



GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: Perfil Clínico da Pré-Eclâmpsia

HIGH-RISK PREGNANCY: Clinical Profile of Pre-Eclampsia

EMBARAZO DE ALTO RIESGO: Perfil clínico de la preeclampsia

Yara Barros Sales¹
UNDB. São Luís. Maranhão

Juliane Brito Maciel²
UNDB. São Luís. Maranhão

Maria Clara Pizzolato³
UNDB. São Luís. Maranhão

Maria de Fátima Barros Sales Morgado⁴
Ginecologista Obstetra pelo HUUFMA. São Luís. Maranhão

RESUMO

O presente trabalho analisa o perfil clínico da pré-eclâmpsia (PE), síndrome que se manifesta durante a gestação, afetando 3% a 8% das gestantes e é uma significativa causa de mortalidade materna e perinatal. A PE é caracterizada pela hipertensão e proteinúria em consonância com a disfunção de órgãos-alvo. Apesar de ser uma doença multifatorial, possui fatores de riscos associados, como a idade, condições

¹ Acadêmica do 2º período de Medicina da UNDB. yara_hn@hotmail.com

² Acadêmica do 2º período de Medicina da UNDB. julianebritoadm@gmail.com

³ Acadêmica do 4º período de Medicina da UNDB. matospizzolato@gmail.com

⁴ Médica pela universidade CEUMA e Ginecologista e Obstetra pelo HUUFMA.



socioeconômicas, hipertensão crônica e histórico familiar. Sua etiologia é complexa e envolve fatores genéticos, imunológicos e angiogênicos. O diagnóstico de PE é desafiador, sendo cefaléia e edema considerados precursores de complicações graves, o que ressalta a importância de um pré-natal efetivo. Sem tratamento, a pré-eclâmpsia pode evoluir para eclâmpsia, com convulsões recorrentes e complicações graves, como AVC e síndrome HELLP. A partir da análise do perfil clínico e social de pacientes com PE, busca-se elaborar melhores estratégias de prevenção e tratamento.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia. Complicações na gestação. Hipertensão na gestação.

1 INTRODUÇÃO

A gestação recebe a classificação de alto risco quando a gestante apresenta alguma doença ou condição sociobiológica que prejudica a evolução da gravidez. Dentre os possíveis riscos, encontra-se a pré-eclâmpsia (PE), que complica de 3 a 8% das gestações (LACERDA, 2011). A PE é uma doença gestacional, multifatorial e multissistêmica, caracterizada pelo desenvolvimento de hipertensão (pressão arterial alta) com proteinúria (presença de proteína na urina) e/ou edema, ou quando na ausência de proteinúria, ocorre disfunção de órgãos-alvo. Tem como fatores predisponentes: os extremos da idade fértil, a raça negra, familiares de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia, hipertensão crônica e baixo nível socioeconômico. (SIBAI et al., 2005).

Há um entrave em estabelecer uma prevenção absoluta da PE pelo fato da sua etiologia permanecer incerta, e por isso há o interesse da literatura de identificar os principais fatores de risco e manifestações clínicas da doença, na tentativa de diminuir sua incidência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), distúrbios hipertensivos são uma causa importante de morbidade grave, incapacidade de

desenvolvimento gestacional a termo e mortalidade materna e perinatal. Dessa forma, vê-se a necessidade de analisar suas características e manifestações clínicas.

Diante do que foi exposto acima, surgiram alguns questionamentos sobre quais seriam as principais características das gestantes acometidas por pré-eclâmpsia e que condutas estão sendo estabelecidas frente a uma gestante de risco. A partir destas considerações, foi investigado o perfil clínico e social de mulheres acometidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia de acordo com a literatura atual. Através dos resultados, objetiva-se favorecer a qualidade da abordagem à gestante de alto risco, possibilitando ações direcionadas que possam favorecer o desenvolvimento da gestação e diminuir o índice de morbimortalidade materna e perinatal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Clinicamente, a PE é definida pela presença de hipertensão arterial associada à proteinúria, que se manifesta em gestante previamente normotensa, após a 20ª semana de gestação. Também se considera pré-eclâmpsia quando, na ausência de proteinúria, ocorre disfunção de órgão-alvo materno. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013b).

É uma condição que pode evoluir para eclâmpsia, quando há a ocorrência de crise convulsiva, tônico clônica generalizada ou coma em gestante com pré-eclâmpsia, sendo uma das complicações mais graves da doença (Norwitz, 2017). Entre outras situações de gravidade como acidente vascular cerebral hemorrágico, síndrome HELLP (Hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia), insuficiência renal, edema agudo de pulmão e morte (Amaral et al., 2017).

Duley (2009) afirma que gestantes que desenvolvem pré-eclâmpsia possuem maior risco de complicações obstétricas e clínicas, representando risco de vida, uma vez que 10% a 15% das mortes maternas resultantes de complicações obstétricas estão associadas à pré-eclâmpsia/eclâmpsia. É um número preocupante visto que, em todo o mundo, cerca de 4,6% das gestantes a desenvolvem (Abalos *et al.*, 2013).

Apesar da etiologia desconhecida, Bartsch *et al.* (2016) levanta fatores de risco

que estão relacionados ao desenvolvimento da doença: história prévia ou familiar de pré-eclâmpsia, ser primigesta e condições clínicas pré-existentes, como diabetes, hipertensão arterial crônica, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, IMC elevado ou obesidade, doença renal crônica, gestação múltipla e idade gestacional avançada.

Ao longo dos anos surgiram muitas hipóteses para explicar a etiologia da doença, e atualmente, a patogênese mais relevante envolve uma modificação na placentação, baixa tolerância a alterações inflamatórias, má adaptação imune, predisposição genética, desequilíbrio angiogênico (Cunningham et al., 2014) e deficiência do estado nutricional (Ngene e Moodley, 2018).

Redman (1991) descreve as teorias mais importantes para melhor compreensão da fisiopatologia da pré-eclâmpsia, integradas em dois estágios (pré-clínico e clínico). No pré-clínico, a debilidade do desenvolvimento da placenta e do seu suporte sanguíneo materno se faz responsável pela hipóxia placentária, estresse oxidativo e estresse sistêmico inflamatório materno. Já no segundo estágio, a hipóxia placentária determina os sintomas maternos da doença, a hipertensão aliada a proteinúria, assim como as complicações associadas.

Em seguida, Roberts e Hubel (2009) apresentaram uma teoria mais complexa, onde os dois estágios foram associados a fatores constituintes maternos, acreditando que a deficiência da perfusão placentária não é suficiente para causar a doença.

Embora a teoria de “dois estágios” esteja bem estabelecida, nenhum dos dois explica o que dá início a doença e que fatores “externos” são de fato responsáveis pela placentação deficiente, inflamação e outras características observadas na PE.

A PE não apresenta sintomas, tornando-a difícil de prever. Sintomas como dor epigástrica ou cefaléia severa frequentemente anunciam uma crise terminal, como eclâmpsia ou a síndrome HELLP, por exemplo, que exigem cuidados avançados com suporte clínico obstétrico e provável antecipação do parto (BURTON, et al., 2019).

Portanto, é possível observar uma variação de apresentações clínicas, mas com uma certa prevalência de alguns sintomas que serão discutidos a seguir, podendo direcionar a prevenção ao investigar estes precocemente. A abordagem mais

comumente utilizada para triagem de gestantes com risco de desenvolver PE se baseia na avaliação das características maternas (peso, altura, etnia, história clínica e obstétrica). A história familiar de pré-eclâmpsia e o risco de recorrência são reconhecidos há muito tempo, especialmente naqueles com a forma de início precoce, estimulando uma longa busca pela predisposição genética para o distúrbio.

3 METODOLOGIA

O presente artigo propõe uma revisão sistemática da literatura a respeito do perfil clínico da pré-eclâmpsia. O objetivo é sintetizar e analisar as informações obtidas de 17 artigos científicos publicados entre os anos de 2005 a 2020, além do tratado de de ginecologia e obstetrícia da FEBRASGO, visando a compreensão abrangente das características clínicas dessa condição gestacional complexa.

A seleção dos artigos foi realizada por meio de busca em bases de dados biomédicas, sendo elas o PubMed, Scielo e Scopus. Os descritores pesquisados, em língua portuguesa e inglesa, foram "pré-eclâmpsia" e "gestação de alto risco". Os estudos selecionados foram os que abordaram o perfil clínico de pacientes com pré-eclâmpsia, englobando diferentes aspectos como condições clínicas pré-existent, sintomatologia, evolução e complicações. Os critérios de inclusão também consideraram o período de publicação entre 2008 a 2020, a fim de observar-se estudos atuais acerca do tema.

A discussão se baseia na comparação das informações obtidas nos artigos selecionados, identificando padrões de perfil clínico da pré-eclâmpsia ao longo do período investigado. Serão destacadas as características comuns encontradas nos cinco artigos. Por fim, serão registrados os principais achados no estudo, de modo a consolidar o perfil clínico da PE.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste contexto, a pré-eclâmpsia é uma condição médica relacionada à gestação que envolve o desenvolvimento de hipertensão e proteinúria após a 20ª semana de gravidez. É uma das complicações mais comuns e sérias da gravidez e afeta principalmente mulheres que não tinham hipertensão pré-existente, devido a prevalência de gravidez em mulheres jovens, em contrapartida, gestantes que já possuem hipertensão prévia são mais propensas a complicações.

É fundamental buscar o diagnóstico de pré-eclâmpsia. A Febrasgo (2021) preconiza que na assistência pré-natal, é preciso observar o ganho de peso, principalmente quando ele acontece de maneira rápida e está acompanhado de edema de mãos e face. Deve-se ainda atentar para os níveis pressóricos e para as queixas relacionadas a sinais ou sintomas de comprometimento de órgãos-alvo.

Segundo Avena et al. (2007), o edema afeta aproximadamente 85% das mulheres com pré-eclâmpsia e, nestes casos, é de aparição rápida e pode estar associado com um rápido ganho de peso. Pode-se inferir que a pré-eclâmpsia é, na realidade, uma doença generalizada, sendo a hipertensão apenas uma de suas manifestações. Observam-se lesões em vários órgãos, incluindo cérebro, rins, fígado e coração.

Quanto à sua sintomatologia clássica da iminência de eclâmpsia, observa-se: cefaléia, turvação visual, epigastralgia, tontura, edema e vômitos. Em um estudo com gestantes acometidas por essa doença, todas apresentaram, pelo menos, dois desses sintomas, com maior incidência de cefaléia (29%) e edema (16%) (LEAL, 2004). Em relação às queixas relatadas pelas pacientes diagnosticadas com a síndrome, estas se apresentam de acordo com a literatura, na qual cerca de 90% das pacientes referem dor na parte superior direita do abdome, cefaleia, vômito e sonolência (JAKOBI, 2005).

Diante do diagnóstico da pré-eclâmpsia, a Febrasgo (2021) defende que o foco do controle clínico é a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, por meio: de orientações sobre os sinais de comprometimento da doença, de encaminhamento e assistência em serviços terciários e com assistência neonatal qualificada, do bom controle pressórico, da prevenção da eclâmpsia ou de sua recorrência e na

identificação precoce de alterações laboratoriais, principalmente aquelas relacionadas à síndrome HELLP. Acrescenta-se ainda a avaliação do bemestar fetal.

Na vigência de eclâmpsia, são definidos certos princípios básicos de conduta: evitar trauma por queda, manter a permeabilidade das vias aéreas e garantir o suporte de oxigênio, além de prevenir a aspiração em casos de vômitos. Assim, preconiza-se colocar a gestante em decúbito lateral esquerdo ou na posição semi sentada em cama com grades laterais, utilizar cânula de Guedel, fornecer oxigênio nasal 5L/min e obter prontamente acesso venoso (FEBRASGO, 2021).

A decisão de introduzir anti-hipertensivos deve sempre considerar os riscos e benefícios para a mãe e o feto, tomando-se como fatores principais o valor da PA e a presença ou não de sinais e sintomas relacionados aos níveis pressóricos. São contraindicados na gestação os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA II) e os inibidores diretos da renina (alisquireno), pois eles se associam a anormalidades no desenvolvimento dos rins fetais quando utilizados a partir do segundo trimestre de gestação. Sendo os medicamentos mais utilizados para tratar esta condição: hidralazina, nifedipino, metildopa, nitroprussiato de sódio e na iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia, sulfato de magnésio (FEBRASGO, 2021).

Ademais, tem-se os fatores predisponentes selecionados nas revisões sistemáticas, nas quais levam ao quadro da pré-eclâmpsia: História prévia de pré-eclâmpsia (Bartsch et al., 2016), aumenta em oito vezes o risco de desenvolver pré-eclâmpsia na próxima gestação, em comparação com gestantes sem esse quadro; Ser primigesta (Bartsch et al., 2016), levantando risco duas vezes maior; História familiar de pré-eclâmpsia, apresentando risco quase três vezes maior; E conforme as condições clínicas preexistentes: Diabetes clínico; Hipertensão arterial crônica; Lúpus eritematoso sistêmico; Síndrome antifosfolípide; Doença renal crônica.

Conforme mencionado, cerca de 85% das mulheres com pré-eclâmpsia podem experimentar edema devido à retenção de fluidos que ocorre como parte das mudanças fisiológicas da gravidez. No entanto, é importante observar que nem todo edema durante a gravidez está associado à pré-eclâmpsia. Um certo grau de edema

é considerado normal durante a gestação devido às mudanças hormonais e ao aumento do volume sanguíneo, sendo assim é fundamental que as gestantes efetuem o acompanhamento pré-natal regularmente para que os profissionais de saúde possam monitorar a pressão arterial, a presença de proteinúria, o edema e outros sintomas que podem indicar a pré-eclâmpsia. (LACERDA, 2011)

A partir deste momento e sempre que o diagnóstico de pré-eclâmpsia for realizado, evidentemente, é preciso manter o controle da PA, orientar e monitorar sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia e monitorar periodicamente alterações laboratoriais (hemograma, função renal e hepática). Recomenda-se a reavaliação semanal ou diante de alterações clínicas e/ou descontrole pressórico, manter a vigilância da vitalidade e do crescimento fetal, aliado à combinação das avaliações biofísica e hemodinâmica, principalmente dopplervelocimetria e cardiotocografia. Além de acompanhar atentamente o feto, iniciar tratamento imediato com anti-hipertensivos recomendados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pré-eclâmpsia é uma condição complexa e multifatorial, portanto, abordar seus índices requer uma combinação de estratégias preventivas, educativas e médicas. Nesse sentido, a promoção do acesso ao pré-natal é de extrema importância, pois, deve ser feito o incentivo às gestantes a fazerem um acompanhamento pré-natal. Isso permite a detecção precoce de sinais de pré-eclâmpsia e o monitoramento adequado da saúde materna e fetal.

Em relação ao estilo de vida, recomenda-se gestantes a adotarem um estilo de vida saudável, que inclua uma dieta balanceada, atividade física adequada e gestão do estresse, que são fatores que podem contribuir para a prevenção da pré-eclâmpsia. A Febrasgo (2020) determina que não há razões para orientar repouso, restrição de sal na dieta, uso de antioxidantes (vitaminas C e E), vitamina D, Ômega-3 ou enoxaparina visando à prevenção da pré-eclâmpsia.

Quanto às medidas de prevenção que podem reduzir riscos do

desenvolvimento da pré-eclâmpsia, destaca-se o uso de acetilsalicílico (AAS) e a suplementação de cálcio. Já na prevenção e tratamento de eclampsia, o Sulfato de magnésio (MgSO₄) é reconhecidamente a melhor alternativa, e preconizada diante de quadros de iminência de eclampsia. (FEBRASGO, 2020)

É importante ressaltar, ainda, que ações preventivas não se limitam a “evitar” a ocorrência da doença, mas também visam manejar a evolução desta, reduzindo riscos mais graves. Dessa forma, é fundamental fornecer todas as orientações para a gestante durante pré-natal, encaminhando quando necessário e favorecendo a assistência qualificada na busca pelo diagnóstico precoce e garantia do manejo adequado.

REFERÊNCIAS

AMARAL Lorena; WALLACE Kedra; OWENS, Michelle, LAMARCA, Babbette. **Pathophysiology and current clinical management of preeclampsia**. USA, 2017. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-017-0757-7>> Acesso em 24 Agosto 2023.

American College of Obstetricians and Gynecologists. **Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy**. Obstet Gynecol. 2013.

LACERDA, Ione.; MAGALHÃES, Thereza. **Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia**. Acta Scientiarum. Health Sciences, 2011. Disponível em <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226628013>> Acesso em 24 Agosto de 2023.

BURTON, Graham; REDMAN Cristopher; ROBERTS James; MOFFET, Ashley. **Preeclampsia: pathophysiology and clinical implications**. BMJ. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31307997/>> Acesso em 24 Agosto de 2023.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia**. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, n. 73/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BC, et al. **Williams Obstetrics**. 24th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014. Disponível em <
<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2977§ionid=263820327>> Acesso em 24 agosto 2023.

Duley, Lelia. **The global impact of pre-eclampsia and eclampsia**. Semin Perinatol. 2009;33(3):130-7. Disponível em <
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0146000509000214?via%3Dihub>> Acesso em 24 agosto 2023.

World Health Organization (WHO). **WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia**. Geneva: WHO; 2011.

Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. **Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review**. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;170(1):1-7. Disponível em <
[https://www.ejog.org/article/S03012115\(13\)00196-6/fulltext](https://www.ejog.org/article/S03012115(13)00196-6/fulltext)> Acesso em 24 agosto 2023.

NGENE, Nnabuike; MOODLEY, Jagidesa. **Role of angiogenic factors in the pathogenesis and management of pre-eclampsia**. Int J Gynaecol Obstet. Kwazulu-Natal, 2018. Disponível em <
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12424> > Acesso em 24 agosto 2023.

Redman CW, Sargent IL. **Latest advances in understanding preeclampsia**. Science. Oxford, 2005. Disponível em <
https://www.science.org/doi/10.1126/science.1111726?ijkey=d3102b6df0781297416e89bd74b36f0c8631cd4c&keytype=tf_ipsecsha> Acesso em 24 agosto 2023.

Norwitz, ER. **Cesarean section on maternal request**. UpToDate; 2018. [cited 2018 Mar 29]. Disponível em: <<https://www.uptodate.com>> Acesso em 24 agosto 2023.

SIBAI, Baha. **Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: lessons learned from recente trials**. Am J Obstet Gynecol. 2004. Disponível em <
[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(03\)02177-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(03)02177-X/fulltext) > Acesso em 24 agosto 2023.

ROBERT, James; HUBEL, Carl. **The two stage model of preeclampsia: variations on the theme**. Elsevier. Pittsburgh, 2009. Disponível em <

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0143400408003846>> Acesso em 24 agosto 2023.

BARTSCH, Emily; MEDCALF, Karyn; PARK, Alison; RAY, Joel. **Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and metaanalysis of large cohort studies.** BMJ. Toronto, 2016. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/353/bmj.i1753.full.pdf>> Acesso em 24 agosto 2023.

LEAL, Maria. **Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez.** Revista Brasileira em Programação da Saúde. Fortaleza, 2004.

JAKOBI, Heinz. **Síndrome de HELLP.** Rondônia, 2005. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br>>. Acesso em 24 agosto 2023.

AVENA, Josefina; JOERIN, Veronica. N.; DOZDOR Lorena; BRÉS, Silvina. **Preeclampsia/eclampsia.** Revista de Posgrado de La Via Cátedra de Medicina. Disponível em <<http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/A70.PDF>>. Acesso em 24 agosto 2023.