



Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)

O protocolo de Obstetrícia será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco). Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.

Pacientes com suspeita de acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave, diabetes prévio à gestação, pré-eclâmpsia atual (após avaliação em emergência) ou histórico de pré-eclâmpsia em gestações anteriores, histórico ou incompetência istmo-cervical atual ou outras comorbidades maternas graves devem ter preferência no encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco, quando comparado com outras condições clínicas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente identificar situações que demandem avaliação IMEDIATA em Centro Obstétrico (por exemplo, diagnóstico ou suspeita de pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, infecção ovular, trabalho de parto prematuro, entre outras situações), tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 03 de fevereiro de 2016.

Revisado em 15 de agosto de 2019.



Supervisão Geral:
Arita Bergmann

Coordenação:
Roberto Nunes Umpierre
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Rudi Roman

Autores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elisa Eichenberg Furasté
Elise Botteselle de Oliveira
Ellen Machado Arlindo
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Natan Katz
Rodolfo Souza da Silva
Rudi Roman

Revisão Técnica:
Cristiano Salazar
Edimárlei Valério
Eduardo Passos
Eunice Chaves
Janete Vettorazzi
Maria Lúcia Oppermann
Sérgio Martins Costa

Colaboração:
Nadiane Albuquerque Lemos
Melissa de Azevedo
Janilce Dorneles de Quadros
Camila Finger Viecelli
Departamento de Ações em Saúde – DAS/RS
Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:
Rosely de Andrade Vargas

Diagramação:
Lorenzo Costa Kupstaitis



Protocolo 1 – Hipertensão em Gestantes

Considerar Hipertensão Arterial Sistêmica gestantes com pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg medida de maneira adequada, em pelo menos duas ocasiões.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

- suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia ([quadro 1](#)); ou
- crise hipertensiva (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com:
 - lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou
 - hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg), independente do tratamento, após avaliação em emergência; ou
 - hipertensão leve a moderada (PA sistólica ≥ 140 a 159 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 a 109 mmHg) em uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou
 - suspeita de hipertensão secundária; ou
 - tabagismo; ou
 - idade materna ≥ 40 anos; ou
 - diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou
 - mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, entre outras); ou
 - Sinais de insuficiência placentária (oligoidrâmnio, restrição de crescimento fetal, aumento de resistência de artérias uterinas).
- hipertensão gestacional:
 - diagnosticada após 20ª semana (após exclusão da suspeita de pré-eclâmpsia); ou
 - diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica); ou
 - em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, entre outras).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. diagnóstico de hipertensão prévio a gestação (sim ou não). Se não, idade gestacional no diagnóstico;
3. duas medidas de pressão arterial, com data;
4. resultado de proteinúria (microalbuminúria ou relação proteinúria /creatininúria em amostra) com data;
5. medicamentos em uso para hipertensão;
6. descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 2 – Diabetes em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- diabetes mellitus na gestação (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl identificada na gestação – [quadro 2](#)); ou
- diabetes mellitus gestacional ([quadro 2](#)) e:
 - necessidade de tratamento farmacológico para obter controle glicêmico adequado; ou
 - gestante com hipertensão crônica.

O tratamento não farmacológico (orientações dietéticas e atividade física apropriada) deve ser iniciado em todas as gestantes com diabetes gestacional. Se não houver controle glicêmico adequado em 2 semanas (glicemia capilar em jejum < 95 mg/dl ou 2 horas após a refeição < 120 mg/dl) orienta-se iniciar tratamento farmacológico e encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. diagnóstico de diabetes prévio a gestação (sim ou não); Se sim, qual o tipo (DM1 ou DM2)?
3. resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data;
4. Se diabetes gestacional, descrição de controle glicêmico após 2 semanas do tratamento não farmacológico;
5. descrição de tratamento farmacológico (medicamentos e posologia) e não farmacológico para diabetes;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 3 – Anemias em Gestantes

Não há indicação de referenciar ao serviço especializado gestantes com traço falciforme.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica; ou
- doença falciforme com crise álgica ou outros sinais de gravidade; ou
- presença de citopenias concomitantes com critérios de gravidade ([quadro 3](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias; ou
- hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; ou
- hemoglobina \geq 8 g/dl e < 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias, se anemia ferropriva); ou
- hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias (sim ou não). Se sim, qual;
3. resultado de eletroforese de hemoglobina (se realizado), com data;
4. resultado de hemograma, com data;
5. tratamento realizado para anemia, com medicamento, posologia e duração;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 4 – Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes

A triagem universal de gestantes assintomáticas para doenças da tireoide não é recomendada. O TSH deve ser solicitado para pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico prévio de disfunção tireoidiana. Os valores de referência para o TSH na gestação estão disponíveis no [quadro 4](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou
- paciente com hipotireoidismo primário usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina sem controle adequado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia e Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- diagnóstico de hipertireoidismo franco ou hipertireoidismo subclínico, afastada tireotoxicose gestacional transitória¹ (diagnóstico diferencial no [quadro 5](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. diagnóstico de doença tireoide prévia à gestação (sim/não);
3. resultado de TSH, com data;
4. resultado de T4-livre ou T4 total, com data;
5. tratamento em uso para a condição (medicamentos com posologia);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Não há necessidade de encaminhamento gestantes com TSH suprimido associado a medidas de T4 total ou T3 total até 1,5 vezes o limite superior do valor normal para não-gestantes e TRAB negativo. Quando TRAB não disponível na APS, encaminhar para diagnóstico diferencial entre tireotoxicose gestacional transitória e hipertireoidismo subclínico.



Protocolo 5 – Gestação com abortamento recorrente ou risco de prematuridade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

- sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular);
- suspeita de trabalho de parto pré-termo (contrações regulares e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- História de abortamento recorrente:
 - perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações, documentadas por ecografia ou exame histopatológico;
- Suspeita atual ou história prévia de incompetência istmo-cervical:
 - perda espontânea de uma ou mais gestações no segundo trimestre ou nascimento espontâneo de pré-termo extremo (abaixo de 28 semanas); ou
 - suspeita atual de incompetência istmo-cervical na gestante assintomática (comprimento cervical determinado por ecografia transvaginal inferior a 2,5 cm, antes de 24 semanas, em mulher com história de parto prematuro prévio);
- Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo ([quadro 6](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. número de abortos anteriores e idade gestacional em cada;
3. outras comorbidades que aumentam risco de abortamento (sim ou não). Se sim, qual?
4. história de tromboembolismo venoso profundo prévio ou trombose arterial (sim ou não);
5. história ou suspeita de incompetência istmo-cervical (sim ou não). Se sim, descreva;
6. descrever/anexar resultado de ecografia transvaginal, se realizada, com data;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado, para avaliar início de progestágeno em gestante com história prévia ou suspeita atual de incompetência istmo-cervical ou início de tratamento profilático em gestante com história prévia de tromboembolismo venoso.



Protocolo 6 – Hepatite B e C em Gestantes

Gestantes com hepatite B devem ter prioridade no encaminhamento, em razão da possibilidade de profilaxia para prevenção da transmissão vertical:

- Profilaxia medicamentosa durante gestação: a profilaxia com tenofovir é indicada a partir da 28ª semana de idade gestacional em gestantes com HBeAg positivo ou carga viral acima de 200.000 UI/mL, e considerada se ALT >2x o limite superior do normal.

- Profilaxia com imunoglobulina e vacina no RN ao nascimento: indicada em todos os nascidos de mães portadoras de hepatite B, devem ser iniciadas até 12h após o nascimento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Infectologia (preferencialmente) ou Gastroenterologia (Hepatites virais):

- gestante com hepatite B diagnosticada por positividade de HBsAg ou teste rápido para hepatite B; ou
- gestante com hepatite C confirmada por carga viral do vírus C.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. hepatite B: resultado de HBsAg (ou teste rápido¹), com data; HBeAg² e Carga Viral do HBV², com data;
3. hepatite C: anti-HCV (ou teste rápido¹) e Carga Viral do HCV, com data;
4. resultado de transaminases (TGO/TGP)², com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Os testes rápidos de hepatite B e C podem ser utilizados como método de rastreamento na gestação.

² A ausência ou indisponibilidade dos exames não deve retardar o encaminhamento.



Protocolo 7 – HIV em Gestantes

A TARV poderá ser iniciada na gestante antes mesmo dos resultados dos exames de LT-CD4+, CV-HIV e genotipagem – principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal –, com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível.

Para gestantes infectadas pelo HIV, já em uso de TARV prévia ao diagnóstico da gestação e apresentando CV-HIV indetectável ou abaixo de 50 cópias/mL, recomenda-se manter o mesmo esquema ARV, desde que não contenha dolutegravir (DTG).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE):

- gestante com diagnóstico de HIV/AIDS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- diagnóstico de HIV /AIDS (quando SAE de referência em HIV não trata gestantes).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. tratamento com TARV atual ou prévio (sim ou não). Se sim, citar qual e a data de início da TARV atual.
3. descrever/anexar resultado de exames complementares (carga viral e CD4), com data;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 8 – Toxoplasmose em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; ou
- suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco ou Medicina Fetal):

- suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional ([quadro 7](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. resultado de Toxoplasmose IgG e IgM, com data;
3. resultado de avides ao IgG, se indicado e disponível, com data;
4. resultado de ecografia obstétrica, com data (se realizado);
5. descrição de tratamento atual e já realizado para toxoplasmose (incluindo tempo de uso);
6. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva a causa da imunossupressão;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose devem iniciar tratamento imediato enquanto aguardam consulta com serviço especializado. Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 se necessário suporte.



Protocolo 9 – Condiloma acuminado / Verrugas virais em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²); ou
- condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal) ou verrugas virais (em outras localizações) refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. descrição da lesão (localização, tamanho);
3. tratamento realizado para condiloma/verrugas virais (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e posologia;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

É de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.



Protocolo 10 – Sífilis em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- gestante com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); ou
- gestante com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco ou Medicina Fetal):

- gestante com falha ao tratamento/suspeita de neurosífilis assintomática (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e das parcerias sexuais, com penicilina benzatina); ou
- achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. resultado de teste não-treponêmico (VDRL ou RPR), com data;
3. resultado de teste treponêmico (FTA-Abs ou teste rápido), com data;
4. tratamento realizado para sífilis (medicamento, posologia e datas de aplicação do tratamento - [quadro 8](#));
5. parcerias sexuais adequadamente tratadas (sim ou não). Se sim, qual medicamento, posologia e datas de aplicação do tratamento?
6. resultado de ecografia obstétrica, com data (se realizado);
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 11 – Alterações ecográficas na Gestação

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- polidrâmnio sintomático (dor, dispneia);
- placenta prévia com sangramento;
- oligodrâmnio (para avaliação de bem-estar-fetal);
- crescimento intra-uterino restrito (para avaliação de bem-estar fetal).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

Alterações no líquido amniótico:

- oligodrâmnio (ILA \leq 5 cm ou bolsão $<$ 2 cm), após avaliação em emergência obstétrica; ou
- polidrâmnio (ILA \geq 24 cm ou bolsão \geq 8 cm); ou

Alterações placentárias:

- placenta prévia completa (oclusiva total), independente da idade gestacional; ou
- placenta prévia oclusiva parcial (com implantação baixa) em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; ou
- acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre cicatriz de cesariana prévia); ou
- inserção velamentosa do cordão ou vasa prévia.

Alterações fetais:

- crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), após avaliação em emergência obstétrica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Medicina Fetal):

- evidência ecográfica de fetos com malformações congênitas maiores ([quadro 9](#)) ou sugestivas de prováveis doenças genéticas (microcefalia, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, etc); ou
- ecografia obstétrica realizada entre 11 a 13+6 semanas com translucência nucal acima do percentil 95 para idade gestacional conforme o comprimento cabeça-nádega ([quadro 10](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. resultado de ecografia obstétrica, com data;
3. presença de comorbidades maternas (sim ou não). Se sim, qual?
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 12 – Isoimunização Rh

Se gestante for Rh negativa, deve-se pedir o teste de Coombs indireto na primeira consulta ou assim que possível, a fim de identificar sensibilização prévia. Se for negativo, deve-se repeti-lo mensalmente a partir das 24 semanas de gestação. Todas as mulheres Rh negativas devem fazer o teste de Coombs indireto, independente da tipagem sanguínea e fator Rh do parceiro.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- isoimunização Rh com feto apresentando achados ecográficos de anemia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior; ou
- gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título; ou
- gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia), após avaliação em emergência obstétrica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. resultado de tipagem sanguínea e fator Rh;
3. resultado de coombs indireto, com data;
4. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 13 – Condições clínicas de risco à gestação atual

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

Condições fetais

- gemelaridade; ou
- suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível.

Condições maternas²

- infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; ou
- pneumopatias graves; ou
- nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite); ou
- doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática); ou
- doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular encefálico prévio, paraplegia/tetraplegia); ou
- doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras colagenoses); ou
- anormalidades uterinas congênitas (útero bicorno, septado, didelfo, etc.) e adquiridas (grandes miomas de segmento anterior; miomas de localização retroplacentária; miomas volumosos ou múltiplos, que causem distorção da cavidade uterina; miomectomia prévia ou mioma com história de perdas gestacionais, conização prévia).
- deformidade esquelética materna grave; ou
- desnutrição ou obesidade mórbida; ou
- cirurgia bariátrica prévia até 1 ano antes da gestação ou histórico de cirurgia bariátrica com deficiência nutricional atual; ou
- diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); ou
- suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau); ou
- tromboembolismo venoso prévio¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria:

- doenças psiquiátricas graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. condição clínica fetal de risco (sim ou não). Se sim, qual condição e descreva altura uterina;
3. condição clínica materna de risco (sim ou não). Se sim, qual condição e exames realizados (quando necessário);
4. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) devem iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde. Entrar em contato com TelessaúdeRS pelo canal 08006446543 para suporte clínico.

² Condições maternas com indicação de encaminhamento à especialidade focal em outros protocolos devem seguir acompanhamento em Pré-Natal de Alto Risco e com especialista focal.



Protocolo 14 – Condições clínicas de risco em gestação prévia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

Condições fetais

- história de óbito fetal no 3º trimestre.
- história prévia de conceptos com malformações congênitas maiores ([quadro 9](#)); ou doenças raras (como cromossomopatias, erro inato de metabolismo, entre outras).

Condições maternas

- mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, entre outros); ou
- acretismo placentário em gestação anterior; ou
- história de parto prematuro com menos de 34 semanas; ou
- cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. condição clínica materna ou fetal de risco em gestação prévia (sim ou não). Se sim, descreva a condição;
3. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 15 – Trombocitopenia na gestação

Trombocitopenia gestacional é a causa mais comum de plaquetopenia durante a gestação, aparece principalmente no terceiro trimestre, é assintomática e a contagem de plaquetas geralmente é acima de 100 mil. Trombocitopenia gestacional não aumenta o risco de desfechos desfavoráveis para mãe ou feto, nem o risco de sangramento durante o parto.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- qualquer manifestação hemorrágica; ou
- trombocitopenia assintomática e valor de plaquetas inferior a 30 mil/mm³; ou
- citopenias com critérios de gravidade ([quadro 3](#)); ou
- trombocitopenia associada a:
 - aumento da pressão arterial (PA sistólica \geq 140 mmHg ou PA diastólica \geq 90 mmHg); ou
 - presença de anemia hemolítica; ou
 - elevação de transaminases ou provas de função hepática; ou
 - perda de função renal (elevação de creatinina prévia, proteinúria)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- trombocitopenia com contagem plaquetária <100.000 céls/mm³, em qualquer trimestre da gestação - suspeita de outras causas que não trombocitopenia gestacional (avaliação inicial no [quadro 11](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. resultado de hemograma e plaquetas, com data.
3. sinais e sintomas;
5. medicamentos de uso contínuo;
6. história pessoal ou familiar de sangramento excessivo, púrpura trombocitopênica imune ou outra doença auto-imune;
7. história de doença hepática;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Referências

- ALEXANDER, E. K. et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum. **Thyroid, New York**, v. 27, n. 3, p. 315-389, 2016.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin n° 142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 123, p. 372-9, 2014. doi: 10.1097/01.AOG.0000443276.68274.cc.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin n° 202: Gestational hypertension and preeclampsia. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 133, n. 1, p. e1-e25, 2019. doi: 10.1097/AOG.0000000000003018.
- AUGUST, P.; SIBAI, B. M. **Preeclampsia**: clinical features and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 02 maio 2019.
- BACINO, C. A. **Birth defects**: Approach to evaluation [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/birth-defects-approach-to-evaluation>. Acesso em: 02 maio 2019.
- BAUER, K. A. **Use of anticoagulants during pregnancy and postpartum** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/use-of-anticoagulants-during-pregnancy-and-postpartum>. Acesso em: 02 maio 2019.
- BERGHELLA, V. **Cervical insufficiency**. Waltham (MA): UpToDate, 2019 [Internet]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-insufficiency>. Acesso em: 02 maio 2019.
- BERGHELLA, V. **Second trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/second-trimester-evaluation-of-cervical-length-for-prediction-of-spontaneous-preterm-birth>. Acesso em: 02 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 02 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 27-28, 59-60, 76-77.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. p.248.
- CINES, D. B.; LEVINE, L. D. Thrombocytopenia in pregnancy. **Blood.**, New York, v. 130, n. 21, p. 2271-2277, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5701522/>. Acesso em: 02 maio 2019.
- COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS - OBSTETRICS, AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin n° 130: Prediction and prevention of preterm birth. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 120, n. 4, p. 964-973, 2012.
- CRUZ, H. M. et al. Evaluating HBsAg rapid test performance for different biological samples from low and high infection rate settings & populations. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 15, p. 548, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4665901/>. Acesso em: 02 maio 2019.



CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 25. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2018.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED PLUS. **Record nº 116522, Hypertensive disorders of pregnancy** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2018. Disponível mediante login e senha em:

<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116522/Hypertensive-disorders-of-pregnancy>. Acesso em: 02 maio 2019.

DYNAMED PLUS. **Record nº T900646, Prevention of preterm labor and preterm birth** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2013 [atualizado em nov. 2018]. Disponível mediante login e senha em:

<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T900646/Prevention-of-preterm-labor-and-preterm-birth>. Acesso em: 02 maio 2019.

GEORGE, J. N.; MCINTOSH, J. J. **Thrombocytopenia in pregnancy** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate,

2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/thrombocytopenia-in-pregnancy>. Acesso em: 02 maio 2019.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2.

LOCKWOOD, C. J. **Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment** [Internet].

Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment>. Acesso em: 02 maio 2019.

MALHOTRA, A.; WEINBERGER, S. E. **Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: prevention** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/deep-vein-thrombosis-and-pulmonary-embolism-in-pregnancy-prevention?source=related_link. Acesso em: 02 maio 2019.

MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A.; Passos, E. P. (Org.). **Rotinas em Obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MELO, N. R.; FONSECA, E. **Medicina Fetal**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MONTOYA, J. G.; REMINGTON, J. S. Management of Toxoplasma gondii infection during pregnancy. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 47, n. 4, p. 554-566, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman**. London: NICE, 2008. (NICE Clinical Guideline 62). Disponível em:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/evidence-tables-from-the-2003-version-pdf-196748322>. Acesso em: 02 maio 2019.

NORWITZ, E. R. **Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm birth** [Internet].

Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-of-spontaneous-preterm-birth>. Acesso em: 02 maio 2019.

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO, R. M.; VENCIO, S. (Org.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017. p. 91.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES.

Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília: OPAS, 2017. Disponível

em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.



OUYANG, D. W. **Fertility and pregnancy after bariatric surgery** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/fertility-and-pregnancy-after-bariatric-surgery>. Acesso em: 02 maio 2019.

RESNIK, R.; SILVER, R. M. **Clinical features and diagnosis of placenta accreta spectrum (placenta accreta, increta, and percreta)** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-placenta-accreta-spectrum-placenta-accreta-increta-and-percreta>. Acesso em: 02 maio 2019.

SUCUPIRA, A. C. S. L. et al. **Pediatria em consultório**. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 2010.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **TeleCondutas: diabetes e gestação**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_diabetes_gestacao_1.3.pdf. Acesso em: 02 maio 2019.

VIEIRA, T; GIUGLIANI, R. (Org.). **Manual de genética médica para atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2013.



Anexos

Quadro 1 – Diagnóstico de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia

Pré-eclâmpsia

Hipertensão arterial (PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg*) detectada em duas ocasiões com pelo menos 4h de intervalo, após a 20ª semana gestacional em uma mulher sem hipertensão prévia e início de qualquer uma das seguintes situações:

- proteinúria (relação proteinúria/creatininúria \geq 0,3 mg/dL; 300 mg ou mais em urina de 24h ou fita reagente \geq 2+); ou
- plaquetopenia ($<$ 100.000 céls/mm³); ou
- creatinina sérica $>$ 1,1 mg/dL ou o dobro da creatinina basal, na ausência de outras doenças renais; ou
- transaminases elevadas $>$ 2x o valor superior da normalidade; ou
- edema pulmonar; ou
- sintomas cerebrais ou visuais (cefaleia persistente ou grave, visão turva, escotomas, fotofobia, cegueira, confusão mental); ou
- dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos.

Pré-eclâmpsia com hipertensão crônica

Em gestantes com hipertensão preexistente, os critérios para pré-eclâmpsia sobreposta são qualquer uma das seguintes situações, após 20 semanas de gestação:

- novo início de proteinúria, ou
- disfunção significativa de órgãos-alvo.

Naquelas que apresentam proteinúria antes ou no início da gravidez, a pré-eclâmpsia sobreposta é definida por piora ou resistência da hipertensão (especialmente aguda) na última metade da gestação ou desenvolvimento de sinais e sintomas de gravidade da doença.

Eclâmpsia

Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia.

* se PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, adaptado de ACOG (2019).



Quadro 2 – Definições de hiperglicemia na gestação

Diabetes Mellitus (DM) na gestação:

- DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado **antes** do período gestacional; **ou**
- Diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros*:
 - Glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL;
 - Glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL;
 - Hemoglobina glicada maior ou igual 6,5%;
 - Glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso).

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):

Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que **não atingem critérios para diagnóstico de DM**.

- Critérios diagnóstico para DMG, conforme os seguintes parâmetros*:
 - glicemia em jejum realizada no primeiro trimestre com valor maior ou igual a 92 mg/dL e menor ou igual a 125 mg/dL*; **ou**
 - glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 g de glicose (realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dL) com pelo menos um dos seguintes resultados:
 - glicemia em jejum maior ou igual a 92 mg/dL e menor ou igual a 125 mg/dL; **e/ou**
 - glicemia após 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; **e/ou**
 - glicemia após 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL e menor ou igual a 199 mg/dL.

*Confirmar com a paciente se foi realizado jejum adequado de 8h (incluindo líquidos, chá, balas, etc.)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Rastreamento e Diagnóstico do Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil (publicação conjunta Febrasgo, SBD, OPAS, OMS 2017).

Quadro 3 – Citopenias com critérios de gravidade

- citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); **ou**
- citopenias em pessoas com linfonodomegalia/esplnomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; **ou**
- presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; **ou**
- paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/μL); **ou**
- bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:
 - hemoglobina < 7 g/dl; **e/ou**
 - neutrófilos < 500 céls/μl; **e/ou**
 - plaquetas < 50 mil céls/mm³.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2016).

Quadro 4 – Valores de referência do TSH na gestação (na ausência de valores normais estabelecidos pelo laboratório)

- 1º trimestre: 0,1 a 4,0 mU/L
- 2º trimestre: 0,5 a 4,5 mU/L
- 3º trimestre: 0,5 a 4,5 mU/L

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019) adaptado de American Thyroid Association (2017) e Ross (2019).



Quadro 5 – Diagnóstico diferencial entre tireotoxicose gestacional transitória e hipertireoidismo na gestação

Tireotoxicose gestacional transitória	Hipertireoidismo (mais comum a Doença de Graves)
<ul style="list-style-type: none">- TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L) associado a elevação de T4 ou T3 total até 1,5 vezes o valor superior de referência em não-gestantes (aumento fisiológico de globulina ligadora da tiroxina e de T4 total na gestação).- ausência de marcadores autoimunes (TRAb).- Costuma estar associado a hiperêmese gravídica, gestações múltiplas e doença trofoblástica gestacional (situações com HCG muito elevado)- Características clínicas de Graves geralmente ausentes.	<ul style="list-style-type: none">- TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L) associado a elevação de T4 ou T3 total acima de 1,5 vezes o valor superior de referência em não-gestantes.- Marcadores autoimunes (TRAb) positivos em 95% dos casos.- Características clínicas de Graves presentes: oftalmopatia, bócio (com ou sem sopro), alterações ungueais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019).

Quadro 6 – Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (pelo menos um dos critérios clínicos)

<p>Trombose vascular:</p> <ul style="list-style-type: none">- um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial. <p>Morbidade obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none">- uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfologicamente normais a partir da 10ª semana de gestação.- um ou mais nascimentos prematuros ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave.- três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Martins-Costa (2017).



Quadro 7 – Sorologia: situação e interpretação (considerar sorologias prévias para auxiliar na interpretação diagnóstica, início de tratamento e indicação de encaminhamento)

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO / CONDUTA	
	IgG	IgM		
Primeira sorologia	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	Não é necessário repetir sorologia. Manter pré-natal na APS.
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Orientar medidas de prevenção. Repetir sorologia no próximo trimestre. Manter pré-natal na APS.
	Positiva	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação	Solicitar teste de Avidéz ao IgG. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo	Repita sorologias em 03 semanas. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco Notificar.
Amostras subsequentes na gestante inicialmente suscetível (com IgG - / IgM -)	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Infecção durante a gestação.	Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repita sorologias em 03 semanas. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019).

Quadro 8 – Tratamento da sífilis na gestação

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis primária, secundária ou latente recente (menos de 2 anos de evolução)	Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM (dose única).
Sífilis terciária ou latente tardia (mais de 2 anos de evolução ou com duração ignorada)	Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI, IM (3 doses de 2,4 milhões, com intervalo de 7 dias entre cada dose).
Neurosífilis	Penicilina Cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019) adaptado de PCDT-Prevenção da Transmissão Vertical De HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2019).



Quadro 9 – Anomalias congênitas maiores e menores

Anomalias maiores: anomalias estruturais, com consequências médicas e sociais, sendo mais comuns em fetos abortados do que em nativos (1%).

- Anencefalia
- Holoprosencefalia
- Meningocele com ou sem hidrocefalia
- Fendas palatinas (com ou sem lábio leporino)
- Hérnia diafragmática
- Cardiopatia congênita
- Agenesia renal unilateral
- Estenose de piloro
- Malformação de membros superiores ou inferiores.

Anomalias menores: Anomalia estrutural relativamente frequente, sem consequências médicas e sociais. A incidência é de cerca de 15% nos nascidos vivos.

- Crânio: Forames parietais, bossa frontal ou parietal, proeminência da fronte, fronte alta ou curta, fronte inclinada.
- Região periocular: ptose palpebral, entrópio, estenose ou atresia do ducto lacrimal.
- Olhos: pequenos colobomas de íris, heterocromia iridum, manchas de Brushfield, pterígio.
- Nariz: columela curta, nariz bulboso, hipoplasia das asas do nariz, ponte nasal ampla.
- Cavidade oral: palato gótico, fossetas palatinas, torus palatinus, hipodontia, hipoplasia ou ausência dos incisivos maxilares laterais, dentes palatinos supranumerários, dentes em pá, dentes incisivos entalhados, dentes de Hutchinson, Molares de Mulberry, dente incisivo bigeminado.
- Pescoço: arcos branquiais remanescentes.
- Abdome: Hérnia ventral, artéria umbilical única, posição umbilical não usual.
- Mãos: clinodactilia, dedos cônicos, dedo acessório, quarto metacarpal curto, sindactilia cutânea.
- Pés: hálux distal largo, quarto metatarsal curto, dedos em martelo, sindactilia de artelhos.
- Genitália feminina: adesões entre os pequenos lábios, clitoromegalia.
- Genitália masculina: hidrocele, hipospádia, criptorquidia.
- Ânus e períneo: apêndices anais, estenose anal, imperfuração anal.
- Pele: nevos benignos pigmentados, manchas mongólicas, manchas café com leite.
- Nevos benignos hamartomatosos: nevos epidérmicos, angiofibromas.
- Nevos vasculares: manchas róseas, manchas vinho do porto, telangiectasias, hemangiomas capilares, hemangiomas cavernosos.
- Pele e anexos: implantação baixa de cabelos na nuca, placas de alopecia congênita, mamas extranumerárias, apêndices cutâneos, unhas hiperconvexas.
- Outras anomalias: mamilos supranumerários, fossetas cutâneas normais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Vieira e Giugliani (2013) e Sucupira (2010)



Quadro 10 – Percentil 95 para translucência nucal (TN) conforme comprimento cabeça-nádega (CCN)

Comprimento cabeça nádega - CCN (mm)	Translucência nucal - TN (mm) Percentil 95
45 a 52	2,10
53 a 57	2,20
58 a 62	2,30
63 a 65	2,40
66 a 74	2,50
75 a 83	2,60
84	2,70

Fonte: Melo e Fonseca. Medicina Fetal (2012).

Quadro 11 - Investigação laboratorial inicial de trombocitopenia na gestação

<ul style="list-style-type: none">- Hemograma com plaquetas- Análise do esfregaço do sangue periférico- Reticulócitos- Coombs direto- TGO/ TGP, albumina, TP/ KTTTP- Anti-HCV, anti-HIV, HbsAg- Creatinina, proteinúria em amostra- Conforme suspeita clínica: FAN, TSH, vitamina B12 e ácido fólico

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019) adaptado de Martins-Costa (2017).