


SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO - TRATAMENTO HOSPITALAR

PRÉ - ECLÂMPSIA LEVE

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA OU PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE OU ECLÂMPSIA

CÍNICA	TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> - Sem sintomas - 90 PAD <100 mmHg - Proteinúria positiva + ou mais em fita OU 1g em amostra isolada OU > 300 mg em urina de 24 h 	<ul style="list-style-type: none"> - Internação - Restringir excesso de sal - Levopromazina Solução Oral 4% - 3 gotas à noite - Controle diário de proteinúria - Plaquetas e transaminases a cada 4 dias - Antecipar o parto (via vaginal preferencial) se: <ul style="list-style-type: none"> gestação 37 semanas instabilidade da pressão arterial proteinúria maior que 2 g/24 h agravamento das condições fetais administrar corticóides se gestação entre 24 - 34 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar condições fetais Perfil Biofísico Doppler (se possível) - Individualizar os intervalos de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - PAS \geq 160 mmHg - PAD \geq 110 mmHg - Cefaléia - Distúrbios visuais - Dor epigástrica - Dor hipocôndrio D - Diurese < 500ml/24h - Proteinúria > 2g/24h - Plaquetas < 100.000 /mm³ - Elevação da DHL - Elevação de enzima TGO - Convulsão - Coma (isolados ou em associação) 	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso venoso periférico + sondagem vesical - Infusão de volume diário em torno de 2500 ml (SG 5%) - Controlar: plaquetas, TGO, creatinina, proteinúria - Controlar: pressão arterial e diurese <p>-MINISTRAR SULFATO DE MAGNÉSIO </p> <p>ESQUEMA ENDOVENOSO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose de ataque de 4 g EV em 10 min. - Manutenção com 2 g EV por hora em SG 5% OU <p>ESQUEMA INTRAMUSCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose de ataque de 4g EV em 10 min. + 10 g IM (5g IM em cada nádega) - Manutenção com 5 g IM a cada 4 horas <p>SE APÓS SULFATO DE MgSO₄, PAD \geq 110 mmHg UTILIZAR HIPOTENSORES</p> <p>1ª OPÇÃO: HIDRALAZINA 5 mg EV a cada 20-30 minutos (dose máxima 45 mg) (ampolas de 20 mg – diluir 1 ampola em 10 ml de AD e aplicar 2,5 ml EV lento)</p> <p>2ª OPÇÃO: NIFEDIPINO 10 mg VO a cada 20-30 minutos (dose máxima 30 mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Após estabilização materna, conduzir o parto pela via mais segura. - Se gestação entre 24 e 34 sem., e condições materna e fetais seguras, utilizar corticóides. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar MgSO₄, antes do hipotensor - O esquema IM é obrigatório se necessitar de remoção - Manter o MgSO₄, por pelo menos 24 h. <p>SE NOVA CONVULSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2g EV adicionais em 5 minutos <p>Antídoto: GLUCONATO DE CÁLCIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar uma ampola de Gluconato de Cálcio a 10% (10ml) EV lento <p>CONTROLAR A CADA 4 HORAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reflexo patelar - diurese (>25 ml/h = segurança) <p>PARA ESQUEMA ENDOVENOSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se Creatinina > 1,2 mg/dl, monitorar Mg plasmático - Se peso > 90 Kg, considerar 3g/hora <p>ESQUEMAS DE DILUIÇÃO DO SULFATO DE MAGNÉSIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MgSO₄, 50%: ampolas de 10ml com 5 g - MgSO₄, 20%: ampolas de 10ml com 2 g - Para se obter 4g: 8ml de MgSO₄, 50% + 12 ml de água destilada OU 20ml de MgSO₄, a 20% - Para se obter 5 g: 1 ampola (10ml) de MgSO₄, 50% - INFUSÃO: 2 g/hora = 1 ampola de 50% em 250ml de SG 5% (100 ml/hora) OU 1 ampola 20% em 100ml SG 5% (100 ml/hora)

Bibliografia:
 Perazzo JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli RC, Costa SH, Oliveira LG, et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 8/ Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).