

PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE: ASPECTOS ASSISTENCIAIS DA URGÊNCIA

SERIOUS PRE-ECLAMPSY: URGENCY ASSISTANCE ASPECTS

JULIANA LOPES RODRIGUES¹, TÁRIK KASSEM SAIDAH², PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA³, WALDEMAR NAVES DO AMARAL³

RESUMO

Introdução: Pré-eclâmpسيا (PE) é definida como o aparecimento, após a vigésima semana de gestação, de hipertensão arterial sistêmica (Pressão Arterial Sistólica – PAS - maior ou igual a 140 mmHg ou a Diastólica – PAD - maior ou igual a 90 mmHg aferidas em duas ocasiões com 4 horas de intervalo) associada a proteinúria diária superior a 300 miligramas (mg). A gravidade deste quadro envolve falência de diversos órgãos associado a pico pressórico podendo ocasionar efeitos deletérios de múltiplos sistemas, principalmente o vascular, o renal, o hepático e o cerebral. Objetivo: Estabelecer o perfil clínico e epidemiológico de gestantes portadoras de pré-eclâmpسيا grave. Métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo analítico com pacientes atendidas na emergência de janeiro a junho de 2017, no total de 12.712. Sendo selecionadas aquelas com idade gestacional maior que 20 semanas, apresentando crise hipertensiva no momento da internação no HMDI totalizando 81 pacientes. Resultados: Este grupo limitou-se ao estudo de gestantes que apresentam apenas a pré-eclâmpسيا grave. O número de gestações deste grupo foi de múltiparas com 58% e de primíparas de 32%. Em relação a idade gestacional foram selecionadas mulheres acima de 20 semanas. Em relação ao uso de medicação prévia domiciliar 59% não utilizaram nenhuma medicação. Em relação ao quadro clínico 60% não apresentava sinais iminentes para a pré-eclâmpسيا. A interrupção de gravidez foi prescrita em 51% das pacientes, sendo a 68% por parto cesáreo. Não realizaram o sulfato em 84% das pacientes e naquelas que ficaram internada também não realizou em 78% das pacientes. Conclusão: A frequência de eclâmpسيا iminente dentro de um grupo de pacientes com pré-eclâmpسيا grave foi de 39,5%. A frequência do uso de sulfato em pacientes com pré-eclâmpسيا grave apresentados neste estudo foi de 16%. A via de parto preferencial foi a cesariana com 68% e a taxa de letalidade fetal foi de 5%.

PALAVRAS-CHAVES: PRÉ-ECLÂMPسيا, GRAVE, RASTREIO.

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia (PE) is defined as the appearance, after the twentieth week of gestation, of systemic arterial hypertension (systolic arterial pressure - SBP - greater than or equal to 140 mmHg or Diastolic - DBP - greater than or equal to 90 mmHg as measured in two occasions at 4 hours interval) associated with daily proteinuria above 300 milligrams (mg). The severity of this condition involves the failure of several organs associated with peak pressure and may cause deleterious effects of multiple systems, especially vascular, renal, hepatic and cerebral. Objective: To establish the clinical and epidemiological profile of pregnant women with severe pre-eclampsia. Methods: This is an observational, retrospective, analytical study with patients seen in the emergency room from January to June of 2017, in a total of 12,712. Being selected those with gestational age greater than 20 weeks, presenting hypertensive crisis at the time of hospitalization in the HMDI totaling 81 patients. Results: This group was limited to the study of pregnant women presenting only severe preeclampsia. The number of pregnancies in this group was multiparous with 58% and primipara of 32%. Regarding gestational age, it was of over 20 weeks. Regarding the use of previous home medication 59% did not use any medication. Regarding the clinical picture, 60% did not present imminent signs for preeclampsia. The interruption of pregnancy was prescribed in 51% of the patients, being 68% by cesarean section. They did not perform sulfate in 84% of the patients and in those who were hospitalized also did not perform in 78% of the patients. Conclusion: The frequency of imminent eclampsia within a group of patients with severe preeclampsia was 39.5%. The frequency of sulfate use in patients with severe preeclampsia presented in this study was 16%. The preferred delivery route was cesarean section with 68% and fetal lethality rate was 5%.

KEYWORDS: PRE-ECLAMPSIA, SEVERE, SCREENING.

1. Hospital E Maternidade Diona Irís
2. Unievangélica
3. Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO

PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail centrodeestudosdmi@gmail.com

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas gestacionais são classificadas, de acordo com o "National Heart, Lung and Blood Institute" em 2000, em hipertensão crônica, hipertensão gestacional, eclâmpsia, pré-eclâmpsia superposta e pré-eclâmpsia, a qual ainda se subdivide em leve e grave. Entende-se por pré-eclâmpsia (PE) o aparecimento, após a vigésima semana de gestação, de hipertensão arterial sistêmica (Pressão Arterial Sistólica - PAS - maior ou igual a 140 mmHg ou a Diastólica - PAD - maior ou igual a 90 mmHg aferidas em duas ocasiões com 4 horas de intervalo) associada a proteinúria diária superior a 300 miligramas (mg). A eclâmpsia, por sua vez, é compreendida quando a pré-eclâmpsia é acompanhada por crises convulsivas. É definida hipertensão crônica como o aumento dos níveis tensionais supracitados, no período pré-concepcional ou previamente a vigésima semana de gestação, ou ainda quando a pressão permanece elevada após a décima segunda semana pós-parto. Quando não se desenvolve pré-eclâmpsia ou logo a pressão se normaliza após o parto, é chamado de hipertensão transitória. A hipertensão gestacional é aquela que também surge após a metade da gestação em mulheres previamente normotensas, porém não apresentam proteinúria acima de 300 mg. A pré-eclâmpsia superposta se caracteriza por uma hipertensão crônica que apresenta um aumento súbito da proteinúria, e/ou da pressão ou alguma disfunção orgânica (podendo, ainda, ter aumento do ácido úrico)¹.

A pré-eclâmpsia ocorre na 20ª semana da gestação, é considerada uma condição específica da gravidez, envolvendo a falência de diversos órgãos, associada a hipertensão, em que se tem efeitos deletérios sobre múltiplos sistemas, principalmente o vascular, o renal, hepático e o cerebral².

Alguns são os critérios de gravidade da pré-eclâmpsia, sendo eles oligúria (menor que 500 ml em 24 horas); proteinúria maior ou igual a 3g em 24 horas; Pressão Arterial Sistólica maior ou igual a 160 mmHg; Pressão Arterial Diastólica maior ou igual a 110 mmHg; creatinina sérica maior que 1,1mg/dL; plaquetopenia menos que cem mil; aumento das transaminases hepáticas; presença de turvação visual, escotomas, cefaléia, epigastralgia¹. Em virtude ao aspecto sindrômico da pré-eclâmpsia, na ausência de proteinúria, ela ainda é diagnosticada quando há hipertensão associada à alguma evidência de acometimento de órgão-alvo. As complicações tornam a pré-eclâmpsia uma das principais causas de mortalidade materno fetal no país².

O diagnóstico é feito através de exames clínicos e complementares. Exame amplamente utilizado em gestantes de risco é a ultrassonografia Doppler, tem sido muito usado como teste para detectar a pré-eclâmpsia na primeira e segundo trimestre da gravidez, bem antes do aparecimento de sintomas clínicos. Este

exame verificara a velocidade do fluxo sanguíneo da artéria uterina⁴.

Não é possível a prevenção da pré-eclâmpsia pelo desconhecimento de sua etiologia, podendo ser utilizada com tal finalidade a aspirina em dose baixa nos casos de alto risco.³

O tratamento da pré-eclâmpsia é com fármacos anti-hipertensivos apropriado para gestantes, onde seus efeitos promovem o relaxamento do músculo liso das artérias periféricas e a diminuição da resistência vascular podendo afirmar que a prevenção da pré-eclâmpsia é feita através de diagnóstico precoce. Em alguns casos se deve entrar com medicamentos anti-convulsivantes, quando se identifica sintomas premonitórios da crise convulsiva e tendo uma confirmação nessa situação deve utilizar a medicação e confirmado o quadro de eminência da eclâmpsia a conduta obstétrica pode gerar a interrupção da gestação. Assim, os mecanismos que desencadeiam a doença devem ser determinados e corroborados pela saúde pública⁵.

Tratando-se de uma patogenia com grande relevância devido a importante e grave repercussão materna e perinatal, se faz necessário determinar a melhor conduta das crises hipertensivas na gestação, baseando-se em evidências.

O objetivo deste estudo é estabelecer o perfil clínico e epidemiológico de gestantes portadoras de pré-eclâmpsia grave.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo analítico com pacientes atendidas na emergência de janeiro a junho de 2018, no total de 12.712. Sendo selecionadas aquelas com idade gestacional maior que 20 semanas, apresentando crise hipertensiva no momento da internação no HMDI totalizando 81 pacientes. Dados foram coletados em ficha própria. Quanto aos aspectos éticos, destaca-se que a pesquisa foi fundamentada de acordo com a Resolução n. 466/2012, sendo assim os direitos dos envolvidos assegurados, com aprovação do Comitê de Ética CAEE 89798318.2.0000.8058.

RESULTADOS

Foram realizados 12.712 atendimentos na emergência do Hospital e Maternidade Dona Íris entre janeiro a junho de 2018, a triagem foi realizada a partir da ficha de atendimento, sendo triadas 128 pacientes e devido à falta de dados excluíram 47 fichas. A Pressão Arterial Média encontrada no estudo foi de 165 x 105 mmHg.

Aspecto	Número de pacientes (N=81)	
	n	%
IDADE		
< 18 anos	5	6
18-35 anos	64	79
> 35 anos	12	15
TOTAL	81	100
PARIDADE		
1	26	32
2 a 4	48	58
≥ 5	8	10
TOTAL	81	100
IDADE GESTACIONAL		
20s - 27s6d	10	12
>28s	71	88
TOTAL	81	100
USO DE MEDICAÇÃO DOMICILIAR PRÉVIA / COMORBIDADES		
Sem medicação/comorbidade	48	59
Com Medicação/comorbidade	33	41
TOTAL	81	100
PRINCIPAIS MEDICAÇÕES PRÉVIAS		
Metildopa	29	88
Nifedipina	2	6
Atenolol	1	3
Coquetel (AIDS)	1	3
TOTAL	33	100

Tabela 1 - Distribuição dos casos de pré-eclâmpsia grave, segundo o perfil de gestantes avaliadas no Hospital e Maternidade Dona Íris, Goiânia, 2018.

QUADRO CLÍNICO	Número de pacientes (N=81)	
	N	%
SEM SINAIS DE IMINÊNCIA	49	60
COM SINAIS DE IMINÊNCIA	32	40
TOTAL	81	100
MEDICAÇÃO NA EMERGÊNCIA		
Sim	52	67
Não	29	33
TOTAL	81	100
MEDICAÇÕES UTILIZADAS USADAS NA EMERGENCIA		
Hidralazina	30	57
Hidralazina + nifedipina	9	17
Hidralazina + metildopa	4	8
Nifedipina	4	8
Metildopa	4	8
Hidralazina + nifedipina + metildopa	1	2
TOTAL	52	100
INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO		
Sim	41	51
Não	40	49
TOTAL	81	100
VIA DE PARTO		
PARTO CESARIANA	28	68
PARTO NORMAL	13	32
TOTAL	41	100
USO DE SULFATO DE MAGNÉSIO		
Sim	13	16
Não	68	84
TOTAL	81	100
USO SULFATO DE MAGNÉSIO PACIENTES INTERNADAS		
Sim	13	22
Não	47	78
TOTAL	60	100
ÓBITO FETAL		
Sim	4	5
Não	77	95
TOTAL	81	100

Tabela 2 - Distribuição dos dados clínicos de pré-eclâmpsia grave, segundo o perfil de gestantes avaliadas no Hospital e Maternidade Dona Íris, Goiânia, 2018.

DISCUSSÃO

A pré-eclâmpsia ocorre quando existe o aumento da pressão arterial na gravidez juntamente com a presença de proteína na urina a qualquer momento após a 20^a semana ⁶.

A classificação entre a pré-eclâmpsia vai da leve a sobreposta onde a leve: PA >140/90 (2 ocasiões espaçadas de 4h) Proteinúria > 300 mg/24h, grave: PA > 160/110(2 ocasiões espaçadas de 4h) Proteinúria > 5 g/24h; Oligúria (< 500 ml/24h); Dor epigástrica ou no quadrante superior direito; Distúrbios visuais ou cerebrais ou relação de pequena quantidade de plaquetas no sangue < 100.000/mm³ Edema de pulmão ou cianose; sobreposta: elevado súbito inesperado da PA Aparecimento ou aumento súbito da proteinúria Hiperuricemia Síndrome HELLP ⁷. Este grupo limitou-se ao estudo de gestantes que apresentam apenas a pré-eclâmpsia grave.

Moura et al⁸ diz que a idade materna é fator determinante de complicações durante o período gravídico, a gestação de uma jovem, bem como a gestação que ocorre em idade avançada, são consideradas de risco gestacional para a pré-eclâmpsia. Nesse contexto, a idade do grupo estudado variou de 15 a 42 anos, representando assim os extremos da idade reprodutiva, porém o grupo de maior prevalência foram entre 18 e 25 anos. Estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), em 2005. Demonstrou que dos 890 partos na Maternidade do HC-UFG, e 129 gestantes apresentaram diagnóstico de Síndrome Hipertensiva na Gravidez sendo a obesidade como fator de risco à pré-eclâmpsia. Já a Idade acima de 30 anos foi fator de proteção para pré-eclâmpsia ⁹.

Embora a hipertensão pode ser o sintoma mais comum de pré-eclâmpsia, que não deve ser visto como o processo patogênico inicial. Os mecanismos pelos quais a pré-eclâmpsia ocorre não são determinados ⁶.

O número de gestações deste grupo foi de múltiparas com 58% e de primíparas de 32%. Badria e Amarin¹⁰ revelam que os valores referentes a pressão arterial média não alteram entre primigestas e multigestas.

Em relação a idade gestacional foram selecionadas mulheres acima de 20 semanas porém divididas em grupo com o terceiro semestre o de maior prevalência correspondendo a 88%. Reis et al¹¹ revela que não há ainda um consenso sobre a classificação da pré-eclâmpsia quanto ao momento de seu surgimento na gestação. O critério mais frequentemente usado para a diferenciação em precoce/tardia tem sido o corte em 34 semanas gestacional. No entanto, o surgimento antes da 24^a semana está associado à alta morbidade materna e perinatal e a uma chance de 50% de recorrência em gestações subsequentes.

Em relação ao uso de medicação prévia domiciliar 59% não utilizaram nenhuma medicação. Na assistência pré-natal, a identificação de fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia é fundamental,

para que se possa promover vigilância mais cuidadosa no sentido de diagnosticar os primeiros sinais e sintomas da doença. Essa assistência deve ser voltada para impedir que a doença se agrave e assim, reduzir a morte materna¹².

Em relação ao quadro clínico 60% não apresentava sinais iminentes para a pré-eclâmpsia. Pascoal⁶ em pacientes que progridem para pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia (convulsões), morte materna pode ocorrer, devido, principalmente, à hemorragia intracerebral. Hipertensão grave persistente (diastólica acima de 110 mmHg), cefaléia, distúrbios visuais, deterioração da função renal e síndrome HELLP são outros sinais de doença grave que requerem a imediata interrupção da gravidez sendo estes os principais sintomas de iminência. A interrupção de gravidez foi prescrita em 51% das pacientes, sendo a 68% por parto cesáreo, sabe-se que em mulheres portadoras de pré-eclâmpsia, recomenda a indução do parto com misoprostol¹³. Linhares et al¹⁴ demonstrou que gestantes com histórico de pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial tiveram 2,5 vezes mais chance de evoluir para parto cesáreo, quando comparadas às pacientes que não tinham esses antecedentes.

Alguns estudos mostram resultados contraditórios quanto o tratamento da pré-eclâmpsia e admite-se que alguns fatores são importantes na decisão terapêutica. Sabe-se que o melhor tratamento é o parto já que os sintomas de uma mulher geralmente parecem resolver depois que o bebê nasce. Porém existem outros tratamentos disponíveis para evitar picos de pressão arterial que podem provocar danos aos órgãos da mulher e evitar que o feto nasça prematuro. Em casos graves o melhor tratamento é o sulfato de magnésio já que é comprovado o seu uso para prevenir e evitar as convulsões¹⁵. Não realizaram o sulfato em 84% das pacientes e naquelas que ficaram internada também não realizou em 78% das pacientes. O sulfato de magnésio (MgSO₄) é o agente mais habitualmente utilizado para o tratamento de eclâmpsia porém deve ser usado na pré-eclâmpsia grave para evitar complicações¹⁶. De acordo com ACOG e recomendações da SOGESP em 2012, o sulfato de Magnésio deve ser administrado em pacientes com pré-eclâmpsia grave. A administração de sulfato de magnésio deverá ser suspensa caso a frequência respiratória menor que 16 incursões/min, os reflexos patares estejam completamente ausentes e a diurese inferior a 100ml nas 4 horas precedentes, por isso a importância da paciente ser devidamente monitorada quando estiver usando esta droga¹⁷. Eclâmpsia é estimada para ocorrer em 1 em cada 200 casos de pré-eclâmpsia quando não se usa o sulfato de magnésio PASCOAL⁵. Orcy et al¹⁸ o tratamento adequado para a pré-eclâmpsia tem como foco diminuir a incidência de complicações dessas mães, como acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade por eclâmpsia. Além disso permite diminuir as taxas de prematuridade e o tempo de permanência do bebê recém-nascido no

ambiente hospitalar. O único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia e eclâmpsia é o parto, todavia a prevenção e o controle das convulsões são importantes redutores de complicações maternas, inclusive morte.

Existem muitos esforços para que se encontre um método eficiente que reduza a incidência e a gravidade da pré-eclâmpsia e algumas possíveis formas de prevenção ou benefícios, porém sem evidência para a sua recomendação, é a dieta com restrição de proteína ou sal, exercícios, suplementação com zinco, magnésio, vitaminas antioxidantes que são elas a C e E e óleo de peixe ou outras fontes de ácidos graxos, heparina e heparina de baixo peso molecular e drogas anti-hipertensivas.⁴

Para Couto e Kaiser¹⁹ o uso de aspirina em doses baixas e reposição de cálcio em mulheres de alto risco como sendo tratamento de efetivo de prevenção e ainda a suplementação de cálcio mostrando a redução da pressão arterial em mulheres grávidas. A detecção precoce o acompanhamento cuidadoso e tratamento da pré-eclâmpsia são cruciais na prevenção de mortalidade relacionada a esta desordem.

CONCLUSÃO

A frequência de eclâmpsia iminente dentro de um grupo de pacientes com pré-eclâmpsia grave é de 39,5%.

A frequência do uso de sulfato em pacientes com pré-eclâmpsia grave apresentados neste estudo foi de 16%.

A via de parto preferencial foi a cesariana com 68% e a taxa de letalidade fetal foi de 5%.

REFERÊNCIAS

- GADONSKI, G.; IRIGOYEN, M. C. C. Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez. *Hipertensão*, v. 11, n. 1, p: 4-8, 2008.
- MORSE, M. L.; FONSECA, S. C.; GOTTGROY, C. L.; WALDMANN, C. S.; GUELLER, E. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. *Rev. bras. Epidemiol.*, v. 14, n. 2, 2011
- KAHHALE, S, et al. Pré-eclâmpsia. *Rev Med.*, v. 97, n. 2, p: 226-34, 2018.
- SOUZA, A. R.; AMORIM, M. R.; COSTA, A. A. R.; NETO, C. N. Tratamento anti-hipertensivo na gravidez. *Acta Med Port.*, v. 23, n. 1, 2010.
- BAIOTTO, C S.; CAVINATTO, A.; HAAS, L. M. M. K.; MOLIN, G. T. D. Pré-eclâmpsia e eclâmpsia: Fatores de risco, complicações e diagnóstico médico. Pampa, 2009
- PASCOAL, I.F. Hipertensão e gravidez. *Rev Bras Hipertens.* v. 9, n. 3, 2002.
- AUGUST, P. Management of hypertension in pregnant and postpartum women. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-hypertension-in-pregnant-and-postpartum-women>. Acesso em: 07 mai. 2018.
- MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, C. G. S.; DAMASCENO, A. K, C; PEREIRA, M. M. Q. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 2, 2010.
- ASSIS, H. M.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma Maternidade Pública de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 4, p. 675-686, 2008.
- BADRIA, L. F.; AMARIN, Z. O. Pre-eclâmpsia: is it a different disease in primiparous and multiparous women? *Arch Gynecol Obstet.*, v. 273, n. 1, p: 26-31, 2005.
- REIS, Z. S. N. et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v. 32, n. 12, p: 584-90, 2010.
- AMARAL, W. T.; PERAÇOLI, J. C. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. *Com. Ciências Saúde*, v. 22, Sup 1, 2011.

13. AGIDA, E. T; ADEKA, B. I; JIBRIL, K. A. Pregnancy outcome in eclamptics at the University of Abuja Teaching Hospital, Gwagwalada, Abuja: a 3 year review. *Niger J Clin Pract.*, v. 13, n. 4, p:394-8, 2010.
14. LINHARES, J. J. et al Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpسيا. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v. 36, n. 6, p:259-63, 2014.
15. NORONHA NETO, C; SOUZA, A. S. R; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpسيا baseado em evidências. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 32, n. 9, 2010.
16. RODRIGUES, C. I. S. Tratamento das emergências hipertensivas. *Rev Bras Hipertens*, v.9, n. 4, 2002.
17. REMÍGIO NETO, J. Urgências Em Obstetrícia. 1 ed. Recife: Edições Bagaço, 2008.
18. ORCY, R. B; PEDRIN, R; PICCIINI, P; SCHROEDER, S; COSTA, S. H. M RAMOS, J. G. L; CAPP, E; CORLETA, H. V. E. Diagnóstico, fatores de risco e patogênese da pré-eclâmpسيا, *Rev HCPA*, v. 27, n. 3, 2007.
19. COUTO, A. A; KAISER, S. E. Manual de hipertensão da SOHERJ. São Paulo: Lemos Editorial; 2003.