



COMUNICAÇÕES LIVRES

ACRETISMO PLACENTÁRIO

MESA REDONDA 1

CL (25717) - INQUÉRITO NACIONAL SOBRE A PATOLOGIA DO ESPECTRO DO ACRETISMO PLACENTAR (PAS) EM PORTUGAL

Joana Rodrigues^{1,2}; Pedro Viana Pinto^{2,3}; Sofia Bessa Monteiro^{1,2}

1 - Serviço de Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de São João; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 3 - Serviço de Ginecologia, Unidade Local de Saúde de São João

Resumo

Introdução: A Patologia do Espectro do Acretismo Placentar (PAS) apresenta uma incidência crescente, paralela com o aumento das taxas de cesariana, sendo uma das principais causas de hemorragia obstétrica grave e morbimortalidade materna. A abordagem multidisciplinar por equipas experientes, inseridas em centros com recursos dedicados, associa-se a melhores desfechos maternos e fetais.

Objectivos: Caracterizar a organização e prática clínica relacionadas com a PAS nos Serviços de Obstetrícia portugueses.

Metodologia: Inquérito nacional online, enviado aos Diretores de Serviço de Obstetrícia de todo o país. Foram recolhidos dados de atividade obstétrica entre 2020-2024 e dados da casuística de PAS de cada Serviço.

Resultados: Obtiveram-se 12 respostas (do total de 43 Serviços de Obstetrícia), das quais 10 completas e 2 parciais. A média anual de partos por instituição foi de 2205, variando entre 379 e 4146. A taxa de cesariana variou entre 23-43%, com uma média global de 29,8% em 2020 e 32,4% em 2024. As instituições reportaram um total de 107 casos de PAS nos 5 anos analisados (72 FIGO1, 16 FIGO2 e 19 FIGO3), sendo que o centro com mais casos tratou 29 doentes. A histerectomia sem tentativa de remoção da placenta foi a abordagem mais frequente. Apenas três centros trataram mais de 10 casos no período em estudo; dos restantes, apenas quatro orientaram as grávidas para outras unidades hospitalares.

Conclusões: A PAS manteve uma incidência baixa nas unidades hospitalares portuguesas. A taxa de referenciação destas doentes foi baixa, pelo que a maioria dos centros continua a lidar com poucos casos. A taxa de cesarianas tem vindo a aumentar gradualmente nos hospitais públicos portugueses, pelo que a incidência destes casos tenderá a aumentar, tornando a referenciação para equipas multidisciplinares ainda mais importante. Embora nem todos os centros tenham descrito o tipo de tratamento efetuado, a cesariana com histerectomia continua a ser o tratamento mais realizado.

Palavras-chave: Acretismo, PAS, Inquérito



CRESCIMENTO FETAL

MESA REDONDA 2

CL (25722) - ECOGRAFIA PRECOCE ÀS 28 SEMANAS EM GRÁVIDAS COM RASTREIO POSITIVO PARA PRÉ-ECLÂMPسيا: VALOR NA DETECÇÃO DE RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL

Carlota Pacheco¹; Rita Figueiredo^{2,3}; Marina Moucho^{2,3}

1 - Hospital de São Francisco Xavier, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; 2 - Serviço de Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de São João; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Resumo

Introdução: Grávidas com rastreio positivo para pré-eclâmpsia no primeiro trimestre apresentam maior risco de insuficiência placentária e de restrição de crescimento fetal (RCF). A identificação precoce de alterações do crescimento pode permitir otimizar a vigilância e o planeamento do parto. Contudo, o benefício adicional de uma ecografia precoce às 28 semanas, além das avaliações de rotina às 30–32 semanas e entre as 34–36 semanas, permanece incerto.

Objectivos: Avaliar a capacidade da ecografia das 28 semanas em prever RCF (percentil de peso ao nascimento <10), comparando o seu desempenho com as ecografias das 30–32 semanas e entre as 34–36 semanas em grávidas com rastreio de pré-eclâmpsia positivo.

Metodologia: Estudo retrospectivo, incluindo grávidas com rastreio positivo para pré-eclâmpsia no ano de 2024, registo de percentil de peso fetal estimado às 28, 30–32 e 34–36 semanas, e percentil de peso ao nascimento. O desfecho principal foi P<10 ao nascimento. Foram calculadas as áreas sob a curva ROC (AUC) para período de avaliação e respetivos intervalos de confiança (IC95%).

Resultados: Percentil <10 foi observado em 0,8% às 28 semanas (1/128), 5,6% às 30–32 semanas (10/179), 14,8% entre as 34–36 semanas (22/149) e 16,2% ao nascimento (30/185). As AUCs foram de 0.496 (0.330–0.661) às 28 semanas, 0.950 (0.862–1.000) às 30–32 semanas e 0.827 (0.590–1.000) entre as 34–36 semanas.

Conclusões: Em grávidas com rastreio positivo para pré-eclâmpsia, a ecografia das 28 semanas demonstrou capacidade preditiva inferior à das 30–32 semanas na identificação de fetos com EPF<P10. Estes resultados levantam a discussão sobre a relevância da avaliação ecográfica sistemática adicional às 28 semanas, devendo ser considerada de forma individualizada, particularmente em contextos de maior risco de insuficiência placentária, e não apenas pelo rastreio positivo de PE no 1º trimestre.

Palavras-chave: restrição de crescimento fetal, rastreio positivo de pré-eclâmpsia, ecografia obstétrica



DIABETES GESTACIONAL

MESA REDONDA 7

CL (25698) - DIABETES GESTACIONAL PRECOCE: MAIS RISCO METABÓLICO, A MESMA SEGURANÇA OBSTÉTRICA?

Raquel Gomes Soares¹; Ana Rui Pinto¹; Joana Torres Silva¹; Eva Ferreira¹; Marta Barbosa¹; Carla Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Resumo

Introdução: O diagnóstico de diabetes gestacional (DG) no primeiro trimestre tem suscitado debate, pela incerteza quanto ao seu valor prognóstico e critérios de diagnóstico. Encontra-se em curso uma revisão desses critérios, não publicada, mas progressivamente adotada, que procura equilibrar deteção precoce e sobrediagnóstico.

Objectivos: Comparar características maternas, desfechos obstétricos e neonatais entre grávidas com DG diagnosticada no 1.º trimestre (G1) e pela PTGO no 2.º trimestre (G2), e avaliar o possível impacto da revisão diagnóstica em curso.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu 595 grávidas com DG vigiadas num hospital terciário (jan/2023-jun/2025). Excluíram-se diabetes prévia, gravidez múltipla e cirurgia bariátrica. Compararam-se G1 e G2. Posteriormente, aplicaram-se os novos critérios propostos, excluindo grávidas com glicemia em jejum 92–99mg/dL sem fatores de risco, por ausência de reavaliação que confirmasse o diagnóstico.

Resultados: G1 representou 57,1% (n=340) e G2 42,9% (n=255). As grávidas do G1 apresentaram IMC superior (31,2 vs. 28,9 kg/m²; p<0,001), mais antecedentes de DG, maior necessidade de terapêutica farmacológica (41,8% vs. 23,1%; p<0,001), mais consultas de nutrição e menor ganho ponderal (8,5 vs. 11,0kg; p<0,001). Não se observaram diferenças na frequência de parto pré-termo, cesariana ou reclassificação metabólica pós-parto. A incidência de macrosomia, recém-nascidos leves para a idade gestacional e hipoglicemia neonatal foi semelhante entre grupos. Segundo os novos critérios, 138 grávidas (40,6%) do G1 deixariam de preencher critérios de DG, por ausência de reavaliação glicémica; considerando essa exclusão teórica, as diferenças metabólicas entre grupos mantiveram-se sem alteração dos desfechos.

Conclusões: As grávidas com DG diagnosticada no primeiro trimestre apresentaram um perfil metabólico mais desfavorável, contudo, sem agravamento dos resultados perinatais. A aplicação dos critérios propostos reduz os diagnósticos neste período, sem impacto adverso nos desfechos. Estes resultados reforçam a relevância da revisão em curso e sugerem que a deteção e intervenção atempadas, com acompanhamento nutricional adequado, poderão otimizar os resultados em grávidas com DG precoce.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Resultados perinatais, Diagnóstico precoce, Revisão diagnóstica



GRAVIDEZ MÚLTIPLA

MESA REDONDA 3

CL (25670) - INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO EM GÊMEOS, A CORIONICIDADE IMPORTA?

Laura Gomes¹; Inês Marques Pereira¹; Júlia Sereno¹; Marta Pedro¹; Raquel Lopes Casal¹; Alexandra Queirós¹; Teresinha Simões¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS São José

Resumo

Introdução: A indução de trabalho de parto (ITP) em gravidezes gemelares é clinicamente desafiante pelo risco de complicações. A corionicidade é um determinante do prognóstico obstétrico e perinatal, mas os dados sobre o seu impacto na ITP permanecem limitados.

Objectivos: Avaliar se a corionicidade influencia o sucesso da indução e desfechos obstétricos e neonatais em gravidezes gemelares.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo de gravidezes gemelares submetidas a ITP entre 1994-2022, ≥34semanas completas, excluindo malformações, STFF e morte fetal. Resultados analisados por corionicidade (monocoriónicas – M; dicoriónicas – D). Tratamento estatístico: IBM SPSS® versão 29.

Resultados: Entre 2714 gravidezes gemelares, 581 foram induzidas (150M; 431D). O método predominante foi misoprostol oral 100mcg (87%). Os grupos foram semelhantes em idade materna, altura e nuliparidade. O IMC e a apresentação não cefálica do 2º gémeo foram ligeiramente inferiores no grupo M, sem significado estatístico. A idade gestacional média foi menor no grupo M (36.1 ± 0.8 vs 36.7 ± 0.9 sem; $p < 0.001$), assim como os pesos ao nascer (1º: 2355 ± 315 vs 2517 ± 323 g, $p < 0.001$ e 2º: 2312 ± 341 vs 2440 ± 330 g; $p < 0.001$). O parto vaginal do 1º gémeo ocorreu em 82,7% (M) e 84,2% (D; $p = 0,656$); partos combinados foram mais frequentes no grupo D (2,7% vs 5,3%; $p = 0,259$). As taxas de cesariana foram semelhantes (20,0%M vs 21,1%D; $p = 0,772$). Não houve diferenças no Apgar <7 aos 5 minutos (1.3% vs 1.2%; $p = 0.867$), na SDR (6.0% vs 6.3%, $p = 0,870$) ou na icterícia (14.0% vs 11%, $p = 0,168$). Ocorreu uma morte neonatal precoce de 2º gémeo no Grupo D associada a dificuldade na extração.

Conclusões: A ITP em gravidez gemelar tem altas taxas de sucesso e segurança independentemente da corionicidade, sem influência no modo de parto ou morbilidade neonatal. O parto do 2º gémeo é o mais momento crítico, sendo desejável a experiência da equipa em manobras obstétricas e extração pélvica do segundo feto.

Palavras-chave: indução de trabalho de parto, gravidez múltipla, corionicidade



PREMATURIDADE

MESA REDONDA 6

CL (25607) - DESFECHOS MATERNOS, OBSTÉTRICOS E NEONATAIS DA CERCLAGE CERVICAL DE ACORDO COM INDICAÇÃO CLÍNICA: A EXPERIÊNCIA DE QUATRO ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO

Rita Aguiar¹; Inês Antunes²; Fátima Palma²

1 - Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPR; 2 - Maternidade Alfredo da Costa, Unidade Local de Saúde de São José, EPR

Resumo

Introdução: A insuficiência cervical constitui uma causa relevante de parto pré-termo espontâneo e perda gestacional tardia. A cerclage cervical é uma intervenção eficaz na prevenção destas complicações, embora persistam incertezas relativamente à estratificação das indicações e ao impacto nos desfechos obstétricos e neonatais.

Objectivos: Caracterizar a população de grávidas submetidas a cerclage cervical num centro terciário e comparar desfechos maternos, obstétricos e neonatais de acordo com a indicação para o procedimento.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, unicêntrico, incluindo grávidas submetidas a cerclage cervical entre janeiro de 2021 e abril de 2025. As participantes foram divididas em quatro grupos segundo a indicação: A) história obstétrica (n=18), B) história e achados ecográficos (n=11), C) ecografia isolada (n=11) e D) cerclage emergente (n=11). Foram analisadas variáveis maternas, condições do procedimento, complicações e desfechos obstétricos e neonatais. Análise estatística realizada com SPSS®.

Resultados: A idade materna foi significativamente inferior no Grupo D (28,1±6,3 anos) comparada ao Grupo A (34±4,8 anos; $p=0,04$), com maior proporção de primigestas no Grupo D (81,8%; $p=0,02$). A cerclage foi realizada mais precocemente no Grupo A (15+4 semanas; $p<0,001$). O comprimento cervical pré-cerclage foi superior no Grupo A em relação aos demais ($p=0,001$), sem diferenças entre os Grupos C e D. Não se observaram diferenças significativas no comprimento cervical pós-procedimento ou distância dos fios ao OCE. O intervalo até ao parto foi significativamente menor no Grupo D ($p=0,006$), sem diferenças na idade gestacional ao parto (38+3 semanas), peso ao nascimento (3090g), taxa de parto pré-termo (25,5%), infeções neonatais (3,9%) ou necessidade de cuidados intensivos/intermédios (17,6%). A taxa de infeção materna foi 7,8% e não houve mortalidade neonatal.

Conclusões: A cerclage cervical associa-se a desfechos obstétricos e neonatais favoráveis e baixa taxa de complicações, independentemente da indicação. As cerclages eletivas apresentaram maior intervalo até ao parto em relação às emergentes, sem impacto negativo nos desfechos neonatais.



SALAS DE PARTO VERDES

MESA REDONDA 4

CL (25623) - SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM A EXPERIÊNCIA DE PARTO NA ULS BRAGA: INFLUÊNCIA DA INFORMAÇÃO PRÉ-NATAL E DOS DESFECHOS CLÍNICOS

Raquel Rodrigues¹; Liliana Alves²; Ana Luisa Duarte¹; Beatriz Vilas Boas¹; Catarina Cunha¹; Diana Fernandes¹; Alexandra Miranda¹

1 - Hospital de Braga; 2 - Escola de Medicina, Universidade do Minho

Resumo

Introdução: O parto é um evento marcante na vida da mulher, cuja vivência tem repercussões que vão além do pós-parto imediato. A satisfação com a experiência de parto é um indicador importante da qualidade dos cuidados de saúde, resultante da interação de fatores clínicos, psicológicos e contextuais. Embora a educação pré-natal estruturada contribua para experiências mais positivas, pouco se sabe sobre a influência de intervenções simples, como a distribuição de folhetos informativos.

Objectivos: Comparar a satisfação com a experiência de parto entre mulheres que receberam ou não o folheto informativo, considerando diferentes desfechos obstétricos e estratégias de preparação para o parto, bem como identificar potenciais preditores da satisfação materna.

Metodologia: Este estudo quase-experimental incluiu 133 puérperas com trabalho de parto espontâneo ou induzido na Unidade Local de Saúde de Braga, que responderam ao Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-2BR). As variáveis do estudo foram obtidas pelo questionário e pela consulta dos processos clínicos maternos e neonatais.

Resultados: O folheto informativo aumentou a satisfação global com a experiência de parto ($p = .037$), sobretudo ao reforçar a autocapacidade ($p = .001$) e a perceção de segurança ($p = .005$). O folheto também aumentou a satisfação materna global nos partos por cesariana ($p = .035$) e nas induções do trabalho de parto ($p = .005$). A combinação do curso de preparação para o parto e o folheto aumentou a autocapacidade em comparação com o curso isolado ($p = .014$). A duração do internamento ($\beta = -.297$), a episiotomia ($\beta = -.270$), a cesariana ($\beta = -.192$) e o folheto informativo ($\beta = .191$) foram preditores independentes da satisfação global com a experiência de parto.

Conclusões: A distribuição de folhetos informativos constitui uma estratégia simples, de baixo custo e fácil implementação, capaz de aumentar a satisfação materna com a experiência de parto e potenciar os benefícios da educação pré-natal estruturada.

Palavras-chave: Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-2BR), Curso de Preparação para o Parto, Folheto Informativo, Satisfação Materna com a Experiência de Parto



POSTERS

ACRETISMO PLACENTÁRIO

PO (25578) - PLACENTA PERCRETA – DIAGNÓSTICO ANTENATAL E ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR: UM CASO CLÍNICO

Benedita Queirós¹; Flávia Ribeiro¹; Carolina Pires¹; Maria Joana Silva¹; Sandra Soares¹; Luís Guedes-Martins¹

1 - Centro Materno-Infantil do Norte, ULS Santo António

Resumo

Introdução: A placenta acreta representa um espectro de anomalias da adesão placentária, caracterizado pela invasão anómala do trofoblasto no miométrio. Inclui-se a forma **acreta** (aderência superficial), **inacreta** (invasão no miométrio) e **percreta** (penetração até à serosa ou órgãos adjacentes, como a bexiga). A incidência tem aumentado paralelamente à taxa de cesarianas. Clinicamente, associa-se a dificuldade de realização do dequite, hemorragia grave e elevada taxa de histerectomia periparto.

Resultados: Grávida com 34 anos, G3P1011, com cesariana anterior, foi referenciada por placenta prévia com suspeita de invasão placentária. A ressonância magnética confirmou diagnóstico de placenta percreta. Foi programada cesariana eletiva às 35s5d, com equipa multidisciplinar. Após colocação de cateteres ureterais, realizou-se histerotomia lateral esquerda. Verificou-se placenta anterior firmemente aderente, com hemorragia significativa. A tentativa de descolamento resultou em laceração vesical extensa. Face à ausência de plano de clivagem, a equipa de urologia procedeu à dissecação vesical. Realizou-se histerectomia supracervical, totalizada por colpotomia. A doente evoluiu com choque hemorrágico, necessitando de protocolo de transfusão maciça e internamento em cuidados intensivos durante quatro dias. Teve alta ao 14.º dia pós-operatório, com recuperação favorável.

Conclusões: O acretismo placentário comporta risco materno significativo. O diagnóstico antenatal e o planeamento cirúrgico multidisciplinar são determinantes para minimizar complicações. A atuação em centros com experiência e capacidade de resposta transfusional adequada é fundamental.

Palavras-chave: placenta percreta, acretismo placentário, histerectomia periparto, hemorragia obstétrica, morbilidade materna

**PO (25598) - DIAGNÓSTICO INTRA-OPERATÓRIO DE PLACENTA ACRETA: A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO ECOGRÁFICO EM GRÁVIDAS COM CESARIANAS ANTERIORES**

Ana Rita Duarte¹; Ana S. Santos Martins¹; Luísa Andrade Silva¹; Sofia Domingues Martins¹; Vítor Moutinho Neto¹; Catarina Gomes Luís¹; Ana Paula De Campos¹; José Pinto De Almeida¹

1 - Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, ULS Arrábida

Resumo

Introdução: Uma grávida de 32 anos, natural da Índia, com antecedentes obstétricos de uma interrupção cirúrgica da gravidez e três cesarianas realizadas no país de origem, recorreu ao Serviço de Urgência às 36 semanas por contratilidade regular. Era portadora de três ecografias que descreviam uma placenta posterior, sem alterações de relevo. Foi submetida a cesariana urgente. Após a extração fetal e aquando da dequitação, constatou-se ausência de plano de clivagem entre a placenta e a parede uterina posterior, à qual esta se encontrava anormalmente aderente. Verificou-se hemorragia ativa imediata e profusa com origem no leito placentar e parede uterina posterior. Não aparentava existir invasão da serosa uterina. Foi feito o diagnóstico intra-operatório de acretismo placentar e procedeu-se a histerectomia periparto com a placenta in situ. Por instabilidade hemodinâmica houve a necessidade de suporte aminérgico e transfusão de 4 unidades de concentrado eritrocitário.

O acretismo placentário está associado a elevada morbimortalidade materna, sobretudo na ausência de diagnóstico anteparto. O rastreio ecográfico assume particular importância nomeadamente em grávidas com cesarianas anteriores, sendo o risco proporcional ao número de cesarianas e sendo a localização anterior da placenta a mais frequente. O diagnóstico pré-natal permite a otimização pré-operatória da grávida e a referenciação da mesma para um centro de referência com vista ao planeamento operatório e ao maior sucesso terapêutico.

Conclusões: Este caso clínico evidencia como o rastreio ecográfico do espectro de acretismo placentar é essencial para identificar casos de risco e permitir a referenciação atempada para um centro diferenciado. Associadamente, a grávida deve ser informada da possível necessidade da realização de histerectomia. A cesariana deve ser realizada de modo eletivo e num bloco operatório central com acesso a equipas multidisciplinares e o planeamento cirúrgico adequado é determinante para a redução da morbimortalidade materna.

Palavras-chave: acretismo placentar, histerectomia periparto



PO (25649) - RETENÇÃO PLACENTÁRIA APÓS UM PARTO VAGINAL: UM CASO DE ACRETISMO PLACENTÁRIO INESPERADO

Margarida Maurício¹; Joana Regino¹; Ana Patrícia Soares¹; Mariana Mouraz¹; Ana Isabel Sousa¹

1 - ULS- Viseu Dão Lafões

Resumo

Introdução: O acretismo placentário é uma etiologia pouco frequente de retenção da placenta (ausência de dequitação 30 minutos após o parto) e está associado a morbimortalidade significativa. A dequitação manual interna (DMI), considerada tratamento de primeira linha na retenção, pode precipitar um quadro de hemorragia pós-parto grave em casos de acretismo.

Objectivos: Sensibilização para o acretismo placentário como etiologia de retenção placentária.

Metodologia: Descrição de um caso de retenção placentária por acretismo placentário sem suspeita diagnóstica pré-natal e sem fatores de risco.

Resultados: Grávida de 33 anos, saudável, gravidez espontânea. Gesta 2 para 1, parto vaginal há 5 anos, sem intercorrências. Na ecografia do 3º trimestre, descrita placenta posterior. Admitida às 40 semanas e 6 dias em trabalho de parto, culminando num parto eutócico com laceração perineal de segundo grau. Iniciadas medidas de condução ativa do terceiro estadio do parto: massagem uterina externa e tração controlada do cordão umbilical. Quarenta minutos após o parto, verificaram-se perdas hemáticas aumentadas e hipotensão arterial. Foram iniciadas as medidas gerais de controlo de hemorragia pós-parto. Efetuada DMI, dificultada pela ausência de plano de clivagem uteroplacentário, com extração de placenta fragmentada. Face à persistência de restos placentários e hemorragia ativa, realizou-se esvaziamento uterino com cureta ecoguiado, sob sedação. Alta para o domicílio em D2 pós-parto, com boa evolução puerperal e após confirmação ecográfica de vacuidade uterina. O exame anatomopatológico descreve uma placenta no espectro do acretismo, estadio 1 da FIGO.

Conclusões: Mesmo em gestações de baixo risco, a dificuldade na dequitação e a hemorragia persistente devem levantar a suspeita de acretismo placentário. A suspeita intraparto, perante dificuldade na DMI e hemorragia impõe uma abordagem criteriosa e rápida. No caso apresentado, foi possível a resolução rápida e bem-sucedida na Sala de Partos, sem necessidade de intervenções adicionais e sem prolongamento do tempo de internamento pós-parto habitual.

Palavras-chave: Retenção placentária, Acretismo placentário, Hemorragia pós-parto, Parto vaginal



PO (25720) - O PESO DAS CICATRIZES: PLACENTA ACRETA APÓS MÚLTIPLAS CESARIANAS

Catarina Cunha¹; Diana Fernandes¹; Joana Igreja Silva¹; Maria Luísa Cardoso¹

1 - ULS Braga

Resumo

Introdução: O acretismo placentário consiste numa adesão anómala da placenta ao miométrio, sendo uma importante causa de hemorragia materna grave, histerectomia periparto e morbimortalidade materno-fetal. A incidência tem aumentado paralelamente à taxa de cesarianas, sobretudo em casos de placenta prévia.

Objectivos: Apresentar um caso clínico de acretismo placentário associado a múltiplas cesarianas prévias.

Metodologia: Descrição de caso baseada em dados do processo clínico.

Resultados: Grávida, 42 anos, 9G6P (2 partos eutócicos, 4 cesarianas) com antecedentes de trombofilia hereditária - mutação do Fator V Leiden em homozigotia, da MTHR e gene protrombina em heterozigotia - sem hipocoagulação na gravidez. Na ecografia morfológica (22s+3d) descrita placenta prévia central total.

Foi transferida da ULSAM para a ULSB às 26s+1d por RPM-PT e hemorragia vaginal, tendo iniciado hipocoagulação e cumprido protocolo de MPF e antibioterapia.

Ecograficamente, à admissão, apresentava achados sugestivos de acretismo placentário mais evidentes na região da cicatriz de cesariana. A RM corroborou essa suspeita, não excluindo placenta increta.

Manteve vigilância em internamento e programada terminação da gravidez às 32s.

Devido a intercorrência aguda (hemorragia abundante/início de trabalho de parto), decidida cesariana emergente às 31s+5d. Conforme os achados intra-operatórios, foi assumida uma abordagem conservadora. Após extração da placenta e revisão da cavidade, constatada hemorragia abundante a nível ístmico. Tentativa de controlo hemorrágico com Balão de Bakri, sem sucesso. Realizada histerectomia total com salpingectomia bilateral, sem complicações. Necessidade de ativação do protocolo de hemorragia maciça intra-operatória e transferência para UCI. No pós-operatório sem intercorrências. Teve alta ao D6 de puerpério.

O estudo anatomopatológico da placenta confirmou acretismo placentar, associado a lesões de corioamniotite e vasculite agudas.

Conclusões: Este caso evidencia o risco substancial associado a múltiplas cesarianas e à gravidade das suas complicações, reforçando a importância do diagnóstico e planeamento precoces.

A histerectomia intraparto, quando necessária, constitui uma intervenção life saving, destacando a necessidade de equipas experientes e protocolos bem definidos.



CRESCIMENTO

FETAL

PO (25576) - DESEMPENHO DO RASTREIO DE RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL: REALIDADE DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Maria Luísa Pires¹; Rita Costa Gaspar¹; Ana Filipa David¹; Rafaela Patinha¹; Inês Filipe Gouveia¹; Maria Boia¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Resumo

Introdução: Os recém-nascidos (RN) com restrição de crescimento fetal (RCF) apresentam um risco aumentado de mortalidade e morbilidade perinatal, como tal, o seu diagnóstico precoce, abordagem e orientação multidisciplinares são fundamentais.

Objectivos: Avaliar o desempenho do rastreio de RCF realizado no 1º trimestre em gestações unifetais com rastreio realizado entre outubro de 2024 e março de 2025 na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro (ULSRA).

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo e longitudinal de 91 gestações com rastreio positivo para restrição de crescimento fetal do 1º trimestre (definido como risco superior a 1/100) e com parto ocorrido até 30 de setembro de 2025 na ULSRA. Foram utilizadas as curvas de crescimento de Hadlock B (perímetro abdominal, perímetro cefálico e comprimento femoral) através do software ASTRAIA e [Fetal Biometry Calculator 3.1 do Perinatology](#). Foi ainda avaliado o número de RN com RCF e leves para a idade gestacional (LIGs) nascidos neste período (n=115).

Resultados: Neste período foram registados 91 rastreios com resultado positivo, dos quais 12 foram excluídos por falta de seguimento em consulta hospitalar ou por gravidez não evolutiva. Da amostra (n=79), 20.3% gestações resultaram em LIGs e 11.4% em RN com RCF. Foi possível aferir uma sensibilidade de aproximadamente 68%. Das grávidas com RN classificados como RCF/LIG ao nascimento, 48% não apresentava fatores de risco para pré-eclâmpsia, pelo que não cumpriram profilaxia com ácido acetilsalicílico 150 mg (AAS). Neste grupo, 18.4% das gestações resultaram em RCF, contrastando com 14.6% no grupo de grávidas que cumpriu terapêutica. Uma maior incidência de LIG foi registada no grupo que não cumpriu AAS (23.7% vs 17.1%).

Conclusões: O rastreio de RCF no 1.º trimestre demonstrou boa sensibilidade, reforçando o seu valor na prática clínica. A maior incidência de RCF e LIG em grávidas sem profilaxia com AAS sugere benefícios em reavaliar a pertinência e elegibilidade para esta terapêutica.

Palavras-chave: Restrição de crescimento fetal, Leves para a idade gestacional, Rastreio



PO (25587) - OBESIDADE PRÉ-CONCECIONAL E MACROSSOMIA FETAL: A IMPORTÂNCIA DO PESO MATERNO ANTES DA GRAVIDEZ

Ana Do Carmo Pinheiro¹; Andreia Fonseca¹; Ana Rita Agostinho¹; Bruna Cardoso¹; Leonor Ramos¹; Mariana Gaspar¹

1 - ULS Almada-Seixal

Introdução: A obesidade pré-concecional constitui um problema crescente de saúde pública, estando reconhecida como fator de risco para macrossomia fetal (peso ao nascer $\geq$ 4000 g), a qual se associa a complicações maternas e neonatais amplamente conhecidas. Compreender esta relação é essencial para otimizar o acompanhamento pré-concecional e a vigilância obstétrica.

Objectivos: Avaliar a influência da obesidade pré-concecional na ocorrência de macrossomia fetal.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo com 85 grávidas de termo, das quais 46 apresentaram recém-nascidos macrossómicos (nascidos entre abril-setembro de 2025 na ULS Almada-Seixal) e 39 recém-nascidos não macrossómicos (grupo controlo). Excluíram-se grávidas sem dados de IMC pré-concecional, gravidezes múltiplas e recém-nascidos leves/restritos para a idade gestacional. As participantes foram classificadas segundo o IMC pré-concecional: normal (18.5-24.9 kg/m²), excesso de peso (25-29.9 kg/m²) e obesidade ($\geq$ 30 kg/m²). Utilizou-se o teste do qui-quadrado para avaliar associações.

Resultados: Grávidas com IMC pré-concepcional $\geq$ 25 kg/m² **apresentaram associação estatisticamente significativa com macrossomia** (RR 1.92, IC95% 1.25-2.96, $p < 0.05$). Na análise estratificada por classe de IMC, apenas a obesidade manteve associação com diferença estatisticamente significativa (**RR 2.3**, IC95% 1,50–3,53, $p < 0.05$). Após exclusão de grávidas com diabetes gestacional ou prévia, a obesidade manteve-se como fator de risco independente para macrossomia (RR 2.48, IC95% 1,55–3,95, $p < 0.05$). O aumento ponderal adequado nas grávidas obesas ($\geq$ ou < 9 kg), associou-se a menor risco de macrossomia, mas sem diferença estatisticamente significativa (RR 0.61, IC95% 0,38–1,14, $p = 0.15$).

Conclusões: A **obesidade pré-concecional** revelou-se um **fator de risco independente** para macrossomia fetal. O **controlo ponderal adequado durante a gravidez** mostrou tendência protetora, reforçando a importância da **otimização do peso materno pré-concecional** e do **acompanhamento nutricional individualizado** durante a gravidez.

Palavras-chave: Macrossomia, Obesidade pré-concecional



PO (25588) - RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL, PRÉ-ECLÂMPsia E SÍNDROME DE JACOBS: IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Raquel Santos¹; Joana Santos¹; Diogo Cunha¹

1 - ULSAAVE - Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

Resumo

Introdução: A restrição de crescimento fetal (RCF) é uma condição em que o feto não atinge o seu potencial de crescimento, associando-se a elevada morbimortalidade perinatal. A etiologia é multifactorial, apesar da insuficiência uteroplacentar ser uma das causas mais frequentes.

Objectivos: O objetivo deste caso clínico é descrever a avaliação etiológica da RCF, o papel da insuficiência útero-placentar e a sua manifestação fenotípica (RCF e/ou pré-eclâmpsia precoce) e a importância da discussão multidisciplinar dos achados encontrados ao longo da investigação.

Metodologia: Apresentação de um caso clínico.

Resultados: Grávida de 28 anos, primigesta, obesidade classe II, referenciada à consulta de diagnóstico pré-natal por rastreio combinado do 1º trimestre com risco *borderline*. Casal recusa estudo invasivo. Ecografia morfológica revelou ossos longos <P5 e dilatação pielocalicial. Após aconselhamento, realizou amniocentese (QF-PCR, Array e painel de displasias esqueléticas) e ecocardiograma fetal. Como intercorrência, a destacar diabetes gestacional controlada com dieta.

Às 29 semanas: EPF <P0.3, ossos curtos, dilatação pielocalicial e suspeita de hipospádias. O estudo Array revelou 47,YYY (síndrome de Jacobs) - sem relação com os achados ecográficos, após discussão com genética médica. Realizado exoma mitocondrial, com resultado normal.

Às 31 semanas, desenvolveu pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade (rácio sFlt1/PIGF 351.9). Internada às 32 semanas por agravamento tensional e rácio crescente (644), realizou maturação pulmonar. Manteve-se clinicamente estável, com ICP <P5. Cesariana eletiva às 34 semanas, RN com 1235 g, Apgar 8/9/9, internado na UCIN por prematuridade, baixo peso, hipospádia e sépsis tardia, com boa evolução até à alta.

Conclusões: A RCF é um desafio no diagnóstico e vigilância fetal, que requer uma abordagem multidisciplinar. A insuficiência útero-placentar tem um papel importante na RCF e Pré-eclâmpsia precoce. A identificação precoce e vigilância adequada são determinantes no prognóstico fetal e materno. Ao longo da investigação, podem surgir achados, como o Síndrome de Jacobs, que devem ser orientados por equipas multidisciplinares.

Palavras-chave: Restrição de Crescimento Fetal, Pré-eclâmpsia, Síndrome Jacobs, Insuficiência Uteroplacentar



PO (25591) - PEQUENOS, PREMATUROS E EM RISCO: QUEM APRESENTA UM ÍNDICE DE APGAR BAIXO NOS PRIMEIROS MINUTOS DE VIDA?

Francisco Duarte¹; Catarina Pedro¹; Nuno Nogueira Martins¹; Ana Isabel Sousa¹

1 - Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

Resumo

Introdução: O crescimento fetal adequado é fundamental para a adaptação à vida extrauterina. O baixo peso ao nascer é um fator de risco para baixo Índice de Apgar (IA) e necessidade de cuidados perinatais diferenciados.

Objectivos: Investigar a relação entre o peso ao nascer, a prematuridade e o tipo de parto com IA<7 ao 1º e 5º minutos.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional dos nascimentos de gestações unifetais no Serviço dos autores, em 2024. O peso ao nascer categorizou-se em ≤2500g (baixo peso), 2501–3999g (peso adequado) e ≥4000g (macrossomia). Os tipos de parto classificaram-se como eutócico, ventosa, fórceps e cesariana. A prematuridade definiu-se como idade gestacional inferior a 37 semanas. A análise estatística utilizou o SPSS®.

Resultados: Verificaram-se 1775 nascimentos unifetais, dos quais 113 (6.4%) tinham baixo peso, 1581 (89.1%) peso adequado e 81 (4.5%) macrossómicos.

O IA<7 ao 1º minuto ocorreu em 67 recém-nascidos (3.8%) e ao 5º minuto em 8 (0.5%).

49.9% dos partos foram eutócicos, 18.6% instrumentados com ventosa, 1.1% com fórceps e 30.4% foram cesarianas. Existiram 91 partos prematuros (5.1%)

A prematuridade associou-se a maior risco de IA<7 ao 1º minuto (20.9%; $p<0,001$) e ao 5º minuto (25%; $p=0,011$). O baixo peso ao nascer associou-se significativamente com IA<7 ao 1º minuto (22.4%; $p<0,001$). A instrumentação com ventosa e a cesariana associaram-se a maior ocorrências de IA<7.

Na regressão logística multivariável, prematuridade (OR 2,87; $p=0,011$), baixo peso (OR 2,82; $p=0,010$) e parto por ventosa (OR 5,85; $p<0,001$) mantiveram efeito independente sobre IA<7 ao 1º minuto.

Conclusões: A prematuridade, o baixo peso ao nascer e a instrumentação com ventosa mostraram-se fatores independentes para um IA<7 ao 1º minuto, indicando menor adaptação imediata à vida extrauterina. A avaliação do crescimento fetal é importante para identificar fetos com maior probabilidade de necessitarem de cuidados perinatais mais diferenciados e otimizar os desfechos neonatais.

Palavras-chave: Crescimento fetal, Índice de Apgar, Prematuridade, Baixo peso ao nascer, Parto instrumentado



PO (25602) - RESTRIÇÃO PRECOCE DE CRESCIMENTO FETAL ASSOCIADA A MOSAICISMO PLACENTAR PARA A TRISSOMIA 16: RELATO DE CASO

Maria Fedchenko¹; Joana Gomes Augusto¹; Joana Torres Silva¹; Jorge Castro²; Ana Grangeia³; Conceição Brito¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho; 2 - Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga; 3 - Unidade Local de Saúde de São João

Resumo

Introdução: A trissomia 16, considerada letal nas fases precoces da gestação, tem sido associada a várias manifestações clínicas e diferentes prognósticos. O mosaicismo de trissomia 16 confinado à placenta constitui um fator de risco para maus desfechos obstétricos, nomeadamente, restrição de crescimento fetal, morte fetal intrauterina, pré-eclâmpsia, parto pré-termo, morte neonatal, atraso do desenvolvimento, cardiopatia congénita e outras anomalias.

Objectivos: Apresentar o caso clínico de um feto com restrição precoce de crescimento fetal com mosaicismo placentário para trissomia 16.

Metodologia: Recolha e apresentação de dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos.

Resultados: Trata-se do caso de uma primigesta de 35 anos, sem antecedentes médicos nem obstétricos de relevo, que apresentou no rastreio combinado do primeiro trimestre um risco aumentado para as três principais trissomias (13, 18 e 21). Por opção materna, foi realizada biópsia das vilosidades coriônicas cujo estudo identificou uma trissomia 16. Após discussão com o casal, proposta amniocentese cujo microarray não detetou variação do número de cópias, confirmando assim uma trissomia 16 confinada à placenta. Na ecografia das 21 semanas, foi diagnosticada restrição de crescimento fetal com um peso fetal estimado de 223 gramas e fluxo diastólico ausente na artéria umbilical, sem outras alterações ecográficas. Perante a conjugação dos achados citogenéticos e ecográficos, o prognóstico fetal foi considerado desfavorável e o casal optou pela interrupção médica da gravidez.

Conclusões: A trissomia 16 confinada a placenta constitui um importante fator de risco para restrição de crescimento fetal e exige uma vigilância ecográfica mais frequente.

Palavras-chave: Restrição de crescimento fetal, Trissomia 16, Mosaicismo placentar, Diagnóstico pré-natal



PO (25605) - DESAFIOS NA SUSPEITA DE MACROSSOMIA FETAL: VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA E IMPACTO OBSTÉTRICO

Mariana Bandeira¹; Viviana Cunha¹; Ana Rita Matos¹; Adriana Oliveira¹; Soraia Cunha¹; Paula Pinheiro¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Resumo

Introdução: A macrossomia fetal associa-se a maior morbilidade materna e neonatal, incluindo distócia de ombros, hemorragia pós-parto e aumento da taxa de cesarianas. Contudo, a capacidade preditiva da suspeita antenatal de macrossomia é limitada, conduzindo frequentemente a intervenções obstétricas nem sempre confirmadas após o nascimento.

Objectivos: Avaliar, numa população de grávidas com suspeita de macrossomia fetal, a proporção de casos confirmados ao nascimento, os fatores de risco maternos e obstétricos associados e os desfechos maternos e neonatais imediatos.

Metodologia: Estudo retrospectivo e observacional que incluiu todas as grávidas com suspeita de macrossomia seguidas na ULS do Alto Minho, entre 2015 e 2024 (n=180). Recolheram-se variáveis maternas (idade, IMC, diabetes gestacional, paridade), obstétricas (idade gestacional, tipo de parto) e neonatais (peso ao nascimento, percentil, Apgar). Definiu-se macrossomia como peso ao nascimento $\geq 4.000\text{g}$. A análise estatística incluiu estatística descritiva, testes de associação e regressão logística multivariada.

Resultados: A macrossomia confirmou-se em 38,3% dos casos suspeitos. A idade gestacional foi significativamente superior nos recém-nascidos com macrossomia (39,7 vs. 39,2 semanas), sendo que cada semana adicional quase triplicou o risco (OR=2,82; p=0,002). O IMC materno não se associou globalmente à macrossomia, mas a análise multivariada demonstrou que a obesidade aumentou cerca de quatro vezes o risco comparativamente ao IMC normal (p=0,018). Observou-se maior frequência de cesarianas (45,8%) nos casos de macrossomia. Não se verificaram associações significativas com idade materna, paridade, sexo fetal ou diabetes gestacional. Os índices de Apgar e as complicações neonatais imediatas foram semelhantes entre grupos.

Conclusões: A suspeita antenatal de macrossomia confirmou-se em apenas um terço dos casos. A obesidade materna, idade gestacional mais avançada e maior taxa de cesarianas foram os fatores associados, sem impacto nos desfechos neonatais imediatos. Estes resultados reforçam a necessidade de uma abordagem prudente e individualizada na decisão de induzir o parto ou realizar cesariana em contexto de suspeita de macrossomia.



PO (25629) - ALTERAÇÕES NO DOPPLER DA ARTÉRIA UMBILICAL EM FETOS COM CRESCIMENTO ADEQUADO: UMA CONTRADIÇÃO CLÍNICA?

Júlia Quiterres¹; Inês Garcia Nunes¹; Rute Branco¹; Joaquim Fonseca¹; Ana Paula Santos¹; Ana Paula Ferreira¹

1 - Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Resumo

Introdução: A avaliação do crescimento fetal e da perfusão placentária através do Doppler da AU é essencial na vigilância pré-natal. Valores elevados do IP da AU estão frequentemente associados a insuficiência placentária e RCF. No entanto, alguns fetos apresentam IP aumentado apesar de uma EPF adequada, levantando questões quanto ao significado clínico e prognóstico deste achado.

Objectivos: Caracterizar as grávidas e os desfechos perinatais em fetos com crescimento adequado e IP da AU > P95.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo de 15 grávidas com gravidez unifetal e fetos com EPF > P10 e IP da AU > P95, acompanhadas entre 2015 e 2025 num hospital terciário.

Resultados: A idade materna média foi de 35,7 anos. A HTAc foi a comorbilidade mais frequente e a PE ocorreu em 33,3% dos casos. As alterações do Doppler foram detetadas em média às 29 semanas. O percentil médio da EPF foi 21,4; 80% apresentavam ICP < P5; 33,3% IP da ACM < P5 e 20% IP da AU > P95. Um feto evoluiu para LIG, três para RCF grau 1, um para RCF grau 2 e dois para RCF grau 3. Em nenhum deles se verificou normalização do doppler da AU em ecografias subsequentes. Registou-se ainda uma morte fetal às 28 semanas. A idade gestacional média do parto foi 32 semanas e 3 dias. Foi realizada cesariana em 73% dos casos, sendo que cerca de metade foi em contexto de urgência. O peso médio ao nascimento foi 1559,2g, do Apgar aos 5min foi 8,5 e 40% foram admitidos na unidade de cuidados intensivos neonatais.

Conclusões: A alteração no Doppler da AU em fetos com crescimento adequado parece associar-se a maior risco de complicações, incluindo RCF e parto pré-termo. A ausência de normalização dos parâmetros doppler e o registo de uma morte fetal reforçam a necessidade de vigilância mais rigorosa.

Palavras-chave: Artéria Umbilical Única, Doppler, Ecografia



PO (25632) - CONTRIBUIÇÃO DA RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL NA MORTALIDADE PERINATAL - UM ESTUDO. RETROSPECTIVO

Inês Limpo¹; Daniela Encarnação¹; Catarina Mendonça Sabbo¹; Carla Granja¹; Virgílio Flôr¹; Fernando Guerreiro¹

1 - ULS Algarve - Unidade de Portimão

Resumo

Introdução: A mortalidade perinatal é um forte indicador de avaliação do nível de saúde de uma população e da qualidade dos cuidados de saúde materno-infantis. A restrição do crescimento fetal (RCF) constitui uma complicação gestacional frequente, estando associada a morbimortalidade fetal e neonatal.

Objectivos: Quantificar a taxa de mortalidade perinatal (TMP) dos Serviços de Obstetrícia e Pediatria da ULS Algarve – Unidade de Portimão ao longo dos últimos 10 anos (entre 2015 e 2024); conhecer as principais causas de mortalidade perinatal nos serviços; caracterizar os fatores maternos, obstétricos e fetais dos nados-mortos com RCF como causa de morte perinatal.

Metodologia: Foram incluídos todos os fetos mortos de gestações superiores a 28 semanas bem como nados-vivos que faleceram antes de completar 7 dias (43 casos) e excluídos os casos de interrupção médica da gravidez. Foram consultados registos clínicos, Boletins de Saúde da Grávida e relatórios de autópsia (quando disponíveis), calculados os percentis de peso à data do nascimento com a *Calculadora V2021 Fetal Medicine Barcelona* e classificadas as causas de morte segundo a Classificação ICD10 (utilizada pela DGS).

Resultados: A TMP média dos últimos 10 anos foi 3,37‰, com um aumento nos últimos anos do estudo, particularmente após 2021. Metade dos óbitos fetais ocorreram em fetos com peso ao nascimento em P<10 - leves para idade gestacional (LIG). A RCF contribuiu com 43% dos óbitos fetais. 40% dos óbitos fetais decorreram no contexto de gestações com uma vigilância inadequada e apenas 57% das parturientes tinham nacionalidade portuguesa.

Conclusões: Nos últimos anos registou-se um aumento na TMP, o que poderá dever-se a vários fatores, como o aumento e a heterogeneidade populacional na região do Barlavento Algarvio. Os fetos LIG e com RCF constituem um grupo significativamente importante para a mortalidade perinatal, tendo contribuído com cerca de metade dos óbitos.

Palavras-chave: Restrição Crescimento Fetal, Mortalidade Perinatal



PO (25657) - MACROSSOMIA FETAL E AS DIFERENÇAS NA DIABETES MATERNA: DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS

Inês Vasconcelos¹; Beatriz Figueiredo¹; Mariana Roboredo Madeira¹; Maria Francisca Gonçalves¹; Ana Rolha¹; Fernando Costa¹

1 - Serviço de Obstetrícia A, ULS Coimbra

Resumo

Introdução: A macrossomia fetal associa-se ao aumento da morbilidade materno-fetal, sendo a diabetes materna um fator determinante nos desfechos adversos.

Objectivos: Avaliar desfechos materno-fetais em recém-nascidos (RN) macrossómicos e identificar fatores preditivos de sucesso de parto vaginal, em diabéticas e não diabéticas.

Metodologia: Estudo retrospectivo analisando 7106 partos entre 01/01/2022 a 31/12/2024 na Maternidade Dr. Daniel de Matos, selecionando RN com peso ≥ 4000 g. Análise estatística efetuada no SPSS v29.

Resultados: Foram incluídas 364 grávidas, com idade média $32 \pm 5,6$ anos; 14,6% apresentavam diabetes (12% gestacional). O grupo das diabéticas (G1) apresentou idade superior ($p=0,014$), percentil de estimativa de peso fetal superior ($p<0,001$), maior prevalência de patologia hipertensiva (17% vs 4,2%; $p<0,001$) e menor ganho ponderal ($p<0,001$). Identificou-se menor taxa de início de trabalho de parto espontâneo (32,1% vs 49,5%; $p<0,001$) e parto vaginal (22,6% vs 56,3%; $p<0,001$) no G1 em relação ao grupo das não diabéticas (G2) e maior proporção de cesarianas programadas (36,6% vs 16,9%; $p=0,018$). Não se observaram diferenças significativas na incidência de distócia de ombros, hemorragia pós-parto ou outras complicações obstétricas. A hipoglicemia neonatal foi mais frequente no G1 (11,3% vs 2,6%; $p=0,002$), sem diferenças na percentagem de SDR, icterícia, fratura da clavícula, lesões do plexo ou admissão à UCIN. Na regressão logística, o modelo foi significativo no G2 ($\chi^2=26,3$; $p=0,010$; $R^2=0,136$), identificando o trabalho de parto espontâneo ($OR=2,57$; $p=0,007$) e a multiparidade ($OR=4,46$; $p=0,021$) como fatores de sucesso de parto vaginal, o que não se verificou no G1.

Conclusões: As grávidas com fetos macrossómicos associados a diabetes materna, apresentam menor probabilidade de parto vaginal e maior taxa cesariana programada, sem aumento de complicações materno-fetais graves, exceto hipoglicemia neonatal. Nas grávidas não diabéticas, a multiparidade e o início de trabalho de parto espontâneo associaram-se favoravelmente a parto vaginal, reforçando a importância da estratificação do risco e da individualização da via de parto.

Palavras-chave: macrossomia fetal, diabetes materna, parto vaginal, multiparidade, trabalho de parto espontâneo



PO (25663) - SÍNDROME DAS BANDAS AMNIÓTICAS: DESAFIOS PERANTE UM ESPETRO CLÍNICO VARIÁVEL

Ana Sofia Santos Martins¹; Ana Rita Duarte¹; Ana Paula Campos¹; Catarina Gomes Luís¹; José Pinto De Almeida¹

1 - Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, ULS Arrábida

Resumo

Introdução: A síndrome das bandas amnióticas é uma patologia congénita rara resultante da formação de bridas que aderem ou comprimem estruturas fetais durante o desenvolvimento intrauterino, originando um espectro variável de malformações. As manifestações mais frequentes incluem anéis de constrição, amputação de membros, sindactilia e malformações craniofaciais. Nos casos mais graves, podem ocorrer malformações do sistema nervoso central, viscerais ou da parede corporal, associando-se ainda a um risco acrescido de aborto, parto pré-termo e morte fetal.

Objectivos: Relatar um caso de síndrome das bandas amnióticas com evolução favorável, destacando a importância da vigilância ecográfica e os desafios inerentes à abordagem clínica.

Metodologia: Revisão de um caso clínico e literatura disponível.

Resultados: Grávida de 26 anos, portadora de translocação recíproca equilibrada entre os cromossomas 6 e 21, com antecedentes de três abortos espontâneos e uma interrupção médica de gravidez. Em ecografia realizada às 20 semanas observaram-se duas bridas amnióticas não dirigidas ao feto, sem malformações fetais associadas. O estudo invasivo revelou cariótipo 46,XY, ausência de aneuploidias dos cromossomas 13, 18, 21, X e Y e translocação recíproca herdada da mãe. A vigilância ecográfica seriada manteve-se sem evidência de envolvimento fetal até ao termo. O parto ocorreu por cesariana eletiva às 38 semanas, com recém-nascido do sexo masculino, peso 3215 g e índice de Apgar 10/10.

Conclusões: A síndrome das bandas amnióticas apresenta grande heterogeneidade clínica, podendo variar entre alterações ligeiras com excelente prognóstico a malformações múltiplas incompatíveis com a vida. A falta de consenso na definição e a escassez de recomendações consistentes dificultam uma abordagem clínica uniforme, evidenciando a necessidade de elaboração de orientações clínicas padronizadas.

Palavras-chave: síndrome das bandas amnióticas, malformações congénitas, bridas



PO (25666) - TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NA GRAVIDEZ - QUATRO PULMÕES, DOIS CORAÇÕES E UM DESAFIO

Anaísa S. Simões¹; Márcia Clara Pinto¹; Roxane Van Hauwaert¹; Rita Jesus¹; Catarina Sabbo¹; Anaísa Edral¹; Rita Martins¹

1 - ULS Algarve - Hospital de Faro

Resumo

Introdução: A tuberculose multirresistente (TB-MR) constitui um desafio crescente em saúde pública, particularmente em contextos migratórios. A incidência durante a gravidez é rara, mas associa-se a maior morbilidade materno-fetal, nomeadamente morte materna, parto pré-termo, restrição de crescimento fetal e baixo peso ao nascimento.

Objectivos: Discutir as implicações diagnósticas, terapêuticas e de seguimento pneumológico, obstétrico e neonatal da TB-MR na gravidez.

Metodologia: Revisão da literatura e descrição de caso de primigesta com TB-MR, num hospital com apoio perinatal diferenciado

Resultados: Grávida de 29 anos, G1P0A0, natural da Índia, com antecedentes de tuberculose pulmonar tratada em 2013, apresentou tosse produtiva e toracalgia de evolução subaguda, sendo diagnosticada com TB-MR pulmonar bacilífera às 32 semanas. Foi internada com isolamento respiratório e iniciou o esquema BLLfxCZ (bedaquilina, linezolida, levofloxacina, clofazimina, pirazinamida), escolhido pela eficácia e perfil de segurança na gravidez e amamentação. A vigilância multidisciplinar (Pneumologia, Obstetrícia, Infecção e Neonatologia) incluiu monitorização laboratorial e ecográfica seriada. Evolução favorável, com eupneia em ar ambiente e sem intercorrências respiratórias.

Identificou-se feto pequeno para idade gestacional (EPF P5-P10), sem sinais de sofrimento fetal. Em reunião multidisciplinar, decidiu-se cesariana eletiva às 38 semanas e 5 dias, para minimizar o risco de transmissão neonatal durante os esforços expulsivos. O parto ocorreu em bloco com pressão negativa e uso universal de máscara FFP2. Colhidas amostras maternas e neonatais para exclusão da tuberculose congénita e neonatal. Este estudo revelou-se negativo e o recém-nascido (2270g, índice Apgar 10/10/10) iniciou profilaxia com levofloxacina. Alta materna ao 140º dia, após três culturas da expectoração negativas consecutivas, sob esquema BLLfxCZ em toma observada direta.

Conclusões: A TB-MR na gravidez representa um desafio clínico importante, exigindo vigilância intensiva e coordenação multidisciplinar. O regime BLLfxCZ mostrou-se eficaz, seguro e bem tolerado no terceiro trimestre. Este caso reforça a necessidade de protocolos estruturados que orientem o diagnóstico, tratamento e seguimento materno-fetal da TB-MR.

Palavras-chave: tuberculose; gravidez; vigilância; multidisciplinar



PO (25672) - RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL PRECOCE: UM DESAFIO NO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Ângela Santos¹

1 - ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

Resumo

Introdução: A restrição de crescimento fetal (RCF) é uma condição em que o potencial genético de crescimento é afetado por alterações maternas, fetais ou placentárias, contribuindo para uma maior morbilidade e/ou mortalidade perinatal. A forma de apresentação precoce (antes das 32 semanas de gestação) associa-se fortemente a insuficiência placentária e, consequentemente, a pior desfecho obstétrico.

Objectivos: Apresentação de caso clínico sobre restrição de crescimento fetal precoce.

Metodologia: Consulta de processo clínico.

Resultados: Mulher de 41 anos, G4P1A2 (parto eutócico às 40 semanas com 2700 gramas) referenciada à consulta de Obstetrícia por idade materna avançada e antecedentes de Tiroidite de Hashimoto, Artrite Reumatoide e Síndrome Depressivo. Apresentava ainda tabagismo ativo. Na ecografia morfológica diagnosticou-se uma RCF precoce (percentil 5.5; rácio perímetro cefálico/perímetro abdominal 1.26), que motivou a realização de amniocentese com estudo de cariótipo, FISH e array-cGH. Apesar de FISH e array-cGH com resultado negativo, o cariótipo fetal revelou a presença de material genético extranumerário no cromossoma 4. A grávida foi posteriormente submetida a avaliações fluxométricas semanais e de crescimento fetal quinzenais. Na reavaliação ecográfica às 36 semanas, perante um percentil 1.5 com fluxometria normal, programou-se o parto para as 37 semanas. Procedeu-se a cesariana segmentar transversa por falha da indução do trabalho de parto, da qual resultou um recém-nascido com 2040 gramas, Índice de Apgar 9/10/10, com evolução favorável no internamento e desenvolvimento adequado até à data. Atualmente mantém seguimento na consulta externa de Genética por suspeita de translocação equilibrada, estando a aguardar resultado do cariótipo do casal.

Conclusões: O diagnóstico de RCF precoce suscita preocupações a nível de investigação etiológica e aconselhamento de diagnóstico pré-natal. É fundamental a monitorização do desenvolvimento fetal para decisão do momento ideal do parto, de modo a minimizar os riscos fetais a longo prazo.

Palavras-chave: Restrição de Crescimento Fetal; Diagnóstico Pré-Natal



PO (25683) - “DO RASTREIO AO RESULTADO: A PAPP-A DISTINGUE RCF PRECOCE E TARDIA?”

Catarina Pedro¹; Francisco Duarte¹; Ângela Melo¹; Nuno N. Martins¹; Carolina Ferreira¹

1 - Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões- Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

Resumo

Introdução: A proteína plasmática associada à gravidez A (PAPP-A), avaliada no rastreio das aneuploidias do primeiro trimestre, reflete a função trofoblástica e placentária. Valores reduzidos, especialmente inferiores a 0,3 MoM, associam-se à restrição de crescimento fetal (RCF) e a outros desfechos adversos.

Objectivos: Perceber se existe alguma correlação entre o valor de PAPP-A e a prevalência de RCF precoce ou tardia.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo que incluiu todos os casos de PAPP-A <0,3 MoM registados na base de dados da Unidade de Medicina Fetal da ULS Viseu Dão Lafões entre outubro de 2008 e setembro de 2025. Excluíram-se casos de Interrupção médica da Gravidez e abortamentos. Foi analisada a vigilância gestacional, incluindo a ecografia do terceiro trimestre, fatores de risco e peso ao nascimento.

Resultados: Identificaram-se 97 casos que cumpriam os critérios de inclusão e cujo parto ocorreu no Hospital de São Teotónio. A idade materna média à data da colheita da bioquímica do primeiro trimestre foi de 29,9 anos; duas mulheres eram de raça negra, as restantes caucasianas, e uma gravidez resultou de FIV. Cerca de 60.8% dos recém-nascidos apresentaram peso adequado ao nascimento (AIG), 20.6% eram leves para a idade gestacional (LIG), 7.2% tinham RCF precoce e 11.4% RCF tardia. Valores reduzidos de PAPP-A associaram-se a pesos ao nascimento ligeiramente inferiores, mas sem evidência de correlação estatisticamente significativa ($r=0,065$; $p=0,524$). Após ajuste para fatores confundidores, apenas a idade materna manteve significância estatística, embora os hábitos tabágicos e o sexo do recém-nascido demonstrassem algum impacto. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no valor de PAPP-A entre os grupos AIG, LIG, RCF precoce e RCF tardia.

Conclusões: Apesar da PAPP-A inferior a 0.3 MoM ser um fator preditor de RCF, neste estudo a sua correlação com o peso ao nascimento não foi estatisticamente significativa e também não permitiu distinguir a RCF precoce da tardia.

Palavras-chave: PAPP-A, RCF, Restrição de Crescimento Fetal



PO (25696) - SUSPEITA DE SEROCONVERSÃO AO CITOMEGALOVÍRUS NA PERICONCEÇÃO E 1º TRIMESTRE DA GRAVIDEZ: VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL E OUTCOMES NEONATAIS

Francisca Serra¹; Beatriz David¹; Marta Palma¹; Inês Lima¹; Filipa Caeiro¹; João Paulo Marques¹; Elsa Dias¹; Carlos Veríssimo¹

1 - Hospital de Loures

Resumo

Introdução: A infeção primária por citomegalovírus (CMV) durante a gravidez, particularmente na periconceção e no primeiro trimestre, associa-se a risco acrescido de transmissão vertical. Este agente é a principal causa de surdez neurosensorial e, durante a gestação, pode provocar anomalias do sistema nervoso central, restrição do crescimento intrauterino, calcificações hepáticas, entre outras complicações.

Objectivos: Revisão dos casos com suspeita de seroconversão ao CMV na periconceção ou no 1º trimestre da gravidez, entre 2021 e 2025, num hospital distrital.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, com avaliação de variáveis como a utilização de Valaciclovir, a realização de amniocentese para pesquisa de CMV (por PCR) no LA, a idade gestacional (IG) no parto, o peso ao nascer do recém-nascido (RN) e a identificação de CMV (PCR) na urina do RN.

Resultados: Dos 14 casos analisados, foi iniciado Valaciclovir por 12 grávidas; as restantes recusaram tratamento. A amniocentese foi proposta a todas as gestantes: 3 utentes recusaram o procedimento invasivo. O CMV no LA foi identificado em apenas uma das grávidas, que manteve a toma de Valaciclovir até ao parto. A IG no parto variou entre as 37 semanas e as 41 semanas e 2 dias, com peso ao nascer entre 1585-4115g. Apenas o RN com o diagnóstico pré-natal de infeção por CMV teve efetivamente infeção congénita, confirmada por virúria positiva. O RN nasceu com peso adequado e sem malformações aparentes; a nível neurológico, o prognóstico é ainda incerto por tempo de follow-up insuficiente.

Conclusões: No grupo de grávidas analisado, objetivada baixa taxa de infeção congénita por CMV e boa correlação entre os resultados da amniocentese e a pesquisa do vírus na urina do RN. O uso de Valaciclovir reduz ~65% a transmissão vertical após primoinfeção e deve ser mantido nos casos em que a amniocentese não foi realizada e em que se confirmou a presença do vírus no LA.

Palavras-chave: citomegalovírus



PO (25704) - DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE ARSA ISOLADA: DEVEMOS CONTINUAR A PENSAR EM T21?

Maria Malta Cruz¹; Sara Vargas²; Inês Carvalho²; Luísa Martins²; Jader Cruz²; Álvaro Cohen²
1 - Hospital de Vila Franca de Xira - ULS Estuário do Tejo; 2 - Maternidade Alfredo da Costa - ULS São José

Resumo

Introdução: O diagnóstico ecográfico de artéria subclávia direita aberrante (ARSA) é considerado um *soft marker* de trissomia 21 (T21). Como tal, é frequentemente incluído no rastreio desta aneuploidia. No entanto, quando é identificado, após exclusão de outras malformações estruturais ou de outros *soft markers* (ARSA isolada), e atendendo à generalização do *cfDNA*, o seu valor, neste contexto, permanece questionável.

Objectivos: Avaliar a frequência do diagnóstico de T21 perante o diagnóstico ecográfico de ARSA, quer de forma isolada quer em associação com outros *soft markers* ou malformações estruturais.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo com análise de dados clínicos, ecográficos (presença de *soft markers* e malformações estruturais) e demográficos de gestações de fetos com diagnóstico ecográfico de ARSA, avaliados num hospital terciário de Lisboa entre 2016 e 2025. Foram, também, incluídos dados relativos aos resultados do *cfDNA* e dos estudos genéticos pré e pós-natais.

Resultados: Foram incluídos 124 casos. A média da idade materna foi de 33 anos. A maioria (89,5%) dos diagnósticos de ARSA foi realizado no 2.º trimestre. Dos 124 casos avaliados: 65 (52,4%) corresponderam a ARSA isolada; 23 (18,6%) casos associaram-se a outros *soft markers*; e 36 (29,0%) casos apresentavam malformações estruturais (incluindo 12 casos de malformações cardíacas). Foram diagnosticados 7 (5,7%) casos de T21: 6 com malformações estruturais; e 1 com hidronefrose e ossos longos curtos. Nenhum caso de ARSA isolada culminou no diagnóstico de T21 e apenas se identificou uma variante patogénica do *array* neste subgrupo.

Conclusões: À semelhança de estudos previamente publicados, os resultados apresentados favorecem a hipótese de que o diagnóstico ecográfico de ARSA isolada não aumenta do risco de T21.

Palavras-chave: T21, Trissomia 21, ARSA, DPN, *soft marker*



PO (25708) - CONCORDÂNCIA ENTRE CLASSIFICAÇÃO PRÉ E PÓS-NATAL DE LEVE PARA A IDADE GESTACIONAL EM FETOS COM GASTROSQUISIS - HADLOCK VS SIEMER

Catarina Alves¹; Carlos Silva¹; Sandra Seco^{1,2}; Vera Trocado^{1,2}; Rita Figueiredo^{1,2}; Teresa Carraca^{1,2}; Marina Moucho¹

1 - Serviço de Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de São João; 2 - Centro de Medicina Fetal
Professor Doutor Nuno Montenegro - Serviço de Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de São João

Resumo

Introdução: A estimativa de peso fetal (EPF) em fetos com gastrosquisis poderá constituir um desafio condicionado pela utilização de fórmulas que incluem o perímetro abdominal (PA). A utilidade da aplicação de fórmulas sem o PA tem sido alvo de investigação, com possível impacto no diagnóstico de alterações do crescimento fetal.

Objectivos: Comparar o desempenho das fórmulas Hadlock (com PA) e Siemer (sem PA) na predição de leves para a idade gestacional (LIG).

Metodologia: Estudo retrospectivo dos casos de gastrosquisis do Centro de Medicina Fetal Prof. Dr. Nuno Montenegro entre 2008 e 2024. Calculou-se a EPF com ambas as fórmulas (Hadlock e Siemer) na última ecografia realizada. O percentil (P) da EPF e do peso ao nascimento (PN) foram determinados com curvas de crescimento validadas para a população portuguesa e os LIG definidos como $P < 10$. Para ambas as fórmulas, foi avaliada a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo/negativo (VPP/VPN), acuidade e coeficiente *kappa*.

Resultados: Identificados 30 casos de gastrosquisis. A prevalência de LIG ao nascimento foi de 30.0%, inferior à estimada pela fórmula *Hadlock* (40.0%) e semelhante à de *Siemer* (30%). As fórmulas de *Hadlock* e *Siemer* apresentaram: sensibilidade 100%/66.7%, especificidade 85.7%/85.7%, falsos negativos 0/10%, falsos positivos 10%/10%, VPP 75.0%/66.7%, VPN 100.0%/85.7%, acuidade 90%/80% e coeficiente *kappa* 0.78 (concordância substancial)/0.52 (concordância moderada) para predição de LIG ao nascimento.

Conclusões: A utilização da fórmula de Siemer apresentou menor sensibilidade, condicionando mais falsos negativos (10% identificados apenas ao nascimento) e menor concordância (coeficiente *kappa* 0.52 vs 0.78) na classificação de LIG ao nascimento. A fórmula de Hadlock identificou todos os LIG (sensibilidade 100%), com uma taxa de falsos positivos semelhante à de Siemer (10%). Nesta série de casos, a utilização de uma fórmula de EPF sem o PA associou-se a subdiagnóstico de LIG.

Palavras-chave: Gastrosquisis, Estimativa de peso fetal, Leve para idade gestacional, Hadlock, Siemer



DESAFIOS ÉTICOS E LEGAIS NA PRÁTICA OBSTÉTRICA

POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25614) - QUEM SÃO AS NOSSAS PUÉRPERAS? – EXPERIÊNCIA NUM CENTRO TERCIÁRIO

Joana Casimiro Dias¹; Susana Xu¹; Mónica Centeno¹

1 - ULS Santa Maria

Resumo

Introdução: Os cuidados obstétricos em Portugal enfrentam atualmente desafios relacionados com a escassez de recursos humanos, que condiciona uma sobrecarga dos serviços e desigualdades no acesso à vigilância e cuidados obstétricos. A presença de complicações durante todas as fases da gravidez e pós-parto exige um maior acompanhamento e mobilização desses recursos. Nesse sentido, torna-se essencial atualmente avaliar a verdadeira prevalência de risco durante a gravidez, parto e puerpério em Portugal, de forma a garantir o planeamento adequado dos cuidados obstétricos e a segurança materno-fetal.

Objectivos: Descrever as características da população de puérperas e determinar a prevalência de critérios de risco obstétrico, num centro hospitalar terciário.

Metodologia: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu todas as puérperas com parto no nosso centro hospitalar entre janeiro e março de 2025. Foram definidas seis categorias de risco obstétrico: idade materna, antecedentes obstétricos, comorbilidades, condições de risco na gestação atual, complicações no parto e complicações puerperais. Procedeu-se à análise descritiva da população e ao cálculo da prevalência de cada categoria de risco, bem como da prevalência global de, pelo menos, um critério de risco ao longo da gestação.

Resultados: Durante o período analisado, ocorreram 558 partos. Verificou-se que 9,6% das puérperas apresentavam idade superior a 35 anos ou inferior a 18 anos; 2,7% tinham antecedentes obstétricos de risco; 16,7% apresentavam comorbilidades de risco; 34,2% apresentavam uma condição de alto risco na gestação atual; 3,4% registaram complicações no parto; e 1,7% complicações puerperais. Globalmente, 51,6% apresentavam, pelo menos, um critério de risco obstétrico.

Conclusões: Mais de metade das puérperas apresentaram algum critério de risco obstétrico. Estes resultados reforçam a necessidade de estudos de maior dimensão que permitam conhecer a prevalência real de gravidez, parto e pós-parto de baixo risco em Portugal e apoiar a implementação de modelos de vigilância obstétrica seguros e eficazes.

Palavras-chave: puérperas, gravidez de alto risco



PO (25642) - ESCLEROSE MÚLTIPLA NA GRAVIDEZ: DESAFIOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA INAUGURAL E EXACERBAÇÕES

Ana Margarida Jardim¹; Sara Granja¹; Juliana Teixeira¹; Andreia Meireles¹; Carla Fraga¹; Odete Figueiredo¹

1 - ULS Tâmega e Sousa

Resumo

Introdução: A esclerose múltipla (EM) é uma doença crónica desmielinizante, de etiologia multifatorial e afeta tendencialmente mulheres jovens. Manifesta-se com sintomas heterogéneos em episódios de agravamento progressivo. O diagnóstico é feito através da identificação de lesões multifocais do sistema nervoso central em ressonância magnética (RMN) e bandas oligoclonais na punção lombar (PL).

Quer o aparecimento da doença, quer as suas exacerbações durante a gravidez, são evento pouco frequentes. No entanto, a EM aumenta ligeiramente o risco de complicações obstétricas.

Na grávida, a terapêutica biológica é reservada a casos de difícil controlo dado os seus potenciais efeitos adversos no recém-nascido.

Objectivos: Apresentação de caso clínico de EM inaugural na gravidez.

Metodologia: Análise retrospectiva e revisão da literatura.

Resultados: Grávida de 31 anos, 2G 0P 1AE, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência às 5 semanas de gravidez por vertigem, desequilíbrio e cefaleia. Ao exame físico, apresentava nistagmo horizontal e diplopia (Manobra de Dix-Halpike). Foi decidido internamento para estudo.

No internamento, iniciou parésia da hemiface esquerda. A RMN efetuada mostrou múltiplas lesões dispersas pela substância branca periventricular e subcortical dos hemisférios cerebrais, protuberância e cerebelo. Realizou PL, que confirmou o diagnóstico.

Cumpriu corticoterapia (CCT) e teve alta orientada para as consultas de Obstetrícia e Neurologia.

Às 18 semanas foi novamente internada por tonturas e diplopia. Repetiu CCT e iniciou natalizumab.

Às 40 semanas, teve um parto auxiliado por ventosa (estado fetal não tranquilizador) - recém-nascido com Índice de APGAR 6/8/8, pálido e com múltiplas manchas purpúricas dispersas. Foi internado na UCIN por anemia e trombocitopenia no contexto de toma de natalizumab, apresentando evolução favorável.

O puerpério decorreu sem intercorrências e a puérpera iniciou ocrelizumab ao 10º dia pós-parto. Teve alta orientada para a consulta de Neurologia.

Conclusões: Este caso destaca a importância da multidisciplinaridade e o desafio da avaliação cuidadosa de risco-benefício na gestão da EM durante a gravidez.

Palavras-chave: esclerose múltipla, gravidez, new-onset, natalizumab



DIABETES GESTACIONAL

PO (25575) - DIABETES GESTACIONAL DO 1º TRIMESTRE: IMPACTO DOS NÍVEIS DE GLICOSE AO DIAGNÓSTICO

Maria Luísa Pires¹; Maria Isabel Ribeiro¹; Joana Pinto Teles¹; Inês Filipe Gouveia¹; Adriana Cruz¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) está associada a desfechos materno-fetais adversos, pelo que, o diagnóstico e tratamento precoce da mesma representam estratégias fundamentais para reduzir a ocorrência de complicações. O valor da glicemia em jejum (GJ) no diagnóstico poderá refletir diferentes graus de disfunção metabólica, que poderão antever pior prognóstico.

Objectivos: Avaliar a associação entre o valor de GJ no diagnóstico de DG do 1º trimestre (1ºT) e os desfechos obstétricos e neonatais em gestações unifetais com seguimento na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro (ULSRA), entre 2022 e 2024.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo e longitudinal de 332 gestações unifetais com diagnóstico no 1ºT de DG com parto ocorridos entre janeiro de 2022 e dezembro de 2024, na ULSRA. A amostra foi dividida em 4 grupos consoante valores de GJ no 1ºT - grupo 1, 2, 3 e 4 para valores entre 92-95 mg/dL, 96-100 mg/dL, 101-110 mg/dL e 111-126 mg/dL, respetivamente. Foram avaliados vários parâmetros, nomeadamente, terapêutica, peso ao nascimento, tipo de parto e complicações neonatais.

Resultados: Neste período foram seguidas 332 grávidas com DG diagnosticada no 1º T, sendo que o grupo 1 correspondia a 57.2% dos casos, seguido pelo grupo 2 (21.4%), 3 (16.3%) e 4 (5.1%). As grávidas do grupo 1 apresentavam o IMC pré-gestacional mais elevado e as do grupo 3 o maior registo de antecedentes de DG. Relativamente à terapêutica, nos grupos 3 e 4 houve maior necessidade de insulino-terapia, em 35,3% e 24.1% dos casos, respetivamente. Destaca-se o grupo 1 com uma taxa de cesarianas significativamente inferior aos restantes grupos. A maior incidência de internamentos na UCIN verificou-se no grupo 2 (4.2%).

Conclusões: O estudo revelou diferenças na abordagem terapêutica e desfechos obstétricos em grávidas com DG do 1ºT considerando os valores de GJ no diagnóstico. Estes resultados reforçam a importância de um acompanhamento individualizado para otimizar desfechos maternos e neonatais.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Glicémia, Desfechos obstétricos, Desfechos neonatais

**PO (25597) - DIABETES GESTACIONAL - SERÁ O CUT-OFF GLICÉMICO DO 1.º ADEQUADO?**

Ana Catarina Corte Real¹; Catarina Cabral Soares¹; Teresa Vasconcelos¹; Vera Oliveira¹; Ângela Marques¹; Ana Cláudia Jesus¹

1 - *Unidade Local de Saúde do Oeste*

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) é a patologia metabólica mais frequente da gravidez, associando-se a morbilidade materna e neonatal. O valor de 92 mg/dL de glicemia em jejum no 1.º trimestre é atualmente utilizado como critério diagnóstico, embora o seu impacto clínico permaneça controverso.

Objectivos: Avaliar se o cut-off de 92 mg/dL no 1º trimestre se associa às complicações obstétricas e neonatais mais frequentes nas grávidas da ULS-Oeste, entre 2018 e 2025.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu grávidas diagnosticadas com DG no 1.º trimestre (glicémia em jejum entre 92-95 mg/dL). Excluíram-se valores ≥ 96 mg/dL e diagnósticos do 2.º trimestre. As complicações foram analisadas de forma descritiva e por regressão logística binária (SPSS). As co-variáveis idade, IMC, HbA1c inicial, HTA crónica, paridade, DG prévia e macrossomia anterior foram testadas como fatores de confundimento.

Resultados: Em 138 grávidas, observou-se mais internamentos na UCIN (19,8%), HTA induzida/pré-eclâmpsia (9,4%) e anomalias neonatais (28,2%) face à literatura para gravidezes saudáveis, assim como cesarianas (42%) e induções do parto (49,2%). Já os partos prematuros (6,8%), macrossomia (6,2%), Apgar <7 ao 5º min (0,8%), morte neonatal (0,0%), hipoglicémia neonatal (6,1%) e outras complicações obstétricas (7,2%) situam-se próximas do esperados na população geral.

Na regressão logística, apenas as induções ($p = 0.008$), a HTA induzida/pré-eclâmpsia ($p = 0.022$) e o tratamento farmacológico ($p = 0.003$) mostraram significância estatística, associando-se a DG prévia ($p = 0,026$) e HbA1c inicial ($p = 0,005$ e $p = 0,016$). Os restantes desfechos não apresentaram diferenças significativas.

Conclusões: Glicemias em jejum entre 92-95 mg/dL não apresentaram aumento estatisticamente significativo da maioria das complicações. As diferenças observadas parecem depender de fatores de risco maternos, nomeadamente HbA1c inicialmente aumentada, DG anterior e HTA. Assim, neste intervalo, o valor glicémico poderá ser mais informativo quando ponderado com tais fatores. Estudos prospectivos poderão confirmar a adequação deste diagnóstico precoce em Portugal.

Palavras-chave: diabetes gestacional, glicemia em jejum, primeiro trimestre, complicações obstétricas, complicações neonatais

**PO (25599) - FATORES ASSOCIADOS À MORBILIDADE NEONATAL NA DIABETES GESTACIONAL: O DIAGNÓSTICO NO PRIMEIRO TRIMESTRE TERÁ IMPACTO?**Raquel Santos¹; Joana Santos¹; Diana Coelho¹; Diogo Cunha¹

1 - ULSAAVE

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) é uma das complicações mais frequentes da gravidez, associada a desfechos perinatais adversos. O diagnóstico é controverso, com recomendações díspares sobre o rastreio precoce; importância dos fatores de risco; e valores de *cut-off* a utilizar - glicose em jejum ≥ 92 mg/dL (DGS) vs ≥ 95 mg/dL (ADIPS 2025).

Objectivos: O objetivo deste estudo foi identificar fatores de impacto na morbilidade neonatal em grávidas com DG, bem como avaliar se o timing de diagnóstico (1º trimestre vs 2º trimestre) influencia essa morbilidade.

Metodologia: Estudo retrospectivo de uma coorte de 2038 grávidas com diagnóstico de DG de 2008 a 2023 no Registo Nacional da Diabetes Gestacional da ULSAAVE. A morbilidade neonatal foi definida como qualquer complicação registada (admissão da UCIN, síndrome de dificuldade respiratória, hiperbilirrubinémia). As variáveis independentes incluíram diagnóstico no 1º trimestre, glicemia em jejum no primeiro trimestre (GJ 1ºT) ≥ 95 mg/dL, obesidade pré-concepcional (IMC ≥ 30 kg/m²), hipertensão, pré-eclâmpsia, parto pré-termo e terapêutica farmacológica. Foram realizadas análises descritivas, teste do qui-quadrado e regressão logística multivariada, usando o SPSS v29 (significância estatística 0,05).

Resultados: A morbilidade neonatal ocorreu em 315 (16,0%) das gestações. Na análise bivariável, observou-se associação significativa com hipertensão ($p < 0,001$), pré-eclâmpsia ($p < 0,001$) e parto pré-termo ($p < 0,001$).

Na análise multivariável, os preditores de morbilidade neonatal foram parto pré-termo (OR=7,89; IC95%: 5,33-11,68; $p < 0,001$); hipertensão (OR=2,76; IC95%: 1,62-4,40; $p < 0,001$); terapêutica com antidiabéticos orais (OR=2,89; IC95%: 1,58-5,27; $p < 0,001$) e terapêutica com insulina (OR=1,89; IC95%: 1,02-3,52; $p = 0,044$).

A GJ 1ºT ≥ 95 mg/dL ($p = 0,277$) ou o diagnóstico no 1º trimestre ($p = 0,317$) não se associaram a predição de morbilidade neonatal.

Conclusões: Nas grávidas com DG, a comorbilidade com hipertensão arterial e o parto pré-termo são os principais determinantes de morbilidade neonatal. O timing de diagnóstico da DG ou os valores de glicemia em jejum não parecem estar associados a aumento dos *outcomes* adversos neonatais.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Morbilidade neonatal, Outcomes perinatais



PO (25604) - DIABETES MODY NA GRAVIDEZ: EXPERIÊNCIA CLÍNICA DA ULS SÃO JOSÉ – MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA (2021–2025)

Maria Catarina Silva¹; Paula Bogalho²; Fátima Serrano³; Ana Isabel Machado¹

1 - ULS S. José, Consulta de Diabetes e Gravidez; 2 - ULS S. José, Consulta de Endocrinologia – Diabetes e Gravidez; 3 - ULS S. José, Coordenadora do Serviço de Medicina Materno-Fetal

Resumo

Introdução: MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) é uma forma rara e subdiagnosticada de diabetes mellitus na gravidez. Resulta de mutações genéticas, sendo caracterizado por início precoce, ausência de autoanticorpos e transmissão autossómica dominante. Estima-se que represente até 5% dos casos de diabetes na gravidez, mas a prevalência real está subvalorizada pela ausência de sintomas e classificação incorreta como diabetes tipo 1 ou 2. O diagnóstico genético é essencial, pois a heterogeneidade dos diferentes tipos apresentam prognósticos e abordagens terapêuticas distintas. O diagnóstico genético fetal poderá ser fundamental. No tipo 2, se o feto tiver a mutação, não há necessidade de terapêutica. O reconhecimento desta patologia é crucial para uma gestão metabólica adequada e melhores outcomes materno-fetais.

Objectivos: Descrever a experiência de um centro hospitalar terciário no acompanhamento de casos suspeitos e confirmados de MODY na gravidez.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional das grávidas seguidas na consulta de diabetes e gravidez entre janeiro de 2021 e setembro de 2025. Analisaram-se os casos suspeitos e confirmados de MODY com base nos processos clínicos.

Resultados: Foram acompanhadas 1577 grávidas neste período. Identificaram-se 8 casos suspeitos de MODY (0,51%), 2 deles confirmados por estudo genético (0,13%).

> Caso 1 - MODY 4: 34 anos, sob insulino-terapia e metformina desde o 1.º trimestre, com evolução para hidrâmnios, macrosomia fetal (4365g) e cesariana. A gestão deste tipo raro exige, frequentemente, insulino-terapia.

> Caso 2 - MODY 2: 33 anos, sob insulino-terapia desde o 1.º trimestre, com parto distócico (2970g). A terapêutica depende do genótipo fetal, não sendo necessária se este herdar a mutação. Verificaram-se rotura prematura pré-termo de membranas e hiperbilirrubinemia neonatal, complicações descritas na literatura.

Conclusões: A prevalência de MODY na gravidez é subestimada. É crucial suspeitar desta patologia com história de familiar de diabetes de início precoce, ponderar testes genéticos e avaliar criteriosamente os casos suspeitos para otimizar os outcomes materno-fetais.

Palavras-chave: MODY, Diagnóstico genético, Outcomes materno-fetais, Diabetes na gravidez, Gestão metabólica



PO (25612) - RECLASSIFICAÇÃO PÓS PARTO E FATORES DE RISCO PARA DISGLICÉMIA APÓS DIABETES GESTACIONAL

Margarida Pereira Amaro¹; Mafalda Pinheiro¹; Paula Bogalho²; Ana Isabel Machado¹

1 - ULS S. José – Consulta de Diabetes e Gravidez, Serviço de Obstetrícia – coordenadora do Serviço de Medicina Materno Fetal Prof. Dra. Fátima Serrano; 2 - ULS S. José – Consulta de Endocrinologia - Diabetes e Gravidez

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) é uma complicação frequente da gravidez, com uma prevalência global em 2024 de 15,6%, sabendo-se que aumenta o risco de desenvolvimento de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). A Prova de Reclassificação pós parto visa diagnosticar precocemente esta ou outras alterações do metabolismo da glicose.

Objectivos: Avaliar a adesão à prova de reclassificação, comparar variáveis clínicas associadas a risco de desenvolver DM2 ou pré-diabetes em mulheres que tiveram DG na gravidez e discutir estratégias para aumentar a adesão à prova.

Metodologia: Estudo retrospectivo incluindo 1135 grávidas com DG em gravidez unifetal vigiadas e que tiveram o parto num hospital terciário entre Janeiro de 2019 e Maio de 2024. Compararam-se características demográficas e obstétricas (idade, história familiar de diabetes, antecedentes de DG, índice de massa corporal, macrosomia anterior, idade gestacional no diagnóstico, terapêutica) entre as mulheres com prova de reclassificação alterada e as que obtiveram resultado normal utilizando o software SPSS.

Resultados: Das 1135 mulheres que tiveram DG neste período, 526 compareceram à reclassificação pós parto (46%). Destas, 433 tiveram um resultado normal (82%, grupo 1) e 93 mulheres tiveram diagnóstico de DM2 ou outra alteração do metabolismo da glicose (18%, grupo 2).

Nas mulheres com prova de reclassificação alterada (grupo 2) verificou-se uma associação estatisticamente significativa com antecedentes familiares em primeiro grau de DM2 ($p=0,006$) e a realização de terapêutica farmacológica durante a gravidez ($p<0,001$). Tanto a utilização de insulina como a de metformina se associaram a prova de reclassificação alterada ($p<0,001$ para ambas). Não foram encontradas associações com significado estatístico para as outras variáveis estudadas.

Conclusões: A adesão à prova de reclassificação é baixa. Urge a implementação de medidas que aumentem a participação das puérperas na reclassificação permitindo uma atuação mais precoce nas situações de disglicémia.

Palavras-chave: diabetes gestacional, reclassificação, diabetes, fatores de risco, pós parto



PO (25618) - GLICEMIA EM JEJUM DO 1º TRIMESTRE COMO PREDITOR DE CONTROLO METABÓLICO, VIA DE PARTO E DESFECHOS NEONATAIS EM GESTANTES COM DIABETES GESTACIONAL: ESTUDO RETROSPETIVO

Rita Fernandes De Jesus¹; Daniela Alpoim¹; Roxane Van Hauwaert¹; Catarina Sabbo²; Matilde Vilela²; Ana Edral¹; Ângela Ferreira¹; Ana Paula Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve- Hospital de Faro; 2 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) associa-se a risco aumentado de complicações maternas e neonatais. A identificação precoce de marcadores de necessidade terapêutica pode otimizar a vigilância e o tratamento. A glicemia em jejum do 1º trimestre tem sido sugerida como preditor de dificuldade no controlo metabólico.

Objectivos: Avaliar a associação entre a glicemia em jejum do 1º trimestre e (1) a necessidade de tratamento farmacológico (metformina, insulina ou ambos), (2) a via de parto e (3) os desfechos neonatais em mulheres com DG.

Metodologia: Estudo retrospectivo incluindo 95 gestantes com DG diagnosticada no 1º trimestre e parto entre janeiro e agosto de 2025 no Hospital de Faro. As participantes foram divididas conforme a glicemia em jejum: Grupo 1 (92–95 mg/dL; n=43) e Grupo 2 (≥96 mg/dL; n=52). Foram analisados parâmetros demográficos, terapêutica, via de parto e peso neonatal, considerando significância para $p < 0,05$.

Resultados: A idade média foi semelhante entre grupos (32,7 vs 33,0 anos). O grupo com glicemia ≥96 mg/dL apresentou maior necessidade de tratamento farmacológico (57,7% vs 34,9%; $p=0,03$) e idade gestacional inferior à data do parto (38,1 vs 38,8 semanas; $p=0,04$). Não se observaram diferenças significativas na via de parto (cesariana: 39,5% vs 38,5%) nem no peso médio ao nascer (3241 g vs 3144 g; $p > 0,05$).

Conclusões: Uma glicemia em jejum ≥96 mg/dL no 1º trimestre associa-se a maior necessidade de tratamento farmacológico e partos ligeiramente mais precoces, sugerindo valor prognóstico como marcador precoce de maior risco metabólico em gestantes com DG. Contudo, apesar de glicemias mais elevadas estarem associadas a maior necessidade de terapêutica, os valores limítrofes (92–95 mg/dL) apresentaram também uma proporção relevante de mulheres que necessitaram de fármacos, pelo que não devem ser desvalorizados na estratificação inicial e no seguimento destas grávidas.

Palavras-chave: controlo glicémico, via de parto, diabetes gestacional



PO (25631) - DIABETES GESTACIONAL- ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS PARTOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Raquel Rosa¹; Carina Spranger¹; Dóris Freitas¹; Cristina Pestana¹; Patrícia Silva¹

1 - SESARAM- Hospital Dr. Nélío Mendonça

Resumo

Introdução: A Diabetes Gestacional (DG) é uma das patologias endócrinas mais frequentes da gravidez estando associada a morbilidade a curto e longo prazo, tanto para a mulher como para o feto. O diagnóstico atempado e controlo adequado das glicémias ao longo da gravidez diminuem o risco de complicações.

Objectivos: Caracterizar a prevalência da DG e comparar os desfechos maternos e neonatais entre grávidas com e sem DG num hospital terciário entre 2022 e 2024.

Metodologia: Estudo retrospectivo baseado em dados de partos ocorridos entre janeiro de 2022 e dezembro de 2024. As variáveis analisadas incluíram idade materna, tipo de parto, indução do trabalho de parto (ITP), idade gestacional (IG) à data do parto e peso do recém-nascido (RN). As comparações entre grupos (DG vs não DG) foram realizadas com o teste do qui-quadrado, considerando significância estatística para valor $p < 0,05$.

Resultados: Foram registados 4506 partos, dos quais 472 (10,5%) correspondiam a grávidas com DG. Observou-se um aumento progressivo da prevalência de DG: 9,7% (2022), 10,3% (2023) e 11,5% (2024). As grávidas com DG apresentaram idade média superior (33,7 vs 31,1 anos). A taxa de ITP foi semelhante entre grupos (56% DG vs 54% não DG). A taxa de cesariana foi significativamente superior nas grávidas com DG (37% vs 32%). A IG média à data do parto foi semelhante (39 semanas). O peso médio do recém-nascido foi ligeiramente inferior no grupo com DG (3150 g vs 3200 g), tendo-se mantido uma proporção semelhante de macrosomia (5%) entre os grupos.

Conclusões: A prevalência de DG mostrou tendência crescente no período analisado, acompanhada de idade materna mais elevada e maior taxa de cesarianas. Apesar disso, não se observaram diferenças relevantes na idade gestacional ao parto nem na proporção de RN macrossómicos, o que sugere um controlo metabólico adequado e vigilância obstétrica eficaz.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Cesariana, Peso ao nascer



POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25634) - DO RASTREIO DE ANEUPLOIDIAS À DIABETES GESTACIONAL: O PAPEL DA PAPP-A COMO MARCADOR PRECOCE NO PRIMEIRO TRIMESTRE

Joana Torres Silva¹; Joana Gomes Augusto¹; Maria Fedchenko¹; Catarina Ferreira²; Eva Pinto Ferreira³; Conceição Brito¹; Márcia Marinho¹

1 - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho; 2 - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Unidade Local de Saúde do Alto Ave; 3 - Serviço de Nutrição, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG), cuja prevalência é aproximadamente 9% em Portugal, associa-se a *outcomes* maternos e fetais adversos. A Proteína-A Plasmática Associada à Gravidez (PAPP-A) atua indiretamente na homeostasia da glicose.

Valores reduzidos de PAPP-A no 1º trimestre podem associar-se a intolerância à glicose e, por isso, pode ser considerado um marcador promissor na predição de DG.

Objectivos: Investigar a associação entre a PAPP-A no 1º trimestre com o desenvolvimento de DG e necessidade de tratamento médico.

Metodologia: Estudo retrospectivo com inclusão de 2422 grávidas que realizaram o rastreio combinado 1º trimestre entre 2022 e 2023, e tiveram parto na Unidade Local de Saúde de Gaia / Espinho (ULSGE).

As grávidas foram divididas em dois grupos, com (CDG) e sem DG (controlo), e o valor de PAPP-A foi comparado. O grupo CDG foi avaliado em relação ao tratamento.

Resultados: Foram diagnosticadas com DG 413 grávidas (17,05%), das quais 262 (63,44%) controlaram com dieta, 99 (23,97%) com antidiabéticos orais e 52 (12,59%) com insulina.

O valor de PAPP-A foi significativamente menor no grupo CDG ($1,099 \pm 0,675$) em comparação com o grupo controlo ($1,188 \pm 0,964$) ($p < 0,05$). Contudo, na população de grávidas diabéticas, o valor de PAPP-A não foi estatisticamente diferentes ($p = 0,134$).

A análise da curva ROC permitiu identificar o ponto de corte 1,145 de PAPP-A como valor discriminatório para a predição de DG, com sensibilidade 63,7%, especificidade 40,6% e área sob curva (AUC) 0,536 (IC 95%: 0,507-0,668). A combinação de PAPP-A com o índice de massa corporal (IMC) permitiu aumentar a capacidade discriminatória (AUC=0,648).

Conclusões: Na nossa amostra, a PAPP-A pode ser uma estratégia na predição precoce de DG, mas não foi robusta como preditora da necessidade de tratamento médico. Apesar de isoladamente não ser um marcador preditivo definitivo, valores reduzidos de PAPP-A no 1º trimestre podem apoiar a recomendação de um rastreio e abordagem preventiva precoces.

Palavras-chave: Proteína-A Plasmática Associada à Gravidez, Diabetes Gestacional, Primeiro Trimestre, Marcador Preditivo Precoce, Tratamento Médico



POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25647) - GLICEMIA EM JEJUM NO 1º TRIMESTRE: ESTARÁ NA ALTURA DE REPENSAR O LIMIAR DIAGNÓSTICO?

Mariana Roboredo Madeira¹; Inês Vasconcelos¹; Catarina Miranda Silva¹; Diana Catarino¹; Helena Gonçalves¹

1 - ULS Coimbra

Resumo

Introdução: O limiar diagnóstico da diabetes gestacional (DG) no 1º trimestre permanece controverso. O valor atualmente recomendado pode conduzir ao sobrediagnóstico nas situações de hiperglicemia fisiológica ligeira.

Objectivos: Este estudo avaliou desfechos maternos e perinatais em grávidas com DG diagnosticada no 1º trimestre consoante a glicemia em jejum.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional incluindo 481 grávidas com DG diagnosticada no 1º trimestre entre 2018 e 2020, estratificadas segundo a glicémia em jejum (≤ 95 ou > 95 mg/dL). Compararam-se variáveis demográficas, parâmetros de controlo metabólico, insulino-terapia, complicações maternas, parâmetros de crescimento fetal e desfechos neonatais. A análise foi ajustada para idade e índice de massa corporal (IMC).

Resultados: Na amostra, os grupos apresentaram idade média ($p = 0,70$) e IMC ($p = 0,18$) semelhantes. As taxas de insulino-terapia foram coincidentes ($p = 0,68$), tal como a semana de início ($p = 0,54$) e a dose diária total ($p = 0,32$). As complicações maternas foram raras e comparáveis (todas $p > 0,5$) e a taxa de cesarianas equivalente ($p = 0,47$). As curvas de crescimento fetal foram concordantes ($p \geq 0,54$). O peso ao nascer foi semelhante ($p = 0,17$) e a macrossomia pouco frequente e sobreponível (2,9% vs 2,5%; $p = 0,78$). O grupo > 95 mg/dL apresentou HbA1c superior no 3.º trimestre ($p < 0,001$) e maior morbilidade neonatal global (8,29% vs 15,58%; $p = 0,02$), com tendencialmente maior taxa de internamento em UCIN (0,98% vs 3,62% ; $p = 0,08$).

Conclusões: Glicemia em jejum > 95 mg/dL associou-se a controlo glicémico menos favorável e maior morbilidade neonatal, sugerindo maior risco clínico neste subgrupo. A ausência de diferenças significativas no crescimento fetal entre grupos poderá refletir o impacto positivo do diagnóstico e tratamento precoces. Destaca-se a baixa taxa de morbilidade no grupo ≤ 95 mg/dL levantando a hipótese de sobrediagnóstico com o limiar atualmente recomendado, sendo admissível repensar este limiar face à disponibilidade de recursos e evitando intervenções desnecessárias.

Palavras-chave: diabetes gestacional, limiar diagnóstico, desfechos perinatais



PO (25650) - GESTATIONAL DIABETES IN PORTUGAL: HOW MATERNAL ORIGIN IMPACTS MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES

Mariana Aleixo¹; Bruna Abreu¹

1 - Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, ULS Santa Maria

Resumo

Introdução: Gestational diabetes mellitus (GDM) is a common pregnancy complication linked to adverse maternal and neonatal outcomes. There is evidence that its prevalence varies by maternal nationality, with women from South and East Asia and Middle Eastern/North African (MENA) backgrounds at higher risk. However, it is unclear whether this higher risk translates into differences in maternal and neonatal outcomes.

Objectivos: To assess whether maternal and neonatal outcomes differ between European and non-European women diagnosed with GDM.

Metodologia: We used the National Gestational Diabetes Database (2019–2023), developed by the Portuguese Society of Diabetology. We excluded cases with missing data on nationality and multiple pregnancies. Maternal nationalities were grouped into eight regions. Several outcomes were analyzed using binary logistic regression in SPSS. P-values <0.05 were considered significant.

Resultados: We included 12564 pregnancies from 94 countries. Compared to European women, cesarean delivery was more likely among women from Sub-Saharan Africa (OR 1.41, 95% CI 1.20–1.66) and Latin America (OR 1.59, 95% CI 1.38–1.82). Macrosomia occurred more frequently in women from Sub-Saharan Africa (OR 2.07, 95% CI 1.55–2.77) and MENA (OR 2.35, 95% CI 1.00–5.48). Use of oral antidiabetic agents was higher among women from Sub-Saharan Africa (OR 1.65, 95% CI 1.40–1.95), South Asia (OR 2.11, 95% CI 1.78–2.50), MENA (OR 1.76, 95% CI 1.06–2.93), and Latin America (OR 1.27, 95% CI 1.10–1.47). Insulin use was elevated in women from Sub-Saharan Africa (OR 1.23, 95% CI 0.99–1.52) and Latin America (OR 1.21, 95% CI 1.00–1.45). Low Apgar (<7) was more likely in Sub-Saharan Africa (OR 2.76, 95% CI 1.56–4.88). There were no statistically significant differences in the risk of shoulder dystocia, respiratory distress syndrome, neonatal hypoglycemia, or polyhydramnios.

Conclusões: Maternal nationality is associated with differences in delivery mode, birth outcomes, and antidiabetic treatment in Portugal, highlighting the need for awareness and tailored prenatal monitoring to address these disparities.

Palavras-chave: Gestacional diabetes, Maternal outcomes, Neonatal outcomes



POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25652) - MODELO PREDITIVO DE MAUS DESFECHOS OBSTÉTRICOS EM MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL

Leonor Pascoal De Carvalho¹; Margarida Leal Martins¹; Cátia Conceição Santos¹; Inês Marques Mariano¹; Carlota Anjinhos Carvalhos¹; Ana Cláudia Almeida²; Maria Inês Marques Mariano¹; Ana Sofia Vaz²; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Serviço de Obstetrícia B, ULS Coimbra; 2 - Serviço de Neonatologia, ULS Coimbra

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) associa-se a complicações materno-fetais significativas, sendo fundamental identificar precocemente mulheres em maior risco.

Objectivos: Desenvolver e validar um modelo preditivo para maus desfechos obstétricos e neonatais em mulheres com DG e respetivos recém-nascidos e criar um score de risco clínico simplificado.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo incluindo 2413 mulheres com DG e respetivos recém-nascido, acompanhadas entre 2012-2024, num hospital de nível III.

Resultados: A taxa global de maus desfechos foi 27.9% (n = 673). As complicações mais frequentes foram prematuridade (11.6%), internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (8.1%) e hipoglicémia neonatal (4.8%). Na análise univariada, associaram-se significativamente a maus desfechos: idade materna superior (34.6 ± 5.5 vs 33.5 ± 5.5 anos, $p < 0.001$), peso inicial mais elevado (74.1 ± 17.7 vs 70.7 ± 15.7 kg, $p < 0.001$), glicémia em jejum no 1º trimestre mais elevada (97.3 ± 7.3 vs 96.3 ± 5.4 mg/dL, $p < 0.05$), HbA1c do 3º trimestre superior (5.37 ± 0.44 vs $5.17 \pm 0.42\%$, $p < 0.001$), e antecedentes de macrossomia (OR=2.19, IC95% 1.44-3.35, $p < 0.001$). Insulinoterapia e antidiabéticos orais não se associaram significativamente aos desfechos ($p > 0.05$).

Criou-se um score de risco (0-7 pontos) incorporando: idade ≥ 35 anos (+1), peso ≥ 75 kg (+1), macrossomia prévia (+2), glicémia de jejum no 1º trimestre (+1) e HbA1c do 3º trimestre $\geq 5.3\%$ (+2). A estratificação identificou três grupos: risco baixo (score 0-1, n=1532, 63.5%, taxa desfecho 24.9%), risco moderado (score 2-3, n=778, 32.2%, taxa desfecho 30.8%) e risco alto (score ≥ 4 , n=103, 4.3%, taxa desfecho 45.6%).

Conclusões: O modelo preditivo desenvolvido demonstrou capacidade de estratificação de risco para maus desfechos obstétricos em mulheres com DG. Parâmetros clínicos simples permitem identificar grávidas em maior risco de complicações. A integração deste score na prática clínica pode otimizar o acompanhamento pré-natal e reduzir complicações materno-fetais.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional, Modelo preditivo, Score de risco, Desfechos obstétricos



PO (25676) - PERFIS DE RISCO FARMACOLÓGICO: ANTECIPAR A TERAPÊUTICA NA DIABETES GESTACIONAL

Margarida Leal Martins¹; Leonor Pascoal De Carvalho¹; Cátia Conceição Santos²; Ana Aparício¹; Rodrigo Xavier Gonçalo¹; Joana Palmira Almeida¹; Maria Céu Almeida¹

1 - Serviço de Obstetrícia B – Maternidade Bissaya Barreto, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Serviço de Obstetrícia - Unidade Local de Saúde de Leiria

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) é o principal distúrbio endocrinológico da gravidez. A identificação de fatores predisponentes para a necessidade de terapêutica poderá possibilitar o início mais precoce de farmacoterapia, contribuindo para um controlo glicémico adequado e prevenção de complicações associadas.

Objectivos: Identificar fatores que possam prever a necessidade de terapêutica na DG.

Metodologia: Estudo retrospectivo de gestações unifetais complicadas com DG, acompanhadas num hospital terciário (2012-2024). Foram avaliados possíveis fatores preditores da necessidade de terapêutica (insulina e/ou metformina).

Resultados: Foram avaliadas 2238 grávidas com DG, das quais 945 (42,2%) eram DG do 1º trimestre (1T) e 1293 (57,8%) do 2º trimestre (2T). Relativamente à terapêutica farmacológica, esta foi necessária em 430 (45,5%) DG do 1T e em 382 (29,5%) DG do 2T. Na análise estatística das DG do 1T, a idade materna (OR=1,055; $p=0,003$), índice de massa corporal (IMC) prévio (OR=1,104; $p<0,001$), antecedentes de DG (OR=1,666; $p=0,039$), glicemia em jejum 1T (OR=1,048; $p=0,010$) e hemoglobina glicada (HbA1c) (OR=1,886; $p=0,018$) mostraram uma associação estatisticamente significativa com a necessidade de farmacoterapia. Já a idade gestacional (IG) de diagnóstico ($p=0,188$) e a paridade ($p=0,921$) não mostraram associação significativa. Nas DG do 2T, a idade materna (OR=1,045; $p=0,010$), o IMC (OR=1,079; $p<0,001$), DG prévia (OR=2,116; $p<0,001$), prova de tolerância à glicose oral (PTGO) 0 minutos (OR=1,043; $p<0,001$), HbA1c (OR=3,002; $p<0,001$) e paridade (OR=0,616; $p=0,015$) mostraram associação estatisticamente significativa com a necessidade de terapêutica. A IG de diagnóstico ($p=0,978$), PTGO 1h ($p=0,101$) e PTGO 2h ($p=0,228$) não tiveram significância estatística.

Conclusões: Independentemente do trimestre de diagnóstico, a idade materna, IMC, antecedentes de DG, valor da glicemia em jejum e HbA1c mostraram uma associação estatisticamente significativa com a necessidade de farmacoterapia. Antecedentes de DG e o valor da HbA1c foram os preditores com maior impacto estatístico. Deste modo, concluímos que reconhecer perfis de risco associados à necessidade de terapêutica medicamentosa permite uma abordagem mais eficaz e personalizada no controlo da DG.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional, Terapêutica Farmacológica, Fatores Preditores

**PO (25677) - MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS EM DIABETES MAL CONTROLADA**Sara Rocha¹; Rita Costa Gaspar¹; Rita Dunkel¹; Maria Bóia¹; Sandra Lemos¹; Sara Neto¹

1 - ULSRA

Resumo

Introdução: A hiperglicemia materna durante o período pré-concepcional e o início da gravidez é um fator de risco bem conhecido para anomalias congénitas, incluindo malformações dos sistemas cardíaco, nervoso, geniturinário, digestivo e musculoesquelético. Fatores maternos adicionais, como primiparidade, obesidade e tabagismo, podem agravar ainda mais o risco de desfechos fetais adversos.

Objectivos: Relatar o caso de um feto com múltiplas malformações congénitas, no contexto de diabetes pré-gestacional mal controlada.

Metodologia: Relato de caso clínico.

Resultados: Trata-se de uma primigesta, ex-fumadora, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 com controlo glicémico deficiente (hemoglobina glicada de 10,7% e atingimento microvascular) por não aceitação da doença. A ecografia do primeiro trimestre, realizada às 12 semanas de gestação, evidenciou agenesia femoral direita e translucência da nuca aumentada (6 mm) e levantou suspeita para outras malformações. A grávida foi submetida a biópsia das vilosidades coriônicas, com QF-PCR e CGH-array a revelarem-se sem alterações. A evolução da gravidez foi marcada por diagnóstico de anidrámnios, com interrupção médica da gravidez pelas 16 semanas. A autópsia fetal confirmou os achados ecográficos, identificando múltiplas malformações, incluindo alterações cardíacas (ventrículo direito com dupla saída, artéria subclávia direita aberrante e comunicação interventricular), do sistema nervoso central (disgenesia do corpo caloso e displasia cortical), genito-urinárias (agenesia renal bilateral e genitália masculina atípica), digestivas (má rotação intestinal) e esqueléticas (polidactilia pré-axial assimétrica e hemivértebras). Embora não tenha sido realizado estudo genético alargado (incluindo exoma), sublinha-se a importância de considerar causas não genéticas, como doenças maternas crónicas, na avaliação de fetos polimalformados. Os achados reforçam a associação entre diabetes mal controlada e risco aumentado de malformações congénitas, com uma aparente relação dose-dependente face aos níveis de glicemia materna.

Conclusões: Este caso evidencia o potencial teratogénico da hiperglicemia materna e a importância do controlo glicémico pré-concepcional em mulheres com diabetes pré-gestacional, assim como o valor diagnóstico da ecografia precoce.

Palavras-chave: diabetes



PO (25680) - MAIS PESO, MAIS RISCO? IMPACTO DO GANHO PONDERAL NA DIABETES GESTACIONAL

Margarida Leal Martins¹; Cátia Conceição Santos²; Leonor Pascoal De Carvalho¹; Inês Marques Mariano¹; Ana Catarina Paulo³; Ana Sofia Vaz³; Joana Palmira Almeida¹; Maria Céu Almeida¹

1 - Serviço de Obstetrícia B – Maternidade Bissaya Barreto, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Serviço de Obstetrícia - Unidade Local de Saúde de Leiria; 3 - Serviço de Pediatria - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Resumo

Introdução: A obesidade pré-gestacional e o diagnóstico de diabetes gestacional (DG) são duas entidades com aumento de incidência a nível mundial e que se associam a complicações maternofetais e neonatais. O ganho ponderal excessivo durante a gravidez tem mostrado ser um fator de risco independente para essas complicações.

Objectivos: Avaliar o impacto do ganho ponderal na ocorrência de complicações maternofetais/neonatais.

Metodologia: Retrospectivamente foram recolhidos os registos clínicos de grávidas com diagnóstico de gravidez unifetal e DG (2012-2024) num hospital terciário. Foi comparado o impacto do ganho ponderal (adequado/excessivo) com os diversos *outcomes*.

Resultados: Foram avaliadas 1446 grávidas com DG: 743 (51,4%) tiveram um ganho ponderal adequado para o índice de massa corporal (IMC) e 703 (48,6%) um ganho ponderal excessivo. O ganho ponderal excessivo mostrou uma associação estatisticamente significativa com a macrossomia (OR=2,027; $p=0,002$), fetos grandes para a idade gestacional (GIG) (OR=1,848; $p<0,001$), idade gestacional (IG) do parto mais tardia ($p=0,019$), hidrâmnios (OR=2,160; $p=0,022$) e prova da tolerância à glicose oral (PTGO) pós-parto alterada (OR=1,828; $p=0,026$). Adicionalmente, ainda que sem significância estatística, mostrou maior tendência para a necessidade de terapêutica farmacológica (OR=1,099; $p=0,388$), parto por cesariana (OR=1,023; $p=0,839$), distúrbios hipertensivos (OR=1,452; $p=0,067$), índice de Apgar <7 ao 5º minuto (OR=1,699; $p=0,349$) e morbidade neonatal (OR=1,163; $p=0,298$) – hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, síndrome de dificuldade respiratória e internamento na UCIN. Apresentou também menor tendência para parto pré-termo (OR=0,687; $p=0,085$). A análise multivariada mostrou que os *outcomes* GIG, macrossomia, hidrâmnios e PTGO pós-parto não sofreram alterações estatisticamente significativas quando ajustados para o IMC pré-gestacional. Contrariamente, o IMC mostrou ser uma variável de confundimento para a IG do parto.

Conclusões: O aumento ponderal excessivo durante a gravidez apresentou uma associação significativa na ocorrência de GIG, macrossomia, hidrâmnios e PTGO pós-parto alterada e mostrou ser um fator de risco independente na ocorrência dos *outcomes* referidos, quando ajustado ao IMC. Estes resultados reforçam a importância do acompanhamento nutricional/metabólico das grávidas com DG.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional, Ganho Ponderal Excessivo, Desfechos Maternofetais, Desfechos Neonatais



PO (25686) - OUTCOMES NA DIABETES GESTACIONAL - MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS VS INSULINOTERAPIA

Carina Spranger¹; Dóris Freitas¹; Raquel Rosa¹; Rita Neto¹; Joana Magna Mendes¹; Luís Miguel Farinha¹

1 - Hospital Dr. Nélío Mendonça

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional atinge cerca de 8.8% da população obstétrica em Portugal. Pela sua associação a macrosomia fetal, distócia de ombros, morte fetal e outras complicações é imprescindível uma vigilância apertada com implementação de medidas não farmacológicas e, quando necessário, farmacológicas. Adicionalmente, é fundamental assegurar os timings de indução de trabalho de parto adequados a cada subgrupo desta população.

Objectivos: Comparar os outcomes das gestações com diabetes gestacional vigiadas e orientadas para medidas não farmacológicas (dieta e exercício) vs insulino terapia.

Metodologia: Estudo retrospectivo, descritivo, baseado nos registos dos partos realizados no Hospital Dr. Nélío Mendonça entre julho de 2024 e junho de 2025.

Resultados: Relativamente ao grupo orientado com medidas não farmacológicas, foram contabilizadas um total de 109 gravidezes. Este grupo apresentou uma taxa de 64.2% de partos vaginais e 35.8% de cesarianas. O peso ao nascer médio do recém-nascido (RN) foi 3182 gramas, sendo que 9 (8.3%) RNs apresentaram um peso ao nascer > P90. Das 53 grávidas induzidas (entre as 37s+1d e 41s+1d), 36 apresentaram partos vaginais (taxa de sucesso de 67.9%). A nível de complicações, registaram-se 2 casos de distócia de ombros e 1 caso de hemorragia pós-parto.

Das 24 grávidas orientadas com insulino terapia, a taxa de partos vaginais foi 62.5% e de cesarianas 37.5%. O peso ao nascer médio do RN foi 3335 gramas, com 8 (33.3%) > P90. A taxa de sucesso de parto vaginal após indução de trabalho de parto (entre as 37s+2d e 40s+1d) foi 80%. Foi registado apenas 1 caso de hemorragia pós-parto.

Conclusões: O grupo de grávidas com diabetes gestacional sob insulino terapia apresentou uma taxa superior de recém-nascidos com peso ao nascer >P90. Contudo, a taxa de cesarianas e complicações foi sobreponível ao grupo de grávidas orientadas com dieta e exercício, o que corrobora a importância de induzir o parto mais precocemente nesta população.

Palavras-chave: dieta; insulino terapia; diabetes gestacional; complicações; peso ao nascer; cesariana



PO (25687) - DIABETES GESTACIONAL NO 1º TRIMESTRE - O IMPACTO DOS FATORES DE RISCO

Joana Amado Rodrigues¹; Margarida Amaro²; Ana Isabel Machado²

1 - ULS Algarve - Faro; 2 - ULS São José - Consulta de Diabetes e Gravidez, Serviço de Obstetrícia - Coordenadora do Serviço de Medicina Materno-Fetal, Prof. Dra. Fátima Serrano

Resumo

Introdução: O rastreio de diabetes gestacional (DG) no primeiro trimestre é controverso. A experiência acumulada deste rastreio neste *timing* tem deixado os clínicos divididos. As orientações nacionais recomendam o rastreio universal, considerando diagnóstico quando a glicémia em jejum é ≥ 92 mg/dL.

Objectivos: Comparar os desfechos obstétricos e neonatais das grávidas com diagnóstico DG no primeiro trimestre com e sem fatores de risco.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu as grávidas com diagnóstico de DG no primeiro trimestre e que tiveram o parto num hospital terciário entre Janeiro de 2020 e Maio de 2024. A partir dos registos clínicos, foram recolhidos dados demográficos, antecedentes pessoais e obstétricos, desfechos da gravidez atual (morte fetal, parto-pré-termo, hidrâmnios, pré-eclâmpsia, parto instrumentado, cesariana) e desfechos neonatais (síndrome de dificuldade respiratória, icterícia, hipoglicémia).

Resultados: Foram incluídas 446 mulheres. Como fatores de risco, considerou-se idade superior a 35 anos, índice de massa corporal superior a 30 kg/m^2 , antecedentes de DG, antecedentes familiares de diabetes, história de morte fetal, antecedentes de macrossomia fetal ou etnia. Nas grávidas com rastreio positivo, em 15,7% ($n=70$) não se verificaram fatores de risco, nas restantes 84,3% ($n = 376$) verificou-se a existência de 1 ou mais fatores de risco. No grupo de mulheres com fatores de risco para DG, a probabilidade de cesariana e icterícia neonatal era superior (com significância estatística, $p \text{ value} < 0,05$). Nas restantes variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Conclusões: Os dados do trabalho parecem apoiar o rastreio universal da DG no primeiro trimestre. Contudo, é necessário investigação adicional para aferir o impacto dos fatores de risco nos desfechos obstétricos, dado que a amostra é limitada, em particular no grupo sem fatores de risco.

Palavras-chave: diabetes gestacional, gravidez, primeiro trimestre

**POSTER COM DISCUSSÃO****POD (25693) - PTGO DE RECLASSIFICAÇÃO POSITIVA NO PÓS-PARTO: QUAIS OS FATORES DE RISCO?**

Marta Palma¹; Inês Lima¹; Tânia Ascensão¹; Filipa Caeiro¹; Naiegal Pereira¹; Njila Amaral¹; Maria Do Céu Almeida²; Elsa Dias¹; Carlos Veríssimo¹

1 - ULS Loures-Odivelas; 2 - ULS Coimbra

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) afeta cerca de 16% das gestações e caracteriza-se por intolerância aos carboidratos na gravidez. O diagnóstico constitui um fator de risco no desenvolvimento futuro de diabetes mellitus (DM) tipo 2.

Objectivos: Identificar os fatores de risco associados a alterações da prova de tolerância à glicose oral (PTGO) pós-parto.

Metodologia: Estudo descritivo retrospectivo das grávidas com DG entre 2019-2023 selecionadas da base de dados nacional do Grupo de Estudo da Diabetes e Gravidez da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Foram excluídas participantes cujo rastreio apresentou valores compatíveis com diabetes prévia. Avaliaram-se as mulheres com alterações da PTGO pós-parto. Consideraram-se as variáveis: idade materna (>35 anos), IMC pré-gestacional (>30Kg/m²), história familiar de diabetes, antecedentes pessoais de DG, momento do diagnóstico (1ºvs.2º trimestre), tratamento (dieta vs insulina vs metformina), HbA1c no 3ºtrimestre (>5,7%) e peso do recém-nascido (>4000g). A análise estatística foi feita com recurso ao SPSS.

Resultados: Das 12890 grávidas com DG apenas 56,9% (n=7332) realizaram PTGO pós-parto; 8,9% com alterações. As variáveis independentes que demonstraram associação estatisticamente significativa com PTGO pós-parto alterada foram: idade >35 anos (9,9%vs.8,0% p<0,05), IMC >30Kg/m² (11,0%vs.7,9% p<0,05), história familiar de diabetes (10,6%vs.7,5% p<0,05), antecedentes pessoais de DG (14,5%vs.8,1% p<0,05), necessidade de tratamento vs. dieta (12,8%vs.6,3% p<0,05), insulina vs. metformina (17,4%vs.9,5% p<0,05) e HbA1c >5,7% no 3ºtrimestre (19,6%vs.7,3% p<0,05). As variáveis sem significância estatística foram: momento do diagnóstico (9,0%vs.8,7% p=0,39) e peso do recém-nascido >4000g (8,9%vs.8,9% p=0,53).

Conclusões: Ressalva-se a importância de incentivar as puérperas à realização da PTGO no pós-parto, ausente em quase metade dos casos. Foram identificados fatores de risco para uma maior prevalência de alterações na PTGO de reclassificação, alguns dos quais potencialmente modificáveis na pré gravidez e gestação. A educação para a saúde e adoção de estratégias na tentativa de controlo destes fatores podem revelar-se cruciais no impacto futuro destas mulheres.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, PTGO pós-parto, Rastreio

**PO (25709) - DIABETES GESTACIONAL: O PESO DOS FATORES MATERNOS NOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS**

Diana Martins Oliveira²; Diana Catarina Silva Fernandes¹; Catarina Isabel Da Silva Cunha¹; Maria José Monteiro¹

1 - ULS Braga; 2 - Universidade do Minho

Resumo

Introdução: A Diabetes Gestacional (DG) é uma complicação metabólica frequente da gravidez. Contudo, a influência de fatores maternos, como idade e Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional, nas decisões obstétricas — nomeadamente indução do trabalho de parto (ITP) e via de parto — permanece pouco esclarecida.

Objectivos: Avaliar as associações entre DG e diferentes variáveis obstétricas e maternas, comparando grávidas com e sem DG quanto à taxa de cesariana, início do TP, IMC, idade materna e idade gestacional ao parto (IG).

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo realizado na ULS Braga, incluindo todas as parturientes entre janeiro e dezembro de 2024 (n=2637). Excluíram-se gestações <28 semanas, múltiplas ou com dados incompletos. A análise foi efetuada no IBM SPSS™ v.29, recorrendo a testes apropriados e modelos de regressão ajustados para idade materna, IMC, paridade e IG.

Resultados: A prevalência de DG foi 8,4% (n=222). As grávidas com DG apresentaram maior proporção de idade materna ≥ 35 anos (45,5% vs. 34,6%; $\chi^2=10,5$; $p=0,001$) e IMC pré-gestacional superior ($\chi^2(3)=55,8$; $p<0,001$), com maior prevalência de excesso de peso (30,2% vs. 26,4%) e obesidade (29,3% vs. 12,7%). A IG ao parto foi ligeiramente inferior nas grávidas com DG (39 [38–39] vs. 39 [39–40] semanas; $p<0,001$). A indução do TP (50,5% vs. 34,1%; $p<0,001$) e a cesariana (43,2% vs. 28,9%; $p<0,001$) foram mais frequentes entre as grávidas com DG. Nas análises ajustadas, a DG aumentou a probabilidade de indução (OR=2,22; $p<0,001$) e de cesariana (OR=1,45; $p=0,012$). Observou-se, ainda, associação positiva entre DG, idade materna (+1,64 anos; IC95%: 0,92–2,37; $p<0,001$) e IMC (+2,57 kg/m²; IC95%: 1,90–3,23; $p<0,001$).

Conclusões: A DG associa-se a idade materna e IMC pré-gestacional superiores, maior probabilidade de indução do TP e maior taxa de cesariana. Estes achados reforçam a importância de otimizar o perfil metabólico pré-concepcional e implementar estratégias de prevenção e acompanhamento individualizado, visando melhores desfechos maternos e perinatais.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional, Cesariana, Indução do Trabalho de Parto



PO (25713) - DIABETES GESTACIONAL NO 1º TRIMESTRE: A IDADE GESTACIONAL AO DIAGNÓSTICO TERÁ IMPACTO NOS DESFECHOS MATERNOFETAIS E NEONATAIS?

Cátia Conceição Santos¹; Leonor Pascoal De Carvalho²; Margarida Leal Martins²; Carlota Anjinho Carvalhos²; Ana Aparício²; Joana Sousa²; Ana Sofia Vaz²; Maria Céu Almeida²

1 - Unidade Local de Saúde - Região de Leiria; 2 - Unidade Local de Saúde - Coimbra

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) é uma complicação frequente da gravidez, associada a diversos riscos maternos, fetais e neonatais. Contudo, ainda não há consenso quanto à idade gestacional (IG) a partir da qual o rastreio do 1º trimestre deve ser realizado.

Objectivos: Avaliar se a IG ao diagnóstico de DG no 1º trimestre influencia os desfechos maternos, fetais e neonatais. Como objetivo secundário, pretende-se identificar fatores preditores independentes da necessidade de intervenção farmacológica.

Metodologia: Estudo retrospectivo de gestações unifetais com DG do 1º trimestre, acompanhadas num hospital terciário (2012-2024).

Resultados: Foram incluídas 906 grávidas e distribuídas em dois grupos: grupo-A (<8 semanas) com 439 e grupo-B (≥8 semanas) com 467. O grupo-A apresentou idade mediana inferior (33vs.34; $p<0,001$) e menos múltiparas (44,0%vs.55,7%; $p<0,001$). Não se observaram diferenças significativas na prevalência de excesso peso/obesidade (58,2%vs.60,3%). Observou-se maior frequência de antecedentes pessoais de DG no grupo-B (9,6%vs.14,4%; $p=0,027$) e de macrossomia numa gravidez anterior no grupo-A (9,4%vs.4,3%; $p=0,015$). O ganho ponderal foi superior no grupo-A (11,0vs.9,2kg; $p=0,028$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na necessidade de terapêutica (43,2%vs.46,7%), complicações hipertensivas (7,3%vs.6,2%), hidrâmnios (2,3%vs.3,0%), IG mediana do parto (39 semanas em ambos), parto pré-termo (9,3%vs.9,9%), taxa de cesariana (27,3%vs.30,8%), Apgar<7 ao 5.º minuto (0,7%vs.0,2%), macrossomia (43,2%vs.56,8%) ou morbidade neonatal (15,0%vs.17,2%).

Numa análise secundária, verificou-se que, por cada unidade de aumento do índice de massa corporal (IMC), a probabilidade de necessidade de terapêutica farmacológica aumentava 10,9% (OR=1,115; $p<0,001$), enquanto que, por cada ano adicional de idade, essa probabilidade aumentava 4,6% (OR=1,047; $p<0,001$). Adicionalmente, a presença de antecedentes pessoais de DG associou-se a um aumento superior a 1.9 vezes na probabilidade de necessidade terapêutica (OR=1,914; $p=0,004$).

Conclusões: A IG ao diagnóstico de DG no 1.º trimestre não teve impacto significativo nos desfechos maternos, fetais ou neonatais. No entanto, o IMC, a idade materna e os antecedentes pessoais de DG parecem ser fatores preditivos da necessidade de terapêutica farmacológica.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Idade gestacional, Desfechos maternos, fetais e neonatais

**PO (25718) - DIABETES GESTACIONAL, QUANDO INDUZIR? IMPACTO NOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS**

Cátia Conceição Santos¹; Margarida Leal Martins²; Leonor Pascoal De Carvalho²; Rodrigo Xavier Gonçalo²; Inês Taborda²; Ana Sofia Vaz²; Maria Céu Almeida²

1 - Unidade Local de Saúde - Região de Leiria; 2 - Unidade Local de Saúde - Coimbra

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional (DG) é uma complicação frequente da gravidez, associada a riscos fetais/neonatais. A idade gestacional (IG) para indução do trabalho de parto (IMTP) permanece controversa: alguns autores recomendam indução às 39semanas, visando reduzir complicações, enquanto outros defendem aguardar até às 40semanas, desde que o controlo metabólico seja adequado. A evidência sobre o impacto do momento da IMTP nos desfechos obstétricos permanece limitada.

Objectivos: Avaliar o impacto da IMTP às 39 vs 40 semanas nos desfechos obstétricos em grávidas com DG.

Metodologia: Estudo retrospectivo de gestações unifetais com DG, acompanhadas num hospital terciário (2012-2024). Dividiram-se 2 grupos: IMTP às 39semanas (grupo-A) e 40semanas (grupo-B).

Resultados: Foram incluídas 599 grávidas: 288 no grupo-A; 311 no grupo-B. O grupo-A apresentou maior mediana de idade (35vs33; $p=0,006$), mais múltiparas (46,5%vs38,1%; $p=0,037$) e tendência para índice massa corporal (IMC) pré-gestacional mais elevado (69,4%vs55,6%; $p<0,001$). Este grupo apresentou maior uso de terapêutica farmacológica (50,3%vs32,2%; $p<0,001$) e complicações hipertensivas (8,0%vs2,3%; $p<0,001$). A taxa de cesariana foi superior no grupo-B (19,1%vs21,5%; $p=n.s.$).

Relativamente aos desfechos neonatais, o peso ao nascimento foi superior no grupo-B (média 3264g vs 3411g; $p<0,001$), com maior incidência de macrossomia (3,5%vs8,7%; $p=0,008$) e internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) (1,4%vs4,9%; $p=0,016$). Após ajuste para variáveis de confundimento (idade materna, IMC, farmacoterapia), estes resultados mantiveram-se, sendo IG a única variável com impacto significativo nos desfechos neonatais.

Não houve diferenças significativas nos restantes indicadores de morbilidade neonatal (12,0%vs14,4%), apesar da tendência para piores desfechos no grupo-B, incluindo Apgar 5ºminuto, hiperbilirrubinémia, síndrome de dificuldade respiratória e trauma no parto.

Conclusões: A IMTP às 39semanas associa-se a um perfil materno de maior risco, contudo observou-se menor incidência de macrossomia e internamento na UCIN. Não houve diferenças significativas nos restantes desfechos neonatais, apesar da tendência para piores desfechos no grupo-B. Estes achados sugerem que a IMTP às 39semanas pode reduzir a morbilidade neonatal, sem aumentar o risco materno.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Indução do trabalho de parto, Desfechos obstétricos



DOENÇA MENTAL NA GRAVIDEZ

PO (25590) - PSICOSE PÓS PARTO – IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PRECOCE

Gabriela Martins¹; Patrícia Salgado¹; Joana Santos¹; Raquel Santos¹; Hugo Barros¹; Cláudia Miranda¹; José Manuel Furtado¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Resumo

Introdução: A psicose pós-parto é uma emergência psiquiátrica do puerpério imediato que exige reconhecimento e intervenção precoces. Partos complicados, privação de sono e fatores stressores psicossociais, como dificuldades económicas, história de abuso sexual, imigração e falta de apoio familiar podem precipitar a descompensação aguda.

Objectivos: Descrever um caso clínico de psicose pós-parto, salientando fatores precipitantes, avaliação de risco e abordagem interdisciplinar.

Metodologia: Relato de caso com recolha retrospectiva e sistematizada de dados clínicos do episódio obstétrico e psiquiátrico, complementado por revisão da literatura.

Resultados: Primigesta, 21 anos, angolana, sem comorbilidades relevantes, gravidez vigiada, sem intercorrências. Parto eutócico às 37 semanas e 5 dias, com episiotomia, complicado por distócia de ombros, resolvida com manobras externas. Com suspeita de triplo I, durante o parto, tendo iniciado profilaxia antibiótica. Recém nascido (RN), sexo masculino, 3750g, Apgar 9/9/10. Durante revisão do canal de parto, objetivada laceração perineal de quarto grau, corrigida com apoio de cirurgia geral. RN internado no serviço de neonatologia por quadro infeccioso. A puérpera teve alta do serviço de obstetrícia ao segundo dia pós parto, internamento sem intercorrências. Ao oitavo dia pós-parto, regressa por insónia quase total desde o parto, comportamento bizarro, discurso de teor hiper-religioso e ideação persecutória relacionada com a eventual retirada do RN. Foi administrada olanzapina 5 mg, sem controlo sintomático. A avaliação psiquiátrica identificou risco de suicídio, agressividade, fuga/abandono e negligência pessoal. Indicou-se internamento na psiquiatria para estabilização, e se necessário, contenção farmacológica/física, psicoeducação da doente e psicoterapia breve. Esteve internada durante oito dias, sem intercorrências, alta orientada para consulta, medicada.

Conclusões: O caso ilustra a confluência de fatores precipitantes (parto complicado, internamento neonatal, privação de sono, ausência do companheiro), reforçando a necessidade de triagem rigorosa, avaliação de risco e abordagem multidisciplinar célere. A monitorização de segurança no internamento e a terapêutica antipsicótica, constituem um pilar na estabilização, preservando o vínculo mãe-bebé.

Palavras-chave: Psicose pós-parto, Diagnóstico precoce, Abordagem multidisciplinar, Fatores de risco psicossociais, Saúde mental materna



PO (25606) - DA DEPRESSÃO MAJOR À PSICOSE PUERPERAL – IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Mariana Bandeira¹; Viviana Cunha¹; Ana Rita Matos¹; Adriana Oliveira¹; Soraia Cunha¹; Paula Pinheiro¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Resumo

Introdução: As perturbações psiquiátricas durante a gravidez podem comprometer a saúde materno-fetal. Existem múltiplos fatores de risco associados, sendo o mais importante a história prévia de depressão. A suspensão súbita de psicofármacos aumenta o risco de recaída. A psicose puerperal, embora rara, constitui uma emergência psiquiátrica grave com elevada morbimortalidade.

Objectivos: Relato de um caso clínico de depressão major resistente na gravidez, complicado com psicose puerperal.

Metodologia: Recolha de dados a partir de registos clínicos informáticos do SClinico®.

Resultados: Nulípara, 43 anos, natural do Brasil, com antecedentes de depressão e ansiedade, medicada previamente com quetiapina e clonazepam, que suspendeu abruptamente às 13 semanas. Às 31 semanas apresentou agravamento marcado do quadro depressivo (anedonia, insónia, lentificação psicomotora), após o falecimento da mãe. Iniciou sertralina, posteriormente associada a venlafaxina, hipnóticos e ansiolíticos, com acompanhamento conjunto por Obstetrícia e Psiquiatria.

Às 34s6d apresentou rotura prematura de membranas, culminando em cesariana emergente às 35s por EFNT. Recém-nascido do sexo masculino, com peso de 2235g, Apgar 5/8/9. O puerpério foi complicado por infeção e deiscência da ferida operatória.

Nas semanas subsequentes, manteve sintomas depressivos, evoluindo para delírios persecutórios na quarta semana pós-parto. Foi admitida no SU por suspeita de surto psicótico com ideação suicida e internada em Psiquiatria durante 34 dias, com estabilização clínica sob antidepressivos e antipsicóticos. Atualmente encontra-se em seguimento ambulatorio por Psiquiatria e Psicologia.

Conclusões: Este caso evidencia a vulnerabilidade psiquiátrica na gravidez e no puerpério, onde múltiplos fatores de risco (depressão prévia, suspensão abrupta de psicofármacos, luto, ausência de rede de apoio) culminaram em psicose puerperal e necessidade de internamento prolongado. A abordagem multidisciplinar assume um papel crucial na estabilização clínica e vinculação mãe-filho. Este caso reforça a importância da vigilância da saúde mental durante e após a gravidez.

**PO (25610) - VOZES NO PÓS-PARTO: UM CASO DE PSICOSE PÓS-PARTO**Mafalda Pinheiro¹; Maria Teresa Araújo¹; Ana Simões¹*1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS São José***Resumo**

Introdução: A psicose pós-parto (PPP) é uma emergência psiquiátrica rara, mas grave, que ocorre nas primeiras duas semanas do puerpério, com sintomas psicóticos e risco significativo de suicídio e infanticídio. A doença psiquiátrica grave é o principal fator de risco. Trata-se de uma condição com bom prognóstico e que não prejudica a competência parental depois de tratada.

Objectivos: Descrição de caso de PPP em doente com esquizofrenia, reforçando a importância do diagnóstico precoce e manutenção da terapêutica antipsicótica na gravidez e pós-parto.

Metodologia: Relato de caso

Resultados: Mulher, 28 anos, natural do Nepal, G4P2.

Gravidez vigiada com parto de termo auxiliado por ventosa e recém-nascido vivo, masculino, 3850g, índice de Apgar 9/10. Pós-parto imediato sem intercorrências. Após alta clínica, apresentou episódio de ansiedade e choro. À observação pela psiquiatria: “vínculo precário com o recém-nascido, discurso empobrecido e comportamento desorganizado. Evoluiu com alucinações visuais e auditivas, bloqueios do pensamento, e lentificação psicomotora marcada”. Foram identificados antecedentes de esquizofrenia com episódio psicótico prévio, diagnóstico que ocultou da equipa assistente. Por iniciativa própria, havia interrompido a medicação (escitalopram e olanzapina) antes da gravidez. Foi internada voluntariamente após avaliação de risco e retomou terapêutica psiquiátrica, com remissão dos sintomas psicóticos, humor eufímico e insight parcial.

Conclusões: Mulheres com esquizofrenia devem ser consideradas de alto risco e requerem seguimento rigoroso durante a gravidez e o puerpério. O tratamento precoce e, quando necessário, a hospitalização imediata são fundamentais para garantir a segurança tanto da mãe como do bebé. O suporte familiar e a intervenção de uma equipa multidisciplinar são determinantes para a recuperação e a reintegração da paciente. Este caso ilustra ainda a importância de uma história clínica completa e detalhada, bem como as potenciais consequências da barreira linguística e da ausência de informação médica prévia, especialmente quando a paciente é proveniente de outro país.

Palavras-chave: psicose, pós-parto, esquizofrenia

**PO (25625) - QUANDO A SAÚDE MENTAL E A MEDICINA MATERNA SE ENCONTRAM: ABORDAGEM INTEGRADA NUMA GRAVIDEZ COMPLEXA**

Joana Gomes Augusto¹; Liliana Reis¹; Maria Fedchenko¹; Joana Torres Silva¹; Maria Liz Coelho¹; Claudina Carvalho¹

1 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Resumo

Introdução: A doença mental na gravidez constitui um desafio clínico, com implicações na saúde materna e fetal. Mulheres com história prévia de depressão ou ansiedade apresentam risco substancialmente superior de recorrência ou novo episódio durante a gravidez e puerpério, com prevalências estimadas de depressão periparto de 14,7%-20,6%. A presença concomitante de traços de personalidade disfuncionais e comorbilidades médicas agrava o risco de descompensação clínica, podendo comprometer a evolução obstétrica e a adaptação pós-parto. A gestão eficaz exige acompanhamento multidisciplinar e intervenções precoces e integradas ao longo de todo o continuum perinatal.

Objectivos: Descrição de caso de gravidez em doente com patologia psiquiátrica complexa e múltiplas comorbilidades médicas.

Metodologia: Análise retrospectiva de dados clínicos e laboratoriais.

Resultados: Mulher de 37 anos, com antecedentes de perturbação depressiva major, traços disfuncionais de personalidade, tromboembolismo cerebral prévio e hipertensão crónica, acompanhada em múltiplas consultas especializadas desde o início da gravidez. A gestação foi complicada por diabetes gestacional e agravamento progressivo da insónia e ansiedade, que conduziram a ingestão alimentar inadequada e dificultaram o controlo glicémico, exigindo intensificação da insulino-terapia. O quadro estabilizou com ajuste farmacológico (quetiapina associada a sertralina, que substituiu a venlafaxina atendendo ao contexto hipertensivo) e intervenção psicoterapêutica.

Por labilidade tensional, realizada indução do trabalho de parto às 38 semanas 4 dias, com parto eutócico, sem intercorrências, de recém-nascido masculino de 2925g (Apgar 9/10/10). No puerpério imediato, a suspensão voluntária da medicação levou a sintomatologia somatizada com dor pélvica intensa e incapacitante, discurso confuso e labilidade emocional. A reintrodução farmacológica e a intervenção coordenada permitiram rápida melhoria clínica e estabelecimento de vínculo materno-infantil adequado, confirmado no seguimento ao primeiro mês.

Conclusões: Este caso evidencia a importância da abordagem multidisciplinar e do ajuste terapêutico individualizado em gestantes com patologia psiquiátrica complexa. A identificação precoce e a atuação coordenada permitem mitigar complicações e promovem um desfecho favorável para a díade mãe-bebé.

Palavras-chave: Saúde mental, Perturbação depressiva major, Perturbação de ansiedade, Traços disfuncionais de personalidade



PO (25639) - DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ - NEM SEMPRE É O QUE PARECE

Adriana Carreira¹; Susana Alves²; Ana Isabel Machado¹

1 - ULS S. José – Serviço de Obstetrícia – coordenadora do Serviço de Medicina Materno Fetal Prof. Dra. Fátima Serrano; 2 - ULS S. José - Consulta de Psiquiatria - Gravidez

Resumo

Introdução: A depressão na gravidez é frequente e subdiagnosticada, afetando 7–10% das grávidas em países desenvolvidos.

O diagnóstico de episódio depressivo major na gravidez baseia-se em sintomas como disforia, anedonia, sentimentos de inutilidade ou culpa e ideação suicida, não atribuíveis a outras causas e que provocam sofrimento significativo.

Este espectro de sintomas pode manifestar-se em diferentes entidades diagnósticas, representando um desafio para a prática clínica.

Objectivos: Discutir a importância do diagnóstico diferencial de depressão na gravidez.

Metodologia: Descrição de caso clínico.

Resultados: Mulher de 18 anos, natural da Guiné, com doença de células falciformes e síndrome de Gilbert, com gravidez não desejada de 25 semanas, foi admitida por suspeita de síndrome torácico agudo associado a pneumonia por Influenza A com sobreinfecção bacteriana. Durante o internamento desenvolveu quadro infeccioso gastrointestinal associado a agravamento da sua anemia (Hb 5,8 g/dL; plaquetas 63.000/μL, LDH 607 U/L), sugestivo de hemólise em contexto de insulto infeccioso e doença de base. Concomitantemente, desenvolveu tristeza persistente, apatia, insónia, sentimentos de desesperança e ideias de suicídio, sendo diagnosticada com episódio depressivo major grave

Fez 2 unidades de concentrado eritrocitário e iniciou sertralina até 100 mg/dia e quetiapina 50 mg, com melhoria clínica progressiva.

Manteve-se em internamento até ao parto. No pós-parto, permaneceu eutímica, com episódio depressivo major em remissão, mantendo a terapêutica.

Conclusões: O diagnóstico de episódio depressivo major é de exclusão, sendo importante o diagnóstico diferencial com outras causas médicas que possam mimetizar sintomas depressivos, como anemia, alterações da função tiroideia, défices vitamínicos e doenças crónicas. Por vezes, estas diferentes causas podem ser concomitantes.

Paralelamente, os sintomas somáticos da depressão, como alterações do sono, níveis de energia, libido e apetite, são comuns às alterações fisiológicas da gravidez, dificultando o diagnóstico.

Assim sendo, um diagnóstico diferencial cuidadoso e atempado é crucial para um tratamento e acompanhamento adequado.

Palavras-chave: Depressão, gravidez, diagnóstico diferencial



PO (25656) - INSÓNIA E PERTURBAÇÕES DO SONO DURANTE A GRAVIDEZ: ANÁLISE DAS OPÇÕES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Catarina Sabbo¹; Matilde Vilela¹; Inês Limpo¹; Daniela Encarnação¹; Rita Jesus¹; Catarina Murta¹; Rodrigo Pereira Mata¹; Diana De Castro Almeida¹

1 - ULS Algarve

Resumo

Introdução: As perturbações do sono são comuns durante a gravidez e podem afetar até 97% das grávidas, especialmente no 3º trimestre, sendo que estas podem agravar ou surgir de novo durante a gestação. A insónia, que pode ser primária ou secundária a condições comórbidas, deve ser tida como diagnóstico diferencial de perturbações de ansiedade, do humor, perturbações respiratórias e síndrome das pernas inquietas. A intervenção precoce é essencial para evitar complicações maternas e fetais.

Objectivos: Rever a abordagem farmacológica da insónia na gravidez e a segurança das diferentes opções terapêuticas.

Metodologia: Revisão da literatura da base científica PubMed, utilizando como palavras-chave “pregnancy”, “sleep disorders” e “insomnia”.

Resultados: As intervenções não farmacológicas, como higiene do sono e terapia cognitivo-comportamental dirigida à insónia (TCC-I), são a primeira linha e a opção mais segura. A farmacoterapia é considerada quando estas se demonstram insuficientes, sobretudo em casos moderados a graves ou associados a doença psiquiátrica. Serão explorados os benefícios e riscos associados a classes farmacológicas como as benzodiazepinas, z-drugs, anti-histamínicos e melatonina.

Conclusões: A insónia na gravidez deve ser abordada de forma individualizada, considerando os riscos e benefícios do tratamento não farmacológico e farmacológico. Nas perturbações do sono moderadas a graves associadas a comorbilidade psiquiátrica, o tratamento farmacológico é crucial para melhorar a qualidade do sono e reduzir o risco de doença pré-natal sem tratamento e desfechos negativos no pós-parto.

Palavras-chave: insónia, perturbação do sono, gravidez



PO (25664) - SURTO PSICÓTICO AGUDO NA GRAVIDEZ: DESAFIOS NA ABORDAGEM DA DOENÇA MENTAL EM CONTEXTO OBSTÉTRICO

Leonor Neves Da Silva¹; Diana Teixeira¹; Dilsa Morgado¹; Jorge Vasconcelos¹; Nuno Maciel¹; Oscar Rebelo¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Resumo

Introdução: A presença de patologia psiquiátrica grave durante a gravidez constitui um desafio clínico e ético relevante, exigindo uma abordagem interdisciplinar entre a Psiquiatria e a Obstetrícia. Os episódios psicóticos neste contexto são raros, mas associam-se a riscos significativos para a saúde materna e fetal, podendo comprometer o seguimento pré-natal, a adesão terapêutica e o estabelecimento do vínculo mãe-bebé.

Objectivos: Descrever o caso clínico de uma grávida com surto psicótico agudo no terceiro trimestre de gestação e refletir sobre os desafios associados à abordagem e ao tratamento da doença mental em contexto obstétrico.

Metodologia: Apresentação de um caso clínico de uma grávida internada em regime compulsivo no serviço de Psiquiatria. Foram avaliadas as intervenções terapêuticas instituídas, a evolução clínica e o desfecho obstétrico.

Resultados: Mulher de 34 anos, de origem polaca, com antecedentes de possível perturbação afetiva bipolar, cuja gravidez foi diagnosticada tardiamente, às 32 semanas, após internamento compulsivo no serviço de psiquiatria no contexto de surto psicótico agudo. Apresentava desorganização do pensamento e comportamento, ideias delirantes persecutórias e de grandeza, provável atividade alucinatoria e ausência de insight, rejeitando de forma persistente a gravidez. Foi instituído tratamento com risperidona, com aumento gradual da dose, até 5 mg/dia, associado a psicoterapia com estabilização progressiva do quadro psiquiátrico. Após 7 semanas de internamento foi atingida a estabilidade do quadro, bem como assegurados a rede de apoio social e foi decidida cesariana eletiva às 38 semanas + 6 dias, que decorreu sem intercorrências. Após o parto, foi possível assegurar o estabelecimento do vínculo entre a mãe e a recém-nascida.

Conclusões: O caso evidencia a importância da articulação entre especialidades, bem como do serviço social, para garantir a segurança da díade mãe-bebé e minimizar riscos terapêuticos.

Palavras-chave: Psicose perinatal, Doença mental, Saúde materna, Surto psicótico agudo



PO (25673) - PSEUDOCIESE ENTRE A OBSTETRÍCIA E A PSIQUIATRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Luís Alves¹; Iolanda Martins Marques²; Liliana Barbas¹; Maria Celeste Castelão¹

1 - Unidade Local de Saúde - Região de Leiria; 2 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - ULS Coimbra

Resumo

Introdução: A pseudocieze é uma síndrome psicopatológica rara que se caracteriza pela crença firme de o: estar grávida, acompanhada de sinais e sintomas típicos, na ausência de gestação. É uma condição mais comum em idades jovens e que habitualmente resolve após o diagnóstico. A etiologia é multifatorial, envolvendo fatores psicogénicos, neuro-endócrinos e socioculturais. O diagnóstico diferencial entre pseudocieze e delírio de gravidez, baseia-se na presença ou ausência de sinais e sintomas típicos (característico deste último). Por fim, também é essencial verificar a presença de simulação ou quadros de pseudogravidez.

Objectivos: Realizar uma revisão bibliográfica e apresentar um caso clínico ilustrativo.

Metodologia: Revisão narrativa sobre pseudocieze e descrição de um caso clínico.

Resultados: Mulher de 23 anos, recorreu ao serviço de urgência por perda hemática vaginal e suspeita de perda de líquido amniótico, referindo gravidez de 34 semanas. À observação, altura do fundo uterino inferior à idade gestacional. Exame ao espécúlo, sem alterações. Colo posterior, formado e fechado. A ecografia abdominal revelou bexiga em repleção, sem identificação de partes fetais. Foi realizado esvaziamento vesical, com saída de urina em quantidade abundante. À ecografia transvaginal, “endométrio com 2.3mm, sem evidência de imagens compatíveis com gravidez na cavidade endometrial”. Realizou teste imunológico da gravidez com resultado negativo.

À avaliação psiquiátrica, vígil, pouco colaborante à exploração, tornando-se progressivamente mais irritada com as várias tentativas de esclarecimento do episódio que motivou a vinda ao serviço de urgência. Discurso coerente e fluente, porém, centrado nas questões da gravidez. Sem desvios significativos do humor. Insight parcial para a sua condição clínica. Teve alta, mantendo acompanhamento ao nível dos cuidados de saúde primários.

Conclusões: Este caso ilustra a importância de uma abordagem holística, com o intuito de perceber qual o papel da mulher e da gravidez. A distinção entre as diferentes entidades (pseudocieze, delírio de gravidez, simulação e pseudogravidez) constitui um desafio clínico.

Palavras-chave: Pseudocieze, Obstetrícia, Psiquiatria



PO (25710) - ENTRE INSÓNIA, DELÍRIOS E ALTERAÇÕES DO HUMOR: UM CASO DESAFIANTE DE PATOLOGIA PSICÓTICA NO PUERPÉRIO

Pedro Da Silva Ceia¹; Marcelo Menino¹; Gonçalo Diniz De Pinho²; Maria Luís Alves¹; Liliana Barbas¹; Elisabete Ramos Santos¹; Catarina Faria¹

1 - ULS da Região de Leiria; 2 - Hospital da Luz Lisboa

Resumo

Introdução: O puerpério representa uma fase vulnerável da gestação, com maior risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, como a psicose pós-parto. É importante abordar o diagnóstico diferencial aquando do aparecimento de sintomatologia neuropsiquiátrica, considerando causas orgânicas.

Objectivos: Destacar a importância do diagnóstico diferencial perante um quadro de sintomatologia predominantemente psicótica com fenómenos neurológicos no contexto puerperal.

Metodologia: Análise e descrição de um caso clínico.

Resultados: Primípara, 27 anos, puérpera de parto eutócico, saudável, com insónia durante o internamento, sem outras intercorrências. Inicia ao 6º dia de puerpério quadro de agitação psicomotora, alterações do discurso e ideação delirante. Apresentava cefaleia fronto-orbitária direita tipo pressão de intensidade moderada desde o parto. Foi admitida na urgência, onde teve crise tónico-clónica generalizada inaugural. Estava normotensa e com injeção conjuntival à direita, sem sinais neurológicos focais ou papiledema. Do estudo analítico, destacava-se rabdomiólise, hiperclorémia discreta, hipocalcemia, hiperuricemia, hipovitaminose B12. Realizou TC-CE e Venó-TC, revelando sinusopatia inflamatória, sem outras alterações, incluindo defeitos de preenchimento vascular. A RM-CE revelou pequena hemorragia sulcal occipital direita. Foi medicada com levetiracetam e clonazepam, com efeito, tendo alta hospitalar. Após a alta, teve 2 novos internamentos devido a incumprimento terapêutico, com sintomatologia psiquiátrica sobreponível, flutuante, sem novas crises convulsivas. Apuram-se antecedentes de alterações do humor, sem episódios depressivos ou maníacos, bem como roncopatia e alterações tomográficas sinusais e faríngeas sugestivas de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). O EEG não mostrava que estivesse em estado de mal. Assumiu-se episódio psicótico em contexto de insónia, em doente com possível SAOS, com crise convulsiva relacionada com hemorragia intracraniana (estudo etiológico negativo), tendo tido alta sob levetiracetam, trazodona e risperidona.

Conclusões: As perturbações psiquiátricas no puerpério têm impacto significativo no círculo familiar. A sua abordagem precoce e adequada, com estudo de causas secundárias (não psiquiátricas) é imperativa para o seu tratamento e aconselhamento futuro, embora possa ser desafiante.

Palavras-chave: psicose, puerpério

**PO (25715) - DISTÚRBIOS DO SONO E GRAVIDEZ**

Matilde Alves Ribeiro¹; Caetana Montellano¹; Gisela Pires Da Silva¹; Diogo Lima¹; Margarida Paiva¹; Rosário Cercas¹; Ana Cláudia Lopes¹; Daniela Pereira¹

1 - ULSAR

Resumo

Introdução: As alterações anatómicas, fisiológicas, psicológicas e hormonais que ocorrem durante a gravidez exercem um impacto sobre o sono. Embora os dados relativos à redução da duração e qualidade do sono apresentem inconsistências, muitas grávidas reportam perturbações do sono. As causas subjacentes a estas queixas são multifatoriais, no entanto o reconhecimento precoce e o tratamento adequado destas perturbações devem ser incentivados, com o intuito de promover a saúde e qualidade de vida maternas.

Objectivos: Identificar a prevalência de distúrbios do sono na gravidez, relacionando com os diferentes trimestres, possíveis causas e fatores de risco.

Metodologia: Questionário de autopreenchimento online ou em papel anónimo realizado na plataforma GoogleForms entre agosto-outubro de 2025. As participantes preencheram um questionário sócio-demográfico e índice de qualidade do sono de Pittsburgh(PSQI) para avaliação da qualidade do sono. Os critérios de inclusão foram grávidas/puérperas residentes em Portugal.

Resultados: Um total de 87 mulheres respondeu ao questionário, sendo que todas preenchiam os critérios de inclusão no estudo. A idade média das inquiridas foi 31 anos(19-45 anos). A maioria apresentava pelo menos o ensino secundário, encontrava-se empregada e era múltipara. 47% das inquiridas apresentaram pobre qualidade de sono. Verificou-se que o trimestre que pior impacto teve na qualidade do sono foi o terceiro (55.2%) e que o início dos distúrbios do sono se estabeleceu durante o 3ºtrimestre para 26.4% das mulheres, no 2º trimestre para 21.8% e no 1º trimestre para 20.7%. As principais causas detetadas pelas inquiridas para diminuição da qualidade do sono foram noctúria(54%), posição desconfortável(51%), ansiedade/preocupações (30%), dores nas costas/fossas ilíacas(22%), movimentos do feto(22%), câibras(20%) e azia(20%).

Conclusões: A prevalência de distúrbios do sono na gravidez foi elevada . Verificou-se que a qualidade de sono foi afetada negativamente pelo número de gravidezes anteriores e positivamente com a realização de exercício físico moderado. Não foi encontrada relação estatística com patologias prévias à gravidez.

Palavras-chave: Distúrbios do sono; Gravidez



GRAVIDEZ MÚLTIPLA

PO (25584) - DOIS FETOS, UMA DECISÃO: INDUZIR OU ESPERAR?

Daniela Alpoim¹; Rita Jesus¹; Roxane Van Hauwaert¹; Catarina Sabbo²; Diana Pissarra¹; Ana Edral¹; Ana Paula Silva¹

1 - ULS Algarve - Hospital de Faro; 2 - ULS Algarve - Hospital de Portimão

Resumo

Introdução: O aumento da idade materna e consequente recurso a técnicas de reprodução assistida, têm contribuído para o aumento de gestações gemelares, que se associam a maiores resultados perinatais adversos. Nas nulíparas, o modo de início do Trabalho de Parto (TP) - induzido vs espontâneo - pode influenciar os desfechos materno-fetais.

Objectivos: Avaliar e comparar os desfechos materno-fetais segundo o tipo de início de TP, induzido ou espontâneo, em gravidezes gemelares de nulíparas.

Metodologia: Estudo retrospectivo e descritivo, entre 2018-2024, baseado na revisão de processos clínicos no S-Clínico. Critérios de inclusão: gravidez gemelar, nulíparas. Critérios de exclusão: idade gestacional <35 semanas, cesarianas eletivas, apresentações não cefálicas do primeiro feto, ou patologias que exigiram cesariana urgente/emergente. Os fatores avaliados incluíram: idades gestacionais ao parto, tipo de parto, pesos neonatais e índices de Apgar.

Resultados: Foram identificadas 235 gravidezes gemelares, das quais 118 nulíparas. Após aplicação dos critérios de exclusão, incluíram-se 30 mulheres: 21 submetidas a Indução do Trabalho de Parto (ITP) e 9 com TP espontâneo.

A maioria das mulheres com ITP terminou em cesariana (66,7%), enquanto o grupo com TP espontâneo apresentou maior taxa de parto vaginal (55,6%). Verificou-se ainda, que nas mulheres submetidas a ITP, a percentagem de partos instrumentados foi superior. Globalmente, os pesos neonatais e os índices de Apgar foram semelhantes entre os grupos, refletindo boa adaptação neonatal. As idades gestacionais médias ao parto situaram-se entre as 35 e 37 semanas, consistente com a prática clínica para gestações gemelares.

Conclusões: Nas nulíparas com gestação gemelar, o TP espontâneo associa-se a uma maior probabilidade de parto vaginal, sem diferenças relevantes nos resultados neonatais. A indução, embora relacionada a uma maior taxa de cesariana, mostrou-se segura quando criteriosamente indicada. Estes dados reforçam a importância da seleção adequada das candidatas à indução e da individualização das decisões no final da gravidez gemelar.

Palavras-chave: gravidez gemelar, trabalho de parto, induzido, espontâneo

**PO (25593) - DO DIAGNÓSTICO À DECISÃO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DE UMA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

Joana Novais Dos Santos¹; Raquel Santos¹; Patrícia Salgado¹; Gabriela Martins¹; Adosinda Rosmaninho¹; Diogo Cunha¹; Elsa Pereira¹; Cátia Ferreira¹; Diana Coelho¹; André Coelho Almeida²; Rosa Sardinha¹

1 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - ULS Alto Ave; 2 - Serviço de Neonatologia - ULS Alto Ave

Resumo

Introdução: A rotura prematura pré-termo de membranas (RPPM) está associada a uma elevada taxa de morbimortalidade neonatal. A abordagem clínica e o aconselhamento pré-natal representam um desafio, particularmente complexos nas gestações gemelares.

Objectivos: Descrever a abordagem de uma RPPM numa gestação gemelar e salientar a importância do trabalho multidisciplinar.

Metodologia: Apresentação de um caso de RPPM peri-viabilidade numa gestação gemelar bicoriónica/biamniótica.

Resultados: Primigesta de 30 anos, vigiada por gestação gemelar bicoriónica/biamniótica espontânea, foi admitida às 22 semanas e 6 dias por RPM. Ecograficamente, feto 1 vivo, com estimativa de peso fetal (EPF) de 546 g, em anidrámnio; feto 2 vivo, EPF de 476 g, com líquido amniótico normal. O caso foi discutido com a equipa de Neonatologia e com os progenitores. Após esclarecimento sobre o prognóstico, possíveis condutas e riscos associados, foi solicitado feticídio seletivo do feto 1. Às 24 semanas iniciou-se um ciclo de maturação pulmonar fetal e, às 24 semanas e 5 dias, realizou-se o feticídio. Às 25 semanas e 2 dias entrou em trabalho de parto e, após expulsão do feto inativado, foi feita laqueação do cordão umbilical o mais superiormente possível, na tentativa de parto diferido. Após 48 horas, pela persistência de leucocitose ($31,9 \times 10^9/L$) e elevação da PCR (162,2 mg/L), sugestivas de infeção intra-amniótica apesar da antibioterapia instituída, decidiu-se terminar a gravidez. Fez-se tentativa de versão cefálica externa, mas, por interposição do cordão, foi infrutífera. Decidiu-se cesariana e nasceu um recém-nascido com 730 g, índice de Apgar 5/8/9, internado nos Cuidados Intensivos Neonatais.

Conclusões: A RPPM em gestações gemelares representa um desafio clínico e ético. Este caso evidencia a importância de uma abordagem individualizada e coordenada por uma equipa multidisciplinar, bem como do envolvimento ativo dos progenitores no processo de tomada de decisão.



PO (25601) - DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE GÉMEOS SIAMESES PÓS-FIV: RELATO DE CASO

Mariana Ribeiro¹; Tiago Oliveira^{1,2}; Rita Luís^{2,3}; Joana Tavares¹

1 - Serviço de Anatomia Patológica da Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2 - Instituto de Histologia e Biologia do Desenvolvimento, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 3 - Serviço de Anatomia Patológica da Unidade Local de Saúde de São José

Resumo

Introdução: Os gémeos siameses são uma complicação rara das gestações gemelares monocoriónicas. A sua incidência é de 1:50.000 gestações, 1:250.000 no total de nados vivos e é três vezes mais frequente no sexo feminino. A classificação baseia-se na localização da fusão, sendo mais prevalentes os toracópagos (20-40%) e os menos comuns os craniópagos (2%). A sua etiologia é incerta, contudo foram propostas duas teorias: a teoria da Fusão sugere que dois embriões inicialmente separados sofrem uma fusão por volta do 13º dia após fertilização. Alternativamente, a teoria da Fissão propõe que o embrião sofre uma divisão incompleta entre o 13-15º dia após a fertilização. Estudos sugerem maior incidência de gestações gemelares monozigóticas no contexto de reprodução medicamente assistida.

Objectivos: Reportamos o caso de uma gestante de 44 anos com gravidez pós fertilização in vitro, com ecografia do 1º trimestre a revelar gémeos siameses. Tratando-se de uma situação de mau prognóstico, o casal optou por interrupção médica da gestação.

Metodologia: A autópsia fetal revelou fetos do sexo masculino siameses toraco-onfalópagos (fusão torácica e abdominal). Constatou-se coração único com emergência de uma artéria aorta e uma pulmonar para cada feto. A maceração moderada dificultou a avaliação do fígado, mas os restantes órgãos encontravam-se em número e topografias habituais.

Resultados: Os gémeos siameses apresentam uma taxa de sobrevivência baixa e o prognóstico é geralmente reservado, dependendo da localização da fusão e do tipo de malformações associadas. Os gémeos siameses toracópagos têm a taxa de sobrevivência mais baixa devido à elevada incidência de defeitos cardíacos complexos.

Conclusões: O diagnóstico pré-natal desempenha um papel fundamental na deteção precoce destas anomalias, avaliação do prognóstico e decisão sobre a abordagem clínica. A autópsia fetal é útil para aconselhamento dos pais sobre futuras gestações, informando que, na ausência de outros achados, o risco de recorrência desta anomalia é muito baixo.

Palavras-chave: Autópsia, Feto, Gravidez gemelar, Gémeos siameses



PO (25603) - INDICAÇÕES E RESULTADO GENÉTICO DE EXAMES INVASIVOS EM GESTAÇÕES GEMELARES: ANÁLISE DE UMA DÉCADA DE EXPERIÊNCIA.

Maria Fedchenko¹; Joana Torres Silva¹; Joana Gomes Augusto¹; Carla Duarte¹; Conceição Brito¹

1 - Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: As gestações gemelares apresentam desafios particulares no aconselhamento genética pré-natal, decorrentes de corionicidade, risco acrescido de anomalias estruturais e limitações dos exames não invasivos. Assim, os procedimentos invasivos, como amniocentese e biópsia de vilosidades coriônicas (BVC), mantêm um papel essencial no diagnóstico de alterações genéticas. Exigindo para a sua realização, ponderação de indicações, riscos e potencial impacto na gestão da gravidez.

Objectivos: Caracterizar indicações e resultados genéticos das gestações gemelares submetidas a exame invasivo na Unidade Local de Saúde Gaia Espinho (ULSGE) nos últimos 10 anos.

Metodologia: Análise retrospectiva de dados sociodemográficos, clínicos e analíticos.

Resultados: Das grávidas vigiadas na ULSGE entre 2014 e 2024, foram identificadas 59 gestações gemelares submetidas a exame invasivo para DPN. Destas, 69.5% trataram-se de gestações gemelares bicoriônicas. Em 40.7% dos casos, o exame invasivo realizado foi a BVC, em 54.2% a amniocentese e nos restantes 5.1% foi necessária a realização sequencial de ambos. Com uma idade gestacional mediana à data do exame de 15 semanas. A principal indicação descrita foi a identificação de marcadores de aneuploidias no rastreio ecográfico do primeiro trimestre (32.2%), seguindo-se a presença de malformações ecográficas no segundo trimestre (11.9%) e a restrição precoce de crescimento fetal (10.2%). Alterações genéticas foram identificadas em 13 casos: cinco trissomias 21, duas monossomias X, uma trissomia 18, duas trissomias 13 (uma das quais em mosaicismo confinado à placenta), um mosaico parcial para trissomia 8, uma translocação equilibrada herdada do progenitor masculino e, por último, uma perda patogénica de material associada a atraso de desenvolvimento psicomotor e de linguagem.

Conclusões: Apesar das indicações para exame invasivo terem evoluído nos últimos 10 anos, o principal motivo que levou à sua realização nesta população de gestações gemelares foi a identificação de marcadores de aneuploidias no rastreio ecográfico do primeiro trimestre. Sendo que a alteração mais comumente identificada foi a trissomia 21.

Palavras-chave: Gravidez múltipla, Diagnóstico pré-natal, Estudo genético



PO (25608) - SÍNDROME DE TRANSFUSÃO FETO-FETAL DE INÍCIO PRECOCE: RELATO DE UM CASO COM DESFECHO FAVORÁVEL

Ines Garcia Nunes¹; Julia Quiterres¹; Marta Luísa Rodrigues¹; Ana Paula Ferreira¹; Joaquim Fonseca¹

1 - Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra

Resumo

Introdução: A STFF afeta 10-15% das gestações monocoriónicas, resultando de desequilíbrio hemodinâmico nas anastomoses placentárias, com hipovolemia do dador e hipervolemia do recetor. Manifesta-se entre as 16-26s, com sequência oligoâmnios-polihidrâmnios e discrepância vesical. O tratamento de eleição é a ablação das anastomoses por fetoscopia laser. Sem intervenção, a mortalidade perinatal pode atingir 90-100%.

Objectivos: Relato de caso de STFF precoce.

Metodologia: 27anos, nulípara, com SAAF sob HBPM (60mg 12/12h) e AAS (150mg/dia), com gravidez gemelar monocoriónica/biamniótica espontânea. Na ecografia das 15d+2d, o feto 2 encontrava-se no P5, mobilidade reduzida e posição fixa ("stuck twin"), com bexiga pequena, LA normal e ausência de fluxo diastólico na AUmb. O feto 1 apresentava crescimento no P25-50, dilatação piélica bilateral ligeira e LA aumentado. Os achados ecográficos eram compatíveis com STFF grau III. Foi realizada fetoscopia laser às 16s, com evolução favorável.

Ecografias quinzenais revelaram crescimento de ambos os fetos com discrepância >30%, LA e fluxometrias normais. Às 28s, o feto 2 apresentava crescimento no P2 e fluxometria compatível com RCF grau II. Realizou-se maturação pulmonar fetal.

Às 29s+5d, o feto 2 encontrava-se no P0.9, LA diminuído e alterações fluxométricas compatíveis com RCF III - indicação para finalização da gravidez. Iniciou-se sulfato de magnésio para neuroproteção fetal.

Resultados: Realizou-se cesariana, obtendo-se dois RN do sexo masculino: RN1 com 1370g, IA7/8/9; RN2: 870g, IA1/1/3. Evolução favorável após internamento prolongado. Atualmente, com 17meses, apresentam neurodesenvolvimento normal.

Conclusões: A STFF é uma complicação grave das gestações monocoriónicas, com prognóstico reservado sem tratamento. A fetoscopia laser entre 16-26s constitui o tratamento de escolha. Fatores como IG<18s, fluxo reverso na AUmb do dador e discordância biométrica >30 % aumentam o risco de morte fetal pós-procedimento. Este caso descreve um STFF de início precoce (<16s) com desfecho favorável pós-laser, uma evolução rara nesta idade gestacional.

Palavras-chave: Gravidez múltipla, Síndrome de transfusão feto-fetal



PO (25620) - SEQUÊNCIA ANEMIA-POLICITEMIA: O IMPACTO DA DECISÃO OBSTÉTRICA ATEMPADA NOS DESFECHOS NEONATAIS

Mariana Carvalho Teixeira¹; Inês Sarmento Gonçalves¹; Inês Pestana¹

1 - Unidade de Saúde Local de Matosinhos

Resumo

Introdução: As gestações gemelares monocoriónicas apresentam um risco acrescido de complicações fetais devido à presença de anastomoses placentárias. A vigilância ecográfica seriada é essencial para a deteção precoce de situações como restrição de crescimento fetal seletiva, síndrome transfusional feto-fetal e sequência anemia-policitemia.

Objectivos: Descrever um caso de gravidez gemelar monocoriónica biamniótica (MCBA) complicada com sequência anemia-policitemia.

Metodologia: Os dados clínicos foram recolhidos a partir dos sistemas informáticos SClínico® e Astraia®.

Resultados: Grávida de 27 anos, primigesta, saudável, com gestação gemelar MCBA espontânea. Realizou ecografia do 1.º trimestre sem alterações de relevo. A gravidez decorreu sem intercorrências e com seguimento adequado até às 28 semanas, quando foi diagnosticada restrição de crescimento fetal do 2º gémeo (P2,1, discordância de 8%) e colo curto (6 mm), tendo realizado ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Às 30 semanas e 2 dias, o 1.º gémeo encontrava-se no P9, com fluxometrias e volume de líquido amniótico (VLA) normais e o 2.º gémeo no P0,9 (discordância de 22%), com IP AU> P95, restantes fluxos normais e VLA diminuído, com ambas as bexigas visíveis. Na reavaliação dois dias depois, verificou-se ausência de movimentos fetais no 2º gémeo e aumento do pico sistólico da ACM (1.65 MoM), sugestivo de anemia, mantendo o feto 1 parâmetros normais. Perante as alterações ecográficas e um CTG suspeito, optou-se por realizar cesariana urgente, com recém-nascidos do sexo feminino, 1410g e 1020g, índices de Apgar de 7/9/9 e 3/7/8 e hemoglobinas de 25,4 g/dL e 4,7 g/dL, confirmando-se uma sequência anemia-policitemia. A placenta macroscopicamente apresentava um compartimento congestivo e outro pálido. Ambos os recém-nascidos evoluíram favoravelmente, com alta da UCIN às 36 semanas de idade corrigida.

Conclusões: Este caso reforça a importância da vigilância ecográfica e avaliação fluxométrica seriada nas gestações monocoriónicas. A valorização dos movimentos fetais e intervenção obstétrica atempada foram determinantes para a evolução neonatal favorável.

Palavras-chave: Gravidez gemelar; Monocoriónica; Sequência anemia-policitemia



PO (25624) - GRAVIDEZ MONOCORIÓNICA BIAMNIÓTICA COM RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL SELETIVA PRECOCE E QUISTOS TECA-LUTEÍNICOS: UM CASO CLÍNICO RARO E DESAFIANTE

Joana Gomes Augusto¹; Joana Torres Silva¹; Maria Fedchenko¹; Carla Duarte¹; Conceição Brito¹; Álvaro Cohen²

1 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal; 2 - Centro de Responsabilidade Integrado de Medicina e Cirurgia Fetal, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal

Resumo

Introdução: As gestações gemelares monocoriónicas representam um desafio na prática obstétrica. A restrição de crescimento fetal (RCF) seletiva associa-se a elevada morbilidade e mortalidade perinatal, sendo que quando esta se manifesta antes das 20 semanas e se associa a discrepância de crescimento >25%, o risco de morte fetal, morte neonatal e morbilidade neonatal aumenta significativamente. Paralelamente, a presença de quistos teca-luteínicos, frequentemente associados a *hyperreactio luteinalis*, pode predispor a hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e RCF.

Objectivos: Descrição de caso de gravidez gemelar monocoriónica biamniótica complicada por RCF seletiva precoce e concomitância de quistos teca-luteínicos maternos.

Metodologia: Revisão retrospectiva de dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos.

Resultados: Primigesta de 34 anos com gravidez gemelar monocoriónica biamniótica espontânea. No rastreio do primeiro trimestre fetos com comprimento crânio-caudal concordante, sem malformações major, mas identificada formação multiquística anexial esquerda (81×51×55mm) compatível com quistos teca-luteínicos. Às 18 semanas de gestação foi diagnosticada RCF seletiva no feto A (biometrias <Pc3) com discrepância de 28% entre fetos e microarray fetal normal. Foi instituída vigilância ecográfica semanal partilhada entre o hospital de origem e o CRI de Medicina e Cirurgia Fetal, não cumprindo critérios para ablação laser de anastomoses por manutenção de RCF tipo I. Às 26 semanas 6 dias verificou-se agravamento para RCF tipo II, com ausência de fluxo diastólico e sinais iniciais de síndrome de transfusão feto-fetal. Perante deterioração hemodinâmica - inversão do fluxo diastólico, inversão da onda a no ductus venoso e cardiotocografia não tranquilizadora - foi decidida interrupção da gravidez às 27 semanas 1 dia. Nasceram duas recém-nascidas: a primeira (650g, Apgar6/8/8) faleceu ao sexto dia de vida, e a segunda (790g, Apgar7/8/9) apresentou evolução favorável.

Conclusões: Este caso ilustra a complexidade da abordagem de gravidezes monocoriónicas com RCF seletiva precoce e destaca a importância da vigilância ecográfica rigorosa. A presença concomitante de quistos teca-luteínicos reforça a necessidade de reconhecer fatores maternos agravantes.

Palavras-chave: gravidez monocoriónica biamniótica, restrição de crescimento fetal seletiva precoce, quistos teca-luteínicos



POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25626) - BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NA GRAVIDEZ GEMELAR: QUAL O IMPACTO?

Júlia Sereno¹; Laura Gomes¹; Inês Pereira¹; Marta Pedro¹; Alexandra Queirós¹; Teresinha Simões¹

1 - Maternidade Doutor Alfredo da Costa, Unidade Local de Saúde São José

Resumo

Introdução: A presença de menor Índice de massa corporal (IMC) pré-gravidez parece ter um impacto relevante na gestação. Na gravidez simples, associa-se a redução do risco de patologia hipertensiva e hemorragia pós-parto, mas a risco aumentado de restrição de crescimento fetal, parto pré-termo e baixo peso ao nascer. O impacto do baixo IMC na gravidez múltipla está menos estudado.

Objectivos: Estudar o impacto da existência de baixo IMC pré-gravidez nos desfechos da gravidez múltipla

Metodologia: Análise de uma coorte de gravidezes gemelares vigiadas entre 1994 e 2022. Comparação dos desfechos das grávidas com $IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ com um grupo controlo composto por gestantes com IMC normal ($18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$). Tratamento estatístico por SPSS versão 22.

Resultados: De 2714 gravidezes gemelares, seleccionámos 102 grávidas com baixo IMC pré-gravidez. 1319 grávidas normoponderais constituíram o grupo controlo.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no que respeita à idade materna, paridade, corionicidade e recurso a técnicas de procriação medicamente assistida. As grávidas com baixo IMC apresentaram menos patologia hipertensiva (9,8 vs 16,1%) e diabetes gestacional (5,9 vs 9,5%) e menor aumento ponderal na gravidez ($15,9 \pm 5,3$ vs $16,9 \pm 5,6 \text{ kg}$), taxa de cesariana (57,8 vs 62,2%) e de hemorragia pós-parto (2,9 vs 3,8%), mas sem significado estatístico.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na idade gestacional média no parto ($34,8 \pm 2,6$ versus $35,3 \pm 5,6$ semanas $P=0,04$); fetos com $< 2500\text{g}$ (78,9% vs 68,9% $p=0,002$ OR 1.692 (1.204, 2.414)) e mortes neonatais precoces (6/204 (2,9%) vs 27/2638 (1%), $p=0,035$ OR 2.929 (1.09, 6.891)).

Não houve diferença estatisticamente significativa no número de casos com índice de APGAR ao 5º minuto < 7 .

Conclusões: Comparativamente com gestantes normoponderais, as grávidas com baixo IMC apresentaram menor idade gestacional no parto, maior proporção de fetos com baixo peso e risco superior de morte neonatal. A existência de baixo IMC pré-gravidez parece associar-se a desfechos adversos na gravidez múltipla.

Palavras-chave: Baixo índice de massa corporal; gravidez gemelar; desfechos



PO (25627) - HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO EM GRAVIDEZ GEMELAR: EMERGÊNCIA INESPERADA

Ana Pinto¹; Maria Fedchenko¹; Daniela Sousa¹; Patrícia Alves¹; Silva Joana¹; Carla Ferreira¹; Claudina Carvalho¹; Tatiana Queirós¹; Fátima Silva¹

1 - ULSGE

Resumo

Introdução: O hematoma subcapsular hepático associa-se, habitualmente, a estados hipertensivos da gravidez (nomeadamente o S. HELLP). É uma complicação rara, com elevada mortalidade materno-fetal, especialmente se diagnóstico e tratamento tardios ou rutura do hematoma.

Objectivos: Descrição de caso clínico e abordagem multidisciplinar adotada.

Metodologia: Revisão do processo clínico (SClínico[®]) e análise da literatura.

Resultados: Grávida, 37 anos, primigesta com antecedentes de HTA crónica. Gestação gemelar MC/BA com restrição de crescimento seletiva do 2º Feto. Internamento às 29sem por ameaça de parto pré-termo.

Ao 5º dia de internamento, o estudo analítico relevou trombocitopenia (99 000 plaquetas e elevação das transaminases (TGO 131, TGP 166) , sem hemólise e sem proteinúria.

Às 30sem+1d, diagnóstico de pré-eclampsia sobreposta a HTA (com critérios de gravidade) e dor epigástrica intensa, refratária à analgesia. Efetuou ecografia abdominal com “suspeita de rotura de hematoma subcapsular hepático”.

A grávida foi submetida a cesariana emergente (1º RN: IA 5/7/9, 1275g; 2º RN: IA 7/8/9, 950g) e constatou-se hemoperitонеu de moderado volume associado a um hematoma subcapsular hepático no lobo direito (~15cm), com hemorragia em toalha em efrações lineares da cápsula de Glisson. Com apoio de Cirurgia Geral foi realizada hemostase com aplicação de placas hemostáticas sobre a superfície visível do hematoma, packing e sistema de laparostomia.

A angio-TC (pós-operatória) identificou, no lobo hepático direito, volumosa lesão (90x56mm) com gordura macroscópica intra-lesional (angiomiolipoma/adenoma hepático?) e na vertente inferior um hematoma subcapsular, não se podendo excluir que o hematoma se tenha originado nesta lesão.

Após 48H, efetuada revisão de laparostomia (sem hemorragia ativa) e encerramento do abdómen com dreno não aspirativo.

A puérpera teve alta ao 15ºdia e os RN aos 44º e 55ºdias.

Conclusões: Este caso tem uma etiologia incerta (análises sem critérios de hemólise) e reforça a importância da suspeição clínica, confirmação com exame imagiológico e abordagem multidisciplinar atempada para um desfecho materno- fetal favorável.

Palavras-chave: HEMATOMA SUBCAPSULAR, GRAVIDEZ GEMELAR, DOENÇAS HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ, EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA



PO (25633) - ESCOLHA DA VIA DE PARTO NA GRAVIDEZ GEMELAR APÓS AS 36 SEMANAS – QUAL SERÁ A MELHOR OPÇÃO?

Inês Marques Pereira¹; Laura Gomes¹; Júlia Sereno¹; Marta Santana Pedro¹; Alexandra Queirós¹; Teresinha Simões¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULSSJOSE

Resumo

Introdução: Na gravidez gemelar (GG) a escolha de via de parto é um motivo de ansiedade acrescida para os casais. Este estudo avaliou os desfechos maternos e neonatais comparando a opção de tentativa de parto vaginal versus cesariana eletiva na GG.

Objectivos:

Metodologia: Estudo retrospectivo incluindo GG acompanhadas e com parto ≥ 36 semanas na Maternidade Alfredo da Costa/ULSSJOSE entre 1994 e 2022. Foram considerados dois grupos: V – tentativa de parto vaginal e C - cesariana eletiva, e analisados os principais desfechos maternos e neonatais. Foi excluída: morte fetal única, patologia própria de Monocoriónicos (STFF/TAPS), patologia malformativa, RCF, infeções TORCH e ISO imunização fetal.

Resultados: Foram incluídas 1147 GG: Grupo V= 574 (50.0%) e Grupo C= 573 (50.0%) casos. No Grupo V foi induzido o parto em 437 (76.1%) dos casos, em 101 (17.6%) o parto acabou por ocorrer de cesariana. No Grupo C observou-se maior taxa de idade materna avançada (≥ 40 anos) (2.4 vs 8.4%, $p < 0.001$), multiparidade (40.1% vs 50.8%, $p < 0.001$) e de Diabetes Gestacional (41.4% vs 58.6%, $p = 0.038$). A corionicidade placentar foi semelhante entre os grupos. Não se observaram diferenças significativas entre os grupos V e C na taxa de hemorragia pós parto (4.5% vs 4.9%, $p = 0.775$) ou na infeção da ferida operatória (0.5% vs 1.4%), respetivamente. O Índice de Apgar < 7 aos 5 minutos foi semelhante entre os grupos (1.0% vs 1.0%, $p = 0.998$) bem como na taxa de SDR observada (2.8% vs 2.4%, $p = 0.524$) e a necessidade de internamento do RN ≥ 8 dias (1.6% vs 1.1%; $p = 0.669$). No grupo V foi observada a única morte neonatal associada a extração difícil do 2º feto.

Conclusões: O parto vaginal é uma opção segura em GG seleccionadas, contudo reforçamos que a decisão da via de parto deverá ser individualizada, considerando a apresentação fetal, patologia fetal ou materna existente e a autonomia dos casais.

Palavras-chave: gravidez gemelar, parto vaginal, parto por cesariana



PO (25635) - COMPLICAÇÕES E DESFECHOS DA GRAVIDEZ GEMELAR ≥ 40 ANOS

Inês Marques Pereira¹; Laura Gomes¹; Júlia Sereno¹; Marta Santana Pedro¹; Alexandra Queirós¹; Teresinha Simões¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULSSJOSE

Resumo

Introdução: A gravidez em idades superiores 40 anos (inclusive) tem vindo a aumentar, representando 7% das gestações em 2023. É considerada uma gravidez de maior risco.

Objectivos:

Metodologia: Análise de uma coorte de gravidezes gemelares vigiadas e com parto na nossa Instituição entre 1994-2022. Comparação das complicações e desfechos das 111 grávidas com idade ≥ 40 anos -GRUPO de ESTUDO com um GRUPO CONTROLO de 1562 mulheres com idades compreendidas entre 20 e 34 anos. Tratamento estatístico por SPSS versão 22.

Resultados: Não se observaram diferenças do ponto de vista estatístico nos 2 grupos no que respeita à monócronicidade (31.5 vs 33%); IMC (24.5±4.5 vs 23.7±4.3 kg/m²); idade gestacional média no parto (35 ± 2,6 vs 35,3± 2.4 semanas); parto com <28 e 32 semanas; peso médio dos recém-nascidos (2217± 538 vs 2238 ±516 g);hemorragia pós-parto (5,4 vs 3,7%); infeção (2,7 vs 1,2%); Índice de Apgar ao 5º minuto <7 e mortes neonatais (0,9 vs 1%).

Observaram-se diferenças com significado estatístico na Grupo de Estudo versus Grupo Controlo na nuliparidade (47,7% vs 61%) p=0,006 OR 0.5826(0.395, 0.858); gravidezes resultantes de PMA (20 vs 27,1%) p= 0.00003 OR 2.381(1.599, 3.53) patologia hipertensiva (28,8 vs 16,3) p= 0.002 OR 2.075(1.333, 3.179); diabetes gestacional (17,1 vs 9,3%) p= 0.01408 OR: 2.002 (1.161, 3.33) e taxa de cesariana (85,6 vs 60,6%) p= <0.0000001 OR 3.864(2.297, 6.827).

Conclusões: A gravidez gemelar depois dos 40 (40-49 anos) resultou em 42% dos casos de tratamentos de procriação medicamente assistida, em 20% dos casos com doação de ovócitos. Apresentou o dobro do risco de patologia hipertensiva e diabetes. O tipo de parto foi em 86% dos casos uma cesariana dos quais em 75% eletiva. Os resultados neonatais foram semelhantes aos das mulheres mais novas.

Palavras-chave: Gravidez gemelar, idade ≥ 40 anos, desfechos, complicações



PO (25636) - COMPLICAÇÕES PLACENTARES EM GESTAÇÃO GEMELAR BICORIÓNICA: PLACENTA PRÉVIA, DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA E ACRETISMO PLACENTAR – UM DESAFIO OBSTÉTRICO

Joana Torres Silva¹; Joana Gomes Augusto¹; Maria Fedchenko¹; Fátima Silva¹; Conceição Brito¹; Carla Duarte¹

1 - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Resumo

Introdução: A gestação gemelar associa-se a uma elevada taxa de morbimortalidade perinatal e materna. A incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos devido à idade materna avançada e técnicas de procriação medicamente assistida.

Objectivos: Descrição de uma gestação gemelar bicoriónica (BC) com placenta prévia complicada de descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) e hemorragia pós-parto por suspeita de acretismo placentar.

Metodologia: Análise dos processos clínicos da grávida através do *SClínico*®, *Obscare*® e *Astraia*®.

Resultados: Grávida de 39 anos, saudável, 2 gesta 1 para (1 cesariana), gestação gemelar BC pós-fertilização *in vitro* (FIV), com transferência de um embrião, seguida em consulta na Unidade Local Saúde Gaia/Espinho (ULSGE). Gravidez complicada com placenta prévia, aparentemente sem sinais de acretismo, e diabetes gestacional controlada com dieta. Às 35 semanas, por encurtamento cervical abrupto, proposto internamento para vigilância materno-fetal.

Decidida cesariana emergente às 36s+6d, por suspeita de DPPNI, tendo nascido o primeiro com 2535gr, Apgar 9/10/10, e o segundo com 2320gr, Apgar 9/10/10. Durante a dequitação, constatado fragmento placentar 30-40mm aderente à parede uterina posterior, sem plano de clivagem e com hemorragia ativa. Por manutenção da perda hemática, mesmo após instituição de oxitocina, ácido tranexâmico e sulprostone, necessário colocar um balão de *Bakri* intrauterino. A puerpera foi transferida para a unidade de cuidados pós-anestésicos para vigilância, tendo iniciado antibioterapia por suspeita de acretismo placentar.

Teve alta em D7 pós-parto, com ecografia transabdominal com imagem compatível com fragmento placentar na parede posterior, sem vascularização, com 40*11mm.

Foi orientada para consulta para vigilância da evolução do fragmento placentar, que foi favorável (14mm em duas semanas, 12mm um mês e 6mm cinco meses após).

Conclusões: Este caso pretende ilustrar a complexidade da abordagem de uma gravidez gemelar e a importância de uma vigilância adequada, com destaque para a antecipação de complicações e gestão multidisciplinar, também determinantes na otimização do prognóstico materno-fetal.

Palavras-chave: Gravidez Gemelar Bicoriónica, Acretismo Placentar, Hemorragia Pós-Parto, Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida, Placenta Prévia



PO (25638) - QUANDO CADA DIA CONTA: PARTO GEMELAR DIFERIDO EM CONTEXTO DE PERIVIABILIDADE

Ana Rita Agostinho¹; Bruna Cardoso¹; Andreia Fonseca¹; Pedro Rocha¹

1 - Serviço de Ginecologia-Obstetrícia da Unidade Local de Saúde Almada-Seixal

Resumo

Introdução: O parto gemelar diferido, definido por intervalo superior a 24h entre nascimentos, visa prolongar a gestação do segundo feto, reduzindo riscos de prematuridade e morbimortalidade neonatal. É uma condição rara e representa um desafio clínico.

Objectivos: Demonstrar a relevância do parto gemelar diferido numa gravidez periviabilidade

Metodologia: Relato de um caso através da consulta de registos clínicos materno-fetais

Resultados: Grávida de 31 anos, nulípara, gestação gemelar bicoriónica, vigiada, internada às 23s+1d por ameaça de parto pré-termo com protusão da bolsa amniótica do primeiro gémeo. Realizou maturação pulmonar fetal sob tocólise e iniciou neuroproteção. Às 23s+3d ocorreu rotura prematura de membranas e parto vaginal do primeiro gémeo, nado vivo, sem reanimação, pelo prognóstico desfavorável, após discussão conjunta com o casal e Neonatologia.

A grávida manteve tocólise e neuroproteção por 15h após o parto e antibioterapia tripla durante sete dias, mantendo estabilidade clínica. Em D7, às 24s+3d, por trabalho de parto ativo e apresentação pélvica, realizou-se cesariana, nascendo o segundo gémeo, sexo feminino, 600g, Apgar 5-6-7, internado na UCIN, onde ainda permanece, com hemorragia peri-intraventricular grau II bilateral e doença das membranas hialinas com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Atualmente em D42 de vida, ainda entubada e dependente de VMI, após vários episódios de paragem respiratória graves e prolongados com importante repercussão na oxigenação, enquanto se encontrava sob ventilação não invasiva.

O puerpério foi complicado por endometrite e infeção da ferida operatória, com hemoculturas negativas. Fez antibioterapia endovenosa, com melhoria progressiva e alta em D8 de puerpério. Reavaliada em regime de ambulatório após a alta com boa evolução cicatricial da ferida operatória.

Conclusões: Apesar do curto período de latência alcançado, este caso realça a importância do parto gemelar diferido para melhorar a probabilidade de sobrevivência do segundo gémeo em situações de prematuridade extrema.

Palavras-chave: gravidez múltipla, periviabilidade, parto gemelar diferido, prematuridade



PO (25640) - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES GESTACIONAL ANTES E APÓS O ESTUDO HAPO – O QUE MUDOU NA GRAVIDEZ GEMELAR?

Margarida Pereira Amaro¹; Inês Pereira¹; Laura Gomes¹; Júlia Sereno¹; Marta Pedro¹; Alexandra Queirós¹; Teresinha Simões¹

1 - Maternidade Alfredo da Costa - ULS S. José

Resumo

Introdução: A gravidez gemelar (GG), em comparação com a gravidez simples (GS), associa-se a um risco superior de diabetes gestacional (DG). Após o estudo HAPO e a adoção de novos critérios diagnósticos, o: esclarecido.

Objectivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de DG na GG e analisar os desfechos maternos e neonatais associados aos diferentes critérios diagnósticos.

Metodologia: Estudo retrospectivo incluindo GG acompanhadas e com parto na Maternidade Alfredo da Costa/ULS S. José entre 2000 e 2022, excluindo 2010, ano de alteração dos critérios diagnósticos. Foram constituídos dois grupos emparelhados quanto a características maternas, corionicidade e modo de concepção: Grupo A (2000–2009) e Grupo B (2011–2022). Excluíram-se gestações com patologias específicas de monocoriónicos (STFF/TAPS), malformações congénitas e infeções TORCH. Foram analisados desfechos maternos e neonatais.

Resultados: Foram incluídas 1324 GG, distribuídas igualmente nos dois grupos. As características maternas eram comparáveis: idade avançada ≥ 40 anos 4,5%, múltiparas 38,8%, obesidade 8,3%, monocorionicidade 29,9%, concepção por PMA 24,1%, hipertensão crónica 3,6%. A incidência de DG foi idêntica nos grupos (13,9%). Entre as GG com DG, não se observaram diferenças significativas em paridade, idade materna, monocorionicidade, concepção por PMA nem nos desfechos de patologia hipertensiva, perda fetal, RPPM ou colestase gravídica. Os desfechos neonatais foram também comparáveis, exceto por maior taxa de SDR observada (14,5% vs 24,4%, OR 1,8, $p=0,021$) e tendência para mais RN $\geq$ P90 (5,2% vs 10,5%, OR 2,1, $p=0,075$) no Grupo B.

Conclusões: A aplicação de diferentes critérios diagnósticos não parece ter alterado a incidência de DG na GG. O aumento observado de RN $\geq$ P90 e de SDR poderá refletir controlo metabólico materno menos eficaz na última década. Estudos com amostras mais alargadas são necessários para uma melhor compreensão destes achados.

Palavras-chave: gravidez múltipla, gravidez gemelar, diabetes gestacional, HAPO, desfechos obstétricos, critérios de diagnóstico



PO (25646) - RAPAZ OU RAPARIGA? A INFLUÊNCIA DO SEXO FETAL NO CRESCIMENTO E NOS DESFECHOS NEONATAIS EM GESTAÇÕES GEMELARES

Mariana Roboredo Madeira¹; Beatriz Figueiredo¹; Inês Vasconcelos¹; Maria Francisca Gonçalves¹; Filipa Coutinho¹; Catarina Miranda Silva¹

1 - ULS Coimbra

Resumo

Introdução: O sexo fetal tem sido apontado como potencial determinante do crescimento fetal em gestações gemelares, embora o seu impacto permaneça pouco esclarecido.

Objectivos: Este estudo avaliou o impacto do sexo no crescimento fetal e nos principais desfechos perinatais em gestações gemelares.

Metodologia: Analisadas 898 gestações gemelares entre 2007 e 2024. Os pares foram classificados segundo o sexo fetal: masculino/masculino (M/M, n=283), feminino/feminino (F/F, n=296) e mistos (M/F, n=295). Avaliou-se a corionicidade, peso ao nascer, idade gestacional (IG) no parto, índice de Apgar (IA), ocorrência de internamento em cuidados intensivos neonatais (UCIN) e morte fetal.

Resultados: Após ajuste para IG e corionicidade, rapazes com gémeo feminino apresentaram peso superior aos de pares M/M (2211g vs. 2070g; p=0.009), e as raparigas com gémeo masculino pesavam mais do que as de pares F/F (2121,9 g vs. 1977,6 g; p<0.001). A IG ao parto foi inferior nos rapazes de pares M/M (p=0.002) e nas raparigas de pares F/F (p<0.001) comparando com pares M/F. Após controlo para IG e corionicidade, não houve diferenças no IA aos 1º e 5º minutos (rapazes: p=0.925 e p=0.792; raparigas: p = 0.769 e p=0.158) nem na taxa de admissão em UCIN (rapazes: p=0.620; raparigas: p=0.278). A mortalidade fetal foi superior nos rapazes de pares M/M após ajuste para IG, corionicidade e peso (p=0.030), sem diferenças para pares F/F, quando comparados com pares mistos (p=0.876).

Conclusões: O sexo fetal exerce uma influência significativa sobre o crescimento e a duração da gestação em gravidezes gemelares, com fetos de pares mistos a apresentarem maior IG e peso ao nascer. A maior mortalidade observada em pares masculinos evidencia uma vulnerabilidade acrescida associada ao sexo masculino. A integração sistemática do sexo fetal na avaliação do risco pré-natal poderá otimizar a vigilância, apoiar a tomada de decisão clínica e contribuir para a melhoria dos resultados perinatais neste contexto.

Palavras-chave: gémeos, sexo fetal, crescimento, desfechos perinatais



PO (25648) - OBESIDADE E GRAVIDEZ GEMELAR, QUE RISCOS?

Marta Santana Pedro¹; Júlia Sereno¹; Laura Gomes¹; Inês Marques Pereira¹; Raquel Lopes Casal¹; Alexandra Queirós¹; Teresinha Simões¹

1 - ULS São José - Maternidade Alfredo da Costa

Resumo

Introdução: A obesidade aumenta o risco de gravidez múltipla, espontânea ou resultante de técnicas de PMA. Na gravidez, associa-se a risco acrescido de complicações maternas, fetais e neonatais.

Objectivos: Avaliar complicações e desfechos obstétricos e neonatais em gestações gemelares com obesidade pré-gestacional.

Metodologia: Análise de uma coorte de gravidezes gemelares vigiadas e com parto na nossa instituição entre 1994 e 2022. Comparação das complicações e desfechos das grávidas com IMC>30kg/m² com grupo de controlo normoponderal (IMC 18.5-24.9kg/m²). Tratamento estatístico por SPSS versão 22.

Resultados: De uma coorte de 2714 gravidezes gemelares com dois nados-vivos, seleccionaram-se 197 grávidas com obesidade pré-gravidez (grupo OBESAS). O grupo de controlo incluiu 1319 mulheres (grupo NORMOPONDERAIS).

Não existiram diferenças significativas relativamente à idade materna (31.2±5.3 vs 31.1±5.2 anos); monocorionicidade (31 vs 31%); idade gestacional média no parto (35.0±2.8 vs 35.3±2.4 semanas); taxa de cesariana (68 vs 62%); peso médio dos recém-nascidos (2300±872g vs 2226±507g) e hemorragia pós-parto (2.5 vs 3.8%).

Observaram-se diferenças com significado estatístico na nuliparidade (43 vs 61.6%) p<0.0001 OR 0.4726 (0.3484, 0.6396); gravidezes resultantes de PMA (20.0 vs 27.1%) p=0.04 OR 0.68 (0.4673, 0.978); patologia hipertensiva (31.0 vs 15.1%) p<0.0001 OR 2.522 (1.792, 3.528); hipertensão crónica (4.0 vs 1.1%) p=0.007 OR 3.675 (1.458, 8.732); diabetes gestacional (21.3 vs 9.5%) p<0.0001 OR 2.586 (1.742, 3.795); aumento ponderal médio (13.0±7.5 vs 16.9±5.6kg) p<0.0000001; fetos com <2500g (62.9% vs 68.9%) p=0.019 OR 0.7676 (0.6162, 0.9582); IA ao 5º minuto <7 (3.0 vs 1.4%) p=0.004 OR 3.036 (1.474, 5.976); infeção da sutura (3.0 vs 0.8%) p=0.019 OR 3.73 (1.263, 10.17) e mortes neonatais (3.6 vs 1.0%) p=0.0005 OR 3.561 (1.802, 6.804).

Conclusões: A obesidade pré-gravidez condicionou aumento de complicações obstétricas, com risco 2 vezes superior de patologia hipertensiva e diabetes gestacional, 3 vezes superior de infeção da sutura e 3.5 vezes superior de mortalidade neonatal. O aconselhamento nutricional pré-gravidez é fundamental.

Palavras-chave: Gravidez múltipla, Obesidade materna, Complicações obstétricas, Diabetes gestacional, Patologia hipertensiva na gravidez, Procriação medicamente assistida



PO (25653) - APOPLEXIA HIPOFISÁRIA COMO CAUSA DE CEFALEIA DE DIFÍCIL CONTROLO EM GRAVIDEZ GEMELAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carlota Pacheco¹; Francisca Ribeiro¹; Madalena Lourinho¹; Lina Salgueiro¹; Fernando Cirurgião¹

1 - Hospital de São Francisco Xavier, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Resumo

Introdução: A apoplexia hipofisária é uma condição rara e potencialmente grave, resultante de hemorragia ou enfarte súbito da hipófise. Durante a gravidez, torna-se ainda mais excecional, sendo o diagnóstico difícil, pois os sintomas associados - como cefaleia intensa e de difícil controlo - podem ser confundidos com outras causas mais comuns de cefaleia na gravidez.

Objectivos: Descrição de um caso de suspeita de apoplexia hipofisária em gravidez gemelar no 3º trimestre.

Metodologia: Consulta do processo clínico da grávida durante o internamento e pós-parto.

Resultados: Descreve-se o caso de uma multípara e ex-fumadora de 41 anos, com gravidez gemelar monocoriónica-biamniótica, admitida por ameaça de parto pré-termo às 33 semanas tendo cumprido corticoterapia pulmonar fetal. Posteriormente, iniciou quadro de cefaleia holocraniana intensa, associada a náuseas, fotofobia, fonofobia, intolerância ao movimento, diminuição da força do membro superior (MS) direito e hipotensão, sem febre, alterações visuais, disartria e sintomas de pré-eclâmpsia. O exame neurológico (ENS) revelou hemihipostesia facial direita e défice de força no MS direito. Realizou terapêutica analgésica com paracetamol, metamizol, tramadol e bloqueio de nervo occipital sem melhoria. A TC crânioencefálica foi normal e a RM revelou suspeita de necrose não hemorrágica da hipófise anterior. Analiticamente, apresentava LH e FSH indetetáveis, prolactina e cortisol diminuídos e densidade urinária aumentada. A grávida foi avaliada por uma equipa multidisciplinar tendo iniciado hidrocortisona e levotiroxina. Por anidrámnios e cefaleia de difícil controlo, foi induzido o parto às 34 semanas, com parto eutócico gemelar, sem intercorrências, com índices de Apgar normais e com pesos de 1970g e 1855g. No pós-parto, manteve a terapêutica com melhoria clínica e analítica, permanecendo atualmente em seguimento regular.

Conclusões: A apoplexia hipofisária deve ser considerada em grávidas com cefaleia refratária e défices neurológicos. O diagnóstico precoce e a reposição hormonal adequada são determinantes para o bom prognóstico materno e neonatal.

Palavras-chave: Gravidez gemelar, cefaleia, apoplexia hipofisária

**PO (25660) - SÍNDROME DE TRANSFUSÃO FETO-FETAL: UM CASO CLÍNICO**

Leonor Neves Da Silva¹; Diana Teixeira¹; Dilsa Morgado¹; Jorge Vasconcelos¹; Nuno Maciel¹; Óscar Rebelo¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Resumo

Introdução: A síndrome de transfusão feto-fetal (STFF) é uma complicação grave das gestações monócóricas, afetando entre 9 a 15% das biamnióticas e 6% das monoamnióticas. Resulta de anastomoses vasculares na placenta que provocam um desequilíbrio hemodinâmico entre os fetos, que se traduz ecograficamente em sinais como uma discordância entre o volume dos líquidos amnióticos, entre outros sinais característicos. Apesar dos avanços na fetoscopia, a ausência de acesso imediato a centros de referência e o diagnóstico em estádios avançados continuam a colocar dilemas éticos e clínicos significativos. Nestes casos, a interrupção médica da gravidez pode surgir como opção após ponderação do prognóstico fetal e dos riscos maternos, sublinhando a importância do aconselhamento individualizado.

Objectivos: Apresentar um caso clínico da STFF, detalhando os principais achados ecográficos característicos desta síndrome.

Metodologia: Descrição de caso clínico e revisão da literatura.

Resultados: Mulher de 21 anos, IIIGP, com um parto eutócico há 8 meses, sem antecedentes pessoais de relevo. Gravidez de início de vigilância tardio, com diagnóstico às 22 semanas + 4 dias em ecografia que revelou uma gestação gemelar monócórica biamniótica. O 1º feto, do sexo feminino, com biometrias compatíveis com 23 semanas, apresentava megabexiga, hidrâmnios, cordão com 3 vasos, de espessura aparentemente aumentada e restante morfologia aparentemente normal. O 2º feto, com uma avaliação difícil pela ausência quase completa de líquido amniótico e posição fetal fixa, com biometrias compatíveis com 21 semanas, revelando uma aparente malformação cardíaca complexa, de difícil caracterização, sendo o restante exame impossível de realizar com segurança. Foi ponderada a referência para centro terciário, no entanto, tendo em conta o mau prognóstico do caso, mesmo após ablação a laser das anastomoses, o casal decidiu interrupção médica da gravidez.

Conclusões: A decisão pela interrupção num quadro de STFF avançada evidencia a complexidade ética e clínica destas situações, reforçando a necessidade de diagnóstico precoce e apoio multidisciplinar.

Palavras-chave: Síndrome de Transfusão Feto-fetal, Gravidez múltipla, Gestação gemelar monócórica



PO (25682) - COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A GRAVIDEZ GEMELAR MONOCORIÓNICA BIAMNIÓTICA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Francisca Serra¹; Beatriz David¹; Inês Lima¹; Marta Palma¹; Filipa Caeiro¹; João Paulo Marques¹

1 - Hospital de Loures

Resumo

Introdução: As gravidezes monocoriónicas biamnióticas apresentam risco acrescido de complicações, como a restrição de crescimento fetal (RCF) seletiva e a síndrome de transfusão feto-fetal (STFF). Também a prevalência de malformações é superior nas gestações gemelares com uma só placenta.

Objectivos: Descrição de um caso de gémeos monocoriónicos com diagnóstico precoce de RCF seletiva grave e de malformação do sistema nervoso central (SNC) do 2º feto, culminando num aborto espontâneo tardio.

Metodologia: Nulípara, 30 anos, saudável. Ecograficamente, às 13 semanas, o 2º feto apresentava um comprimento craniocaudal discordante em 1 semana relativamente ao 1º, bem como uma artéria umbilical única. Às 15 semanas, objetivada discrepância ponderal fetal de 37%, oligoâmnios e suspeita de anomalia da coluna terminal do 2º feto. Foi referenciada a um centro de terapia fetal, onde realizou amniocentese às 17 semanas - estudo genético sem alterações. Às 21 semanas, o 2º feto mantinha RCF grave, oligoâmnios (com bexiga identificável) e foi confirmada anomalia do SNC (defeito da fossa posterior, agenesia do sacro); 1º feto com crescimento adequado, sem malformações e líquido amniótico normal, excluindo STFF.

Resultados: Antes da decisão sobre eventual cirurgia fetal, a grávida acabou por expulsar espontaneamente ambos os fetos às 22 semanas, em contexto de infeção intrauterina. A autópsia fetal revelou sinais de hipóxia e pneumonia no 1º feto; no 2º feto, confirmou-se RCF grave, artéria umbilical única, fossa posterior de aspeto hemorrágico e proeminência na região sagrada. Placenta com achados compatíveis com corioamnionite e má perfusão vascular materna.

Conclusões: Este caso ilustra a complexidade da vigilância de gravidezes monocoriónicas biamnióticas, pelas suas múltiplas potenciais complicações graves. O risco de morte está aumentado nos fetos restritos, com implicações para o gémeo são - morte intrauterina, hipóxia e sequelas neurológicas. É fulcral que esta gestão seja realizada em centros de referência, com envolvimento do casal na conduta clínica e nas (difíceis) decisões terapêuticas.

Palavras-chave: gémeos, monocorionicidade, complicações



PO (25684) - MORTE FETAL IN UTERO EM GRAVIDEZ MONOCORIÓNICA MONOAMNIÓTICA: DESAFIOS NA VIGILÂNCIA E DESFECHO NEONATAL

Ana Aparício^{1,2}; Filipa Marques¹; Inês Marques Mariano¹; Carlota Anjinho Carvalhos¹; Rodrigo Xavier Gonçalo¹; Isabel Santos Silva¹

1 - Serviço de Obstetrícia B, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A gravidez gemelar monocoriónica monoamniótica (MC/MA) apresenta a maior morbimortalidade perinatal entre as gestações gemelares, associando-se a elevadas taxas de complicações. A morte fetal *in utero* (MFIU) pode atingir até 8% dos casos, não sendo sempre possível identificar uma causa.

Objectivos: Descrição de um caso de gravidez gemelar MC/MA, complicada com MFIU de um dos fetos.

Metodologia: Revisão de registos clínicos e exames complementares de diagnóstico.

Resultados: Grávida de 34 anos, G3P1 (parto eutócico anterior com pré-eclâmpsia e restrição de crescimento fetal e aborto espontâneo) referenciada por gravidez gemelar MC/MA espontânea. A ecografia de 1º trimestre revelou gravidez evolutiva com entrelaçamento dos cordões umbilicais; a morfologia às 21 semanas era normal. Às 26 semanas e 2 dias foi diagnosticada MFIU de um dos fetos em ecografia de rotina. Após reunião multidisciplinar e discussão com casal, foi realizada corticoterapia para maturação pulmonar e internamento para vigilância. A ressonância magnética fetal às 27 e 32 semanas não evidenciou lesões do feto vivo. As ecografias subsequentes mostraram feto com curva de crescimento no P10–25 e boa vitalidade. O parto ocorreu espontaneamente às 34 semanas, com recém-nascido vivo de 1725g (Apgar 9/10/10) e nado-morto de 400g. O puerpério decorreu sem complicações. O recém-nascido teve alta após 18 dias (5 em unidade de cuidados intensivos neonatais) e, aos 12 meses, apresentava desenvolvimento psicomotor adequado. A análise da placenta revelou peso adequado para a idade gestacional, com dois nós verdadeiros entre os cordões umbilicais.

Conclusões: Quando ocorre a morte espontânea de um dos gémeos, o risco de lesões cerebrais é elevado para o gémeo sobrevivente. Contudo, o risco de *outcomes* neurológicos adversos está grandemente relacionado com a prematuridade extrema. Esta dualidade, associada à falta de estudos publicados torna difícil a vigilância e decisão do momento do parto. O relato deste caso pretende aumentar a discussão destas situações raras e desafiantes.

Palavras-chave: morte fetal, gravidez gemelar monocoriónica monoamniótica, prematuridade

**PO (25685) - SÍNDROME DE TRANSFUSÃO FETO-FETAL: DESAFIOS APÓS INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA**

Rodrigo Xavier Gonçalo¹; Ana Aparício¹; Inês Marques Mariano¹; Carlota Anjinho Carvalhos¹; Filipa Marques¹; Luís Abreu¹; Miguel Branco¹; Carlos Barata¹; Isabel Santos Silva¹

1 - Serviço de Obstetrícia B da Maternidade Bissaya Barreto, ULS Coimbra

Resumo

Introdução: A gravidez monocoriónica apresenta maior risco de morbimortalidade materna, fetal e perinatal. Cerca de 10-15% desenvolvem síndrome de transfusão feto-fetal (STFF), tipicamente entre as 16-26 semanas. O diagnóstico precoce permite a intervenção por fetoscopia para ablação *laser* dos vasos comunicantes, com melhoria do prognóstico fetal. Outras complicações obstétricas podem constituir um desafio adicional na vigilância da gravidez e contribuir para o agravamento do prognóstico materno-fetal.

Objectivos: Descrição de um caso de gravidez gemelar monocoriónica-biamniótica (MCBA), complicada com STFF, ameaça de parto pré-termo (APPT) e rotura prematura pré-termo de membranas (RPPM).

Metodologia: Revisão de registos clínicos e exames complementares de diagnóstico.

Resultados: Grávida de 34 anos, G2P1, gravidez gemelar MCBA, com diagnóstico de STFF (grau II de Quintero) às 17s+2d (feto 1 - oligoâmnios, bexiga não visualizada; feto 2 – polihidrâmnios; ambos com *doppler* normal). Foi encaminhada para centro de referência onde realizou fetoscopia e ablação *laser* das anastomoses às 17s+3d. Manteve vigilância ecográfica e clínica quinzenal, com evolução estável e redistribuição equilibrada do líquido amniótico. Desenvolveu quadro clínico compatível com APPT às 28s+2d, iniciando corticoterapia para maturação fetal em regime de internamento. RPPM às 29s+2d, tendo cumprido protocolo de antibioterapia tripla. Por início de trabalho de parto espontâneo, iniciou perfusão de sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, sendo decidida cesariana às 31s+6d, com recém-nascidos (RN) vivos de 1710g (Apgar 4/6/9) e 2060 g (Apgar 3/6/9). Os RN tiveram alta aos 26 dias de vida (12 em UCIN), com evolução neonatal favorável.

Conclusões: A gravidez MCBA complicada com STFF exige vigilância rigorosa. Mesmo após fetoscopia, persistem riscos acrescidos de APPT, RPPM e restrição de crescimento fetal. A frequência e parâmetros de monitorização ecográfica permanecem controversos, devendo a vigilância ser individualizada em função da evolução clínica. O seguimento diferenciado em centros de referência, permite otimizar o prognóstico materno e neonatal em situações de elevada complexidade.

Palavras-chave: Gravidez monocoriónica-biamniótica, Síndrome de transfusão feto-fetal, Ameaça de parto pré-termo, Rotura prematura pré-termo de membranas



PO (25702) - OUTCOMES NEONATAIS EM GESTAÇÕES GEMELARES - PARTO VAGINAL VS CESARIANA (EXPERIÊNCIA DE 17 ANOS)

Beatriz Figueiredo¹; Inês Baptista¹; Francisca Gonçalves¹; Mariana Madeira¹; Filipa Coutinho¹; Fernando Costa¹

1 - Serviço Obstetrícia A, ULS Coimbra

Resumo

Introdução: As gestações gemelares estão em número crescente devido ao adiamento da maternidade e ao aumento técnicas de reprodução medicamente assistida. Estas apresentam maior risco de resultados perinatais adversos, sobretudo nas monocoriónicas. Estudos recentes não evidenciam benefício da cesariana eletiva face ao parto vaginal em gestações gemelares não complicadas.

Objectivos: Avaliar se o tipo de parto influencia os resultados perinatais, considerando a corionicidade.

Metodologia: Estudo retrospectivo de gestações gemelares acompanhadas entre 2007 e 2023. Excluíram-se gestações trigemelares e casos de parto vaginal seguido de cesariana, totalizando 844 gestações. A população dividiu-se segundo a corionicidade (monocoriónicas [G1] vs dicoriónicas [G2]) e o modo de parto (cesariana vs vaginal). Utilizaram-se os testes do Qui-quadrado e t de Student.

Resultados: Incluíram-se 177 (20,9%) no G1 e 667 (79,1%) no G2, com idade média semelhante (~32 anos). O parto pré-termo foi mais frequente em G1 (83,6%) vs G2 (65,9%, $p<0,001$), com grande prematuridade (<32 semanas) semelhante (14,7% vs 11,4%, $p=0,29$). No G1, ocorreram 112 cesarianas (63,3%) e 65 partos vaginais (36,7%). A admissão em UCIN foi superior após cesariana (59,8% vs 40,0%, $p=0,011$); excluindo os grandes prematuros, a taxa passou a ser semelhante (61,8% vs 44,4%, $p=0,095$). Nas gestações de termo, apenas 1 caso (3,6%) necessitou de UCIN, após parto vaginal. O Apgar <4 ao 1.º e <8 ao 5.º minutos não diferiram (8,0% vs 4,6%, $p=0,42$; 15,2% vs 9,2%, $p=0,30$). No G2, as diferenças entre cesariana e vaginal não foram significativas para UCIN (44,4% vs 36,9%, $p=0,052$) nem para Apgar <4 (3,8% vs 3,7%) ou <8 (7,1% vs 5,9%).

Conclusões: Identificou-se um aumento do número de internamentos em UCIN após parto por cesariana no G1, influenciado pela grande prematuridade e não pelo tipo de parto per si. Neste sentido, podemos concluir que independentemente da corionicidade, o modo de parto não influencia de forma significativa os resultados neonatais primários.

Palavras-chave: Gravidez gemelar, Outcomes neonatais



PO (25706) - GRAVIDEZ MÚLTIPLA EM NÚMEROS: UMA CASUÍSTICA DE 5 ANOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Inês Bouça¹; Ângela Santos¹; Inês Brás¹; Inês Sá¹; Cátia Carnide¹; Tiago Aguiar¹

1 - ULSTMAD

Resumo

Introdução: A gravidez múltipla associa-se a maior morbimortalidade materno-fetal, o que requer uma vigilância atenta. A sua incidência tem aumentado, sobretudo devido ao recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA) e à idade materna avançada. O parto pré-termo é a complicação mais frequente.

Objectivos: Analisar o desfecho das gravidezes múltiplas vigiadas no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), onde são assegurados os cuidados neonatais após as 34 semanas.

Metodologia: Foram recolhidos os dados das gravidezes múltiplas vigiadas no CHTMAD entre janeiro de 2020 e setembro de 2025, através dos programas SClinico, Obscare e Astraia.

Resultados: No período selecionado, foram vigiadas 106 gravidezes múltiplas (92 gravidezes espontâneas e 14 gravidezes após técnicas de PMA), das quais 73 eram bicoriónicas, 28 monocoriónicas biamnióticas, 2 monocoriónicas monoamnióticas e 3 triplas tricoriónicas. A idade materna média foi de 33 anos (10 grávidas $\geq$ 40 anos). Foram transferidas 19 grávidas para um hospital terciário por intercorrências em idade gestacional inferior a 34 semanas. Registaram-se 8 casos de restrição de crescimento fetal seletivo, 4 casos de Síndrome de Transfusão Feto-Fetal, 1 caso de feticídio seletivo e 1 aborto por rutura uterina. Ocorreram 87 partos gemelares (81,6% de cesarianas). A idade gestacional média na data do parto foi de 35 semanas. No pós-parto ocorreram 7 casos de hemorragia por atonia uterina, 18 casos de anemia grave, 1 caso de insuficiência cardíaca e 4 casos de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. Dos recém nascidos, 53 necessitaram de internamento na Unidade de Cuidados Neonatais.

Conclusões: Tal como descrito na literatura, as gravidezes gemelares seguidas no nosso serviço estiveram associadas a uma maior percentagem de complicações maternas e fetais, o que reafirma a importância da referenciação atempada para centros com cuidados diferenciados.

Palavras-chave: Gravidez Múltipla, Idade Materna Avançada, Procriação Medicamente Assistida, Morbimortalidade Materno-fetal



PO (25707) - DIABETES GESTACIONAL E GRAVIDEZ MÚLTIPLA – COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS E OUTCOMES NEONATAIS (RETROSPETIVA DE 17 ANOS)

Beatriz Figueiredo¹; Inês Baptista¹; Francisca Gonçalves¹; Mariana Madeira¹; Filipa Coutinho¹; Fernando Costa¹

1 - Serviço Obstetrícia A ULS Coimbra

Resumo

Introdução: Nas gestações únicas, a diabetes gestacional (DG) está associada a recém-nascidos grandes para a idade gestacional e a piores resultados perinatais. No entanto, o impacto da DG nas gestações múltiplas é ainda pouco claro.

Objectivos: O objetivo deste estudo foi esclarecer o impacto da DG neste tipo de gestações, analisando complicações obstétricas e morbilidade neonatal.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional, incluiu 886 gestações múltiplas acompanhadas entre 2007 e 2023. Foram considerados dois grupos: Com DG (G1) e sem DG (G2). Compararam-se complicações obstétricas e resultados perinatais com recuso a testes do Qui-Quadrado e t-student.

Resultados: Identificaram-se 83 casos de diabetes gestacional (9,4%). O G1 apresentou idade média superior (34,0 vs 32,3 anos; $p=0,009$), paridade ligeiramente mais elevada (1,2 vs 1,0) e menor proporção de nulíparas (54,2% vs 61,7%) comparativamente ao G2. Observou-se ainda maior incidência de hipertensão gestacional (9,6% vs 4,0%; $p=0,049$) e de pré-eclâmpsia (12,2% vs 4,4%; $p=0,005$) no G1. Em contrapartida, as taxas de ameaça de parto pré-termo (39,8% vs 31,5%; $p=0,14$), restrição de crescimento fetal (24,1% vs 22,2%; $p=0,80$) e parto antes das 32 semanas (13,3% vs 12,7%; $p=1,00$) foram semelhantes entre grupos. Quanto aos resultados neonatais, não se verificaram diferenças significativas entre G1 e G2 em Apgar <4 ao 1.º minuto (3,6% vs 5,0%; $p=0,77$), <8 ao 5.º minuto (6,0% vs 8,4%; $p=0,58$) ou internamento em UCIN (39,8% vs 44,3%; $p=0,76$).

Conclusões: Este estudo demonstra que, tal como nas gestações únicas, a DG poderá corresponder a um fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia em gestações múltiplas. Relativamente às restantes complicações obstétricas e a piores desfechos neonatais, nas gestações gemelares essa tendência não se confirmou.

Palavras-chave: Diabetes gestacional



PO (25714) - PROLONGAR SEM COMPROMETER: DESAFIOS NA VIGILÂNCIA E ORIENTAÇÃO DA RESTRIÇÃO SELETIVA DE CRESCIMENTO FETAL NUMA GRAVIDEZ MONOCORIÓNICA BIAMNIÓTICA

Inês Marques Mariano¹; Ana Aparício¹; Rodrigo Xavier Gonçalo¹; Carlota Anjinho Carvalhos¹; Luís Abreu¹; Miguel Branco¹; Isabel Santos Silva¹; Ana Claudia Santos¹

1 - Maternidade Bissaya Barreto - ULS Coimbra

Resumo

Introdução: Gravidezes gemelares monocoriónicas biamnióticas (MCBA) representam um desafio na medicina materno-fetal, visto que, na circulação placentária, podem desenvolver-se desequilíbrios hemodinâmicos que originam diversas complicações.

Objectivos: Descrição de um caso de restrição seletiva de crescimento fetal (RsCF) numa gravidez gemelar MCBA.

Metodologia: Revisão de processos clínicos e exames complementares de diagnóstico.

Resultados: Grávida de 39 anos, G2P1, gravidez gemelar MCBA espontânea, referenciada às 22 semanas por RsCF precoce. Ao diagnóstico, o feto A apresentava uma estimativa de peso fetal (EPF) no percentil 50-75 e feto B com EPF no percentil 3, com fluxometria doppler preservada. Foram programadas reavaliações ecográficas sucessivas que documentaram, às 29 semanas, uma discrepância de crescimento fetal de 41% com parâmetros fluxométricos sem alterações. A avaliação às 31 semanas, demonstrou um agravamento da discrepância para 50% e alterações fluxométricas do feto restrito nomeadamente, doppler artéria umbilical com fluxo diastólico ausente e IP do *ductus* venoso superior ao percentil 95. Associadamente, desenvolve pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. Pelo quadro clínico, alterações ecográficas descritas e consequente aumento do risco de desfechos obstétricos desfavoráveis de ambos os fetos, foi decidida, em reunião multidisciplinar, a extração fetal. Foi administrada corticoterapia para maturação pulmonar e realizada cesariana. Ao nascimento, ambos os gémeos mantiveram a discrepância de crescimento com peso ao nascimento de 1580g e 810g, com evolução favorável no período pós-natal.

Conclusões: Nas gravidezes MCBA com RsCF, a vigilância e a intervenção obstétrica constituem um desafio clínico. A decisão sobre o momento ideal para extração fetal é controversa, refletindo a complexidade em equilibrar o risco de deterioração hemodinâmica do feto restrito com a prematuridade iatrogénica do feto com crescimento adequado. A vigilância em centro de referência com avaliação ecográfica e fluxométrica seriada permite protelar o parto o mais possível, de forma a otimizar o prognóstico do feto não restrito, sem comprometer a viabilidade do feto afetado.

Palavras-chave: restrição de crescimento fetal, gravidez monocoriónica biamniótica



PO (25721) - “PREDITORES DE SUCESSO DE PARTO VAGINAL NA GRAVIDEZ GEMELAR: REALIDADE DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO”

Diana Catarina Silva Fernandes¹; Catarina Isabel Da Silva Cunha¹; Sara Sousa Sales¹; Joana Igreja¹; Maria José Monteiro¹; Luísa Cardoso¹

1 - *ULS Braga*

Resumo

Introdução: A via de parto na gravidez gemelar continua a representar um desafio clínico, condicionada por fatores obstétricos, maternos e fetais. Identificar preditores associados ao sucesso do parto vaginal pode otimizar a tomada de decisão, reduzindo a morbilidade materna e neonatal inerente à cesariana.

Objectivos: Avaliar os fatores preditores de sucesso de parto vaginal na gravidez gemelar.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo 80 gestações gemelares (GG) seguidas na ULS de Braga entre janeiro de 2024 e setembro de 2025. Recolheram-se dados maternos, obstétricos e neonatais a partir dos registos clínicos. A análise foi efetuada com o IBM SPSS v.29, o nível de significância adotado foi de 0,05.

Resultados: A idade materna mediana foi de 33 anos (IIQ 29–36) e 40,2% tinham ≥ 35 anos. O IMC pré-gestacional mediano foi de 25,3 kg/m² (IIQ 22,1–29,8). A maioria das gestações foi dicoriónica (43,8%) e espontânea (91,3%). Entre as gestações elegíveis para parto vaginal (77,5%; n=62), 38,7% (n=24) terminaram em cesariana, sobretudo por história de cesariana prévia e recusa de indução do trabalho de parto (25%). A taxa global de parto vaginal foi de 47,5% (n=38). A indução com dinoprostona associou-se de forma significativa ao parto vaginal (p=0,004). A pré-eclâmpsia foi mais frequente nas cesarianas (24% vs. 5%; p=0,016) e reduziu a probabilidade de parto vaginal (OR = 0,18; p=0,016). A apresentação não cefálica do segundo gémeo tendeu a associar-se a cesariana (OR = 0,53; p=0,008). Não se observaram associações significativas com idade materna, IMC, corionicidade, tipo de gestação ou paridade (p>0,05).

Conclusões: A indução com dinoprostona associou-se positivamente ao sucesso do parto vaginal. Em contrapartida a ocorrência de pré-eclâmpsia e a apresentação não cefálica do segundo gémeo foram fatores preditores de parto por cesariana. Estes achados reforçam a importância de uma avaliação criteriosa e individualizada na definição da via de parto em gravidezes gemelares.

Palavras-chave: Gravidez Múltipla, Parto Vaginal



PO (25723) - EPIDEMIOLOGIA DA GRAVIDEZ GEMELAR: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Diana Fernandes¹; Catarina Cunha¹; Joana Igreja Silva¹; Maria José Monteiro¹; Sara Sales¹; Maria Luísa Cardoso¹

1 - ULS Braga

Resumo

Introdução: A gravidez gemelar (GG) constitui uma entidade obstétrica de elevado risco, associada a maior morbilidade materna e perinatal, requerendo vigilância diferenciada e decisões individualizadas quanto ao momento e via de parto. Observa-se, nas últimas décadas, um aumento progressivo da sua incidência, atribuído sobretudo ao adiamento da maternidade e ao recurso a técnicas de procriação medicamente assistida.

Objectivos: Caracterizar a casuística e respetiva morbimortalidade dos partos das GG acompanhadas na ULS Braga.

Metodologia: Estudo retrospectivo, incluindo todas as GG cujo parto ocorreu na ULS Braga entre janeiro 2024 e setembro 2025. Foram recolhidos dados demográficos, características obstétricas, tipo de parto, complicações maternas e neonatais. Excluíram-se gravidezes não evolutivas e triplas.

Resultados: Foram identificadas 82 GG, das quais 91,5% foram espontâneas, sendo 25,6% GG monócóricas. A idade materna média foi de 33 anos (DP=4,6), sendo 56,1% nulíparas. A via de parto foi vaginal em 46,3% e cesariana em 53,7% (incluindo 2,4% de partos combinados) ($p<0,001$). O principal motivo de cesariana foi a apresentação pélvica do primeiro feto.

O trabalho de parto (TP) foi induzido em 30,5% dos casos (dinoprostona em 64% e ocitocina em 36%). A taxa de parto vaginal foi de 69,6% em caso de TP espontâneo e de 88% no caso de indução do TP ($p<0,001$).

A taxa global de prematuridade foi de 57,3%. Registaram-se 14 casos de pré-eclâmpsia (17,1%), 50% destes com critérios de gravidade; 9 casos de hemorragia pós-parto (11%); e 2 casos de DPPNI (2,4%). Quanto a complicações neonatais, 63,4% dos recém-nascidos necessitaram de admissão em unidade de cuidados intensivos neonatais.

Conclusões: Os resultados obtidos são consistentes com a literatura que relatam elevadas taxas de prematuridade e morbilidade materna-neonatal associadas à GG. A proporção de partos vaginais observada sugere que, em casos selecionados, esta via pode ser uma opção segura, reforçando a importância de abordagens individualizadas e multidisciplinares.

Palavras-chave: Gravidez múltipla, Parto



OUTROS

PO (25465) - RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: VIVÊNCIAS NO MASCULINO

Cristiana Castanheira¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria- Hospital de Santo André

Resumo

Introdução: O presente estudo subordina-se ao tema: "Relação conjugal na transição para a parentalidade: vivências no masculino". Segundo a literatura o nascimento do primeiro filho é um período vivido com alegria, e apesar dos homens serem incluídos eles não são participantes ativos, desejando atualmente, praticar uma paternidade mais envolvida e cuidadora. A transição para a parentalidade é um evento de vida normativo mas que envolve um conjunto de tarefas desenvolvimentais para o casal exigindo reorganização na sua dinâmica e rotinas. Deste modo, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, principais responsáveis pelo cuidado das família a vivenciar processos de transição, podem desenvolver intervenções no domínio da educação parental como estratégia para promover uma parentalidade saudável e fortalecer a relação conjugal.

Objectivos: Este estudo teve como objetivo conhecer a perceção dos pais sob como a sua adaptação ao papel parental influenciou a vivência da conjugalidade.

Metodologia: O presente estudo enquadra-se no domínio da investigação qualitativa de nível 1 do tipo exploratório-descritivo. Os participantes foram selecionados através da amostragem não probabilística em bola de neve. A recolha de dados efetuada por "Focus Groups", e os dados obtidos dos discursos dos pais foram tratados através da análise de conteúdo segundo a perspetiva de Bardin.

Resultados: Da análise dos discursos dos pais emergiram cinco categorias adaptação ao papel parental, preocupação com o bem-estar da esposa/companheira, alteração na rotina e responsabilidades parentais, alteração na relação entre casal e alteração na vivência da sexualidade e desejo sexual.

Conclusões: Conclui-se que esta investigação foi também promotora de desenvolvimento concretamente no domínio da investigação na transição para a parentalidade na conjugalidade e demonstrou o importante trabalho que precisa ser desenvolvido pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nomeadamente através da promoção de intervenções direcionadas para os desafios que os casais se encontram a vivenciar.

Palavras-chave: Pais pela primeira vez; Relação conjugal; Parentalidade



PO (25579) - DIAGNÓSTICO DE HEMOFILIA C NA GRAVIDEZ: UM RELATO DE CASO

Daniela Marques Sousa¹; Liliana Reis¹; Claudina Carvalho¹; Patrícia Alves¹; Evelin Pinto¹; Maria Liz Coelho¹

1 - ULS Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: A hemofilia C é um distúrbio da coagulação no qual ocorre um defeito da via intrínseca, com inadequada formação de trombina e instabilidade da mesma, propiciando a fibrinólise. A ocorrência de hemorragia é altamente variável, e é desafiante avaliar o risco tendo em conta os níveis de atividade do Fator XI, cujo valor varia no decorrer da gravidez e não se correlaciona com a propensão hemorrágica. É de extrema importância a caracterização do fenótipo hemorrágico, uma vez que este é o melhor preditor de hemorragia em contexto obstétrico.

Objectivos: Revisão de um caso clínico.

Metodologia: Análise retrospectiva e narrativa de dados clínicos.

Resultados: Grávida de 31 anos, primigesta, 38 semanas+4 dias, natural do Egito, B Rh positivo. Sem antecedentes pessoais de relevo; Medicação habitual: polivitamínico, magnésio. Gravidez inadequadamente vigiada: apenas uma ecografia realizada pelas 26 semanas + 4 dias; Sem queixas; boa percepção dos movimentos fetais.

Sem história hemorrágica de relevo. Extrações dentárias sem intercorrências.

Estudo da Coagulação: APTT: 63.3. Doseamento do Fator XI <0.01 U/ml, correspondendo a níveis inferiores a 1%. Foi assumido o diagnóstico de Hemofilia C. Realizou terapêutica profilática com Plasma Fresco Congelado (PFC) 15ml/kg às 39s+2d e ácido tranexâmico no período periparto. Indução do trabalho de parto às 39s+5d com Dinoprostona vaginal, mantendo profilaxia com PFC: RN do sexo masculino; Parto eutócico cefálico com episiotomia; PN 3200g, IA 8/10/10; Perda hemática controlada. Puerpério imediato sem intercorrências: manteve-se hemodinamicamente estável, com perda hemática vaginal em escassa quantidade e analiticamente com hemoglobina de 9.9 g/dL. Alta para o domicílio em D4 de puerpério, sob ferro oral.

Conclusões: Nestes casos, é recomendada uma abordagem multidisciplinar que possibilite uma adequada avaliação do risco hemorrágico, o planeamento do parto e a prevenção de possíveis complicações associadas. Mais estudos são necessários no sentido de identificar a abordagem profilática mais segura para estas doentes.

Palavras-chave: Hemofilia C, gravidez



PO (25595) - CORIOAMNIONITE: FATORES DE RISCO MATERNOS E OBSTÉTRICOS - ESTUDO OBSERVACIONAL CASO-CONTROLO

Susana Xu¹; Joana Dias¹; Mónica Centeno¹

1 - Unidade Local de Saúde Santa Maria/Hospital Santa Maria

Resumo

Introdução: A corioamnionite constitui uma complicação obstétrica relevante, associada a morbilidade materna e neonatal. Diversos fatores maternos e obstétricos têm sido descritos como determinantes da sua ocorrência, sendo a sua análise útil para orientar estratégias de prevenção e intervenção.

Objectivos: Avaliar os fatores maternos e obstétricos associados ao desenvolvimento de corioamnionite.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional de caso-controlo, incluindo todos partos realizados entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2025 num centro terciário. Foram analisadas idade, índice de massa corporal (IMC), nacionalidade, paridade, tipo de parto, peso e número de recém-nascidos, rotura prematura de membranas (RPM) >24h, colonização por *Streptococcus* do grupo B, diabetes e tabagismo.

Realizadas análises estatísticas descritivas, univariada e multivariada para estimar Odds ratio com intervalo de confiança de 95%, utilizando SPSS v26, com significância $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 84 casos com diagnóstico de corioamnionite e 84 controlos pareados (partos imediatamente subsequentes sem o diagnóstico de corioamnionite) no período do estudo.

Nos casos, a mediana de idade foi 28 anos, o IMC 25,7 kg/m²; 33,3% portuguesas; idade gestacional (IG) média 39s+1d, 33,3% cesarianas, 40,5% partos instrumentados e 28,6% RPM >24h.

Nos controlos, mediana de idade 32 anos, o IMC 27,1 kg/m²; 60,7% portuguesas; IG média 39s+2d, 19,1% cesarianas, 19,1% instrumentados e 9,5% RPM >24h.

A RPM >24h (OR 3,80; IC95% 1,59–9,06; $p = 0,02$), a nacionalidade estrangeira (OR 3,13; IC95% 1,66–5,90; $p < 0,01$), a menor paridade (OR 0,39–0,90; $p = 0,014$) e o tipo de parto com maior intervenção (OR 2,19; IC95% 1,47–3,27; $p < 0,01$) mostraram associação significativa com corioamnionite. Diabetes e peso neonatal apresentaram tendência, sem significância estatística.

Conclusões: Estes achados confirmam a evidência de estudos anteriores na nossa população. São necessárias estratégias preventivas que visem reduzir a morbilidade materna e neonatal associadas à corioamnionite.

Palavras-chave: corioamnionite, parto, cesariana, febre intraparto



PO (25596) - DEVERÁ O DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA DEFINIR GRAVIDADE NA PRÉ-ECLÂMPسيا?

Ana Gomes Lopes¹; Inês Mendes¹; Maria Leonor Antunes¹; Cláudia Passos¹

1 - Hospital Espírito Santo de Évora

Resumo

Introdução: A Pré-Eclâmpsia é uma das principais causas de morbimortalidade materna a nível mundial. O descolamento prematuro da placenta (DPP) constitui uma complicação grave da unidade útero-placentária, contudo o seu papel enquanto critério de gravidade de Pré-Eclâmpsia permanece controverso. Com o presente caso, levanta-se a hipótese de que o reconhecimento precoce do DPP como marcador de gravidade poderá orientar mais eficazmente a conduta clínica, contribuindo para a prevenção de eventuais complicações.

Objectivos: Avaliar o papel do Descolamento Prematuro de Placenta como marcador de gravidade de Pré-Eclâmpsia.

Metodologia: Descreve-se o caso de uma múltipara de 30 anos, com 34+3 semanas e antecedentes de hipertensão gestacional, admitida por dor abdominal, hemorragia vaginal e elevação tensional. Diagnosticada Pré-Eclâmpsia, foi submetida a cesariana de emergência que confirmou DPP. Procedeu-se à revisão dos registos clínicos e à análise comparativa das principais orientações internacionais.

Resultados: Trinta e seis horas pós-parto, a doente apresentou cefaleia, elevação tensional e alterações analíticas compatíveis com Síndrome de HELLP. A análise das diretrizes clínicas revelou heterogeneidade: a ACOG não inclui o DPP como critério de gravidade; a NICE reconhece-o, mas não como indicação para sulfato de magnésio; a SOGC evita o uso do termo "Pré-Eclâmpsia grave"; e a ISSHP (2021) classifica o DPP como disfunção útero-placentária. Não há evidência de que o sulfato de magnésio previna o Síndrome de HELLP.

Conclusões: O papel do DPP nas definições de gravidade na Pré-Eclâmpsia é incerto. Embora algumas orientações o reconheçam, a sua influência na decisão clínica permanece indefinida. Este caso sugere o possível benefício do uso profilático de sulfato de magnésio em pacientes com DPP, colocando-se o risco de evolução para Síndrome de HELLP e, consequentemente o risco aumentado de Eclâmpsia. São necessários mais estudos para definir seu valor prognóstico e harmonizar as recomendações internacionais.

Palavras-chave: Pré-Eclâmpsia, Descolamento Prematuro da Placenta (DPP), Síndrome de HELLP, Critérios de Gravidade, Complicações maternas, Sulfato de Magnésio



PO (25600) - GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA - COMPARAÇÃO ENTRE ADOLESCÊNCIA PRECOCE E TARDIA

Vera Oom¹; Rita Amaral¹; Catarina Nascimento¹; Filomena Nunes¹

1 - Hospital de Cascais

Resumo

Introdução: A gravidez na adolescência é um problema a nível mundial e está associada a um risco aumentado de desfechos adversos materno-fetais.

Objectivos: Comparar diversos resultados maternos, fetais e neonatais em dois grupos de adolescentes com base na idade.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo, consultados os processos das adolescentes que tiveram o parto no Hospital de Cascais nos últimos 3 anos. Para a análise estatística foi utilizado o SPSS.

Resultados: Foram incluídas 157 mulheres, 19 no grupo da adolescência precoce e 128 no grupo da adolescência tardia. 18.1% (n=26) tiveram infeção urinária durante a gravidez, foi detetada patologia hipertensiva em 2.7% (n=4), diabetes gestacional em 2.8% (n=4), hipotireoidismo induzido pela gravidez em 4.1% (n=6), restrição do crescimento fetal em 3.5% (n=5) e oligoâmnios em 4.9% (n=7). À data do parto, 28.5% (n=41) tinham anemia. 1.4% das adolescentes tiveram ameaça de parto pré-termo e 30.1% (n=44) rotura prematura de membranas. O parto foi pré-termo em 6.8% (n=10), eutócico em 66.0% (n=97), instrumentado em 18.4% (n=27) e por cesariana em 15.6% (n=23). 63.7% (n=79) das adolescentes sofreram laceração perineal, 22.6% (n=28) foram submetidas a episiotomia. A maioria teve alta nos primeiros 2 dias após o parto, 15% (n=22) apresentaram hemorragia pós-parto e 4.8% (n=7) infeção puerperal. Relativamente ao recém-nascido 88.4% (n=130) apresentou um peso adequado, e 82.3% (n=121) um índice Apgar ao 5º minuto de 10. Apenas 3.4% (n=5) foram internados na UCIN.

Embora em termos percentuais alguns outcomes possam estar mais associados a um dos grupos da adolescência, o único que mostrou relevância estatística foi o peso do recém-nascido ao nascimento, 297g menor no grupo da adolescência precoce.

Conclusões: Não é possível estabelecer com base neste estudo qual o impacto da idade nos diversos desfechos dentro do grupo heterogéneo da adolescência, impossibilitando a criação de medidas de vigilância dirigidas a cada faixa etária específica.

Palavras-chave: Adolescência



PO (25611) - EPISIOTOMIA: O ELEFANTE NA SALA DE PARTOS

Mafalda Pinheiro¹; Ana Simões¹; Teresinha Simões¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS São José

Resumo

Introdução: A episiotomia é um tema controverso na obstetrícia moderna. As recomendações atuais propõem o seu uso seletivo.

Objectivos: Conhecer a opinião e caracterizar experiência de puérperas com a episiotomia.

Metodologia: Aplicação de questionários, em português e inglês, aplicados a puérperas de um hospital perinatal diferenciado, entre agosto e setembro de 2025.

Resultados: Foram aplicados 225 questionários, em 39 mulheres submetidas a episiotomia no parto atual (17,3%) e 186 sem episiotomia (82,7%).

114 inquiridas (50,7%) relataram estar pouco ou nada preocupadas com a possibilidade de episiotomia previamente ao parto e 104 (46,2%) consideraram-se muito preocupadas.

As principais preocupações eram: dor durante a cicatrização (n=129), dor a longo prazo (n=121) e dificuldade em urinar/evacuar (n=97).

As puérperas aceitariam a realização de episiotomia para acelerar o parto em situações de sofrimento fetal (n=135) e prevenir lacerações graves do períneo (n=84).

Das 39 mulheres submetidas a episiotomia, 13 sentiram que tiveram escolha. Para 25, a incisão foi indolor ou praticamente indolor e 30 consideraram que a realização de episiotomia foi necessária.

A experiência prévia de episiotomia não alterou de forma significativa o grau de preocupação para realização de nova incisão no parto seguinte (p=0,789).

Conclusões: Apesar do intenso debate público e da percepção social negativa em torno da episiotomia, os resultados deste estudo sugerem que a experiência real das mulheres é mais complexa. A maioria reconhece a utilidade da episiotomia quando existe necessidade clínica (situações de sofrimento fetal ou risco de lacerações graves), embora revele preocupação com a dor e sequelas.

Persistem, contudo, lacunas na comunicação e na percepção de autonomia — apenas um terço das mulheres submetidas à episiotomia referiu ter tido escolha. Assim, o “elefante na sala de partos” é o desequilíbrio entre o debate social e a prática clínica, que exige educação, informação, comunicação, consentimento e abordagem centrada na mulher.

Palavras-chave: episiotomia, opinião, experiência, puerpério



PO (25613) - INCIDÊNCIA, FATORES DE RISCO E DESFECHOS NEONATAIS EM PARTOS COM DISTOCIA DE OMBROS: ESTUDO RETROSPECTIVO

Rita Fernandes De Jesus¹; Daniela Alpoim¹; Roxanne Van Hauwaert¹; Catarina Sabbo²; Matilde Vilela²; Ângela Ferreira¹; Ana Paula Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve- Hospital de Faro; 2 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Portimão

Resumo

Introdução: A distocia de ombros é uma emergência obstétrica imprevisível associada a morbilidade materna e neonatal significativa. O seu risco aumenta com o peso fetal e a gestação prolongada. A incidência reportada na literatura varia entre 0,5% e 3%, podendo ser superior em populações com maior prevalência de macrosomia.

Objectivos: Caracterizar os partos com distocia de ombros e comparar variáveis maternas, obstétricas e neonatais com os restantes partos vaginais ocorridos em 2024, avaliando diferenças estatisticamente significativas e a concordância da incidência observada com a literatura.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de **1602 partos vaginais**, dos quais **82 (5,1%)** apresentaram distocia de ombros. Foram analisadas idade gestacional, peso neonatal, índices de Apgar e taxa de episiotomia. As comparações entre grupos foram realizadas com teste *t* de Student e χ^2 , considerando $p < 0,05$ significativo.

Resultados: Os casos de distocia apresentaram **maior idade gestacional média** (39,2 vs 38,7 semanas; $p = 0,02$) e **peso neonatal superior** (3676 g vs 3190 g; $p < 0,001$). O **Apgar ao 1º minuto** foi inferior (8,6 vs 9,3; $p < 0,001$), com **recuperação aos 5 minutos** (9,4 vs 9,7; $p = 0,03$). A **taxa de episiotomia** foi semelhante entre grupos (18,3% vs 21,0%; $p = 0,56$). A **incidência de distocia de ombros (5,1%)** foi ligeiramente superior à descrita na literatura, mas **compatível com populações de maior peso fetal médio**.

Conclusões: A distocia de ombros associou-se a **maior idade gestacional e peso fetal**, e a Apgar ao 1º minuto inferior, com **boa recuperação aos 5 minutos**. A taxa observada encontra-se dentro dos valores esperados em contextos com macrosomia fetal, reforçando a importância de vigilância reforçada nas gestações de termo com fetos grandes.

Palavras-chave: distócia de ombros, emergências obstétricas



PO (25616) - COLAPSO MATERNO INTRAPARTO: CESARIANA PERIMORTEM REALIZADA DURANTE MANOBRAS DE RESSUSCITAÇÃO – A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Maria Francisca Gonçalves¹; Helena Lopes¹; Helena Gonçalves¹; Ana Luísa Areia^{1,2}; Fernando Costa¹

1 - Serviço de Obstetrícia A, ULS Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A paragem cardiorrespiratória (PCR) no contexto obstétrico constitui uma emergência rara, mas associada a elevada mortalidade materna e fetal. A intervenção imediata e coordenada, com manobras de suporte avançado de vida adaptadas à grávida e realização de cesariana nos primeiros 4–5 minutos, é determinante para a sobrevivência de ambos.

Objectivos: Descrever um caso de PCR intraparto de causa indeterminada, no qual a cesariana foi executada simultaneamente às manobras de ressuscitação, destacando o papel da intervenção multidisciplinar precoce.

Metodologia: Análise descritiva baseada na revisão do processo clínico e registos hospitalares.

Resultados: Gestante de 36 anos, G2P1, sem antecedentes relevantes, admitida às 39 semanas por rotura prematura de membranas. Após analgesia epidural, desenvolveu dispneia súbita e perda de consciência, evoluindo rapidamente para PCR. Iniciaram-se imediatamente manobras de suporte avançado de vida com desvio uterino manual. Enquanto a equipa de anestesiologia assegurava as compressões torácicas e ventilação, procedeu-se à cesariana emergente. O pulso materno foi recuperado após cinco ciclos de ressuscitação. O ecocardiograma evidenciou disfunção sistólica grave (FEVE 15%), sem etiologia isquémica, valvular ou tromboembólica identificada. A paciente apresenta-se ainda em recuperação progressiva sob terapêutica de suporte (FEVE 35% ao 3.º dia e 60-65% ao 28º dia). O recém-nascido necessitou reanimação avançada e hipotermia terapêutica, com evolução favorável e ausência de lesões hipóxico-isquémicas na RM-CE.

Conclusões: Este caso ilustra a importância de atuação imediata e sincronizada perante PCR intraparto. A execução da cesariana *perimortem* em simultâneo com as manobras de ressuscitação é crucial para o sucesso materno-fetal. O evento reforça a necessidade de protocolos institucionais claros e treino regular em simulação de emergências obstétricas, garantindo uma resposta eficaz em situações críticas de colapso cardiovascular na grávida.

Palavras-chave: paragem cardiorrespiratória



PO (25617) - PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA: VALIDAÇÃO DE UMA CALCULADORA PREDITIVA EM PARTOS ESPONTÂNEOS E INDUZIDOS

Maria Francisca Gonçalves¹; Beatriz Figueiredo¹; Inês Vasconcelos¹; Mariana Madeira¹; Ana Luísa Areia^{1,2}; Fernando Costa¹

1 - Serviço de Obstetrícia A, ULS Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: O parto vaginal após cesariana (VBAC) representa uma alternativa viável e segura, desde que criteriosamente selecionada. Ferramentas preditivas têm sido desenvolvidas para estimar a probabilidade de sucesso do VBAC; contudo, a sua precisão pode variar consoante o tipo de início do trabalho de parto e os fatores materno-fetais associados.

Objectivos: Avaliar a concordância entre a taxa de sucesso real do VBAC e a taxa estimada por uma calculadora preditiva validada, distinguindo partos espontâneos e induzidos.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, incluindo gestantes com uma cesariana prévia e tentativa subsequente de parto vaginal, num hospital central, entre 1 de janeiro de 2023 e 31 de dezembro de 2024. As participantes foram divididas em dois grupos: parto espontâneo e parto induzido. Para cada caso, foi calculada a probabilidade predita de sucesso pela calculadora da SPOMMF, comparando-a com o desfecho real. Foram analisadas outras variáveis maternas e obstétricas, incluindo idade, IMC, percentil fetal e índice de *Bishop* à admissão. A análise estatística foi efetuada com o SPSS, considerando significância para $p < 0.05$.

Resultados: Incluíram-se 310 mulheres, 62.9% com trabalho de parto espontâneo (G1) e 37.1% com indução (G2). O sucesso do VBAC foi observado em 199 casos (64.2%), correspondendo a 73.3% em G1 e 48.7% em G2 ($p < 0.05$). A probabilidade média predita pela calculadora foi de 81.9% (83.7% em G1 e 57.1% em G2). Observou-se correlação significativa entre parto espontâneo e maior taxa de sucesso ($p < 0.05$), sem diferenças relevantes nas restantes variáveis materno-fetais entre grupos.

Conclusões: O sucesso do VBAC foi significativamente superior nos partos espontâneos, confirmando a relevância do início espontâneo do trabalho de parto no prognóstico. A calculadora preditiva apresentou boa correlação global com os resultados observados, reforçando o seu potencial como ferramenta auxiliar na decisão clínica e no aconselhamento individualizado de mulheres com cesariana prévia.

Palavras-chave: PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA, CALCULADORA PREDITIVA

**PO (25621) - INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM GRÁVIDAS OBESAS: AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS**

Ana Luisa Duarte¹; Leila Vilarica²; Alexandra Miranda¹

1 - ULS Braga; 2 - Escola de Medicina da Universidade do Minho

Resumo

Introdução: A obesidade em idade reprodutiva constitui um problema de saúde pública crescente, associando-se a maior risco de complicações obstétricas e neonatais. Mulheres obesas apresentam frequentemente necessidade de indução do trabalho de parto, com maior probabilidade de insucesso e parto por cesariana. A evidência disponível sobre os fatores preditivos de sucesso e a segurança dos métodos utilizados neste grupo é ainda limitada.

Objectivos: Avaliar os desfechos obstétricos e neonatais da indução do trabalho de parto em grávidas obesas e identificar preditores de sucesso, considerando a classificação da obesidade e os métodos utilizados.

Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional e analítico, realizado na ULSBraga, incluindo grávidas com IMC $\geq$ 30 kg/m² submetidas a indução entre janeiro e dezembro de 2024. O sucesso foi definido como parto eutócico. Aplicaram-se testes paramétricos, não paramétricos, Qui-quadrado/Fisher e regressão logística multivariada.

Resultados: Incluíram-se 112 grávidas, com idade média 33 anos e predominância de obesidade grau I(65%). O misoprostol(56,3%;n=63) foi o método mais utilizado, seguido da dinoprostona(37,5%;n=42), sonda de Foley(8,0%n=9) e ocitocina(4,5%; n=5). A taxa de cesarianas foi de 36,6%, sobretudo por trabalho de parto estacionário. A combinação de mais de um método de maturação cervical associou-se a maior taxa de cesarianas (p=0,013) e a induções mais longas (p=0,019). Não foram encontradas outras associações estatisticamente significativas entre o método ou a classe de obesidade e os desfechos obstétricos e perinatais. Na análise multivariada, o peso fetal estimado (p=0,012;OR=0,998) e a utilização de dinoprostona (p=0,022; OR=0,280) emergiram como preditores independentes de menor probabilidade de sucesso da indução

Conclusões: Em mulheres obesas, a classe de obesidade não apresentou associação com os desfechos obstétricos ou neonatais. Por outro lado, a dinoprostona foi o único método que emergiu como fator preditor de menor probabilidade de sucesso, tal como o peso fetal estimado, salientando a importância da escolha do método e da avaliação fetal, especialmente em contextos de obesidade materna.

Palavras-chave: Obesidade, Indução Trabalho Parto, Desfechos Obstétricos, Desfechos Neonatais



PO (25641) - HEMORRAGIA PÓS-PARTO E COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA: DA TERAPÊUTICA MÉDICA AO PACKING ABDOMINO-PÉLVICO

Liliana Barbas¹; Maria Luis Alves¹; Pedro Ceia¹; Isabel Duarte¹; Catarina Faria¹

1 - ULS - Região de Leiria

Resumo

Introdução: A hemorragia pós-parto (HPP) permanece uma das principais causas de mortalidade materna, correspondendo a 25% dos casos a nível mundial. Em situações de hemorragia maciça pode evoluir rapidamente para coagulação intravascular disseminada (CID) via ativação da cascata de coagulação, com consumo de plaquetas e fatores de coagulação levando simultaneamente a fenómenos trombóticos e hemorrágicos.

Objectivos: Apresentar um caso de HPP, com evolução para CID sublinhando a aplicação sequencial de terapêutica médica e cirúrgica.

Metodologia: Consulta de processo clínico da ULS-Região de Leiria

Resultados: Grávida de 32 anos, Gesta 1, com 39 semanas e 3 dias admitida no serviço de urgência em período expulsivo. Desenvolveu hemorragia pós-parto, que apesar das medidas conservadoras instituídas, nomeadamente revisão do canal de parto, terapêutica médica e colocação de balão intrauterino, se manteve significativa, obrigando à transferência para o bloco operatório com ativação do protocolo de transfusão maciça. Constatou-se hemorragia difusa do colo uterino associada a epistaxis e hematúria, com instabilidade hemodinâmica progressiva, necessidade de ressuscitação volémica e suporte com noradrenalina. Confirmada CID via avaliação viscoelástica (ROTEM), foi realizada terapêutica com complexo protrombinico e transfusão de pool plaquetário. Perante a refratariedade das medidas, decidido em equipe multidisciplinar efetuar histerectomia subtotal. Dada a hemorragia recidivante ao procedimento cirúrgico, realizou-se abordagem com packing intra-abdominal com duas posteriores revisões cirúrgicas. A doente permaneceu 21 dias em internamento para gestão de choque hemorrágico com disfunção multiorgânica, politransfusão maciça (22 UCE) e peritonite terciária. Atualmente encontra-se no domicílio, analiticamente sem alterações e queixas de relevo.

Conclusões: Este caso reforça a importância da intervenção precoce e protocolada à HPP, com envolvimento de equipas multidisciplinares, assegurando uma resposta eficaz perante emergências obstétricas. Ilustra também a rápida progressão de uma HPP grave para CID, destacando a complexidade do seu controlo. A histerectomia e o packing abdomino-pélvico, embora medidas de último recurso, podem ser decisivas em situações life-saving.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto, Coagulação intravascular disseminada, Histerectomia, Packing abdomino-pélvico, Abordagem multidisciplinar

**PO (25645) - TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES CONGELADOS VERSUS A FRESCO: IMPACTO NAS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS E NEONATAIS**

Viviana Cunha¹; Mariana Bandeira¹; Adriana Oliveira¹; Ana Rita Matos¹; Fátima Domingues¹; Sara Passos Silva¹; Sandra Ferreira¹; Paula Pinheiro¹

1 - ULSAM

Resumo

Introdução: A transferência de embriões congelados (TEC) tornou-se uma prática cada vez mais frequente na Procriação Medicamente Assistida (PMA), mas o seu impacto nos desfechos obstétricos e neonatais ainda é controverso. Estudos sugerem benefícios em termos de menor risco de parto pré-termo e baixo peso ao nascer, mas apontam para potenciais riscos obstétricos, nomeadamente de patologia hipertensiva (pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional).

Objectivos: Avaliar e comparar as complicações obstétricas e os resultados neonatais entre gravidezes obtidas por transferência de embriões a fresco (FIV/ICSI) versus congelados (TEC).

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, incluindo 286 gravidezes obtidas por técnicas de PMA, num período de 10 anos. Foram incluídas 201 gravidezes por transferência de embriões a fresco (FIV/ICSI) e 85 por embriões congelados (TEC). Analisaram-se variáveis obstétricas e neonatais e realizada a estatística com recurso ao SPSS, aplicando testes de qui-quadrado e teste exato de Fisher, sendo assumida significância para valores $p < 0.05$. Foram calculados Odds Ratio e respetivos intervalos de confiança (IC) a 95%.

Resultados: As gravidezes por TEC apresentaram menor taxa de complicações obstétricas e neonatais (45% vs 55%; OR 0,66; IC 95% 0,39–1,09), associando-se a menor risco de parto pré-termo (5% vs 16%; OR 0,26; IC 95% 0,09–0,76; $p=0,02$) e baixo peso ao nascer (6% vs 16%; OR 0,33; IC 95% 0,12–0,88; $p=0,03$) em comparação com transferências de embriões a fresco. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no risco placenta prévia, pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional.

Conclusões: As gravidezes por TEC associam-se a menor risco de parto pré-termo e baixo peso ao nascer, sem aumento significativo de complicações obstétricas. Estes resultados reforçam o perfil de segurança da TEC com potencial para otimizar desfechos maternos e neonatais, apesar de haver necessidade de realizar estudos prospetivos multicêntricos para confirmar e aprofundar estes resultados.

Palavras-chave: TEC, Gravidez pós-PMA, Complicações obstétricas, Complicações neonatais

**PO (25654) - TAXA DE PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA NUM HOSPITAL NÍVEL II EM 2025**

Anaísa Simões¹; Roxane Van Hauwaert¹; Rita Jesus¹; Daniela Alpoim¹; Ana Edral¹; Ana Paula Silva¹; Márcia Pinto¹

1 - ULS Algarve- Hospital de Faro

Resumo

Introdução: O parto vaginal após cesariana (PVAC) prévia é reconhecido, em casos selecionados, como uma abordagem segura e eficaz, associada a baixo risco de complicações maternas e desfechos neonatais favoráveis. Esta alternativa é frequentemente preferida à repetição de cesarianas, dada a morbilidade associada a múltiplas intervenções. A evidência atual demonstra taxas de sucesso entre 60% e 80%, dependendo dos protocolos institucionais e critérios de inclusão.

Objectivos: Determinar a taxa de partos vaginais em grávidas com uma cesariana anterior, num hospital nível II, entre janeiro e setembro de 2025. Avaliar os resultados da indução do trabalho de parto, comparar os desfechos neonatais e identificar os principais motivos de cesariana.

Metodologia: Estudo retrospectivo e descritivo com base nos registos de partos do Hospital de Faro. Incluíram-se gestações únicas com uma cesariana prévia. Foram analisadas as taxas de parto vaginal, resultados das induções do trabalho de parto, indicações de cesariana e desfechos neonatais.

Resultados: Foram incluídas 165 grávidas com uma cesariana anterior. Destas, 23% tiveram parto vaginal espontâneo (idade gestacional média de 38 semanas) e 37% foram submetidas a indução. No grupo da indução, 19 (31,1%) resultaram em parto vaginal, sendo 13 eutócicos e 6 instrumentados com ventosa, sem complicações maternas ou necessidade de reanimação neonatal e apenas 1 internamento na UCIN, por infeção neonatal. As restantes induções (68,9%) evoluíram para cesariana. As principais indicações de cesariana foram incompatibilidade feto-pélvica (IFP) (54,8%), estado fetal não tranquilizador (23,8%) e falha de indução (14,3). Em 12 casos, repetiu-se a indicação de incompatibilidade feto-pélvica. Entre os recém-nascidos das induções com cesariana, 1,8% necessitaram de reanimação, sem internamento em UCIN.

Conclusões: O PVAC é uma opção segura e viável, incluindo após indução, quando realizado em ambiente hospitalar. Apesar da taxa global inferior à descrita na literatura, os resultados reforçam a segurança desta abordagem em casos criteriosamente selecionados.

Palavras-chave: Parto vaginal; Cesariana; Indução trabalho de parto



PO (25655) - DO BYPASS GÁSTRICO AO PARTO: COMPLICAÇÕES E DESAFIOS DA GRAVIDEZ PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Márcia Pinto¹; Anaísa Simões¹; Catarina Sabbo¹; Matilde Vilela¹; Ana Edral¹; Ana Paula Silva¹; Vera Ribeiro¹

1 - ULS Algarve- Hospital de Faro

Resumo

Introdução: A cirurgia bariátrica é uma estratégia eficaz no tratamento da obesidade, cuja prevalência tem vindo a aumentar entre mulheres em idade reprodutiva. Contudo, a gravidez após este procedimento requer vigilância rigorosa, baseada numa abordagem multidisciplinar e identificação precoce de potenciais complicações.

Objectivos: Relatar um caso clínico de gravidez após cirurgia bariátrica, salientando as complicações maternas e fetais e a importância do acompanhamento multidisciplinar.

Metodologia: Descrição de caso clínico.

Resultados: Grávida de 32 anos, índice obstétrico 0404, com antecedentes de um parto pré-termo distócico às 36 semanas, complicada com trombose venosa profunda e três cesarianas subsequentes: por rotura prematura de membranas às 33 semanas, oligoâmnios às 33 semanas e oligoâmnios às 34 semanas, esta última com hemorragia intraoperatória. Antecedente de cirurgia bariátrica em 2021, complicada por volvo intestinal e correção laparoscópica. Diagnosticada com diabetes gestacional no 2º trimestre sob insulino terapica, mantendo, contudo, controlo metabólico inadequado. Às 30 semanas e 1 dia recorreu à urgência por hipoglicemia grave (20mg/dl), sendo internada com suspeita de síndrome de Dumping associada a bypass gástrico. Avaliação ecográfica e fluxométrica fetal sem alterações. Perante hipoglicemias persistentes, ao 4º dia de internamento iniciou maturação pulmonar fetal e, ao 6º dia, procedeu-se a cesariana urgente com salpingectomia total bilateral. Cesariana e puerpério sem complicações. TAC abdominal excluiu insulinoma. Alta com o diagnóstico provável de síndrome de Dumping sob acarbose. A recém-nascida do sexo feminino apresentava 1690 gramas, índice Apgar 10/10, com internamento de 46 dias, necessidade de ventilação de alto fluxo e fototerapia, ocorrência de hemorragia pulmonar, sépsis tardia e hiperglicemia tratada com insulina.

Conclusões: O síndrome de Dumping é uma complicação metabólica relevante em grávidas com antecedente de cirurgia bariátrica. O reconhecimento e tratamento adequado, incluindo medidas dietéticas e, se necessário, abordagem farmacológica, permitem controlar a hipoglicemia e prevenir repercussões fetais. A vigilância multidisciplinar é fundamental para garantir o desfecho materno-fetal favorável.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; Gravidez; Síndrome de Dumping



PO (25671) - EDEMA AGUDO DO PULMÃO NO PÓS-PARTO: PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA VALVULAR REUMÁTICA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Joana Jones Dias¹; Catarina Bento Cardoso¹; Ana Sofia Domingos¹; Cristina Bragança¹

1 - Hospital Distrital de Santarém, ULS Lezíria

Introdução: A doença cardiovascular ocorre em 1-4% das gravidezes nos países desenvolvidos, sendo que a sua prevalência tem vindo a aumentar pelo maior número de fatores de risco cardiovasculares e pela maior prevalência de mulheres em idade fértil com patologia cardíaca congénita.

Objectivos: Relatar uma complicação cardíaca após o parto em grávida sem patologia prévia conhecida.

Metodologia: Descrição de um caso clínico.

Resultados: Grávida natural do Brasil, 37 anos, gravidez mal vigiada. Parto eutócico anterior em 2023, complicado por pré-eclampsia pós-parto. Sem outros antecedentes de relevo. Teve um parto eutócico cefálico às 40 semanas no domicílio, recém-nascido vivo com 3560g, sendo posteriormente internada no Hospital de Santarém. Na admissão, hemodinamicamente estável, dequitação espontânea e completa, com laceração de 2º grau suturada. Após 1 hora iniciou quadro de dispneia e pieira, com fervores bilaterais à auscultação pulmonar. Sinais vitais – Frequência cardíaca 95bpm, Tensão arterial 143/89mmHg, SpO2 88%. Iniciou terapêutica com hidrocortisona, furosemida e oxigenoterapia. Analiticamente sem alterações de relevo. Foi decidido internamento na Unidade de Cuidados Intensivos por insuficiência respiratória aguda em contexto de edema agudo do pulmão (EAP). Realizou eletrocardiograma e Angio-TC dentro da normalidade. Realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que revelou patologia valvular de provável etiologia reumática, com Insuficiência aórtica moderada-grave e Insuficiência mitral moderada, com apresentação em EAP em contexto de particular sobrecarga de volume (pós-parto). Dada a evolução clínica favorável, com suspensão da oxigenoterapia e terapêutica, foi transferida para a enfermaria de obstetrícia. Teve alta assintomática, com consulta de cardiologia agendada para seguimento.

Conclusões: Durante a gravidez ocorrem adaptações no sistema cardiovascular que podem levar a uma descompensação cardíaca de doença pré-existente conhecida/desconhecida ou de novo. Particularmente no período do parto e pós-parto, existe um risco maior pelo aumento acentuado do débito cardíaco. A abordagem deverá ser multidisciplinar para diminuição da morbi-mortalidade materna e fetal.

Palavras-chave: Patologia cardíaca na gravidez, Doença valvular reumática



PO (25679) - O VALOR DO RÁCIO PROTEÍNA/CREATININA NO DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA PRÉ-ECLÂMPسيا EM POPULAÇÕES OBSTÉTRICAS ESPECIAIS

Beatriz Vilas Boas¹; Ana Catarina Da Silva Roque²; Alexandra Miranda¹

1 - Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Escola de Medicina - Universidade do Minho

Resumo

Introdução: O rácio proteína/creatinina (p/c) na urina é um método reconhecido no diagnóstico de pré-eclâmpsia, potencialmente influenciado pela presença de fatores de risco cardiovasculares (FRCV), que contribuem para disfunção endotelial e lesão renal.

Objectivos: Avaliar a relação do rácio p/c e a presença de FRCV (obesidade, hipertensão arterial crónica e idade materna avançada), bem como o impacto de ambos nos desfechos materno-fetais.

Metodologia: Estudo observacional e retrospectivo com 150 grávidas com pré-eclâmpsia e parto na Unidade Local de Saúde de Braga entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2024; divididas em 2 grupos consoante a presença ou ausência de FRCV (33%vs.65%). Considerou-se significância estatística para $p < 0,05$ (IC95%).

Resultados: A pré-eclâmpsia ocorreu mais precocemente e associou-se a valores mais elevados de sFlt-1/PIGF nas grávidas com FRCV ($p = 0,010$; $p = 0,041$). O rácio p/c não diferiu significativamente entre grupos ($p = 0,127$). No grupo sem FRCV, a pré-eclâmpsia com critérios de gravidade apresentou valores de rácio p/c superiores (IC95%: 1,041–1,276; $p = 0,006$). Rácios p/c mais elevados associaram-se a internamentos maternos e neonatais mais prolongados ($p = 0,026$; $p = 0,012$). A taxa de cesarianas foi superior nas grávidas com FRCV ($p = 0,001$), apesar de percentagens semelhantes de cesarianas prévias. Globalmente, os desfechos maternos adversos foram mais frequentes no grupo com FRCV ($p = 0,015$), apesar de nenhum dos mesmos ter significância estatística de forma individual. Os eventos neonatais adversos foram iguais em ambos os grupos ($p = 0,979$).

Conclusões: Os resultados sugerem que o perfil cardiovascular materno não influencia de forma relevante a magnitude da proteinúria. No entanto, a presença de FRCV parece levar a pré-eclâmpsia mais precoce e piores desfechos maternos. O valor do rácio p/c associou-se à gravidade da pré-eclâmpsia e ao tempo de internamento, reforçando o seu potencial valor prognóstico.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia, Rácio proteínas/creatinina, Fatores de risco cardiovasculares, Rácio sFlt/PIGF



PO (25681) - TENHO UM PARTO POR CESARIANA, E AGORA? – ESTUDO OBSERVACIONAL DA VIA DE PARTO EM GRÁVIDAS COM CESARIANA ANTERIOR EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO ANO DE 2024

Lizelle Correia¹; Joana Gomes Moreira¹; Elsa Landim¹; Teresa Matos¹; Ana Paula Ferreira¹; Catarina Oliveira¹

1 - ULS Amadora-Sintra

Resumo

Introdução: Grávidas com uma cesariana anterior podem optar por nova cesariana ou tentar parto vaginal (PVAC). Uma decisão informada requer aconselhamento adequado sobre riscos e benefícios por parte dos profissionais de saúde.

Objectivos: Avaliar a taxa de sucesso do parto vaginal em parturientes com história de cesariana anterior.

Metodologia: Das 506 parturientes assistidas no Hospital Fernando Fonseca durante o ano de 2024, com história de cesariana anterior, foram incluídas 251 parturientes após exclusão dos casos de: gravidez múltipla; presença de duas ou mais cesarianas anteriores; contraindicação formal para parto vaginal; cesariana eletiva por opção materna.

Foram recolhidos dados como: idade materna, índice obstétrico, idade gestacional (IG), índice de massa corporal (IMC), motivo da cesariana anterior, história de parto vaginal prévio ou posterior à cesariana, estimativa de peso fetal (EPF), início do trabalho de parto (TP) espontâneo ou induzido, e via de parto.

Resultados: A taxa global de parto vaginal foi de 49,0% (123/251). Dos 128 partos por cesariana, 21,9% (28/128) ocorreu por falha de indução do TP, enquanto 78,1% (100/128) foi cesariana intraparto.

Nas parturientes com TP espontâneo, a taxa de parto vaginal foi de 57,8% (74/128) e IG média de 39 semanas; nas parturientes com TP induzido, a taxa de parto vaginal foi de 39,8% (49/123) e IG média de 39 semanas e 6 dias.

Obteve-se uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de início do trabalho de parto e a via de parto ($\chi^2(1) = 7,41$; $p = 0,0065$). O parto vaginal foi mais comum em casos de TP espontâneo, enquanto a cesariana intraparto predominou nos casos induzidos.

Conclusões: Verificou-se uma maior taxa de parto vaginal entre as grávidas com TP espontâneo. Adicionalmente, verificou-se uma maior taxa de cesarianas intraparto nas parturientes com TP induzido, mais frequentemente por estado fetal não tranquilizador, seguido de suspeita de incompatibilidade feto pélvica.

Palavras-chave: parto vaginal, cesariana, taxa de sucesso

**PO (25703) - VARIZ DA VEIA UMBILICAL: UM ACHADO ECOGRÁFICO RARO**

Mariana Beja¹; João Coutinho Milhano¹; Carla Lilaia¹; Fernando Cirurgião¹

1 - ULS Lisboa Ocidental

Resumo

Introdução: A variz da porção intra-abdominal da veia umbilical é uma condição rara, caracterizada pela dilatação focal dessa porção da veia umbilical. O diagnóstico pré-natal baseia-se na identificação ecográfica de uma estrutura quística intra-abdominal, anecoica, em continuidade com a veia umbilical, sendo o estudo *Doppler* essencial para o diagnóstico diferencial. O aumento do seu diâmetro está associado ao risco de trombose endoluminal e, consequentemente, de morte fetal intrauterina. Tem sido descrita a sua associação com restrição do crescimento fetal, malformações fetais e anomalias cromossómicas. Embora o significado clínico permaneça incerto, um acompanhamento ecográfico rigoroso e eventual indução antecipada do parto devem ser considerados.

Objectivos: Apresentação de um caso clínico de variz da porção intra-abdominal da veia umbilical.

Metodologia: Recolha de dados através do sistema SClinico e revisão bibliográfica.

Resultados: Grávida de 32 anos, G3P1, encaminhada para consulta de Medicina Materno-Fetal por suspeita de variz da porção intra-abdominal da veia umbilical em ecografia realizada às 32 semanas de gestação. Estudos ecográficos e analíticos prévios não apresentavam alterações. Às 34 semanas, a ecografia confirmou a presença de variz da porção intra-abdominal da veia umbilical direita, com 12,9 mm de diâmetro, com fluxo laminar e ausência de trombo endoluminal. As biometrias fetais correspondiam ao percentil 55, sem outras alterações fetais identificáveis. O ecocardiograma fetal não revelou alterações. Face ao achado ecográfico, foi instituída vigilância ecográfica semanal e programada indução do trabalho de parto às 37 semanas. O parto ocorreu nesse contexto, com o nascimento de um recém-nascido com 3200 gramas e um índice de Apgar 9/10/10. O exame físico neonatal não revelou qualquer anomalia.

Conclusões: Variz da veia umbilical é uma entidade rara, cujo impacto clínico depende da idade gestacional ao diagnóstico, característica do fluxo e associação com malformações fetais. Uma vigilância ecográfica apertada e decisão personalizada sobre o momento do parto são essenciais para reduzir complicações fetais.

Palavras-chave: Variz da veia umbilical, diagnóstico pré-natal, ecografia obstétrica



PO (25716) - MIOCARDIOPATIA PERIPARTO E SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR NO PUERPÉRIO

Maria Luís Alves¹; Cátia Conceição Santos¹; Pedro Da Silva Ceia¹; Maria Celeste Castelão¹

1 - Unidade Local de Saúde - Região de Leiria

Resumo

Introdução: A miocardiopatia periparto (MCP) é uma patologia pouco frequente e potencialmente fatal que se manifesta por insuficiência cardíaca. A síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) é uma síndrome clínico-radiológica rara. A coexistência destas duas entidades é excecional e raramente descrita na literatura.

Objectivos: Descrever um caso clínico que exigiu uma abordagem multidisciplinar em contexto hospitalar.

Metodologia: Descrição de caso clínico.

Resultados: Primigesta, 28 anos, saudável, sem antecedentes pessoais ou cirúrgicos de relevo. Gravidez vigiada no Centro de Saúde, complicada com ameaça de parto pré-termo às 30 semanas de gestação.

Às 38 semanas e 5 dias, recorreu ao serviço de urgência de obstetrícia por rotura prematura de membranas, tendo sido realizada cesariana urgente por apresentação pélvica em nulípara.

No pós-parto precoce, a puérpera desenvolveu quadro de cefaleias, hipertensão arterial, exantema torácico e facial, taquicardia e falência respiratória, motivando a admissão na Unidade de Medicina Intensiva. O ecocardiograma revelou “um ventrículo esquerdo dilatado, com função biventricular gravemente deprimida”, que se traduziu numa disfunção cardíaca com necessidade de suporte vasopressor. A puérpera desenvolveu também disfunção respiratória (com necessidade de ventilação invasiva), renal (oligúria com necessidade de terapêutica de substituição renal) e hematológica (trombocitopenia). No décimo dia de internamento e por flutuações do estado de consciência realizou Tomografia Computorizada (TC) crânio-encefálica com hipodensidades corticais e Angiotomografia computadorizada (Angio-TC) com evidência de vasoespasma difuso grave, assumindo-se o diagnóstico de PRES.

A puérpera foi transferida para um hospital terciário com apoio da Neurorradiologia. A Angio-TC demonstrou “vasoespasma disseminado distal”, tendo realizado tratamento intra-arterial. A puérpera apresentou uma evolução favorável tendo sido posteriormente transferida para uma Unidade Reabilitação.

Conclusões: Este caso ilustra a complexidade e imprevisibilidade do puerpério. A vigilância obstétrica ativa, associada à articulação multidisciplinar foi determinante para o desfecho favorável.

Palavras-chave: puerpério, miocardiopatia peri-parto, síndrome de encefalopatia posterior reversível, multidisciplinar

**PO (25719) - TORÇÃO ANEXIAL NO 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Catarina Sabbo¹; Inês Limpo¹; Daniela Encarnação¹; Ema Virga¹; Roxane Van Hauwert¹; Rodrigo Pereira Mata¹; Diana De Castro Almeida¹; Ana Edral¹

1 - ULS Algarve

Resumo

Introdução: A torção anexial é um acontecimento raro no 3º trimestre da gravidez. Nesta fase da gestação, a sua apresentação clínica inespecífica dificulta o diagnóstico e tratamento atempado, sendo necessário um elevado grau de suspeição e diagnóstico diferencial com diversas patologias.

Objectivos:**Metodologia:**

Resultados: Grávida de 36 anos, G2P1, recorre SU às 36s+1d de gestação por dor abdominal na fossa ilíaca direita com irradiação para MI direito, com 1 semana de evolução, sem posição anti-álgica, com melhoria parcial com analgesia e agravamento no dia anterior. Encontrava-se em D3 antibioterapia com Amoxicilina por ITU E. faecalis. De antecedentes pessoais a destacar: teratoma do ovário direito (não intervencionado) e exérese de quisto no ovário direito por laparoscopia. Gravidez vigiada, sem intercorrências. À observação apresentava SV normais, tónus uterino normal, dor abdominal difusa, sem dor à descompressão ou palpação da FID. Ecograficamente na admissão: PBF10/10, ovário esquerdo sem alterações e ovário direito com estrutura quística de 74x35mm, sem estudo vascular. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia. Internamento para controlo da dor e estudo do quadro, mantendo antibioterapia. Pedida ecografia abdomino-pélvica, que descreve “imagem(...) de natureza quística, com cerca de 75mm de maior eixo, que integramos na informação clínica(...) de quisto ovárico. Ainda nesta localização, em topografia mais posterior observa-se imagem relativamente bem delimitada, medindo cerca de 43x37 mm, constituído por conteúdo ecogénico que relacionamos com gordura, que poderá relacionar-se com teratoma.(...) Não identificamos(...) sinais indirectos de apendicite aguda”. Em D2 de internamento, com aumento da leucocitose e da dor, decidida laparotomia exploradora para cesariana e eventual anexectomia. Após extração fetal, constata-se ovário direito totalmente substituído por quisto com ~5cm sugestivo de teratoma e trompa 8x6x6cm sob torção com aspeto isquémico, ambos removidos e enviados para estudo histológico.

Conclusões: O diagnóstico de torção anexial apresenta-se como um desafio devido às alterações da anatomia abdominopélvica e à diversidade de etiologias possíveis para dor aguda no 3º trimestre da gravidez. A rápida identificação do quadro e intervenção cirúrgica precoce são fundamentais para evitar complicações maternas e fetais.

Palavras-chave: torção anexial, gravidez, terceiro trimestre

**PO (25724) - UM CORAÇÃO EM SOBRECARGA: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE CARDIOMIOPATIA PERIPARTO**

Diana Catarina Silva Fernandes¹; Catarina Isabel Silva Cunha¹; Sara Sousa Sales¹; Maria José Monteiro¹

1 - ULS Braga

Resumo

Introdução: A cardiomiopatia periparto (CMP) é uma forma rara de insuficiência cardíaca que ocorre no último mês de gravidez ou até cinco meses após o parto, em mulheres sem história prévia de doença cardíaca. Caracteriza-se por disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, com FE <45% e sintomas de insuficiência cardíaca. O diagnóstico é de exclusão, impondo a investigação de causas alternativas, como miocardite, TEP, pré-eclâmpsia ou cardiopatia estrutural. Entre os principais fatores de risco destacam-se a idade materna avançada, hipertensão, pré-eclâmpsia, gravidez gemelar e ascendência africana.

Objectivos: Apresentar um caso clínico de cardiomiopatia dilatada associada à gravidez/periparto acompanhada na ULS Braga.

Metodologia: Descrição de caso clínico baseada em dados do processo clínico.

Resultados: Puérpera de 40 anos, IIIIGIIP, natural do Brasil recorreu ao serviço de urgência um mês após parto vaginal por dispneia, ortopneia, dor torácica e edema marcado dos membros inferiores. Apresentava antecedentes de hipertensão crónica, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia com critérios de gravidade no puerpério. Analiticamente, apresentava NT-proBNP de 2966 pg/mL. O ECG revelou sinais de hipertrofia ventricular esquerda. O ecocardiograma demonstrou dilatação grave das câmaras esquerdas, com FEVE de 20% e hipocontratilidade global. A angio-TC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar. Foi internada na unidade de cuidados intensivos cardíacos por insuficiência cardíaca descompensada periparto. Mantém estudo etiológico em curso, sem evidência de doença de Chagas ou causas metabólicas, autoimunes ou de acumulação miocárdica.

Conclusões: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica entre cardiomiopatia dilatada prévia descompensada e CMP. A CMP é uma entidade rara, mas potencialmente fatal, cuja apresentação pode confundir-se com sintomas fisiológicos da gravidez, pelo que é necessário um elevado índice de suspeição, sobretudo em mulheres com fatores de risco. A crescente incidência associada a fluxos migratórios e à prevalência de hipertensão e pré-eclâmpsia reforça a necessidade de reconhecimento precoce e articulação multidisciplinar para otimização do prognóstico materno e perinatal.

Palavras-chave: Cardiomiopatia periparto



PERDA GESTACIONAL

PO (25581) - QUAL O IMPACTO DA OBESIDADE NA PERDA GESTACIONAL RECORRENTE?

Catarina Ferreira¹; Juliana Teixeira²; Carla Marinho²; Juliana Rocha²; Graça Rodrigues²; Olímpia Carmo²

1 - Unidade Local de Saúde Alto Ave - Hospital Senhora da Oliveira; 2 - Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa - Hospital Padre Américo

Resumo

Introdução: A perda gestacional recorrente (PGR), definida como duas ou mais perdas gestacionais, afeta aproximadamente 1% dos casais em idade reprodutiva. Apesar das diversas etiologias associadas à PGR – anomalias genéticas, fatores anatómicos, imunológicos e endócrinos – cerca de 50% dos casos permanecem sem causa identificável. Por sua vez, a obesidade tem sido amplamente reconhecida como um fator de risco modificável para resultados reprodutivos adversos. No entanto, o papel exato da obesidade no contexto da PGR ainda não está completamente elucidado.

Objectivos: Avaliar o impacto da obesidade no risco de abortamento espontâneo e na probabilidade de gravidez subsequente em mulheres com história de PGR.

Metodologia: Estudo retrospectivo que inclui todas as mulheres refenciadas à ULSTS com diagnóstico de PGR entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024.

Resultados: O estudo inclui 107 mulheres com idade entre 21 e 43 anos. As participantes foram classificadas segundo o índice de massa corporal (IMC): baixo peso ($<18,5\text{kg/m}^2$, $n=2$, 1,9%), peso normal ($18,5\text{--}24,9\text{kg/m}^2$, $n=44$, 41,1%), excesso de peso ($25,0\text{--}29,9\text{kg/m}^2$, $n=28$, 26,2%) e obesidade ($\geq 30,0\text{kg/m}^2$, $n=33$, 30,8%). Comparativamente às mulheres com IMC normal, as pacientes obesas apresentaram maior número médio de perdas gestacionais ($3,0\pm 0,6$ vs $2,5\pm 0,8$, $p=0,01$), e menor probabilidade de gravidez subsequente com filho vivo (45% vs 70%, $p=0,04$). Verificou-se ainda um aumento significativo no risco de abortamento espontâneo em mulheres obesas (OR 1,71; IC 95% 1,05-2,80).

Conclusões: A obesidade constitui um fator de risco significativo para a PGR, associando-se a maior frequência de perdas gestacionais precoces. Embora o IMC seja um indicador útil, apresenta limitações importantes e deve ser interpretado em conjunto com fatores como a distribuição de gordura corporal e o grau de disfunção metabólica associada. Investigações futuras devem explorar mecanismos adicionais que clarifiquem a relação entre obesidade e PGR, permitindo o desenvolvimento de estratégias preventivas eficazes voltadas para a melhoria da saúde reprodutiva da mulher.

Palavras-chave: índice de massa corporal, obesidade, perda gestacional recorrente, saúde reprodutiva



PO (25583) - DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NÃO INVASIVO EM CASOS DE PERDA GESTACIONAL PRECOCE: CONTRIBUTO PARA O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Mafalda Mariano¹; Miguel Tuna¹; Jorge Lima¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Resumo

Introdução: A perda gestacional precoce afeta cerca de 20% das gravidezes clinicamente reconhecidas, tendo um impacto substancial na saúde física e psicológica da mulher. Estima-se que 50–60% destes casos resultem de anomalias cromossómicas, pelo que a análise do cariótipo fetal tem constituído uma ferramenta central na investigação etiológica, sobretudo em contextos de perdas recorrentes. O teste pré-natal não invasivo (NIPT) emerge como uma abordagem potencialmente útil para o esclarecimento etiológico destes casos, permitindo um aconselhamento reprodutivo mais informado e menos invasivo.

Objectivos: Apresentar uma série de casos de aborto retido em que o NIPT foi utilizado como método de diagnóstico etiológico, avaliando a sua viabilidade técnica e relevância clínica.

Metodologia: Foram incluídas nove mulheres com diagnóstico ecográfico de aborto retido entre janeiro e maio de 2025. A idade materna média foi de 35,7 anos. Quatro participantes apresentavam antecedentes de uma perda gestacional sem etiologia definida e duas tinham história de perdas recorrentes com investigação negativa. A idade gestacional média no diagnóstico foi de 7 semanas e 5 dias. A colheita de sangue materno para análise do ADN fetal livre foi realizada nas primeiras 24 horas após diagnóstico.

Resultados: Foi obtido diagnóstico etiológico em oito dos nove casos (88,9%), correspondendo a sete trissomias autossómicas e uma aneuploidia múltipla. Um caso foi inconclusivo por fração fetal insuficiente. A elevada proporção de casos de anomalias cromossómicas identificados reforça a aplicabilidade potencial do NIPT na perda gestacional precoce. Trata-se de um método reprodutível, seguro e emocionalmente menos impactante. Contudo, a sua sensibilidade depende da colheita precoce e é limitada na deteção de alterações genéticas raras ou estruturais.

Conclusões: O NIPT revelou-se uma ferramenta promissora na investigação etiológica da perda gestacional precoce, contribuindo para otimizar o diagnóstico e o aconselhamento reprodutivo. Estudos adicionais, com amostras mais alargadas, são necessários para confirmar a sua precisão diagnóstica e impacto na prática clínica.

Palavras-chave: Perda gestacional precoce; aborto retido; teste pré-natal não invasivo; anomalias cromossómicas



PO (25589) - LÚPUS INAUGURAL NA GRAVIDEZ: UM DESAFIO CLÍNICO ENTRE DUAS VIDAS

Cláudia Oliveira¹; Ana Margarida Jardim¹; Juliana Teixeira¹; Sara Granja¹; Juliana Silva Rocha¹

1 - ULS Tâmega e Sousa

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica crónica. O impacto do LES na gravidez está bem documentado, no entanto a apresentação inaugural durante a gestação é menos frequente, associando-se a maior gravidade clínica e piores desfechos obstétricos.

Resultados: Mulher de 24 anos, primigesta com 12 semanas de gestação, recorreu ao serviço de urgência por quadro com um mês de evolução de poliartralgias inflamatórias, mialgias e febre. Analiticamente, apresentava anemia normocítica-normocrómica, leucopenia/linfopenia e elevação dos marcadores inflamatórios. Foi internada para estudo, tendo sido excluídas causas infecciosas. Durante o internamento surgiram lesões maculares cutâneas, rash malar, livedo reticular, fenómeno de Raynaud e derrame pleural esquerdo. O estudo imunológico revelou ANA 1/2560 (padrão homogéneo), anti-dsDNA > 400 UI/mL, consumo de C3 e ENA negativos. Estabeleceu-se o diagnóstico de LES e iniciou-se terapêutica com hidroxicloroquina e corticoterapia sistémica, com melhoria clínica. Às 14 semanas e 5 dias verificou-se morte fetal intrauterina.

Um ano após estabilização da doença, engravidou novamente sob vigilância multidisciplinar. A gravidez decorreu sem intercorrências até às 34 semanas, quando se diagnosticou restrição de crescimento fetal. Foi terminada a gravidez às 37 semanas, com nascimento de recém-nascido com 1975 g, Índice de Apgar 8/9/10 e evolução favorável.

Conclusões: O LES inaugural na gestação constitui uma situação clínica complexa que requer diagnóstico célere, tratamento precoce e seguimento multidisciplinar apertado. Este caso demonstra que após controlo sustentado da doença e planeamento adequado, é possível obter desfechos materno-fetais favoráveis mesmo após um primeiro resultado adverso.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistémico, Doença autoimune, Gravidez, Desfecho materno-fetal



PO (25619) - EVOLUÇÃO ATÍPICA DE MORTE FETAL NO 2.º TRIMESTRE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Leonor Antunes¹; Cláudia Passos¹; Nhalim Cuino^{1,2}; Lúíza Bentes^{1,2}; Elisa Rosin¹

1 - ULS Alentejo Central; 2 - ULS Lisboa Ocidental

Resumo

Introdução: A morte fetal no 2º trimestre é uma complicação rara, ocorrendo em <1% das gravidezes. A evolução inesperada destas situações reforça a necessidade de atenção contínua a sinais clínicos pouco habituais.

Objectivos: Apresentação de um caso clínico com evolução atípica de morte fetal.

Metodologia: Revisão de registos clínicos e literatura relevante.

Resultados: Mulher de 34 anos, G3P2, B Rh+, sem antecedentes pessoais a destacar, recorreu ao serviço de urgência às 17 semanas de gestação tendo sido diagnosticada com morte fetal. A gravidez decorreu sem intercorrências até então, com análises do primeiro trimestre normais (serologias negativas, coombs indireto negativo) e ecografia às 13+1 semanas evidenciando feto com boa vitalidade e baixo risco de aneuploidias.

Foi administrada mifepristona (dose única) ao diagnóstico e iniciado protocolo com misoprostol 400 µg/3h no dia seguinte até 5 tomas, sem resposta. Subsequentemente iniciou-se perfusão de sulprostone 1000 µg em 1000 mL de SF a 90 mL/h, igualmente sem efeito. Ao 4.º dia, mantendo o colo formado e fechado, procedeu-se à colocação de sonda de Foley com insuflação do balão até 40 mL para dilatação mecânica, sem sucesso. Repetiu-se ao 5º dia o protocolo de misoprostol e no dia seguinte administrou-se dinoprostona em gel, sem qualquer modificação cervical.

Ao 7.º dia após o diagnóstico, por falência dos métodos farmacológicos e mecânicos, optou-se por uma abordagem cirúrgica. A ecografia no bloco operatório evidenciou linha endometrial regular, sem conteúdo uterino, identificando-se saco gestacional no prolongamento do fundo uterino, compatível com gravidez ectópica intersticial completa. Realizou-se ressecção intersticial envolvendo o saco gestacional, associada a salpingectomia homolateral. O procedimento e o pós-operatório decorreram sem intercorrências, com alta ao 2.º dia pós-operatório.

Conclusões: Este caso reforça a importância da suspeição diagnóstica de gravidez ectópica mesmo em gravidezes com ecografia do 1.º trimestre normal, devido ao risco de diagnóstico tardio e complicações.

Palavras-chave: Morte Fetal, Gravidez extra-uterina



PO (25651) - CAUSES AND CHARACTERISTICS OF THIRD-TRIMESTER PREGNANCY LOSS: A TERTIARY HOSPITAL EXPERIENCE

Mariana Aleixo¹; Inês Martins^{1,2}

1 - Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, ULS Santa Maria; 2 - Faculty of Medicine, University of Lisbon, University Clinic of Obstetrics and Gynecology

Resumo

Introdução: Third-trimester pregnancy loss is a relatively rare event but can have significant emotional and psychological consequences. The distribution of causes varies between populations and includes hypertensive disorders, diabetes, congenital or genetic anomalies, placental abnormalities, and infections. However, up to 30% of cases lack a definite cause.

Objectivos: To analyze cases of third-trimester pregnancy loss managed at a tertiary hospital, identifying the main maternal, fetal, and placental factors associated with these outcomes

Metodologia: All third-trimester pregnancy losses occurring at or after 28 weeks of gestation at ULS Santa Maria were included. Medically terminated pregnancies were excluded. Descriptive statistics were calculated using SPSS.

Resultados: A total of 45 pregnancies were included, with a mean gestational age of 34 weeks (range 28–41 weeks). Mean maternal age was 30.4 ± 7.0 years (range 15–44), and 23 (51.1%) women were primigravidas. Most fetal deaths occurred in the antepartum period (36 cases, 80%), while 5 (11.1%) occurred during the peripartum period and 4 (8.9%) were unknown. Among the 45 deliveries, 36 (80%) were eutocic, 5 (11.1%) were cesarean sections, 3 (6.7%) were vacuum-assisted, and 1 (2.2%) was forceps-assisted. 8 women (17.8%) had hypertensive disorders and 4 (8.9%) had diabetes.

The most frequent identified causes were umbilical cord abnormalities (5 cases, 11.1%), placental abruption and maternal or fetal malperfusion (4 cases each, 8.9%). Fetal malformations accounted for 3 cases (6.7%), suspected infection and growth restriction for 2 each (4.4%), and teratogenic exposure, maternal disease, and fetal hydrops for 1 each (2.2%). The cause was unknown in 11 cases (24.4%) and multifactorial in 7 (15.6%).

Conclusões: These findings highlight the need for thorough investigation and standardized reporting to better understand and prevent late pregnancy loss.

Palavras-chave: Fetal death, Third trimester pregnancy loss



PO (25662) - MORTE FETAL: ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO - EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO

Joana Gomes Moreira¹; Ana Catarina Oliveira¹; Ana Paula Ferreira¹; Marta Luísa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra – Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Resumo

Introdução: A morte fetal (MF), embora rara, representa um evento trágico para os casais. Esta é uma condição complexa e multifatorial, sendo o diagnóstico etiológico frequentemente desafiador.

Objectivos: Investigar a etiologia e os fatores de risco associados à MF.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo dos fetos mortos com ≥ 22 semanas e/ou peso ao nascimento ≥ 500 g ocorridos no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca entre janeiro/2019 – junho/2025. Foram analisadas as condições maternas, placentares e fetais associadas a um aumento do risco de MF, bem como os achados anatomopatológicos do feto e placenta.

Resultados: Registaram-se 146 casos de MF em 17.688 partos (0,83%), com maior incidência entre as 22 e 27 semanas de gestação (41,1%). A maioria das gestações não foram adequadamente vigiadas (55,5%) e observou-se predominância de fetos do sexo masculino (52,7%). As grávidas eram maioritariamente melanodérmicas (49,3%), com idades entre 21 e 34 anos (63,7%) e com elevada taxa de obesidade (43,2%). Apenas 3,4% apresentavam antecedentes de MF e, entre as mulheres com gestações anteriores, 25,6% registaram alguma complicação obstétrica prévia, nomeadamente complicações hipertensivas (16,3%), parto pré-termo (15,1%) ou diabetes gestacional (5,8%). Na presente gravidez, 13% apresentavam diabetes, 18,5% patologias hipertensivas e 6,8% trombofilias hereditárias. Relativamente à etiologia da MF, a insuficiência placentária foi a principal causa (45,2%), frequentemente associada a complicações hipertensivas (sobretudo pré-eclâmpsia), diabetes, descolamento prematura de placenta normalmente inserida e síndrome do anticorpo antifosfolípido obstétrico. Seguiram-se as infeções/corioamnionite (23,3%) e as anomalias/acidentes do cordão umbilical (6,8%). Em 20,5% dos casos, a causa permaneceu indeterminada.

Conclusões: A MF é um evento multifatorial, frequentemente associado a insuficiência placentária e a condições maternas passíveis de prevenção, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes. A elevada proporção de gestações mal/não vigiadas e de causas potencialmente evitáveis reforça a importância da vigilância pré-natal, da identificação precoce de fatores de risco e do controlo rigoroso das comorbilidades maternas.

Palavras-chave: morte fetal, multifatorial, vigilância pré-natal, obesidade, diabetes, complicações hipertensivas, insuficiência placentária, infeções/corioamnionite



PO (25665) - ANOMALIAS DO CORDÃO UMBILICAL E MORTE FETAL – ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Joana Gomes Moreira¹; Ana Catarina Oliveira¹; Ana Paula Ferreira¹; Marta Luísa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra – Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Resumo

Introdução: As anomalias/acidentes do cordão umbilical (CUmb) constituem uma causa relevante de morte fetal (MF), especialmente no terceiro trimestre, representando 19% dos casos de MF. Estas incluem circulares cervicais, nós verdadeiros, torções ou estenoses com colapso vascular, prolapso do cordão, vasa prévia e compromisso da microcirculação fetal.

Objectivos: Investigar as anomalias/acidentes do CUmb associados à MF.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo dos fetos mortos com ≥ 22 semanas e/ou peso ao nascimento ≥ 500 g ocorridos no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca entre janeiro/2019 – junho/2025. Foram analisadas as anomalias/acidentes do CUmb associadas à MF tendo por base os achados anatomopatológicos do feto e placenta.

Resultados: Foram registados 146 casos de MF entre 17.688 partos, dos quais dez (6,8%) foram atribuídos a anomalias/acidentes do CUmb. A maioria ocorreu em gestações vigiadas (60%) e com ≥ 37 s (50%). Metade das gestantes tinham 18–34 anos e eram nulíparas. Nenhuma apresentava antecedentes de MF ou complicações obstétricas prévias. Na gravidez em análise, 50% eram obesas, uma apresentava diabetes *mellitus* tipo 2 e outra hipertensão arterial crónica. Relativamente à etiologia das anomalias/acidentes do CUmb, a circular cervical foi a principal causa identificada (70%) – com três casos com $\geq$ duas circulares. Seguiram-se o nó verdadeiro do CUmb (20%) e a estenose (20%) – um dos quais por banda amniótica. Um caso de MF resultou do compromisso da microcirculação fetal, com hipoxemia crónica decorrente de trombose de um vaso umbilical. De notar que dois dos casos apresentaram mais de uma etiologia concomitante (circular cervical e nó verdadeiro). Não foram identificados casos de vasa prévia nem de prolapso do CUmb.

Conclusões: As anomalias do CUmb permanecem uma causa importante de MF, sobretudo em gestações de termo e em fetos aparentemente saudáveis. A ausência de fatores preditivos específicos e a prevalência dessas alterações em gestações sem intercorrências tornam a deteção e prevenção particularmente desafiantes.

Palavras-chave: morte fetal, cordão umbilical, circular cervical, nó verdadeiro do cordão umbilical, estenose do cordão umbilical



PO (25668) - ROTURA UTERINA ÀS 14 SEMANAS DE GESTAÇÃO: LIÇÕES DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Cardoso¹; Joana Jones Dias¹; Ana Sofia Domingos¹; Cirstina Martins¹

1 - ULS Lezíria

Resumo

Introdução: A rotura uterina é uma complicação obstétrica rara, mas associada a elevada morbilidade e mortalidade maternas. A maioria dos casos ocorre durante o trabalho de parto, em mulheres com cicatriz uterina prévia, nomeadamente de cesariana segmentar transversa. No contexto da interrupção médica da gravidez (IMG) do segundo trimestre, a utilização de prostaglandinas em úteros com cicatriz uterina, embora aceite pelas principais recomendações internacionais, não está isenta de risco.

Objectivos: Apresentar um caso de rotura uterina em IMG às 14 semanas de gestação numa grávida com cesariana prévia, salientando os fatores predisponentes, as implicações clínicas, a abordagem diagnóstica e terapêutica.

Metodologia: Estudo observacional descritivo, baseado na análise do processo clínico e revisão bibliográfica.

Resultados: Mulher de 38 anos, com antecedentes de cesariana segmentar transversa há seis anos, submetida a IMG por malformação fetal grave. O protocolo incluiu inicialmente mifepristone e dois ciclos de misoprostol, seguidos de pausa de 24h por ausência de resposta. Foi reiniciada IMG em D6 com sonda de Foley e perfusão de sulprostone, mas, perante perdas vaginais aumentadas, descida da hemoglobina e ausência de expulsão fetal, foi decidido esvaziamento uterino instrumental. Em D7, por suspeita de rotura uterina, foi efetuada tomografia computadorizada, que revelou deiscência completa da cicatriz uterina, parcialmente contida por hematoma de 10 cm. Procedeu-se a laparotomia exploradora, com histerorrafia e controlo hemostático, com preservação uterina e evolução pós-operatória favorável.

Conclusões: A rotura uterina é uma complicação rara, reforçando este caso clínico a necessidade de um elevado índice de suspeição e de vigilância contínua durante a IMG, independentemente da idade gestacional. Em mulheres com cicatriz uterina, torna-se fundamental implementar protocolos de IMG ajustados, reduzindo as doses cumulativas de prostaglandinas e definindo critérios objetivos de falência terapêutica. A individualização da abordagem nestas situações é essencial para prevenir complicações graves e preservar a fertilidade materna.

Palavras-chave: rotura uterina, cesariana prévia, interrupção médica da gravidez, complicação obstétrica, caso clínico



PO (25675) - INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ APÓS CESARIANA: RELATO DE DEISCÊNCIA UTERINA

Liliana Reis¹; Mariana Leal¹; Daniela Sousa¹; Carla Duarte¹; Ana Mações¹; Célia Soares¹; Claudina Carvalho¹; Evelin Pinto¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Resumo

Introdução: A interrupção médica da gravidez (IMG) em mulheres com cesarianas anteriores acarreta maior risco de rotura uterina, hemorragia grave, lesão de órgãos adjacentes e, em casos extremos, histerectomia. O risco aumenta com o número de cesarianas e com a idade gestacional, exigindo uma vigilância ativa, tendo em conta os riscos associados.

Objectivos: Revisão de caso clínico.

Metodologia: Análise retrospectiva e narrativa de dados clínicos.

Resultados: Grávida de 37 anos, 3G2P (2ces), sem antecedentes, foi internada para IMG por diagnóstico fetal de trissomia 21 às 14 semanas e 6 dias. Iniciou o processo com mifepristone 48h antes do internamento. No 1.º dia, com o colo uterino fechado, iniciou misoprostol vaginal, cumprindo 5 doses (1ªdose 800mcg, posteriormente 400mcg). Nos 3 dias seguintes, o colo permanecia sobreponível, mantendo a indução de acordo com o protocolo (misoprostol, sulprostone, oxitocina e sonda de foley). Ao 4º dia, a ecografia transvaginal revelou o feto acomodado em nicho de cesariana. Durante o internamento, a grávida manteve-se sem queixas e com perda hemática escassa. Assim, foi decidido esvaziamento uterino instrumentado, com remoção de fragmentos fetais e placentares sob controlo ecográfico. Durante a exploração digital, identificou-se solução de continuidade com 3 cm na parede anterior do útero, sugerindo deiscência de cicatriz prévia. Posteriormente, procedeu-se a laparotomia exploradora, identificando-se área sacular frágil com 6 cm, recoberta por serosa que se prolongava desde a metade direita do segmento inferior do útero até ao ligamento largo ipsilateral. Após abertura da serosa uterina, foi identificada e corrigida a deiscência, com sutura contínua. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo alta 48h depois.

Conclusões: A IMG constitui um procedimento não isento de riscos. Em mulheres com cesarianas prévias, o risco de rotura e/ou deiscência de cicatriz uterina deve ser tido em conta e os procedimentos médicos e cirúrgicos associados à interrupção devem ser revistos e ajustados à probabilidade existente.

Palavras-chave: Interrupção médica da gravidez, rotura uterina



POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25712) - HISTÓRIA DE MORTE FETAL: IMPLICAÇÕES PARA A GRAVIDEZ SUBSEQUENTE

Roxane Van Hauwaert¹; Anaísa Simões¹; Ana Edral¹; Márcia Pinto¹; Daniela Alpoim¹; Rita Jesus¹; Catarina Sabbo¹; Fernanda Vilela¹; Diana Almeida¹; Ana Paula Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde do Algarve - Unidade hospitalar de Faro

Resumo

Introdução: Mulheres com história de morte fetal (MF) apresentam maior risco de recorrência, bem como pré-eclâmpsia (PE), restrição do crescimento fetal (RCF) e parto pré-termo (PPT).

Objectivos: Avaliar a vigilância das gravidezes subsequentes em mulheres com antecedentes de morte fetal e os desfechos maternos e fetais associados.

Metodologia: Estudo retrospectivo entre janeiro de 2015 e agosto de 2025. Foram identificados os casos de MF (IG >24 semanas) e as gravidezes subsequentes foram avaliadas quando à sua vigilância e desfechos maternos e neonatais.

Resultados: Registaram-se 32 gravidezes subsequentes em 28 mulheres com antecedentes de MF, 65% das quais eram saudáveis, 12,5% tinham asma/rinite, 6% trombofilia e 18,8% com antecedentes de tabagismo. As principais causas de MF anterior foram infeções (25%) e enfarte placentar (25%), com idade gestacional (IG) média de 35 semanas (29–40).

A maioria das gravidezes subsequentes foram vigiadas em consulta de MMF e DPN e todas resultaram em nados-vivos. A IG média ao parto foi de 37 semanas (27–40) e peso de 3025 g (800–3905 g). Incidência de RCF foi 9,4% e PE de 6%. Quanto ao PPT, ocorreu em 25% dos casos, 62% dos quais espontâneos. Das gravidezes de termo (68%), 63% realizaram indução do parto (IG média 38 semanas). A via de parto foi maioritariamente vaginal (56%), com uma taxa de cesariana de 38%, sem complicações intraparto ou no pós-parto imediato. Internamentos em UCIN 9,4%.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a causa de MF anterior e os desfechos obstétricos (PPT, RCF e PE), apesar de haver uma tendência para a associação com o PPT.

Conclusões: Apesar do risco acrescido de recorrência descrito na literatura, não se verificaram novos casos de MF. Contudo, a elevada incidência de PPT, RCF e PE reforça a necessidade de vigilância da gravidez individualizada e estratégias preventivas para otimizar os desfechos obstétricos neste grupo de risco.

Palavras-chave: Morte fetal, gravidez, desfechos obstétricos, vigilância da gravidez



PREMATURIDADE

PO (25577) - UM CASO BEM SUCEDIDO: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA CLÍNICA E DA ABORDAGEM SISTEMATIZADA NA ECLÂMPsia.

Carolina Gomes-Pires¹; Diana Rodrigues-Martins¹; Luís Guedes-Martins^{1,2}

1 - Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULSSA, Porto; 2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto

Resumo

Introdução: A eclâmpsia é uma emergência obstétrica definida pela ocorrência de convulsões em grávidas ou puérperas com antecedentes de pré-eclâmpsia, na ausência de outra causa identificável. Apesar de infrequente, permanece associada a elevada morbimortalidade materna e perinatal.

Objectivos: Descrever o diagnóstico e abordagem de um caso de eclâmpsia no contexto do serviço de urgência.

Metodologia: Os dados foram obtidos a partir da consulta detalhada dos registos clínicos eletrónicos, com anonimização da informação.

Resultados: Apresentamos o caso de uma grávida de 28 anos, natural de Cabo Verde, primigesta, com vigilância pré-natal insuficiente. Às 25 semanas + 3 dias de gestação recorreu ao serviço de urgência por hipertensão grave e crises convulsivas, tendo sido estabelecido o diagnóstico de eclâmpsia. Iniciou de imediato terapêutica anti-hipertensora, sulfato de magnésio e corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Perante a gravidade do quadro materno, realizou-se cesariana emergente, da qual resultou uma recém-nascida com 680 g, índices de *Apgar* de 5 e 8 ao 1º e 5º minutos, respetivamente.

A puérpera necessitou de internamento em unidade de cuidados intensivos até ao 3º dia pós-parto para estabilização hemodinâmica e controlo tensional, tendo tido alta hospitalar ao 9º dia em bom estado clínico. A recém-nascida cumpriu internamento de 110 dias, com múltiplas intercorrências relacionadas com a prematuridade extrema. Atualmente, apresenta desenvolvimento psicomotor adequado, mantendo seguimento multidisciplinar.

Conclusões: A eclâmpsia permanece uma entidade clínica relevante, sobretudo em gravidezes com vigilância insuficiente. Este caso reforça a importância da suspeita precoce e da abordagem sistematizada na otimização dos desfechos maternos e neonatais. A atuação imediata e multidisciplinar foi determinante na obtenção de um resultado clínico favorável.

Palavras-chave: Eclâmpsia, Prematuridade, Abordagem multidisciplinar



POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25582) - PREMATURIDADE E RISCO DE PERTURBAÇÃO DO NEURODESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS CONCEBIDAS POR PROCREIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA: EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE NEURODESENVOLVIMENTO DE UM HOSPITAL NÍVEL III

Catarina Barros Azevedo¹; Teresa Magalhães²; Diogo Fernandes Da Rocha³; Magda Magalhães⁴; Sónia Oliveira Sousa⁵; Micaela Guardiano⁶

1 - Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Alto Ave, Guimarães, Portugal; 2 - Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Oeste, Caldas da Rainha, Portugal; 3 - Serviço de Genética Humana, ULS São João, Porto, Portugal; 4 - Centro de Medicina Fetal Prof. Doutor Nuno Montenegro, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, UAG da Mulher e Criança, ULS São João, Porto, Portugal; 5 - Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina da Reprodução, ULS São João, Porto, Portugal; 6 - Unidade de Neurodesenvolvimento, Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e Criança, ULS São João, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: O impacto das técnicas de procriação medicamente assistida (PMA) no neurodesenvolvimento permanece incerto. A maior taxa de prematuridade associada a PMA constitui um fator de risco adicional, justificando a necessidade de vigilância.

Objectivos: Avaliação das características perinatais e impacto no neurodesenvolvimento em crianças geradas por PMA, nomeadamente FIV e ICSI.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, incluindo crianças referenciadas a consulta de neurodesenvolvimento de hospital nível III (follow-up mínimo: 2 anos). Referenciadas 95 crianças concebidas por PMA, incluídas para análise apenas FIV/ICSI (n=86).

Resultados: A mediana de idade na primeira consulta foi de 5 meses (P25–P75: 3.0–29.3), com 62,8% rapazes. A prematuridade ocorreu em 75,6%, com mediana de idade gestacional (IG) de 33 semanas (29.0–36.3) e de peso ao nascimento (PN) 1802.5g (1317.5–2581.3). Entre os não prematuros (21) houve atraso do desenvolvimento em 18/21, dos quais 7 perturbações do espectro do autismo (PEA), 5 perturbações hiperatividade/défice de atenção e 5 atrasos globais do neurodesenvolvimento.

A FIV associou-se a menor IG à nascença, relativamente à ICSI (U=538.0; p=0.047). O atraso do desenvolvimento associou-se a menor IG (U=625.0; p=0.018) e menor PN (U=568.0; p=0.004). A IG e o PN correlacionaram-se inversamente com a duração do internamento em UCIN (p=−0.697 e p=−0.598; p<0.001). A duração de UCIN correlacionou-se negativamente com score Griffiths (p=−0.346; p=0.023) e idade dos pais (pai: p=−0.318; p=0.027; mãe: p=−0.263; p=0.046).

Na regressão logística ajustada ao sexo, IG e PN, a FIV associou-se a maior probabilidade de PEA (OR=6.03; B=1.796; p=0.044), um risco cerca de 6 vezes superior face à ICSI.

Conclusões: Apesar da amostra pequena, as crianças concebidas por PMA aparentam um maior risco neurobiológico, sobretudo em caso de prematuridade. A ausência de codificação clínica dificulta o seguimento estruturado, comprometendo a vigilância do neurodesenvolvimento e podendo atrasar tanto a identificação precoce de alterações quanto a implementação de intervenções adequadas.



7.º CONGRESSO NACIONAL da SPOMMF

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

20 | 21 | 22 novembro 2025

Ordem dos Médicos · PORTO



Palavras-chave: Procriação medicamente assistida, FIV, ICSI, Neurodesenvolvimento, Prematuridade



PO (25585) - VIRAR O FUTURO: DESFECHOS EM VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA

Daniela Alpoim¹; Rita Jesus¹; Roxane Van Hauwaert¹; Matilde Vilela²; Diana Pissarra¹; Ana Edral¹; Ana Paula Silva¹

1 - ULS Algarve - Hospital de Faro; 2 - ULS Algarve - Hospital de Portimão

Introdução: A Versão Cefálica Externa (VCE) é uma manobra cujo objetivo é converter apresentações não cefálicas em cefálicas e, deste modo, diminuir a taxa de cesarianas por apresentação fetal anómala. Estudos recentes demonstram taxas médias de sucesso entre 50–65%, influenciadas pela paridade, tipo de apresentação e uso de tocolíticos ou anestesia regional.

Objectivos: Avaliar a taxa de sucesso, complicações e desfechos obstétricos e neonatais das tentativas de VCE realizadas no nosso hospital nos últimos dois anos, comparando os resultados com a evidência internacional.

Metodologia: Estudo retrospectivo, incluindo todas as grávidas submetidas a VCE entre janeiro de 2023 e setembro de 2025. Recolheram-se dados sobre idade materna, paridade, tipo de apresentação fetal, número de tentativas, complicações e desfechos obstétricos e neonatais.

Resultados: Foram incluídas 23 mulheres, com idade média de 34 anos e idade gestacional média de 37 semanas e 2 dias. A taxa global de sucesso foi de **47,8%** (50% nas múltiparas). A taxa de sucesso variou conforme a apresentação: **100% nas apresentações transversas, 43,7% nas pélvicas modo nádegas, 66,7% nas apresentações pélvicas modo completo.** A média de tentativas nos casos de sucesso foi duas. Verificou-se apenas uma **complicação ligeira (reação vaso-vagal)**. Das 11 VCE bem-sucedidas, **5 culminaram em cesariana, 1 em parto instrumental e 5 em parto eutócico.** A idade gestacional média ao parto foi de **39 semanas e 2 dias**, com **peso médio neonatal de 3183g** e **índice de APGAR médio 9/10.** Não foram registadas complicações maternas ou neonatais intra-parto.

Conclusões: Os nossos resultados estão em concordância com a literatura, confirmando a segurança e eficácia da VCE. A elevada taxa de sucesso nas apresentações transversas e em múltiparas reforça a importância da seleção adequada das pacientes.

Palavras-chave: versão cefálica externa, cefálico



PO (25586) - QUANDO A MACROSSOMIA FETAL É AMIGA DA PREMATURIDADE - CASO CLÍNICO RARO DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FETAL

Carolina Matias Ribeiro¹; Raquel Gouveia¹; Francisca Ribeiro¹; Carlota Pacheco¹; Marina Mello¹; Lina Salgueiro¹; Fernando Cirurgião¹; Miguel Mata²; Graça Sousa²

1 - Hospital São Francisco Xavier, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental; 2 - Hospital de Santa Cruz, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Resumo

Introdução: A taquicardia supraventricular (TSV) constitui a causa mais comum de taquiarritmia fetal, comumente diagnosticada entre as 24-32 semanas; e caracteriza-se por uma frequência cardíaca fetal (FCF) superior a 220bpm. Trata-se de uma entidade clínica rara potencialmente responsável por insuficiência cardíaca congestiva grave, hidropsia fetal e risco de morte *intrauterina*. A finalização da gestação torna-se imperativa em gravidezes de termo ou em caso de refratariedade a terapêutica transplacentária com antiarrítmicos maternos.

Objectivos: Descrição de um caso clínico e revisão da literatura.

Metodologia: Consulta de processo clínico da utente e recém-nascido.

Resultados: Primigesta, grávida de 32 semanas e 6 dias, recorreu ao serviço de urgência por diminuição da percepção dos movimentos fetais. Como intercorrência gestacional destaca-se uma diabetes gestacional no 2º trimestre controlada com insulino-terapia e um feto no P97 às 31 semanas. À admissão, sinais vitais maternos estáveis, no entanto o CTG revelou uma FCF 250-280bpm e ecograficamente um feto com ascite. O ECG materno revelou um prolongamento do intervalo QT, pelo que foi iniciada terapêutica antiarrítmica com metoprolol. Perante um CTG não tranquilizador e evidência ecográfica de descompensação fetal foi realizada cesariana emergente às 32 semanas + 6 dias: recém-nascido, 2427g, IA 4/8/9. Do estudo pós-natal, verificou-se um padrão eletrocardiográfico sugestivo de Wolf-Parkinson-White (WPW), ecocardiograma com comunicação interventricular muscular restritiva e holter sem alterações. Atualmente, seguimento em consulta de Cardiologia Pediátrica, tendo cumprido 6 meses de terapêutica com propranolol, sem recorrências ou intercorrências

Conclusões: Este caso ilustra como uma patologia cardíaca fetal pode condicionar a necessidade de interrupção antecipada da gestação, culminando num parto pré-termo. Contudo, o facto de se tratar de um feto macrossómico contribuiu para mitigar as potenciais complicações associadas à prematuridade, favorecendo uma evolução neonatal mais favorável.

Palavras-chave: Taquicardia supraventricular, Prematuridade

**PO (25592) - TEMPESTADE TIROIDEIA NA GRAVIDEZ: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Maria Catarina Silva¹; Ana Francisca Magno¹; Marta Brito¹; Joana Rebelo¹; Inês Antunes¹

1 - ULS S. José – Serviço de Medicina Materno-Fetal

Resumo

Introdução: A tempestade tiroideia (TT) é uma emergência endócrina rara, caracterizada por uma descompensação sistémica resultante do excesso de hormonas tiroideias. Esta condição associa-se a elevada morbimortalidade materno-fetal, exigindo intervenção imediata. O diagnóstico é predominantemente clínico, mas na gravidez levanta desafios, uma vez que as manifestações clínicas podem ser inespecíficas e confundidas com outras patologias obstétricas, nomeadamente infecciosa ou hipertensiva.

Resultados: Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 32 anos, grávida de 26 semanas, com múltiplas comorbilidades, incluindo infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e hipertensão arterial crónica (HTA). A grávida foi internada por incompetência cérvico-ístmica, com prolapso da bolsa amniótica. Evoluiu para um quadro clínico de taquicardia sinusal, taquipneia, febre e elevação tensional. Devido à sobreposição de sintomas e aos fatores de risco para corioamnionite, associados a repercussão fetal, procedeu-se a uma cesariana urgente. O diagnóstico laboratorial de TT foi apenas confirmado no pós-parto, após o desenvolvimento de um quadro compatível com pré-eclâmpsia com critérios de gravidade e disfunção gastrointestinal.

Conclusões: A TT é uma complicação rara na gravidez mas potencialmente fatal e que pela sua gravidade exige uma abordagem urgente e multidisciplinar, envolvendo obstetras, intensivistas e endocrinologistas. O término da gravidez, impulsionado pela suspeita de infeção/complicação hipertensiva, ilustra a dificuldade em estabelecer o diagnóstico de TT atempadamente. Este caso evidencia a necessidade de um baixo limiar de suspeição para o reconhecimento e intervenção atempados na TT, especialmente em grávidas com múltiplas comorbilidades onde o diagnóstico diferencial se torna um desafio clínico.

Palavras-chave: Tempestade tiroideia, Gravidez, Morbimortalidade materno-fetal, Diagnóstico diferencial, Emergência obstétrica, Abordagem multidisciplinar

**PO (25594) - ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRÉ-TERMO NUM HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO - ANÁLISE CASUÍSTICA**

Francisca De Assunção Ribeiro¹; Carlota Pacheco¹; Lina Salgueiro¹; Carla Lilaia¹; Fernando Cirurgião¹; Carolina De Assunção Ribeiro¹; Raquel Gouveia¹

1 - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Resumo

Introdução: A rotura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT) é uma causa importante de parto pré-termo, associada a morbilidade materna e neonatal significativa. Apesar dos avanços nos cuidados obstétricos e neonatais, os resultados variam entre contextos. Compreender o perfil e os desfechos das mulheres com RPM-PT nas diversas instituições é essencial para otimizar a abordagem e melhorar o prognóstico.

Objectivos: Análise casuística dos casos de RPM-PT num hospital de apoio perinatal diferenciado, avaliando características maternas, evolução da gravidez e resultados perinatais imediatos.

Metodologia: Realizou-se um estudo de coorte observacional retrospectivo na Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, hospital de apoio perinatal diferenciado, incluindo todas as mulheres internadas no serviço de medicina materno-fetal com diagnóstico de RPM-PT entre 1 de janeiro e 31 de julho de 2025.

Resultados: Foram incluídas 15 mulheres. A idade materna média foi de 29,5 anos (21–42); 53,3% eram primigestas e 46,7% não apresentavam fatores de risco identificáveis. A idade gestacional (IG) média à rotura foi de 28 semanas + 6 dias, com período de latência médio de 23 dias. Registaram-se dois casos de gravidez gemelar (13,3%) e oligoâmnios em 40% (n=6). A IG média ao parto foi de 32 semanas + 1 dia; em 40% (n=6) o parto ocorreu com ≥ 34 semanas. O parto foi por cesariana em 73,3% (n=9), motivada sobretudo por apresentação pélvica, estado fetal não tranquilizador ou corioamnionite. O índice de Apgar médio ao 1.º minuto foi 6,9, com 29,4% < 7 , e o peso médio ao nascer foi de 1729 g (662–2770 g). Todos os recém-nascidos necessitaram de internamento em neonatologia.

Conclusões: A RPM-PT permanece uma causa relevante de internamento hospitalar, frequentemente em mulheres sem fatores de risco identificáveis. O internamento materno é habitualmente prolongado e todos os recém-nascidos deste estudo necessitaram de cuidados neonatais, refletindo a morbilidade associada a esta patologia.

Palavras-chave: Rotura prematura de membranas, prematuridade, morbilidade neonatal

**PO (25609) - INTERVENÇÕES PERINATAIS NO LIMIAR DA VIABILIDADE: UM CASO DE PREMATURIDADE EXTREMA COM DESFECHO FAVORÁVEL**

Ines Garcia Nunes¹; Julia Quiterres¹; Ana Elisa Sousa¹; Joana Gomes Moreira¹; Ana Paula Ferreira¹; Marta Luísa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra

Resumo

Introdução: O parto pré-termo (PPTE) define-se quando ocorre <37s+0d. Segundo a OMS, classifica-se como tardio (32-37s), muito pré-termo (28-32s) e extremo(<28s). Representa cerca de 10% dos partos. Em Portugal, a sobrevivência dos RN às 23-24s é de apenas 7-8%. Internacionalmente, a mortalidade entre as 22-25s mantém-se ≥50%, e apenas 6-20% dos sobreviventes apresentam desenvolvimento sem complicações graves.

Objectivos: Relato de caso de prematuridade extrema com desfecho favorável.

Metodologia: Grávida de 23d+1s, bem vigiada, nulípara, recorreu ao SUOG por dor lombar e leucorreia. À observação, prolapso da bolsa na vagina e colo em aparente dilatação completa. Foi internada e iniciou maturação pulmonar fetal e ampicilina para profilaxia de STB, após discussão com a Neonatologia. Analiticamente, a destacar leucócitos $14.2 \times 10^9/L$ e PCR 2mg/dL. Rotura espontânea da bolsa 12h após o internamento. Verificou-se agravamento dos parâmetros inflamatórios 12h após a rotura de bolsa, assumindo-se diagnóstico de corioamnionite. Foi iniciada antibioterapia e neuroproteção fetal com sulfato de magnésio. Às 23s+3d, 48h após o internamento, 8h após início de neuroproteção e 10 minutos após a 4ª toma de dexametasona, ocorreu PPT eutócico, RN com 580g, IA 5/7/8.

Resultados: No internamento, o RN apresentou complicações típicas da prematuridade extrema - doença das membranas hialinas, displasia broncopulmonar, sépsis precoce e tardia, e hemorragia peri-intraventricular. Teve alta hospitalar aos 4 meses, com boa evolução ponderal. Atualmente, com 2 anos, apresenta um desenvolvimento psicomotor normal.

Conclusões: Perto do limiar da viabilidade, quando o parto pré-termo extremo é inevitável, devem ser instituídas intervenções que minimizem a morbilidade. A corticoterapia antenatal diminui em 50% a incidência de síndrome de dificuldade respiratória, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante, sépsis e mortalidade neonatal. O sulfato de magnésio reduz o risco de paralisia cerebral e hemorragia intraventricular grave. Este caso descreve um desfecho exceccionalmente favorável num PPT extremo às 23s+3d.

Palavras-chave: Prematuridade, Limiar da viabilidade



PO (25615) - SÍNDROME DE HIPERHEMÓLISE PÓS-TRANSFUSIONAL EM GRÁVIDA COM DREPANOCITOSE: UM CASO CLÍNICO

Inês Lima¹; Marta Palma¹; Beatriz David¹; Francisca Serra¹; Rosário Botelho¹; Elsa Dias¹; Carlos Veríssimo¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Resumo

Introdução: A Drepanocitose é uma doença hereditária autossómica recessiva, caracterizada pela presença da HbS como constituinte dos eritrócitos, que, consequentemente, adotam um formato falciforme estando assim mais predispostos a processos de hemólise e obstrução vascular. Na gravidez, esta patologia associa-se a uma maior morbilidade materna e perinatal, incluindo parto prematuro, pré-eclâmpsia ou crises vaso-oclusivas.

Entre as complicações raras destaca-se o Síndrome de Hiperhemólise (SH) pós-transfusional, com uma incidência de ~1,6%. Consiste na hemólise dos eritrócitos transfundidos e do próprio, objetivando-se um valor de hemoglobina (Hb) inferior ao pré-transfusional e reticulocitopenia. A sua etiologia é ainda desconhecida, tornando o diagnóstico mais desafiante.

Objectivos: Realçar o SH pós-transfusional como possível causa de anemia hemolítica aguda na grávida com Drepanocitose.

Metodologia: Revisão de caso clínico do Serviço de Obstetrícia do Hospital Beatriz Ângelo.

Resultados: Grávida de 30 anos, gestação de 26 semanas, com antecedentes de Drepanocitose e duas mortes fetais às 35 semanas, recorre à urgência por disúria, hematúria e febre. Destaca-se internamento recente por anemia grave com transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário (UCE), com bom rendimento. À admissão: Hb 5 g/dL, LDH 1303 U/L, elevação da creatinina e parâmetros infecciosos, sugerindo crise hemolítica aguda. Após nova transfusão, diminuição da Hb para 3.6 g/dL acompanhada de reticulocitopenia, compatível com SH pós-transfusional. Iniciou imunoglobulina e corticoterapia com estabilização analítica (Hb > 6 g/dL). Salienta-se ainda quadro de Pré-Eclâmpsia e Síndrome Torácico Agudo, resolvidos sob terapêutica adequada. Apresentou uma evolução clínica favorável ao longo do internamento, com crescimento fetal adequado. Foi decidida indução do parto às 34 semanas, convertida em cesariana por estado fetal não tranquilizador, com um recém-nascido saudável (Apgar 9/10).

Conclusões: O SH pós-transfusional é uma complicação rara, mas grave, da Drepanocitose na gravidez. O caso reforça a importância de uma suspeita clínica precoce e do tratamento imediato desta condição de forma a reduzir os riscos materno-fetais.

**PO (25622) - CIRURGIA CARDÍACA LIFE-SAVING NO LIMITE DA VIABILIDADE FETAL**

Leonor Pascoal De Carvalho¹; Maria Inês Marques¹; Maria Do Céu Almeida¹; Sara Figueiredo²

1 - Serviço de Obstetrícia B, ULS Coimbra; 2 - Serviço de Neonatologia, ULS Coimbra

Resumo

Introdução: A endocardite infecciosa durante a gravidez é uma condição rara e grave, associada a elevada morbilidade e mortalidade materno-fetal. A necessidade de cirurgia cardíaca em idade gestacional próxima do limiar de viabilidade fetal coloca dilemas éticos e clínicos complexos.

Objectivos: Apresentar um caso de uma grávida com endocardite infecciosa de prótese biológica aórtica no segundo trimestre de gestação, analisando o processo de decisão multidisciplinar e as implicações éticas e obstétricas subjacentes à escolha da estratégia terapêutica faseada mais adequada para a díade - mãe e feto.

Metodologia: Relato clínico detalhado de uma grávida de 35 anos, previamente submetida a substituição valvular aórtica, que desenvolveu às 25 semanas de gestação uma endocardite infecciosa aguda complicada por enfarte embólico e abscesso da raiz da Aorta. A abordagem multidisciplinar envolveu Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Obstetrícia, Anestesiologia e Neonatologia.

Resultados: A deterioração hemodinâmica e o risco de descompensação materna impôs decisão de cirurgia cardíaca urgente às 27 semanas. Após discussão em equipa, optou-se por realizar cesariana prévia à cirurgia cardíaca, dada que para esta última seria necessário realizar circulação extracorporeal. A cesariana foi programada para as 27 semanas e 2 dias após ciclo de maturação pulmonar e neuroprotecção fetal. Apesar da extrema prematuridade, nasceu bem (Índice de Apgar 8/9/10, peso ao nascimento 1140g) e esteve estável no período neonatal precoce; as principais complicações registadas foram sépsis tardia, hemorragia cerebral grau 2 e quadro de suboclusão intestinal que motivou uma ileostomia. A mãe teve uma evolução favorável após substituição valvular.

Conclusões: Em contextos de periviabilidade, a antecipação do parto antes da cirurgia cardíaca pode constituir uma estratégia decisiva para otimizar desfechos materno-fetais. Este caso exemplifica como a comunicação entre equipas e o planeamento multidisciplinar são determinantes para decisões equilibradas na prática obstétrica atual, onde dois corações exigem uma única e urgente decisão.

Palavras-chave: Gravidez, Endocardite infecciosa, Cirurgia cardíaca, Prematuridade, Ética médica



PO (25628) - EVENTO HEMORRÁGICO ATÍPICO NO CONTEXTO DE PATOLOGIA HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ

Beatriz Fernandes De Sousa¹; Marta Henriques Costa²; Mariana Teixeira¹; Barbara Carneiro¹; Marisa Neto¹; Daniela Ferreira Almeida¹

1 - ULS Matosinhos; 2 - ULS São João

Resumo

Introdução: A hemorragia pós-parto permanece uma causa relevante de morbilidade materna, particularmente em contexto de patologia hipertensiva da gravidez. Os pseudoaneurismas pélvicos constituem uma complicação hemorrágica rara associada a patologia hipertensiva, exigindo diagnóstico imagiológico precoce e abordagem multidisciplinar.

Objectivos: Descrever um caso de hemorragia puerperal tardia numa primigesta com hipertensão crónica e pré-eclâmpsia sobreposta, salientando o processo diagnóstico e a intervenção terapêutica.

Metodologia: Os dados clínicos foram recolhidos a partir dos sistemas SCLínico® e Astraia®.

Resultados: Grávida de 33 anos, com antecedentes de hipertensão arterial crónica diagnosticada no primeiro trimestre, medicada com nifedipina 60mg/dia e metildopa 500mg 12/12h, foi internada às 35 semanas por pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade. Por agravamento do perfil tensional não controlado com medicação, iniciou indução do trabalho de parto às 36 semanas+1 dia, culminando em parto instrumentado por ventosa.

O pós-parto imediato complicou-se com atonia uterina e laceração vaginal alta, corrigidas cirurgicamente e complementadas com tamponamento para controlo hemostático. Apesar da intervenção atempada, a puérpera desenvolveu hipotensão e anemia grave, necessitando de suporte transfusional e vigilância em unidade de cuidados intensivos. Após evolução favorável, apresentou, uma semana após o parto, novo episódio súbito de hemorragia vaginal abundante por vaso sangrante no terço proximal da laceração, corrigida com sutura hemostática. O estudo imagiológico revelou pseudoaneurisma das artérias cervicovaginais com extravasamento ativo de contraste, tratado com sucesso por embolização seletiva com trombina sob orientação ecográfica. O procedimento decorreu sem intercorrências e o seguimento, cinco meses após o parto, confirmou evolução favorável, sem recorrência hemorrágica.

Conclusões: A hemorragia puerperal tardia por pseudoaneurisma constitui uma complicação rara, mas potencialmente fatal. O diagnóstico precoce e a intervenção endovascular minimamente invasiva são essenciais para o controlo eficaz da hemorragia e preservação da função uterina. Este caso evidencia a importância da suspeição clínica e da articulação multidisciplinar na gestão das complicações hemorrágicas graves do puerpério.



PO (25637) - PAPP-A COMO PREDITOR DE PARTO PRÉ-TERMO: ANÁLISE RETROSPECTIVA

Adriana Oliveira¹; Ana Rita Matos¹; Mariana Bandeira¹; Viviana Cunha¹; Joana Pereira¹; Agostinho Carvalho¹; Paula Pinheiro¹

1 - ULSAM

Resumo

Introdução: O parto pré-termo (PPT) tem uma incidência global de 5-18% e em Portugal de 6,8%. A prematuridade está associada a elevada morbimortalidade neonatal. Apesar de existirem fatores de risco identificados, a maioria acontece em mulheres sem qualquer fator de risco. Na literatura, existe uma associação entre a produção de baixos valores de proteína plasmática A associada à gravidez (PAPP-A) e da subunidade β livre da hormona gonadotrófica coriónica (β -HCG) no 1º trimestre e PPT.

Objectivos: Correlacionar os marcadores bioquímicos avaliados no 1º trimestre com a incidência de PPT numa amostra de população da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM).

Metodologia: Realização de um estudo retrospectivo caso-controlo. Seleção das gestações unifetais, com parto antes das 37 semanas e que realizaram rastreio do 1º trimestre na ULSAM, entre 2022 e 2024. O grupo controlo consistiu numa amostra aleatorizada de gestações unifetais, do mesmo período. Análise estatística realizada com recurso ao Software **SPSS29.0.0.0(241)**. Utilizados os testes **t-test de Student, Mann-Whitney U, qui-quadrado de Pearson** e realizada uma **regressão logística com cálculo de Odds-Ratio (OR)**. Foi assumida significância estatística para p-value de 0,05.

Resultados: Foram analisados 161 casos de PPT (grupo 1) e 483 casos de parto a termo (grupo 2). Quando comparados os grupos, houve diferença estatisticamente significativa para a idade materna, antecedentes de cesariana anterior, antecedentes de PPT, idade gestacional à data do parto, de rotura prematura de membranas, restrição de crescimento fetal e PAPP-A < 0,5 MoM. Após ajuste para idade materna, IMC pré-gestacional, tipo de gravidez, B-HCG < 0,05, ocorrência de pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal e rotura prematura de membranas, valores baixos de PAPP-A associaram-se a maior risco de PPT com OR 2,25 IC-95% [1,23-4,13].

Conclusões: Este resultado sugere que baixos níveis de PAPP-A constituem um fator independente de risco para PPT. A extrapolação destas conclusões para a prática clínica poderá permitir identificar precocemente grávidas em risco de PPT.

Palavras-chave: parto pré-termo, marcadores bioquímicos, rastreio



PO (25643) - DESAFIOS DIAGNÓSTICOS NA SÍNDROME DE HELLP: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA COM LESÃO RENAL AGUDA

Inês Vasconcelos¹; Ana Rolha¹; Helena Lopes¹; Helena Gonçalves¹; Ana Luísa Areia^{1,2}; Fernando Costa¹

1 - Serviço de Obstetrícia A, ULS Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A Síndrome de HELLP representa uma entidade clínica grave no espectro das doenças hipertensivas da gravidez, podendo evoluir com complicações multissistémicas, incluindo lesão renal aguda (LRA). A sua apresentação atípica exige elevada suspeição clínica e abordagem multidisciplinar precoce.

Resultados: Mulher de 23 anos, primigesta, sem antecedentes relevantes, com gravidez de baixo risco acompanhada nos cuidados saúde primários. Recorreu ao serviço de urgência às 26 semanas e 5 dias por hemorragia do segundo trimestre. Ecograficamente apresentava placenta posterior baixa e um hematoma marginal a 20 mm do orifício interno do colo. Internou-se com diagnóstico de hematoma retroplacentário e iniciou protocolo de maturação pulmonar.

Às 27 semanas e 2 dias, após episódio de síncope vasovagal secundário a esforço defecatório, identificou-se bradicardia fetal, sem perdas hemáticas e tónus uterino normal. Perante o sofrimento fetal agudo, realizou-se cesariana emergente. Intraoperatoriamente verificou-se placenta sem sinais de descolamento recente e perdas hemáticas moderadas. O recém-nascido masculino pesava 875g e teve um índice de Apgar 0/2/6.

Nas primeiras horas pós-parto, a puérpera desenvolveu anúria, edemas generalizados e anemia severa, necessitando transfusão de concentrado eritrocitário. Após terapêutica diurética, recuperou o débito urinário. No primeiro dia pós-parto, iniciou hipertensão e analiticamente, verificou-se creatinina 3,42 mg/dL, anemia (Hb 8,3 g/dL), trombocitopenia (70.000/ μ L), discreta elevação de AST (140 U/L), proteinúria significativa (2g/g), aumento de CK (2994U/L) e um rácio de pré-eclâmpsia 917.

Foi solicitada avaliação nefrológica, iniciando-se reposição com albumina e intensificação da terapêutica diurética. No segundo dia pós-parto, transferiu-se para Nefrologia por LRA estágio AKIN 3, com componente pré-renal por hipovolemia associada à hemorragia e componente microangiopático renal. Evoluiu favoravelmente com estabilização clínica e analítica, tendo alta ao 7º dia pós-parto.

Conclusões: Este caso ilustra uma evolução atípica da Síndrome de HELLP, com sofrimento fetal agudo e subsequente LRA grave. A abordagem precoce e multidisciplinar foi determinante para o desfecho favorável materno.

Palavras-chave: Síndrome de HELLP, Lesão Renal Aguda, Parto pré-termo



PO (25644) - PERIVIABILIDADE - 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

Aisha Ahmad¹; Andreia Miguel¹; Daniel Virella²; Fátima Serrano¹

1 - Unidade Local de Saúde de São José, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Medicina Materno-Fetal; 2 - Unidade Local de Saúde de São José, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Neonatologia

Resumo

Introdução: O limiar da viabilidade é frequentemente definido como a idade gestacional em que a probabilidade de sobrevivência atinge os 50%. Trata-se de um conceito dependente de contexto.

Objectivos: Avaliar os desfechos associados à periviabilidade num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, explorar a evolução clínica dos recém-nascidos (RN) e caracterizar a sua morbi-mortalidade.

Metodologia: Série de casos consecutivos que incluiu todos os partos de gestações simples com 22 a 26 semanas de gestação, ocorridos entre 2013 e 2024, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Recorreu-se ao JASP® para análise estatística descritiva.

Resultados: Foram registados 128 partos entre as 22 semanas e 5 dias e as 26 semanas de gestação. O diagnóstico mais frequente à admissão foi a ameaça de parto pré-termo com membranas intactas (55%, n=70), seguida da rotura prematura pré-termo de membranas (26%, n=33). Cerca de 63% (n=81) das grávidas completaram o ciclo de maturação pulmonar fetal e 51% (n=65) realizaram neuroproteção fetal. A taxa de cesariana foi de 35% (n=45), das quais 22% (n=10) com prolongamento da histerorrafia em T. Do total, 10 (n=8%) resultaram em nado-morto. Todos os RN apresentaram pelo menos uma comorbilidade. Dos 118 nado-vivos, 86% (n=101) tiveram doença das membranas hialinas, 77% (n=91)

hemorragia intraperiventricular, 53% (n=63) sépsis tardia e em 22% (n=27) realizou-se cirurgia de laqueação do canal arterial. Dos 73 RN com rastreio oftalmológico, apenas 4 não apresentaram retinopatia. Às 36 semanas de idade corrigida, 26% (n=19) estavam em ar ambiente. Durante o internamento 45 (38%) faleceram, 27 (23%) foram transferidos para outra unidade e 46 (39%) tiveram alta para o domicílio.

Conclusões: A periviabilidade continua a ser um desafio clínico e pessoal significativo, com elevada morbi-mortalidade. Além do impacto direto nos RN, a elevada morbilidade impõe um grande desafio às famílias, que enfrentam muitas incertezas e uma carga elevada de cuidados de saúde. É importante incorporar dados da nossa experiência no aconselhamento parental para promover decisões mais informadas.

Palavras-chave: Periviabilidade, Morbilidade, Desafio, Aconselhamento



PO (25658) - PREMATURIDADE EXTREMA: A RELEVÂNCIA DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Bruna Bolas Cardoso¹; Ana Rita Agostinho¹; Ana Do Carmo Pinheiro¹; Mariana Gaspar¹; Pedro Rocha¹

1 - Hospital Garcia de Orta - Unidade Local de Saúde Almada-Seixal

Resumo

Introdução: A prematuridade extrema representa uma das principais causas de mortalidade e morbidade neonatal. Antecedentes obstétricos como rotura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT), perdas fetais prévias e insuficiência cervico-ístmica (ICI) aumentam significativamente o risco de desfechos adversos. A identificação precoce de grávidas de alto risco e a articulação multidisciplinar são essenciais para otimizar resultados materno-fetais.

Objectivos: Relatar um caso de prematuridade extrema em grávida com antecedentes obstétricos de alto risco.

Metodologia: Relato de caso através da consulta dos registos hospitalares informáticos.

Resultados: Grávida de 34 anos, natural de São Tomé e Príncipe, residente em Portugal desde o 1.º trimestre para vigilância da gravidez atual. IO 1121 — morte fetal in utero às 29 semanas (2017); cesariana segmentar transversa (CST) no termo (2018) por distócia de progressão após indução; aborto tardio às 21 semanas (2021) após RPM-PT; e morte neonatal precoce às 25 semanas (2024) após RPM-PT, em contexto de colo curto. Outros antecedentes: diabetes gestacional insulino-tratada e obesidade. Por história sugestiva de ICI, realizou ciclorrafia às 14 semanas. Internada às 22 semanas por colo curto, ecograficamente colo de 30mm, com distância ciclorrafia–OCE de 11,7mm. Às 23+5 semanas verificou-se RPM-PT. Após discussão multidisciplinar em conjunto com a grávida, optou-se por abordagem expectante e realizou-se maturação pulmonar fetal e antibioterapia de latência, mantendo a ciclorrafia pela ausência de contratilidade uterina e sinais infecciosos. Às 24+5 semanas iniciou contratilidade dolorosa. À observação, procidência dos membros inferiores fetais e prolapso de cordão umbilical, sendo removida a ciclorrafia e realizada CST emergente. Recém-nascido do sexo masculino, 626 g, Apgar 3-6-9. Puerpério materno sem intercorrências. Recém-nascido permanece internado na UCIN, com SDR precoce e sépsis por E. coli multirresistente.

Conclusões: Este caso evidencia a importância dos antecedentes obstétricos na estratificação do risco para prematuridade extrema. A vigilância adequada, decisões terapêuticas e abordagem individualizada são cruciais para otimizar desfechos maternos e neonatais.

Palavras-chave: Prematuridade, Rotura prematura de membranas pré-termo, Ciclorrafia, Insuficiência cervico-ístmica



POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25659) - PERIVIABILIDADE – QUAL A PERSPETIVA DOS DIFERENTES GRUPOS PROFISSIONAIS INTERVENIENTES NESTA ÁREA?

Aisha Ahmad²; Daniel Virella¹; Fátima Serrano²

1 - Unidade Local de Saúde de São José, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Neonatologia; 2 - Unidade Local de Saúde de São José, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Medicina Materno-Fetal

Resumo

Introdução: O limiar da viabilidade é frequentemente definido como a idade gestacional em que a probabilidade de sobrevivência atinge 50%. É variável com o tempo e a região. Segundo a ACOG situa-se entre as 20 e as 25 semanas de gestação. A abordagem destas situações baseia-se na decisão partilhada entre profissionais de saúde e pais. Poucos estudos avaliam as atitudes e perceções dos grupos profissionais envolvidos na prestação de cuidados.

Objectivos: Avaliar a perceção e a atitude perante a periviabilidade, o limiar para prestar assistência e os fatores que a influenciam, explorando as diferenças entre diferentes grupos profissionais (obstetras, enfermeiros de obstetrícia, neonatologistas e enfermeiros de neonatologia).

Metodologia: Foi aplicado um questionário online em Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, que foi divulgado através de sociedades científicas e profissionais. Recorreu-se ao Jasp® para análise estatística descritiva.

Resultados: Obtiveram-se 131 respostas. Apenas os neonatologistas consideraram o limiar da viabilidade às 24 semanas de gestação, já os obstetras e enfermeiros de saúde materna consideraram-no às 25 semanas. Às 25 semanas, 81% dos neonatologistas consideraram que a probabilidade de sobrevivência era pelo menos 50%, apenas 35% dos enfermeiros de neonatologia partilharam dessa perceção ($p<0,001$). Os neonatologistas tendem a recomendar intervenções uma semana mais cedo do que os obstetras, propondo maturação pulmonar e neuroproteção fetal às 23 semanas, e considerando cesariana a partir das 24 semanas. Dos inquiridos, 45% concordaram com a prestação de cuidados ativos a pedido dos pais, mesmo quando considerados pouco efetivos; essa posição foi mais frequente entre profissionais de obstetrícia (57%) ($p=0,014$). Dos neonatologistas, 72% referiram ponderar com os pais a opção de cuidados paliativos, sendo essa proposta menor entre os obstetras (44%) ($p=0,09$).

Conclusões: Existem diferenças importantes entre grupos profissionais relativamente à periviabilidade. Há necessidade de uniformização de práticas baseadas em dados demográficos, de modo a assegurar a coerência na orientação parental e equidade nos cuidados prestados.

Palavras-chave: Periviabilidade, Grupos profissionais, Decisão partilhada, Perceção, Aconselhamento, Equidade nos cuidados



PO (25661) - CICLORRAFIA POR INSUFICIÊNCIA CÉRVICO-ÍSTMICA – A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR PERIFÉRICA

Mafalda Mariano¹; Joana Goulão Barros¹; Élia Fernandes¹; Jorge Lima¹

1 - Hospital da Luz Lisboa

Resumo

Introdução: A insuficiência cérvico-ístmica constitui um importante fator de risco para parto pré-termo e aborto tardio, sendo uma das principais causas de morbimortalidade perinatal. Estima-se que represente cerca de 15% das perdas gestacionais entre as 16 e as 26 semanas. A ciclorrafia, intervenção cirúrgica destinada ao reforço do colo uterino na junção cérvico-ístmica, é uma das estratégias reconhecidas na prevenção destes desfechos adversos.

Objectivos: Descrever a experiência de um hospital periférico na realização de ciclorrafias eletivas e urgentes. Avaliar a taxa de partos após as 37 semanas e comparar a idade gestacional no parto entre ambos os grupos e entre mulheres com e sem antecedentes de insuficiência cérvico-ístmica.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo incluindo grávidas submetidas a ciclorrafia entre janeiro de 2021 e dezembro de 2024. Os dados clínicos foram obtidos dos registos eletrónicos e analisados com o software R, aplicando-se testes estatísticos adequados à distribuição das variáveis.

Resultados: Incluíram-se 46 grávidas, com idade média de 35,6 anos e idade gestacional média no parto de 34 semanas e 3 dias. Realizaram-se 36 ciclorrafias eletivas (78,3%) e 10 urgentes (21,7%), todas pela técnica de McDonald. As mulheres submetidas a ciclorrafia eletiva apresentaram maior idade gestacional média no parto. Trinta e uma (67,4%) tiveram parto após as 37 semanas, das quais apenas 12,9% haviam sido submetidas a ciclorrafia urgente. Oito recém-nascidos (19,5%) necessitaram de cuidados neonatais diferenciados.

Conclusões: A maioria das mulheres submetidas a ciclorrafia eletiva teve parto de termo, em concordância com a evidência atual. Embora os resultados da ciclorrafia urgente sejam menos consistentes, esta poderá ser útil em contextos selecionados, contribuindo para reduzir o risco de parto pré-termo e de perda gestacional tardia.

Palavras-chave: Insuficiência cérvico-ístmica; ciclorrafia; parto pré-termo; perda gestacional tardia



PO (25669) - PARTOS PRÉ-TERMO ANTES DAS 34 SEMANAS DE GESTAÇÃO NUM HOSPITAL DE NÍVEL I - CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Adriana Carreira¹; Maria Inês Brito²; Ângela Rita Marques¹

1 - ULS do Oeste – Hospital Caldas da Rainha, Serviço de Obstetrícia; 2 - ULS do Oeste – Hospital Caldas da Rainha, Serviço de Pediatria

Resumo

Introdução: A prematuridade é uma das principais causas de morbimortalidade neonatal, estimando-se uma incidência mundial de 10%.

Em Portugal, vários hospitais de nível I dispõem de serviços de Pediatria com capacidade para receber apenas recém-nascidos com mais de 34 semanas de gestação. A existência de partos nestas instituições antes desta idade gestacional é, por vezes, inevitável, representando um desafio clínico e organizacional.

Objectivos: Caracterizar os partos pré-termo ocorridos antes das 34 semanas de gestação num hospital de nível I em Portugal.

Metodologia: Análise retrospectiva, incluindo 29 grávidas com parto a partir das 24 semanas de gestação e antes das 34 semanas, com recém-nascido com peso de pelo menos 500g, ocorridos num hospital de nível I, entre janeiro de 2019 e dezembro de 2024.

Resultados: Durante este período, ocorreram 29 partos (2 deles gemelares).

Registaram-se 5(17,3%) admissões em período expulsivo, 7 descolamentos prematuros de placenta normalmente inserida e 2 placentas prévias hemorrágicas com necessidade de cesariana emergente (31%) e 15(51,7%) admissões em trabalho de parto ativo.

17 (58,6%) grávidas eram nulíparas e 15(51,7%) tinham entre 30 e 39 anos. 17(58,6%) iniciaram o ciclo de maturação pulmonar, mas apenas 3(10,3%) o concluíram.

Houve 12(41%) partos com menos de 28 semanas de gestação e 8(25,8%) recém-nascidos com extremo baixo peso ao nascer.

Ocorreram 15(52%) partos eutócicos, 12(41%) cesarianas e 2(7%) partos auxiliados por fórceps.

A mediana do índice de APGAR foi 6/8/9. Registou-se 2 mortes neonatais precoces e uma tardia (mortalidade de 9,7%).

16(51,6%) recém-nascidos foram transferidos para unidades de cuidados intensivos neonatais, 15 imediatamente após nascimento(1-2h).

Conclusões: Partos pré-termo antes das 34 semanas em hospitais de nível I permanece uma realidade com potencial impacto na morbimortalidade neonatal.

Evidencia-se a importância da articulação entre níveis de cuidados, com uma referência precoce e eficaz de situações de risco para centros com capacidade neonatal adequada.

Palavras-chave: Prematuridade, Cuidados neonatais



PO (25674) - ANTIBIOTERAPIA PROFILÁTICA NA AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO - ESTUDO RETROSPETIVO

Bárbara Meireles Carneiro¹; Marisa Lopes Neto¹; Mariana Carvalho Teixeira¹; Joana Félix^{1,2}

1 - Departamento de Ginecologia/Obstetrícia, ULS Matosinhos; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Resumo

Introdução: A prematuridade é uma das principais causas de morbimortalidade neonatal. A ameaça de parto pré-termo (APPT) caracteriza-se por contratilidade uterina regular antes das 37 semanas de gestação, sem alterações cervicais significativas ou progressivas. A evidência desaconselha o uso de antibioterapia profilática em casos de APPT sem rotura de membranas (RBA) nem sinais de infeção, contudo, a sua prática ainda é heterogênea.

Objectivos: Avaliar o impacto da antibioterapia profilática nos desfechos neonatais em casos de APPT.

Metodologia: Foi realizado um estudo retrospectivo das gravidezes unifetais internadas por APPT num hospital secundário entre 2022-2024. Foram excluídos casos de RBA, suspeita de infeção e trabalho de parto pré-termo (dilatação ≥ 2 cm com extinção cervical). Foram comparadas as grávidas que realizaram antibioterapia profilática (grupo 1) e as que não realizaram (grupo 2), tendo sido avaliados os dados de Apgar ao 5.º minuto (5'), peso ao nascimento, internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), sépsis neonatal precoce, mortalidade neonatal e intervalo de tempo entre o diagnóstico de APPT e o parto.

Resultados: Foram incluídas 57 grávidas, 36 (63%) realizaram antibioterapia. O tempo até ao parto foi semelhante entre grupos: 49.5 (IQR 62) dias (grupo 1) e 33 (IQR 44) dias (grupo 2). Não houve diferença significativa entre as medianas de peso nos grupo 1 (2697.5, IQR 1221.5 g) e 2 (2790, IQR 1052,5 g), nem na necessidade de internamento em UCIN ($p=0.362$) - 12 (33%) dos doentes do grupo 1 e 4 (19%) do grupo 2. Houve 1 recém-nascido com Apgar 5' < 7, que culminou no único caso de mortalidade, pertencente ao grupo 2. Os 4 casos de sépsis ocorreram no grupo 1 (11,1%; $p=0,285$).

Conclusões: Nesta coorte de grávidas, a antibioterapia profilática não demonstrou melhoria dos desfechos neonatais nem prolongamento do tempo até ao parto, em concordância com recomendações internacionais.

Palavras-chave: ameaça de parto pré-termo

**PO (25678) - ACONSELHAMENTO NA PERIVIABILIDADE: O DESAFIO DA INCERTEZA PROGNÓSTICA**

Patrícia Nazaré¹; Carmo Pinheiro¹; Rita Agostinho¹; Andreia Fonseca¹; Pedro Rocha¹

1 - ULS Almada-Seixal

Resumo

Introdução: A definição de periviabilidade não é consensual, mas geralmente engloba o período entre as 22 e 25 semanas (+6 dias) de gestação. As decisões quanto à intervenção obstétrica e ressuscitação neonatal na periviabilidade revestem-se de elevada complexidade ética e prognóstica.

Objectivos: Caracterizar intervenções pré-natais, taxa de sobrevivência e desfechos neonatais na periviabilidade.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo recém-nascidos (RN) com idade gestacional (IG) inferior a 26sem, nascidos entre 2022 e 2025.

Resultados: A amostra incluiu 21 RN. A idade materna média foi 29,8 anos. A IG no parto variou entre 23+2 e 25+6 semanas (4 com 23sem+). O peso ao nascimento variou entre 384 e 970g (média 641,6g). Registou-se morte neonatal em 9 casos (43%): 4 casos com IG <24 semanas; 2 sem maturação pulmonar fetal (MPF); 3 sem neuroprotecção fetal (NPF); peso entre 384 e 970g (média 625,4g); índice de Apgar (IA) ao 1ºminuto entre 1-7 (mediana 5) e ao 5ºminuto entre 2-9 (mediana 7). No grupo dos sobreviventes (n=12) observou-se: todos com IG ≥ 24sem e MPF completa; 1 sem NPF; peso entre 550g e 780g (média 653,7g); IA ao 1ºminuto entre 1-8 (mediana 4) e ao 5ºminuto entre 3-9 (mediana 6). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a mortalidade e o peso (*p-value* 0,336), IG (0,108), IA 1º e 5º minutos (0,884 e 0,492), idade materna (0,430), realização de MPF (0,171) e NPF (0,272). Houve 18 casos (86%) de doença das membranas hialinas, 14 (67%) de sépsis, 11 (52%) de hemorragia peri-intraventricular, 9 (43%) de displasia broncopulmonar e 9 (43%) de retinopatia da prematuridade.

Conclusões: Apesar da elevada morbilidade neonatal, verificou-se sobrevivência da maioria dos RN. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a mortalidade e as variáveis analisadas, sendo o número reduzido de casos um fator limitante. Estes dados refletem a complexidade do aconselhamento individualizado perante situações de periviabilidade.

Palavras-chave: periviabilidade, neonatologia, mortalidade, morbilidade, prematuridade



PO (25688) - CORTICOTERAPIA PARA MATURAÇÃO PULMONAR FETAL: CASUÍSTICA DE 3 ANOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Dóris Freitas¹; Raquel Rosa¹; Carina Spranger¹; Cremilda Barros¹; Patrícia Silva¹; Luís Farinha¹

1 - Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Resumo

Introdução: A corticoterapia para maturação pulmonar fetal (MPF) em gestações com risco de parto pré-termo, espontâneo ou induzido, melhora significativamente os desfechos neonatais, reduzindo mortalidade e complicações associadas à prematuridade. O tratamento promove a diferenciação dos pneumócitos, aumenta a expressão de recetores β -adrenérgicos e enzimas antioxidantes e estimula a reabsorção do fluido pulmonar, otimizando a ventilação e as trocas gasosas. Contudo, a seleção adequada das grávidas e o momento ideal da administração continuam a representar desafios clínicos, dada a necessidade de equilibrar benefícios e potenciais riscos materno-fetais.

Objectivos: Determinar o número de gestações submetidas a MPF num hospital terciário entre 2022 e 2024, identificar as principais indicações clínicas e quantificar os partos ocorridos entre 24 horas e 7 dias após o ciclo terapêutico.

Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional, baseado na análise da base de dados hospitalar, abrangendo todos os casos de administração de corticoterapia para MPF.

Resultados: Foram incluídas 87 gestações (99 fetos). As indicações mais frequentes foram ameaça de parto pré-termo (41,2%) e terminação eletiva da gravidez por patologia materna ou fetal (30,6%). A idade gestacional média de administração foi $30,4 \pm 2,99$ semanas, sendo 14,9% após as 34 semanas. Em 78,2% completou-se o ciclo terapêutico, e apenas 2,3% necessitaram de ciclo de resgate. Em 17% dos casos o parto ocorreu entre 24h e 7 dias após o término do ciclo. O peso médio ao nascer foi $2107g \pm 757g$, com índice de Apgar médio 7/9/9; 57,8% dos recém-nascidos foram admitidos na UCIP. A complicação neonatal mais comum foi a síndrome de dificuldade respiratória (29,5%).

Conclusões: O elevado número de partos que ocorrem mais de 7 dias após o término do ciclo de MPF evidenciam a dificuldade em prever a ocorrência de parto pré-termo. Assim, reforça-se a necessidade de melhores preditores que orientem o momento ótimo da administração.

Palavras-chave: corticoterapia, maturação pulmonar fetal, parto pré-termo, morbilidade respiratória



PO (25689) - ENTRE A VIDA INTRAUTERINA E A PREMATURIDADE, MAIS UM DIA OU UM DIA A MAIS? - O DESAFIO DA DECISÃO DE PARTO EM CASO DE RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO GRAVE

Catarina Oliveira¹; Joana Gomes Moreira¹; Teresa Matos¹; Ana Paula Ferreira¹

1 - ULS Amadora-Sintra

Resumo

Introdução: A restrição de crescimento fetal (RCF) surge quando o feto não atinge o seu potencial biológico de crescimento, quer por causas genéticas, infeção intrauterina, ou inadequada função placentar, que se associa a diversos fatores de risco.

Objectivos: Abordar a RCF como condição importante de parto pré-termo e de morbimortalidade neonatal.

Metodologia: Apresentação de caso clínico de RCF grave.

Resultados: Apresenta-se o caso clínico de uma grávida de 38 anos, G4P1, com antecedentes de síndrome do anticorpo antifosfolipídico e aborto recorrente.

Às 17 semanas de gravidez, identificada RCF precoce. O estudo etiológico incluiu *microarray*, painel de displasias ósseas e exoma, todos sem alterações. No decorrer da vigilância ecográfica, ocorreu uma evolução persistentemente abaixo do P1 e com alterações *doppler* compatíveis com RCF grau I.

Realizada maturação pulmonar fetal (MPF) aquando viabilidade fetal. Diagnóstico de pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade às 26s+6d.

A progressão para RCF grau II exigiu internamento para ciclo de resgate de MPF e vigilância do bem-estar fetal. A posterior evolução para RCF grau IV, por alteração do fluxo no ducto venoso, determinou a terminação da gravidez por cesariana às 30s+5d – recém-nascido vivo do sexo masculino, peso ao nascer 620g, IA 8/9/9.

O exame histopatológico placentar evidenciou má perfusão vascular materna.

O internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais foi marcado por diversas complicações associadas à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, com alta ao 152º dia de vida.

À data actual e com 7 meses de idade corrigida, o lactente apresenta peso de 4660g.

Conclusões: A identificação da etiologia de RCF constitui um desafio, bem como a determinação do momento ideal para terminação da gravidez, equilibrando o risco de morte fetal com o risco de complicações, a curto e a longo prazo, subjacentes ao grau de prematuridade.

Palavras-chave: restrição do crescimento fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer



PO (25695) - PARTO PRÉ-TERMO - PREVISÍVEL E PREVENÍVEL? EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL COM APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

Anaísa S. Simões¹; Márcia Clara Pinto¹; Inês Limpo²; Roxane Van Hauwaert¹; Daniela Alpoim¹; Rita Jesus¹; Catarina Sabbo²; Matilde Vilela²; Ana Edral¹; Rita Martins¹

1 - ULS Algarve - Hospital de Faro; 2 - ULS Algarve - Hospital de Portimão

Resumo

Introdução: Em Portugal, os partos pré-termo (PPT) representam cerca de 8% dos nascimentos. A identificação precoce de fatores de risco, vigilância dirigida e implementação atempada de intervenções comprovadas são determinantes para otimizar os desfechos materno-fetais.

Objectivos: Caracterizar a epidemiologia dos PPT, avaliar a adesão às intervenções obstétricas recomendadas e descrever os principais desfechos neonatais.

Metodologia: Estudo descritivo retrospectivo de 500 casos de PPT, entre 2022-2024, num hospital com apoio perinatal diferenciado. Analisadas variáveis maternas, obstétricas e neonatais.

Resultados: O parto foi espontâneo em 62% dos casos. A maioria das grávidas não apresentava fatores de risco; 10% tinham um PPT anterior e 12% tinham história de internamento na gravidez atual por ameaça de PPT. A cervicometria na ecografia do 2.º trimestre foi realizado em 93% dos casos, identificando-se encurtamento em 6% e incompetência cérvico-ístmica em 2,5%. As comorbilidades mais comuns foram hipertensão crónica e anemia. Predominaram os prematuros tardios (64,4%) e os grandes prematuros (18,9%). Entre os espontâneos, o trabalho de parto idiopático foi mais frequente, 28,8% deles com rutura prematura de membranas. Nos iatrogénicos, a pré-eclâmpsia (19,7%) e a restrição de crescimento fetal (17,4%) foram as principais indicações para terminação precoce. A cesariana ocorreu em 47,7%. Quando indicadas, a corticoterapia foi administrada em 82% e a neuroproteção em 53%. A mortalidade neonatal global foi de 5,3%.

Conclusões: No PPT espontâneo, a ausência de fatores de risco identificáveis limita a previsão populacional, mas estratégias dirigidas — como rastreio cervical, profilaxia com progesterona e cerclagem — reduzem o risco nos subgrupos identificados. No PPT iatrogénico, a previsibilidade é maior e a prevenção depende da otimização da patologia materna e vigilância fetal. A adesão à maturação e neuroproteção fetais são determinantes para reduzir complicações neonatais. Reforçar a estratificação de risco, a adesão protocolar e a coordenação perinatal constituem as principais oportunidades de melhoria.

Palavras-chave: parto pré-termo; prematuridade; maturação; neuroproteção



POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25697) - ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRÉ-VIABILIDADE: 12 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM CENTRO TERCIÁRIO

Carlos Silva^{1,2}; Rita Gentil Matos³; Catarina Alves¹; Ana Diogo Coutinho^{2,4}; Vera Trocado^{1,2,5}; Sofia Bessa Monteiro^{1,2}; Marina Moucho^{1,2}

1 - Serviço de Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal; 2 - Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 3 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; 4 - Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal; 5 - Centro de Medicina Fetal Prof. Doutor Nuno Montenegro, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: A rotura prematura de membranas (RPM) pré-viabilidade é uma condição rara (<1% das gestações), e associa-se a complicações maternofetais, morbimortalidade neonatal e risco de sequelas neurológicas nos sobreviventes. A tomada de decisão clínica nestas situações requer dados atualizados e específicos de cada centro, de forma a fornecer informação adequada às grávidas.

Objectivos: Descrever os desfechos obstétricos, perinatais e pós-natais após RPM antes das 22 semanas de gestação.

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo de gestações complicadas por RPM pré-viabilidade na Unidade Local de Saúde São João, entre janeiro de 2013 e outubro de 2025.

Resultados: Foram identificados 23 casos. A mediana (min-max) da idade gestacional (IG) à RPM e ao nascimento foi 19 (13-21) e 33 (28-38) semanas, respetivamente. 9 mulheres tinham, pelo menos, um abortamento prévio (39,1%). Foi administrada antibioterapia em 73,9% (n=17) e corticoterapia em 26,1% (n=6). Verificou-se anidrámnios em 47,8% (n=11) e corioamnionite em 17,4% (n=4). Ocorreram 8 interrupções médicas da gravidez (34,8%), 7 abortamentos espontâneos (30,4%) e 8 nascimentos (34,8%). Entre os sobreviventes, 6 necessitaram de internamento em cuidados intensivos neonatais (75,0%) com mediana (min-max) de duração de 16,5 dias (0-74). As medianas do período de latência (91 vs 1 dias; p=0.001) e IG ao parto (33 vs. 19 semanas; p<0.001) foram significativamente superiores no grupo dos sobreviventes. Aos 2 anos de vida, reportado 1 caso de paralisia cerebral (12,5%), 1 de atraso no desenvolvimento da linguagem (12,5%), 4 de normal neurodesenvolvimento (50%) e 2 tiveram perda de seguimento (25%).

Conclusões: Neste estudo, a atitude expectante associou-se a sobrevida superior a 50% e uma taxa de 50% de sobreviventes sem sequelas neurológicas. O período de latência e a IG ao parto revelaram ser fatores preditores de sobrevivência neonatal após RPM pré-viabilidade, sugerindo que o prolongamento da gestação é o principal determinante da sobrevida e prognóstico nestas situações, tal como sustentado pela literatura.

Palavras-chave: Rotura prematura de membranas, Pré-viabilidade, Prematuridade, Desfechos perinatais, Desfechos pós-natais, Desfechos obstétricos



PO (25699) - ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS NA PERIVIABILIDADE: EXPERIÊNCIA DE 12 ANOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Rita Gentil Matos¹; Carlos Silva^{2,3}; Ana Diogo Coutinho^{3,4}; Vera Trocado^{2,3,5}; Sofia Bessa Monteiro^{2,3}; Marina Moucho^{2,3}

1 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; 2 - Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal; 3 - Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 4 - Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Unidade Local de Saúde do São João, Porto, Portugal; 5 - Centro de Medicina Fetal Prof. Dr. Nuno Montenegro, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: A rotura prematura de membranas (RPM) na periviabilidade é uma complicação obstétrica associada a elevada morbilidade e mortalidade perinatal, decorrentes da prematuridade extrema, representando um desafio ético e clínico no aconselhamento parental e conduta obstétrica.

Objectivos: Caracterizar os desfechos maternos, obstétricos e neonatais dos casos de RPM na periviabilidade na Unidade Local de Saúde de São João.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo que incluiu todas as gestações com RPM entre as 22 semanas e as 25 semanas, entre janeiro de 2013 e outubro de 2025.

Resultados: Foram identificados 18 casos. A mediana (min-máx) da idade gestacional à data da rotura foi 24 semanas (22-25). Foi efetuada antibioterapia em todos os casos e corticoterapia para maturação pulmonar fetal em 88% (n=15). As complicações mais frequentes foram corioamnionite em 28% dos casos (n=5); oligoâmnios/anidrâmnios em 72% (n=13); e descolamento prematuro de placenta normalmente inserida em 11,1% (n=2). A mediana (min-máx) do período de latência foi de 13 dias (1-108).

A mediana (min-máx) da idade gestacional ao nascimento foi 27 semanas (22-37). A sobrevivência à data de alta foi de 61%. A mediana (min-máx) da duração de internamento dos recém-nascidos foi 64 dias (2-89).

As complicações neonatais mais frequentes foram síndrome de dificuldade respiratória (64%, n=7), displasia broncopulmonar (64%, n=7), retinopatia da prematuridade (46%, n=5) e sépsis (18%, n=2).

Em dois casos (18,2%) foram identificadas perturbações do neurodesenvolvimento.

A mediana do período de latência foi significativamente superior nos sobreviventes (30 vs. 1 dias; $p < 0,001$), bem como a da idade gestacional ao nascimento (28 vs. 24 dias; $p < 0,001$).

Conclusões: A RPM periviabilidade associou-se a elevada morbilidade neonatal, embora uma proporção relevante sobreviva, corroborando os achados descritos na literatura.

Nesta série de casos, a idade gestacional ao nascimento e o tempo de latência foram os principais determinantes do prognóstico e sobrevivência fetal.

Palavras-chave: rotura prematura de membranas, periviabilidade, prematuridade, desfecho perinatal, desfecho pós natal



PO (25700) - ENTRE A CONTRACEÇÃO E A PREMATURIDADE: DIU COMO FATOR ASSOCIADO À RPM-PT

Mariana Gaspar¹; Bruna Cardoso¹; Ana Carmo Pinheiro¹; Ana Rita Agostinho¹; Andreia Fonseca¹

1 - Hospital Garcia de Orta, ULS Almada-Seixal

Resumo

Introdução: A rotura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT) é uma das principais causas de prematuridade extrema e constitui um determinante de morbilidade e mortalidade perinatais, sobretudo quando associada a anidrámnios. A etiologia é multifatorial, envolvendo processos inflamatórios, infecciosos e mecânicos. A presença de um dispositivo intrauterino (DIU) durante a gestação, embora rara, pode resultar em rotura precoce de membranas.

Objectivos: Documentar um caso clínico de RPM-PT em grávida com DIU intracervical, salientando a potencial associação etiológica e o impacto perinatal da prematuridade extrema.

Metodologia: Relato de caso clínico baseado na revisão dos registos clínicos materno-fetais e neonatais.

Resultados: Grávida de 32 anos, G2P1 (cesariana prévia), recorre ao serviço de urgência às 27s+1d (datação ecográfica às 21s) por dor pélvica, leucorreia esbranquiçada e hemorragia vaginal escassa. DIU de cobre colocado 3 anos antes, não removido previamente.

À admissão, observou-se hemorragia vaginal escassa; a ecografia revelou feto único vivo, anidrámnios, placenta prévia marginal posterior e DIU intracervical, que se removeu. Apresentava ainda elevação tensional, rácio proteínas/creatinina urinário de 0,4 e sFit-1/PIGF de 598.

Foi internada por anidrámnios em provável contexto de RPM-PT e pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade, iniciando antibioterapia de latência e corticoterapia para maturação fetal.

Às 27+3 semanas realizada cesariana urgente por estado fetal não tranquilizador e corioamnionite.

Nasceu recém-nascido feminino, 565 g, Apgar 3/6/8, internado em cuidados intensivos neonatais por síndrome de dificuldade respiratória, hiponatremia e hemorragia peri-intraventricular grau I. O puerpério materno decorreu sem intercorrências. Após 1 mês, o recém-nascido mantém evolução favorável, em ventilação espontânea e com crescimento adequado.

Conclusões: Este caso ilustra a possível associação entre o uso de DIU e a ocorrência de RPM-PT, reforçando a relevância clínica da prematuridade extrema e a importância da vigilância obstétrica rigorosa para identificação precoce de fatores de risco e otimizar o prognóstico materno-fetal.

Palavras-chave: DIU, RPM-PT, Prematuridade



PO (25705) - PEQUENOS GRANDES DESAFIOS: PREMATURIDADE EXTREMA NO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA (HESE)

Ana Gomes Lopes¹; Cláudia Passos¹

1 - Hospital Espírito Santo de Évora

Resumo

Introdução: A prematuridade extrema, definida como nascimento antes das 28 semanas de gestação, constitui uma das principais causas de morbimortalidade neonatal, apresentando-se como um indicador da qualidade dos cuidados obstétricos e perinatais. A identificação dos fatores maternos e obstétricos associados ao parto pré-termo é fundamental para a implementação de estratégias preventivas e para a otimização do prognóstico neonatal.

Objectivos: Caracterização descritiva dos casos de prematuridade extrema no Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) (janeiro 2021 – setembro 2025), abordando antecedentes maternos, complicações gestacionais, modalidade de parto e principais desfechos neonatais.

Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e observacional, baseado na revisão de registos clínicos e da base de dados institucional do HESE. Foram incluídos todos os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas durante o período em análise. As variáveis estudadas englobaram características maternas, antecedentes obstétricos, complicações gestacionais, tipo de parto, administração de corticoterapia antenatal e desfechos neonatais.

Resultados: Num total de quatro mil e vinte e quatro partos, identificaram-se trinta casos de prematuridade extrema (0.7%). Verificaram-se sete mortes neonatais/infantis. Cinco gravidezes eram gemelares e três resultaram de procriação medicamente assistida. Sete bebés nasceram de mães com antecedentes de parto pré-termo e cinco de mães com antecedentes de aborto. O ciclo de corticoterapia para maturação fetal foi administrado em vinte e três gestações (dezoito com esquema completo), tendo dezasseis partos ocorrido até sete dias após o ciclo. O parto foi cesariana em dezanove casos, eutócico em nove e distócico (fórceps) em dois. Vinte e duas gravidezes foram adequadamente vigiadas.

Conclusões: A incidência de prematuridade extrema no HESE é semelhante à descrita na literatura. A presença de antecedentes obstétricos e de complicações gestacionais reforça o carácter multifatorial do parto pré-termo extremo. A vigilância pré-natal rigorosa e a referenciação precoce das gravidezes de alto risco permanecem essenciais para a redução da morbimortalidade neonatal.

Palavras-chave: Prematuridade extrema, Complicações gestacionais, Morbilidade neonatal, Mortalidade neonatal, Corticoterapia Antenatal



PO (25711) - MELANOMA METASTÁTICO DIAGNOSTICADO NA GRAVIDEZ: UM DESAFIO DE ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Joana Nogueiro Regino¹; Salete Espírito Santo¹; Nuno Pereira¹; Rita Mesquita Pinto¹; Joana Santos¹

1 - ULS Viseu Dão-Lafões

Resumo

Introdução: O melanoma, apesar de raro, é um dos cancros mais frequentes na gravidez; com cerca de um terço dos casos diagnosticados em mulheres em idade reprodutiva. A incidência crescente e o aumento da idade materna, contribuem para uma maior ocorrência durante a gestação, embora o impacto desta no prognóstico e a melhor forma de atuação permaneçam pouco definidos.

Objectivos: Descrever a abordagem multidisciplinar de um melanoma metastático na gravidez, reforçando a importância da vigilância clínica adequada, perante sintomas neurológicos atípicos.

Metodologia: Os autores descrevem o caso clínico de melanoma metastático diagnosticado durante a gravidez, no nosso Serviço.

Resultados: Grávida 32 anos, G1P0, 29 semanas + 1 dia, saudável, recorreu ao serviço de urgência, por episódio de mioclonias autolimitadas à direita. A TAC cerebral mostrou múltiplas lesões com características hemorrágicas, sendo a RMN sugestiva de origem metastática. Foi internada e realizou ecografias ginecológica, mamária e tiroideia, marcadores tumorais (negativos) e foi avaliada por dermatologia (sem lesões cutâneas suspeitas). A ecografia mamária revelou lesão BI-RADS 4C à direita. Completou-se estudo mamário com mamografia e biópsia da lesão (que revelou melanoma maligno pouco diferenciado). A ecografia ginecológica revelou quisto hemorrágico à direita, com parênquima ovárico heterogéneo. Durante o internamento desenvolveu cefaleias refratárias e convulsões tónico-clónicas, que motivaram transferência para Unidade hospitalar nível III, devido à possível necessidade de parto antes das 32 semanas. Por agravamento clínico, foi terminada a gravidez, às 30 semanas, com cesariana segmentar arciforme, anexectomia direita e biópsia do ovário esquerdo, que revelaram histologicamente metástases de melanoma. Nasceu um recém-nascido com boa adaptação à vida extrauterina. A PET demonstrou metastização disseminada. Iniciou terapêutica com encorafenib + binimetinib, mantendo seguimento por dermatologia.

Conclusões: O melanoma metastático na gravidez é raro e requer alta suspeição clínica. A abordagem multidisciplinar precoce e individualizada é essencial para uma tomada de decisão adequada, centrada na mãe e no feto.

Palavras-chave: Melanoma, metástases, gravidez



7.º CONGRESSO NACIONAL da SPOMMF

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

20 | 21 | 22 novembro 2025

Ordem dos Médicos • PORTO





SALAS DE PARTO VERDES

PO (25701) - VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA: EFICÁCIA, SEGURANÇA E FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO — EXPERIÊNCIA DE CINCO ANOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Beatriz David¹; Francisca Serra¹; Inês Lima¹; Marta Palma¹; Inês Lourenço¹; Leonor Aboim¹; Filipa Caeiro¹; Diana Martins¹; Elsa Dias¹; Carlos Veríssimo¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Resumo

Introdução: No termo, aproximadamente 3-4% dos fetos encontram-se em apresentação pélvica. A versão cefálica externa (VCE) é um procedimento obstétrico seguro e eficaz, constituindo uma estratégia fundamental para reduzir a taxa de cesarianas. O seu êxito é influenciado por múltiplos fatores cuja compreensão é essencial para otimizar a seleção das candidatas.

Objectivos: Avaliar a taxa de sucesso da VCE, identificar os fatores associados ao êxito do procedimento e os desfechos obstétricos.

Metodologia: Estudo retrospectivo de 56 VCE realizadas no Hospital Beatriz Ângelo entre 2021 e 2025. Foram analisadas variáveis maternas (idade, paridade, IMC, raça, cesariana anterior), ecográficas (índice de líquido amniótico e localização placentária) e técnicas (número de tentativas e realização de analgesia locorregional).

Resultados: A taxa global de sucesso foi de 53,6%. A taxa de sucesso foi superior em múltiparas do que em nulíparas (66,7% vs 41,4%, $p=0,104$), associando-se também a menor número de tentativas (1,5 vs 3,0; $p<0,001$) e a índice de massa corporal (IMC) inferior (29,7 vs 32,7 kg/m²; $p=0,042$). Observou-se tendência para maior sucesso em casos com índice de líquido amniótico (ILA) superior, placenta não anterior e analgesia locorregional, embora sem significância estatística. A idade, a raça e a presença de cesariana anterior não tiveram influência na taxa de sucesso. A análise temporal demonstrou uma tendência ligeira de aumento da taxa de sucesso ao longo do período estudado.

Entre as VCE bem-sucedidas ($n=30$), 66,7% resultaram em parto vaginal. Não se registaram complicações maternas ou fetais em nenhum dos casos.

Conclusões: A VCE revelou-se um procedimento seguro e eficaz, com maior probabilidade de sucesso em múltiparas e em grávidas com IMC inferior. Estes resultados reforçam a importância da implementação sistemática da VCE como estratégia para aumentar a probabilidade de parto vaginal, em consonância com as expectativas e preferências atuais das grávidas.

Palavras-chave: Versão cefálica externa, Parto vaginal, Apresentação pélvica