

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		Nº	12
	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GERENCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE REDE CUIDAR	Versão Nº	1.0
		Data da Revisão	05/2019
Título	SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Data de Aprovação	

1. OBJETIVO

- Identificação precoce e condução adequada das síndromes hipertensivas na gestação como ferramenta de combate à mortalidade materna no estado da Paraíba.

2. DEFINIÇÕES

- **PRÉ-ECLÂMPSIA:** hipertensão (PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg) e proteinúria ou disfunção de órgãos após 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensa.
- **ECLÂMPSIA:** convulsões em gestantes com pré-eclâmpsia (na ausência de outras causas neurológicas).
- **SÍNDROME HELLP:** acrônimo de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia. Pode acometer pacientes com pré-eclâmpsia ou acometer pacientes normotensas e sem proteinúria.
- **HIPERTENSÃO CRÔNICA:** hipertensão diagnosticada antes da gestação ou antes de 20 semanas (pelo menos duas aferições). E também mulheres que permanecem hipertensas 12 semanas após o parto.
- **PRÉ-ECLÂMPSIA SUPERPOSTA:** surgimento de proteinúria ou disfunção de órgãos após a 20ª semana em gestante com HASC, ou descontrole pressórico agudo após 20 semanas ou desenvolvimento de gravidade.
- **HIPERTENSÃO GESTACIONAL:** hipertensão sem proteinúria ou outros sinais de pré-eclâmpsia em gestantes após a 20ª semana de gestação. Ocorre resolução do quadro até 12 semanas após o parto.

3. PRÉ-ECLÂMPSIA: DIAGNÓSTICO (ACOG,2013)

- HIPERTENSÃO (PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg) em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo, após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa E
- PROTEINÚRIA de 24 horas \geq 300 mg ou razão proteína/creatinina urinária \geq 0,3 ou proteinúria de fita \geq 1+

*Se proteinúria for negativa, deve haver pelo menos um dos critérios abaixo, associado à HAS:

- Plaquetas < 100.000;
- Creatinina plasmática > 1,1 mg/dL;
- Transaminases hepáticas com aumento de pelo menos 2 x em relação aos valores normais;
- Edema agudo de pulmão;
- Sintomas visuais ou cerebrais.

PARÂMETROS DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME HELLP

HEMÓLISE	-Esfregaço anormal de sangue periférico (esquisocitose, anisocitose, equinocitose, pecilocitose) -Bilirrubina total > 1,2 mg%
ELEVAÇÃO DAS ENZIMAS HEPÁTICAS	-TGO > 70 UI
PLAQUETOPENIA	- < 100.000/mm ³

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE

SINTOMAS DE DISFUNÇÃO DO SNC	-Alterações visuais: escotomas, cegueira cortical, fotopsia, vasoespasmio retiniano. -Cefaléia de forte intensidade ou que persiste após o uso de analgésicos. -Alteração da consciência.
ANORMALIDADE HEPÁTICAS	- Dor epigástrica ou em quadrante superior esquerdo não responsiva à analgésicos e/ou - Transaminases \geq 2 vezes os valores normais.
ELEVAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg persistente após repouso.
PLAQUETOPENIA	< 100.000
ANORMALIDADES RENAIAS	Creatinina plasmática >1,1 mg/dL
EDEMA AGUDO DE PULMÃO	---

4. CONDUTA

⇒ PRÉ-ECLÂMPSIA COM SINAIS DE GRAVIDADE

- Internação
- Solicitar exames laboratoriais (hemograma, proteinúria 24 horas, relação proteína/creatinina urinária, transaminases, função renal e hepática)
- Ultrassonografia obstétrica com Doppler
- Corticoterapia para maturação pulmonar fetal entre 24 e 34 semanas
- Sulfato de Magnésio para profilaxia de convulsões (Fazer mesmo na ausência de sinais e sintomas de iminência de Eclâmpsia)

ESQUEMA DE ZUSPAN MODIFICADO

- ATAQUE: 6g = 12 mL de $MgSO_4$ a 50% + 100 mL de SG5% IV em 30 minutos
- MANUTENÇÃO: 1g = 12 mL de $MgSO_4$ a 50% + 488 mL de SG5% IV em bomba de infusão – 84 ml/h

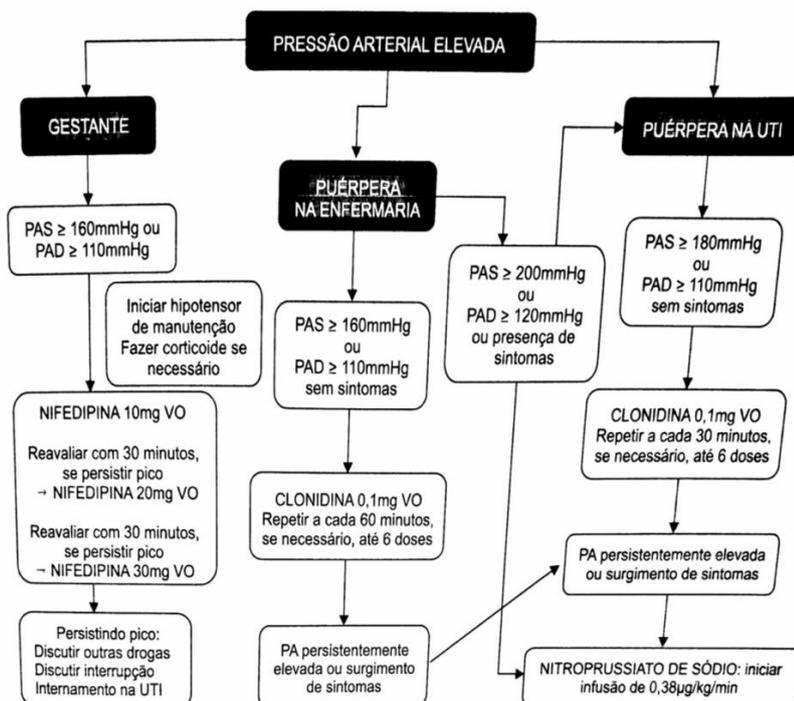
ESQUEMA DE PRITCHARD (melhor esquema quando for transferir a paciente)

- ATAQUE: 4g (8 ml de $MgSO_4$ à 50%) + 12 ml de AD IV + 10g (20 ml de $MgSO_4$ à 50%) IM profundo (10 ml em cada nádega)
- MANUTENÇÃO: 5g (10 ml de $MgSO_4$ à 50%) IM (alternar nádegas) a cada 4h

CUIDADOS E MONITORAMENTO:

- Manter antagonista (Gluconato de Cálcio a 10%) à beira do leito;
- Cuidados da enfermagem a cada 2h: FR, PA, FC e diurese (medir e anotar)
- Reavaliação médica a cada 4 a 6 horas: Pulso, pressão arterial, frequência respiratória e reflexos profundos;
- Considerar diminuição da dose caso alterações dos parâmetros;
- Suspende infusão se: FR < 14, reflexos ausentes, diurese < 25 ml/hora
- Infusão cautelosa de cristalóides: 84 ml/hora concomitante ao $MgSO_4$ em segundo acesso venoso.

- Controle da emergência Hipertensiva



- ALTERNATIVA NA GESTAÇÃO: HIDRALAZINA 5 g a cada 20 minutos (até 4 repetições).
- Tratamento anti-hipertensivo de manutenção

MEDICAÇÃO	DOSE
1ª Escolha: METILDOPA	750 a 2000 mg/dia
2ª Escolha: NIFEDIPINA	30 a 120 mg/dia
3ª Escolha: METOPROLOL	50 a 200 mg/dia

⇒ **SÍNDROME HELLP**

1. Transferência para UTI
2. Sulfato de Magnésio (Ataque e manutenção)
3. Corticoterapia para maturação pulmonar fetal entre 24 e 34 semanas de gestação
4. Interrupção da gestação (via obstétrica)

<u>Hemólise</u>	<u>Esfregaço anormal do sangue periférico, Bilirrubina total > 1,2 mg%, DHL > 600 U/l</u>
<u>Elevação das enzimas hepáticas</u>	<u>TGO > 70 U/L DHL > 600 U/l</u>
<u>Plaquetopenia</u>	<u>Plaquetas < 100.000 /mm³</u>

Seqüência de procedimentos recomendados para assistência de paciente com Eclâmpsia

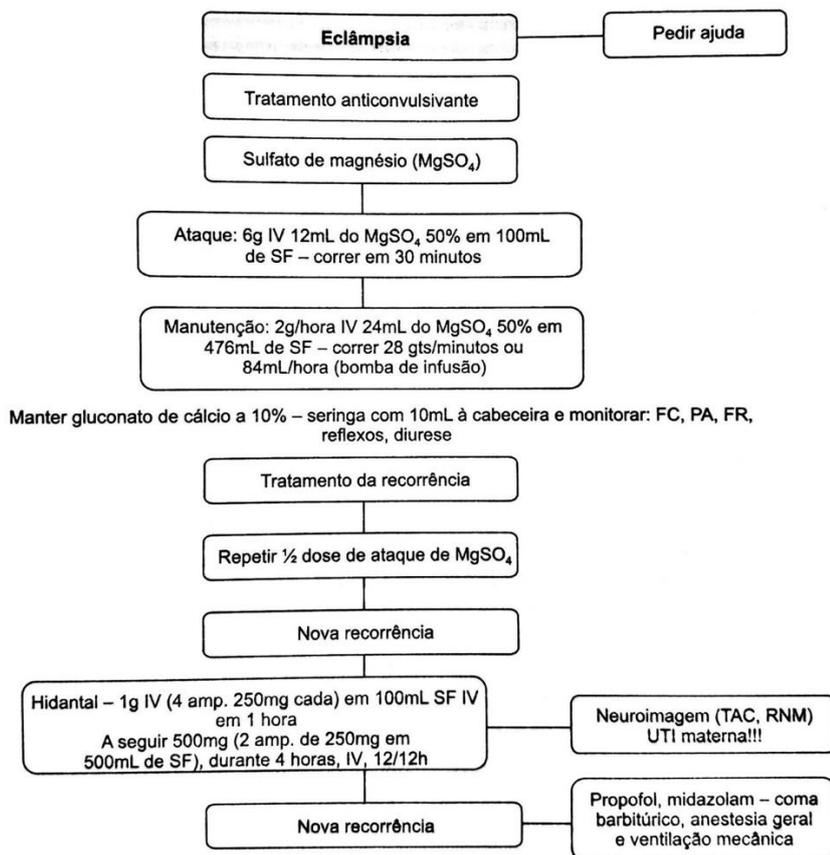
Etapa	Procedimentos
A	Ajuda: chamar equipe disponível <i>Air</i> : assegurar permeabilidade de vias aéreas (utilizar cânula de Guedel, aspirar secreções, intubar se Glasgow < 8), manter paciente em posição lateralizada, se possível, contendo cabeça e membros
B	<i>Breathing</i> : oxigenação; fornecer oxigênio sob máscara: 8 a 10L/min Ventilação mecânica se Glasgow < 8
C	<i>Circulation</i> : estabelecer dois acessos venosos calibrosos (Jelco 16-18); iniciar infusão de Ringer lactato com atenção para evitar hiper-hidratação
D	<i>Disability</i> : prevenção de dano; administração de MgSO ₄
E	Exame clínico geral e obstétrico: avaliar altura de fundo uterino, presença de dinâmica uterina e tônus Estabilizar a paciente: monitorar SatO ₂ , instalar SVD, cardioscópio Solicitar exames laboratoriais: hemograma, coagulograma, função renal, função hepática, ionograma e gasimetria
F	Feto: avaliação fetal; ausculta e CTG. Realizar USG com Doppler se possível Iniciar corticoterapia: pelo menos primeira dose
G	Providenciar interrupção da gestação por via obstétrica: evitar cesariana imediatamente após a convulsão (feto ainda sob efeito da hipoxia materna transitória), exceto em casos de DPPNI e sofrimento fetal comprovado. Avaliar colo e possibilidade de parto vaginal Resgatar contagem de plaquetas: definição do procedimento anestésico; discutir anestesia geral, caso plaquetopenia significativa

SVD: sonda vesical de demora; USG: ultrassonografia; CTG: cardiocografia; DPPNI: descolamento prematuro de placenta normalmente inserida.

Indicações para antecipação do parto em gestantes com distúrbios hipertensivos

- Eclâmpsia
- Síndrome HELLP
- Sofrimento Fetal
- RCIU grave
- Oligoâmnio severo
- Descolamento prematuro da placenta
- Hipertensão refratária grave
- Edema agudo de pulmão
- Oligúria refratária
- Amaurose
- Óbito fetal

Fluxograma para atendimento de Eclâmpsia



⇒ TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DE MANUTENÇÃO NO PUERPÉRIO

Medicação	Dose
1ª escolha: Captopril	75 a 150 mg/dia
2ª escolha: Nifedipina	30 a 120 mg/dia
3ª escolha: Diurético	
- Hidroclorotiazida	25 mg/dia pela manhã
- Furosemida	20 mg/dia pela manhã
Outra escolha: Propranolol	40 a 240 mg/dia

5. INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

- Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade – 37 semanas.
- Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade – 34 semanas ou antes de acordo com condições clínicas materno-fetais.
- Hipertensão gestacional e Hipertensão arterial crônica sem complicações – 38 a 39 semanas.

6. REFERÊNCIAS

- Obstetrícia: diagnóstico e tratamento/ Organizadores Emanuelle Pessa Valente...(et al) – 2ª. Edição – Rio de Janeiro: CAM/IMIP. Medbook, 2018.