

	Doc. Nº 01
<b>PROTOCOLO DE REVISÃO PÓS-PARTO – CAISM/UNICAMP</b>	Data de emissão: set/2020

## REVISÃO PÓS-PARTO – SETEMBRO 2020

ATENÇÃO PARA O PREENCHIMENTO CORRETO DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DA PACIENTE! É A ÚLTIMA OPORTUNIDADE DE SEREM CORRIGIDOS, QUANDO ESTIVEREM ERRADOS NO SISTEMA.

**I – No momento da alta hospitalar após o término da gestação, as seguintes pacientes devem ser agendadas para consulta de revisão pós-parto:**

1. Pacientes cujo pré-natal tenha sido realizado em nossos ambulatórios:
  - 1.1- PNE
  - 1.2- PNE infecções / COVID: agenda específica (2ª feira à tarde)
  - 1.3- PNA: agenda específica (5ª feira à tarde)
  - 1.4- PNAR: avaliar caso a caso; casos de boa evolução podem ser encaminhados para revisão pós-parto na UBS
2. Pacientes adolescentes cujo pré-natal foi realizado em outro serviço, caso seja da vontade da paciente: agenda específica (5ª feira à tarde)
3. Pacientes sem pré-natal, cujo parto ocorreu no CAISM.
4. Paciente com pré-natal inadequado.
5. Pacientes com complicações clínicas ou obstétricas na gestação, no parto ou no puerpério imediato.
6. Pacientes com DIU inseridos no pós-parto imediato (no serviço): entregar o pedido de US transvaginal para avaliação do posicionamento do DIU para a paciente, com o carimbo identificando que é “Ultrassom DIU pós parto” e orientá-la a comparecer no setor de ecografia no dia da consulta agendada, 2 horas antes do horário da consulta. **ATENÇÃO: O CARIMBO DO DIU PÓS-PARTO DEVE ESTAR NO PEDIDO DO US PARA CHECAR O DIU, NÃO NA FOLHA DE AGENDAMENTO DA CONSULTA DE REVISÃO PÓS-PARTO; ESSE PEDIDO DE US NÃO PRECISA SER AGENDADO.**

	Doc. Nº 01
<b>PROTOCOLO DE REVISÃO PÓS-PARTO – CAISM/UNICAMP</b>	Data de emissão: set/2020

O período do agendamento deve ser, de uma maneira geral, entre 30 e 40 dias pós-parto. Algumas situações específicas podem ter necessidade de agendamento mais precoce.

As pacientes devem ser orientadas a agendar consulta de revisão pós-parto também no Centro de Saúde, para manterem esse vínculo e para aumentar as chances de adesão aos tratamentos/acompanhamentos necessários pós-parto e posteriormente.

## II. Objetivos da consulta:

1. Propiciar o atendimento integral à saúde da puérpera.
2. Orientar sobre aleitamento e cuidados com o recém nascido.
3. Avaliar clinicamente as involuções físicas previstas para o puerpério e as patologias intercorrentes, encaminhando para avaliação de outros especialistas quando indicado.
4. Esclarecer e implementar método para anticoncepção, escolhido por preferência da paciente, obedecendo-se às restrições devidas à lactação e as contraindicações próprias de cada método.
5. Esclarecer sobre as patologias e/ou procedimentos ocorridos nesta gestação, parto, puerpério ou com o recém-nascido.
6. Orientar sobre prognóstico reprodutivo, considerando-se os itens anteriores e a história obstétrica prévia.

O exame físico na consulta pós-parto inclui avaliação de sinais vitais, tireoide, mamas (fissuras, sensibilidade, caroços, alterações cutâneas), abdome (diástase, hérnia), genitália / períneo (cicatrização de feridas, fístulas), vagina, colo uterino, útero / anexos (tamanho, sensibilidade, massas) e extremidades. Pelo menos na primeira consulta deve ser realizada ausculta cardíaca e pulmonar; nas consultas subsequentes o exame físico pode ser direcionado.

A necessidade de consultas de retornos, periodicidade das consultas e alta do ambulatório vai variar de acordo com o método anticoncepcional escolhido, das patologias vigentes ou

	Doc. Nº 01
<b>PROTOCOLO DE REVISÃO PÓS-PARTO – CAISM/UNICAMP</b>	Data de emissão: set/2020

da necessidade de se agrupar informações/exames (clínico, laboratorial, anatomopatológico) úteis para definição do prognóstico reprodutivo.

### III – Alta do ambulatório de Revisão Pós-Parto:

Será dada alta à paciente quando forem atingidos todos os objetivos acima propostos.

Após a alta, o seguimento do método anticoncepcional implementado será realizado na Unidade Básica de Saúde, a critério da paciente e/ou médico.

Outras patologias ginecológicas deverão ser acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia, assim como avaliação pré-cirúrgica, se necessário. Para encaminhamento dos casos para ambulatório de ginecologia ou oncologia do CAISM deverá ser realizado formulário de encaminhamento com CID adequado e a paciente orientada a procurar o SAME do CAISM para o agendamento (não temos acesso direto à agenda).

Pacientes com problemas clínicos e/ou cirúrgicos não ginecológicos serão encaminhados para acompanhamento no Centro de Saúde.

### IV - Normas gerais de orientação clínica para definição de recuperação da fertilidade para introdução de MAC:

#### SERÃO CONSIDERADAS INFÉRTEIS:

Pacientes < 60 dias de puerpério, lactantes em livre demanda, amamentação exclusiva, frequente (intervalos menores que 3-4 horas), de dia e de noite e em amenorrea.

Conduta: pode-se iniciar imediatamente (1ª consulta) o método anticoncepcional escolhido/indicado.

#### SUSPEITAS DE TEREM RECUPERADO FERTILIDADE:

Pacientes < 60 dias de puerpério, lactantes, que não preenchem os critérios

	Doc. Nº 01
<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE REVISÃO PÓS-PARTO – CAISM/UNICAMP</b></p>	
Data de emissão: set/2020	

acima;

Pacientes lactantes com > 60 dias – avaliar caso a caso; (desde que preencham critérios de infertilidade, podem ser consideradas aptas para iniciar MAC imediatamente até 6 meses pós-parto).

Conduta: para iniciar o uso de método anticoncepcional deverão aguardar a próxima menstruação ou realizar 2 testes de gravidez com intervalo de 15 ou até 30 - 45 dias, a depender de avaliação clínica. Enquanto se aguarda esta definição será orientada para abstinência sexual ou método de barreira.

#### **V – RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA MANEJO DOS MAC:**

1. Hormonais: Os métodos hormonais constituídos de progestogênio puro não sofrem contra indicações durante a lactação;
2. A minipílula (Micronor, Notrel, etc.), não sendo um método basicamente anovulatório, tem sua eficácia muito melhorada quando associada à lactação;
3. Os hormonais que contêm estrógenos, orais ou injetáveis, não devem ser prescritos em pacientes lactantes, amenorreicas, nos primeiros 6 meses de puerpério. Só se dará ACO em lactantes após este período. As não lactantes podem utilizar ACO já após o 30º dia pós-parto.

**Obs.:** Sendo a minipílula um método não anovulatório, as pacientes deverão ser informadas da grande redução de sua eficiência anticoncepcional quando:

- passarem a complementar a dieta da criança, incluindo outros alimentos além do leite materno (leite de vaca, papas, etc.);
- começarem a menstruar;
- ultrapassarem o 6º mês pós-parto;
- retomarem atividades que impeçam a amamentação à livre demanda (horários fixos > 3-4 horas ou intervalos noturnos ou diurnos prolongados).

Para as usuárias de minipílulas deve ser feita reavaliação do MAC aos 4 meses pós-parto e as pacientes devem ser orientadas a retornar se ocorrer uma ou mais das situações descritas anteriormente. Recomenda-se que a alta seja dada após a troca da minipílula pelo ACO.

	Doc. Nº 01
<b>PROTOCOLO DE REVISÃO PÓS-PARTO – CAISM/UNICAMP</b>	

Por todos esses motivos, no geral damos preferência ao uso de desogestrel 75 mcg/dia (em detrimento à minipílula). Apesar de não estar disponível no SUS, tem custo mensal relativamente baixo.

4. **DIU:** A 1ª revisão, após 1 mês, será feita neste ambulatório. Se DIU normoposicionado e paciente bem adaptada ao método, esta deve receber alta do ambulatório, com orientação de fazer revisões anuais na Unidade Básica de Saúde.

## VI- MANEJO PÓS PARTO ESPECÍFICO PARA AS PRINCIPAIS CONDIÇÕES CLÍNICAS:

### V.1- DMG:

- ✓ Verificar controles glicêmicos pós-parto, principalmente nas que fizeram insulino terapia na gestação == fazer ajustes ou suspender insulina;
- ✓ Reclassificar o DM após 6 semanas do parto através de TOTG (Jejum e 2h após 75 g dextrosol): Colher e avaliar o resultado no Caism (agendar retorno) ou na UBS, a critério da paciente e/ou médico. No caso de optar por colher na UBS, fazer a orientação da sugestão por escrito;
- ✓ Estimular amamentação e controle de peso;
- ✓ Encaminhar para tratamento / prevenção de DM;
- ✓ Orientar risco aumentado de DM2 durante toda a vida, por isso a necessidade de adequação dos hábitos de vida (dieta, atividade física, peso adequado) além de consultas regulares com o clínico na UBS.

### MAC

Na ausência de complicações ou comorbidades, não há qualquer restrição ao uso de nenhum MAC, incluindo estroprogestativos (E+P) orais de baixas doses (<35 µg etinilestradiol), injetáveis combinados, adesivos cutâneos ou anéis vaginais e os DIUs – desde que a paciente não possua outras contraindicações ao uso de estrógenos, por exemplo amamentação).

	Doc. Nº 01
<b>PROTOCOLO DE REVISÃO PÓS-PARTO – CAISM/UNICAMP</b>	

### V.2- DM2 ou DM1:

- ✓ Verificar controles glicêmicos pós-parto == fazer ajustes ou suspender insulina e reintroduzir hipoglicemiantes nas doses pré-gestacionais;
- ✓ Estimular amamentação e controle de peso;
- ✓ Encaminhar para seguimento clínico do DM;
- ✓ Para DM1, solicitar TSH, se nunca solicitado antes;
- ✓ Oferecer métodos contraceptivos de alta eficácia.

### MAC

1. Os estroprogestativos (E+P) orais de baixas doses podem ser utilizados por diabéticas bem controladas, com idade inferior a 35 anos, bem controladas clinicamente, não fumantes, e sem evidências de lesão orgânica ou vascular;
2. As formulações com alta dose de estrógeno (> 35 mcg) devem ser evitadas;
3. Na presença de nefropatia, retinopatia, neuropatia ou outras doenças vasculares associadas, ou, ainda, diabetes com mais de 20 anos de duração == preferir DIU não hormonal e preparados com progestágenos (P) isolados. Nessa situação, o dispositivo intrauterino liberador LNG é categoria 2;
4. Considerar: acetato de medroxiprogesterona injetável == avaliar risco de efeitos negativos sobre o perfil lipídico.

### V.3- PRÉ ECLÂMPSIA e HAG:

- ✓ Verificar controles pressóricos pós-parto == fazer ajustes / substituir / suspender anti-hipertensivos;
- ✓ Estimular amamentação e controle de peso;
- ✓ Reavaliar função renal (PROT/CREA) nas pacientes que internaram com proteinúria – idealmente a alta da paciente do ambulatório deve ocorrer após a normalização da proteinúria; se a proteinúria se mantiver alterada após 6 meses do parto, encaminhar para avaliação do especialista (nefrologista);
- ✓ Pré-eclâmpsia precoce, principalmente associado a RCIU/oligoâmnio graves: fazer pesquisa de SAAF e agendar retorno para avaliar resultados – atenção: esses resultados são demorados (3 a 6 meses após a coleta) e chegam somente no prontuário; se necessário, ligar no laboratório de hemostasia do hemocentro para

	Doc. Nº 01
<b>PROCOLO DE REVISÃO PÓS-PARTO – CAISM/UNICAMP</b>	
Data de emissão: set/2020	

checar que foram colhidos e que ainda não há resultado, antes de só agendar retorno para checar resultado;

- ✓ À alta: orientar sobre riscos cardiovasculares e medidas preventivas.

MAC: mesmas orientações das pacientes com HAC.

#### **V.4- HAC:**

- ✓ Verificar controles pressóricos pós-parto == fazer ajustes / substituir / suspender anti-hipertensivos (lembrar que a PA tende a ficar maior que os níveis pré-gestacionais nas primeiras duas semanas pós-parto);
- ✓ Estimular a amamentação e controle de peso.

#### MAC:

1. Os estroprogestativos (E+P) orais de baixas doses podem ser utilizados por hipertensas leves, com idade inferior a 35 anos, bem controladas clinicamente, não fumantes, e sem evidências de lesão orgânica ou vascular;
2. Contraceptivos só de progestágenos (P) podem ser usados por hipertensas bem controladas clinicamente;
3. Anticoncepcionais com estrógeno devem ser evitados sempre que possível;
4. A hipertensão arterial não contraindica o uso de DIU;
5. Métodos comportamentais e de barreira podem ser usados pelas hipertensas, porém, levando-se em conta sempre a menor eficácia desses métodos.

#### **V.5- HIPOTIREOIDISMO GESTACIONAL OU SUBCLÍNICO:**

- ✓ Reavaliar necessidade de manter a levotiroxina;
- ✓ Estimular amamentação e controle de peso;
- ✓ Orientar sobre avaliação anual da função tireoidiana (na ausência de sintomas).

#### **V.5- HIPOTIREOIDISMO / HIPERTIREOIDISMO:**

- ✓ Reavaliar função tireoidiana e ajustar levotiroxina;
- ✓ Estimular a amamentação e controle de peso.

	Doc. Nº 01
<b>PROTOCOLO DE REVISÃO PÓS-PARTO – CAISM/UNICAMP</b>	
Data de emissão: set/2020	

#### V.6- RETROVIROSE:

- ✓ Checar a suspensão da amamentação;
- ✓ Discutido no protocolo de retrovírose.

#### V.7- LES:

- ✓ Reavaliar a função renal nas pacientes que apresentaram alteração durante a gestação.

MAC:

1. Preferir: preparados com progestágenos (P) isolados e o dispositivo intrauterino de LNG;
2. Os estroprogestativos (E+P) são contraindicados, principalmente na presença de doença vascular/ renal ou com anticorpo antifosfolípídico;
3. Se houver uso de drogas imunossupressoras, o DIU de cobre também deve ser evitado.

#### V.8- SAAF:

MAC

1. Preferir: DIU de cobre;
2. Os estroprogestativos (E+P) são contraindicados;
3. Considerar: progestágenos puros e o dispositivo intrauterino de LNG

#### V.9- ÓBITO FETAL:

- ✓ Checar resultado de necropsia do OF e estudo AP da placenta;
- ✓ Avaliar consulta com a genética (vale também para os malformados com óbito neonatal).

Elaborado por: Isabela Nelly Machado e Tábata Regina Zumpano dos Santos	Data: 09/2020
Aprovação Direção: Helaine Milanez	Data: 30/09/2020

- ✓ Discutido no protocolo de óbito fetal.