



MEDICINA MATERNO FETAL

PO01 - MORTALIDADE PERINATAL NA REGIÃO DA BEIRA INTERIOR: UMA REVISÃO DE 20 ANOS

Catarina Oliveira¹; Nélia Pereira²; Dário Ferreira¹

1 - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior; 2 - Hospital Pêro da Covilhã

Resumo

Introdução: A taxa de mortalidade perinatal (TMP) afigura-se como indicador chave refletor da qualidade da assistência obstétrica, intraparto e neonatal. Em Portugal, a tendência foi decrescente e, em 2018, a taxa era de 4 óbitos/1000 nascidos vivos, tendo a Cova da Beira sido apontada, em 2014, como uma das zonas de maior carga de morte perinatal. A prevenção da MP passa por reconhecer os fatores de risco.

Objectivos: Analisar a totalidade dos casos de MP ocorridos desde janeiro de 1999 até dezembro de 2018 na Região da Beira Interior (hospitais Pêro da Covilhã, Amato Lusitano e Sousa Martins). Pretende-se comparar o padrão de mortalidade regional com o global e identificar os principais fatores de risco maternos, gestacionais, de assistência, fetais ou neonatais preditores do resultado e apontar possíveis medidas preventivas.

Metodologia: A amostra considerada para o estudo retrospectivo foi a população total de óbitos perinatais ocorridos (179 casos). Após consulta de bibliografia, reuniram-se variáveis específicas para a recolha uniforme e fidedigna de dados, e estes foram analisados através do programa Software Package for Social Sciences, recorrendo à estatística descritiva e inferencial, considerando-se o nível de significância de 0.05.

Resultados: A TMP foi de 4.8 óbitos por 1000 nascidos vivos, tendo-se contado 158 mortes fetais tardias e 21 neonatais precoces. Das condições pré-parto, nenhum dos fatores de risco expectáveis foi encontrado de forma maioritária. Os partos pré-termo totalizaram 46.93% dos casos e o baixo peso ao nascer 53.93%. As anomalias do recém-nascido ocorreram em 12.29% e contaram-se 62 casos de asfixia/anóxia fetal.

Conclusões: A MP ainda continua a ocorrer na Região da Beira Interior, notando-se, no entanto, uma tendência decrescente ao longo dos 20 anos em estudo. Das condições pré-parto, da gravidez atual e pós-parto analisadas, nenhuma se salientou como justificação para o desfecho, pelo que se comprova o carácter etiológico multifatorial da MP.

Palavras-chave: mortalidade perinatal, obstetrícia, neonatologia, fatores de risco, epidemiologia, prevenção



PO02 - PARTO PÉLVICO VAGINAL: A REALIDADE DE UM HOSPITAL DE NÍVEL SECUNDÁRIO

Patrícia Gomes Ferreira¹; Susana Saraiva¹; Vânia Ferreira¹; Teresa Paula Teles¹

1 - Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Resumo

Introdução: Apresentação pélvica ocorre em aproximadamente 3-5% das gestações de termo.

Desde a publicação do *Term Breech Trial*, há cerca de 20 anos, verificou-se um decréscimo acentuado dos partos pélvicos vaginais. Este ensaio demonstrou que a morbimortalidade perinatal e neonatal nos recém-nascidos em apresentação pélvica nascidos por cesariana programada era significativamente inferior aos nascidos por parto vaginal.

Estudos posteriores demonstraram que em gravidezes únicas de termo previamente selecionadas, o parto vaginal poderá apresentar resultados semelhantes ao parto por cesariana.

Objectivos: Caracterizar os casos de partos pélvicos vaginais entre 2016 e 2019 de um hospital de nível secundário.

Metodologia: Estudo observacional descritivo, que incluiu a consulta de dados do processo clínico referentes ao parto pélvico vaginal, entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2019, num hospital de nível II.

Resultados: A média de partos pélvicos ao longo destes 4 anos é de 0,44%. A mediana da idade materna é de 33 anos. Em 73% dos casos, têm pelo menos um parto vaginal anterior.

A mediana da idade gestacional no parto é de 37 semanas. A mediana do peso do RN é de 2850 g. A mediana do índice de Apgar ao 1º minuto e ao 5º minuto é de 8 e 9,5, respectivamente. Recém-nascidos com necessidade de oxigenoterapia em cerca de 26% e de reanimação cardiovascular em 11%. 22% necessitaram de internamento no serviço de neonatologia.

Conclusões: Na nossa instituição, a percentagem de partos vaginais pélvicos é inferior a 1%. A versão cefálica externa deverá ser vista como uma das medidas na redução da incidência de apresentação pélvica a termo e da taxa de cesarianas por este motivo.

O parto pélvico vaginal deverá ser considerado nas situações em que a versão cefálica externa esteja contraindicada e quando são cumpridos os critérios de seleção. Importa não desvalorizar as complicações associadas à cesariana numa gestação posterior.

Palavras-chave: Parto pélvico vaginal, Cesariana, Versão cefálica externa



PO03 - SOFRIMENTO FETAL AGUDO: FATORES DE RISCO E IMPLICAÇÕES

Mariana Martins¹; Arminda Jorge²; Joana Mendes²; Célia Nunes³

1 - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior; 2 - Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira; 3 - Universidade da Beira Interior

Resumo

Introdução: O sofrimento fetal agudo caracteriza-se por redução das trocas gasosas materno-fetais, podendo conduzir a lesões irreversíveis no Recém-Nascido. Ocorre maioritariamente durante o trabalho de parto, mas pode ocorrer anteparto.

Objectivos: Avaliar fatores de risco na gravidez e parto associados a sofrimento fetal agudo, bem como as implicações no Recém-Nascido.

Metodologia: Estudo transversal retrospectivo. Recorreu-se a análise de processos clínicos, obtendo-se uma amostra de 531 partos e 539 recém-nascidos, no ano de 2018, num hospital nível II. Consideraram-se as variáveis relativas a: características maternas, gestacionais, trabalho de parto, e neonatais. Realizou-se a análise através do software estatístico SPSS, 25.0. Realizou-se uma análise descritiva dos dados e utilizaram-se métodos de estatística inferencial, considerando-se uma significância de 5%.

Resultados: Detetaram-se 150 casos de Sofrimento Fetal Agudo e 31 de asfixia perinatal, com estas variáveis apresentando relação significativa ($p < 0,001$). O sofrimento fetal agudo apresentou relação significativa ($p < 0,05$) com a restrição do crescimento intrauterino, alterações no volume de líquido amniótico e tipo de anestesia intraparto. Verificou-se aumento na probabilidade de sofrimento fetal agudo quando ocorreram cesarianas ($Odds=26,596$), partos vaginais instrumentados ($Odds=7,342$), ausência de progressão do trabalho de parto ($Odds=3,895$), alterações na dinâmica uterina ($Odds=9,778$), presença de febre intraparto ($Odds=22,290$) e líquido amniótico meconial ($Odds=3,850$). Houve 271 recém-nascidos do sexo masculino e 268 do sexo feminino. Verificou-se que o sofrimento fetal agudo e asfixia perinatal apresentaram relações significativas ($p < 0,05$) com diversas complicações no recém-nascido, nomeadamente neurológicas e respiratórias. A asfixia perinatal apresentou relação significativa ($p < 0,05$) com a presença de acidose na gasometria do cordão umbilical.

Conclusões: Neste estudo, concluímos que diversos fatores intraparto são determinantes para sofrimento fetal agudo. Contudo, o sofrimento fetal crónico pode ser agudizado no momento do parto. O sofrimento fetal prolongado pode levar a asfixia perinatal, que se traduz em diversas complicações no recém-nascido. A acidose na gasometria do cordão umbilical é indicativa desta hipoxia.

Palavras-chave: Sofrimento Fetal Agudo; Fatores de Risco Anteparto e Intraparto; Recém-Nascido; Asfixia perinatal.



PO04 - CITOMEGALOVÍRUS NA GRAVIDEZ - IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO CLÍNICA

Inês Reis¹; Carolina Carneiro¹; Patrícia Ferreira¹; Sara Cunha¹; Susana Saraiva¹; Cátia Rasteiro¹; Célia Araújo¹

1 - CHEDV

Resumo

Introdução: A infecção por Citomegalovírus (CMV) ocorre em 1 a 4% das gestações, sendo maioritariamente assintomática. A infecção primária pode manifestar-se com clínica semelhante a mononucleose ou síndrome gripal, com astenia e febre. É a infecção congénita mais frequente, podendo causar lesões auditivas, oftalmológicas e neurológicas.

Metodologia: Descrição de caso clínico

Resultados: Grávida de 25 semanas, recorre ao serviço de urgência com quadro de febre, astenia e mialgias. Do estudo realizado, hemograma com linfócitos atípicos, sugestivo de síndrome mononucleósica; citólise hepática. Serologias CMV, toxoplasmose, Vírus de Epstein-Barr, negativas. Ao exame objetivo, sem adenomegalias. Palpação hepática e esplénica não valorizável.

Às 30 semanas, por manter hemograma com linfócitos atípicos no hemograma de rotina, foi orientada para a consulta de medicina Interna onde realizou estudo às 34 semanas, do qual se destaca a IgM e IgG positivos (avidez baixa) para Citomegalovírus.

Restante vigilância da gravidez sem intercorrências relevantes, exceto estimativa de peso fetal às 36 semanas no percentil 7, sem alterações fluxométricas.

Ocorreu um parto eutócico após indução às 39 semanas - recém-nascido do sexo feminino, 2830g, IA 9/10/10.

Foi realizada colheita de urina do recém-nascido para CMV com resultado positivo. Avaliação inicial ao recém-nascido normal. Foi orientado para a consulta de neonatologia pelo diagnóstico de Citomegalovírus congénito.

Atualmente com 13 meses, mantém vigilância em consulta de oftalmologia, otorrinolaringologia e pediatria, com desenvolvimento adequado

Conclusões: Após infecção por CMV o período de incubação é em média de 40 dias (28-60 dias), com resposta inicial de IgM e posteriormente de IgG. A virémia pode ser detetada cerca de 2 a 3 semanas após a infecção primária. Este caso demonstra a importância da valorização clínica dos quadros de febre durante a gravidez, com estudo analítico dirigido bem como da necessidade da repetição dos exames de acordo com a evolução clínica, laboratorial e da imunologia dos vírus

Palavras-chave: CMV, gravidez



PO05 - DIAGNÓSTICO DE HÍMEN MICROPERFURADO NUMA GESTAÇÃO DE 39 SEMANAS: UM CASO CLÍNICO

Ana Andrade¹; Joana Dias¹; Luís Castro¹; António Braga¹; Jorge Braga¹

1 - Centro Materno-Infantil do Norte

Resumo

Introdução: O hímen microperfurado é uma anomalia congénita, por vezes confundida com hímen imperfurado, que resulta frequentemente em dispareunia, infeções urogenitais de repetição e alterações do padrão menstrual. A gravidez na presença de hímen intacto ou microperfurado, impossibilitando a penetração vaginal pelo pénis, é uma entidade rara.

Resultados: Uma primigesta de 22 anos teve a sua primeira consulta de rotina a nível hospitalar às 39 semanas e 5 dias, após acompanhamento durante toda a gravidez no Centro de Saúde. Nunca havia sido submetida a exame ginecológico e, quando questionada, revelou que a coitarca ocorrera pouco antes da gravidez, sendo que as relações sexuais foram sempre dolorosas, não tendo, por este motivo, mantido atividade sexual na gestação. Previamente, tinha interlúnios regulares, embora com queixas frequentes de dismenorreia.

Ao exame ginecológico foi detetada uma estrutura membranosa a recobrir por completo a entrada da vagina, sem visualização do cérvix, que se constatou tratar de um hímen intacto, microperfurado na região periuretral, que, após dilatação, era permeável a um dedo do examinador (Imagem 1).

Quatro dias após a avaliação inicial, a paciente deu entrada no serviço de urgência por rotura de membranas. O parto foi eutócico com episiotomia prévia. A himenotomia ocorreu durante o trabalho de parto.

Conclusões: A falência no processo de recanalização do hímen no período intra-uterino pode conduzir a anomalias obstrutivas (hímen imperfurado) ou não-obstrutivas (microperfurado, cribiforme, septado). Há alguns casos descritos de encerramento espontâneo do hímen durante a gravidez. Estão também reportados abortamentos incompletos e até gravidez de termo (com parto por cesariana) em mulheres com hímen microperfurado, o que evidencia a necessidade de correção cirúrgica atempada. Este é o primeiro caso descrito de um parto eutócico numa mulher com hímen microperfurado não diagnosticado previamente à gestação, o que demonstra que uma gravidez espontânea pode ocorrer sem penetração vaginal.

Palavras-chave: Hímen microperfurado, Gravidez



PO06 - QUIMIOTERAPIA NA GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Luís Ferreira De Castro¹; Ana Andrade¹; Tânia Barros¹; António Braga^{1,2}; Jorge Braga^{1,2}

1 - Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto EPE, Porto, Portugal.; 2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: Nos últimos anos, o aumento da idade materna na gravidez correlaciona-se com uma maior incidência de diversas patologias, incluindo doenças oncológicas. As neoplasias malignas mais frequentemente diagnosticadas na gravidez são as mesmas que são comuns nas mulheres em idade reprodutiva, sendo o cancro da mama o de maior incidência. Um dos maiores desafios na abordagem do cancro na gravidez corresponde ao tratamento com quimioterapia sem comprometer o adequado desenvolvimento fetal. Foram descritos os últimos dois casos de grávidas sob quimioterapia após diagnóstico de cancro da mama na nossa instituição.

Resultados: O primeiro caso relata uma mulher de 38 anos, 5G2P, saudável, diagnosticada com carcinoma ductal invasivo na mama esquerda, que desconhecia estar grávida. Iniciou-se quimioterapia neoadjuvante com doxorubicina e ciclofosfamida no primeiro trimestre. A gravidez foi diagnosticada às 19 semanas e alterou-se a quimioterapia para paclitaxel. A vigilância obstétrica não demonstrou intercorrências no desenvolvimento fetal. Programou-se uma cesariana para as 37 semanas.

O segundo caso descreve uma primigesta de 40 anos, diagnosticada com cancro da mama triplo negativo durante o segundo trimestre gestacional. Propôs-se a quimioterapia neoadjuvante com epirrubina e paclitaxel e obteve-se uma resposta clínica favorável após 4 ciclos. Não foram reportadas anomalias fetais major na vigilância obstétrica e programou-se uma cesariana para as 38 semanas juntamente com cirurgia conservadora da mama.

Ambos os recém-nascidos apresentaram bons índices de Apgar e, até à data, observou-se um desenvolvimento psicomotor normal.

Conclusões: A organogénese ocorre maioritariamente no primeiro trimestre gestacional e a quimioterapia pode causar efeitos teratogénicos significantes, associando-se a um aumento do risco de aborto espontâneo, morte fetal e defeitos congénitos major. Porém, no primeiro caso, não foram reportadas anomalias fetais apesar da exposição à quimioterapia no primeiro trimestre. Assim, se possível, a quimioterapia deve ser protelada para depois das 14 semanas de gestação, reduzindo o risco potencial de anomalias fetais graves.

Palavras-chave: Quimioterapia na Gravidez; Cancro da mama e gravidez; Quimioterapia; Cancro da mama