

Importância da implementação de protocolos de ação na pré-eclâmpsia

The importance of implementing action protocols in preeclampsia

Bruna Carolina Lapertosa Santos¹, Laíssa Nascimento Bernardes Souza¹, Henderson Humberto Oliveira Coutinho¹, Lara Lopes de Almeida¹, Lisandro Liboni Guimarães Rios¹, Pedro Henrique de Barcelos Lavareda¹, Isabela Iside Gagliardo Soares², Danyelle Romana Alves Rios³, Melina de Barros Pinheiro³

DOI: 10.5935/2238-3182.20150114

RESUMO

Introdução: a pré-eclâmpsia (PE) é um distúrbio grave, com fisiopatologia ainda não bem compreendida, de elevada incidência e pode causar sérias consequências para a gestante e para o feto. **Objetivo:** descrever e analisar as características clínicas e sociodemográficas das gestantes com PE atendidas na maternidade de um hospital referência na região centro-oeste de Minas Gerais, bem como a epidemiologia da doença, os desfechos clínicos neonatais e das gestantes e as condutas terapêuticas realizadas. **Métodos:** foi realizado estudo retrospectivo descritivo a partir da análise de prontuários médicos. **Resultados:** foi obtida incidência de PE de 1,44% na instituição. Entre as gestantes atendidas, 97,9% apresentaram níveis pressóricos compatíveis com PE. Não foram evidenciadas alterações laboratoriais significativas. Somente 8% das gestantes sofreram hemorragia pós-parto, 2% sofreram internação em centro de terapia intensiva e não houve algum óbito materno. Os desfechos neonatais foram mais desfavoráveis, com 25,3% de internação em centro de terapia intensiva e 7% de óbito do recém-nascido. Apenas 18% das parturientes tiveram uso de medicação para prevenir eclâmpsia. **Conclusão:** o estudo permitiu evidenciar a necessidade de implementação de protocolo de atendimento e manejo para PE, a fim de promover melhorias e consolidar a assistência às pacientes usuárias do serviço em questão.

Palavras-chave: Gravidez; Pré-eclâmpsia; Pré-eclâmpsia/epidemiologia; Eclâmpsia; Eclâmpsia/epidemiologia; Recém-Nascido.

ABSTRACT

Introduction: preeclampsia (PE) is a serious disorder with little-understood pathophysiology, of high incidence and that can cause serious consequences for the pregnant woman and fetus. **Objective:** to describe and analyze the clinical and socio-demographic characteristics of pregnant women with PE assisted in the maternity ward of a referral hospital in central-western Minas Gerais as well as the disease epidemiology, neonatal and mother clinical outcomes, and therapeutic procedures performed. **Methods:** this was a retrospective descriptive study based on the analysis of medical records. **Results:** a PE incidence of 1.44% was observed in the institution. Among the pregnant women, 97.9% had blood pressure levels compatible with PE. Significant laboratory abnormalities were not observed. Only 8% of pregnant women suffered postpartum hemorrhage, 2% have been hospitalized in the intensive care unit, and there was no maternal death. The neonatal outcomes were less favorable with 25.3% hospitalizations in the intensive care unit and 7% newborn deaths. Only 18% of mothers used medication to prevent eclampsia. **Conclusion:** the study highlighted the need to implement a PE protocol and management in order to promote

Recebido em: 16/12/2014
Aprovado em: 29/11/2015

Instituição:
Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ
Campus Centro Oeste
São João Del Rei-MG – Brasil

Autor correspondente:
Melina de Barros Pinheiro
E-mail: melinapinheiro@ufsj.edu.br / melinapinheiro@gmail.com

improvements and consolidate assistance to patients assisted in this service.

Key words: Pregnancy; Pre-eclampsia; Pre-eclampsia/epidemiology; Eclampsia; Eclampsia/epidemiology; Infant, Newborn.

INTRODUÇÃO

Os distúrbios hipertensivos da gestação (DHG) são um grupo de condições em que se associam hipertensão arterial e gestação, apresentando muitas divergências quanto às suas definições e classificações na literatura.¹ É a complicação médica mais comum durante a gestação, associada a complicações maternas, fetais e neonatais como nascimento prematuro, restrição de crescimento intrauterino (CIUR), morte perinatal, insuficiência renal ou hepática agudas, hemorragias pré e pós-parto e morte materna.²

São definidas quatro categorias básicas de DHG: hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia (PE) / eclâmpsia e PE sobreposta à hipertensão crônica.³

Clinicamente, a PE refere-se ao aparecimento, em grávida normotensa após a 20ª semana de gestação, de hipertensão acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas: proteinúria, insuficiência renal, doença hepática, problemas neurológicos, distúrbios hematológicos e restrição de crescimento.⁴ A gravidade da doença varia entre leve, grave e formas fulminantes.⁵

A PE leve caracteriza-se por pressão arterial igual ou superior a 140 x 90 mmHg e abaixo de 160 x 110 mmHg em no mínimo duas ocasiões ou proteinúria de 24 horas acima de 300 mg ou $\geq 1+$ pelo método qualitativo de fita, em amostras isoladas. Já a PE grave caracteriza-se por pressão sanguínea sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg, em no mínimo duas ocasiões, associada à proteinúria de 24 horas ≥ 5 g ($\geq 3+$ pelo método qualitativo de fita), em amostras isoladas, coletadas em intervalo de no mínimo quatro horas.⁶ Além disso, os sintomas clínicos são mais acentuados na forma grave e incluem cefaleia intensa, distúrbios visuais, edema pulmonar, falência renal aguda com oligúria ≤ 500 mL em 24 horas e as alterações hemostáticas são ainda mais pronunciadas.⁷ O único tratamento efetivo para essa doença consiste na interrupção da gravidez e retirada da placenta.⁶

A PE é uma doença multissistêmica na qual é observada disfunção endotelial com aumento da resistência vascular periférica e ativação da coagulação.⁸ Essas alterações geram insuficiência placentária, com

repercussão nas funções nutritiva e respiratória do trofoblasto. Quando apresenta instalação precoce, pode comprometer a nutrição fetal, afetando diretamente o bebê, que nasce pequeno para a idade gestacional.⁹ Agrupada em PE de início precoce e tardio¹⁰, exibe etiopatogenia que se inicia em momentos díspares.¹¹ A precoce, antes da 34ª semana de gestação, é menos frequente, mas se associa a formas clínicas mais graves, denotando lesões isquêmicas placentárias.^{10,11} Já a tardia, a partir da 34ª semana, é a forma mais incidente, com placentação adequada ou pouco comprometida.¹⁰

A doença está, geralmente, vinculada a mulheres jovens, primigestas e previamente normotensas.¹² Além disso, mulheres que apresentaram PE em outras gestações têm mais riscos da doença em gestações futuras, especialmente aquelas que tiveram a forma precoce.⁹ Apesar de múltiparas terem menos riscos de PE quando comparadas com nulíparas, em caso de novo primipaternidade os riscos de aproximam.^{9,12}

A PE é um distúrbio potencialmente grave e de elevada incidência, variando de 3 a 14% de todas as gestações no mundo.¹³⁻¹⁵ Por se tratar de uma síndrome cuja fisiopatologia ainda não foi bem compreendida, torna-se interessante investigar as características sobre a saúde e condições sociais das gestantes acometidas. Dessa forma, será possível entender melhor o manejo da PE na região estudada, realizar associações entre fatores que contribuem de forma direta e indireta para a manifestação da síndrome, bem como compreender melhor os desfechos da PE para a gestante e para o feto.

Desse modo, o objetivo do presente trabalho foi descrever e analisar as características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais das gestantes com PE atendidas na maternidade de um hospital referência na região centro-oeste de Minas Gerais, nos anos de 2010 a 2012, assim como os desfechos clínicos dos neonatos e das gestantes e as condutas terapêuticas realizadas.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo descritivo envolvendo doenças hipertensivas gestacionais, baseado na análise de prontuários dos anos de 2010 a 2012 da maternidade de um hospital referência no município de Divinópolis – MG. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSJ/CCO e do hospital em questão – Parecer número 594.378-0. Os pesquisadores declaram não haver conflitos de interesse.

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários de gestantes internadas nos anos de 2010 a 2012 na maternidade do hospital em estudo, que receberam como diagnóstico, no momento da internação, algum dos seguintes CIDs: O11 (distúrbio hipertensivo preexistente com proteinúria superposta), O14.0 (PE moderada), O14.1 (PE grave), O14.9 (PE não especificada), O15.0 (eclâmpsia na gravidez), O15.1 (eclâmpsia durante o trabalho de parto), O15.2 (eclâmpsia no puerpério) e O15.9 (eclâmpsia não especificada quanto ao período). Participaram da pesquisa apenas as gestantes que tiveram o desfecho da gestação durante a internação. Foram excluídos do estudo todos os prontuários de gestantes atendidas no período citado, relacionados aos códigos selecionados, em que houve alta da gestante antes de ocorrer o parto, uma vez que, nesses prontuários, a análise dos desfechos estava impossibilitada.

A ficha clínica visava coletar dados como: idade; naturalidade, endereço, estado civil; níveis pressóricos utilizados para diagnóstico de PE; dados obstétricos (número de partos, abortos e gestações); realização do pré-natal na gestação atual; gemelaridade; diabetes e outras doenças prévias; PE e outras intercorrências prévias; classificação da PE e sintomas apresentados; presença e quantificação de proteinúria; resultados de exames realizados durante o período de internação como hemograma, enzimas hepáticas e avaliação da função renal; se houve utilização de medicamentos e quais; dados sobre o parto realizado (natural ou cesáreo; parto a termo, pré-termo ou pós-termo) e o desfecho para a mãe e o recém-nascido, como nascimento prematuro, restrição de crescimento intrauterino, morte perinatal, insuficiência renal ou hepática agudas, hemorragias pré e pós-parto, evolução para eclâmpsia ou síndrome *Haemolysis, elevated liver enzyme activity, low platelets* (HELLP) e morte materna.

A coleta dos dados ocorreu no período de 13/09/2013 a 14/12/2013 pelos pesquisadores, no próprio hospital.

A PE leve foi definida por pressão arterial igual ou acima de 140 x 90 mmHg e inferior a 160 x 110 mmHg em no mínimo duas ocasiões ou proteinúria de 24 horas acima de 300 mg ou $\geq 1+$ pelo método qualitativo de fita, em amostras isoladas. Já a PE grave foi definida por pressão sanguínea sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg em no mínimo duas ocasiões, associada à proteinúria de 24 horas ≥ 5 g ($\geq 3+$ pelo método qualitativo de fita), em amostras isoladas, coletadas em intervalo de no mínimo quatro horas⁶.

Os resultados obtidos foram analisados de forma descritiva e analítica. Foi utilizada tabela de distribui-

ção de frequência, medidas de tendência central e de dispersão para descrever as variáveis. Na estatística analítica, para a comparação de proporções, utilizou-se o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher, de acordo com as características de cada variável. A análise foi realizada por meio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

RESULTADOS

No período de 2010 a 2012, o hospital em estudo realizou 7.998 partos. Foram encontrados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) 131 prontuários (1,6%) de gestantes internadas com diagnósticos referentes aos CIDs utilizados na pesquisa. Desses prontuários, 99 estavam disponíveis para a realização da análise. Sendo assim, 32 prontuários não foram encontrados pelo SAME e figuraram perda de aproximadamente 24% na coleta dos dados.

A incidência de PE evidenciada na maternidade em estudo no período da pesquisa foi de 1,44%. Entre as 99 parturientes estudadas, a média de idade foi de $28,8 \pm 6,6$ anos de vida completos. A maior parte das gestantes residia em Divinópolis (77,8%) e as frequências de gestantes solteiras e casadas foram semelhantes (56,5 e 47,5%, respectivamente) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de variáveis sociodemográficas de gestantes com pré-eclâmpsia analisadas (n=99), referentes ao período de 2010 a 2012, em um hospital de uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Variáveis sociodemográficas	n	%
Idade (anos)¹		
15 - 20	7	7,1
20 - 25	20	20,2
25 - 30	24	24,2
30 - 35	26	26,3
35 - 40	16	16,2
≥ 40	6	6,1
Reside em		
Divinópolis	77	77,8
Outro município	22	22,2
Estado civil		
Solteira	46	46,5
Casada	47	47,5
Divorciada	3	3
Outros	3	3

¹ 4 prontuários (4%) não continham essa informação.

Os dados clínicos e laboratoriais bem como os dados relacionados ao diagnóstico da PE das gestantes estudadas estão apresentados nas Tabelas 2, 3 e 4. Em relação às variáveis clínicas, a comorbidade observada em maior frequência foi a hipertensão arterial sistêmica crônica (17%), porém, 72,3% dos prontuários analisados não continham informações sobre comorbidades apresentadas pelas gestantes atendidas (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de variáveis clínicas (comorbidades e história ginecológica) em gestantes com pré-eclâmpsia analisadas pelo estudo (n=99), referentes ao período de 2010 a 2012, em um hospital de uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Comorbidades	n	%
Diabetes mellitus		
Tipo I	2	2
Não especificada	2	2
Ausente	47	47,5
Informação ausente	48	48,5
Hipertensão arterial sistêmica prévia		
Presente	17	17,2
Ausente	36	36,4
Informação ausente	56	46,5
Outra doença prévia		
Sim	7	7,1
Não	20	20,2
Informação ausente	72	72,3
História ginecológica		
Paridade		
Primíparas	41	0,4
Múltiparas	57	57,5
Informação ausente	1	1
História de intercorrências em gestações prévias¹		
Presente	17	17,2
Ausente	15	15,2
Informação ausente	24	24,2
História de PE em gestações prévias¹		
Presente	5	5,1
Ausente	15	15,2
Informação ausente	30	30,3
Pré-natal		
Realizado com 6 ou mais consultas	77	77,8
Realizado com menos de 6 consultas	12	12,1
Informação ausente	10	10,1

¹ Variável analisada apenas para as gestantes múltiparas.

Alterações laboratoriais de enzimas hepáticas, plaquetas e função renal foram detectadas com pouca frequência nos registros (transaminase glutâmico oxalacética – TGO: 12%; transaminase glutâmico pirúvica – TGP: 9%; plaquetas: 4%; creatinina: 4%; ureia: 7%) (Tabela 3). Dos prontuários estudados, 48,5% apresentaram o registro de proteinúria diagnosticada por meio de exames laboratoriais, apesar de receberem o CID de internação relacionado à PE. Em 34,3% dos prontuários não constava essa informação (Tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição de variáveis laboratoriais em gestantes com pré-eclâmpsia analisadas pelo estudo (n=99), referentes ao período de 2010 a 2012, em um hospital de uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Exames Laboratoriais	n	%
Hemoglobina		
Entre 11,5 e 16 mg/dL	53	53,5
Menor que 11,5 ou maior que 16 mg/dL	32	32,5
Informação ausente	14	14,1
Hematócrito		
Entre 34 e 47%	55	55,6
Menor que 34 ou maior que 47%	30	30,3
Plaquetas		
< 100x10 ³ /mm ³	4	4
≥ 100x10 ³ /mm ³	81	81,8
Informação ausente	14	14,1
TGO¹		
> 34 U/L	12	12,1
≤ 34 U/L	68	68,7
Informação ausente	19	19,2
TGP²		
> 35 U/L	9	9,1
≤ 35 U/L	71	71,7
Informação ausente	19	19,2
Creatinina		
> 0,9 mg/dL	4	4
≤ 0,9 mg/dL	76	76,8
Informação ausente	19	19,2
Ureia		
> 28 mg/dL	7	7,1
≤ 28 mg/dL	73	73,7
Informação ausente	19	19,2

¹ TGO: transaminase glutâmico oxalacética. ² TGP: transaminase glutâmico pirúvica.

Tabela 4 - Distribuição de variáveis clínicas e laboratoriais relacionados ao diagnóstico da pré-eclâmpsia das gestantes analisadas pelo estudo (n=99), referentes ao período de 2010 a 2012, em um hospital de uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Dados sobre o diagnóstico da pré-eclâmpsia	n	%
Níveis pressóricos		
Compatíveis com PE leve	43	43,4
Compatíveis com PE grave	54	54,5
Incompatíveis com PE	2	2
Proteinúria		
Presente	48	48,5
Ausente	17	17,2
Informação ausente	34	34,3
Classificação da PE		
Leve	2	2
Grave	71	71,7
Informação ausente	26	26,3
Sinal ou sintoma de PE		
Um sintoma presente	45	45,5
Dois ou mais sintomas presentes	41	41,4
Ausência de sintomas	4	4
Informação ausente	9	9,1

Das parturientes, 97,9% apresentaram níveis pressóricos compatíveis com PE. As classificações encontradas nos prontuários demonstraram discrepância na frequência de PE leve e grave (2 e 71%, respectivamente), entretanto, 43,4% das gestantes tiveram registros de níveis pressóricos correspondentes à PE leve, enquanto apenas 2% dessas realmente receberam essa classificação nos prontuários, outros 54,5% das parturientes tinham níveis pressóricos compatíveis com PE grave. No entanto, 71,7% dos prontuários tiveram classificação de PE grave. Além disso, 26,3% dos prontuários analisados não continham a classificação de PE em leve ou grave.

No que diz respeito às complicações relacionadas à PE, as mais frequentes foram descolamento prematuro de placenta (19%), oligodramnia (19%) e CIUR (13%) (Tabela 5).

Entre as gestantes, 18% fizeram uso de medicação para prevenir eclâmpsia, sendo 77,8% delas portadoras de PE grave. O medicamento de escolha na totalidade dos casos foi o sulfato de magnésio, entretanto, sua utilização não seguiu um padrão em relação à posologia e forma de administração. Dos prontuários estudados, em 41,42% não constava a informação sobre terapia para prevenção da eclâmpsia. Em 4% dos ca-

sos ocorreu síndrome HELLP, porém 55,6% dos prontuários não registraram essa informação (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de variáveis clínicas (complicações relacionadas a pré-eclâmpsia) em gestantes analisadas pelo estudo (n=99), referentes ao período de 2010 a 2012, em um hospital de uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Complicações relacionadas a pré-eclâmpsia	n	%
Medicação para prevenir eclâmpsia		
Administrada	18	18,2
Não administrada	40	40,4
Informação ausente	41	41,4
Convulsão		
Ocorreu	2	2
Não ocorreu	53	53,5
Informação ausente	44	44,4
Síndrome HELLP		
Ocorreu	4	4
Não ocorreu	40	40,4
Informação ausente	55	55,6
Descolamento prematuro de placenta		
Ocorreu	19	19,2
Não ocorreu	47	47,5
Informação ausente	33	33,4
Oligodramnia		
Ocorreu	19	19,2
Não ocorreu	47	47,5
Informação ausente	33	33,3
Crescimento intra-uterino restrito		
Ocorreu	13	13,1
Não ocorreu	34	34,3
Informação ausente	52	52,5
Insuficiência placentária		
Ocorreu	6	6,1
Não ocorreu	35	36,4
Informação ausente	57	57,6

Em relação ao desfecho clínico e condutas terapêuticas, 76,8% dos partos foram cesáreos, 8% das gestantes sofreram hemorragia pós-parto, 2% tiveram internação em unidade de terapia intensiva e não houve óbito materno (Tabela 6).

Aproximadamente 7% dos neonatos relacionados à pesquisa faleceram e 25,3% precisaram ser internados em unidade de terapia intensiva. A maioria das gestantes (67,7%) recebeu alta junto com o recém-nascido (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de variáveis relacionadas ao desfecho clínico e condutas terapêuticas em gestantes com pré-eclâmpsia analisadas pelo estudo (n=99), referentes ao período de 2010 a 2012, em um hospital de uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Informações sobre o parto	n	%
Via de parto		
Natural	23	23,2
Parto cesáreo	76	76,8
Informações sobre a mãe		
Hemorragia pós-parto		
Ocorreu	8	8,1
Não ocorreu	84	84,8
Informação ausente	7	7,1
Internação em Centro de Tratamento Intensivo		
Sim	2	2
Não	97	98
Óbito materno		
Sim	0	-
Não	99	100
Informações sobre o feto/neonato		
Baixo peso ao nascer		
Sim	31	31,3
Não	61	61,6
Informação ausente	7	7,1
Neonato faleceu		
Sim	7	7,1
Não	91	91,9
Informação ausente	1	1
Internação em Centro de Tratamento Intensivo		
Sim	25	25,3
Não	73	73,7
Informação ausente	1	1
Recém-nascido e mãe receberam alta juntos		
Sim	67	67,7
Não	19	19,2
Informação ausente	13	13,1

A distribuição das variáveis obtidas no estudo de acordo com a classificação da PE, seguindo valores de níveis pressóricos conforme os critérios internacionais da ACOG 2002⁶, permite a evidenciação de alguns resultados: não houve maior proporção de PE grave em extremos de idade ou em primigestas (ambos $p > 0,05$); a quantidade de consultas realizadas no pré-natal e sinais e sintomas de PE não influenciaram a classificação da PE (ambos $p > 0,05$); o uso de medicação para prevenir eclâmpsia esteve associado à PE grave ($p < 0,01$); a ocorrência de CIUR apresentou

associação com a classificação da PE ($p = 0,16$); houve maior proporção de recém-nascidos prematuros no grupo de gestantes com PE grave em relação à PE leve ($p = 0,03$); além disso, a PE grave esteve associada ao óbito do neonato ($p = 0,02$), com alta separada da mãe e neonato ($p < 0,01$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição de variáveis de acordo com a classificação da pré-eclâmpsia em gestantes analisadas pelo estudo (n=99), referentes ao período de 2010 a 2012, em um hospital de uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Variável	Classificação PE ¹				Valor-p
	PE leve (n=43)		PE grave (n=54)		
	n	%	n	%	
Idade					
< 20	5	11,6	6	11,1	0,69
20 - 35	30	69,8	34	63	
≥ 35	8	18,6	14	25,9	
Paridade					
Primigestas	19	44,2	21	39,6	0,65
Múltiparas	24	55,8	32	60,4	
Pré-natal					
Realizado com 6 ou mais consultas	36	92,3	39	81,2	0,14
Realizado com menos de 6 consultas	3	7,7	9	18,8	
Sinal ou sistema de PE					
Presente	36	85,7	48	94,1	0,15
Ausente	6	14,3	3	5,9	
Medicação para prevenir eclâmpsia					
Administrada	4	14,8	14	48,3	< 0,01*
Não administrada	23	85,2	15	51,7	
Crescimento intra-uterino restrito					
Ocorreu	3	15,8	9	33,3	0,16
Não ocorreu	16	84,2	18	66,7	
Classificação quanto ao termo					
Recém-nascido à termo	30	69,8	26	48,1	0,03*
Recém-nascido pré-termo	14	30,2	28	51,9	
APGAR 5º minuto					
< 8	1	2,4	6	11,3	0,10
≥ 8	41	97,6	47	88,7	
Óbito do Neonato					
Sim	-	-	7	13,3	0,02*
Não	42	100,0	47	87,0	
Recém-nascido e mãe receberam alta juntos					
Sim	36	100,0	29	60,4	< 0,01*
Não	-	-	19	39,6	

Continua...

... continuação

Tabela 7 - Distribuição de variáveis de acordo com a classificação da pré-eclâmpsia em gestantes analisadas pelo estudo (n=99), referentes ao período de 2010 a 2012, em um hospital de uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Variável	Classificação PE ¹				Valor-p
	PE leve (n=43)		PE grave (n=54)		
	n	%	n	%	
Síndrome HELLP					
Ocorreu	-	-	4	16,7	0,08
Não ocorreu	20	100,0	20	83,3	

¹ Classificação realizada a partir dos níveis pressóricos de acordo com os critérios da ACOG 2002 (6). * Significância estatística.

É importante considerar que os prontuários selecionados para levantamento dos dados do estudo foram de gestantes que tiveram o desfecho da gestação no momento da internação, portanto, não foi possível levantar dados sobre PE precoce, que ocorre em períodos mais iniciais da gestação. Consequentemente, informações sobre CIUR também foram perdidas devido à casuística do estudo.

DISCUSSÃO

O manejo preconizado dos DHGs varia na literatura e entre países distintos, tornando-se de difícil análise.¹¹ Essa falta de critérios estabelecidos de maneira padronizada foi claramente observada no hospital estudado, onde, quando uma gama de profissionais da saúde classificavam pacientes atendidos no serviço, a variabilidade de classificação também se enquadrava nas mesmas, já que algumas eram classificadas de acordo com critérios norte-americanos, outras europeus e ainda outras de acordo com o consenso australiano-asiático.⁴ Além disso, foi evidenciada a ausência de padronização no diagnóstico de PE e de consenso entre os profissionais ali atuantes sobre a importância da proteinúria, uma vez que 34,3% dos prontuários não continham a informação sobre a realização dessa propedêutica e não se sabe certamente se a proteinúria era de fato realizada para diagnóstico dos casos no centro de referência estudado.

Ressalta-se que a discordância de classificação foi constantemente deparada e debatida, tornando-se necessária revisão frequente dos muitos critérios estabelecidos, em termos de níveis pressóricos e valores de proteinúria, de forma a angariar dados que preencham os critérios de inclusão definidos pela pesquisa.

Na presente pesquisa, a incidência de DHG e dados de morbimortalidade foram concordantes com dados da literatura.¹³⁻¹⁵

No que concerne à gravidade da doença, pode-se perceber que no serviço pesquisado usa-se, provavelmente como forma de resguardo do profissional assistente, uma classificação mais abrangente, assemelhando-se ao estudo que deu origem ao consenso australiano-asiático.⁴ Assim sendo, um número maior de pacientes recebe a classificação de DHG/PE, sendo alvo da propedêutica.

Em se tratando dos resultados de desfechos induzidos pela PE, 19% das pacientes apresentaram oligodramnia, 19% tiveram descolamento prematuro de placenta e 13% das gestações cursaram com CIUR, poucos dados referentes a esses parâmetros foram encontrados na literatura.

Vale ponderar que, apesar de se ter em consensos norte-americano e outros o uso do sulfato de magnésio de forma bem estabelecida para prevenção de eclâmpsia^{4,6}, este foi usado em 18% das gestantes, demonstrando baixa adesão da instituição nessa terapêutica. Em todos os casos em que se lançou mão de terapia para prevenir eclâmpsia, a escolha foi o sulfato de magnésio, porém seu uso não foi padronizado, havendo posologias e formas de tratamento distintas entre os pacientes.

Dentre as 18 gestantes do hospital em estudo que utilizaram medicação para prevenir eclâmpsia no período da pesquisa, 77,78% foram classificadas como PE grave, o que se reflete nos resultados apresentados.

A partir da análise dos dados desse grupo foi observado que: duas gestantes tiveram episódio de convulsão registrado no prontuário (100% das convulsões registradas); três tiveram diagnóstico de síndrome HELLP (75% dos casos de HELLP registrados); duas sofreram hemorragia pós-parto (25% dos casos de hemorragia registrados); oito casos tiveram registro de internação materna ou do recém-nascido no CTI (32% das internações registradas) e não houve uma morte materna entre as gestantes da pesquisa.

Concluiu-se que, apesar do sulfato de magnésio ter eficácia comprovada na redução do risco de morte materna e na melhoria de desfechos materno-fetais^{4,6}, em nosso trabalho seu uso não apresentou impacto significativo nos desfechos maternos e fetais entre as gestantes que foram submetidas a essa terapia e as gestantes que não foram. Pode-se inferir que uma padronização nas condutas e esquemas terapêuticos no hospital em estudo poderia fazer com

que os resultados da terapia com sulfato de magnésio em casos de PE fossem mais positivos e impactantes.

Devem-se levar em consideração como fatores que refletiram nos resultados encontrados: a falta de padronização dos esquemas terapêuticos, sua maioria ter sido empregada em casos classificados como PE grave, além da ausência de informações em 41,42% dos prontuários, que dificultaram a análise do impacto da medicação sobre os desfechos materno-fetais no estudo.

A análise dos resultados da pesquisa relacionados aos desfechos com o RN denota que as frequências encontradas neste estudo são iguais ou maiores que as citadas na literatura brasileira.¹⁵ Foi encontrada incidência de baixo peso ao nascer de 31,3%, enquanto a incidência no Brasil, em 2008, foi de 9,3%.¹⁶ Esses dados associados à alta taxa de internação do RN em Centro de Terapia Intensiva (CTI) encontrada em nosso estudo, cerca de 25%, reflete importante relação entre PE e baixo peso ao nascer.

Também foi possível relacionar a PE com mortalidade neonatal. No Brasil, a incidência de morte neonatal precoce no ano de 2007 foi de 1%¹⁷, enquanto na presente pesquisa foi de 7,1%. Em relação à prematuridade, os dados também se mostraram relevantes. No Brasil, o índice foi de 6,7% em 2008¹⁷ e o encontrado neste estudo foi de 42,4%. Ao se comparar as gestantes com PE leve e as com PE grave, observou-se que a prematuridade esteve associada à PE grave (valor $p=0,03$) (Tabela 7).

Além disso, a prematuridade e o CIUR estiveram relacionados à PE grave. Todos os óbitos fetais ocorridos durante o período estudado, bem como todas as altas do RN separados da mãe, ocorreram em casos classificados como PE grave, evidenciando uma relação entre desfecho neonatal desfavorável e a gravidade da doença.

Ficam evidentes na análise dos resultados do estudo que os desfechos negativos relacionados ao RN foram de grande incidência e elevada gravidade, quando comparados com os dados presentes na literatura.¹⁷ Recomenda-se programar estratégias profiláticas e terapêuticas em pacientes com risco de desenvolver PE durante a gravidez, para trazer melhores desfechos para os neonatais.

As alterações das enzimas hepáticas e a plaquetopenia ocorreram em baixa frequência no estudo, evidenciando baixa incidência de síndrome HELLP na instituição estudada. Esses dados, associados ao baixo índice de internação da mãe em CTI (2%) e à ausência de óbitos maternos, demonstraram que os

desfechos maternos foram, em sua maioria, positivos e não evoluíram para complicações.

A PE é uma condição obstétrica comum e pode apresentar graves complicações que podem resultar em risco de morte tanto para a gestante quanto para o feto/neonato. Portanto, necessita ser diagnosticada precoce e corretamente para que sejam iniciadas condutas adequadas.

Desse modo, a presente pesquisa possibilitou a descrição e análise do perfil de mulheres acometidas por PE no hospital de estudo. Padronização nas condutas e esquemas terapêuticos no hospital de referência poderia contribuir para uma possível implantação de medidas, protocolos e ações adequados e efetivos, que possam garantir melhor atendimento e suporte às gestantes com PE, evitando-se desfechos indesejáveis, como síndrome HELLP, eclâmpsia, óbito e outras consequências negativas para a saúde tanto da mãe como do feto. A análise de pontos positivos e negativos reconhecidos durante a pesquisa permite a melhora e aprimoramento de possíveis déficits.

É importante considerar que o consenso australiano é muitas vezes usado como critério clínico para manejo da PE, mas raramente como parâmetro de pesquisa. No entanto, neste estudo, ao ser usado propriamente como critério de pesquisa, apresentou resultados semelhantes aos observados quando se utilizam os demais consensos.

Não houve diferenças entre os desfechos maternos relacionados à PE encontrados no hospital e na literatura, ao contrário dos desfechos neonatais, que foram desfavoráveis no centro estudado quando comparados com os da literatura. E, como esperado, o grupo de gestantes classificadas com formas graves de PE apresentou desfechos desfavoráveis quando comparado com o grupo de gestantes classificadas com formas de PE leve.

Concluiu-se, então, que a adoção de uma diretriz para manejo de PE no serviço facilitaria o diagnóstico e o uso de terapêuticas adequadas, além de favorecer a realização de novos estudos dentro da instituição, o que promoveria, por consequência, a melhor assistência às pacientes atendidas nesse serviço de saúde.

Vale ressaltar que este estudo possui importantes limitações. Estiveram presentes durante toda a pesquisa impasses relacionados aos critérios diagnósticos de PE, uma vez que diferentes profissionais utilizam métodos distintos. Outra dificuldade presente foi relacionada à disponibilização dos prontuários, resultando em um grande número de informações perdidas. O critério de inclusão utilizado – apenas internações em que houve desfecho da gestação – tam-

bém gerou limitação nas informações, fazendo com que muitos prontuários não fossem analisados na pesquisa, tendenciando os resultados desfavoráveis.

AGRADECIMENTOS

Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ).
Programa Institucional de Bolsas de Iniciação PIBIC.

REFERÊNCIAS

1. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ*. 2001; 322:1089-93.
2. Brown MA, Hague WM, Higgins J, Lowe S, McCowan L, Oats J, *et al*. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: full consensus statement. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000; 40(2):139-55.
3. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183(1):1-22.
4. Australasian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. Consensus Statement- Management of Hypertension in Pregnancy: Executive Summary. *Med J Aust*. 1993; 158:700-2.
5. Ahn H, Park J, Gilman-Sachs A, Kwak-Kim J. Immunologic Characteristics of Preeclampsia, a Comprehensive Review. *Am J Repr Immunol*. 2011; 65(4):377-94.
6. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics-ACOG. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol*. 2002; 33(99):159-67.
7. Dusse LM, Rios DRA, Pinheiro MB, Cooper AJ, Lwaleed BA. Preeclampsia: Relationship between coagulation, fibrinolysis and inflammation. *Clin Chim Acta*. 2011; 412(1-2):17-21.
8. Saas N, Atallah NA. Fisiopatologia da pré-eclâmpsia. *Hipertensão*. 2005; 8:103-6.
9. Cintra EA, Nishide VW, Nunes WA. Urgências e emergências maternas. Manual técnico. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
10. Dekker GA, De Vries JI, Doelitzsch PM, Huijgens PC, von Blomberg BM, Jakobs C, *et al*. Underlying disorders associated with severe early-onset preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173(4):1042-8.
11. Von Dadelszen P, Magee LA, Roberts JM. Subclassification of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*. 2003; 22(2):143-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestão de alto risco. Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
13. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Preeclampsia. *Lancet*. 2005; 365:785-99.
14. World Health Org. World health report: Make every mother and child count. Geneva: World Health Org; 2005.
15. Cudihy D, Lee RV. The pathophysiology of preeclampsia: current clinical concepts. *J Obstet Gynaecol*. 2009; 29:576-82.
16. Meler E, Figueras F, Bennasar M, Gomez O, Crispi F, Gratacos E. The prognostic role of uterine artery Doppler investigation in patients with severe early-onset preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202(59):1-4.
17. Hackett A, Campbell S, Gamsu H. Doppler studies in the growth retarded fetus and prediction of neonatal necrotizing enterocolitis, hemorrhage and neonatal morbidity. *BMJ*. 1987; 294:13-6.