

PROTOCOLO DE CONDUTAS EM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ

INTRODUÇÃO: As Síndromes hipertensivas na gravidez (Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Hipertensão Arterial Crônica e Hipertensão Gestacional), são responsáveis por ¼ das mortes maternas ocorridas no município de São Paulo, segundo dados do Comitê Municipal de Mortalidade Materna (período de 2.004 a 2.006). Uma das estratégias adotadas pela Área Técnica de Saúde da Mulher em conjunto com a Rede de Proteção à Mãe Paulistana para o enfrentamento da alta taxa de mortalidade materna no município foi a adoção de um protocolo propondo medidas para o rastreamento, o diagnóstico precoce e o tratamento e seguimento das Síndromes Hipertensivas na gestação e em particular da Pré-Eclâmpsia. Enumeraremos a seguir as condutas preconizadas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis até o momento

DEFINIÇÕES, PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E CONDUTA:

HIPERTENSÃO GESTACIONAL: Elevação da pressão arterial (PA>140X90), após a 20ª semana de gestação em pacientes sem história prévia de hipertensão arterial e sem proteinúria.

Conduta:

- Reduzir intervalo entre consultas (máximo sete dias).
- Alertar sobre sintomas relacionados à hipertensão como cefaléia, distúrbios visuais ou dor epigástrica.
- Pesquisar proteinúria (fita) em todas as consultas
- Caso tenha PROTEINÚRIA POSITIVA: **ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA PRONTO SOCORRO DA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA ALTO RISCO**

PRÉ-ECLÂMPسيا: Hipertensão gestacional associada a edema e proteinúria significativa (+ em fita ou 1,0 g em amostra isolada ou 300,0 mg em urina de 24 horas), após a 20ª semana de gestação.

Formas de predição: Até o ano de 2004, não havia evidências de utilidade ou eficiência de algum teste para a predição de pré-eclâmpsia.

Prevenção secundária:

Uso de AAS em baixas doses (100 mg por dia):

- Levando-se em conta que estudo de metanálise* identifica uma redução de 10% do risco de Pré-eclâmpsia, que em nosso meio é condição com elevada frequência e que causa elevadas morbidade e mortalidade materna e perinatal, acreditamos ser justificada sua utilização de forma genérica apesar da discreta redução de riscos

em termos individuais, mas com possível elevado impacto em termos de saúde pública.

- **Recomendamos o uso diário de 100 mg de AAS para todas as gestantes**, exceto para as secundigestas ou multigestas, sem primipaternidade atual e sem nenhum outro fator de risco para pré-eclâmpsia (vide fatores de risco abaixo**) **iniciando ao redor de 12 semanas até 35 semanas**.

Cálcio:

- Recomendar o aumento da ingestão diária de cálcio (pelo menos 1,0 grama ao dia) para toda a população de gestantes, particularmente as hipertensas crônicas, através da dieta (leite, queijo branco, etc.).

Fatores de risco:

- Primigestas e Nulíparas
- Primipaternidade
- Idade materna > 40 anos
- História familiar de Pré-eclâmpsia
- Hipertensão Arterial Crônica
- Obesidade (I.M.C. > 35)
- Diabetes melito pré-existente
- Gestação gemelar
- Antecedentes pessoais de Pré-eclâmpsia grave ou Eclâmpsia ou HELLP Síndrome
- Ausência de redução da PA no segundo trimestre da gravidez
- Pressão Arterial Diastólica entre 80 e 89 mmHg na primeira consulta
- Presença de Anticorpo Antifosfolípide

*Bibliografia: Lisa M Askie, Leila Duley, David J Henderson-Smart, Lesley A Stewart, on behalf of the PARIS Collaborative Group, Lancet 2.007;369:1791-98. Published Online May 17,2.007

Critérios Diagnósticos:

Certos:

- PROTEINÚRIA SIGNIFICATIVA (+ em fita ou 1,0 g em amostra isolada ou 300,0 mg em urina de 24 horas)

Suspeitos:

- -Elevação da pressão arterial em relação às últimas consultas.
- -Instalação de edema e/ou ganho ponderal excessivo (+ de 1.000g) em relação à última visita semanal.

Critérios de gravidade:

- -PA> ou = a 160 x 110 mmHg.
- -Proteinúria > 2g/24h.
- -Creatinina plasmática > 1,2.
- -Plaquetas < 100 mil.
- -Elevação de transaminases.
- -Sintomas cerebrais.
- -Dor epigástrica.

Conduta:

- **ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA PRONTO SOCORRO DA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA ALTO RISCO**

-

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA (HAC): Hipertensão arterial prévia a gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas

HAC LEVE 90<PAD<100 mmHg

HAC MODERADA 100<PAD<110 mmHg

HAC GRAVE PAD igual ou maior que 110 mmHg

Prognóstico:

- A mortalidade e morbidade materna e perinatal é proporcional ao nível inicial da PAD.
- De modo geral HAC leve e moderada têm desempenho semelhante à população geral.

Encaminhar de imediato para unidade de risco quando:

- PAD maior ou igual a 110 mmHg (Pronto Socorro se sintomática).
- Antecedentes obstétricos com presença de: prematuridade, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta, internações por emergência hipertensiva e/ou eclâmpsia, morte perinatal.
-

Recomendações para seguimento pré-natal nas UBS para pacientes hipertensas leves ou moderadas:

- Corrigir eventuais excessos de sal na dieta (não há benefícios na dieta hipossódica)
- Administrar metildopa 750 mg/dia (dose máxima 2,0 g/dia), com intervalos de 6 a 8 horas entre as tomadas (não prescrever doses inferiores a 750 mg ou intervalos maiores que 8 horas).
- Se necessário adicionar 25 a 50 mg/dia de hidroclortiazida.
- O objetivo do controle clínico é PAD < 100 mmHg.
- Além dos exames de rotina avaliar creatinina plasmática (se > 1,2 mg/dl, encaminhar).
- Solicitar ultra-som mais precoce possível para confirmação da idade gestacional.
- Observar crescimento fetal pela altura uterina e por ultra-som entre 28 e 32 semanas.
- A partir de 36 semanas avaliar movimentação (mobilograma OK = seis movimentos a cada hora)
- Em todas as consultas avaliar resposta cardíaca fetal ao estímulo mecânico (acelerações evidentes em 10 minutos de avaliação têm a mesma validade que as acelerações registradas na cardiotocografia).
- Encaminhar para unidade de risco após 38 semanas ou diante de alguma suspeita clínica.