MANEJO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR À GESTANTE OU PUÉRPERA COM PRÉ-ECLÂMPSIA COM SINAIS DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA OU ECLÂMPSIA

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

GESTANTE/PUÉRPERA IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA, ECLÂMPSIA, SÍNDROME HELLP ou PAS≥160mmHg e/ou PAD≥ 110mmHg

ECLÂMPSIA → INSTALAR OXIGÊNIO NASAL OU MÁSCARA → POSICIONAR PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO E ELEVADO → PUNCIONAR 02 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS → COLHER HEMOGRAMA COM PLAQUETAS, CREATININA, URÉIA, TGO, AST, DHL, BILIRRUBINAS, URINA → FAZER DOSE DE ATAQUE DE SULFATO DE MAGNÉSIO

Dose de ataque:
4g EV em 10-20 minutos.
8 ml Sulfato de Magnésio a 50% em 12 ml de água destilada = 20 ml total

IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA, SÍNDROME HELLP, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, OLIGURIA, IRA, DOR TORACICA E EDEMA PULMONAR. → PUNCIONAR 02 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS

SINTOMAS DE IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA:

PAS≥140mmHg e/ou PAD≥90mmHg + um dos sintomas: cefaleia, escotoma, dor epigástrica, dor em hipocôndrio direto e dispneia.
PAS≥160mmHg e/ou PAD≥110mmHg com duas medidas em 10 minutos.

SÍNDROME HELLP: Hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia.

QUADRO DE ECLÂMPSIA: Convulsão em paciente com Pré-Eclâmpsia.

FAZER DOSE DE ATAQUE DE SULFATO DE MAGNÉSIO → INSTALAR DOSE DE MANUTENÇÃO DE SULFATO DE MAGNÉSIO → DISPONIBILIZAR BEIRA LEITO GLUCONATO DE CÁLCIO A 10%, CASO NECESSÁRIO (ANTÍDOTO) → VERIFICAR PA, FR, REFLEXOS PATELARES DE 20 EM 20 MIN APÓS O INÍCIO DA DOSE DE ATAQUE POR 1 H → REALIZAR CATETERISMO VESICAL DE DEMORA E COLETAR EXAMES DE URINA → INICIAR MONITORAMENTO DA DIRURESE DE 2/2h POR 24h

Dose de manutenção:
1-2g EV. Preparo para obter 2g. Diluir 2 ampolas de Sulfato de Magnésio 50% (10g) em 500 mL de Soro glicosado a 5% e correr a 50mL/hora.
Tempo de manutenção:
Continuado por no mínimo 24h após o nascimento.

Gluconato de cálcio a 10%, ampolas de 10mL = 100mg/mL. Correr endovenoso lento com duração de aproximadamente 3 minutos.

PROTEINÚRIA 24h, RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA URINÁRIA OU FITA URINÁRIA

DEPOIS DA 1º HORA, AVALIAR A CADA HORA POR 24 HORAS

AVALIAÇÃO DA DIURESE ≥25ML/H

GESTANTE → AVALIAR VITALIDADE FETAL COM CTG OU ULTRASSOM COM DOPPLER APÓS 30' DA DOSE DE ATAQUE E CLÍNICA DA GESTANTE → VITALIDADE FETAL ALTERADA OU GESTANTE INSTÁVEL

CRITÉRIOS PARA INTERRUPÇÃO IMEDIATA:
- EDEMA PULMONAR;
- AVC;
- OLIGURIA REFRATÁRIA;
- DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA;
- HELLP COMPLETO
- SOFRIMENTO FETAL

VITALIDADE FETAL ALTERADA OU GESTANTE INSTÁVEL → SIM → INTERROMPER A GESTAÇÃO PELA VIA OBSTÉTRICA MAIS ADEQUADA

VITALIDADE FETAL ALTERADA OU GESTANTE INSTÁVEL → NÃO → MANTER TRATAMENTO CLÍNICO E PROGRAMAR O MOMENTO OPORTUNO DA INTERRUPÇÃO

PUÉRPERA → CALCULAR ESCORE DE ALERTA PRECOCE → REAVALIAR A PA

PAS<160mmHg e/ou PAD<110mmHg → MANTER O ESQUEMA DE MONITORIZAÇÃO DURANTE A SULFATAÇÃO (1/1h)

PAS≥160mmHg e/ou PAD≥110mmHg → INSTITUIR TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO → NA ABORDAGEM DA URGÊNCIA: REDUZIR NO MÁXIMO ATÉ 20% DA PRESSÃO INICIAL

TRATAMENTO RESPONSIVO A HIDRALAZINA E/OU NIFEDIPINO → SEGUIR PROTOCOLO INSTITUCIONAL (MANTER NO CO, ENFERMARIA)

TRATAMENTO NÃO RESPONSIVO A HIDRALAZINA E/OU NIFEDIPINO → SOLICITAR TRANSFERÊNCIA PARA UTI

CONVULSÕES REPETIDAS
Decúbito lateral esquerdo elevado
Oxigênio nasal
Repetir 2g EV de sulfato de magnésio
Encaminhar à UTI

CASO CONVULSÕES APÓS DOSE ADICIONAL DO SULFATO DE MAGNÉSIO:
Avaliar AVC, Síndrome PRESS e Epilepsia não controlada, entre outras causas
Iniciar Fenitoína ataque 1g (4 ampolas em 100ml) em 1h e manutenção de 500mg em 4h

SINAIS DE INTOXICAÇÃO POR SULFATO DE MAGNÉSIO

- Frequência respiratória < 10/min ou SO2 <92%
- Paralisia muscular
- Ausência de reflexos
- Oligúria - diurese < 25 mL/hora

A PARTIR DA QUEDA DA FR, APLICAR GLUCONATO DE CÁLCIO

Diluir 1 ampola (10ml) de gluconato de cálcio 10% em 10 ml de água destilada em seringa de 20 ml e aplicar em bolus lento.

Em casos onde não há disponível bomba de infusão para a instalação da dose de manutenção do sulfato de magnésio, utilizar o esquema de Pritchard.

Esquema de sulfato de magnésio	Dose inicial	Dose de manutenção
Pritchard (IV/IM)	4g- IV (bolus) administrado lentamente + 10g-IM (profunda) 5g em cada nádega	5g a cada 4 horas – IM (aplicação IM profunda)

SOGIPA ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO PARANÁ
CRM-PR CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ
FEMIPA FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA E HOSPITAIS BENEFICENTES DO ESTADO DO PARANÁ
FEHOSPAR