15 minutos

Prescrição segura: erros reais de interno

Caso rápido · ambulatório de GO

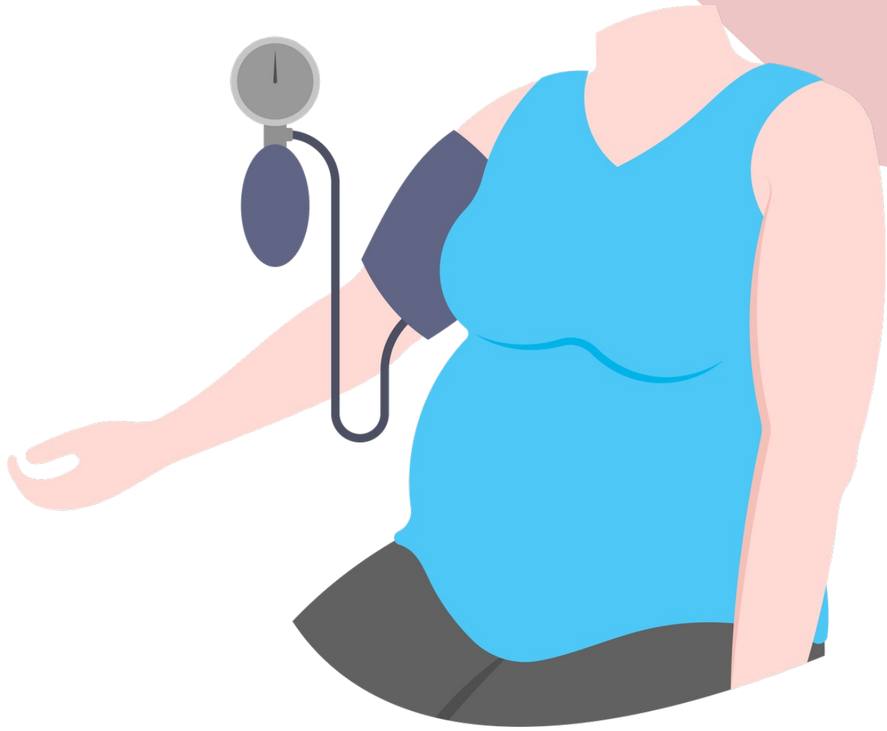
CASO | A PRESCRIÇÃO DA INTERNA

Camila, 26 anos, cabeleireira, G1, 36 semanas.

Cefaleia occipital há 6 horas e 'vista embaçada'. PA 162/112 mmHg, repetida após 15 min: 158/108. Proteinúria de fita 2+. Reflexos vivos, sem clônus. BCF 140 bpm, AU 33 cm.

A interna escreve no prontuário enquanto você chega: 'Sulfato de magnésio 1 ampola IM agora. Metildopa 250 mg 1x/dia. Diclofenaco 50 mg VO se dor. Encaminho à maternidade.'

Camila conta que tem enxaqueca com aura desde os 15 anos e que na UBS 'já deixaram o anticoncepcional para depois do parto'. E que 'tem alergia a remédio de garganta, inchou a boca'.



Quantos erros você conta nessa prescrição — e qual deles pode matar hoje?

10 ERROS REAIS | PARTE 1 (EMERGÊNCIA)

Erro de interno	Por que é perigoso	Prescrição correta
'Sulfato de magnésio 1 ampola IM' (ou em mL, sem concentração)	Ampolas a 10%, 20% e 50% coexistem; 'ampola' e 'mL' não são dose. Subdose não previne eclâmpsia; superdose para a respiração	Zuspan: 4 g IV em 15–20 min (8 mL de MgSO4 50% + 12 mL de água destilada) + 1 g/h IV em bomba por 24 h Pritchard: 4 g IV + 10 g IM (5 g em cada glúteo); manutenção 5 g IM 4/4 h. Antídoto: gluconato de cálcio 10% 10 mL IV
Misoprostol 200 µg VO 6/6 h para induzir a termo com feto vivo	Dose de abortamento em útero a termo: taquissistolia, rotura uterina, sofrimento fetal	Feto vivo a termo: 25 µg via vaginal 6/6 h. Contraindicado com cicatriz uterina Óbito fetal 2º trimestre: 200 µg vaginal 4–6/6 h (FIGO 2017); abortamento retido ≤ 12 sem: 800 µg vaginal
'Ocitocina 10 UI IV' em bolus para indução	Hipotensão, taquissistolia e hiponatremia; bolus só tem lugar no 3º período (10 UI IM)	Indução: 5 UI em 500 mL de SF 0,9% (10 mUI/mL), iniciar 2 mUI/min (12 mL/h), dobrar a cada 30–40 min até contrações eficazes Prevenção de HPP: 10 UI IM após o nascimento
Metildopa 250 mg 1x/dia	Meia-vida curta: 1 tomada/dia não controla nada e dá falsa segurança	Metildopa 250 mg VO 8/8 h, titulando até 2 g/dia (máx. 3 g); alternativa: nifedipino de liberação prolongada 20 mg 12/12 h. Crise (≥ 160/110): hidralazina 5 mg IV ou nifedipino 10 mg VO
AINE no 3º trimestre (diclofenaco, ibuprofeno, cetoprofeno)	Fechamento precoce do canal arterial e oligoâmnio a partir de 20 semanas; piora da função renal na pré-eclâmpsia	Paracetamol 500–750 mg VO 6/6 h (máx. 3–4 g/dia); escopolamina para cólica. AINE: evitar após 20 sem, proibido após 30 sem

Fontes: MS, Manual de gestação de alto risco (2022); FEBRASGO, Pré-eclâmpsia (2023); FIGO, Misoprostol-only recommended regimens (2017); FEBRASGO, Indução do parto (2018); FDA Drug Safety Communication — AINE ≥ 20 sem (2020).

10 ERROS REAIS | PARTE 2 (AMBULATÓRIO)

Erro de interno	Por que é perigoso	Prescrição correta
'Cefalexina 500 mg' — sem via, frequência, duração nem quantidade	A farmácia dispensa qualquer coisa; a paciente toma 'quando lembra'; o tratamento falha e vira resistência	Cefalexina 500 mg, 1 comprimido VO de 6/6 h por 7 dias — 28 comprimidos. Nome genérico, letra legível, data, carimbo. Sempre: dose, via, frequência, duração
Penicilina benzatina sem perguntar alergia	'Inchou a boca' é angioedema: anafilaxia na sala. E na sífilis da gestante não existe substituto que trate o feto	Perguntar e REGISTRAR alergias antes de qualquer prescrição. Alergia à penicilina + sífilis na gestação: dessensibilização em ambiente hospitalar (PCDT IST 2022); não trocar por ceftriaxona/doxiciclina
Ciprofloxacino ou norfloxacino para ITU na gestante	Quinolonas evitadas na gestação; e ITU sem urocultura não se trata às cegas na grávida	Cistite/bacteriúria assintomática: nitrofurantoína 100 mg VO 6/6 h 7 dias (evitar perto do parto), cefalexina 500 mg 6/6 h 7 dias ou fosfomicina 3 g dose única Sempre urocultura antes e controle após. Pielonefrite: internar, ceftriaxona IV
Anticoncepcional combinado para quem tem enxaqueca com aura	OMS categoria 4: risco de AVC isquêmico — contraindicação absoluta ao estrogênio	Só progestagênio ou não hormonal: desogestrel 75 µg/dia contínuo, implante de etonogestrel, SIU-LNG, DIU de cobre, injetável trimestral
Ácido fólico 0,4 mg (ou nenhum) em mulher com alto risco de DTN	Filho anterior com DTN, anticonvulsivante, diabetes: a dose padrão não basta — e começar depois de 12 semanas é tarde	Alto risco: ácido fólico 4–5 mg/dia, de 1–3 meses antes da concepção até 12 semanas. Baixo risco: 0,4 mg/dia (MS: 5 mg é a apresentação disponível no SUS)

Fontes: MS, PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST (2022); MS, Caderno 32 (2012); OMS, Critérios médicos de elegibilidade para uso de contraceptivos (2015); FEBRASGO, ITU na gestação (2021); CDC/MS — ácido fólico e DTN.

RESOLUÇÃO DO CASO

Cinco erros em quatro linhas — e o que pode matar hoje é o sulfato errado em iminência de eclâmpsia.

Erro 1 — o sulfato: '1 ampola IM' não é dose. Correto: MgSO4 4 g IV em 20 min (8 mL a 50% + 12 mL de AD) e 1 g/h em bomba; vigiar reflexo patelar, FR e diurese; gluconato de cálcio à mão.

Erro 2 — a crise: PA ≥ 160/110 pede droga de ação rápida, não metildopa: hidralazina 5 mg IV a cada 20 min (máx. 20–30 mg) ou nifedipino 10 mg VO. Metildopa 1x/dia não controla nada — se mantida, 8/8 h.

Erro 3 — o diclofenaco: AINE em 36 semanas e com pré-eclâmpsia: canal arterial, oligoâmnio e rim. Paracetamol.

Erro 4 — a alergia: 'inchou a boca' com remédio de garganta é provável alergia a penicilina/amoxicilina — registrar em destaque antes da cefazolina da cesárea.

Erro 5 — o futuro: enxaqueca com aura = nunca combinado; no puerpério, progestagênio ou DIU. Anote no cartão hoje.

E o 'encaminho': ela vai de ambulância, com acesso e sulfato correndo — não de ônibus com uma guia. Com 36 semanas, resolve após estabilizar.



Dose em gramas

Crise: hidralazina IV

AINE não no 3º tri

Alergia: anotar sempre

Fontes: MS, Manual de gestação de alto risco (2022); FEBRASGO, Pré-eclâmpsia (2023); ACOG PB 222 (2020).

PEGADINHA DE PROVA

Gestante de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave e cefaleia intensa será tratada com sulfato de magnésio pelo esquema de Zuspan. A prescrição correta é:

A Sulfato de magnésio 4 g IV em 20 minutos, seguido de 1 g/hora IV em bomba de infusão.

B Sulfato de magnésio 4 g IM em dose única, repetir se convulsão.

C Sulfato de magnésio 10 g IV em bolus, seguido de 5 g IM a cada 12 horas.

D Sulfato de magnésio 1 g IV a cada 4 horas até o parto.

E Sulfato de magnésio 2 g IV em 5 minutos, sem manutenção, se PA ≥ 160/110.

PEGADINHA DE PROVA

Gestante de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave e cefaleia intensa será tratada com sulfato de magnésio pelo esquema de Zuspan. A prescrição correta é:

A Sulfato de magnésio 4 g IV em 20 minutos, seguido de 1 g/hora IV em bomba de infusão.

B Sulfato de magnésio 4 g IM em dose única, repetir se convulsão.

C Sulfato de magnésio 10 g IV em bolus, seguido de 5 g IM a cada 12 horas.

D Sulfato de magnésio 1 g IV a cada 4 horas até o parto.

E Sulfato de magnésio 2 g IV em 5 minutos, sem manutenção, se PA ≥ 160/110.

PARA LEVAR

1

Toda prescrição tem dose em unidade de massa, via, frequência e duração. 'Uma ampola' e 'mL' não são dose — no sulfato, matam.

2

Antes de prescrever: alergia perguntada e anotada; idade gestacional conferida (AINE, misoprostol, quinolona); enxaqueca com aura lembrada.

3

Crise hipertensiva não se trata com metildopa; ITU na gestante tem urocultura; alto risco de DTN tem ácido fólico 4–5 mg antes de engravidar.