



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS

ESPECIALIDADE: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	PROTOCOLO N° 07
TÍTULO: DOENÇAS HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ	N° de páginas: 10

1. Título

Norma de Orientação Clínica – Doença Hipertensiva da Gravidez

2. Objectivo

Uniformização de condutas. Definir procedimentos clínicos e cuidados de enfermagem na admissão, vigilância e conduta terapêutica da Doença Hipertensiva da Gravidez puerperal.

3. Intervenientes

Pessoal médico e de enfermagem da Maternidade Lucrecia Paím

4. Problemática

- Segundo a OMS, a associação Hipertensão Arterial (HTA) e Gravidez confere a esta um carácter de gravidade.
- A HTA está presente em cerca de 10% das mulheres grávidas na África Subsaariana.
- Nas formas mais graves, a HTA pode provocar a morte materna ou fetal, sendo a complicação mais grave, a eclâmpsia, que é a terceira causa de morte materna na nossa região africana.
- As cefaleias, visão borrosa, convulsões e/ou coma são os principais sinais de agravamento que ocorrem, geralmente, na fase de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, sendo, por isso, consideradas situações de **urgência**.

5. Hipertensão induzida pela gravidez

1. Pré-Eclâmpsia leve/grave

2. Eclâmpsia

6. HTA crónica de qualquer etiologia: é a HTA prévia à gestação ou diagnosticada antes da 20ª semana ou que persiste além das 12 semanas após o parto. Na maioria dos casos corresponde à HTA essencial (primária), mas pode ser secundária a outra patologia do foro renal ou endocrinológico.

7. Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia (PEE) associada à HTA crónica: tem critérios de pré-eclâmpsia com elevação da TA habitual, agravamento da proteinúria ou lesão de órgão-alvo, em gestantes com HTA crónica.

8. Hipertensão transitória/gestacional: é a HTA detectada após a 20ª semana de gestação, em grávidas previamente normotensas e sem critérios de pré-eclâmpsia.

9. Pré-eclâmpsia: é a HTA detectada após a 20ª semana de gestação em grávidas sem HTA crónica, associada à proteinúria significativa ≥ 300 mg na urina de 24 horas ou à lesão de órgão-alvo. Esta patologia pode ocorrer antes da 20ª semana, na doença trofoblástica gestacional.

10. Factores epidemiológicos de influência sobre a incidência da PEE:

- Nuliparidade;
- Baixo nível socioeconómico;
- Cuidados pré-natais deficientes;
- Extremos de idade fértil (< 18 e >35 anos);
- História familiar de PEE;
- Diabetes insulino dependente;
- História prévia de pré-eclâmpsia;
- Doença hipertensiva vascular crónica;
- Gravidez gemelar;
- Hidrâmnios;
- Hidrópsia fetal;
- Mola hidatiforme;
- Raça;

- Tabagismo;
- Escolaridade e actividade profissional;
- Mudança de parceiro

11. Quadro clínico:

- **Sinais cardinais:** Hipertensão Arterial e Proteinúria
- **Outros sintomas:**
 - Epigastrialgias e/ou dor no hipocôndrio direito;
 - Cefaleia;
 - Perturbações visuais;
 - Oligúria ou anúria;
- **Pré-eclâmpsia leve**
 - TAS \geq 140 mm Hg e $<$ a 160 mm Hg.
 - TAD \geq 90 mm Hg e $<$ a 110 mm Hg. OU
 - TAM \geq 105 mm Hg e $<$ 130 mm Hg.
 - Proteinúria das 24 horas $<$ 3,0 g /L ou proteína ocasional \geq ++
- **Conduta**
 - Repouso no leito em decúbito lateral esquerdo
 - Dieta reforçada em proteínas, sendo controversa em relação ao sal
 - Sedação ligeira

1ª **Opção:** Levopromazina (Neozine) que é um antipsicótico do grupo das FENOTIAZINAS – R/ 3 gotas (3mg) via oral a cada 8h.

2ª **Opção:** Diazepínico (Diazepam) é um ansiolítico do grupo das BENZODIAZEPINAS – R/ 5 a 10mg via oral a cada 8 ou cada 12h.

 - Se gestação $<$ 34 semanas com compromisso materno-fetal \rightarrow avaliar maturação pulmonar e interromper.
 - Se gestação de 38 - 39 semanas sem compromisso materno-fetal \rightarrow interromper.
 - Quando necessário acrescentar hipotensores
 - Se agravamento da situação \rightarrow internamento
 - **Pré-eclâmpsia grave:**

- Qualquer um dos seguintes critérios:
 - TAS \geq 160 mmHg em duas ocasiões com pelo menos 6 horas de intervalo com a grávida em repouso no leito
 - TAD \geq 110 mmHg
 - Proteinúria de 24H \geq 3gr /L ou proteinúria > a ++ em duas amostras ocasionais com 4h de intervalo.
 - Oligúria (< 400 mL/24h);
 - Perturbações visuais;
 - Epigastralgias;
 - Edema pulmonar /Cianose/Trombocitopénia
- **Conduta Obstétrica:**
 - Se gestação < 24 semanas → aconselhamento e interromper
 - Se gestação < 34 semanas com compromisso materno-fetal → avaliar maturação pulmonar e interromper
 - Se gestação < 34 semanas sem compromisso materno-fetal → avaliar maturação pulmonar e aguardar até 36 – 37 semanas.
 - Se gestação > 34 semanas com ou sem compromisso materno-fetal → avaliar e interromper
- **Indicações maternas para interrupção da gestação**
 - Idade gestacional > 36 - 37 semanas de gestação
 - Em qualquer idade gestacional se:
 - Plaquetopenia < 100.000 mm³
 - Deterioração progressiva da função hepática.
 - Deterioração progressiva da função renal.
 - Cefaléia persistente ou alterações visuais
 - Epigastralgia persistente, náuseas e vômitos.
 - Suspeita de descolamento prematuro da placenta.
 - Eclâmpsia, Síndrome HELLP.
- **Indicações Fetais**
 - Restrição grave do crescimento fetal
 - Oligoâmnio
 - Alterações nas provas de vitalidade fetal.

- **Eclâmpsia:** é o surgimento de convulsões, coma ou ambos, não estando relacionados a outras alterações do SNC, durante a gravidez, parto ou puerpério em mulher com sinais de pré-eclâmpsia.
 - **Classificação:**
 - **Eclâmpsia não complicada:** presença de convulsões sem outras intercorrências.
 - **Eclâmpsia complicada:** convulsões com uma ou mais das seguintes intercorrências: Coagulopatia, Insuficiência respiratória; Insuficiência cardíaca; Icterícia; Insuficiência renal aguda; TAD >120 mmHg; Temperatura corporal superior a 38° C.
 - **Eclâmpsia descompensada:** associada a coma com necessidade de ventilação mecânica; choque de qualquer etiologia; hemorragia cerebral.

12. Conduta na pré-eclâmpsia

- **Grave/Eclâmpsia**
 - **Medidas gerais:** (se convulsões)
 - Imobilização
 - Protecção das vias aéreas:
 - Protecção da língua com tubo de Mayo ou cânula de Guedel
 - Aspiração das secreções
 - Entubação endotraqueal se necessário
 - Preservação da função respiratória:
 - Oxigénio por inalação;
 - Assistência ventilatória mecânica se necessário.
 - Posição de Fowler
 - Doente colocada em quarto escuro isento de estímulos, algaliação para controlo da diurese, cateterização de pelo menos duas veias de bom calibre; avaliação do estado do feto pela CTG de repouso, Perfil Biofísico e Ecografia com Dopplerfluxometria.
- **Profilaxia e tratamento das convulsões:**
 - Sulfato de Magnésio (MgSO₄)
 - **Esquema de Pritchard:**

- Dose de ataque: 4 g EV (diluídos em 12cc de dext/ 5%) + 5g IM em cada nádega, perfazendo um total de **14 gramas**
- Dose de manutenção: 5 g IM de 4/4 h alternadamente em cada nádega até 24h pós parto.
- **Esquema de Zuspan:**
 - Dose de ataque: 4 a 6 g EV em 20 minutos;
 - Dose de manutenção: 1 a 2 g EV a cada hora (com bomba infusora)
 - Na persistência de convulsões: considerar esquema ineficaz ou suspeitar de hemorragia intracraniana; solicitar tomografia, ressonância magnética e avaliação do neurologista.
- **Administrar:**

Sulfato de Magnésio: 2g EV lento; se paciente com mais de 80kg de peso fazer 4g EV diluído em 12 ml de dextrose 5% EV lento durante 20 minutos.

- Se a convulsão não parar, administrar:

Fenitoína – (fármaco do grupo dos antiepilépticos para o tratamento e prevenção de crises convulsivas ou crises tônico-clônicas generalizadas)

Dose de ataque: 18mg/kg (150-250 mg) 1 ampola de 250 mg em 250 mL de soro fisiológico EV correr em 10 minutos, repetir a dose se necessário de 30/30 minutos até 750 mg

Dose de manutenção: 100mg em 10 mL de soro fisiológico de 8/8h por 24 horas seguido de 100 mg oral de 8/8h até à alta hospitalar.

Se voltar a convulsionar, chamar Médico Intensivista ou Anestesiologista para administrar Tiopental (anestésico geral barbitúrico de ação curta de início rápido) sob ventilação assistida.

- **Sinais de intoxicação por Sulfato de Magnésio**

Suspender a dose de manutenção, quando houver os seguintes sinais:

- Reflexo patelar diminuído.
- Frequência respiratória inferior a 12 ciclos por minuto.

- Diurese inferior a 30ml por hora.
- Quando suspeita de sinais de toxicidade dar:

Gluconato de cálcio a 10% - 10 mL EV lento

Se com dose correcta de MgSO₄ mantiver convulsões: administrar Diazepam, Fenobarbital, Fenitoína, Tiopental

Tratamento Anti-Hipertensivo

- **Tratamento da crise hipertensiva:**
 - **Hidralazina** (vasodilatador com acção principal em artérias e arteríolas)
 - Dosagem: 5-10mg EV lento a cada 10-20 minutos até um total de 25-50 mg ou ainda 25 mg diluídos em 8 mL de soro fisiológico, dar 2 mL EV de 20/20 minutos até TAD < ou = a 100 mmHg.
 - **Labetolol** (vasodilatador bloqueador alfa e beta que reduz a resistência vascular e diminuição da TA e protege o coração mantendo ritmo e rendimento desejado). Dosagem: **Dose inicial:** 10-20 mg EV lento, seguida 20-80 mg EV de 10 em 10 minutos até uma dose total de 300 mg. **Dose de manutenção:** 1-2 mg/minuto: diluir 1 ampola em 100 mL de soro fisiológico (SF) em bomba infusora com gotejo de 60 a 120 mL/h EV, até se obterem os valores tensionais desejados.
 - **Diuréticos:** Só se justifica em caso de:
 - Insuficiência cardíaca
 - Edema agudo do pulmão
- Obs: na gestante diminui o volume plasmático, agravando os potenciais efeitos da insuficiência placentária e renal.
- **Manutenção:** Aldomet (Alfametildopa) 250 mg (é um anti hipertensivo alfa-adrenérgico selectivo, reduzindo os impulsos do SNC) – 1 comp de 8/8 h VO - 750 mg/dia até 3g por dia.
- **Conduta obstétrica**
 - O parto deve ter lugar 6 - 8 h após a última convulsão;
 - Se não houver contraindicação ao parto vaginal utiliza-se:

- Indução com - **Misoprostol** por via vaginal – 1 comp no Fundo de Saco Douglas.
 - Dextrose a 5% em 500 ml + Oxitocina 2,5 - 5 U EV a gotejo controlado.
 - Amniorrexe, antes da administração da oxitocina.
 - Se não evoluir, a **cesariana** é a opção mais segura nas complicações hepáticas, CID, complicações neurológicas graves e edema pulmonar grave.
- **Conduta no pós-parto**
 - Em situações de eclâmpsia, síndrome HELLP, complicações hepáticas ou situações de instabilidade materna, a puérpera deve ser vigiada na UCI nas primeiras 48 h ou até o quadro clínico estabilizar.
 - Sulfato de Magnésio: manter nas 24 horas iniciais de puerpério nos casos de pré-eclâmpsia grave e durante 48 horas nos casos de S. HELLP e eclâmpsia.
 - Manter vigilância da TA de 4/4 h durante o dia e a terapêutica anti-hipertensiva com eventuais ajustes posológicos.
 - Terapêutica anti-hipertensiva: a Nifedipina é segura durante a amamentação com dosagem de 10 mg VO a cada 4 – 6 h e no puerpério imediato deve-se dar preferência à Nifedipina de acção prolongada com dosagem de 30 a 60 mg VO uma a duas vezes/dia.
 - Furosemida: 40 mg EV de 12/12 horas, utilizar apenas em puérperas e no edema agudo do pulmão, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal e síndrome nefrótico.
 - A alta deve ser programada após controlo da TA, com indicação para monitorização bissemanal da TA em regime ambulatorio e reavaliação na consulta de puerpério. Nessa consulta, se a HTA se mantiver, a paciente deve ser orientada para consulta de Medicina Interna.

- **Complicações**

Maternas	Fetais
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência Renal Aguda • Coagulação Intravascular Disseminada • Síndrome HELLP • Broncoaspiração • Hematoma Retroplacentário. • Hemorragia Pós Parto. • Edema Agudo do Pulmão • Acidente Vascular Cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Prematuridade • RCIU • Sofrimento fetal agudo e crónico • Óbito fetal

Revisão n.º 1 Data: 13.11.2020	Elaborado: Pedro de Almeida Manuela Clementina Sotto Mayor	Revisto: Paulo Campos	Aprovado: Maria Antónia Sampaio Francisco Quinto	Homologado: Manuela Mendes(DG)
-----------------------------------	--	---------------------------------	--	--

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FEBRASCO. (2017). Pré-Eclâmpsia – Série, Orientações e Recomendações Febrasco, nº 8.
- HSM. (2018). Pré-Eclâmpsia, Hipertensão Gestacional, Síndrome HELLP. Eclâmpsia. Protocolo do Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução. Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria. Portugal.
- OMS. (2009). Recomendações para a prática clínica em cuidados obstétricos e neonatais de urgência em África. Direcção Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde de Angola.
- Rezende (2018) Obstetrícia Fundamental. (14ª Ed). Saraiva
- Rigol, R, Orlando, B. (2014) Obstetrícia y Ginecología. Tomo II. Amazon.
- Zugaib, M, Vieira, RP (2016). Obstetrícia. (3ª Ed).