



CONSULTA

PRÉ-CONCEPCIONAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

O planejamento pré-concepcional deve preceder a gravidez, como um investimento . Um significativo percentual das gestações não são planejadas e danos ao desenvolvimento fetal podem ocorrer antes mesmo da percepção da gravidez. A primeira consulta pré-natal geralmente ocorre em torno de 6-8 semanas de idade gestacional, e alterações teratogênicas irreversíveis já podem ter ocorrido. A procura pelo aconselhamento pré-concepcional pode coincidir com a consulta anual de rotina ou consulta específica por infertilidade, abortamento espontâneo, patologia crônica materna ou anormalidade fetal prévia.

OBJETIVOS

Para otimizar esta avaliação, é necessário que a mulher compareça não somente a uma consulta, mas que haja um seguimento periódico por toda a sua vida reprodutiva, visando:

- adesão a hábitos saudáveis e educação alimentar
- atividade física adequada e adaptação psicossocial
- adequação de medicações (risco teratogênico)
- identificação e prevenção de potenciais complicações obstétricas

TÓPICOS DA CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL

INDICAÇÕES DE ACONSELHAMENTO GENÉTICO

Esclarecimentos sobre os mecanismos genéticos de doença específica, sua gravidade, prognóstico, possibilidades de tratamento e os riscos de recorrência familiar.

- Mulheres com idade ≥ 35 anos
- Histórico obstétrico desfavorável
- História familiar e genética desfavorável

HISTÓRIA PESSOAL E CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS

- **História Ginecológica**
 - História de cirurgias prévias ginecológicas (miomectomias, correção de malformações, microcesáreas, curetagens),
 - Hemorragias puerperais,
 - Complicação anestésica
 - Hemotransfusões.
 - Conização - a remoção de mais de 10 mm de profundidade do colo uterino é um fator independente para o trabalho de parto pré-termo e baixo peso ao nascer.
- **Violência Doméstica**
 - É problema de saúde pública que acomete todas as classes sociais.
 - O risco das agressões aumenta com a gravidez e em média 4 a 8% das gestantes são agredidas por seus companheiros o que implica em um alto risco materno-fetal.
 - A mulher precisa ser esclarecida sobre recursos legais e sociais cabíveis e orientada como lidar com o agressor.

- A violência doméstica aumenta o risco de descolamento prematuro de placenta, fraturas fetais, roturas de órgãos internos e trabalho de parto prematuro.
- **Vida Profissional**
 - Importante pelas alterações neuroendócrinas mediadas pelo estresse e risco de exposição ambiental a radiações ou outros elementos com potencial risco teratogênico.
 - Atividades profissionais que envolvam esforço físico extenuante, levantamento de peso, permanência em pé por longos períodos e trabalho com máquinas industriais, devem ser evitadas.
- **Vida conjugal**
 - Na sociedade atual a formação das famílias nem sempre se comporta de forma tradicional.
 - É cada vez mais comum a opção pela gravidez de mulheres homossexuais ou sem companheiros, por métodos de fertilização com doação de gametas. Nestes casos o preparo psicológico e o apoio do parceiro(a) são fundamentais.

DOENÇAS CLÍNICAS PRÉ-EXISTENTES

Pacientes portadoras de doenças crônicas devem programar a gravidez para um período de estabilidade clínica, após rigorosa avaliação clínico-laboratorial, para que sejam estimadas as complicações que a doença possa trazer para a gestação, bem como, os riscos que a gravidez imponha à patologia. O ajuste precoce das medicações, a eficácia da terapia e rigoroso acompanhamento clínico são fundamentais. As mais frequentes são:

Anemias Crônicas

- Não há consenso sobre a necessidade de suplementação de ferro de rotina no período pré-concepcional.
- No caso de hemoglobina abaixo de 11g/dL, a maioria dos autores recomenda que sejam adotadas medidas dietéticas e correção das causas de perdas crônicas de sangue ou avaliação com hematologista (risco de hemoglobinopatias, p.ex.).

Hipertireoidismo

- O equilíbrio hormonal antes da concepção é essencial.
- O propiltiouracil deve ser prescrito como primeira escolha durante o período da organogênese por ter uma menor passagem pela barreira placentária e pela associação do uso do metimazol com alterações congênitas.
- Após o primeiro trimestre o metimazol também pode ser prescrito.

Epilepsias

- A terapia anticonvulsivante deve ser otimizada antes da concepção, idealmente com monoterapia, na menor dose possível associada à suplementação de Ácido Fólico.
- Nenhum anticonvulsivante deve ser considerado totalmente “seguro” durante a gestação devido ao potencial risco de teratogenicidade.

Doenças Autoimunes

- A associação da Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) com trombose e perda gestacional está bem estabelecida.
- No caso do Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), o desfecho é mais favorável se a doença estiver em remissão há 6 meses ou mais, antes da concepção.

Diabetes

- Diabéticas prévias devem programar a gravidez, pois o mau controle glicêmico no período da embriogênese está associado à aumento da incidência de malformações congênitas maiores (defeitos cardíacos e do tubo neural).

Nefropatias

- No caso de Doença Renal prévia, a gestação pode ser um fator de progressão de insuficiência renal e prejudicar o prognóstico materno-fetal, principalmente nos casos de comprometimento moderado a grave, com níveis de creatinina sérica superiores a 2mg/dL e associação a hipertensão arterial de difícil controle.

- Diabéticas de longa duração, hipertensas crônicas e pacientes com história prévia de valvulopatias cardíacas devem se submeter à análise da função renal atual, avaliação cardiológica especializada e da retina.

Psicopatias e Depressão

- Identificar mulheres com tendência a distúrbios psiquiátricos, particularmente as que tem história pessoal ou familiar de transtorno bipolar, mania e depressão ou que já estão em tratamento no momento da concepção.
- Apesar do risco de exposição aos psicofármacos, o risco benefício deve ser avaliado pela chance de recidiva de distúrbio psiquiátrico grave pela suspensão da medicação.

Contraindicações absolutas para engravidar

- Existem condições clínicas associadas à alta mortalidade materna, dentre elas:
 - Síndrome de Eisenmenger.
 - Hipertensão Pulmonar Primária.
 - Síndrome de Marfan com dilatação acentuada da raiz aórtica.
 - Coarctação da Aorta complicada.
 - Tetralogia de Fallot não corrigida.
 - Cardiomiopatia dilatada.
- Os riscos destas gestações devem ser informados ao casal, pois estão associadas a elevada mortalidade materna (50% ou mais).

RASTREIO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

Na prevenção de infecções congênitas e perinatais, de conhecido potencial teratogênico, há medidas simples que devem ser incorporadas ao dia-a-dia de mulheres que planejam engravidar, devido a sua elevada morbimortalidade perinatal.

HIV

- Na programação da gravidez deve estar incluído o manejo dos antirretrovirais, pois alguns são potencialmente teratogênicos, como o efavirenz e o ajuste da medicação para manter a carga viral < 1000c/mL.
- A gestação em si não agrava a infecção pelo HIV, mas é importante o rastreamento de infecções que podem ter seu curso alterado pelo HIV.

Rubéola

- O objetivo é a prevenção da Síndrome da Rubéola Congênita, com a vacinação seletiva dos grupos não imunes no período pré ou pós-gestacional.
- A infecção durante a embriogênese altera a mensagem genômica e aumenta o risco fetal de sequelas.
- Deve-se respeitar o período de 3 meses após a vacinação para a programação da gravidez.

Toxoplasmose

- Avaliar a imunidade no período pré-concepcional.
- Mulheres não imunes devem aderir às medidas preventivas para evitar a soro conversão na gestação e se submeter à análise laboratorial bimensal ou no mínimo trimestral.
- As principais medidas preventivas são:
 - Filtragem da água.
 - Lavar bem vegetais, verduras e frutas cruas antes do consumo.
 - Não comer carnes cruas ou malpassadas.
 - Evitar carne defumada, curada ou salgada, que possam estar contaminadas.
 - Lavar as mãos após manusear carnes cruas, evitando o contato com mucosas.
 - Usar luvas ao lidar com a terra, plantas ou fezes de gatos.

Tuberculose

- O tratamento deve continuar mesmo se a paciente, já em tratamento, engravidar ou se for feito o diagnóstico durante a gestação.

- Alguns antituberculosos estão contraindicados na gravidez como a estreptomicina pelo risco de surdez congênita por lesão do VIII par craniano.

Infecções Urogenitais

- Devem ser rastreadas e tratadas, principalmente nas pacientes com história de parto prematuro, incluindo infecções por Gram negativos, vaginose bacteriana, tricomoníase, e outras DSTs.

Hepatite B

- Mulheres portadoras crônicas do vírus da Hepatite B devem estar cientes da importância da administração da imunoglobulina da Hepatite B, bem como da vacina dentro das primeiras 12 horas de vida dos recém-nascidos.

Citomegalovírus (CMV)

- Higiene e lavagem das mãos nas profissionais que cuidam de lactentes e crianças menores, diminuem a exposição a secreções de crianças excretando o CMV e uso de condom nos contatos sexuais.

NUTRIÇÃO E SUPLEMENTOS

Há distúrbios alimentares que podem representar riscos potenciais para a gestação e devem ser abordados. Vegetarianismo estrito, pica, bulimia e/ou anorexia, hipovitaminoses (ácido fólico) ou hipervitaminoses (vitamina A) e carência de alguns minerais (ferro), são alguns exemplos.

Suplementos adicionais

- Suplementação de ácido fólico 400 mcg ao dia para a prevenção de defeitos do tubo neural (DTN) deve ser instituída 28 dias antes até 8 semanas depois da última menstruação.
- Em caso de mulheres com antecedentes de feto com DTN, a dose deve ser de 4 mg de folato ao dia, a partir de um mês antes da concepção até o final do 1º trimestre.
- Adolescentes que tiveram a menarca dentro dos últimos 2 anos, tabagistas, usuárias de drogas ou álcool e vegetarianas estritas, podem requerer suplementos adicionais.

Peso Materno

- O peso pré-concepcional deve se aproximar do ideal para o IMC (Índice de Massa Corporal), 15% acima ou abaixo.
- Mulheres com diagnóstico de anorexia ou bulimia devem aguardar a remissão da desordem alimentar para engravidar.
- IMC menor que 19,8 pré-concepcional e o baixo ganho de peso na gestação se associam a anovulação, recém-natos de baixo peso e parto pré-termo.
- Por outro lado o sobrepeso pré-gestacional (IMC superior a 25) e o alto ganho de peso na gravidez se associam a macrosomia fetal, hipertensão arterial, diabetes na gestação, infecção na ferida operatória e toco-traumatismo.
- A melhor conduta para reduzir riscos gestacionais em mulheres obesas é a perda de peso antes da concepção.
- Mulheres submetidas a qualquer procedimento de cirurgia bariátrica devem ser suplementadas com folato, cálcio e vitamina B12, para reduzir o risco de deficiência nutricional subclínica.
- O ideal seria o adiamento da gravidez por 12-18 meses no pós-operatório, para evitar o período de catabolismo com rápida perda de peso.

Fenilcetonúria

- Uma dieta restrita em fenilalanina instituída 3 meses antes da concepção, pode reduzir os riscos de malformações fetais e o risco de baixo peso ao nascer se os níveis de fenilalanina estiverem normais na 8ª semana de gestação.

Cafeína

- Nenhuma recomendação padronizada existe com relação ao consumo de cafeína na gravidez.
- A associação do consumo de café com tabagismo pode elevar o risco de baixo peso ao nascer.

USO DE DROGAS E SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

Tabaco

- É a principal causa, evitável, de baixo peso ao nascer.
- Está associado a demora na concepção, aumento da incidência de abortamento espontâneo e de gravidez ectópica, descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto prematuro, diminuição de movimentos fetais, crescimento intrauterino restrito e placentação baixa.
- A cessação do fumo no final do primeiro trimestre pode reduzir a maioria dos riscos associados.

Cocaína

- É provavelmente a droga mais deletéria na gestação, tanto do ponto de vista fetal quanto materno.
- Por ser um agente vasoconstritor, causa aumento da resistência vascular e diminuição do fluxo sanguíneo.
- Seu uso no 1º trimestre resulta em risco maior de abortamento espontâneo, anomalias congênitas, particularmente urogenitais, hemorragia intraventricular, atraso no desenvolvimento físico, psíquico e cognitivo.

Maconha

- Seu princípio ativo atravessa a barreira placentária e pode ser encontrado no leite materno. Há suspeita de que possa elevar a ocorrência de Leucemia Aguda em filhos de usuárias.
- Suas ações psicofarmacológicas podem cursar com alteração da atividade motora, comprometimento da memória, aprendizado e aumento do risco de transtornos psiquiátricos.

Álcool

- Nenhum nível de consumo é considerado seguro.
- O risco de abortamento ou de Síndrome Alcoólica Fetal vai depender da frequência, quantidade do consumo, e também do período gestacional, ou seja, na fase inicial de organogênese.
- Atualmente, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda a abstinência de álcool também no período pré-concepcional.

Antibióticos

- Podem ser usados com segurança:
 - Penicilinas.
 - Cefalosporinas.
 - Macrolídeos.
- Devem ser evitados:
 - Estolato de eritromicina.
 - Aminoglicosídeos.
 - Tetraciclinas.
 - Quinolonas.
 - Sulfonamidas.
 - Cloranfenicol (3º trimestre)
 - Trimetoprim (1º trimestre)

ATIVIDADE FÍSICA

- A prática de exercícios físicos na gestação, melhora a capacidade respiratória, reduz a ansiedade, ajuda no controle do peso e beneficia a estética corporal.
- A maioria das mulheres pode continuar a se exercitar regularmente durante a gravidez, procurando manter a pulsação abaixo da média para sua idade.
- As sedentárias devem ser encorajadas a praticar alongamentos, caminhadas e hidroginástica.
- Modificações apropriadas devem ser adotadas em função da resistência diminuída e da menor reserva de oxigênio disponível, diminuindo a duração e intensidade dos exercícios.
- Certos esportes devem ser evitados como aqueles com potencial trauma abdominal, risco de quedas (esqui e equitação), aeróbicos de alto impacto e mergulho.

EXAME FÍSICO

- Aferição do Peso (IMC= Peso em gramas/altura em centímetros ao quadrado) e altura. O IMC pode ser mais fidedigno na avaliação da distribuição da gordura corporal do que somente a medida do peso corporal pré-concepcional. Mulheres com baixa estatura (<1,52m) apresentam risco aumentado para desproporção cefalopélvica.
- Pressão Arterial
- Exame clínico geral
- Exame ginecológico completo com citologia cérvico-vaginal.

EXAMES COMPLEMENTARES DO CASAL

• Mulher

- Hemograma completo.
- Tipagem sanguínea.
- Pesquisa de anticorpos irregulares.
- Glicemia de jejum.
- Uréia, creatinina e ácido úrico.
- AST e ALT.
- VDRL.
- Anti-HIV.
- Sorologias para Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirus, Hepatites B e C.
- TSH, T4 Livre.
- Urina I e Urinocultura.
- Citologia cérvico-vaginal.
- Mamografia (se indicado).
- USG transvaginal, das mamas e tireóide.

Homem:

- Hemograma completo.
- Tipagem sanguínea.
- Glicemia de jejum.
- VDRL.
- Anti-HIV.
- Sorologias para Hepatites B e C.
- Urina I e Urinocultura.
- Espermograma

VACINAÇÃO

- Deve ser oferecida a imunização pré-concepcional às mulheres consideradas de risco para Hepatite B (pelo estilo de vida ou exposição profissional), Rubéola, Difteria, Influenza, Tétano e Varicela.
- O status vacinal se torna relevante pela possibilidade da prevenção pela vacinação prévia destas patologias .
- É prudente adiar a concepção por 3 meses após receber vacinação com vírus atenuado, como no caso de Rubéola e Varicela.

LEITURA SUGERIDA

- PEIXOTO, S. Preconcepção: gravidez de 12 meses. São Paulo: Roca, 2009.