

Comunicações Livres – Obstetrícia

CL – (22561) – EARLY AND LATE-ONSET PREECLAMPSIA: TWO FACES OF THE SAME COIN?

Carolina Veiga E Moura¹; Tiago Meneses Alves¹; Inês Castro¹; Inês Gil Dos Santos¹; António Braga¹; Jorge Braga¹

1. Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

Introdução: Preeclampsia has been suggested to enclose two or more different physiopathological entities, with different courses and severities.

Objetivos: Nevertheless, a consensus hasn't been reached, requiring further evidence.

Metodologia: This is a case-control study of women with preeclampsia admitted in our materno-fetal unit between 2020 and 2022. Groups A and B consisted of women with delivery due to preeclampsia under 34 weeks (n=24) or at and after 34 weeks (n=117), respectively.

Resultados e Conclusões: Mean gestational age at admission was 29 ± 2 weeks and 36 ± 2 weeks for groups A and B, respectively. Preeclampsia risk factors were present in 41.7% and 37.6% in groups A and B, respectively ($p=0.709$). sFlt-1/PIGF ratio at admission was low (<38) in 5.6% and 30.2% of the cases in groups A and B, respectively ($p=0.033$). Regarding proteinuria, no significant differences were found between groups regarding protein/creatinine ratio ($p=0.258$), but average 24h proteinuria was significantly higher in group A ($p<0.001$). End-organ dysfunction was present in 70.8% and 32.5% of the cases in groups A and B, respectively ($p<0.001$). Fetal growth restriction was present at delivery in 45.5% in group A and 11.2% in the group B ($p<0.001$). Regardless of the growth restriction, Doppler abnormalities were present in 60.9% and 10.3% of the cases in groups A and B, respectively ($p<0.001$).

Maternal morbidity occurred in 20.8% of the cases in group A and only 2.6% in group B ($p<0.001$). Neonatal morbidity was present in 87.5% and 6.8% of the cases in groups A and B, respectively ($p<0.001$). Neonatal deaths occurred in 12.5% of the cases in group A, none were registered in group B ($p<0.001$).

Our sample corroborates the possibility of two different preeclampsia entities. Despite more infrequent, when requiring delivery before 34 weeks, preeclampsia carries out heavier physiopathological changes and

materno-fetal morbimortality.

Palavras-chave: early and late onset, preeclampsia, obstetric outcomes, morbimortality.

CL – (22808) – GRÁVIDAS TRANSPLANTADAS RENAI: A FUNÇÃO DO ALOENXERTO RENAL ANTES DA GRAVIDEZ COMO PREDITOR DE DESFECHOS MATERNS E FETAIS

Joana Oliveira^{1,2}; Filipe Mira³; Filipa Sousa¹; Dora Antunes⁴; Ana Carolina Figueiredo³; Andreia Borges³; Maria São Jose Pais⁵; Ana Galvão³; Rui Alves³; Paulo Moura^{2,5}

1. Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

2. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Centro Académico Clínico de Coimbra

3. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Centro Académico Clínico de Coimbra 3 Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

4. Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) 2 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Centro Académico Clínico de Coimbra

5. Serviço de Obstetrícia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Introdução: A abordagem multidisciplinar da grávida transplantada renal é crucial para identificar precocemente fatores de risco que possam afetar negativamente a gravidez, possibilitando uma adequada estratificação do risco da gestação, sendo essencial, não só pelo risco aumentado de complicações maternas e fetais, mas também pela própria disfunção do enxerto renal.

É fundamental identificar marcadores que possam prever desfechos desfavoráveis maternos, fetais e do enxerto permitindo assim um acompanhamento mais individualizada da grávida.

Objetivos: Identificar potenciais marcadores clínicos e analíticos (tais como tempo após transplante, idade materna, creatinina sérica, Taxa Filtração Glomerular (TFG) e proteinúria antes da gravidez) que se correlacionem com resultados desfavoráveis do enxerto, complicações maternas e fetais.

Metodologia: Um total de 41 gestações em grávidas transplantadas renais seguidas no Serviço de Obstetrícia A do CHUC nos últimos 30 anos foram incluídas.

Dados demográficos, analíticos (sangue e urina) avaliados previamente à gravidez foram recolhidos. Foram avaliados resultados relativos à função do enxerto e desfechos materno e fetal.

Resultados e Conclusões: Houve 41 gestações entre 34 pacientes. Idade gestacional no momento do parto foi em média de 35 ± 3 semanas. Cinco gestações terminaram em aborto precoce (12,2%). Quatro grávidas sofreram rejeição aguda do enxerto (9,8%) e 12 (29,3%) tiveram um transtorno hipertensivo grave (pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou HELLP síndrome). A cesariana foi a via de parto em 69,4% das gestações.

Conclusões: A função do enxerto antes da gravidez mostrou correlação significativa com os desfechos adversos. Proteinúria >669 mg/g, creatinina sérica $>1,75$ mg/dL e taxa de filtração glomerular $<36,2$ mL/min/1,73 m² antes da gravidez foram correlacionados com disfunção do enxerto durante a gravidez. Valores semelhantes de proteinúria foram também associada a um maior risco de distúrbios hipertensivos maternos. Assim o acompanhamento deve ser mais rigoroso para detetar rapidamente complicações.

CL – (22815) – FÓRCEPS – UMA BOA OPÇÃO?

Ana Margarida Mourato¹; Vera Ribeiro¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Introdução: O parto instrumentado, com aplicação de fórceps, com intuito de auxiliar a extração fetal e/ou abreviar o período expulsivo por indicações maternas, fetais e/ou inerentes ao parto, é considerada uma opção segura. No entanto, não é inerte de complicações, sobretudo quando existem fatores de risco para estas.

Objetivos: Caracterização de fatores maternos, fetais e/ou relacionados com o trabalho de parto, associados ao parto distócico com fórceps e avaliação das consequências materno-fetais.

Metodologia: Análise dos processos clínicos das uterinas com parto vaginal distócico, auxiliado por fórceps, de janeiro/2022 a agosto/2023, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro, tendo-se obtido 78 casos, de 3699 partos.

Resultados e Conclusões: A maioria era nulípara, verificando-se parto vaginal e cesariana anteriores em 15% e 4%, respetivamente. O principal motivo de aplicação de fórceps foi paragem de progressão da apresentação em 79,5%, seguida de exaustão materna em 9% e estado fetal não tranquilizador em 11,5%. A variedade era anterior em 85%. Não foi realizada episiotomia em 11%, dos quais 78% apresentaram laceração vaginal (57%

grau 1, 29% grau 2, 14% grau 3). No total, ocorreu laceração grau 1 em 19%, grau 2 em 14% e grau 3 em 8%. Estavam sob epidural 97%. Relativamente aos recém-nascidos: peso mínimo 2275g, máximo 4145g, média 3324g. Não se verificaram complicações neonatais. No pós-parto precoce: anemia com necessidade de tratamento endovenoso em 19%; dor pélvica com recurso à urgência em 6,4%; deiscência de episiorrafia em 1,3%. Foi realizada consulta de uroginecologia em apenas 2,6%. Não se objetivaram complicações a longo prazo.

Conclusões: O parto distócico com fórceps é seguro quando realizado por médico experiente ou devidamente acompanhado. Apesar de pouco utilizado no nosso Hospital, verificaram-se poucas complicações associadas. Assim, deve ser considerado quando reunidas condições para parto vaginal, pois, apesar de associado a possíveis complicações, sobretudo perineais, estas podem ser preveníveis e/ou minimizadas.

Palavras-chave: Fóceps; Parto vaginal distócico; Complicações.

CL – (22846) – EPISIOTOMIA VS LACERAÇÃO PERINEAL: O PONTO DE VISTA DA PUÉRPERA

Ariana Bárbara¹; Lília Frada¹; Elisa Rosin¹; Lutero Jung¹; Fernando Fernandes¹

1. Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E

Introdução: O parto vaginal associa-se a dor perineal, dificultando atividades diárias e diminuindo a experiência global do parto. A dor associa-se ao nível de trauma perineal, ocorrendo tanto após episiotomias como lacerações, com maior incidência descrita com episiotomia.

Objetivos: Classificação e comparação da dor e experiência do parto e puerpério imediato nas mulheres com parto vaginal com episiotomia ou laceração espontânea de grau II.

Metodologia: Estudo descritivo de puérperas com parto vaginal e episiotomia ou laceração espontânea de grau II. As variáveis foram obtidas a partir de um questionário composto por dados sociodemográficos, obstétricos e escala para medição da satisfação do parto.

Resultados e Conclusões: Amostra de 49 mulheres: 27 (55,1%) com episiotomia e 22 (44,9%) com laceração grau II.

A mediana da idade foi 31 anos, sendo a maioria não casada (n=39; 79,6%) e nulípara (n=33; 67,3%). 16,3% (n=8) das gravidezes eram de alto risco.

A maioria, 79,6% (n=39), teve parto eutócico, 16,3% (n=8) parto por ventosa e 4,1% (n=2) por fórceps. Um

terço dos partos foi induzido, 20,4% (n=10), e a mediana da idade gestacional no parto foi de 39 semanas.

Relativamente à classificação da dor, foi classificada ≤ 5 (de 0 a 10) a dor perineal por 59,2%, dor na micção por 85,7% e dor ao andar por 77,6%.

A maioria sentia-se capaz de prestar cuidados ao recém-nascido, considerou que o parto correspondeu às expectativas e estava globalmente satisfeita.

Comparando os grupos, houve diferença significativa (para $p < 0,05$) na dor ao andar ($p 0,032$) e na satisfação global ($p 0,019$), com melhor classificação no grupo da laceração de grau II.

A maioria das puérperas reportou dor nos vários parâmetros avaliados, apesar de a classificar de baixa intensidade. Os parâmetros com diferença significativa entre os dois grupos foram a dor ao andar e a satisfação global, favorecendo os casos de laceração de grau II.

Palavras-chave: Episiotomia, Laceração perineal, puérpera, parto vaginal.

CL – (22849) – MATURAÇÃO CERVICAL – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Rita Vicente Costa¹; Marta Reis Santos²; Ana Rita Magalhães²; Rita Nunes²; Rita Silva²; Andreia Fonseca²; Mónica Centeno²; Inês Martins²

1. Hospital Distrital de Santarém

2. Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A indução do trabalho de parto (ITP) antecedeu 33,9% dos partos em 2022 em Portugal. A maturação cervical integra o processo, nomeadamente quando o índice de Bishop é desfavorável, potenciando o sucesso da ITP. O método selecionado depende da situação clínica e protocolo institucional.

Objetivos: Descrever a experiência de um centro terciário com os diferentes métodos de maturação cervical.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo num centro terciário, abrangendo amostra de grávidas submetidas a maturação cervical em 2022. Os métodos utilizados foram mecânicos (sonda de Foley, SF) ou farmacológicos – dispositivo vaginal de dinoprostona 10mg ou misoprostol em cápsulas vaginais de 25mcg. Misoprostol não administrado se cesariana anterior.

Desfechos avaliados: necessidade de métodos de maturação adicionais, tempo até ao parto e taxa de cesariana.

Resultados e Conclusões: Incluídas 517 grávidas: 39% (n=202) iniciou maturação com SF, 47% (n=241) com dinoprostona e 14% (n=74) com misoprostol.

Foi necessário pelo menos 1 método de maturação cervical adicional em 86% das grávidas que iniciaram por SF e em 32% das que começaram com dinoprostona.

O tempo médio até ao parto foi 54, 28 e 16 horas nos casos em que a maturação se iniciou com SF, dinoprostona e misoprostol, respetivamente.

A taxa de cesariana foi superior no grupo que iniciou maturação com sonda de Foley (33%; n=67) vs 17% (n=42) se dinoprostona e 20% (n=15) se misoprostol ($p < 0,001$).

Este trabalho não pretende comparar os métodos de maturação cervical, diferindo o contexto clínico das grávidas expostas a cada um (motivo para ITP, índice de Bishop, cesariana anterior, etc), que condiciona os resultados obtidos.

A avaliação dos resultados do protocolo institucional permitiu obter informações úteis no aconselhamento das grávidas propostas para maturação cervical – mais de 2/3 conseguirão parto vaginal, podendo o tempo até ao parto ser >48 horas desde o início do processo se considerado necessário iniciar por SF.

Palavras-chave: maturação cervical, sonda de Foley, dinoprostona, misoprostol.

CL – (22878) – RASTREIO DE DOENÇA MENTAL PERINATAL – ESSENCIAL? ESTUDO-PILOTO NO HOSPITAL DE SÃO JOÃO

Salomé Reis¹; Catarina Costa¹; Ana Morais²; Matilde Sousa²; Sandra Henriques²; Diogo Lamela²; Inês Jongenelen²; Raquel Costa²; Tiago Miguel Pinto²

1. Centro Hospitalar e Universitário de São João

2. Lusófona University/HEI-Lab: Digital Human-environment Interaction Labs

Introdução: No período perinatal, as grávidas são especialmente vulneráveis a problemas de saúde mental, particularmente depressão e ansiedade (Chmielewska et al., 2021; Mateus et al., 2022; Mesquita et al., 2023). A ansiedade é a complicação obstétrica mais frequente e NÃO diagnosticada na gravidez (15-20%).

Objetivos: Rastrear doença mental (ansiedade e depressão) na gravidez e puerpério.

Metodologia: Os dados apresentados fazem parte do estudo português INTERSECT e foi aprovado pelos Comités de Ética da Universidade Lusófona e do Hospital de São João. A recolha de dados começou em janeiro de 2023 no Serviço de Obstetrícia Hospital de São João. A amostra é constituída por 284 grávidas (220 recrutadas durante a gravidez e 64 no período pós-parto [1-2 dias pós-parto]), que completaram um ques-

tionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EPDS) e a Escala de Traço de Ansiedade do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-S) no 3º trimestre da gravidez e/ou até as 6-12 semanas pós-parto. Das 220 participantes avaliadas durante a gravidez, 113 completaram também os instrumentos de avaliação aos 2 meses pós-parto.

Resultados e Conclusões: A maioria das participantes recrutadas durante a gravidez tinha entre 20 e 46 anos ($M = 33.13$, $SD = 4.93$), possuem o ensino superior (58%), e são casadas (70%). Analogamente, as participantes recrutadas no período pós-parto tinham entre 20 e 45 anos ($M = 32.77$, $SD = 5.80$), possuem o ensino superior (55%), e são casadas (72%). **Durante a gravidez** 12,3% das mulheres relataram sintomas clinicamente significativos de depressão ($EPDS \geq 13$) e 22,3% sintomas clinicamente significativos de ansiedade ($STAI-S \geq 45$). No **período pós-parto** 11,9% das mulheres relataram sintomas clinicamente significativos de depressão ($EPDS \geq 13$) e 18,2% sintomas clinicamente significativos de ansiedade ($STAI-S \geq 45$). É fundamental haver um investimento global em cuidados personalizados de saúde mental perinatal para mitigar o impacto negativo sobre mulheres, crianças e famílias.

Palavras-chave: Saúde Mental; Rastreamento; Depressão; Ansiedade; Gravidez; Puerpério.

CL – (22885) – COLO CURTO APÓS AS 24 SEMANAS – O QUE ESPERAR?

Inês Tlemçani¹; Inês Martins¹; Sofia Barbosa²; Maria Afonso¹

1. Departamento OB, Gin e MEd Reprodução, Centro Hospital Universitário Lisboa Norte

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O parto pré-termo (PPT) é causa importante de mortalidade e morbidade perinatal e a diminuição do comprimento cervical (CC) é considerado um fator preditivo de PPT. Encontra-se bem estabelecido na literatura possíveis terapêuticas perante o diagnóstico de colo curto até às 24 semanas. Contudo, as implicações clínicas deste diagnóstico depois das 24 semanas continua a ser objecto de estudo.

Objectivos: Avaliar os desfechos obstétricos e neonatais de mulheres com o diagnóstico de colo curto após as 24 semanas e sob terapêutica com progesterona.

Metodologia: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu grávidas com colo curto entre as 24 e 30 semanas de gestação, com gestação unifetal e sem queixas de contratilidade uterina dolorosa, com membranas in-

tactas e dilatação cervical inferior a 3 cm. Os desfechos primários avaliados foram a taxa de PPT antes das 37 semanas. Foi também avaliado o tempo de latência entre o diagnóstico e o parto, a taxa de maturação fetal com corticóides, de PPT antes das 34 semanas, de admissão na UCIN e de mortalidade neonatal. Foi construída uma curva ROC, para avaliar sensibilidade e especificidade do CC do útero no momento do diagnóstico de colo curto em prever a ocorrência de PPT.

Resultados e Conclusões: Das 24 mulheres incluídas na análise, 33% tiveram o parto antes das 37 semanas. Doze grávidas realizaram maturação fetal e apenas 3 (25%) tiveram o parto nos 14 dias seguintes à sua administração. Mulheres com CC abaixo dos 15mm tiveram mais frequente um PPT < 37 semanas (75% vs 25%, $p=0,03$). A análise ROC revelou uma área abaixo da curva (AUC) de 0,785, $p=0,0425$, sendo risco de PPT < 37 semanas maior quando o CC era inferior a 13,10mm.

Ocorreu uma morte neonatal. Este estudo fornece dados importantes para o aconselhamento dos casais aquando do diagnóstico de colo curto depois das 24 semanas

Palavras-chave: Colo Curto.

CL – (22889) – IMPACTO PSICOLÓGICO DAS DOENÇAS DO ESPETRO DO ACRETISMO PLACENTÁRIO (PAS) E O RISCO DE PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PSPT): UM ESTUDO BASEADO NUM QUESTIONÁRIO

Gonçalo Freitas¹; Ana Lúcia Ramos²; Pedro Viana Pinto³; Ana Paula Machado⁴; Henrique Salgado²; Marina Moucho⁴; Miguel Bragança²

1. Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

2. Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

3. Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

4. Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introdução: As doenças do espectro do acretismo placentário (PAS) são uma complicação obstétrica rara, com incidência crescente. A elevada morbimortalidade materna e neonatal associada, justifica a preocupação com o impacto negativo psicológico, e mesmo com o risco de desenvolvimento de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT).

Objectivos: Avaliar o impacto psicológico do diagnós-

tico e intervenção de PAS durante a gravidez e pós-parto e eventual associação com PSPT.

Metodologia: Foi realizado um estudo coorte prospectivo incluindo casos PAS FIGO 2 e 3 tratados no Centro Hospitalar Universitário de São João entre 2010-2023. Foram incluídos apenas casos com confirmação histopatológica após histerectomia periparto. Os dados foram obtidos através dos registos médicos eletrónicos (Sclinico® e Obscare®). Foi aplicado o Impact of Event Scale – Revised (IES-r), um questionário validado, com o intuito de avaliar o impacto psicológico do diagnóstico e tratamento de PAS nestas doentes.

Resultados e Conclusões: Foram identificados 14 casos de PAS. A idade média materna foi 36.8 anos; cerca de 85.7% dos casos apresentavam suspeita antenatal. A idade gestacional média no parto foi 34 semanas. Das 14 mulheres, apenas 11 responderam à solicitação para participar no estudo (7 entrevistadas presencialmente e 4 não presencialmente). Quatro mulheres apresentaram resultados do IES-r compatíveis com elevado risco de PSPT (IES-r >33 pontos), uma apresentou risco intermédio (IES-r entre 24-32 pontos) e 6 enquadraram-se na categoria de risco reduzido. A pontuação média foi 22.4 pontos. A análise dos resultados do IES-r por clusters evidenciou pontuação superior na categoria de intrusão, que diz respeito a pensamentos, imagens e memórias involuntárias, intrusivas e não desejadas.

Perante a elevada morbimortalidade associada às PAS, o risco de PSPT deve ser valorizado, motivando uma abordagem precoce, no sentido da prevenção da instalação de sintomatologia grave e tendencialmente crónica. Deverão ser prontamente implementadas medidas de suporte e acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico, idealmente através de equipas multidisciplinares.

Palavras-chave: Acretismo placentário, Perturbação Stress Pós-Traumático, Histerectomia periparto.

CL – (22893) – SÍNDROME DE TRANSFUÇÃO FETO-FETAL: MORBIMORTALIDADE PERINATAL E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR AOS 2 ANOS – ESTUDO RETROSPECTIVO DOS ÚLTIMOS 20 ANOS

Rui Diogo¹; Daryna Lavriv²; Andreia Lomba¹; Isabel Santos Silva²; Adelaide Taborda¹

1. Departamento de Neonatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2. Departamento de Obstetrícia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O síndrome de transfusão feto-fetal (STFF)

é uma complicação descrita em 10-15% das gravidezes gemelares monocoriónicas biamnióticas (MCBA). Associa-se a uma elevada morbimortalidade perinatal e a défice neurológico grave em 4-13% dos casos.

Objetivos: Avaliar a morbimortalidade neonatal dos recém-nascidos com diagnóstico de STFF. Comparar a morbimortalidade neonatal entre o dador e o recetor e entre o tratamento com laser e a atitude expectante. No subgrupo de crianças nascidas até 2021, avaliar o desenvolvimento psico-motor (DPM) aos 2 anos e comparar os vários grupos.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo das gestações com STFF e recém-nascidos acompanhados numa maternidade terciária entre 2003 e 2023. Foram comparados os seguintes grupos: dador e recetor; laser e atitude expectante no STFF grau 1.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas 46 gestações gemelares com STFF, 14,8% das MCBA. A mediana de IG ao diagnóstico foi 21 semanas (AIQ 19-23,5). Houve predominância dos graus 1 (32%) e 2 (32%). Em 55,6% das gestações houve morte fetal (em 28,3% 2 fetos e em 28,3% 1 feto). A incidência de morte fetal foi 50% na atitude expectante (n=17) e 38% no laser (n=19). A idade gestacional mediana ao nascimento (N=53) foi 32s (AIQ 28-34) e a mediana de peso ao nascimento 1475g (AIQ 960-1940). A incidência de morte neonatal foi 7,5% (n=4); alterações major em ecografia transfontanelar: 17%; cardiopatia: 13,2%; hipotensão: 17%; lesão renal aguda: 9,4%.

Foi avaliado o DPM em 34 crianças, das quais 2 tiveram défice neurológico grave aos 2 anos (6%). Não houve diferença significativa na mortalidade neonatal (p=0,280) e no DPM (p=0,089) entre o dador e o recetor. Para o STFF grau 1, a terapia com laser associou-se de forma significativa a menor incidência de cardiopatia (p=0,041), hipotensão (p=0,041) e insuficiência renal (p=0,041), mas sem diferença significativa na mortalidade neonatal (p=0,104) ou DPM aos 2 anos (p=0,488).

Palavras-chave: Síndrome de Transfusão Feto-Fetal, Morbimortalidade, Desenvolvimento psico-motor, Laser.

CL – (22895) – MATURAÇÃO PULMONAR FETAL EM GRÁVIDAS EM RISCO DE PARTO PRÉ-TERMO – ESTAREMOS A ATINGIR O BENEFÍCIO MÁXIMO?

Marta Dias Da Costa¹; Bárbara Pontes¹; Luísa Cunha Silva¹; Vera Trocado¹; Ana Sofia Cardoso¹; Paula Pinheiro¹

1- Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A corticoterapia para maturação pulmonar fetal e atualmente recomendada a grávidas em risco iminente de Parto Pré-Termo (PPT). Esta tem como benefícios a diminuição do Síndrome de Distress Respiratório Neonatal, da mortalidade perinatal e do risco de hemorragia cerebral intraventricular. Sabe-se que o benefício máximo da corticoterapia ocorre nos 7 dias seguintes à sua administração. No entanto, a evidência atual mostra que frequentemente o parto não ocorre neste período.

Objetivos: Avaliar o número de partos nos 7 dias seguintes à realização de corticoterapia e perceber que fatores poderão contribuir para a otimização do momento de administração.

Metodologia: Estudo retrospectivo e descritivo com recurso a consulta dos processos de grávidas em risco de parto pré-termo espontâneo, submetidas a maturação pulmonar fetal na ULSAM, no período de Junho 2021-Maio de 2023.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas 108 grávidas, internadas com o diagnóstico de ameaça de PPT, pródromos de trabalho de PPT, trabalho de PPT, rotura prematura de membranas pré- termo (RPMPT), colo curto ou insuficiência cervical. A média de idades foi de 30.9 anos (± 5.6) e a prevalência de PPT foi de 45.4% ($n=49$). A mediana de dias corridos entre a data de corticoterapia e a de parto foi de 35.5 dias. Apenas 21.3% ($n=23$) das grávidas tiveram o parto nos 7 dias seguintes a administração de corticoterapia. Foram ainda realizados 18 ciclos de resgate e destas apenas 4 (22%) tiveram o parto nos 7 dias seguintes. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre parto nos 7 dias seguintes e contractilidade registada no cardiocitograma à admissão ($p=0.009$) e RPMPT à admissão ($p<0.001$). A contractilidade sentida pela grávida ($p=0.237$) ou a presença de alterações cervicais ($p=0.99$) na admissão, isoladamente, não mostraram associação significativa a esse desfecho. A corticoterapia não é inocua. É importante otimizar o momento de administração, optando por seguir critérios objetivos e daí obter benefício fetal máximo.

Palavras-chave: Maturação Pulmonar Fetal, Corticóides, Parto Pré-Termo.

CL – (22931) – INFEÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA APÓS CESARIANA – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Marta Reis Santos¹; Rita Nunes¹; Ana Rita Magalhães¹; Rita Silva^{1,2}; Inês Martins^{1,2}; Mónica Centeno^{1,2}; Andreia Fonseca^{1,2}

1. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A infeção da ferida operatória ocorre em 3-15% das cesarianas, embora apenas uma fração motive internamento. Os fatores de risco mais consensuais para esta complicação são: obesidade, diabetes prévia/gestacional, hipertensão arterial, cesariana intraparto, mais que 5 toques vaginais durante o trabalho de parto, febre intraparto, corioamnionite, rotura de membranas prolongada e transfusão de hemoderivados.

Objetivos: Identificar os fatores de risco e fatores protetores da infeção da ferida operatória de cesariana, caracterizar os agentes microbiológicos e descrever a abordagem destes casos num hospital terciário.

Metodologia: Realizou-se um estudo retrospectivo caso-controlo entre janeiro/2020 e março/2023 num serviço de obstetrícia de um hospital terciário. Apenas foi possível incluir casos de infeção da ferida operatória após cesariana diagnosticados durante o internamento ou que motivaram reinternamento. Excluíram-se situações relativas a cesarianas realizadas noutros hospitais. Os controlos foram aleatoriamente selecionados num rácio de 2:1. Foram analisadas características maternas, da gravidez, do trabalho de parto, da cirurgia e do puerpério.

Resultados e Conclusões: Identificaram-se 17 casos num total de 2080 cesarianas realizadas (0,8%), sendo selecionados 34 controlos. Apenas duas variáveis mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em sentidos opostos: a febre intraparto associou-se a um risco acrescido (OR 5.25, $p=0.02$) e a cirurgia abdominal anterior revelou-se um fator protetor (OR 0.60, $p=0.04$).

O diagnóstico desta complicação realizou-se em média 9.5 dias após o parto, e condicionou em média 8.7 dias adicionais de internamento. Três casos necessitaram de reintervenção cirúrgica. Os agentes mais frequentemente isolados foram *Escherichia coli* (29%) e *Klebsiella pneumoniae* (29%), esta última produtora de beta-lactamases de largo espectro num dos casos. A amoxicilina/ácido clavulânico foi a terapêutica empírica mais frequentemente utilizada (53%).

Este estudo corrobora que a febre intraparto pode ser um fator de risco para infeção da ferida operatória de cesariana, e nestes casos devemos estar mais alerta para esta complicação durante o puerpério.

Palavras-chave: Cesariana, Infeção da ferida operatória.

CL – (22955) – DIABETES PRÉ-GESTACIONAL DIAGNOSTICADA NA GRAVIDEZ – TERÁ PIORES DESFECHOS?

Sofia Albuquerque Brás¹; Catarina Palma Dos Reis¹; Ana Isabel Machado¹

1. Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: O diagnóstico de diabetes pré-gestacional na gravidez está associado a maior risco de complicações do que a diabetes gestacional. Porém, há poucos estudos que comparem este grupo com a Diabetes tipo 1 ou 2 diagnosticada antes da gravidez.

Objetivos: Comparar os desfechos obstétricos e perinatais de grávidas com Diabetes pré-gestacional (tipo 1 ou 2) diagnosticada antes ou durante a gravidez.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo que avaliou os casos de mulheres com gravidez simples e Diabetes pré-gestacional vigiados num hospital terciário, entre janeiro/2019 e junho/2023. A amostra foi dividida em dois grupos: G1-“diagnosticadas antes da gravidez” e G2-“diagnosticadas na gravidez”. Foi utilizado STATA v13.0; p significativo <0.05.

Resultados e Conclusões: Foram analisados 109 casos: G1 constituído por 76 mulheres (69.7%) e G2 por 33 (30.3%). A idade média materna foi 32.77 anos no G1 e 31.52 anos no G2. Não houve diferença estatística entre os grupos em termos de controlo glicémico, desfechos obstétricos e perinatais. A maioria das grávidas realizou terapêutica (G1-98.7%; G2-90.9%), mas houve mais utilização de insulina no G1 (G1-79%; G2-45.5%). Quanto a desfechos fetais: não houve casos de morte; o G1 teve maior incidência de hidrânios (18.4% vs 12.1%) e malformações congénitas (26.3% vs 15.2%), em especial cardíacas (11.8% vs 3.0%); a incidência de macrosomia foi semelhante (G1-15.8%; G2-15.2%). A morbidade neonatal foi maior no grupo de Diabetes diagnosticada na gravidez (G1- 42.1%; G2-54.5%). Em subanálise: o G2 teve maior taxa de hiperbilirrubinemia, hipoglicémia, lesões decorrentes do parto, mas menos complicações respiratórias. A taxa de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais foi semelhante (G1-11.8%; G2-12.1%). Este estudo reitera a importância do rastreio de diabetes na gravidez, identificando de forma fiável as diabetes prévias. Apesar da amostra reduzida, a nossa análise sugere que a vigilância destas grávidas deve ser semelhante à das diabéticas previamente diagnosticadas, dado que os desfechos não foram significativamente diferentes.

Palavras-chave: diabetes.

CL – (22971) – DESFECHOS OBSTÉTRICOS E SAÚDE MENTAL PERINATAL: UM ESTUDO CASO-CONTROLO

Maria Leonor Antunes¹; Lília Frada¹; Denise Leite²; Carla Santanita²; Lutero Jung¹; Teresa Reis²

1. Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital do Espírito Santo de Évora, Portugal

2. Serviço de Psiquiatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, Portugal

Introdução: As perturbações mentais no período perinatal afetam 20-35% das mulheres, constituindo a principal complicação médica obstétrica não diagnosticada. No Programa de Saúde Mental Perinatal do Hospital do Espírito Santo de Évora, após uma avaliação preliminar, grávidas com sintomatologia psiquiátrica são encaminhadas para consulta de psiquiatria (CP), onde preenchem um questionário de risco de patologia mental.

Objetivos: (a) Comparar os subgrupos com risco elevado vs. baixo de patologia mental, com base nos questionários aplicados na CP. (b) Comparar os desfechos obstétricos das grávidas seguidas em CP com um grupo de controlo.

Metodologia: Estudo caso-controlo com análise de registos clínicos/questionários preenchidos na primeira CP entre janeiro de 2022 e julho de 2023. Definiu-se como risco elevado para patologia mental uma pontuação na *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS-24) ≥ 43 ou na *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) ≥ 14 .

Como grupo controlo analisaram-se partos de feto único que ocorreram imediatamente após os do grupo em estudo.

Resultados e Conclusões: Foi analisada uma amostra de 71 grávidas, com 29 anos de idade mediana e 21 semanas de idade gestacional mediana.

Dos questionários aplicados em CP, 70,4% das grávidas apresentaram risco de patologia mental no PDSS-24 e 32,7% no EPDS.

Na análise de subgrupos, as grávidas com risco de patologia mental elevado apresentaram maior taxa de antecedentes de trauma psicológico (EPDS $p=0,049$), doença mental (EPDS $p=0,025$) e doença mental perinatal (PDSS-24 $p=0,047$), necessidade de terapêutica (EPDS $p=0,001$) e indicação para manter seguimento (EPDS $p=0,001$). Grávidas com pontuação no EPDS ≥ 12 (depressão possível/provável) tiveram maior taxa de indução de trabalho de parto (ITP) ($p=0,047$).

No estudo caso-controlo, o parto pré-termo e baixo

peso à nascença ocorreram apenas em grávidas não seguidas em CP ($p=0,029$ e $p=0,018$). O tipo de parto, ITP e Índice de Apgar não diferiram significativamente.

Em conclusão, o diagnóstico e intervenção precoces em saúde mental parecem associar-se a melhores desfechos obstétricos.

Palavras-chave: Saúde Mental Perinatal, Depressão na gravidez, Programa de Saúde Mental Perinatal, Desfechos Obstétricos.

CL – (22985) – ELEVAÇÃO DAS ENZIMAS HEPÁTICAS COMO MARCADOR DE DESFECHOS PERINATAIS ADVERSOS EM GRÁVIDAS COM COLESTASE INTRA-HEPÁTICA DA GRAVIDEZ

Helena Dias^{1,2}; Marta Costa^{1,2}; Susana Guimarães^{1,2}; Carla Ramalho^{1,2,3}

1. Centro Hospitalar e Universitário São João
2. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
3. Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S)

Introdução: A colestase intra-hepática da gravidez (CIG) é uma importante causa de terminação precoce da gravidez e morbidade fetal. Apesar da gravidade da CIG ser estratificada de acordo com a concentração sérica de ácidos biliares, é frequente a elevação das enzimas hepáticas.

Objectivos: Determinar se a elevação das transaminases em grávidas com CIG se associa a desfechos perinatais adversos (parto pré-termo, admissão em unidade de cuidados intensivos neonatais, estado fetal não-tranquilizador, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, morte neonatal).

Metodologia: Estudo retrospectivo, entre 01/2014 e 12/2022, num centro terciário. Cinquenta e cinco grávidas com CIG foram divididas em dois grupos de acordo com o valor das transaminases ao diagnóstico: grupo I - inferior a duas vezes o limite superior do normal e grupo II - superior ou igual a duas vezes o limite superior do normal. Os desfechos entre os grupos foram comparados. Realizada análise da curva ROC para avaliar a capacidade preditiva dos níveis de transaminases ao diagnóstico e no pico relativamente aos desfechos perinatais.

Resultados e Conclusões: As características clínicas dos grupos são semelhantes excetuando a idade gestacional (IG) ao diagnóstico e no parto que é menor no grupo II ($p=0,049$ e $p=0,003$). Relativamente aos desfechos perinatais, verificou-se diferença apenas no parto pré-termo, mais frequente no grupo II ($p=0,008$). A

análise da curva ROC revelou que os níveis de alanina aminotransferase (ALT) se associam a resultados perinatais adversos. Mais especificamente, a ALT ao diagnóstico apresentou uma sensibilidade de 63,6% e especificidade de 69,7% para um *cut-off* de 152 IU/L ($AUC=0,685$, $p=0,021$) e, no pico, uma sensibilidade de 72,7% e especificidade de 57,6% para um *cut-off* de 148 IU/L ($AUC=0,663$, $p=0,043$).

O aumento das transaminases associa-se a desfechos perinatais adversos, nomeadamente parto pré-termo. O valor da ALT permite estimar o risco de desfechos perinatais adversos pelo que estas grávidas poderão beneficiar de uma vigilância mais apertada.

Palavras-chave: transaminases, enzimas hepáticas, colestase intra-hepática.

CL – (22993) – SATISFAÇÃO MATERNA APÓS PARTO VAGINAL: 5 ANOS DO ESTUDO PROSPETIVO MOODS

Paulina Barbosa¹; Raquel Rodrigues¹; Maria José Monteiro¹; Cristina Nogueira-Silva^{1,2}

1. Hospital de Braga
2. Escola de Medicina da Universidade do Minho

Introdução: Durante a gravidez a mulher desenvolve expectativas em relação à experiência do parto. Esta é influenciada por múltiplos fatores que a tornarão mais ou menos satisfatória.

Objectivos: Avaliar a satisfação materna após parto vaginal e fatores que a influenciam.

Metodologia: Estudo observacional e prospetivo (MOODS-Maternal-neonatal Outcomes in Operative Vaginal Delivery: Prospective Study), decorrido no Hospital de Braga, de Fevereiro-Maio de 2018, incluindo a totalidade de partos instrumentados(PI) e amostra aleatória de partos eutócicos(PE), razão 2:1. Aplicou-se um questionário após 24 horas, 1 ano e 5anos do parto, para avaliação da satisfação.

Resultados e Conclusões

Resultados: A taxa de resposta foi 78,7%($n=225$), 41,3%($n=118$) e 19,2%($n=55$) às 24horas, 1 e 5anos, respetivamente. A perceção de dor(PD) foi significativamente superior nas grávidas com PI às 24horas(5,25PI vs. 3,85PE, $p<0,001$) e 1ano(6,2PI vs. 4,2PE, $p<0,001$). O mesmo já não se verificou aos 5anos, onde o tipo de parto não influenciou a PD(5,4PI vs. 5,6PE, $p=0,833$), salientando-se o aumento da PD daquelas com PE. Observa-se uma tendência crescente para a insatisfação com o PI(10,3%, 31,6% e 48,7% às 24horas, 1e 5anos, respetivamente). A insatisfação

associa-se significativamente ao PI às 24 horas ($p=0,03$) e 1 ano ($p=0,27$). Aos 5 anos tal não se verifica ($p=0,105$) por aumento progressivo da % de mulheres insatisfeitas após PE (0%, 12,8% e 25% às 24 horas, 1 e 5 anos respetivamente). Verifica-se, de forma estatisticamente significativa, que mulheres insatisfeitas (vs. satisfeitas) referem uma PD mais elevada às 24 horas (6,63 vs. 5,16, $p=0,021$) e 1 ano (6,63 vs. 5,16, $p=0,006$). Aos 5 anos, a PD é superior nas insatisfeitas, mas essa diferença não é significativa (6,22 vs. 4,88, $p=0,095$).

Conclusão: Este estudo prospetivo demonstrou que perante a experiência de parto, a satisfação assume uma maior negatividade ao longo do tempo, independentemente do tipo de parto. De facto, inicialmente o PI associava-se a mais dor e menos satisfação, enquanto após 5 anos essas diferenças desaparecem pelo aumento da perceção da dor e insatisfação daquelas com PE.

Palavras-chave: parto instrumentado, satisfação com o parto, perceção da dor, MOODS, estudo prospetivo, parto vaginal, parto eutóxico.

CL – (22998) – REFERENCIAÇÃO AUTOMATIZADA AQUANDO DO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DIABETES GESTACIONAL: PROTOCOLO DA ULSM

Marisa O Santos¹; Beatriz Neves¹; Mariana Valente Abreu¹; Adelina Sá Couto¹; Rosa Príncipe¹; Maria Do Céu Rodrigues¹

1. ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A incidência da diabetes gestacional (DG) tem vindo a aumentar em consequência da maior prevalência dos seus principais fatores de risco (obesidade, aumento da idade materna e sedentarismo). Esta pode associar-se a uma importante comorbilidade obstétrica, com consequências a curto e longo-prazo para a saúde da mulher e do recém-nascido. Assim, torna-se essencial uma vigilância pré-natal adequada, de início precoce e com um acompanhamento multidisciplinar.

Em 2020 foi instituído um protocolo de referenciação laboratorial automática, aquando do diagnóstico de DG na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), para as consultas de Obstetrícia Endócrina, Endocrinologia e Nutrição. Deste modo, visa-se reduzir o tempo entre o diagnóstico e o início da vigilância multidisciplinar da grávida.

Objetivos: Verificar a repercussão do protocolo na ULSM, no tempo de espera entre o diagnóstico de DG e a primeira consulta de especialidade.

Metodologia: Utilizando a plataforma SClínico e a base

de dados hospitalar de DG, foram selecionadas as grávidas com diagnóstico de DG na ULSM no ano de 2019 (com referenciação manual) e no ano de 2022 (com referenciação automática).

Para cada grávida foram recolhidas as datas do diagnóstico de DG e da primeira consulta das respetivas especialidades, com o cálculo do tempo de espera, em dias, entre as duas datas.

Resultados e Conclusões: Em 2019, foram referenciadas 67 grávidas para Obstetrícia, 68 para Endocrinologia e 63 para Nutrição. A média do tempo de espera foi, respetivamente, de 52.5, 47.9 e 89.2 dias.

Em 2022, foram referenciadas 96 grávidas para Obstetrícia, 95 para Endocrinologia e 97 para Nutrição. A média do tempo de espera foi, respetivamente, de 22.5, 26.7 e 42.3 dias.

Verificou-se que o processo de referenciação automática permitiu uma importante redução do tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta especializada, o que é vital para um melhor controlo metabólico e diminuição das comorbilidades associadas a esta patologia.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional, Unidade Local de Saúde, Referenciação automatizada.

CL – (23022) – TERMINAÇÃO PROGRAMADA DA GRAVIDEZ POR CESARIANA VS. INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO – A ESCOLHA DAS GRÁVIDAS COM ANTECEDENTES DE UMA CESARIANA. HAVERÁ DIFERENÇAS?

Ana Catarina Borges²; Maria Silva¹; Maria José Monteiro²; Alexandra Miranda^{1,2,3}

1. Escola de Medicina - Universidade do Minho

2. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Braga

3. ICVS/3B s Laboratório Associado

Introdução: Tem-se assistido a um aumento progressivo de grávidas com cesariana anterior. Este fenómeno associa-se a um aumento de complicações obstétricas, sendo a rotura uterina em Trabalho de Parto (TP) uma das mais temidas. Desde abril de 2022, o Hospital de Braga permite às grávidas com antecedentes de cesariana escolher a via de parto, em caso de necessidade de terminação programada da gravidez.

Objetivos: Descrever e comparar as características sociodemográficas, clínicas e os desfechos maternos/obstétricos e neonatais das grávidas com antecedentes de uma cesariana que, por necessidade de terminação programada da gravidez, optaram por cesariana *versus* indução.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu grávidas com antecedentes de uma cesariana e necessidade de

terminação programada da gravidez, cujo parto ocorreu no Hospital de Braga entre abril de 2022 e abril de 2023.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas 185 mulheres das quais 120 optaram terminar a gravidez por cesariana eletiva (Grupo CE) e 65 optaram por indução mecânica do TP (Grupo ITP). Nesta amostra, 18(9.2%) grávidas tinham antecedente de pelo menos um parto vaginal. A taxa global de cesariana e de sucesso de parto vaginal após cesariana foi 76.2% e 67.7%, respetivamente. Verificou-se que o grupo CE apresentava em média uma idade superior ao grupo ITP (35.7±4.5 versus 33.7±5.2; p=0.009) e que o antecedente de parto vaginal foi mais frequente no grupo ITP (p<0.01). Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos relativamente aos antecedentes médicos/obstétricos e complicações maternas/neonatais. Esta medida não se traduziu num aumento da taxa global de cesariana no serviço (30.3%), comparada com o ano anterior (30.3%), sendo estas semelhantes à taxa obtida no grupo ITP, 32.3%.

Em suma, a escolha da vida de parto pelas grávidas com antecedentes de uma cesariana e necessidade de terminação programada da gravidez não se traduziu em maior taxa de cesarianas no serviço nem em piores desfechos maternos ou neonatais.

Palavras-chave: Cesariana anterior, Escolha da via de parto, Terminação da gravidez, Desfechos obstétricos, Desfechos neonatais.

CL – (23049) – DESFECHOS REPRODUTIVOS E OBSTÉTRICOS EM PACIENTES COM PERDA GESTACIONAL RECORRENTE – EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS

Ana Carolina Coimbra¹; Mariana Gonçalves¹; Sofia Bessa Monteiro¹; Anabela Rocha¹; Marina Moucho¹

1. Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A perda gestacional recorrente (PGR) afeta 1-5% dos casais e a sua definição é pouco consensual. É importante clarificar os riscos de uma gravidez subsequente nesta população de maneira a melhor adequar os cuidados prestados.

Objetivos: Avaliar os desfechos reprodutivos e obstétricos na população com PGR.

Metodologia: Análise retrospectiva das características e desfechos obstétricos das mulheres com ≥ 2 abortamentos consecutivos avaliadas no CHUSJ entre 2013-2023 e comparação com a restante população com parto na instituição em igual período de tempo. Análise comparativa das variáveis categóricas com teste χ^2 e

contínuas com t-test ou Mann-Whitney, com ajuste para variáveis de confundimento através de regressão logística.

Resultados e Conclusões: Foram avaliadas 236 pacientes com o diagnóstico de PGR. A idade média na primeira avaliação foi de 35±5,3 anos e a causa para PGR foi inexplicada em 41,6%.

Após o diagnóstico, 77,1% das doentes engravidaram, 16,9% tendo terminado em aborto espontâneo. Durante o período em estudo, 46,5% das pacientes tiveram um parto de nado-vivo.

O factor anatómico (uterino) associou-se de forma significativa à ocorrência de aborto na gravidez subsequente (38,9% vs. 16% em úteros anatomicamente normais; p=0,024) e uma menor taxa de nascimentos (16,7% vs. 58,5% na ausência de factor anatómico; p=0,001).

Avaliando os desfechos obstétricos das grávidas com parto na instituição durante o período em estudo (n=21118), foi observada uma associação estatisticamente significativa entre os antecedentes de PGR e o desenvolvimento de diabetes gestacional (25% vs. 10,8% nas pacientes sem PGR; p<0,0001) e restrição de crescimento fetal (11,7% vs. 4,1% na ausência de PGR; p=0,001).

Conclusão: Antecedentes de PGR parecem associar-se a uma maior morbidade obstétrica, nomeadamente apresentando maior prevalência de diabetes gestacional e restrição de crescimento fetal. O factor anatómico parece também associar-se a uma maior taxa de aborto subsequente e menor taxa de parto futuro.

Palavras-chave: Perda gestacional recorrente, Abortamentos de repetição, Diabetes gestacional, Restrição de crescimento fetal.

CL – (23071) – RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL: A REALIDADE DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Beatriz Ferro¹; Daniela Albuquerque¹; Luísa Cunha Silva²; Filipa Marques¹; Isabel Santos-Silva¹; Luís Abreu¹; Miguel Branco¹; Eulália Galhano¹; Maria Do Céu Almeida¹

1. Serviço de Obstetrícia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – ULSAM

Introdução: A restrição de crescimento fetal (RCF) afeta 3-7% das gravidezes, conferindo frequentemente a estes fetos um risco aumentado de morbi-mortalidade perinatal.

Objectivos: Análise dos casos de RCF, nomeadamente diagnóstico, investigação, orientação e *outcome*.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos casos com diagnóstico de RCF num hospital terciário, de janeiro de 2020 a dezembro de 2022. Foram excluídos casos de gravidez gemelar e fetos com anomalias estruturais ou cromossomopatias congénitas.

Resultados e Conclusões: Foram incluídas 132 grávidas, das quais 28,8% (n=38) tinham ≥ 35 anos, 75,8% (n=100) eram nulíparas e 28,8% (n=38) tinham IMC ≥ 25 .

Relativamente aos antecedentes pessoais, 12,9% (n=17) tinham hipertensão crónica, em 5,3% (n=7) havia antecedentes de RCF e 18,2% (n=24) eram fumadoras.

No rastreio bioquímico do 1T (resultado disponível em 64), 18,8% (n=12) tinham PAPP-A $<0,4$ MoM; 12,1% (n=16) iniciaram ácido acetilsalicílico, com IG mediana 14 semanas (12-28).

Relativamente à classificação da RCF por IG, foi precoce em 46,2% (n=61) e tardia em 53,8% (n=71).

Relativamente à definição de RCF, a estimativa de peso fetal (EPF) era $<P3$ em 68,9% (n=42) das precoces e 53,5% (n=38) das tardias, e $<P10$ com alterações fluxométricas em 31,1% (n=19) das precoces e 46,5% (n=33) das tardias (p=ns).

Foi realizado exame invasivo em 13,6% (n=18) dos casos, a maioria nas RCF precoces (24,6% vs 4,2%) (p=0,003) e foi pedida IMG em 3 casos de RCF precoce.

Naqueles com EPF $<P3$, verificou-se alteração fluxométrica em 47,6% (n=20) das precoces e 21,1% (n=8) das tardias (p $<0,001$). Registaram complicações hipertensivas em 26,2% (n=16) das precoces e 14,1% (n=10) das tardias (p=ns).

Nasceram 94,7% (n=125), com IG mediana 37 semanas (26-40) e peso 1920g (470-2785). Relativamente ao trabalho de parto, no grupo das precoces a maioria foi ausente (63%), e no das tardias a maioria induzido (58,6%) (p $<0,001$).

Relativamente à morbimortalidade fetal/neonatal, registaram-se 4 casos de morte fetal intrauterina (3-RCF precoces) e morte neonatal em 4 casos (3-RCF precoces).

Em conclusão, o diagnóstico, investigação e vigilância nas RCF são fundamentais, sendo que na nossa amostra os casos de RCF precoces revelaram piores *outcomes* indo de encontro com a literatura.

Palavras-chave: Restrição de crescimento fetal, Precoce, Tardia, Diagnóstico Pré-natal.

CL – (23076) – CICLORRAFIA EMERGENTE – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Inês Tlemçani¹; Inês Martins¹; Mónica Centeno¹; Maria Afonso¹

1. Departamento OB, Gin e MEd Reprodução, Centro Hospital Universitário Lisboa Norte

Introdução: A insuficiência cervical (IC) é uma causa importante de aborto tardio e parto pré-termo (PPT) antes das 27 semanas. Na presença de dilatação cervical, sem sintomatologia associada, entre as 14 e 24 semanas, a ciclorrafia emergente tem mostrado evidência no prolongamento da gestação e melhoria dos desfechos neonatais.

Objectivos: Avaliar os desfechos obstétricos e neonatais de gestações complicadas com insuficiência cervical.

Metodologia: Avaliou-se retrospectivamente as grávidas com gestação unifetal, que realizaram ciclorrafia emergente entre as 14 e 24 semanas, na sequência do diagnóstico de dilatação cervical com visualização de membranas. Foram excluídas grávidas com contratilidade uterina dolorosa, hemorragia vaginal significativa, evidência clínica e laboratorial de corioamnionite ou rotura prematura de membranas (RPMPT). Previamente à ciclorrafia foi realizada amniocentese sempre que houvesse sludge ou protusão das membranas. O desfecho primário avaliado foi a taxa de PPT antes das 28 semanas. Foi também avaliado o tempo de latência entre o diagnóstico e a remoção da ciclorrafia, a taxa de de PPT antes das 37 semanas, de RPMPT, de corioamnionite pré-termo, de admissão na UCIN e mortalidade neonatal.

Resultados e Conclusões: Das 18 mulheres incluídas na análise, 10 (56%) tiveram o parto antes das 28 semanas. A mediana da idade gestacional no parto foi 25,9 dias e o tempo de latência mediano foi 37,5 dias. Sete dos 14 recém-nascidos foram admitidos na UCIN e a taxa de morte neonatal foi de 14% (2 casos). As mulheres que tiveram um parto antes das 28 semanas, tiveram significativamente o diagnóstico de IC numa idade gestacional mais precoce (20 vs 22,3 semanas, p=0,023), um tempo de latência menor (13 vs 87 dias, p $<0,001$) e taxa maior de corioamnionite pré-termo (50% vs 0%, p=0,036). Este estudo fornece dados importantes para o aconselhamento dos casais aquando do diagnóstico de insuficiência cervical na presente gravidez e antes das 24 semanas.

Palavras-chave: Ciclorrafia.

CL – (23095) – PATOLOGIA HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ – ESTUDO MULTICÊNTRICO

Ana Rita Martins¹; Ana Luísa Coutinho¹; Ana Rita Mateus¹; Ana Edral¹; Ana Paula Silva¹

1. CHUA Faro

Introdução: A patologia hipertensiva da gravidez é uma das principais causas de desfechos maternos e perinatais adversos a nível global. A prevenção, o diagnóstico atempado e a gestão imediata permitem reduzir a morbimortalidade associada a estas condições. No entanto, as orientações internacionais são heterogéneas face a determinados aspetos da sua abordagem.

Objetivos: Avaliar as discrepâncias existentes na prática clínica nacional em relação à patologia hipertensiva da gravidez.

Metodologia: Realização de um inquérito *online* e divulgação pelos médicos de Ginecologia e Obstetrícia das várias instituições nacionais.

Resultados e Conclusões: Foram obtidas respostas de 19 instituições. O rastreio de pré-eclâmpsia no primeiro trimestre é realizado em 16 delas (84%). Além dos fatores maternos, a fluxometria das artérias uterinas e a

PAPP-A são utilizadas em 93% destes centros e o PLGF em 63%. A profilaxia com AAS é mantida até às 35, 36 ou 37 semanas de idade gestacional. A dose utilizada varia entre 100 mg e 150 mg. No tratamento da patologia hipertensiva da gravidez, a nifedipina é o fármaco de primeira linha em 56% das instituições e a alfa-metildopa é escolhida nos restantes 44%. Os valores alvo de TA sistólica variam entre ≤ 120 -140 mmHg e de TA diastólica ≤ 80 -90 mmHg. A restrição de crescimento fetal é utilizada como critério diagnóstico de pré-eclâmpsia em 38% dos centros estudados, e o rácio sFlt1/PLGF encontra-se disponível em 69% deles. No tratamento da crise hipertensiva, o labetalol é a escolha em 69% dos casos, sendo a nifedipina a opção preferida nos restantes 31%. O momento da indução do trabalho de parto por hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia varia significativamente entre instituições nacionais.

À semelhança do que se verifica com as orientações internacionais, existe uma heterogeneidade marcada relativamente à abordagem da patologia hipertensiva da gravidez em Portugal.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Gravidez, Pré-eclâmpsia.