



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Abordagem Inicial na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e Hellp Síndrome

Versão eletrônica atualizada em
março/2012

1 - DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ

Hipertensão que aparece após a 20^a. semana de gestação

Exames recomendados:

Frente à uma paciente hipertensa, após detalhada anamnese, exame clínico e tocoginecológico, o obstetra deve solicitar os seguintes exames : Hemograma completo, uréia, creatinina, proteinúria de 24h, urina-I, transaminases hepáticas, atividade de protrombina, DHL, bilirrubinas , exames para avaliar vitalidade fetal.

Exames complementares que podem ser solicitados: esfregaço de sangue periférico para pesquisa de esquizócitos, fundo de olho, clearance de creatinina, eletrólitos, glicemia de jejum e teste de sobrecarga, ECG, ecocardiograma, Rx de tórax (sinais de ICC), pesquisa para colagenoses, anticorpos antifosfolipídeos.

** Considerar caso grave e passível de resolução da gestação quando apesar dos níveis pressóricos apresentar as seguintes alteração laboratoriais

Proteinúria em 24 horas > 2,0 g

Creatinina > 1,2 mg/dl

Plaquetas < 100.000/mm³.

Bilirrubina Total > 1,2 mg/dl

DHL > 600U/l

TGO/TGP > 70 U/L

Tratamento da hipertensão arterial crônica :

Cuidados gerais: dieta balanceada, hiperprotéica e normossódica (até 8 gramas/sal por dia). Controle diário da pressão arterial e semanal do peso (mais que 1 kg/semana como agravamento).

Medidas Medicamentosas: Usar hipotensores apenas quando PAD for maior que 100 mmHg.

- **Drogas de ação central:** Alfa-metildopa: Começamos com dose de 750 mg/dia dividido em três doses, sendo que os efeitos hipotensores têm início cerca de 6 horas após a dose inicial. Pode-se elevar a dose até 2g/dia.
Efeitos colaterais: sedação, tontura, bradicardia ou hipotensão ortostática. A gestante pode vir a apresentar Coombs indireto positivo.
- **Beta-bloqueadores:** Usar o Pindolol (Visken®) nas doses de 5 a 30 mg diários, fracionados em duas doses. Não usar o propranolol. Outras opções são o : oxiprenolol, metoprolol, labetolol.
- **Bloqueadores do canal de cálcio:** Nifedipina, usar na dose de 10 a 20 mg diárias, divididas em duas tomadas ou em uma dose na forma “retard”. Dose máxima igual à 180 mg/dia.
- **Prazosin : (Minipress®):** Utilizado nas doses de 0,5 a 1 mg a cada 12 horas, podendo ser aumentado até 20 mg ao dia. ****Não associar com bloqueadores de canal de cálcio.**
- **Diuréticos:** Apenas em situações especiais prescrevemos diuréticos: mulheres que já vem utilizando esta medicação a um tempo, situações que recomendamos a associação de medicamentos, principalmente a alfa-metildopa.

Tratamento da Pré-eclâmpsia Grave com crise hipertensiva (PAD > 110 mmHg):

Cuidados Gerais: Internar a paciente, orientando familiares sobre a gravidade do caso e a possibilidade de parto prematuro. Repouso em DLE, jejum oral até controle dos níveis pressóricos. Estabelecer venoclise. Acessar vitalidade fetal. Solicitar exames específicos na urgência.

Medidas Medicamentosas: Fazer o uso de hipotensores de ação rápida.

- **Orienta-se primeiramente o uso de hidralazina (Nepresol®):**

Modo de administrar:

Diluir 1 ampola (20mg-1ml) em 19ml de água destilada, infundir 5ml IV (5mg) a cada 30 minutos até controle da pressão(PAD entre 90 e 100 mmHg). Repetir dose a cada 4 a 6 horas.

- **Optar por introduzir terapia anticonvulsivante** quando há sinais e sintomas de cefaléia, distúrbios visuais (escotomas), epigastralgia ou hipocôndrio direito, edema patológico, principalmente membros superiores e face. Preconizamos o esquema de **Zuspan** para infusão de **sulfato de magnésio**:

➤ **SULFATO DE MAGNÉSIO**

Sulfato de Magnésio 50% ampola de 10ml equivale a 5G de sulfato de magnésio, ou seja, 0,5g/ml

Dose de ataque: 4g EV lento (diluir 8ml de 1 ampola a 50% de MgSO₄ em 12 ml de água destilada. O total de 20 ml infundir lentamente em 5-10 minutos, observando frequência respiratória).

Dose de manutenção: 2g (2G = 4ml)EV por hora (usar 5 ampolas de MgSO₄ 50% em 500ml de SG 5%, infundir 44ml/h , sempre em bomba de infusão). Ou seja, 25g em 500ml = 0,05g/ml * 44ml = 2,2G/h

Em casos de transferência de paciente

Usar o esquema de Pritchard :

Dose de ataque: 4 gramas (8ml) EV lento + 10 gramas IM profundo (5g ou 1 ampola em cada nádega).

Dose de Manutenção :5 gramas (10ml) IM profundo a cada 4 horas.

ATENÇÃO:

- Tanto um esquema como o outro serão mantidos até 24 horas pós-parto.
- Evitar a associação de nifedipidina e sulfato de magnésio pela potencial ação sinérgica de ambas levando à quadros de hipotensão severa.

- Sempre monitorizar a paciente : O reflexo patelar deve estar presente, a frequência respiratória deve ser normal (maior que 14 por minuto), débito urinário maior que 30 ml/h. Na ausência destas condições, deve-se suspender ou diminuir a infusão de MgSO₄, ou usar gluconato de cálcio (10 ml a 10%) EV lentamente, como antídoto, com maior monitorização laboratorial.
- Pode-se controlar a dose de sulfato de magnésio através da pesquisa laboratorial da concentração sérica de Magnésio necessária para prevenir as convulsões. Isto é, 4 a 7 mEq/L (4,8 a 8,4 mg/dL).

2-HELLP

Diagnóstico (1 ou mais fatores):

HEMÓLISE

Esfregaço periférico anormal

Bilirrubinas Totais > 1,2 mg/dl

DHL > 600 U/L

ELEVAÇÃO DE ENZIMAS HEPÁTICAS

TGO > 70 UI/L

PLAQUETOPENIA

Plaquetas < 100.000 / mm³

TRATAMENTO

O tratamento deve ser realizado sempre em serviço de referência onde se encontre centro de terapia intensiva, serviço de hemoterapia e de diálise.

Magan e Martin estabeleceram 12 passos para o tratamento:

1. **Antecipe e faça o diagnóstico:** toda gestante com queixa de náuseas, vômitos e dor abdominal deve ser investigada para síndrome HELLP.
2. **Avalie as condições maternas:** avaliação global da paciente com ênfase no sistema circulatório, respiratório, hepático, renal e hematológico.

3. **Avalie as condições fetais:** parto agora ou mais tarde? Considerar a realização de corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal.
4. **Controle a pressão arterial:** usar hipotensores de ação imediata como a hidralazina ou nifedipina se pressão diastólica igual ou maior a 110 mmHg.
5. **Previna as convulsões com sulfato de magnésio:** existe risco considerável de convulsões.
6. **Controle líquidos e eletrólitos:** controle cuidadosamente a infusão de líquidos e débito urinário. Provavelmente 2 a 3 litros/24 h serão suficientes.
7. **Realize hemoterapia judiciosa.** Reserve plasma fresco, plaquetas e concentrado de glóbulos.
8. **Gerencie o trabalho de parto e o parto:** a via de parto será de indicação obstétrica.
9. **Otimize o cuidado perinatal:** observar a elevada taxa de prematuridade.
10. **Trate a paciente intensivamente após o parto:** manter sulfato de magnésio por 24 horas; lembrar que o nadir plaquetário pode ocorrer até o 5º dia de puerpério, enquanto que a normalização das enzimas hepáticas geralmente ocorre em 48 horas.
11. **Permaneça alerta para o desenvolvimento da falência de múltiplos órgãos e sistemas.**
12. **Aconselhe sobre a gestação futura.**

- Conduta Obstétrica:

- **Via vaginal:** manter plaquetas acima de 20.000.
- **Cesárea:** manter plaquetas acima de 50.000. Nos casos de plaquetas abaixo deste valor, iniciar a transfusão de 6 a 10 bolsas de plaquetas no peri e intra-operatório. A incisão de Pfannenstiel é permitida com a menor área de descolamento possível, porém considerar a colocação de drenos subaponeurótico e subcutâneo devido ao maior risco de formação de hematoma de parede. Evitar a manipulação hepática durante o ato operatório. Nos casos onde se encontra sangue em cavidade abdominal avaliar as condições do órgão com o máximo de delicadeza possível.
- **Anestesia:** A anestesia regional e o bloqueio do pudendo estão contraindicados na vigência da coagulopatia, indicando-se nestes casos a anestesia geral. O uso de narcóticos endovenosos pode ser realizado com parcimônia.