



PRÉ-ECLÂMPsia: ATUALIZAÇÕES NOS PROTOCOLOS

JÚLIA ONOFRE AMARAL; MARIA FERNANDA FERREIRA MARTINS; ADEYL- TON ROSA PAIVA

RESUMO

Introdução. As síndromes hipertensivas na gestação são de grande destaque nos indicadores relacionados à saúde materna e infantil. A pré-eclampsia, doença específica da gestação e de etiologia pouco conhecida, leva à grandes repercussões materno-fetais. É definida pelo aumento da pressão arterial (PAS maior ou igual 140 e PAD maior ou igual 90 mmHg) na gestação após a vigésima semana, em gestante previamente normotensa. Para diagnóstico, além da elevação pressórica, são necessários outros critérios, que assim como as classificações e fatores de risco, se modificam entre diferentes protocolos. No Brasil, há uma incidência de 1,5% de pré-eclampsia, podendo ocorrer variações devido à grande regionalidade, sendo a maior causa de prematuridade eletiva no país. **Objetivo.** Desta forma, o presente estudo objetiva analisar novas informações e conceitos sobre a pré-eclampsia. **Metodologia.** A presente pesquisa é uma revisão de literatura sistemática. Foram identificadas as produções científicas dessas bases sobre hipertensão arterial na gravidez, em especial a pré-eclampsia. Para obtenção dos dados, utilizou-se o levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados Scielo, Febrasgo, ACOG e RBEHG, possibilitando analisar diferentes recomendações. **Discussão.** A revisão proposta nesse estudo avaliou de forma sistemática, os benefícios das atualizações constantes em protocolos existentes, caminhando junto com novas tecnologias e avanços na medicina, e causando um exercício eficaz da medicina. **Conclusão.** O estudo constatou que as mudanças dos valores em exames laboratoriais e a necessidade de atualização de protocolos e condutas são de grande aplicabilidade para tomadas de decisões mais acertadas, podendo dessa forma ocasionar reduções de desfechos negativos tanto materno, quanto fetal, antecipando diagnósticos e melhorando prognósticos da dualidade, além da redução de gestantes sem diagnóstico adequado.

Palavras-chave: Gestantes; pré-natal; hipertensão induzida pela gravidez; avaliação de resultados; diagnóstico

1 INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação são de grande destaque nos indicadores relacionados à saúde materna e infantil. A pré-eclampsia (PE) é uma doença específica da gestação, de etiologia pouco conhecida, que leva à grandes repercussões materno-fetais.¹ É definida pelo aumento da pressão arterial após a 20ª semana, em gestante previamente normotensa.³ Para diagnóstico, além de hipertensão arterial (HA), são necessários outros critérios que se modificam entre diferentes protocolos. No Brasil, há uma incidência de 1,5%, ocorrendo variações, devido a grande regionalidade, sendo a maior causa de prematuridade

eletiva no país.²

A atualização mais recente da Rede Brasileira de Estudos sobre a Hipertensão na Gravidez (RBEHG) divide os distúrbios hipertensivos na gestação em hipertensão arterial crônica (HAC): definida HA reportada como manifestação prévia ou identificada antes da 20ª semana; hipertensão gestacional (HG): HA após a 20ª semana, em gestante previamente normotensa, sem proteinúria ou disfunção de órgãos-alvo, e solucionada até 12 semanas pós-parto; hipertensão do jaleco branco: presença de HA apenas durante as consultas pré-natais; e pré eclâmpsia, que será discutida adiante.¹

A pré-eclâmpsia é a HA verificada após a 20ª semana, associada à proteinúria (perda de ≥ 300 mg em urina de 24 horas), disfunção de órgãos-alvo (contagem de plaquetas $< 150.000/\text{mm}^3$, insuficiência renal (IR) com creatinina $> 1,1$ mg/dL, disfunção hepática com transaminases > 40 UI/L, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia, ou hipertensão arterial com restrição de crescimento fetal (CIUR e/ou alterações dopplervelocimétricas fetais).² A utilização de biomarcadores podem auxiliar no diagnóstico precoce de casos suspeitos. Houve modificações do protocolo da RBEHG nos valores de plaquetas, creatinina e transaminases considerados para o diagnóstico.¹ Existe ainda a PE sobreposta à HAC, que é definida se, após a 20ª semana, houver o aparecimento ou aumento de pelo menos três vezes o valor inicial da proteinúria, já avistada nos exames de primeira metade da gestação, disfunção de órgãos-alvo e presença de sinais de distúrbio placentário progressivo.²

Com o objetivo de uma melhor conduta diante um caso de pré-eclâmpsia, há uma classificação diagnóstica quanto à presença ou ausência de sinais de gravidade (piora clínica e/ou laboratorial).¹ Na crise hipertensiva a paciente apresenta uma PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg que se mantem após 15 minutos.¹ A conduta deve ser imediata com a utilização de hipotensores de ação rápida e sulfato de magnésio.⁴ Quando essa elevação está associada a sin tomatologia clínica exacerbada, é caracterizada como emergência hipertensiva, sendo a utilização do sulfato de magnésio instituída o quanto antes, precedendo a conduta hipotensora.³

É indispensável questionar sobre os sintomas de iminência de eclâmpsia à paciente, como cefaleia, fotofobia, escotomas e embaçamento visual. Assim como, presença de náuseas e vômitos, dor em região do epigástrio e região do hipocôndrio direito.¹ A eclâmpsia corresponde a PE complicada por convulsões tônico-clônicas, que não podem ser atribuídas a outras causas.³ É imprescindível o uso de Sulfato de Magnésio, de forma imediata, em ambos os contextos.

A Síndrome HELLP tem seu diagnóstico por critérios laboratoriais, demonstrando a gravidade do caso.⁴ Dessa forma, tem-se associação de intensa hemólise (≥ 2 dos seguintes parâmetros: hemoglobina $\leq 8\text{g/dL}$; DHL > 600 UI/L ou $\geq$ que duas vezes o maior valor do padrão do laboratório; bilirrubina indireta $\geq 1,0$ mg/dL; haptoglobina < 25 mg/dL e presença de esquizócitos e equinócitos em sangue periférico), comprometimento hepático (transaminases > 70 UI/L ou $\geq$ que duas vezes o maior valor do padrão do laboratório), plaquetopenia (valor $< 100.000/\text{mm}^3$), oligúria (diurese < 500 mL/24h), creatinina sérica $\geq 1,1\text{mg/dL}$ (sugerindo IR), dor torácica, podendo sinalizar comprometimento endotelial pulmonar, cardíaco e edema pulmonar.¹

Embora não haja certeza de que uma gestante evoluirá com a doença através de testes, é recomendado a identificação de marcadores para conduta de prevenção.¹ Fatores como PE prévia (principalmente com desfechos adversos), gestação múltipla, obesidade, HAC, DM I ou II, doença renal, doenças autoimunes e gestação por reprodução assistida, classificam a gestante, com no mínimo um desses marcadores, como alto risco para o desen- volver a

doença.³ Já a nuliparidade, história de PE em parentes de Iº grau, idade materna ≥ 35 anos, gravidez prévia com eventos adversos (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro) e intervalo $>$ que 10 anos entre gestações, classificam-na, com a presença de pelo menos dois, como risco moderado.⁴

Todas as gestantes devem ser orientadas a praticar atividade física para amenizar a probabilidade de HG ou PE, desde que não haja contraindicação.¹ Deve-se realizar pelo menos 140 minutos por semana, com intensidade moderada, como caminhada, hidroginástica ou treino de resistência.³ Não há evidências de que repouso absoluto melhore os principais desfechos maternos e perinatais.

O ácido acetil salicílico (AAS) deve ser indicado para gestantes com risco de manifestação da doença (alto ou moderado) e deve ser iniciado a partir da 12ª semana (preferencialmente antes da 16ª, podendo até a 20ª) mantendo-se até a 36ª semana, na dose de 100 mg/dia, no período noturno.¹ Já a suplementação de cálcio deve ser iniciada no primeiro tri- mestre e mantida até o final. Todas as apresentações de cálcio, Carbonato de Cálcio (1-2 g / dia) ou Citrato de Cálcio (2-4 g/dia), são melhores absorvidas em pequenas doses (500 mg), principalmente junto às refeições e fracionadas em duas ou três vezes ao dia.⁴ Recomenda-se a suspensão do AAS e do cálcio se houver confirmação diagnóstica de pré-eclâmpsia.

Como medida não farmacológica, recomenda-se dieta normal, sem restrição de sal, visto que não há evidências para essa conduta no auxílio do controle da pressão arterial ou na prevenção de desfechos adversos.¹

O diagnóstico de PE carece de exames laboratoriais, para identificar precocemente o comprometimento de órgãos-alvo e a síndrome HELLP em seu estágio inicial.¹ Recomendasse a execução uma vez por semana, e sempre que algum evento clínico se apresentar, como crise hipertensiva e/ou sinais de iminência de eclâmpsia. Nessas situações avalia-se hemograma, DHL, bilirrubinas totais, haptoglobina, creatinina e TGO. É importante salientar que não há necessidade de avaliações repetidas de proteinúria, assim como dosagens de ureia sem comprometimento renal nítido ou síndrome hemolítico-urêmica.³ Para comprometimento hepático, apenas a dosagem de TGO é suficiente. A elevação do ácido úrico correlaciona-se com desfechos adversos, porém, não constitui marcador único para decisões clínicas.⁴

O seguimento hospitalar ou ambulatorial resultará das condições de acesso aos locais de tratamento e socioeconômicas das gestantes.³ Assim, diante de quaisquer adversidades comprometedoras do tratamento, a conduta será de internação.

A escolha entre anti-hipertensivos para tratamento dependerá do obstetra e da administração em cada situação.⁴ As opções seguras nesse período são: hidralazina ampola (20mg/ml + 19 ml de ABD), dose inicial de 5mg IV (repetir a dose se necessário de 20/20 min, chegando ao máximo de 30 mg); nifedipino comprimido (10 mg), dose inicial de 10 mg VO (repetir a dose se necessário de 20/20 min, chegando ao máximo de 30 mg); hidralazina ampola, infusão contínua, dose de 5mg/hora (diluir 4ml de hidralazina em 500 ml de SF 0,9% e infundir a 30 ml/hora); nitroprussiato de sódio ampola (50 mg/2 ml), dose de 0,5 a 10 mcg/kg/min em infusão IV contínua (diluir 1 ampola de nitroprussiato de sódio em 248 ml de SG 5%).

O sulfato de magnésio é a droga de escolha para o tratamento da iminência de eclâmpsia e da eclâmpsia.⁵ Sua utilização também é recomendada para os casos de síndrome HELLP e PE com deterioração clínica e/ou laboratorial, incluindo HA de difícil controle, mesmo que assintomática.³ Importante destacar que a indicação para utilização de sulfato de magnésio não representa a necessidade de resolução da gravidez, seu uso pode contribuir para a estabilização clínica e laboratorial, permitindo assim que a gestação avance, reduzindo-se os

casos de prematuridade.

Na PE sem sinais de gravidade recomenda-se conduta expectante somente até a 37ª semana.⁵ A partir daí e quando o diagnóstico de PE for realizado no termo, a resolução da gestação deverá ser indicada, para redução de riscos. A via de parto via vaginal é a mais indicada, embora não haja contraindicações à cesárea.¹

As situações que indicam a resolução da gestação, independente da IG, são: síndrome HELLP, iminência de eclâmpsia refratária a tratamento e eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, HA refratária a tratamento (três drogas), edema pulmonar, comprometimento cardíaco, alterações laboratoriais progressivas, IR, oligúria e anasarca, hematoma ou ruptura hepática e alterações na vitalidade fetal.⁴

Recomenda-se manter anti-hipertensivos no puerpério imediato, principalmente nos casos de maior gravidade,⁵ evitando o uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina e Clonidina devido a dúvidas no contexto da amamentação, porém os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina estão liberados.¹ É recomendado a reavaliação laboratorial entre 24-48h pós-parto e após o 3º dia é indicado a alta hospitalar, com estabelecimento da reavaliação em sete dias.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é uma revisão de literatura sistemática. Para obtenção dos dados, utilizou-se o levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados Scielo, Febrasgo, ACOG e RBEHG. Foram identificadas as produções científicas dessas bases sobre HA na gravidez, em especial a PE. A realização do estudo foi motivada pelas recentes mudanças acerca dos protocolos para diagnóstico, fatores de risco e condução da doença. Para a categorização e validação do estudo, foram analisados além dos títulos, o conteúdo, uma vez que o título nem sempre é indicativo da abrangência do trabalho. Em relação à categoria profissional e área de atuação dos autores, foram consideradas as informações constantes abaixo do título, em notas de rodapé ou no final de cada publicação, onde são citados os dados do autor. Desta forma, o presente estudo objetiva analisar novas informações e conceitos sobre a pré-eclâmpsia, elucidando o tema e reduzindo diagnósticos errôneos.

3 DISCUSSÃO

A revisão proposta nesse estudo avaliou de forma sistemática, os benefícios das atualizações constantes em protocolos existentes, caminhando junto com novas tecnologias e avanços na medicina, trazendo assim, melhores prognósticos, além de causar um exercício eficaz da medicina. Todavia, pela heterogeneidade e extensão do Brasil, protocolos diferentes são usados, o que traz uma discordância em alguns pontos, dessa forma, a unificação e utilização de apenas um protocolo seria de grande valia. O estudo busca mostrar as similaridades e diferenças entre esses protocolos e os desfechos positivos trazidos pela existência dos mesmos.

4 CONCLUSÃO

O estudo realizado mostra a necessidade de atualização de protocolos e condutas acerca de doenças prevalentes na sociedade, visto que, dessa forma, os casos limítrofes tendem a ser melhor tratados, antecipando diagnósticos e evitando o aumento de desfechos negativos materno-fetais. Além disso, as estratificações de risco sempre em análise, ajudam em uma possível identificação precoce e até mesmo prevenção de forma ativa, buscando assim redução do número de gestantes em sofrimento pela PE e seus desdobramentos. As mudanças dos valores em exames laboratoriais são de grande aplicabilidade para tomadas de decisões mais acertadas, além de ocasionar melhores prognósticos na dualidade materno-fetal.

REFERÊNCIAS

Jc, C. C. P., Costa, M. L., Cavalli, R. C., de Oliveira, L. G., Korkes, H. A., Ramos, J. G. L., Martins-Costa, S. H., de Sousa, F. L. P., Ev, C. F., Mesquita, M. R. S., Jr, C., Acpf, A., Zaconeta, A. C. M., Freire, C. H. E., Figueiredo, C. E. P., Abbade, J. F., Eap, R. F., & de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez, S. N. P.-E. –. P.2023 R. B. ([s.d.]). Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez. Com.br. Recuperado 17 de abril de 2024, de <https://rbehg.com.br>

Noronha Neto, C., Souza, A. S. R. de, & Amorim, M. M. R. (2010). Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 32(9), 459–468. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000900008>

([S.d.]). Org.br. Recuperado 17 de abril de 2024, de https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAyMPSIA.pdf

Clínico, G. ([s.d.]). *DIRETRIZ CLÍNICA PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO*. Einstein.br. Recuperado 17 de abril de 2024, de <https://www.einstein.br/DocumentosAcessoLivre/DIRETRIZ-CLINICA-PARA-PREVENCAO-DIAGNOSTICO-E-MANEJO-DE-SINDROMES-HIPERTENSIVAS-NA-GESTACAO-TMI.pdf>

Poli-de-Figueiredo, C. E., Tavares, A., Freitas, E. V. de, Burdmann, E. de A., Oliveira, I. L. C. de, Magalhães, L. C., Sass, N., Bresolin, N. L., Bezerra, R., Koch, V., & Fagundes, V. G. (2010). Hipertensão em situações especiais. *Jornal Brasileiro de Nefrologia: 'orgao Oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*, 32, 54–59. <https://doi.org/10.1590/s0101-28002010000500010>