

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

HIPERTENSÃO GESTACIONAL E O RISCO DE PRÉ- ECLÂMPSIA: O OLHAR DA ENFERMAGEM

Leidiana de Sousa Baia

Manhuaçu

2020

Leidiana de Sousa Baia

**HIPERTENSÃO GESTACIONAL E O RISCO DE PRÉ- ECLÂMPSIA:
O OLHAR DA ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Superior de Enfermagem do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Dr^a Renata de Freitas Mendes

Manhuaçu

2020

Leidiana de Sousa Baia

**HIPERTENSÃO GESTACIONAL E O RISCO DE PRÉ- ECLÂMPSIA:
O OLHAR DA ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Superior de Enfermagem do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Dr^a Renata de Freitas Mendes

Banca Examinadora

Data de Aprovação: 17 de Novembro de 2020

Dra. Renata de Freitas Mendes/ Professora UNIFACIG

Espec. Roberta Damasceno de Souza Costa/ Professora UNIFACIG

MSc. Marceli de Oliveira Schwenck/ Professora UNIFACIG

Manhuaçu

RESUMO

A pré-eclâmpsia é uma síndrome específica da gestação decorrente da má perfusão placentária e disfunção endotelial que se caracteriza pelo aumento da pressão arterial após 20 semanas de gestação com presença de proteinúria e que possui alta taxa de morbimortalidade materna e perinatal. As estimativas mostram que 2% a 8% das gestações têm complicações por pré-eclâmpsia. Tendo em vista a importância do tema e sua discussão esse trabalho realizou uma revisão bibliográfica sobre a fisiopatologia da pré-eclâmpsia no intuito de contribuir para uma assistência de enfermagem eficiente e melhores desfechos materno-fetais. Foram abordados os seguintes temas relacionados: fisiopatologia, fatores de risco, diagnóstico, tratamento, desfechos maternos e neonatal e assistência de enfermagem. A pré-eclâmpsia é um dos principais problemas de saúde pública e com piores resultados materno-fetais, que necessita de um estudo aprofundado principalmente quanto a sua etiologia e tratamento, e quando diagnosticada precocemente leva a um prognóstico favorável.

Palavras-chave: Complicações na gravidez; Gestação de alto risco; Hipertensão gestacional; Pré-eclâmpsia.

HIPERTENSÃO GESTACIONAL E O RISCO DE PRÉ- ECLÂMPsia: O OLHAR DA ENFERMAGEM

1. INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas são complicações frequentes na gravidez, sendo a primeira causa de morte materna no Brasil, além de ser responsável pelas altas taxas de prematuridade, morte perinatal e restrição de crescimento fetal (ALVES, 2013).

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão gestacional temos a gravidez múltipla, primiparidade, gestante com idade superior a 30 anos, diabetes, obesidade, doença renal, raça negra, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia, condição de hipertensão arterial crônica e incluindo também predisposição maior na raça negra (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

Dados do Ministério da Saúde apontam que a hipertensão gestacional é responsável por 35% dos óbitos maternos e de 150 em 1000 casos de óbito perinatal. A síndrome hipertensiva na gravidez é caracterizada quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para diastólica (MOURA et al., 2011).

A pré-eclâmpsia (PE) é definida pela presença de três sintomas principais, sendo hipertensão arterial, edema e proteinúria, manifestados a partir da 20ª semana da gravidez (KAHHALE; FRANCISCO; ZUBAIB, 2018).

Entre as síndromes hipertensivas da gravidez, neste estudo inclui-se a PE que apresenta os piores desfechos maternos e perinatal relacionados. Gestações com PE são as que apresentam maiores riscos de prematuridade, necessidade de UTI neonatal e suporte ventilatório e maior incidência de mortalidade perinatal, quando comparados aos partos de mães normotensas (OLIVEIRA et al., 2006).

Sobre sua fisiopatologia, a PE é caracterizada pela resposta inflamatória intensa, agregação plaquetária, lesão endotelial, ativação do sistema de coagulação e aumento da resistência vascular. Na PE o processo de invasão trofoblástica comum na gravidez, acontece de forma alterada, onde o suprimento sanguíneo uterino ocorre de modo deficiente, levando a obstrução do fluxo

sanguíneo que banha os espaços intervilosos. Sendo assim o fluxo sanguíneo útero-placentário faz o mesmo quando acontece lesão por isquemia-perfusão (OLIVEIRA; KARUMANCHI; SASS, 2010). Como consequência, essas alterações contribuem para má formação placentária. A isquemia uteroplacentária leva a alterações funcionais em vários órgãos. Assim, deve-se ser realizadas intervenções para prevenir complicações perinatais. O tratamento com anti-hipertensivos é indicado para os picos hipertensivos e o uso de corticoides é uma alternativa no parto prematuro com risco iminente, entretanto o único tratamento definitivo para PE é o parto (NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Devido à importância e as consequências que a PE representa para binômio mãe-filho, surgiu o interesse para a realização do presente estudo. O estudo do tema é de extrema importância aos profissionais de enfermagem que atuam na prevenção e tratamento dessa patologia, além disso, os impactos na saúde pública devido aos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal reafirmam a importância desse trabalho.

Desta forma, torna-se relevante esclarecer sobre o tema para acadêmicos e profissionais, acerca sobre sua fisiopatologia, fatores de risco, diagnóstico, tratamento, desfechos materno-fetal e assistência de enfermagem com o objetivo de atualizar os conhecimentos sobre o assunto, contribuindo para melhoria da assistência.

2. METODOLOGIA

No período de fevereiro a junho de 2020 foi realizado uma revisão bibliográfica narrativa que utilizou como base de dados o Google Acadêmico, SciELO, LILACS e BVS BRASIL. Os dados foram coletados a partir da definição dos Descritores da Ciência da Saúde (DeCS): “Complicações na gravidez”, “Gestação de alto risco”, “Hipertensão gestacional” e “Pré-eclâmpsia”.

Para a realização deste estudo foram eleitos trabalhos publicados a partir de 2006. Os critérios para seleção dos artigos incluíram os publicados em revistas nacionais e internacionais, escritos em língua portuguesa e inglesa, que possuíam acesso ilimitado. Após a prévia leitura dos resumos, foram excluídos os trabalhos que não se encaixavam nesses critérios e os artigos que destoavam do objetivo

da pesquisa.

Foram selecionados 19 artigos para o referencial teórico deste trabalho. Todos os artigos selecionados foram lidos criteriosamente e suas temáticas foram julgadas apropriadas e pertinentes para fazerem parte deste artigo.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Fisiopatologia

Manifestada após a 20ª semana de gestação, a pré-eclâmpsia se caracteriza pelo desenvolvimento da hipertensão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e diastólica maior ou igual a 90 mmHg, presença de proteinúria maior ou igual a 300 mg em 24 horas e edema nas mãos e face (ALVES, 2013).

A pré-eclâmpsia (PE) é responsável pela principal causa de mortes maternas, estando presente em cerca de 2% a 8% das gestações no Brasil. No mundo a PE é a causa de quase 500 mil óbitos fetais e 76 mil óbitos maternos por ano (OLIVEIRA; KARUMANCHI; SASS, 2010).

A etiologia da doença ainda é desconhecida, sobre sua fisiopatologia sabe-se que a PE está relacionada com a má adaptação placentária, causando uma resposta inflamatória que eleva os níveis sistêmicos e pressóricos da mãe (NETO; SOUZA; AMORIM, 2010). Outro fator importante dessa condição é a lesão endotelial, uma vez lesado, o endotélio perde a capacidade de regular o tônus arterial, diminui a produção de óxido nítrico (BRANDAO et al., 2010). Na PE há uma diminuição na produção da prostaciclina, que age como vasodilatador e inibidor da agregação plaquetária. Consequentemente tal alteração resulta em alterações fisiológicas, levando ao aumento da vasoconstrição e agregação plaquetária (CORDOVIL, 2003).

Para Peraçoli e Parpinelli (2005), há uma deficiência na invasão trofoblástica das arteríolas espiraladas, ocasionando uma diminuição na perfusão uteroplacentária levando a hipóxia. A partir destas alterações ocorre a lesão endotelial e possíveis comprometimentos sistêmicos. Se não tratada, ou quando não se interrompe a gestação por cesariana, a patologia evolui para as formas mais graves, entre elas, síndrome de HELLP eclampsia.

Martinez e colaboradores (2014), reforçam que PE é resultante da invasão trofoblástica deficiente das artérias espiraladas maternas que leva a uma perfusão placentária inadequada. Na gestação normal a invasão trofoblástica acontece fisiologicamente nutrindo adequadamente a placenta e alcançando o miométrio das artérias espiraladas, já na PE a invasão trofoblástica acontece de forma deficiente e superficial suprimindo de forma inadequada oxigênio e nutrientes para o feto resultando em isquemia placentária.

Freire e Tedoldi (2009) classificam a PE de acordo com os achados laboratoriais e clínicos, em forma leve e grave, sendo considerada leve em pacientes com PA $\geq 140/90$ mmHg, após 20 semanas de idade gestacional e normotensas antes da gestação, proteinúria com $\geq 0,3$ g em 24 horas e a forma grave em pacientes com PA $\geq 160/110$ mmHg em 6 horas de intervalo e com paciente em repouso, proteinúria com $\geq 0,5$ g em 24 horas, plaquetas $< 100.000/\mu\text{L}$ e/ou evidência de anemia hemolítica microangiopática, dor epigástrica ou no quadrante superior direito, distúrbios visuais ou cerebrais, edema pulmonar ou cianose, insuficiência renal e/ou hepática, oligúria, restrição de crescimento fetal e Síndrome HELLP.

A PE pode ainda se manifestar ainda de forma sobreposta à hipertensão arterial, quando uma gestante portadora de hipertensão arterial com idade gestacional superior a 20 semanas começa a apresentar proteinúria $\geq 0,3$ g/24h e/ou aumento súbito da PA (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

3.2 Fatores de risco

Segundo Alves (2013) os fatores de risco para o desenvolvimento PE são gestações anteriores com diagnóstico de PE ou histórico na família, mulheres com hipertensão arterial crônica, primigestas, as que possuem alguma doença autoimune, vascular ou renal, portadoras de diabetes, histórico de transplante renal e além de gestantes com aumento da massa trofoblástica.

Moura e colaboradores (2010) destacam como fator de risco os extremos da idade reprodutiva da mulher. Para ele a idade é um fator agravante durante a gravidez.

Para Oliveira e colaboradores (2015) a primiparidade, histórico pessoal ou familiar de PE, estado nutricional inadequado, ganho ponderal inadequado,

doenças crônicas, má condições socioeconômicas, extremos da idade reprodutiva são fatores de risco que devem ser investigados.

3.3 Diagnóstico

A principal manifestação para diagnóstico da PE é a hipertensão após a 20ª semana de gestação, sendo acompanhada de proteinúria e edema (ALVES, 2013).

Para critério de hipertensão arterial realizar a aferição em duas ocasiões com um intervalo de 4 horas e considerar se PA sistólica ≥ 140 mmHg e PA diastólica ≥ 90 mmHg, se a gestante apresentar PA sistólica ≥ 160 mmHg e diastólica ≥ 110 mmHg deve-se confirmar a aferição em um intervalo menor. Para o diagnóstico de proteinúria consideram-se o valor ≥ 300 mg em urina de 24 horas. Para a literatura atual o edema não necessariamente é usado como sinal diagnóstico, tendo em vista que foi constatado o sinal edema em outras gestantes que não eram portadoras de PE (MACHADO et al., 2013).

Segundo Kahhale e colaboradores (2018) exames laboratoriais devem complementar o diagnóstico, devendo ser realizado de acordo com a possibilidade e a gravidade de cada caso. Estes exames incluem: hemograma completo com contagem de plaquetas, uréia e creatinina, ácido úrico, urina tipo 1, perfil hemolítico, enzimas hepáticas e bilirrubinas totais e frações.

3.4 Tratamento

O tratamento definitivo da PE é o parto, porem nem sempre é o mais indicado, devendo ser avaliado os riscos maternos e fetais. Na impossibilidade da interrupção da gestação são recomendáveis condutas como, tratamento com corticóides para acelerar a maturidade pulmonar do feto, expansão do volume plasmático, uso do sulfato de magnésio para prevenir convulsões, tratamento com anti-hipertensivos e repouso materno (NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Segundo Freire e Tedoldi (2009) para decidir qual a conduta a ser seguida, deve-se considerar a idade gestacional, o estado clínico materno e fetal baseado em três parâmetros: Quando a PE é considerada leve e a gestação ≥ 38 semanas a recomendação é promover o parto; para PE leve com idade gestacional < 38

semanas deve ser realizado o acompanhamento em ambiente hospitalar com monitorização clínica e laboratorial avaliando a condição materna e do feto e o repouso relativo no leito; na PE grave com idade gestacional < 23 semanas interromper o parto é o mais recomendado; na PE grave com 23 a 34 semanas de gestação indicação para uso de anti-hipertensivos para controlar a PA, uso de corticóides para maturação pulmonar do feto, monitoração materna e fetal e sulfato de magnésio para evitar convulsões já PE com 34 semanas ou mais a recomendação é estabilizar a gestante e interromper a gravidez.

3.5 Desfechos maternos e perinatais

A PE grave tem apresentado os piores resultados materno-fetal. Nas gestações com diagnóstico de PE levam a maior risco de prematuridade, consequentemente fetos pequenos para a idade gestacional, macrossomia fetal, síndrome de aspiração meconial, índice de Apgar baixo no 1 e 5 minuto de vida, necessidade de suporte ventilatório e internação em UTI neonatal e mortalidade perinatal (OLIVEIRA et al., 2016).

Outro estudo aponta que as complicações mais frequentes em neonatos foram a prematuridade, restrição crescimento fetal, hipóxia e morte perinatal (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Nos casos das gestações com idade gestacional de 34 semanas ou mais os desfechos neonatais são melhores devido à maturidade pulmonar do feto, sendo indicado o parto nessas condições (BRASIL, 2012).

No entanto, em caso de partos com idade gestacional menor que 32 semanas o risco de mortalidade materna pode ser 20 vezes maiores (REIS et al., 2010).

Já as complicações maternas mais frequentes são a síndrome de HELLP, eclampsia, descolamento prévio de placenta, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática ou hemorrágica, AVC e morte (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

3.6 Assistência de enfermagem

A assistência de enfermagem a paciente com PE prestada com qualidade e embasada em conhecimentos científicos traz melhores resultados para as pacientes, bem como reduz a morbimortalidade e risco de complicações (FERREIRA et al. 2016).

Segundo Silva e colaboradores (2016) a gravidez é um período de grandes mudanças físicas e emocionais, principalmente associada a PE. Nesse sentido, o enfermeiro com foco na assistência humanizada deve observar e identificar o nível de ansiedade da gestante, incentivar a família a permanecer com a paciente, oferecer informações sobre o tratamento e explicar todos os procedimentos.

Ferreira e colaboradores (2010) descrevem os principais cuidados de enfermagem, ele cita uma coleta de dados detalhada, exame físico completo, acompanhamento de exames laboratoriais, identificação dos sinais de PE, avaliação fetal, aferição da PA, padronização do atendimento e identificação e intervenção imediata em caso de crise hipertensiva conforme protocolo.

A assistência de enfermagem a paciente com PE deve-se realizar a aferição da PA quatro vezes ao dia, monitoração, controle de eletrólitos, avaliação da proteinúria, balanço hídrico, pesagem diária, observação dos movimentos fetais, orientação de repouso no leito e observação dos sinais e sintomas característicos da PE (AGUIAR et al., 2010).

Em outro trabalho, o controle da infecção foi apontado como um dos cuidados principais, pelo fato do alto risco da gravidez, citando também cuidados com a sonda e controle do ambiente. Acrescenta também cuidados básicos como a orientação de uma dieta hipossódica e hiperprotéica (SAMPAIO et al., 2013).

4. CONCLUSÃO

A pré-eclâmpsia é um dos principais problemas de saúde pública e com piores resultados materno-fetais que necessita de um estudo aprofundado principalmente quanto a sua etiologia e tratamento. Nesse sentido o diagnóstico precoce contribui para um prognóstico favorável.

Sobre sua etiologia ainda há muito a se estudar, pois falta na literatura estudos que comprovem cientificamente a origem da PE e quanto ao tratamento

não há estudos que garantam o melhor tratamento para PE, sendo o parto a única forma de tratamento definitivo.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental no acompanhamento das gestantes com PE, atuando desde o pré-natal até o momento do parto. Os principais cuidados vão desde orientações a gestante, apoio emocional, assistência humanizada e intervenções necessárias contribuindo para melhores resultados maternos e fetais.

5. REFERÊNCIAS

AGUIAR L. R. S. et al. Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva. **Ver Interd** [Internet]. v. 7, n. 1, p. 204-15, 2014.

ALVES, E. A. Emergências hipertensivas na gravidez. **Rev. Bras Hipertens**, v. 20, n.4, 173-179, junho 2013.

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 11-17, Jul. 2008.

BRANDÃO, A. H. F. et al. Predição de pré-eclâmpsia: a realidade atual e as direções futuras. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 487-491, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. -5.ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

CORDOVIL, I. Hipertensão arterial na gravidez: aspectos práticos. **Revista SOCERJ**, v. 16, n. 1, p. 9–15, 2003.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 93, n. 6, supl. 1, p. 159-165, 2009.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R.; ZUGAIB, M. Pré-eclampsia. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018.

MACHADO, S. et al. Diagnosis, pathophysiology and management of pre-eclampsia: a review. **Port J Nephrol Hypert**, v. 27, n. 3, p. 153-161, 2013.

MOURA M. D. R. et al. Hipertensão Arterial Na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Com. Ciências Saúde**, v.22, n.1, p. 113-20, 2011.

MOURA, E. R. F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.2, p. 250-255, 2010.

NORONHA N. C.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 9, p. 459-468, 2010.

OLIVEIRA, C. A. et al. Síndrome hipertensiva na gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras.SaúdeMatern Infant.**, v. 6, n. 1, p. 93-8, 2006.

OLIVEIRA, A. C. M. et al. Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 106, n. 2, p. 113-120, 2016.

OLIVEIRA, L. G.; KARUMANCHI, A.; SASS, N. Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 12, p. 609-616, 2010.

PERACOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas de gestação:

identificação de casos graves. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 10, p. 627-634, 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. 584-590, 2010.

SAMPAIO, T. A. F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Rev Saúde Física e Mental**, v. 10, n.2, p. 36-45, 2013.

SILVA, G. H. A. et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES COM PRÉ- ECLÂMPsia. In: Anais da VII Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia DeVry Brasil. Anais. BRASIL, 2016.