



**H I P E R T E N S Ã O
N A G R A V I D E Z**

**D I A G N Ó S T I C O
E T R A T A M E N T O**

AULA 5

PROF^a GABRIELA HUGUES



Planejamento da aula

- Definição de hipertensão na gestação
- Critérios de pré-eclâmpsia
- Predição e prevenção
- Pausa 15 minutos
- Manejo no pré-natal, parto e pós-parto
- Magpie trial – sulfato de magnésio



O que é hipertensão na gestação?

Hipertensão

PA sistólica ≥ 140 e/ou diastólica ≥ 90 mm Hg

Aferição deve ser repetida para confirmar diagnóstico

Se a hipertensão é severa PA sistólica ≥ 160 e/ou diastólica ≥ 110 mm Hg, confirmação deve ser feita em 15 minutos

Se não for severa, repetir aferição em algumas horas

Usar esfigmomanômetro de cristal líquido ou aneróide (~~DIGITAL~~
NÃO!)

Usar aparelho digital bem calibrado apenas na impossibilidade de utilizar outro tipo





Proteinúria

Padrão ouro para diagnóstico de proteinúria é exame de 24 horas $\geq 300\text{mg}/\text{dia}$

Proteinúria deve ser inicialmente avaliada por exame de fita

Se positiva ($\geq 1+$, $30\text{ mg}/\text{dl}$), verificar relação proteína/creatinina na urina (PCr). **Na prática, mais fácil do que exame de 24 horas**

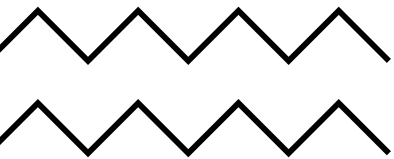
Relação PCr $\geq 30\text{ mg}/\text{mmol}$ ($0.3\text{ mg}/\text{mg}$) é anormal

Se exame de fita for negativo, não há necessidade de pedir relação P/C NAQUELE MOMENTO

Presença de proteinúria não é necessária PARA diagnóstico de PE

Proteinúria maciça ($>5\text{ g}/24\text{ h}$) está associada a desfechos neonatais mais severos





Classificação da hipertensão na gravidez

ISSHP recommendations, 2018

Hipertensão arterial crônica < 20 sem

- Diagnóstico antes da gestação
- Até 20 semanas de gestação
- Pode ser primária ou secundária

Hipertensão do jaleco branco

Hipertensão mascarada

“de novo” = nova \geq 20 sem

- Hipertensão gestacional (transitória ou HAC)
- Pré-eclâmpsia



○ Hipertensão Arterial Crônica

- Associada a desfechos maternos e fetais adversos
- Pode ser diagnosticada antes da gestação ou até 20 semanas
- Geralmente diagnosticada nas 1^{as} consultas, deve ser confirmada com MAPA 24 horas
- Maioria é primária, de família de hipertensos e associada a obesidade
- Monitorar adequadamente:

PA 110-140 x 85 mmHg

Crescimento fetal

Desenvolvimento de pré-eclâmpsia

○ Recomendações em caso de HAC diagnosticada na gestação

1. Exame de sangue: hemoglobina e contagem de plaquetas
2. Enzimas hepáticas: transaminases (aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase, lactato desidrogenase e teste de função hepática)
3. Creatinina sérica, eletrólitos e ácido úrico
4. Análise de urina, relação proteína/creatinina
 - Se creatinina anormal, solicitar ultrassom renal

○ Hipertensão gestacional

- Associada a desfechos normalmente bons, mas $\frac{1}{4}$ das mulheres com HG progredirão para pré-eclâmpsia e terão desfechos piores
- Tipo de hipertensão que ocorre DEPOIS de 20 semanas, com ausência de proteinúria, sem alterações hematológicas ou bioquímicas
- Mulheres com diagnóstico com IG < 34 semanas têm maiores chances de progredir para PE. Ou seja, o risco de complicações é dependente da IG que a condição se desenvolve
- Está associada a doença cardiovascular a longo prazo

○ Hipertensão gestacional transitória

- Desenvolve-se durante a gestação sem necessidade de tratamento
- Não é benigna; está associada a cerca de 20% de chance de desenvolver pré-eclâmpsia e outros 20% de desenvolver hipertensão gestacional

○ Hipertensão do jaleco branco

- Eleva no consultório $\geq 140 \times 90$ mmHg
- Abaixa em casa $< 135 \times 85$ mmHg
- NÃO É CONDIÇÃO BENIGNA!!!
- Risco aumentado para pré-eclâmpsia
- Controle da PA em domicílio é MANDATÓRIO
- Presente antes ou desde o início da gestação
- Anti-hipertensivo pode ser evitado desde que PA permaneça $> 160 \times 110$ mmHg
- Há poucos estudos. É possível que até $\frac{1}{2}$ desenvolva HG ou PE

○ Hipertensão mascarada

- Diagnóstico mais difícil
- PA normal no consultório e elevado em casa
- Geralmente diagnosticada com monitoramento de PA em 24 horas
- Diagnóstico geralmente buscado quando a mulher apresenta anormalidades inexplicáveis e consistentes com danos em órgãos-alvo decorrentes de hipertensão, mas sem que ela seja aparente
- Investigar APENAS quando apresentar doença renal crônica (DRC) inexplicada ; hipertrofia ventricular esquerda ou retinopatia no início da gestação
- Pouco estudada

○ Pré-eclâmpsia

- Diagnóstico de hipertensão ≥ 20 semanas + proteinúria E/OU evidência de lesão renal aguda (LRA), disfunção hepática, distúrbios neurológicos, hemólise ou trombocitopenia OU restrição de crescimento intrauterino RCIU
- Proteinúria não é mandatória, mas fecha diagnóstico de PE. 75% presente
- Edema não faz parte de critérios diagnósticos, mas...
- PE pode se desenvolver ou ser reconhecida pela 1ª vez no TP, parto ou pós-parto
- Síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, plaquetopenia) é uma manifestação séria de PE. **NÃO É UMA OUTRA DESORDEM!**

Pré-eclâmpsia (ISSHP, 2018)

PE é hipertensão gestacional acompanhada por ≥ 1 surgimento das seguintes condições a partir da 20^a semana gestacional

Proteinúria (presente aproximadamente em 75% dos casos)

Outra disfunção em órgãos maternos, que incluem:

lesão renal aguda (LRA) (creatinina ≥ 90 $\mu\text{mol/L}$; 1 mg/dl)

Comprometimento hepático: transaminases elevadas – alanina aminotransferase (TGP) ou aspartato aminotransferase (TGO) >40 IU/L na presença ou não de dor abdominal no quadrante superior direito ou dor epigástrica

Complicações neurológicas: eclâmpsia, alteração mental, cegueira, derrame, espasmo clônico e escotoma persistente

Complicações hematológicas: trombocitopenia – contagem de plaquetas $< 150.000/\mu\text{L}$, coagulação intravascular disseminada, hemólise)

Disfunção uteroplacentária como RCIU, artéria umbilical anormal, doppler alterado ou morte fetal

Critérios diagnósticos de PE	(ACOG, 2013)
Pressão arterial	<p>Sistólica \geq 140mmHg ou diastólica \geq 90mmHg, em duas ocasiões espaçadas de no mínimo 4 h, após 20 sem de gestação em mulher com PA prévia normal</p> <p>Sistólica \geq 160mmHg ou diastólica \geq 110mmHg confirmada em intervalo curto (minutos) para iniciar terapia anti-hipertensiva imediata</p>
E Proteinúria	<p>\geq 300mg/24 horas</p> <p>Relação proteína/creatinina \geq 0,3 (ambas em mg/dl)</p> <p>Fita = 1+ (utilizada apenas na ausência de métodos quantitativos)</p>
OU na ausência de proteinúria	qualquer um dos seguintes:
Trombocitopenia	Contagem de plaquetas $<$ 100.000/mm ³
Insuficiência renal	Creatinina no soro $>$ 1,1 mg/dl ou sua duplicação na ausência de outras doenças renais
Comprometimento da função hepática	Elevação das transaminases de duas vezes a concentração
Edema de pulmão	
Sintomas cerebrais ou visuais	

○ Critério de PE no Mãe Paulistana

- PRÉ-ECLÂMPSIA: 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

COMO “LHEDAR”?!

ISSHP

Hipertensão arterial crônica com **pré-eclâmpsia ajuntada**

- Cerca de 25% das mulheres com HAC desenvolverá PE ajuntada
- Diagnóstico é feito quando a mulher apresenta qualquer uma das disfunções descritas acima consistentes com PE
- Subida de níveis pressóricos per se não são suficientes para diagnóstico
- Proteinúria e aumento de PA arterial é suficiente para diagnóstico de PE ajuntada
- RCIU não pode ser usado como critério diagnóstico

○ Eclâmpsia

- Além da sintomatologia da PE, observa-se convulsão seguida de coma
- Sintomas que prenunciam convulsão são cefaleia frontal e distúrbios visuais
- Crise convulsiva pode ser desencadeada durante a gestação (50%), no parto (25%) e no puerpério (25%)
- A paciente pode entrar direto em coma sem convulsão – *eclampsia sine eclampsia*



Pré-eclâmpsia atípica

- Hipertensão gestacional sem proteinúria
- Proteinúria sem hipertensão gestacional

Ambos tipos incluem hemólise, plaquetopenia e/ou enzimas hepáticas elevadas

- Antes de 20 semanas – mola hidatiforme
- > 48 horas pós-parto, mas antes de 4 semanas



Síndrome HELLP

- **H** hemolysis – hemólise
- **EL** Elevated liver enzymes – elevação de enzimas hepáticas (TGP/TGO)
- **LP** low platelets – plaquetopenia
- Combinação de todos ou alguns desses critérios é denominado Síndrome HELLP
- **IMPORTANTE:** Síndrome HELLP não é uma condição separada da PE, mas uma complicação multissistêmica



Caso da vida real 1

Data	IG	Peso (kg)	PA	AU	BCF
08/10	8	95,4	100x80	---	---
19/11	14 $\frac{3}{7}$	94,2	130x90	19 cm	---
19/12	18 $\frac{3}{7}$	96	140x90	24 cm	---
16/01	22 $\frac{4}{7}$	96,7	120x90	28 cm	---
30/01	24 $\frac{4}{7}$	98,6	130x100	30 cm	---



Caso da vida real 1

- G2, 29 anos, 1ª gestação interrompida por PE 28 semanas. Natimorto com 800g
- 2ª gestação (com o cartão acima) mostra que ela é hipertensa crônica. Única atitude foi entrar com 250 mg/dia de metildopa com 24 semanas e 4 dias. Duas semanas depois ela foi internada por PE com síndrome HELLP e lesão renal aguda, gestação interrompida. Bebê nasceu com 700g e não resistiu
- Com 6 semanas pós parto ainda estava em uso de losartana
- IMC de 34 e PA = 130 x 80
- Pré-natal na rede privada



Caso da vida real 2

1	2	3	4	5	6	7
P: 73 kg	73,3kg	74 kg	75 kg	76kg	77 kg	78 kg
IG: 9,4	14,3	18,3	23,4	28,2	33,2	35,3
PA: 140 x 90	Sem anotação	140 x 90	140 x 90	140 x 80	140 x 90	140 x 100



Caso da vida real 2

- Paciente inicia pré-natal com 9 semanas sem história de HAC
- Na consulta 140 x 90mmHg. Nada foi feito
- Exame? Não
- Aspirina e cálcio? Não
- A mulher convulsionou com 37 semanas
- Não há IMC calculado, mas era uma mulher obesa



PREDIÇÃO E PREVENÇÃO

- Não há testes que possam predizer PE nos 1º e 2º trimestres
- Combinação de fatores de risco maternos: pressão arterial, fator de crescimento placentário e doppler de artéria uterina podem selecionar mulheres que TALVEZ se beneficiem de 150mg de **aspirina** ao dia para prevenir PE pré-termo. Não previne PE no termo
- O rastreamento é defendido pela ISSHP, mas longe da realidade de muitas cidades brasileiras



PREDIÇÃO E PREVENÇÃO

- Mulheres com fatores de risco bem estabelecidos (PE em gestação prévia, hipertensão crônica, DM pregestacional, IMC>30 kg/m², síndrome antifosfolipídica, reprodução assistida têm recomendação de iniciar tratamento com baixa dosagem de **aspirina** idealmente antes de 16 semanas, mas definitivamente até 20 semanas
- Exercícios físicos durante a gestação para manutenção de IMC e redução da probabilidade de hipertensão

Uso profilático de aspirina – usar baixa dosagem em mulheres com

Um ou mais grandes fatores de risco para pré-eclâmpsia

(Pré-eclâmpsia prévia, hipertensão crônica, diabetes mellitus pré-gestacional, IMC > 30, doença renal crônica, síndrome antifosfolipídica)

OU ≥ 2 fatores de risco menores

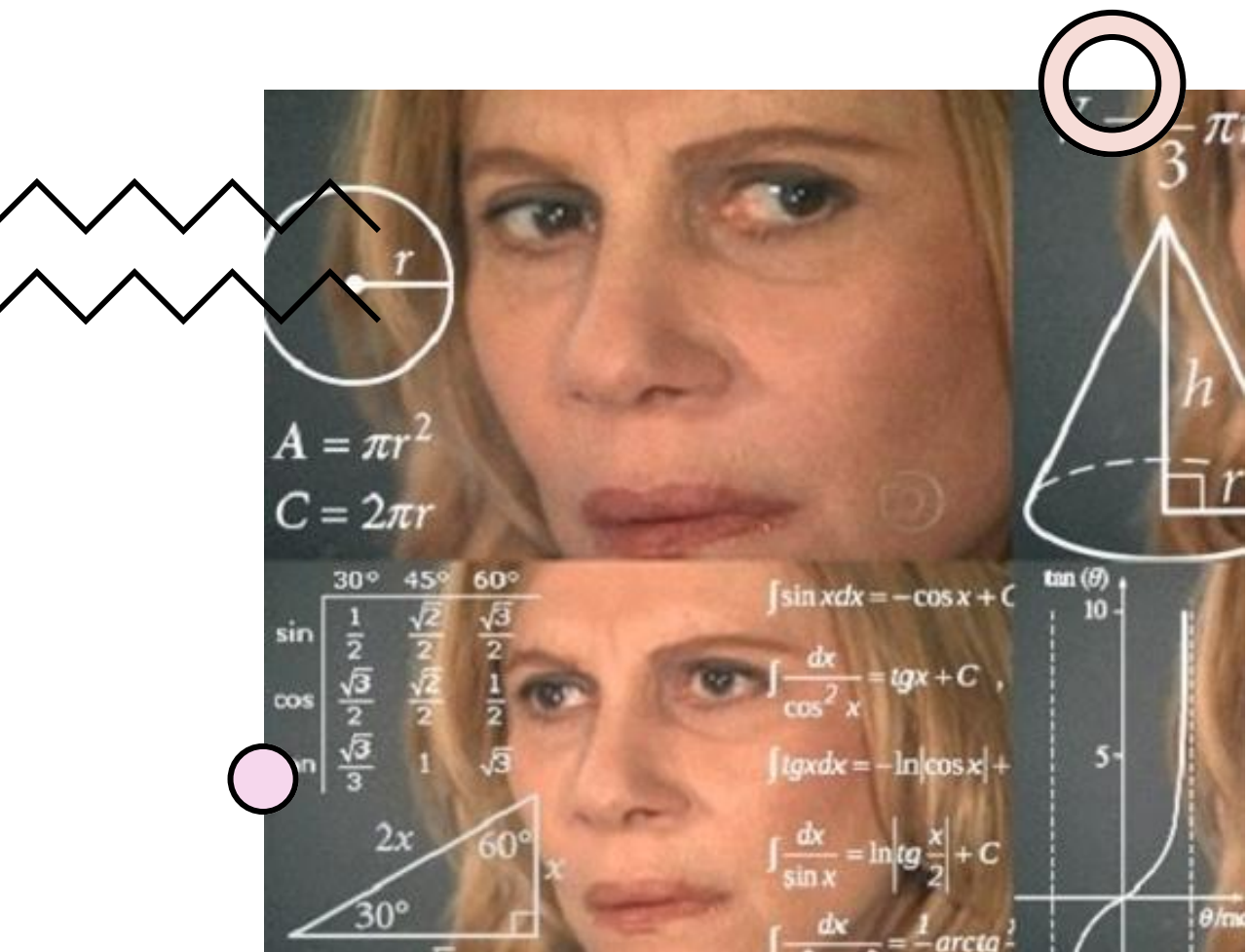
Idade materna avançada, história familiar de PE, curta duração da relação sexual [< 6 meses] antes da gestação, primiparidade, primipaternidade – tanto a mudança de parceiro quanto intervalo > 5 anos estão associados a risco de PE, doenças do tecido conjuntivo [lúpus, p. ex])

Iniciar antes de 16 semanas preferencialmente, até 37. Usar de 100-150 mg/dia

Suplementação diária de Cálcio 1200mg, se a ingestão na população for baixa

○ Mãe paulistana

- Recomenda uso diário de 100mg AAS a todas as gestantes com PE, exceto secundigestas sem primipaternidade atual e sem outro fator de risco
- Recomenda aumento de ingestão diária de cálcio para todas as gestantes, especialmente as hipertensas crônicas
- Critérios de risco do MP: Primigestas e nulíparas; primipaternidade; Idade materna > 40 anos ; história familiar de pré-eclâmpsia; HAC; Obesidade (I.M.C. > 35); DM pré-existente; gestação gemelar; Antecedentes pessoais de **pré-eclâmpsia grave** ou eclâmpsia ou síndrome HELLP; ausência de redução da PA no segundo trimestre da gravidez; PAD entre 80 e 89 mmHg na primeira consulta; presença de anticorpo antifosfolípideo



E A PRÉ- ECLÂMPسيا GRAVE?

○ Leve ou grave? Classificar ou não?

- A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios:
- PAD \geq 110mmHg
- Proteinúria \geq que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária
- Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dl
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito

○ Leve ou grave? Classificar ou não?

- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia
- Plaquetopenia ($<100.000/\text{mm}^3$)
- Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico
- Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:
Acidente vascular cerebral
Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose
Presença de RCIU e/ou oligohidrânio



○ Por que ISSHP não recomenda classificação de PE?

- Porque PE é extremamente complexa e é responsável todos os anos por > 500.000 mortes fetais e > 70.000 mortes maternas no mundo todo
- PE pode deteriorar rapidamente sem aviso prévio
- ISSHP classifica a hipertensão > 160 x 110 mmHg em severa/grave
- ISSHP ratifica posição do American College

Uso de aspirina em baixa dosagem (150mg/dia) antes de 16 sem para mulheres com risco aumentado de desenvolver PE, particularmente se uma das seguintes condições estiver presente (ISSHP, 2018)

Pré-eclâmpsia prévia

Condições médicas preexistentes, tais como HAC, doença renal subjacente ou DM pré-gestacional

Síndrome de anticorpo antifosfolípídeo

Gestação múltipla

Obesidade

Gestação por reprodução assistida

Se houver baixa ingestão de Ca (<600mg/dia), usar 1,2 a 2,5 g de **cálcio** por dia em mulheres com risco aumentado

Exercícios físicos 3 x/semana por 50 min. está associado a menor ganho ponderal, reduz incidência de distúrbios hipertensivos e não há contra-indicação

PAUSA PARA
UM CAFEZINHO





TRATAMENTO

- **QUALQUER** PA > 160 x 110 mmHg requer tratamento urgente em ambiente monitorado

Nifedipina oral, Labetalol ou hidralazina EV. Labetalol oral pode ser utilizada na falta de outros tratamentos

- PA consistentemente $\geq 140 \times 90$ mmHg em consulta ou $\geq 135 \times 85$ mmHg em casa deve ser tratada. O objetivo é manter $110 > \text{PAS} < 140$ mmHg e PAD até 85mmHg. MOTIVO: reduzir probabilidade de hipertensão severa e outras complicações como plaquetopenia e sintomas de TGO TGP alterado.

Metildopa mais utilizado. Labetalol, oxprenolol, nifedipina. 3ª linha: hidralazina e prazosina

○ Manejo da HAC

- Deve manter PA entre 110/140 x 85 mmHg
- Monitoramento domiciliar deve ser incentivado

Quais os riscos?

- PE ajuntada
- RCIU
- Aceleração da hipertensão materna

Portanto, teste de fita deve ser feito nas semanas 28 e 34 no mínimo

Parto deve seguir indicação de PE. Idealmente com 39 semanas

○ Manejo da hipertensão gestacional

- Deve manter PA entre 110/140 x 85 mmHg
- Monitoramento domiciliar deve ser incentivado

Quais os riscos?

- Monitorar desenvolvimento de PE
- Monitorar crescimento fetal

Parto até 39 sem 6/7 se PA estiver controlada e não houver desenvolvimento de PE

○ Manejo da Pré-eclâmpsia

- **QUALQUER** PA > 160 x 110 mmHg requer tratamento urgente em ambiente monitorado, **não importa qual transtorno hipertensivo**
- Mulheres com diagnóstico inicial de PE deveriam ser avaliadas em ambiente hospitalar
- Mulheres com proteinúria e hipertensão severa devem fazer profilaxia para convulsão com MgSO₄
- Monitoramento fetal deve incluir biometria, doppler de AU
- Monitoramento de PA, de proteinúria repetidas vezes, exames de sangue para Hb, contagem de plaquetas, transaminases hepáticas, creatinina e ácido úrico. **TESTES DEVEM SER FEITOS 2X POR SEMANA E SE HOVER MUDANÇAS CLÍNICAS** 🤯🤯🤯🇧🇷🇧🇷🇧🇷

○ Manejo da Pré-eclâmpsia

PARTO

Deve ser programado para 37 semanas, se possível

Se desenvolverem episódios repetidos de hipertensão severa apesar do tratamento com 3 classes de agentes anti-hipertensivo OU plaquetopenia OU testes renais e enzimas hepáticas anormais OU edema pulmonar OU distúrbios neurológicos como cefaleia intratável, escotoma ou convulsão OU BCF não tranquilizador

Nível de proteinúria não é critério para o parto

○ Momento do parto na PE

Parto deve ser realizado a depender da idade gestacional e do estado materno e fetal, como segue:

Mulheres cujo diagnóstico de PE ocorreu com ≥ 37 semanas devem interromper a gestação

Mulheres cujo diagnóstico de PE ocorreu entre 34-37 semanas devem ter conduta expectante, como segue abaixo

Mulheres com diagnóstico de PE < 34 semanas devem ser submetidas à conduta expectante em unidade de alto risco

Mulheres com PE e feto no limite da viabilidade (geralmente antes de 24 semanas) devem receber aconselhamento pois a interrupção da gestação pode ser necessária

○ Momento do parto na PE

Parto é necessário quando ≥ 1 das seguintes indicações surgem

Inabilidade de controlar PA, mesmo com uso de ≥ 3 classes de anti-hipertensivo em doses apropriadas

Oximetria $< 90\%$

Deterioração progressiva das funções hepáticas, creatinina, hemólise ou contagem de plaquetas

Distúrbios neurológicos como cefaleia intratável, escotoma ou eclâmpsia

Descolamento prematuro de placenta

Fluxo diastólico reverso no doppler de AU, CTB não tranquilizador ou OFIU⁴⁰

○ Magpie Trial: Magnesium Sulphate for Prevention of Eclampsia (2006)

- ECR comparando uso de sulfato de magnésio e placebo na pré-eclampsia
- Total de 9727 mulheres recrutadas entre 1998-2001 em 125 centros, 19 países
- Uso do MgSO_4 na PE está associado a 16% de redução de risco de morte ou morbidade grave potencialmente relacionada à PE 2-3 anos depois
- Redução do risco de eclâmpsia



Critérios definidos durante o ensaio clínico

- Uso de MgSO_4 se hipertensão grave e proteinúria de fita +3
- OU**
- Medidas de PA mais baixas (150 x 100 mmHg) e proteinúria de fita +2 na presença de pelo menos dois sinais ou sintomas de iminência de eclâmpsia (cefaleia, sintomas visuais ou clônus)

Recomendações do ISSHP: que cada unidade tenha uma política consistente de uso do MgSO_4 que incorpore monitoramento, reconhecimento dos riscos, avaliação dos resultados maternos e fetais. Dosagem deve ser a mesma do Magpie



SULFATO DE MAGNÉSIO – $MgSO_4$

- Deve ser utilizado em pacientes com PE, proteinúria e hipertensão severa como profilaxia para convulsão → eclâmpsia
- Há evidências fortes de que previne eclâmpsia
- Baixo custo. Em locais de baixa renda ISSHP recomenda uso PARA TODAS AS MULHERES pré-eclâmpticas em países de baixa renda
- Nos centros altamente especializados, uso deve ser seletivo

ISSH, 2018



MgSO₄ – Esquema de Pritchard 1955

Magnésio intramuscular

Dose de ataque

4 g IV +

5 g em cada uma das nádegas

Juntas, constituem 14 g de MgSO₄

Dose de manutenção

5 g IM a cada 4 horas alternando nádegas

MgSO₄ – Esquema de Zuspan 1966

Infusão intravenosa

Dose de ataque

Usar 4g (8ml) de MgSO₄ em 100mL de soro fisiológico a 9%

Administrar em bomba infusora em V = 300mL/h (>20min)

Dose de manutenção

Remover 20 mL de SF da bolsa de 100mL e descarte

Adicionar 10g (4 ampolas = 20 mL) à bolsa de SF

Administrar em bomba de infusão em V = 10mL/hora (1g/h)

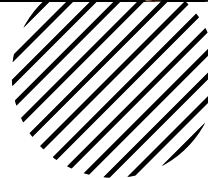
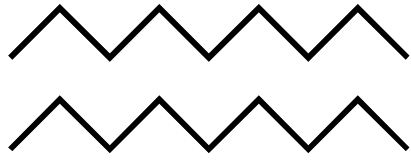
Manter infusão 24 horas pós-parto

○ Cuidado intraparto

- Hipertensivo oral deve ser dado no início do TP
- Tratamento oral com nifedipina oral ou hidralazinha ou labetalol IV se PA $\geq 160 \times 110$ mmHg
- Fluidos devem se limitar de 60-80 ml/h. Por quê?

○ Cuidado pós-parto

- Monitorar PA 4/4 ou 6/6 horas durante o dia por pelo menos 3 dias
- Pré-eclâmpsia pode se desenvolver “*de novo*” (pela 1ª vez) no pós-parto.
- Monitorar bem estar geral e neurológico da mesma forma que antes do parto
- Repetir Hb, plaquetas, creatinina, transaminases hepáticas no dia seguinte ao parto
- Anti-hipertensivos devem ser reiniciados após o parto e diminuídos lentamente entre 3-6 dias, a não ser que a PA caia <110 x 70 mmHg
- Maioria das mulheres pode receber alta em 5 dias
- Evitar AINEs (como aspirina) nessas mulheres, se possível, especialmente na presença de doença renal aguda.



Livre estou?

NÃO

**Ela precisa ser
acompanhada a
curto e longo prazo**

○ Acompanhamento de curto prazo

- Se na alta ainda estiverem utilizando anti-hipertensivo, devem fazer revisão em 1 semana
- Todas as mulheres devem fazer revisão 3 meses após o parto, período em que a PA, análises de urina e todos os testes laboratoriais devem normalizar
- Requer outras investigações caso haja anormalidades persistentes
- Cuidados deveriam incluir exame clínico para depressão, ansiedade e sintomas de estresse pós-traumático

○ Acompanhamento de longo prazo

TODAS AS MULHERES COM HIPERTENSÃO CRÔNICA, GESTACIONAL, PRÉ-ECLÂMPSIA REQUEREM SEGUIMENTO CONTÍNUO POR CAUSA DO RISCO CARDÍACO AUMENTADO

- Informar às mulheres com HG ou PE do risco aumentado de doenças cardíacas, derrame, doença tromboembólica venosa, diabetes mellitus, doença renal crônica se comparadas às mulheres normotensas
- Informar às mulheres que tiveram PE que elas têm 15% de risco de desenvolver PE novamente e outros 15% de HG em gestação futura e que devem receber aspirina de baixa dosagem na próxima gestação

○ Acompanhamento de longo prazo

- Informar às mulheres que tiveram HG que elas têm risco de 4% de desenvolver PE e outros 25% de apresentarem HG novamente
- Informar às mulheres com PE e HG que elas têm risco aumentado de bebês PIGs em uma próxima gestação, mesmo se a PE não ocorrer
- Acompanhamento regular para monitorar PA, GJ e perfil lipídico (LDL, HDL e triglicérides)
- Adotar estilo de vida saudável, manter peso ideal e fazer exercícios aeróbicos

Qual é a nossa realidade? Mesmo em SP...

Não dá pra brincar!



- Controlar PA 110-140 x 85 mmHg
- Rastrear com exame de fita
- Anamnese cuidadosa e um bom histórico familiar
- Anotar todos os dados na ficha e no cartão da gestante
- Avaliar data do parto baseado nas evidências
- A mulher grávida faz hipotensão no 2º trimestre. Pode ser

