

Discussão Interativa Pré-Eclâmpsia

34º EMGO

Caso clínico 1

Paciente de 19 anos, primigesta, idade gestacional 38 semanas, comparece ao plantão queixando cefaléia, escotomas visuais e epigastralgia. Ao exame apresenta:

- PA: 150x100mmHg
- FC: 90 bpm
- Altura uterina: 32cm
- BCF: 130 bpm
- Edema: 2+
- Toque: colo dilatado 2cm, apagado 80%, pólo cefálico no Plano +1 de De Lee, bolsa íntegra.

No cartão de pré-natal a pressão arterial era de 110x70mmHg durante à maior parte da gestação e de 140x90mmHg na última consulta à 15 dias.

Proteinúria de amostra única: 3+

1. Qual a sua conduta:

- A. Prescrever Nifedipina 20mg de 12/12, solicitar proteinúria de 24 horas e retorno em uma semana
- B. Internar, prescrever Sulfato de Magnésio e iniciar a indução do parto
- C. Internar a gestante para propedêutica materno-fetal
- D. Internar e realizar cesariana devido ao risco materno

2. Durante à admissão a paciente apresentou crise convulsiva tônico-clônica. O que fazer?

- A. Prescrever hidantal EV
- B. Prescrever Sulfato de Magnésio EV
- C. Colocar a paciente em decúbito lateral esquerdo, fazer a contenção para evitar lesões, oferecer O₂ a 8L/min e prescrever o MgSo₄.
- D. Levar a paciente para o bloco cirúrgico e realizar a cesariana imediatamente, enquanto o anestesista controla a convulsão com a droga mais apropriada.

- 3. Após o término da crise convulsiva, a paciente se encontrava confusa, com PA: 170x110 mmHg, FC: 100 bpm e a frequência cardíaca fetal era de 180bpm. A infusão de Sulfato de Magnésio já havia começado. Você então resolve:**
- A. Interromper imediatamente a gestação pelo sofrimento fetal agudo
 - B. Administrar Hidralazina EV e controlar a PA antes da interrupção
 - C. Administrar Nifedipina VO e controlar a PA antes da interrupção
 - D. Aguardar mais tempo pois o MgSO₄ leva à diminuição da PA e só depois interromper a gestação

4. Nesse caso a melhor via de parto seria:

- A. Cesariana pelo sofrimento fetal
- B. Cesariana pois como o MgSO_4 tem ação tocolítica a indução não vai pegar
- C. Vaginal, com ausculta intermitente
- D. Vaginal, com monitoração contínua

Caso Clínico 2

Paciente 18 anos, primigesta, com gestação de 26 semanas e 2 dias, com pressão arterial 150x100mmHg, durante a consulta de pré-natal.

Relatava ser previamente normotensa.

Na primeira consulta de pré-natal, com 16 semanas, a PA anotada no cartão era de 130x80mmHg.

1. Qual a conduta nesta situação:

- A. Prescrever Nifedipina 20mg de 12/12h ou Metildopa 250mg de 8/8h
- B. Solicitar proteinúria de 24 horas e retorno em uma semana
- C. Internar a gestante para propedêutica materno-fetal
- D. Interromper a gravidez devido ao risco materno e fetal

A paciente foi internada para propedêutica e os exames mostraram:

- **Proteinúria: 1,2g em 24 horas**
- **AST: 15**
- **LDH: 565**
- **Hemograma: Hb:12,3 e Ht: 35%**
- **Plaquetas: 123.000**
- **US: Biometria compatível com 25semanas (cronologia 26s2d), Peso fetal estimado: 700g (p10-25), CA: entre os percentis 3 e 10, ILA: 10,9, PBF: 8/8, Doppler: sem alterações**

2. Qual a sua conduta frente a esses resultados.

- A. Alta hospitalar em uso de anti-hipertensivo
- B. Interrupção imediata da gestação
- C. Corticoterapia para amadurecimento do pulmão fetal
- D. Manter a paciente internada para tentar a conduta conservadora

3. Durante a internação você associaria anti-hipertensivos?

- A. Não pois eles poderiam mascarar o quadro
- B. Apenas a hidralazina EV em caso de crise hipertensiva
- C. Sim, utilizaria a nifedipina e/ou metildopa
- D. Sim, utilizaria o Pindolol

Após uma semana de acompanhamento, o quadro clínico materno se mantém estável, mas o Doppler mostrou resistência aumentada na artéria umbilical e ainda dentro dos limites da normalidade na ACM, porém com IUC: 1,2. ILA: 8,5, PBF: 8/8, CA: entre P3 e P10, PFE: 800g (p10-25).

4. Qual sua conduta?

- A. Interromper imediatamente a gestação, uma vez que o feto já está centralizado.
- B. Aguardar alteração no PBF para interromper
- C. Só interromper quando o Doppler mostrar diástole zero ou reversa
- D. Só interromper quando o Ducto Venoso mostrar onda A reversa

Caso Clínico 3

Paciente de 36 anos, G2P1A0 (1 parto normal anterior), IG: 32 semanas, internada em sua instituição com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave, em conduta conservadora. A PA após a intenação variou entre 150x100 e 170x110 mmHg. A paciente se encontra assintomática, recebendo apenas Hidralazina EV durante as crises hipertensivas.

A propedêutica fetal está normal e a propedêutica materna indicou:

- Proteinúria: 3g/24 horas
- LDH: 1020 UI/L
- AST: 85 UI/L
- Plaquetas : 107.000

1. Qual a sua conduta?

- A. Interromper a conduta conservadora e realizar cesariana
- B. Administrar Betametasona e interromper a gestação após 48 horas
- C. Administrar Dexametasona e interromper a gestação após 48 horas
- D. Continuar a conduta conservadora enquanto não houver uma piora mais significativa do quadro

- 2. Você acha que nesse caso estaria indicado um teste de avaliação da maturidade pulmonar fetal?**
- A. Sim, pois caso o teste seja positivo ganharíamos um tempo valioso
 - B. Não, pois abaixo de 34 semanas o teste sempre será negativo
 - C. Não, pois independente do resultado a gestação deve ser prontamente interrompida

3. Para a realização da cesariana o anestesista solicitou novo hemograma que mostrou contagem de plaquetas: 77.000. Perguntado sobre o melhor tipo de anestesia para essa paciente você responde que:

- A. O ideal seria a anestesia geral pois a contagem de plaquetas está muito baixa
- B. O ideal seria a anestesia geral pois a paciente se encontra muito instável
- C. A anestesia de bloqueio não está contra-indicada

- 4. No dia seguinte ao parto a paciente encontra-se clinicamente bem, com sangramento pouco aumentado. O hemograma mostra: Hb: 9,2 g/dL e plaquetas: 35.000. Qual a sua conduta?**
- A. Realizar transfusão de sangue e plaquetas
 - B. Iniciar Dexametasona 10mg de 12/12 horas e sulfato ferroso
 - C. Realizar transfusão sanguínea e prescrever a Dexametasona
 - D. Prescrever apenas o sulfato ferroso e acompanhar as plaquetas

Caso Clínico 4

Paciente de 25 anos, G2P1, IG: 16 semanas, com história de pré-eclâmpsia grave e precoce na gestação anterior, que resultou em um parto com 27 semanas com RN neomorto em função de complicações da prematuridade, desejando saber o que fazer na gestação atual para evitar que o problema se repita.

1. Qual a sua conduta?

- A. Tranquilizar a paciente pois a pré-eclâmpsia é uma doença que afeta principalmente primigestas
- B. Pedir o Doppler de Artérias Uterinas para avaliar o risco de repetição da doença
- C. Prescrever AAS 100mg/dia e Cálcio se a dieta for deficiente
- D. Prescrever Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM)

2. O Doppler de artérias uterinas veio mostrando ausência de incisuras e índices normais. Você:

A. Mantém a profilaxia?

B. Suspende a profilaxia?

3. Se essa paciente o houvesse procurado antes da gestação qual seria sua conduta?

- A. Tranquilizar a paciente pois a pré-eclâmpsia é uma doença que afeta principalmente primigestas.
- B. Pesquisar trombofilias.
- C. Prescrever vitaminas C, E e ácido fólico desde o período pré-concepcional.
- D. Orientá-la à utilizar o AAS após o 1º trimestre de gestação.

4. A pesquisa de trombofilias indicou a presença de deficiência de antitrombina. Qual sua conduta?

- A. Acompanhar pois o risco de pré-eclâmpsia associado à essa trombofilia é baixo.
- B. Prescrever HPBM à partir de 5 semanas de gestação.
- C. Prescrever HBPM e AAS
- D. Prescrever HBPM, AAS e Predinisona