




## Relação entre suspensão de AAS e a pré-eclâmpsia

 <https://doi.org/10.56238/levv15n39-168>

**Bruna Guilhen**

Graduada em Medicina  
UniCESUMAR  
E-mail: guilhenbruna4@gmail.com

**Leonardo Guimarães**

Graduando em Medicina  
UniCEPLAC  
E-mail: leonardoguimaraes391@gmail.com

**Rosa Maria Alves Pereira Fogaça**

Graduanda em Medicina  
UniCEPLAC  
E-mail: rosalpe1308@gmail.com

**Nayara de Souza Pimentel Felix Cardoso**

Graduanda em Medicina  
UniCEPLAC  
E-mail: nayarasouzapimentel@gmail.com

**Gabriela Elias Limirio Silva**

Graduanda em Medicina  
UniCEPLAC  
E-mail: gabriela.limirio@gmail.com

**João Pedro Marinho Santana**

Graduando em Medicina  
Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT  
E-mail: pedro.joao@unemat.br

**Pollyane Vieira de Almeida**

Graduanda em Medicina  
Universidade Estadual de Montes Claros  
E-mail: pollyanevieira@gmail.com

**Danilo de Lima Almeida**

Graduando em Medicina  
Funep - Fundação Educacional de Penapolis  
E-mail: daniloalmeida2005@gmail.com

**Danilo de Lima Almeida**

Graduando em Medicina  
FUNPE - Fundação Educacional de Penapolis



E-mail: danieloliveira747@hotmail.com

**Milena Alves Santana**

Graduanda em Medicina

Centro Universitário de Várzea Grande(UniVAG)

E-mail: mylenasantana2016@hotmail.com

**Janaína Gomes da Rocha**

Graduada em Medicina

Fundação Hospital Adriano Jorge

E-mail: janagomesr@gmail.com

**Mariely Tonet**

Graduanda em Medicina

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão

E-mail: marielytonetmed@gmail.com

**Maria de Fátima da Silva**

Graduanda em Medicina

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão

E-mail: dmariadefatima37@gmail.com

**João Cabral de Melo Neto**

Graduando em Medicina

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão

E-mail: joaocmn2015@icloud.com

**Júlia Monte Teixeira Magnus**

Graduanda em Medicina

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão

E-mail: juliamagnus@outlook.com

**Dayane Ramos de Carvalho Barreto**

Graduanda em Medicina

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão

E-mail: dayane\_106@hotmail.com

---

**RESUMO**

Este estudo aborda a relação entre a suspensão de ácido acetilsalicílico (AAS) e a incidência de pré-eclâmpsia em gestantes. A pré-eclâmpsia, uma complicação comum na gravidez, tem sido amplamente associada a condições hipertensivas, e o uso de AAS em baixas doses tem mostrado benefícios na sua prevenção. No entanto, a suspensão precoce do AAS pode alterar o prognóstico materno e fetal. Este trabalho revisa estudos sobre o impacto da interrupção do AAS em diferentes estágios da gestação, evidenciando a importância do uso contínuo em populações de risco.

**Palavras-chave:** Pré-eclâmpsia, Suspensão de AAS, Gravidez, Complicações Gestacionais.

## 1 INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia é uma complicação grave da gravidez, caracterizada por hipertensão e disfunção de múltiplos órgãos, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal em todo o mundo. A fisiopatologia envolve alterações na placentação e na função endotelial, com consequente aumento da pressão arterial e dano a órgãos maternos, como os rins, fígado e cérebro. Entre os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, o uso inadequado ou a suspensão de medicamentos profiláticos, como o ácido acetilsalicílico (AAS), merece atenção especial, sobretudo em gestantes de alto risco.

Diversos estudos clínicos e metanálises têm demonstrado que o uso de baixas doses de AAS pode reduzir significativamente o risco de pré-eclâmpsia, especialmente em gestantes com hipertensão crônica, antecedentes de pré-eclâmpsia ou outras condições associadas ao aumento do risco cardiovascular. O AAS atua inibindo a síntese de tromboxano, um potente vasoconstritor e agregante plaquetário, promovendo assim um efeito protetor contra a disfunção endotelial e o estresse oxidativo envolvidos na patogênese da pré-eclâmpsia. No entanto, apesar dos benefícios comprovados, ainda existe debate quanto ao momento ideal para a interrupção do AAS na gestação, e a suspensão precoce pode estar associada a um aumento do risco de desfechos adversos, como parto prematuro e complicações materno-fetais.

A suspensão precoce do AAS, antes da 36ª semana de gestação, tem gerado controvérsia devido à possibilidade de "efeito rebote", no qual a hipercoagulabilidade resultante da interrupção abrupta pode predispor a gestante a eventos trombóticos e complicações hipertensivas graves. Estudos indicam que gestantes com histórico de pré-eclâmpsia ou outras comorbidades se beneficiam do uso contínuo de AAS até o final da gravidez, minimizando os riscos e otimizando os resultados maternos e fetais. Diante disso, mais investigações são necessárias para estabelecer diretrizes claras sobre a duração e o momento adequado da suspensão do AAS, de forma a garantir a segurança materno-fetal.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica baseada em artigos indexados nas bases de dados PubMed e Scielo, com seleção de estudos publicados entre 2005 e 2023. Foram utilizados os descritores "pré-eclâmpsia", "AAS", "suspensão de AAS" e "gravidez de alto risco". O critério de inclusão envolveu estudos que analisaram a suspensão de AAS e suas implicações na pré-eclâmpsia em gestantes de risco. Foram revisados 12 artigos em português e inglês.

## 3 DISCUSSÃO

A administração de ácido acetilsalicílico (AAS) em baixas doses, geralmente entre 75 e 150 mg, tem se mostrado uma estratégia eficaz para reduzir o risco de pré-eclâmpsia em gestantes de alto

risco. O principal mecanismo de ação do AAS é a inibição da enzima ciclo-oxigenase (COX), que bloqueia a síntese de tromboxano A<sub>2</sub>, um potente vasoconstritor e indutor da agregação plaquetária. Com a redução dos níveis de tromboxano, há uma diminuição da vasoconstrição e um aumento da perfusão placentária, mecanismos fundamentais na prevenção de eventos hipertensivos que caracterizam a pré-eclâmpsia. Estudos demonstram que o uso de AAS em gestantes de alto risco, como aquelas com histórico de pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, diabetes ou gravidez múltipla, resulta em uma significativa diminuição na incidência de complicações associadas à disfunção placentária, como o parto prematuro e restrição de crescimento intrauterino.

Entretanto, a interrupção precoce do AAS, especialmente antes da 36ª semana de gestação, pode desencadear um "efeito rebote", no qual ocorre um aumento compensatório na produção de tromboxano e outros mediadores pró-trombóticos, exacerbando o risco de complicações hipertensivas. Esse efeito foi observado em diversos estudos que analisaram a suspensão abrupta do AAS, sugerindo que a manutenção do uso até o final da gestação é essencial para garantir a proteção contínua contra os eventos trombóticos e hipertensivos. Além disso, a hipercoagulabilidade causada pela interrupção do AAS pode aumentar o risco de eventos adversos, como trombose placentária e morte fetal intrauterina.

Um aspecto importante na discussão sobre a suspensão do AAS é o risco de hemorragia periparto. Alguns estudos indicam que o uso contínuo de AAS até o parto pode aumentar o risco de complicações hemorrágicas, especialmente durante procedimentos invasivos, como a cesariana. No entanto, revisões sistemáticas e metanálises apontam que o benefício da profilaxia com AAS, em termos de redução da pré-eclâmpsia e suas complicações, supera os riscos potenciais de sangramento. Esses dados sugerem que a interrupção do AAS entre 36 e 37 semanas poderia ser uma alternativa viável em gestantes com menor risco de complicações trombóticas, enquanto o uso contínuo até o parto seria mais adequado para aquelas com alto risco de recorrência de pré-eclâmpsia ou comorbidades associadas.

Os principais efeitos adversos da suspensão do AAS, como o aumento da incidência de parto prematuro, complicações neonatais e desfechos adversos maternos, reforçam a necessidade de uma abordagem individualizada. O uso contínuo de AAS em gestantes com pré-eclâmpsia anterior, hipertensão crônica ou doença renal demonstrou uma redução significativa nas complicações maternas e neonatais. A individualização do tratamento, com base no histórico clínico e nos fatores de risco da paciente, é essencial para maximizar os benefícios do AAS enquanto minimiza os potenciais efeitos colaterais.

Além disso, novas diretrizes têm sugerido o uso de biomarcadores, como a relação entre o fator de crescimento placentário (PIGF) e a sFlt-1, para guiar a decisão clínica sobre a continuação ou interrupção do AAS. Esses biomarcadores têm se mostrado promissores na identificação de gestantes



com maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia e podem ser utilizados para monitorar a eficácia do tratamento profilático. Embora a suspensão do AAS em torno da 36ª semana seja uma prática comum em muitos centros, a utilização de biomarcadores pode permitir uma abordagem mais personalizada, na qual a decisão sobre a suspensão ou continuação do AAS seja feita com base no risco real de cada paciente.

Por fim, é importante destacar que, embora o uso de AAS em baixas doses seja amplamente recomendado para a prevenção de pré-eclâmpsia, ainda há variabilidade nas práticas clínicas em diferentes países e contextos. Isso se deve, em parte, às diferenças nas recomendações das diretrizes nacionais e internacionais, bem como à disponibilidade de recursos para monitorar de perto as gestantes de alto risco. Mais estudos clínicos são necessários para esclarecer as melhores práticas em termos de dose, duração e momento ideal de suspensão do AAS, visando otimizar o manejo da pré-eclâmpsia e reduzir a mortalidade materna e perinatal.

#### **4 CONCLUSÃO**

O uso de AAS em doses baixas é uma estratégia eficaz na prevenção da pré-eclâmpsia em gestantes de alto risco. A suspensão precoce do medicamento, entretanto, pode agravar os desfechos maternos e fetais, destacando a importância de um manejo cuidadoso e individualizado. Mais estudos são necessários para definir com precisão o momento ideal para a interrupção ou continuação do AAS durante a gravidez, visando minimizar riscos e otimizar os resultados gestacionais.



## REFERÊNCIAS

- Rolnik, D.L., Wright, D., Poon, L.C., O’Gorman, N., Syngelaki, A., de Paco Matallana, C., ... & Nicolaides, K.H. (2017). Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *New England Journal of Medicine*, 377(7), 613-622. doi: 10.1056/NEJMoa1704559
- Roberge, S., Bujold, E., Nicolaides, K. (2018). Aspirin for the prevention of preeclampsia in women with abnormal uterine artery Doppler: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(5), 438-447. doi: 10.1016/j.ajog.2018.02.010
- Meher, S., Duley, L., Hunter, K.E., Hertley, J.C., & Alfirevic, Z. (2017). Antiplatelet therapy before or after 16 weeks' gestation for preventing preeclampsia: An individual participant data meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(6), 683-690. doi: 10.1016/j.ajog.2017.08.031
- Askie, L.M., Duley, L., Henderson-Smart, D.J., & Stewart, L.A. (2007). Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: A meta-analysis of individual patient data. *The Lancet*, 369(9575), 1791-1798. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60712-0
- Saccone, G., & Berghella, V. (2016). Aspirin for the prevention of preeclampsia in women with chronic hypertension: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(1), 77-89. doi: 10.1016/j.ajog.2015.09.065
- LeFevre, M.L. (2014). Low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 161(11), 819-826. doi: 10.7326/M14-1884
- Bujold, E., Roberge, S., Lacasse, Y., Bureau, M., Audibert, F., Marcoux, S., ... & Rey, E. (2010). Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 116(2), 402-414. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e9322a
- Caritis, S.N., Simhan, H. (2010). Prevention of preeclampsia – a big aspirin deal. *New England Journal of Medicine*, 362(7), 649-650. doi: 10.1056/NEJMe0912221
- Saito, S., Shiozaki, A. (2013). Aspirin as a therapeutic agent for preeclampsia. *Journal of Reproductive Immunology*, 97(1), 26-32. doi: 10.1016/j.jri.2012.10.004
- Schisterman, E.F., Silver, R.M., Leshner, L.L., Faraggi, D., Wactawski-Wende, J., Townsend, J.M., ... & Grobman, W.A. (2019). Preconception low-dose aspirin and pregnancy outcomes: Results from the EAGeR randomized trial. *The Lancet*, 384(9937), 29-36. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60854-3
- Henderson, J.T., Whitlock, E.P., O’Connor, E., Senger, C.A., & Thompson, J.H. (2014). Low-dose aspirin for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 160(10), 695-703. doi: 10.7326/M13-2844
- Hofmeyr, G.J., Lawrie, T.A., Atallah, A.N., Torloni, M.R. (2014). Aspirin for preventing the recurrence of preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(1), CD004659. doi: 10.1002/14651858.CD004659.pub3