



**Atividade:** Protocolo de atendimento à gestante com Pré-Eclâmpsia

**Responsável:** Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

## Siglas e Definições

EV - Endovenoso

LDH - Lactato desidrogenase

MS - Ministério da Saúde

OPMES - Órtese, Prótese e Materiais especiais

PA - Pressão Arterial

RCIU - Retardo de crescimento intra-útero

TGO - Transaminase glutâmico-oxalacética

TGP - Transaminase glutâmico-pirúvica

mg- miligrama

g - grama

l -litro

## Abrangência

Serão incluídos neste protocolo todas gestantes com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Unimed Noroeste/RS, abrangendo todas as etapas do atendimento.

## Diretrizes

### 1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (MS, 2010).

A hipertensão arterial na gestação representa a principal causa de morte materna no Brasil.

#### 1.1 DEFINIÇÃO

##### 1.1.1 Pré-eclâmpsia leve

- Elevação da PA sistólica em 30 mmHg/PA diastólica em 15 mmHg ou PA >140 x

**Atividade:** Protocolo de atendimento à gestante com Pré-Eclâmpsia

**Responsável:** Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

90 mmHg após a 20ª semana de gestação sem ultrapassar 110 mmHg de níveis de PA diastólica

- Proteinúria de 24 horas > 300 mg (0,3 g) e < 2 g/l positivo (na fita);
- Ausência de sinais clínicos e/ou laboratoriais de comprometimento sistêmico materno ou fetal grave.

### 1.1.2 Pré-eclâmpsia grave

- PA > 160x110 mmHg aferida em duas medidas com intervalo de no mínimo 2 horas e após repouso;
- Proteinúria de 24 horas > 2g em 24 horas;
- Dor epigástrica ou no abdome superior;
- Alterações visuais;
- Exacerbação dos reflexos tendinosos profundos, devendo ser aferidos dois reflexos (patelar e em membros superiores);
- Cefaleia;
- Alterações comportamentais;
- Dispneia e sinais de congestão pulmonar;
- Icterícia;
- Volume urinário < 400 mL em 24 horas ou 100 mL em 4 horas (2 medidas);
- Trombocitopenia (< 100.000/mm<sup>3</sup>);
- Elevação de enzimas hepáticas e LDH;
- Presença de hemácias anormais em esfregaço sanguíneo;
- Restrição do crescimento intrauterino (RCIU).

## 2.OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Uniformidade no atendimento a gestantes com diagnóstico médico de pré-eclâmpsia no Hospital Unimed Noroeste/RS.

### 2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Atendimento uniforme a todas as gestantes.



**Atividade:** Protocolo de atendimento à gestante com Pré-Eclâmpsia  
**Responsável:** Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

### 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todas as gestantes com diagnóstico médico de pré-eclâmpsia.

### 4. ASSISTÊNCIA MÉDICA

Exames laboratoriais:

- Hemograma completo com contagem de plaquetas;
- Urina tipo I + urocultura com antibiograma;
- Proteinúria de 24 horas + relação proteinúria/creatininúria em amostra de urina;
- Creatinina;
- Ácido úrico;
- DHL;
- Enzimas hepáticas (TGO e TGP);
- Bilirrubinas totais e frações (conforme avaliação médica).

Tratamento Clínico da pré-eclâmpsia:

- Repouso em DLE;
- Dieta hipossódica.

O tratamento da iminência de eclampsia é igual ao da eclampsia Terapêutica anti-hipertensiva pressão arterial excessivamente elevada (PA > e/ou = 160/110):

- 1ª Opção - Nifedipina - 10 mg por via oral (contra-indicação relativa quando associada ao sulfato de magnésio).
- 2ª Opção - Hidralazina - 5 mg (diluída) por via endovenosa a cada 15 minutos, até controle da hipertensão.

Manutenção:

- 1ª Opção - Metildopa - 750 mg a 2.000 mg por via oral - Se necessário, adicionar a dose de Metildopa (caso tenha usado Pindolol) ou de Pindolol (no caso de ter usado Metildopa) - Se necessária uma terceira droga, adicionar Amlodipina - 5 mg/dia a 30 mg/dia por via oral.

Tratamento da hipertensão arterial aguda (pressão arterial  $\geq$  160/110 mmHg):

- Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo;



**Atividade:** Protocolo de atendimento à gestante com Pré-Eclâmpsia

**Responsável:** Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

- Instalar soro glicosado a 5% em veia periférica;
- Administrar nifedipina 10 mg, VO, e repetir 10 mg a cada 30 min, se necessário. Se não houver resposta adequada, administrar hidralazina 5 mg IV.\* Se a PA não for controlada, repetir 5-10 mg a cada 20 minutos;
- Verificar a PA materna de 5 em 5 min por 20 minutos após a medicação;
- Avaliar a frequência cardiorfetal (cardiotocografia) por pelo menos 20 minutos após a medicação;
- Repetir a medicação, se necessário (PA > 160/110 mmHg), até dose máxima de 30 mg para cada fármaco;
- Manter a PA < 160/110 mmHg e > 135/85 mmHg;

Outras opções:

- Nitroprussiato de sódio 0,25 µg (kg/min) até o máximo de 4 µg (kg/min) e não usar por mais de 4 horas;
- \*Diluir uma ampola (20 mg-2 mL) em 3 mL de água destilada: cada mL terá 5 mg de hidralazina. PA, pressão arterial; VO, via oral; IV, intravenoso.

Prevenção das convulsões com sulfato de magnésio (MgSO<sub>4</sub>):

- Dose de ataque - 4 g de MgSO<sub>4</sub> - 8 mL de MgSO<sub>4</sub> a 50% diluído em 12 mL de água destilada - IV em 20 minutos;
- Dose de manutenção IV - 0,6-2 g/h IV - diluir 8 mL de MgSO<sub>4</sub> a 50% em 112 mL de soro fisiológico e infundir em bomba na velocidade de 30 mL/h; a cada 4h, verificar se a diurese está preservada (> 25 mL/h), FR e se os reflexos tendinosos estão presentes;
- Dose de manutenção IM\* - 10 mL a 50% no quadrante superior externo da nádega a cada 4h (alternando as nádegas); avaliar a diurese (> 25 mL/h) e os reflexos patelares antes de cada aplicação;

\*Especialmente útil para transporte de pacientes em ambulância e em enfermarias, situações em que o controle da infusão IV é precário. IV, intravenoso; IM, intramuscular.

O MgSO<sub>4</sub> é utilizado por até 24 horas após o parto nos casos de eclampsia e PEG.



**Atividade:** Protocolo de atendimento à gestante com Pré-Eclâmpsia

**Responsável:** Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

## 5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

### NO CENTRO OBSTÉTRICO:

- Higienizar as mãos;
- Receber a gestante na sala de admissão do centro obstétrico;
- Comunicar médico assistente da internação;
- Vesti-la com camisola, propés e touca;
- Acomoda-la no quarto de pré parto;
- Orientar decúbito lateral esquerdo e decúbito elevado a 30°;
- Controle de BCF rigoroso;
- Controle de sinais vitais, orientar gestante a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo ou sentada, após 5 minutos, verificar pressão arterial nos dois membros superiores, registrar os dois resultados nos sinais vitais, e posteriormente verificar sempre no membro que resultou maior;
- Administrar medicações nos horários padrões conforme prescrição médica;
- Encaminhar pedidos de exames laboratoriais e de imagem;
- Orientar a gestante quanto aos sintomas de elevação da pressão arterial:
  - Distúrbios visuais;
  - Cefaleia persistente;
  - Náuseas e êmese;
  - Alteração de comportamento;
  - Dor epigástrica;
- Observar na gestante se há sinais de edema;
- Orientar e auxiliar na coleta de diurese para proteinúria de 24 horas;
- Manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível;
- Realizar registro na evolução de enfermagem;
- Realizar registro no controle de sinais vitais;
- Realizar registro na folha de gastos;

### NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

- Higienizar as mãos;
- Receber a gestante na unidade de internação e encaminhá-la até o leito;

**Atividade:** Protocolo de atendimento à gestante com Pré-Eclâmpsia**Responsável:** Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

- Conferir pulseira de identificação;
- Comunicar médico assistente da internação;
- Aprazar prescrição médica, e encaminhar uma via até a farmácia;
- Orientar decúbito lateral esquerdo;
- Controle de BCF rigoroso, pelo enfermeiro da unidade ou pela colaboradora do centro obstétrico;
- Controle de sinais vitais, atentar para pressão arterial;
- Administrar medicações nos horários padrões conforme prescrição médica;
- Orientar a gestante quanto aos sintomas de elevação da pressão arterial;
- Atentar aos sinais de edema;
- Orientar e auxiliar na coleta de diurese para proteinúria de 24 horas;
- Qualquer alteração comunicar médico assistente ou centro obstétrico;
- Enfermeiro deverá preparar e administrar sulfato de magnésio;
- Realizar registro na evolução de enfermagem;
- Realizar registro no controle de sinais vitais;
- Realizar registro na folha de gastos;

Administração de Sulfato de magnésio (pelo enfermeiro):

Dose de ataque:

- Com uma ampola de Sulfato de Magnésio 50% 10ml, aspirar 8ml e diluir com 12ml de água destilada, totalizando 20ml;
- Administrar em bomba de seringa em 20 minutos;
- Após lavar extensor com 5ml de soro fisiológico 0,9% e já iniciar com dose de manutenção;

Dose de manutenção:

- Pegar um soro fisiológico de 100ml, adicionar neste 12ml de soro fisiológico (solicitar duas ampolas de 10ml, aspirar 10ml de uma e de outra 2ml), totalizando 112ml. Com uma ampola de Sulfato de Magnésio 50% 10ml, aspirar 8ml e adicionar ao frasco de soro fisiológico (já preparado de 112ml), totalizando 120ml;
- Instalar equipo lifemed, preencher equipo com medicação e instalar na bomba de infusão;



## PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-15

Estabelecido em: 09/05/2017

Página 7 de 7

**Atividade:** Protocolo de atendimento à gestante com Pré-Eclâmpsia

**Responsável:** Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

- A dose de manutenção deve ser infundida sempre em 4 horas;
- Programar bomba de infusão a 30ml/h;
- Ao término das 4 horas instalar nova etapa até médico assistente suspender medicação.

### CUIDADOS A CADA TROCA (A CADA 4 HORAS):

- Frequência respiratória;
- Débito urinário (> 25ml/h). Realizar cateterismo vesical de demora;
- Reflexos tendinosos.

### Documentos de Referência para Atendimento às Diretrizes

POP-CO-06 - Ausculta de Batimentos cardíacos fetais

PS-LAB-001 - Orientações de coleta de materiais biológicos

PS-CENF-38 - Verificação de Sinais Vitais

PS-CENF-83 - Administração de medicação endovenosa

### Indicadores

Não se aplica.

### Referências Bibliográficas

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual Técnico: Gestação de Alto Risco**. 5ª ed., 2010.

MONTENEGRO, C.A.B; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12.ed.,2011. p.243-256.