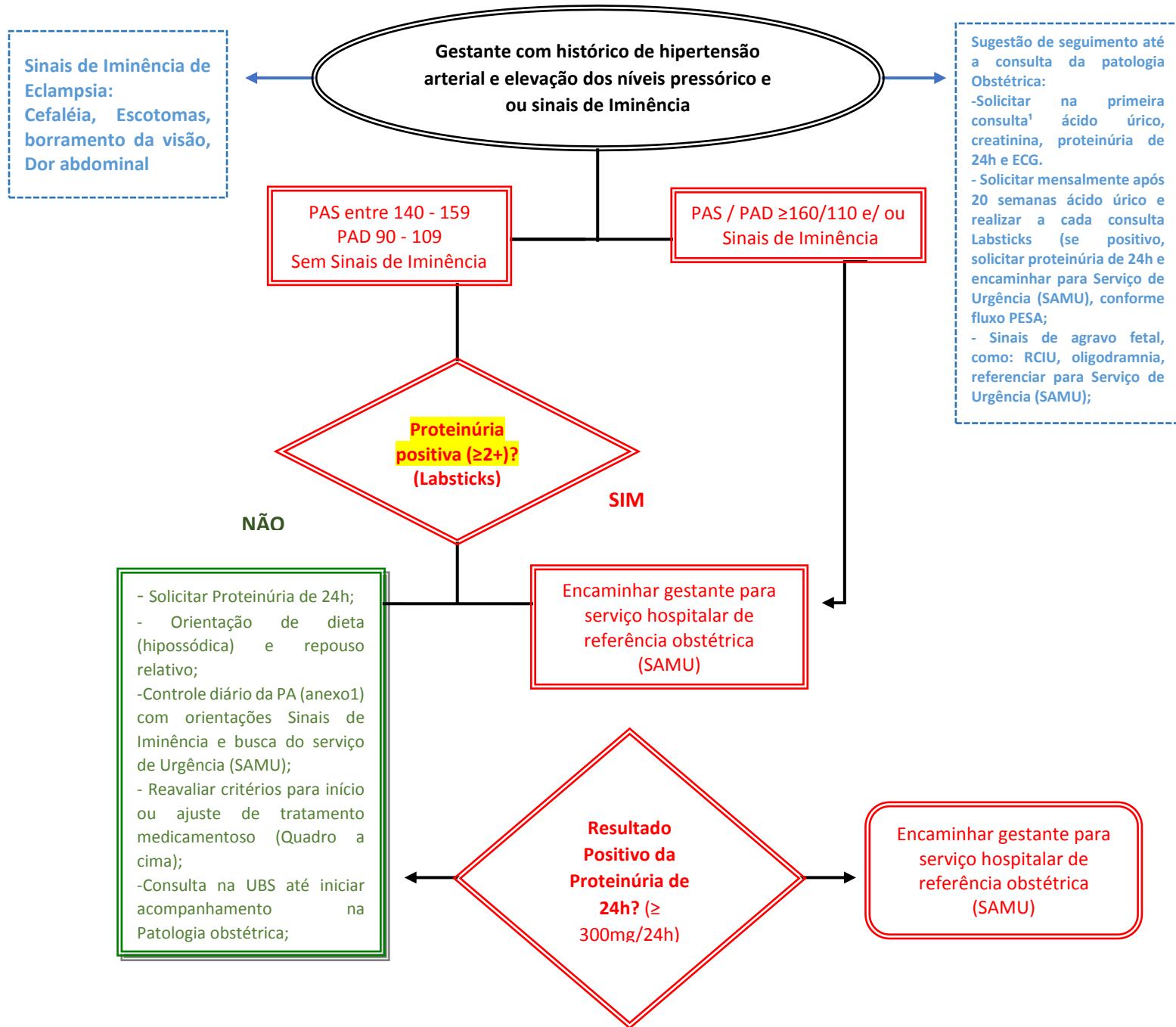
1 - Informar no encaminhamento para Patologia Obstétrica, se uso de medicamentos e/ou critérios de riscos para prioridade na Regulação.

Critérios de Risco: Idade materna \geq 40 anos; duração da hipertensão maior que 5 anos; P.A. \geq 160/110 mmHg no início da gestação; Diabetes mellitus; Miocardiopatias/ disfunção ventricular esquerda; tabagismo; Nefropatias; Retinopatia hipertensiva; Dislipidemia; Colagenoses; Obesidade mórbida (IMC \geq 40 anos); Coarctação da aorta; História pregressa de infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico hemorrágico ou isquêmico; Hipertensão arterial secundária.

2 - Critérios básicos para utilização ou manutenção de anti-hipertensivos durante a gestação: PAD \geq 95 mmHg ou PAS \geq 150mmHg em duas ocasiões; Presença de hipertrofia ou sobrecarga ventricular esquerda com PAD > 90 mmHg; Presença de nefropatia associada à PAD > 90 mmHG

3 – Sinais de Alerta crise Hipertensiva: cefaleia, confusão, agitação, dor torácica, déficit neurológico focal, dispneia, oligúria, PA \geq 160/110, e outros.

FLUXOGRAMA 30 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ PRÉ-ECLÂMPSIA SUPERPOSTA À HAS CRÔNICA (AGUARDANDO CONSULTA NA PATOLOGIA OBSTÉTRICA OU EM CASO DE URGÊNCIA)



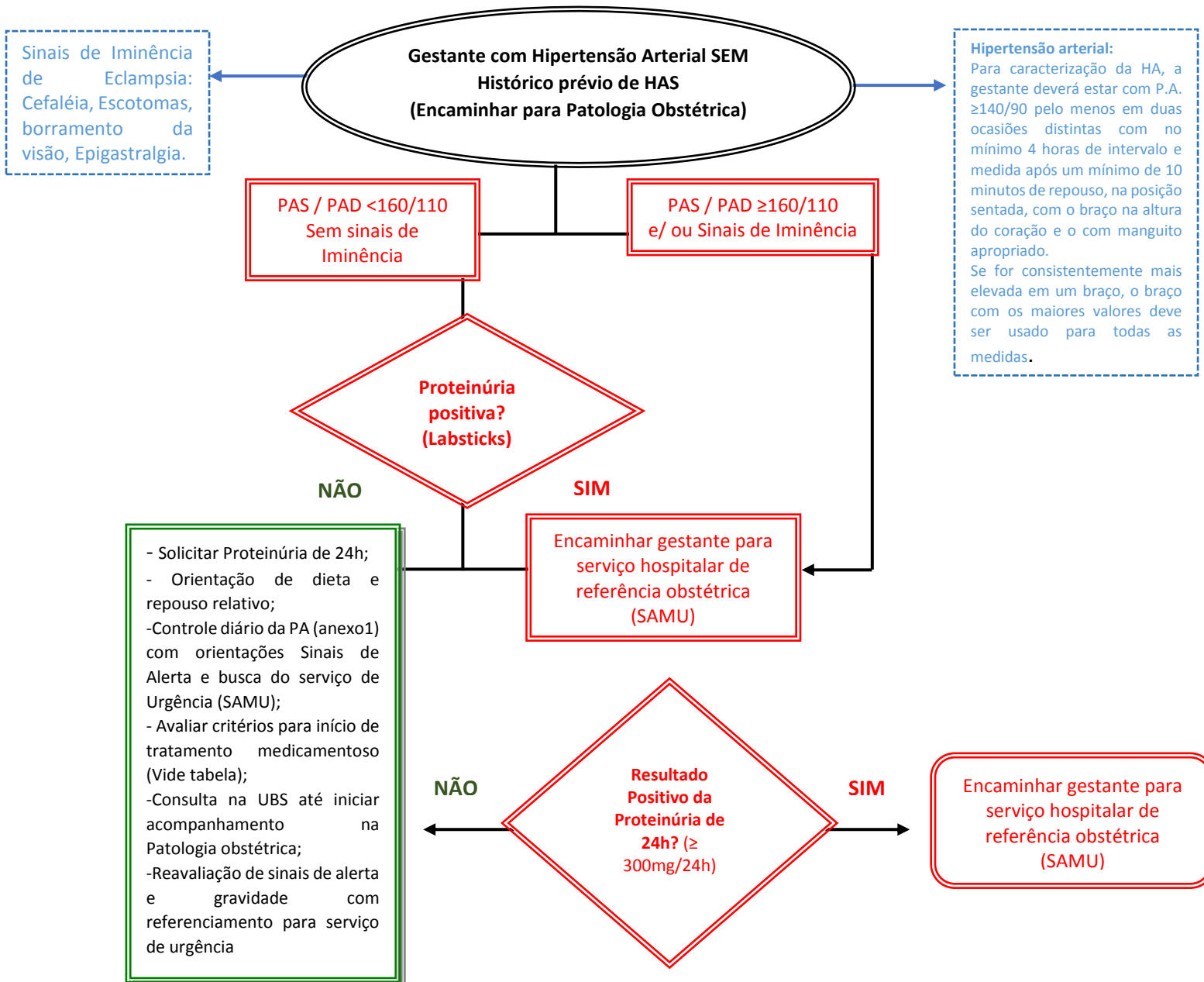
1: Proteinúria significativa (≥ 0,3 g/24 horas ou labsticks ambulatorial ≥ 2+ proteínas); Elevação do ácido úrico (valor > 5,5 mg/dl frequentemente é um sinal precoce de uma PESA).

Medicamentos anti-hipertensivos para crise hipertensiva

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Hidralazina (primeira opção)	5-10mg EV a cada 20 min.	30 mg
Labetalol	20-40 mg EV a cada 10-15min	220mg

Medicamentos anti-hipertensivos para uso crônico durante a gestação

Metildopa (primeira opção)	250mg oral 12/12horas	2 g/dia (500mg 6/6 horas)
Labetalol	100mg oral 12/12 horas	2400 mg dia
Hidroclorotiazida	25mg/dia	50 mg/dia

FLUXOGRAMA 31 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ: >20 SEMANAS


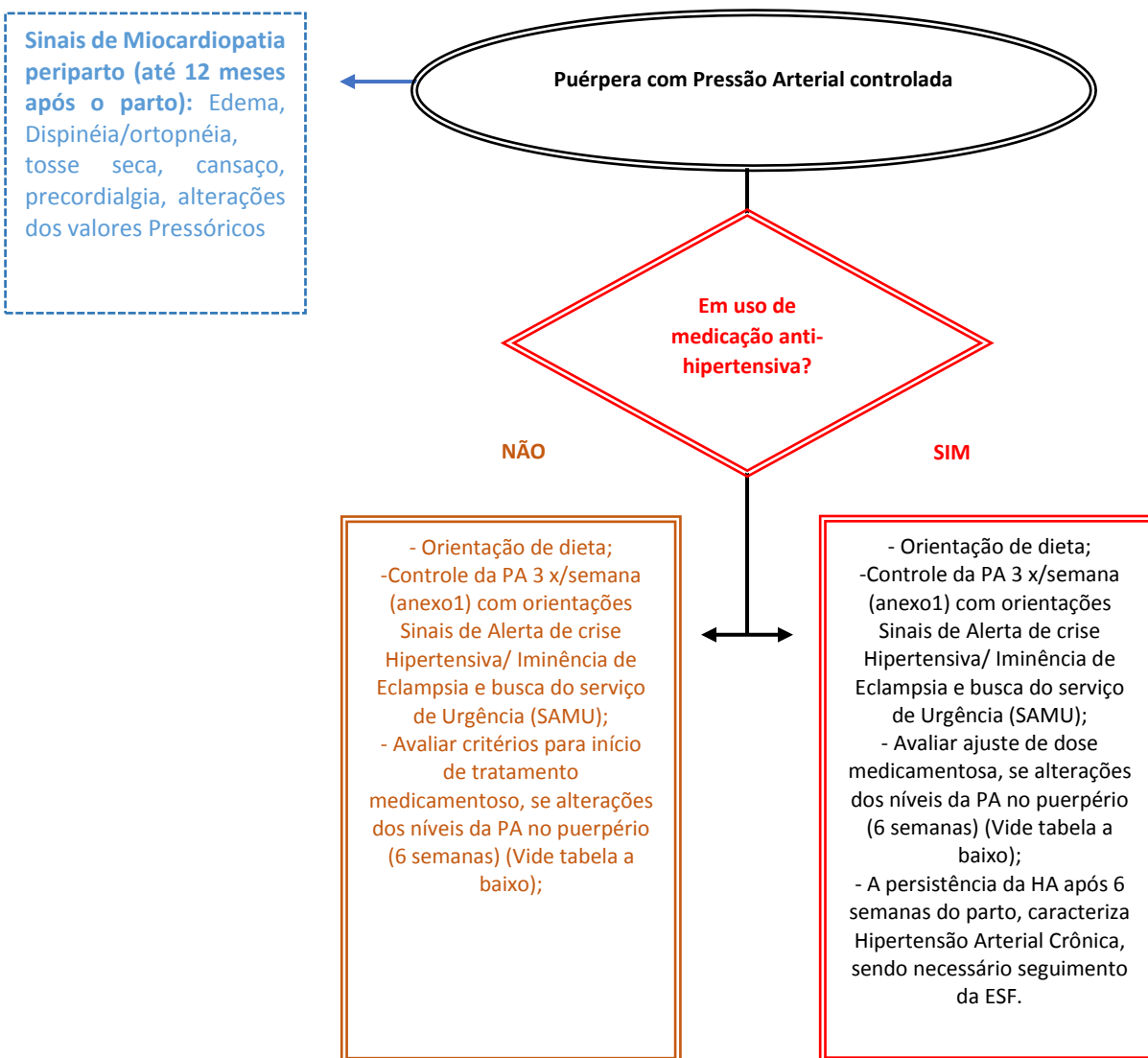
Sugestão de seguimento até a consulta da patologia Obstétrica:

- Solicitar mensalmente após 20 semanas Ácido Úrico e realizar a cada consulta Labsticks (se $\geq 2+$, solicitar proteinúria de 24h e encaminhar para Serviço de Urgência (SAMU), conforme fluxo a cima;

Indicadores de Gravidade da pré-Eclâmpsia

Anormalidades	Leve	Grave
PAD	$< 100\text{mmHg}$	$\geq 110\text{ mmHg}$
PAS	$< 160\text{ mmHg}$	$\geq 160\text{ mmHg}$
Cefaléia	Ausente	Presente
Distúrbios Visuais	Ausente	Presente
Dor em andar superior do abdômen	Ausente	Presente
Oligúria	Ausente	Presente
Convulsões (eclampsia)	Ausente	Presente
Creatinina sérica	Normal	Elevada
Trombocitopenia	Ausente	Presente
Elevação das enzimas hepáticas	Mínima	Exuberante
Restrição de crescimento fetal (RCIU)	Ausente	Evidente
Edema pulmonar	Ausente	Presente

FLUXOGRAMA 32 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NO PUERPÉRIO



Segurança para o lactente com o uso de medicações anti-hipertensivas pela lactante:

Medicamentos	Recomendação
DIURETICO: Hidrociorotiazida e espironolactona Inibidores adrenérgicos: alfametildopa e propranolol Vasodilatadores: hidralazina e minoxidil BCC: Verapamil, nifedipino, ninodipino e nitrenodipina IECA: benazepril, captopril e enalapril	Seguros
DIURETICO: Indapamida, furosemda e triantereno Inibidores adrenérgicos: Atenolol, bisoprolol, cavedilol, metoprolol e sotalol BCC: anlodipino, isradipino e nisoldipino IECA: Isinopril e Ramipril BRA: Candersatana e olmersatana. Telmisaratana após período perinatal	Moderadamente seguros
Inibidores adrenérgicos: Resiprina, Prazosina e Terazosina BRA: Telmisartana, no período perinatal e valsartana	Potencialmente perigosos

Sulfato Magnésio Endovenoso – Realizar em ambiente com suporte para emergência, intoxicação, parada respiratória.

Indicações – Pré-eclâmpsia grave em trabalho de parto, Iminência de eclampsia, eclampsia, hipertensão gestacional com sinais premonitórios de eclampsia (10% das eclampsias ocorrem antes que haja proteinúria significativa – Chesley,1985)

Apresentações

MgSO⁴ 7H₂O a 50 % - 1 amp = 10 ml = 5 g

MgSO⁴ 7H₂O a 20% - 1 amp = 10 ml = 2 g

MgSO⁴ 7H₂O a 10% - 1 amp = 10 ml = 1 g

Esquema	Dose ataque	Dose manutenção
Pritchard Pré eclampsia Eclampsia	10 g a 50% IM 4 g a 20 % EV e 10 gr a 50% IM	5 g IM a 50% 4/4 horas 5g IM a 50% 4/4 horas
Zuspan modificado	4 g a 20% EV lentamente (em 20 min) – 8ml de MgSO ⁴ 7H ₂ O a 50% + 12ml de SF 0,9% = 4 g= 20 ml a 20% (infundir 1 ml/min.)	2g EV/h a 50% (infusão contínua) 5 amp a 50% em 450 ml de SG 5%, 40 ml/h em bomba de infusão contínua.

Cuidados para controle / toxicidade do Sulfato Magnésio

1.Diurese > 30ml/h

2.Presença de reflexos tendinosos profundos, principalmente patelar

3.Frequencia respiratória (no mínimo 16 mr/min)

4.Se possível dosagem de Magnésio sérico 4/4 horas.

- Antídoto – Gluconato de cálcio ou cloreto de cálcio 1g, EV, suspender o Sulfato Magnésio – reverter depressão respiratória – nível tóxico do sulfato de magnésio.

Peso do feto na gravidez

Idade gestacional	Peso fetal (g)		Peso fetal (g)		Peso fetal (g)	
	Percentil 3	Percentil 10	Percentil 50	Percentil 90	Percentil 97	
10 semanas	26	29	35	41	44	
11 semanas	34	37	45	53	65	
12 semanas	43	48	58	68	73	
13 semanas	55	61	73	85	91	
14 semanas	70	77	93	109	116	
15 semanas	88	97	117	137	146	
16 semanas	110	121	146	171	183	
17 semanas	136	150	181	212	226	
18 semanas	167	185	223	261	279	
19 semanas	205	227	273	319	341	
20 semanas	248	275	331	387	414	
21 semanas	299	331	399	467	499	
22 semanas	359	398	478	559	598	
23 semanas	426	471	568	665	710	
24 semanas	503	556	670	784	838	
25 semanas	589	652	785	918	981	
26 semanas	685	758	913	1068	1141	
27 semanas	791	879	1055	1234	1319	
28 semanas	908	1004	1210	1416	1513	
29 semanas	1034	1145	1379	1613	1754	
30 semanas	1169	1294	1559	1824	1949	
31 semanas	1313	1453	1751	2049	2189	
32 semanas	1465	1621	1953	2285	2441	
33 semanas	1622	1794	2162	2530	2703	
34 semanas	1783	1973	2377	2781	2971	
35 semanas	1946	2154	2595	3036	3244	
36 semanas	2110	2335	2813	3291	3516	
37 semanas	2271	2513	3028	3543	3785	
38 semanas	2427	2686	3236	3786	4045	
39 semanas	2576	2851	3435	4019	4294	
40 semanas	2714	3004	3619	4234	4524	

Tabela de Hadlock (Referência de valores – pesos fetais estimados)

Valores do índice de líquido amniótico em gestações normais

Semana	Valores percentis do índice de líquido amniótico (mm)				
	3°	5°	50°	95°	97°
16	73	79	121	185	201
17	77	83	127	194	211
18	80	87	133	202	220
19	83	90	137	207	225
20	86	93	141	212	230
21	88	95	143	214	233
22	89	97	145	216	235
23	90	98	146	218	237
24	90	98	147	219	238
25	89	97	147	221	240
26	89	97	147	223	242
27	85	95	146	226	245
28	86	94	146	228	249
29	84	92	145	231	254
30	82	90	145	234	258
31	79	88	144	238	263
32	77	86	144	242	269
33	74	83	143	245	274
34	72	81	142	248	278
35	70	79	140	249	279
36	68	77	138	249	279
37	66	75	135	244	275
38	65	73	132	239	269
39	64	72	127	226	255
40	63	71	123	214	240
41	63	70	116	194	216
42	63	69	110	175	192

Fonte: Adaptada, com permissão, de Moore TR, Cayle JE: *The amniotic fluid index in normal human pregnancy. Am J Obstet Gynecol* 162:1168, 1990.

