**PRIMEIRA AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA ASSISTÊNCIA À MULHER EM RISCO OBSTÉTRICO - GABARITO**

1 **(1,0)** - O uso rotineiro dos recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco (ou risco habitual) não melhora a qualidade assistencial, nem seus resultados, e retarda o acesso das gestantes que deles precisem. **Exemplifique essa frase com algum caso de patologia obstétrica e justifique sua resposta.**

Não há gabarito: seria necessário definir uma patologia obstétrica que pode ser tratada na atenção básica ou um fator de risco que também pode ser abordado na atenção básica. O importante é que nesses casos, a referenciação desnecessária dificulta o acesso daquelas que realmente necessitam

2 **(0,25 cada)** – A Obstetriz que está no PAO de uma maternidade verificou os sinais vitais de quatro gestantes indicando em suas fichas quais deveriam ser as prioridades de atendimento de acordo com a classificação por cores:

- Janaína, PAS 75 mmHg, PAD inaudível, FC 160 bpm. Sintomática = FATOR DE RISCO VERMELHO.

- Margarida, PAS 165 mmHg, PAD 115 mmHg, FC 145 bpm. Sintomática = FATOR DE RISCO LARANJA.

- Joana, PAS 150 mmHg, PAD 100 mmHg, FC 80 bpm. Assintomática. FATOR DE RISCO AMARELO.

- Lilian, PAS 125 mmHg, PAD 75 mmHg, FC 75 bpm. Assintomática. FATOR DE RISCO VERDE.

**Justifique a conduta da obstetriz utilizando para isso o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia da Rede Cegonha (MS, 2014).**

Janaína: atendimento imediato – na sala de emergência pois há risco de morte.

Margarida: atendimento em até 15 minutos – prioridade no atendimento pois há risco de PE pelos sinais vitais alterados e sintomatologia.

Joana: atendimento em até 30 minutos - pode esperar por atendimento, possível PE, mas será preciso verificar outros parâmetros.

Lilian: não há risco de agravo, pode ser atendida por ordem de chegada.

**MANUAL: Fluxos de atendimento após classificação de risco**

**Pacientes classificadas como vermelhas (atendimento médico imediato)**

 O atendimento destas pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.

 As medidas de suporte de vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportada / atendida pelo Suporte Avançado do SAMU-192

**Classificação Laranja (atendimento médico em até 15 minutos)**

 O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esses profissionais o mais rápido possível.

 As medidas de suporte a vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportado / atendido pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192

**Classificação Amarela (atendimento médico em até 30 minutos)**

 O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento.

**Classificação Verde (atendimento médico em até 120 minutos)**

 Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas por ordem de chegada.

3 **(1,0)** – Quando uma gestante que está na 14ª. sem. apresenta história de perdas gestacionais anteriores e afunilamento e dilatação prematura do colo no exame de toque, ela deve ser submetida a cerclagem. **Justifique essa conduta utilizando como base o artigo “Incompetência istmo-cervical: atualização” de Gomes et al.** *(Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 5): S67-S70)*.

O período mais adequado para a realização da cerclagem situa-se entre 12 e 16 semanas de gestação. Não se indica o procedimento antes de 12 semanas devido à possibilidade de abortamento por outras causas. Após 16 semanas, por outro lado, o crescimento progressivo do útero tornaria mais provável a dilatação cervical. A condição do colo no momento da cirurgia, entretanto, é considerada fator mais importante na definição do prognóstico da gestação. É importante ser realizada antes que haja dilatação do canal cervical, o que pode ser definido como cerclagem eletiva ou profilática.

4 **(0,5 cada resposta)** – Zilda, 38 anos, IIG IP, 22ª. sem, realiza pré-natal na UBS e ao ser avaliada verificou-se que apresentava hipertensão gestacional, útero aumentado de volume para a idade gestacional, ausência de BCF e queixa de náuseas persistentes acompanhadas de sangramento vaginal em pequena quantidade. Foi encaminhada para o hospital de referência que realizou dosagem seriada de beta hCG, cujo resultado foi de 100.000 miliUI/mL, seguido por ultrassonografia e posterior esvaziamento uterino. Na alta hospitalar, foi-lhe solicitado que fizesse dosagens seriadas de beta hCG e acompanhamento mensal por pelo menos um ano. **Qual é o possível diagnóstico de Zilda? Qual a razão desse controle? Justifique suas respostas.** *(use como referência o artigo de Braga et al. publicado na revista Femina)*

Mola hidatiforme.

A dosagem é feita para controle de qualquer tipo de mola ou doença trofoblástica gestacional. Havendo elevação de beta-hCG pode-se suspeitar de crescimento de outra mola ou de malignização do quadro (coriocarcinoma)

5 **(0,5 diag / 0,25 cirurgia / 0,25 acons.)** – Nelcina está na 10ª. sem gestacional e é atendida pela obstetriz no PAO de um hospital com os seguintes sinais/sintomas: náuseas, dor intensa no ombro, pulso rápido e fraco, hipotensão, dor abdominal intensa e resistente à palpação, acompanhada de arroxeamento periumbilical. O médico de plantão realizou ultrassonografia transvaginal e solicitou dosagem de beta hCG, cujo resultado foi de 5.500 miliUI/mL. Nelcina foi encaminhada para o centro cirúrgico com urgência. **Neste caso, você suspeita de qual diagnóstico? Que tipo de cirurgia possivelmente foi realizada em Nelcina? Qual deve ser o seu aconselhamento para Nelcina durante a alta hospitalar? Justifique suas respostas.**

Gestação ectópica rota (sinais e sintomas e baixa dosagem de beta hCG).

Cirurgia de retirada da trompa ou de de reconstrução da trompa.

Aconselhamento sobre nova gestação, intervalo interpartal e métodos contraceptivos.

6 **(0,5 diag / 0,5 just.)** – Alma, 20 anos, I G, 0P, 36ª. sem., chega ao centro obstétrico queixando-se de sangramento vaginal e dor forte no hipogastro. Ela refere que toma metildopa 250mg 12/12 h desde que começou o pré-natal de risco na 19ª. sem. Trouxe uma toalha ensopada com sangue escuro, informa que sente diminuição nos movimentos fetais e nega perdas de líquido. A pressão sanguínea é de 130/80 mmHg, o pulso é de 100 bat/min. O traçado dos BCF é normal. O exame especular revela uma cérvice longa e fechada, não havendo sangue no fundo de saco vaginal e nem sangramento ativo pelo orifício cervical. A hemoglobina é de 8,2 g/dL. As contrações são regulares e fortes, havendo hipertonia leve e hipersensibilidade uterina dolorosa. Após instalar venóclise e verificar os sinais vitais dessa mulher, você percebeu sangramento contínuo pelo local da punção, sangramento gengival e presença de petéquias no local em que foi colocado o manguito.

**Qual são os possíveis diagnósticos dessa gestante? Qual é a relação entre a causa do sangramento e esses diagnósticos?** **Justifique suas respostas, usando para isso os manuais do MS (Gestação de alto risco-manual técnico. 2012) e da Febrasgo (Manual de gestação de alto risco. 2011)**

PE (hipertensão induzida pela gestação e tratamento com anti-hipertensivo) + DPP leve + coagulopatia por consumo local dos fatores de coagulação (VIVD)

Separação progressiva da placenta resulta em liberação de tromboplastina tecidual, que dispara o mecanismo de coagulação em consumo e deposição de fibrina no útero/ ou por consumo sistêmico – tromboplastina é liberada para corrente materna e provoca hipercoagulabilidade que culmina na coagulação intravascular disseminada (CIVD). Esses problemas provocaram também a anemia. A PA está normal, o que é explicado pelo uso do anti-hipertensivo.

7 **(0,75)**– Infelizmente foi verificado que houve óbito intra-uterino no caso de Alma. **Após o nascimento desse bebê, qual deve ser o papel da obstetriz?**

Múltiplas repostas, sem gabarito. O mais importante é apresentar reflexões a respeito do acolhimento e apoio psicossocial da mulher e da família. Como acréscimo, medidas de controle e cuidado biológico.

8 **(0,25 cada diag / 0,5 fisiol)** – Fátima, 29 anos, grávida de 34 semanas, chega ao pronto atendimento de um hospital com queixa de muita falta de ar, dor e ardência em uma das pernas. Ao exame físico verifica-se taquipnéia, taquicardia, hipotensão, hipóxia (oximetria de 80%), cianose de extremidades, crepitações durante a ausculta pulmonar, edema, calor e vermelhidão na panturrilha esquerda.

**Descartada a Covid-19, você determina quais possíveis diagnósticos para Fátima? Justifique sua resposta, usando para isso os artigos de Junqueira et al** *(Rev Med Minas Gerais 2006; 16(3): 170-3)* **e de Pontes et al** *(FEMINA | Janeiro/Fevereiro 2013 | vol 41 | nº 1)***.**

Trombose venosa profunda e Embolia Pulmonar

Fisiopatologia: Alterações no vaso sanguíneo; Estase; Alterações nos componentes do sangue (estado pró-coagulante da gravidez); Coágulos se desprendem do sistema venoso profundo e se alojam nas artérias pulmonares causando a embolia.

9 **(0,25 diag / 0,5 cond / 0,25 teoria)** - Juliana, 35 anos, G4P3A1, gravidez gemelar, 34 semanas, dois filhos vivos do primeiro casamento e um aborto entre o 1º e o 2º filho, foi internada no hospital com crise hipertensiva sem o cartão da gestante. Seu companheiro relata que ela foi diagnosticada com DMG no pré-natal, engordou 30 kg. Na admissão, relata visão turva com pontinhos brilhantes. PA = 175x 110 mmHg, sem sangramentos. Resultados dos exames na admissão: proteinúria +3, plaquetas 80.000/mL, ureia 150 mg/dL creatinina 6,9 mg/dL. Doppler de artérias uterinas revela fluxo diastólico reverso. Exame de glicemia não foi feito.

1. **Qual o possível diagnóstico de Juliana? Qual deve ser a conduta adequada?**

Síndrome HELLP, uma complicação da pré-eclâmpsia. Além de hipertensão severa, ela apresenta proteinúria, plaquetopenia, alterações visuais e no doppler. Utilizar medicamentos para baixar a pressão arterial (nifedipina, labetalol ou hidralazina), sulfatar. Parto é necessário, através de cesariana neste caso. Acompanhar níveis glicêmicos e manejar a diabetes concomitantemente.

1. **Uma das teorias para explicar esse diagnóstico é a imunológica. Quais as bases para essa teoria?**

Segundo a teoria imunológica, existiria uma resposta inadequada dos anticorpos maternos ao feto, resultando em dano vascular proveniente dos imunocomplexos. Esta teoria é sustentada pelo fato de existir uma maior prevalência da doença em gestações precedidas de limitada exposição ao antígeno (esperma do companheiro - ex., nulíparas, nupcialidade recente, sexo com preservativo, FIV) e em situações de aumento do antígeno fetal (gestações gemelares, molares). O primeiro contato com o vilo corial carreia uma incidência oito vezes maior de PE, quando comparada com multíparas; um abortamento anterior confere um certo grau de imunidade que reduz a prevalência da doença em outra gestação a termo. No caso de Juliana, além de um novo relacionamento, tratava-se de uma gestação gemelar. Na gravidez múltipla a freqüência da doença é seis vezes maior e muito mais, se for tripla ou quádrupla.

10 **(0,25 diag / 0,5 condutas / 0,5 prevenção)** - Manuela, G5P4, 38 3/7 semanas, 4 filhos do sexo masculino nascidos de parto vaginal, sem comorbidades, 7 consultas pelo cartão da gestante, chega ao hospital com seu companheiro aos 6cm de dilatação às 5:20h. A equipe de plantão está com muitas parturientes em TP, não há leitos disponíveis e Manuela é levada diretamente para a sala de parto. Ao exame admissional, PA 120x75mmHg, AU: 35cm. Ocitocina é instalada em bomba de infusão e é feita amniotomia (líquido claro com grumos). BCF mantém-se entre 130-150 bpm até o nascimento. Às 6:50h nasce RN de sexo feminino com APGAR 8-9, 4.550g, 50 cm. Dequitação da placenta é imediata e completa, nem houve tempo de manejo ativo. Útero contrai e globo de segurança de Pinard é presente. Não há laceração no trajeto. O serviço utiliza protocolo de ocitocina IV 10 UI em 500mL de soro fisiológico que corre em 30 minutos como parte do manejo de prevenção de hemorragia. O contato pele-a-pele não é feito imediatamente, há confusão na troca de plantão e o bebê fica no berço aquecido. Às 7:10 Manuela é levada para a maca e fica no corredor. O RN vai no colo do pai, que está muito feliz, é sua primeira filha. Apenas às 8:00h a PA é aferida: 100 x 70mmHg, FC: 100, temperatura: 36,4ºC. Útero não é avaliado. Lóquios não estão aparentes na fralda e a enfermeira anota que estão fisiológicos e corre para atender gestante com bebê nascendo. Às 9:00h Manuela parece um pouco pálida, tem sede, pede para a enfermeira ajudá-la a ir ao banheiro e desmaia ao chegar lá.

**Qual o diagnóstico que você daria a Manuela e como chegou a essa conclusão?**

Choque hipovolêmico. Através do cálculo do IC= 1

**Quais condutas a serem adotada depois do desmaio?**

Chamar ajuda, posicionar paciente em Trendelemburg, acesso venoso de grosso calibre e infusão com cristaloide, suporte de oxigênio. Descobrir causa do choque para manejo adequado. Em geral, é choque por HPP. Massagem uterina caso útero esteja hipotônico.

**Quais condutas teria adotado a partir da admissão para evitar o ocorrido?**

Manuela é uma grande multípara, o que é fator de risco para hemorragia pós-parto. Não era necessária a condução com ocitocina pois ela estava em TP ativo. O manejo da prevenção de HPP deveria ser 10UI de ocitocina IM. O contato pele-a-pele deve ser estimulado, assim como a amamentação na primeira hora. Cálculo do índice de choque deve ser feito ainda na sala de parto. Checagem de sinais vitais, loquiação e contração uterina adequada no período de 1 hora após o parto é importante.