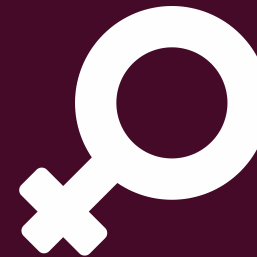


Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

PROFILAXIA DA PRÉ-ECLÂMPSIA NO PRÉ-NATAL



A maioria das mortes por pré-eclâmpsia e eclâmpsia é evitável através de cuidado efetivo às mulheres com essas complicações.



Objetivo dessa apresentação:

- Apresentar os aspectos epidemiológicos da pré-eclâmpsia, seus fatores de risco e preditores
- Discutir o uso do cálcio e da aspirina na prevenção da pré-eclâmpsia e das suas complicações



População-alvo dessa intervenção

As gestantes com maior risco de pré-eclâmpsia (PE), incluem:

- Primigestas
- História prévia de PE
- Natimorto anterior
- Adolescente ou idade materna > 40 anos
- História familiar de PE (mãe ou irmã)
- Gestação múltipla
- Multíparas com novo parceiro
- Obesidade
- Intervalo > 10 anos entre as gestações
- Associação de comorbidades
 - hipertensão arterial crônica
 - doença renal pré-existente
 - diabetes mellitus
 - síndrome antifosfolípide
 - trombofilias hereditárias
 - doenças autoimunes



RISCO CONSIDERADO	APRESENTAÇÃO CLÍNICA E/OU OBSTÉTRICA
ALTO (um marcador)	História de pré-eclâmpsia
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (LES, síndrome antifosfolípide)
	Gestação decorrente de reprodução assistida
MODERADO (≥ 2 marcadores)	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe/irmã)
	Idade ≥ 35 anos
	Gravidez prévia com desfecho adverso (DPP, baixo peso ao nascer com ≥37 semanas, trabalho de parto prematuro)
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação



Pré-eclâmpسيا: definição

- Pressão arterial ≥ 140 e/ou 90 mmHg a partir de 20 semanas de gestação associada a proteinúria significativa ou presença de comprometimento de órgãos-alvo, como: contagem de plaquetas $< 150.000/\text{mm}^3$, disfunção hepática com transaminases oxalacética (TGO) ou pirúvica (TGP) > 40 UI/L, insuficiência renal (creatinina ≥ 1 mg/dL), edema pulmonar, iminência de eclâmpسيا ou eclâmpسيا.
- Além disso, a associação de hipertensão arterial com sinais de disfunção placentária, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas fetais, também deve chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclâmpسيا.



Epidemiologia das síndromes hipertensivas da gravidez

- A estimativa mais aceita da ocorrência dos transtornos hipertensivos da gravidez é de 5-10%. As estimativas da incidência e prevalência variam significativamente de acordo com o país de origem e a qualidade dos dados disponíveis.
- Os dados sugerem um aumento na incidência de todos os distúrbios hipertensivos da gravidez ao longo do tempo. A crescente incidência de sobrepeso ou obesidade e gravidez em idade mais avançada implica em aumento das taxas de hipertensão arterial crônica.
- Momento da manifestação clínica da pré-eclâmpsia (PE): a PE de início tardio (≥ 34 semanas) é mais comum do que a doença de início precoce (< 34 semanas), que geralmente não representa mais de um terço dos casos de pré-eclâmpsia.



Epidemiologia das síndromes hipertensivas da gravidez - Mortalidade materna

- As síndromes hipertensivas da gravidez, em particular a pré-eclâmpsia, contribuem significativamente para o fardo global da mortalidade materna e perinatal, sendo responsável por uma estimativa de 10% das mortes maternas, anualmente. A pré-eclâmpsia continua a ser uma das quatro principais causas de mortalidade materna (e morbidade) nos países de alta, média e baixa renda.
- No Brasil as síndromes hipertensivas da gravidez são a principal causa de morte materna – DataSUS: 30% (2015).
- Estão associadas a complicações graves, tanto maternas quanto perinatais.



Epidemiologia das síndromes hipertensivas da gravidez - Mortalidade materna

- Entre as complicações mais graves se destacam: crise hipertensiva, eclâmpsia e síndrome HELLP.
- Eclâmpsia é a ocorrência de convulsões tonico-clônicas generalizadas.
- A incidência de eclâmpsia varia de 1,6 a 10 casos / 10.000 partos em países de alta renda até 19,6 a 142 casos /10..000 partos em países de média e baixa renda.
- Segundo o Multicountry Survey da OMS sobre saúde materna e neonatal, a probabilidade de morte materna estar associada ao diagnóstico de pré-eclâmpsia (em comparação com nenhuma pré-eclâmpsia) foi de 3,73 (IC 95%: 2.15-6.47) e com eclâmpsia (vs. não eclâmpsia) de 42,4 (IC 95% 25,1-71,4) .



Aspectos epidemiológicos: morbidade materna

- Para cada morte materna, estima-se que **20 ou 30 mulheres adicionais sofram uma morbidade significativa** e que o peso da morbidade materna seja mais elevado nos países de baixa e média renda.
- As taxas da morbidade materna relacionadas à síndromes hipertensivas da gravidez em países de baixa e média renda tendem a ser maiores (10-20%) do que as relatadas em países de alta renda (5-9%).



Aspectos epidemiológicos: mortalidade e morbidade perinatal

- Os desfechos perinatais adversos associados às síndromes hipertensivas da gravidez incluem a natimortalidade, a restrição do crescimento fetal, a displasia bronco pulmonar e a morte neonatal.
- Entres todas as mortes perinatais, estima-se que de 9 a 20% estejam diretamente relacionadas à síndromes hipertensivas da gravidez.
- A pré-eclampsia é associada ao risco oito vezes maior de parto prematuro.



Aspectos epidemiológicos: mortalidade e morbidade perinatal em mulheres negras

As mulheres negras são as mais afetadas pela pré-eclâmpsia, as que mais apresentam desfechos perinatais desfavoráveis e as mais atingidas pela mortalidade materna.

Não se trata apenas de alguma predisposição genética.

A negligência ao olhar para as estruturas às quais essas mulheres estão inseridas, e todos os determinantes sociais em saúde com indicadores sociais desastrosos, direciona a uma trajetória marcada pelo racismo institucionalizado que distancia essas mulheres de uma atenção à saúde de qualidade.



Prevenção

Aspectos importantes sobre a ocorrência ou recorrência das síndromes hipertensivas da gravidez

- Clinicamente, o que importa é identificar as mulheres que mais se beneficiarão de uma vigilância cuidadosa durante a gravidez, por meio do aumento do número das visitas pré-natais (de 4 em 4 semanas até 27 semanas, a cada 2 semanas entre 28 e 35 semanas e semanalmente a partir de 36 semanas).



Fatores de risco para a ocorrência ou recorrência de síndromes hipertensivas da gravidez

- **Fatores familiares:** A pré-eclâmpsia é uma doença complexa, que se considera hereditária em um padrão familiar;
- **Idade:** extremos de idade materna foram associados com risco de pré-eclâmpsia / eclampsia;
- **Peso ao nascer materno:** as mulheres com baixo peso ao nascer (<2500 g) apresentaram o dobro do risco de experimentar pré-eclâmpsia (OR 2,3, IC 95% 1,0-5,3) quando comparadas com as mulheres que pesavam 2500-2999g ao nascimento;
- **Índice de massa corporal pré-gravidez:** a aumento do IMC é um fator de risco importante para pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave com risco atribuível de 64%;
- **Paridade:** a pré-eclâmpsia é mais comum a primeira gravidez da mulher.



Fatores de risco para a ocorrência ou recorrência de síndromes hipertensivas da gravidez

- Pré-eclampsia prévia
- Gravidez anterior com hipertensão gestacional
- Patologias pré-existentes:
 - O diabetes pré-gestacional (tipo 1 e tipo 2) está associada a um risco aumentado de duas a quatro vezes de pré-eclâmpsia.
 - As mulheres com hipertensão crônica têm risco de pré-eclampsia sobreposta. A pressão arterial média (MAP) de 95mmHg foi um bom preditor desse risco.
 - As mulheres com hipertensão crônica e diabetes pré-gestacional são oito vezes mais propensas a serem diagnosticadas com pré-eclâmpsia quando comparadas com mulheres sem qualquer dessas condições.
 - Trombofilias
 - Doença renal pré-existente
 - Doenças autoimunes



Profilaxia para a ocorrência ou recorrência de transtornos hipertensivos da gravidez

- A terapia anti-hipertensiva não previne pré-eclâmpsia ou os desfechos perinatais adversos associados, mas **diminui à metade da incidência de desenvolvimento de hipertensão grave**.
- A aspirina (baixa dose) em mulheres identificadas como com risco aumentado de pré-eclâmpsia com base em características clínicas, **resulta em uma diminuição de 25% da pré-eclâmpsia**, além da redução das taxas de parto prematuro <37sem, morte perinatal e restrição de crescimento intrauterino.
- Suplemento oral de cálcio cálcio (de pelo menos 1g/d) em mulheres de alto risco pode diminuir a incidência de pré-eclâmpsia hipertensão gestacional e parto prematuro.



Fatores de risco e condução dos transtornos hipertensivos

- A Organização Mundial da Saúde (2011) recomenda que mulheres com “alto risco” para desenvolver pré-eclâmpsia **devem receber AAS em dose baixa, iniciada antes de 20 semanas se possível**. O AAS é distribuído em forma de comprimidos de 100 mg em nosso meio. A dose recomendada é de um comprimido de 100 mg ao deitar.
- Muitos fatores de risco têm sido utilizados para identificar as mulheres de “alto risco”, mas o maior impacto da redução das taxas de pré-eclâmpsia na população de alto risco (redução de 20%) pode ser conseguido prescrevendo-se AAS para gestantes com história prévia de pré-eclâmpsia e/ou obesidade ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$)



O mais importante!

- Em áreas onde a ingestão dietética de cálcio é baixa, a suplementação de cálcio durante a gravidez é recomendada para a prevenção da pré-eclâmpsia **em todas as mulheres**, mas especialmente aquelas com alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia. *A OMS recomenda uma ingestão diária de 1300mg para adolescentes e de 1000mg para adultos.*
- É recomendada uma dose baixa de ácido acetilsalicílico para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com alto risco de desenvolver esta condição. Baixa dose de ácido acetilsalicílico para prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações relacionadas devem ser iniciadas antes de 20 semanas de gravidez.



Referências

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong CY. Pregnancy hypertension. In: Cunningham FG, ed. Williams Obstetrics, 23rd edn. McGraw-Hill Professional;2009:706
- The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension: An evidence-based guide to monitoring, prevention and management. Edited by: Laura A. Magee MD, FRCPC, FACP Peter von Dadelszen MBChB, DPhil, FRANZCOG William Stones MD, FRCOG Matthews Mathai MD, PhD, FRCOG. ISBN: 978-0-9927545-5-6.
- World Health Organization (WHO). Recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Recomendações da OMS para a Prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclampsia. 2011.
- Souza, J. and on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network (2014), The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health project at a glance: the power of collaboration. BJOG: Int J Obstet Gy, 121: v–viii. doi:10.1111/1471-0528.12690
- Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Duley L, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001059. DOI: 10.1002/14651858.CD001059.pub4.
- AU - Rolnik, Daniel L.AU et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm PreeclampsiaPT - Journal ArticleDP - 2017TA - New England Journal of MedicinePG - 613-622VI - 377IP - 7AID - 10.1056/NEJMoa1704559 [doi]PMID - 286574174100 - http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1704559SO - New England Journal of Medicine August 17, 2017 377(7):613
- Moore GS, Allshouse AA, Post AL, Galan HL, Heyborne KD. Early initiation of low-dose aspirin for reduction in preeclampsia risk in high-risk women: a secondary analysis of the MFMU High-Risk Aspirin Study. J Perinatol. 2015 May;35(5):328-31. doi: 10.1038/jp.2014.214. Epub 2014 Dec 4. PubMed PMID: 25474553; PubMed Central PMCID: PMC4838902.
- Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Desigualdade Racial. Mulheres pretas são as principais vítimas de eclâmpsia e mortalidade materna, aponta pesquisa. Disponível em: <<https://ieps.org.br/mulheres-pretas-sao-as-principais-vitimas-de-eclampsia-e-mortalidade-materna-aponta-pesquisa/>>.
- Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korkes HA, Ramos JGL, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta 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.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES



@portaldeboaspraticas

PROFILAXIA DA PRÉ-ECLÂMPسيا NO PRÉ-NATAL

Material de 26 de outubro de 2023

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres



Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.