Fatores de risco para Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia
- Primigesta
- Gravidez múltipla
- DM
- Doenças do colágeno
- Trombofilias
- Obesidade
- Gestação molar
- Hidrópsia fetal
- Doença renal crônica
- Doença vascular hipertensiva
- HF de DHEG
- Raça negra
- Longo intervalo interpartal
- Troca de parceiro (primíparidade)
- Doenças da tireoide

Etiologia:
- Desconhecida
- Hipóteses

Patogenia: placentação anormal, devido à ausência ou alterações da invasão trofoblástica das arteríolas espiraladas (que normalmente ocorre entre a 16ª e 20º semana de gestação)

Fisiopatologia:
- artérias espiraladas não são convertidas em vasos de baixa resistência
- desenvolvimento de isquemia placentária
- hipóxia determina lesão endotelial
- a lesão deflagra maior síntese de TXA2 (vasoconstrictor) em relação a PGI2 (vasodilator)
- ocorrência de espasmos arteriolares placentário e sistêmico
- autopropagação da lesão endotelial

Desdobramentos fisioparológicos

Aumento da permeabilidade capilar
- Proteinúria
- Edema
- Hemoconcentração

Ativação da coagulação
- Trombocitopenia
  - TTP normal
  - TAP normal
  - Concentracao de fibrinogênio normal

Vasoespamos

À nível vascular sistêmico: Hipertensão

No território renal:
- glomeruloendoteliose capilar

Manifestações clínicas:
- diminuição da TFG
- aumento dos níveis séricos de creatinina
- aumento do ácido úrico
- oligúria
- diminuição da calciúria

No território placentário:
- infartos placentários
- crescimento retardado da placenta
- descolamento prematuro de placenta

Manifestações:
- sangramento uterino na gravidez

No território cerebral:
- Isquemia cerebral
- Hemorragia cerebral por dano endolial

Manifestações clínicas:
- Convulsao
- Cefaleia
- Turvação visual
- Escotomas
- Amaurose

Eclampsia: Encefalopatia hipertensiva na gravidez

No território hepático:
- Isquemia
- Hemorragia periportal

Manifestações clínicas:
- dor em quadrante superior direito ou epigastralgia
- elevação das transaminases
- hemorragia subcapsular e rotura hepática

Exame clínico: Paciente assintomática com aferição de pressão em repouso, sentada, no MSD no mesmo nível do coração, com PA >/= 140/90 em duas medidas espaçadas de 6 horas

Exames complementares:
- Hemograma
- Enzimas hepáticas
- LDH
- Creatinina e ácido úrico
- Fundoscopia
- Proteinúria ou Fita reagente

- Idade: > 35 anos
- Paridade: Multigesta
- Período de detecção: Pode ser observada < 20sem IG
- Pós-parto: HA persiste
- Fundoscopia: Podem existir alterações crônicas arterioscleróticas

Exame complementar:
- Proteinúria: pode ser minima ou aumentada
- Ácido úrico: normal
- Calciúria: > 100mg/24hrs

Hipertensão Crônica

- Idade: > 35 anos
- Paridade: Multigesta
- Período de detecção: Período final da gravidez
- Pós-parto: Retorno variável à normotensão
- Fundoscopia: Ausência de alterações

Exame complementar:
- Proteinúria: mínima ou ausente
- Ácido úrico: normal
- Calciúria: > 100mg/24hrs

Hipertensão gestacional

Cronificação pós-parto

Hipertensão induzida pela gravidez

Sobreposição: Hipertensão agravada pela gravidez

- Idade: Extremos
- Paridade: Primigesta
- Período de detecção: > 20sem IG
- Pós-parto: HA tende a desaparecer
- Fundoscopia: Edema retiniano e espasmo arteriolar
- Achados associados: edema generalizado (pouco sensível e pouco específico)

Exame complementar:
- Urina de 24 horas: proteinúria >/= 0,3 g/24hr
- Fita reagente: proteinuria >/= 1+
- Ácido úrico: elevado precocemente
- Calciúria: < 100mg/24hrs

Pré-eclampsia

Iminência de evolução para eclâmpsia:
- distúrbios visuais: fotopsia, escotomas, diplopia, amaurose
- distúrbios cerebrais: confusão mental
- dor epigástrica e quadrante superior direito
- reflexos tendinosos profundos exaltados

Exames complementares confirmatórios: relativamente desnecessários
- Dopplerfluxometria
- Dosagem urinária do fator de crescimento placentário

Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG)

Epidemiologia:
- Elevada prevalência: pré-eclâmpsia ocorre em 3 a 14% das gestações (75% dos casos são leves)
- Mortalidade: principal causa de morte materna no Brasil e no Mundo (25% das mortes de gestantes)
- Morbidade: relação com CIUR, Prematuridade

Complicações: 12 a 22% dos casos
- AVE materno
- CIUR

Classificação: Sinais de gravidade?
- PA >/= 160 x 110
- Proteinúria >/= 2g/24hr ou 3+
- Ácido úrico > 6
- Oliguria: < 400ml/24hr
- Elevação da Cr >/= 1,3
- EAP
- Sindrome HEELP: dor epigastrica, cefaleia, náuseas e vômitos
- Iminência de eclampsia
- Complicações maternas e fetais
- Eclampsia

Ausência de todos sinais de gravidade

Presença de qualquer sinal de gravidade

Não grave

Evolução

Grave

Solicitar exames complementares:
- esfregaço periférico com esquizócitos
- LDH > 600 ou BT >/= 1,2
- TGO >/= 70
- PLQ < 100.000

Síndrome HELP:
- parcial: ausência de 1 critério
- completo

Tratamento: Considerar
- Administração de Plasma fresco congelado
- Administração de Crioprecipitado
- Administração de Plaquetas

Diagnóstico diferencial:
- PTT
- PTI
- SHU

Tratamento: conservador
- Ambulatorial (PNAR)
- Dispensado uso de terapia medicamentosa
- Observação clínica
- Interrupção ao termo (37º-40º semanas de IG)

Orientações gerais:
- evitar alimentação hiperlipídica
- moderar ganho de peso
- reduzir ansiedade e cafeína
- cessação do tabagismo
- adoção de decúbito lateral esquerdo nos períodos de repouso
- informações sobre agravamento da doença

Avaliação do bem estar materno:
- consultas semanais
- ganho ponderal
- PA 2x / semana
- Propedêutica para HELP / semana
- orientações para sinais de alarmes

Avaliação do bem estar fetal:
- MF
- AU
- Cardiotocografia: semanalmente a partir de 30-32 semanas
- Perfil biofísico fetal e Dopplervelocimetria: mensalmente

Para mãe previamente hipertensas, os medicamentos de escolha para manutenção do tratamento anti-hipertensivo durante a gestação são:
- Metildopa 500mg/dia
- Pindolol (Beta-bloqueador) 10-30mg/dia
- Amlodipina 5-20mg/dia
- Verapamil 80mg/dia

Tratamento: agressivo
- Hospitalar

Risco de vida imediato?
- Eclampsia
- EAP
- DPP
- CIVD
- Evidência de sofrimento fetal
- Morte fetal
- Hipertensão grave não controlado

Não

Sim

- Profilaxia das crises convulsivas: Sulfato de magnésio
- Estabilização da pressão se >/= 160/110: Hidralazina e Nidedipina
- Interrupção da gestação (tratamento definitivo)

> 34 semanas?

Sim

Não

- Estabilização da pressão se >/= 160/110: Hidralazina e Nidedipina
- Corticoterapia se IG < 34 e > 24 (acelerar maturação pulmonar fetal)
- Profilaxia de crises convulsivas: Sulfato de magnésio

Interrupção com > 34 semanas

Via de parto: Indicacao obstétrica
Segundo:
- idade gestacional
- apresentação fetal
- história obstétrica
- condições de colo uterino
- condições maternas
- condições fetais