

Identificação da pré eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é uma síndrome multifatorial e multissistêmica que ocorre na segunda metade do período gestacional. É marcada pela hipertensão (PAS \geq 140mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg) que ocorre após 20ª semana de gestação associada à proteinúria significativa (\geq 300 mg em urina de 24h, pelo menos 1 cruz na fita reagente - 30mg/dL ou relação proteinúria/creatinúria (mg/dL) em amostra isolada \geq 0,3) ou disfunção de órgãos-alvo.

Atenção: Nas pacientes obesas, com circunferência do braço superior a 30 cm, sem disponibilidade de manguito adequado, deve-se usar tabelas de correção.

Quadro 1 – Correção da pressão arterial segundo a circunferência do braço da paciente

Circunferência do braço	Correção	
	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
20	+11	+7
22	+9	+6
24	+7	+4
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13
50	-21	-14

Fonte: MAXWELL et al., 1982.

Epidemiologia

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza os distúrbios hipertensivos da gestação como uma importante causa de morbidade grave, incapacidade de longo prazo e mortalidade, tanto materna quanto perinatal.

No Brasil a pré-eclâmpsia contribui com um quarto de todos os óbitos maternos registrados

Fique atento!

Pacientes que já tenham PA elevada com proteinúria significativa, alteração de exames ou disfunção de órgão alvo devem se atentar para alguns sinais mesmo que não seja patognomônico da doença.

- Ganho de peso que se associa a edema de mãos e face;
- Valores da pressão arterial;
- Lembrar que, os valores da pressão arterial são menores na gestação; pressão arterial diastólica com valores maiores, como 80 mmHg, deve chamar atenção.
- Presença de proteinúria significativa - presença de pelo menos 300 mg em urina de 24 horas ou da relação proteína/creatinina urinária $\geq 0,3$.

Importante: O profissional precisa estar atento à identificação da pré-eclâmpsia sem ou com sinais de gravidade. Os quadros de HELLP síndrome e eclâmpsia estão incluídos entre os de maior gravidade.

A fim de classificar a pré-eclâmpsia com ou sem sinais de gravidade, devem ser consideradas manifestações clínicas e resultados de exames laboratoriais maternos.

Principais parâmetros clínicos e laboratoriais a serem tratados e monitorados na pré eclâmpsia com sinais de gravidade:

- **Crise hipertensiva:** caracterizada por PA ≥ 160 e/ou 110 mmHg persistente após 15 minutos.
- **Emergência hipertensiva:** caracteriza-se pela crise hipertensiva associada a sintomatologia clínica exuberante.
- **Iminência de eclâmpsia:** a paciente apresenta nítido comprometimento do sistema nervoso central, referindo cefaleia, fotofobia, escotomas e embaçamento visual, que pode evoluir para perda da visão.
- **Eclâmpsia:** convulsões tônico-clônicas em gestante com pré-eclâmpsia.
- **Síndrome HELLP:** o termo HELLP deriva do inglês e refere-se à associação de intensa hemólise (Hemolysis), comprometimento hepático (Elevated Liver enzymes) e consumo de plaquetas (Low Platelets), em paciente com pré eclâmpsia.

Alterações Laboratoriais esperadas da síndrome de HELLP

Hemólise: concentração de bilirrubina indireta 1,2 mg/dL; DHL > 600 U/L e presença de esquizócitos e equinócitos no esfregaço de sangue periférico;

Comprometimento hepático: definido pela alteração da função hepática, concentração de aspartato aminotransferase (AST) e/ou alanina aminotransferase (ALT) > 70 UI/L

Plaquetopenia: definida por valores inferiores a 100.000/mm³

Pré-natal e avaliação dos fatores de risco

O acompanhamento da gestante pelo pré-natal é um grande aliado para percepção do panorama de saúde. Toda gestante deve ser rastreada para risco de manifestar pré-eclâmpsia. Durante a consulta é possível identificar alguns fatores de risco que permitam a atuação no sentido de prevenção secundária ao tentar impedir a manifestação clínica da doença e de suas formas graves (prevenção terciária). A presença de um fator de risco alto ou pelo menos dois fatores de risco moderado indicam prevenção não farmacológica e farmacológica.

Risco Moderado

Nuliparidade

História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs)

Idade \geq 35 anos - Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro)

Intervalo > 10 anos desde a última gestação

Risco considerado alto

História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos

Gestação múltipla

Obesidade (IMC > 30)

Hipertensão arterial crônica Diabetes tipo 1 ou 2

Doença renal

Doenças autoimunes

Gestação decorrente de reprodução assistida

Prevenção da pré-eclâmpsia

As orientações que podem resultar em redução dos riscos das manifestações clínicas da pré-eclâmpsia são classificadas em **não farmacológicas e farmacológicas**.

Não farmacológica

Dieta

Recomenda-se dieta habitual, sem restrição de sal, já que não há evidência desta conduta para prevenção de desfechos desfavoráveis na pré-eclâmpsia.

Atividade física

Não existe indicação de repouso absoluto

- Orientar a todas gestantes praticar atividade física para reduzir risco de desenvolver hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, desde que não haja contra-indicação.
- A gestante deve exercitar-se realizando caminhadas rápidas, hidroginástica e ciclismo estacionário com duração de 140 minutos semanais, orientando a que tenha uma intensidade moderada.

Farmacológicas

- O ácido acetil salicílico (AAS) na dosagem de 100 mg/dia - à noite, deve ser indicado para gestantes com risco de manifestar pré-eclâmpsia (um marcador de alto risco ou \geq dois marcadores de risco moderado)

A indicação preconizada é preferencialmente antes da 16a semana, a partir da 12a semana, mas podendo ser iniciado até a 20a semana, mantendo-se até a 36a semana.

- A suplementação de cálcio está indicada em populações com baixa ingestão desse mineral, entre as quais se inclui a brasileira.

Atenção: Recomenda-se a suspensão do AAS se houver confirmação diagnóstica de pré-eclâmpsia.

É dever da atenção primária coordenar o cuidado do pré-natal articulando com os demais serviços de saúde envolvidos como ambulatórios de pré-natal de alto risco, mantendo o acompanhamento da gestante conjuntamente.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korke HA, Ramos JGL, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaoneta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Sass N. Pré-eclâmpsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023

<https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/PROTOCOLO-2023.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco

[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korke HA, Ramos JGL, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaoneta ACM, Freire CHE, Figueiredo CEP, Abbade JF, Rocha Filho EAP, Sass N. Pré-eclâmpsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023. disponível em:

<https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/08/PROTOCOLO-2023-FINAL.pdf>