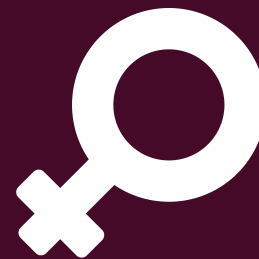


Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

PROFILAXIA DA PRÉ-ECLÂMPSIA NO PRÉ-NATAL



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



Tópicos abordados nessa apresentação

- Aspectos epidemiológicos da pré-eclâmpsia
- Fatores de risco e preditores da pré-eclâmpsia
- Uso do cálcio e aspirina: a prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações



População-alvo dessa intervenção

As gestantes, que são o foco profilaxia da 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



Pré-eclâmpسيا: definição

- Pressão arterial $>$ ou $=$ a 140x90 mmHg a partir de 20 semanas de gestação e proteinúria significativa.
- Entretanto, deve-se considerar pré-eclâmpسيا, mesmo na ausência de proteinúria, na presença de hipertensão grave ($>$ ou $=$ 160x110 mmHg) e/ou alterações laboratoriais relacionadas a comprometimento de órgãos alvos (Ex.: plaquetopenia) ou comprometimento do bem estar fetal (Ex.: restrição do crescimento intrauterino, sinais de insuficiência placentária).



Epidemiologia dos distúrbios hipertensivos na 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 da 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 aumento das taxas de hipertensão crônica.
- Época de aparecimento da pré-eclâmpsia: a PE de início tardio é mais comum do que a doença de início precoce, sendo esta última geralmente definida como tendo início ou parto antes de 34 semanas. A doença de início precoce parece não representar mais de um terço da pré-eclâmpsia.



Epidemiologia dos distúrbios hipertensivos na gravidez - Mortalidade materna

- Os distúrbios hipertensivos da gravidez, em particular a pré-eclâmpsia e a eclampsia, contribuem significativamente para o fardo global da mortalidade materna e perinatal, sendo responsável por uma estimativa de 10,0% 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.
- A hipertensão na gravidez é a principal causa de morte materna no Brasil – DataSUS: 30% (2015).
- Está associada a complicações graves tanto maternas quanto fetais.
- Eclampsia é a forma mais grave, quando há associação de hipertensão com convulsões tonico-clônicas generalizadas.
- A incidência de eclampsia varia de acordo com a assistência: 1/2.000 em países desenvolvidos e até 1/100 em países em desenvolvimento.
- 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 Eclampsia (vs. não eclampsia) 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. Estima-se que o peso da morbidade materna seja mais elevado nos países de baixa e média renda.
- A pré-eclâmpsia "grave" é uma morbidade materna grave de acordo com a OMS.
- As taxas da morbidade materna relacionadas aos transtornos hipertensivos 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 aos distúrbios hipertensivos da gravidez incluem ainda a natimortalidade, a morte neonatal, oligohidramnios, displasia bronco pulmonar e restrição do crescimento fetal.
- Nas mortes perinatais, estima-se que 9 a 20% estejam diretamente relacionados aos distúrbios hipertensivos da gravidez.
- A pré-eclâmpsia foi associada a uma chance 8 vezes maior de parto prematuro iniciado pelo provedor.



O que podemos prevenir ?

Aspectos importantes sobre a ocorrência ou recorrência de transtornos hipertensivos na gravidez

Clinicamente, o que importa é identificar as mulheres que mais se beneficiarão de uma vigilância cuidadosa durante a gravidez, aumentando o 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 - que se tornou o padrão de cuidado.



Fatores de risco para a ocorrência ou recorrência de transtornos hipertensivos 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:** o 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;
- **Intervalo entre gestações:** O risco de pré-eclâmpsia geralmente é menor na segunda gravidez se concebido com o mesmo parceiro.



Fatores de risco para a ocorrência ou recorrência de transtornos hipertensivos 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 (Índice de Massa Corporal $\geq 30\text{kg m}^2$)



O mais importante!

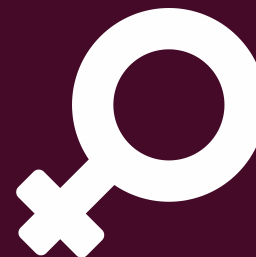
- Em áreas onde a ingestão dietética de cálcio é baixa, a suplementação de cálcio durante a gravidez é recomendada para a prevenção da pré-eclâmpsia em todas as mulheres, mas especialmente aquelas com alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia. *A OMS recomenda uma ingestão diária de 1300mg para adolescentes 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 Bibliográficas

1. 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
2. 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.
3. 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.
4. 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
5. 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.
6. 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/NEJMoa1704559>SO - New England Journal of Medicine August 17, 2017 377(7):613
7. 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.

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



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

PROFILAXIA DA PRÉ-ECLÂMPSIA NO PRÉ-NATAL

Material de 27 de fevereiro de 2018

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.