

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

Introdução

Incide em 5% a 10% das gestações.

Quando não adequadamente tratada, pode resultar em quadros graves como a eclampsia ou síndrome HELLP.

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

Evidências científicas apontam que o uso do Ácido Acetilsalicílico (100-150 mg/dia)⁽¹⁾ se utilizada nos grupos de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia e a suplementação de 1 comprimido de carbonato de cálcio (1 CP = 1250 mg carbonato de cálcio = 500 mg de cálcio elementar/dia)⁽²⁾ para todas as gestantes, são intervenções benéficas. O AAS deve ser administrado o mais precocemente possível e durante a noite. A suplementação de cálcio deve ser mantida de 16 a 36 semanas de gestação.

Classificação

- Pré-eclâmpsia
- Hipertensão crônica
- Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superajuntada

Definição

Pré-eclâmpsia

Desenvolvimento de hipertensão com proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face. Ocorre após a 20ª semana de gravidez, ou antes desse período quando associada com a moléstia trofoblástica gestacional.

Hipertensão crônica

Na gravidez, termo engloba qualquer doença hipertensiva presente anteriormente à gravidez ou que é diagnosticada antes da 20ª semana de gestação.

Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superajuntada

É quando a pré-eclâmpsia se sobrepõe à hipertensão existente. Ocorre em 15% a 30% dos casos, e esse risco aumenta quando a gestante apresenta prejuízo da função renal.



Fatores predisponentes para pré-eclâmpsia⁽³⁾

Primigesta jovem	Síndrome antifosfolípide
Gestante com hipertensão arterial crônica	Trombofilia
Pré-eclâmpsia em gestação anterior	Gemelaridade
Diabetes mellitus	Hidropsia fetal
Nefropatia	Troca de parceiro sexual
Colagenose	Idade acima de 40 anos
Fertilização <i>in vitro</i>	Obesidade

Diagnóstico

Exames laboratoriais

Hemograma completo com plaquetas	Ácido úrico
Urina tipo I + urocultura com antibiograma	Perfil hemolítico (DHL)
Proteinúria de 24 horas	Enzimas hepáticas (TGO e TGP)
Uréia e creatinina	Bilirrubinas totais e frações

Identificação da Pré-Eclâmpsia

- Edema nas mãos e na face ou
- Proteinúria $\geq 0,3$ g/l em urina de 24 horas ou
- Proteinúria ≥ 1 g/l ou ++ em amostra isolada
- Creatinina $\geq 1,2$ mg/dL
- Plaquetopenia ($<100.000/mm^3$)
- Elevação das Transaminases acima de duas vezes o valor de referência

Exames em função da gravidade e do quadro clínico (PNAR)

Rotina para colagenoses (FAN e LE)	Ecocardiografia
Anticorpo antifosfolípide e anticardiolipina	Fundo de olho
Eletrocardiograma	Ultra-sonografia renal
Tomografia ou ressonância magnética cerebral	Coagulograma completo
Ultra-sonografia de abdome total e hepático	Eletroforese de proteínas



Identificação da Hipertensão Crônica com Pré-Eclâmpsia superajuntada

- Aumento dos níveis pressóricos associados à proteinúria anteriormente ausente
- Na ausência de proteinúria, deve haver suspeita quando a hipertensão é acompanhada por: *Cefaléia; Alterações visuais; Epigastralgia; Alterações de exames laboratoriais, especificamente plaquetopenia; Aumento das enzimas hepáticas e do ácido úrico*

Tratamento

Os anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação⁽⁴⁾ são:

Classe do agente	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, α_2 -agonistas	Metildopa Comprimidos de 250 e 500mg	750 a 2.000mg/dia 2 a 4x/dia
	Clonidina Comprimidos de 0,1 e 0,2mg	0,2 a 0,6mg/dia 2 a 3x/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipina Retard Comprimidos de 10 e 20mg	20 a 120mg/dia 1 a 3x/dia
	Amlodipina Comprimidos de 2,5, 5 e 10mg	5 a 20mg/dia 1 a 2x/dia
Vasodilatador periférico *	Hidralazina Drágeas de 25 e 50mg	50-150mg/dia
β -bloqueadores *	Metoprolol Comprimidos de 25, 50 e 100mg	100 a 200mg/dia 1 a 2 x/dia
	Carvedilol Comprimidos de 6,25 e 12,5mg	12,5 a 50mg/dia 1 a 2 x/dia Recomenda-se iniciar com 12,5mg/dia por dois dias e a partir de então aumentar a dose

*Recomendamos essas medicações como terceira droga para associação de medicamentos para controle pressórico ou no caso de impossibilidade de uso das drogas de primeira escolha. Os β -bloqueadores de maior experiência clínica são o labetalol e o pindolol. Entretanto, o primeiro não está liberado para uso no Brasil e o segundo foi recentemente retirado do mercado.

Na eventualidade de se associar mais do que uma droga para o controle da hipertensão arterial, o caso deve obrigatoriamente ser encaminhado ao pré-natal de alto-risco.



Pré-eclampsia grave

A pré-eclampsia é grave se estiverem presentes um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial acima de 160 x 110 mmHg
- Proteinúria de 2 g em urina de 24 horas
- Perda da função renal, caracterizada por oligúria (< 400 ml/dia) e por níveis séricos de creatinina crescentes e maiores do que 1,2 mg/dl
- Sinais de iminência de eclampsia (cefaléia, epigastralgia ou transtornos visuais)
- Insuficiência pulmonar ou cardíaca (cianose e/ou edema pulmonar)
- Dor em hipocôndrio direito (distensão da cápsula hepática)
- Trombocitopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³)
- Anemia hemolítica microangiopática (DHL ≥ 600 U/l)
- Icterícia ou elevação das enzimas hepáticas (Bilirrubina total > 1,2 mg% ou TGO e TGP ≥ 70 U/l)
- Sinais de insuficiência placentária grave (oligoâmnio, dopplervelocimetria e cardiotocografia alterados)

Observação

Quando a pré-eclampsia aparece em idade gestacional mais precoce, isto é, longe do termo, deve ser considerada sempre como forma grave. Deve-se considerar também sua recorrência maior em gestações subseqüentes.

Atendimento da Pré-Eclâmpsia Grave na Atenção Primária

- Manter a paciente em repouso em DLE
- Aplicar a dose de ataque do Sulfato de Magnésio segundo Fluxograma abaixo
- Solicitar remoção imediata (SAMU)

SINAIS DE ALERTA

PA SISTÓLICA ≥ 160 mmHg	PA DIASTÓLICA ≥ 110 mmHg
Cefaléia	Distúrbios visuais
Dor Epigástrica	Dor em Hipocôndrio direito
Convulsão	Coma

NÃO EXISTE RELATO NA LITERATURA PESQUISADA DE INTOXICAÇÃO PELO SULFATO DE MAGNÉSIO EM DOSE DE ATAQUE. DESSA FORMA, A DISPONIBILIZAÇÃO DO GLUCONATO DE CÁLCIO NÃO SE FAZ NECESSÁRIA.



FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DA PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Colocar paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE) em ambiente calmo



Administrar Sulfato de Magnésio em dose de ataque
4 GRAMAS DE SULFATO DE MAGNÉSIO ENDOVENOSO LENTO
(Colocar 4 gramas de $MgSO_4$ em um soro de 100 ml e correr de 4-10 min)



PROVIDENCIAR REMOÇÃO IMEDIATA (SAMU)

SE APÓS SULFATO DE MAGNÉSIO PA DIASTÓLICA > 110 mmHg

HIDRALAZINA → Diluir 1 ampola (20 mg) em 10 ml de AD e aplicar 2,5 ml endovenoso lento (repetir 2,5 ml lento a cada 30 minutos se PAD >110 mmHg) (Dose máxima 45 mg/dia)

NO CASO DE RECIDIVA DA CONVULSÃO ENQUANTO AGUARDA REMOÇÃO:

REPETIR SULFATO DE MAGNÉSIO 2 GRAMAS ENDOVENOSO LENTO
(Colocar 2 gramas de $MgSO_4$ em soro de 100 ml e correr de 4-10 min)

4 GRAMAS DE SULFATO DE MAGNÉSIO EQUIVALEM A:

- $MgSO_4$ a 50% = 8 ml
- $MgSO_4$ a 20% = 20 ml (2 ampolas)
- $MgSO_4$ a 10% = 40 ml (4 ampolas)

COMUNICAR POR E-MAIL A ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER:

NOME DA PACIENTE
NÚMERO DO CARTÃO SUS
HOSPITAL PARA ONDE FOI FEITA A REMOÇÃO
e-mail: saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br



Bibliografia:

1. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017;377(7):613-22.
2. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah Á, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10:CD001059.
3. Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Bradley J, Cooper C, et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. *BMJ*. 2005;330(7491):576-80.
4. Peraçoli JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli RC, Costa SH, Oliveira LG, et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. . Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no 8/ Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.