

**RESUMO EXPANDIDO- XXII JAGOCIR da Rede MaterDei em Saúde**

**MANEJO CONSERVADOR DE PRÉ-ECLÂMPسيا COM  
CARACTERÍSTICAS SEVERAS: RESULTADOS MATERNOS E  
PERINATAIS E AVALIAÇÃO DE CAUSAS PARA PARTO PRÉ-  
TERMO**

**CONSERVATIVE MANAGEMENT OF PREECLAMPSIA WITH SEVERE  
FEATURES: MATERNAL AND PERINATAL RESULTS AND ASSESSMENT OF  
CAUSES FOR EARLY DELIVERY**

**Bruno Petrocchi Vieira de Menezes<sup>1</sup>; Lucas Pinheiro Costa<sup>1</sup>; Larissa Volpini Barreto<sup>2</sup>,  
Henrique Vítor Leite<sup>2</sup>**

1. Acadêmicos do terceiro período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Email: [bpvmenezes10@hotmail.com](mailto:bpvmenezes10@hotmail.com); [lucaspi.n99@gmail.com](mailto:lucaspi.n99@gmail.com)

2. Médicos vinculados ao Hospital das Clínicas de Belo Horizonte. Email: [larissavborem@gmail.com](mailto:larissavborem@gmail.com);

[henriqueleite@globo.com](mailto:henriqueleite@globo.com)

**Resumo: Introdução:** Desordens hipertensivas na gestação, como a pré-eclâmpسيا (PE), são uma importante causa de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Na maioria dos casos de PE com características graves, o parto imediato é necessário e, frequentemente, ocorre antes das 34 semanas da gravidez, levando ao risco de complicações perinatais ligadas à prematuridade. A gestão conservadora nessas condições permite mais tempo para o desenvolvimento e crescimento fetal, enquanto a estabilidade materna deve ser constantemente avaliada, para prevenir complicações. Sinais de instabilidade materna ou falência de órgãos deve-se indicar o parto imediato. **Objetivo:** avaliar os resultados maternos e perinatais e as razões para o parto em pacientes com diagnóstico de PE, que necessitaram de parto antes de 34 semanas de gestação. **Metodologia:** Estudo retrospectivo com todos os pacientes com o diagnóstico de PE que necessitaram de parto antes de 34 semanas de gestação, com as razões para tal procedimento categorizadas. **Resultados:** 72 pacientes corresponderam aos critérios durante o período entre 01/2016 e 12/2018. A razão mais comum para o parto prematuro foi a impossibilidade de controlar a pressão arterial mesmo com o uso de anti-hipertensivos combinados (+2), responsável pelo parto prematuro de 24 pacientes (33,3%). A plaquetopenia correspondeu a 16 casos (22,2%), seguida de outros fatores (15 casos; 20,8%). **Conclusão:** O tratamento conservador da pré-eclâmpسيا precoce com características graves ainda é um desafio. Vários casos desenvolverão condições clínicas que não permitirão tempo suficiente para a administração de corticoides e desenvolvimento fetal adequado.

## 1. INTRODUÇÃO

Os distúrbios hipertensivos constituem uma das principais causas de morbi-mortalidade materna e perinatal em todo o mundo (70.000 óbitos maternos/ano; 500.000 óbitos fetais/ ano). A pré-eclâmpsia (PE), o mais grave deles, incide em 2 a 8% de todas as gestações. (BROWN *et al.*, 2018). Sobre esse distúrbio, se por um lado, abaixo de 34 semanas, o aparecimento de sinais e sintomas de acometimento de órgãos-alvo e o descontrole pressórico sugere o agravamento da doença materna e a necessidade do parto, por outro lado, para o feto, o maior tempo intrauterino pode evitar complicações e sequelas decorrentes da prematuridade.

A eclâmpsia se caracteriza como uma convulsão tônico-clônica, focal ou generalizada ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo não causado por epilepsia ou outra doença neurológica e ocorre durante a gravidez, o parto ou o puerpério, podendo gerar complicações para a mulher, como hipóxia, trauma e pneumonia aspirativa e, para a criança, como prematuridade e comprometimento da circulação placentária. O diagnóstico da PE é realizado a partir da medição da pressão arterial e proteinúria do indivíduo. Em 80% dos casos, a eclâmpsia é precedida de sinais de acometimento do Sistema Nervoso Central e, como manifestação clínica, pode ser assintomática ou apresentar sintomas como cefaleia intensa, distúrbios visuais, déficit neurológico, alterações laboratoriais, entre outros. Sintomas esses que muitas vezes estão associados à progressão para a forma grave.

A partir disso, construiu-se uma conduta expectante em relação ao parto, uma vez que, o curso natural do quadro levaria a uma deteriorização das condições

maternas e fetais. Assim, essa conduta espera um melhor desfecho para a ambos. Para isso ocorre uma monitorização materna e fetal, uso de anti-hipertensivos para manter a pressão arterial abaixo de 160 por 110 milímetros de mercúrio e, caso as condições maternas e fetais permitirem, o uso de corticoterapia também é indicado. No entanto, critérios como diástole reversa em artéria umbilical, fetos sem expectativa de vida fora do útero e comprometimento da vitalidade fetal, contra indicam a conduta expectante e constituem a impossibilidade de controle de pressão arterial a despeito do uso de 3 classes de anti-hipertensivos ou piora clínica/laboratorial progressiva materna com acometimento de órgão-alvo, indicando a realização do parto.

Esse trabalho teve como objetivo principal avaliar as indicações de interrupção da gestação em portadoras de PE precoce com critérios de gravidade e idade gestacional inferior a 34 semanas, bem como os desfechos favoráveis e desfavoráveis associados a esses partos, além de determinar os critérios utilizados para indicar interrupção da gestação em mulheres com PE e idade gestacional inferior a 34 semanas, indicar o tempo entre o diagnóstico e a interrupção da gestação e identificar a ocorrência de desfechos desfavoráveis maternos e fetais associados a esses eventos.

## 2. METODOLOGIA

A metodologia desse trabalho consistiu em um estudo retrospectivo em que coletou-se dados através do sistema de prontuários eletrônicos do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) no período de 01/01/2014 até 31/12/2017. Os critérios de inclusão foram: partos com idade gestacional (IG) menor que 34 semanas no HRTN no período mencionado;

mulheres com diagnóstico de síndromes hipertensivas da gestação e parto indicado com IG menor que 34 semanas sem ser por PE, com critérios de gravidade ou alguma complicação. O critério de exclusão foi: pacientes cuja indicação de parto não estava relacionada à PE precoce com critérios de gravidade ou à alguma complicação relacionada à esse diagnóstico.

Foram encontrados e analisados 297 prontuários de pacientes que tiveram partos com IG menor que 34 semanas no período. O cálculo amostral consistiu em uma amostra de 32 pacientes para resultados adequados e a metodologia estatística se deu por avaliação descritiva das variáveis objeto do estudo (variáveis numéricas foram expressas por mediana e valores mínimos e máximos e as frequências das causas de interrupção de gestação foram expressas em valores totais e frequência).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conhecimento da incidência da PE precoce com critérios de gravidade em determinado serviço de saúde, bem como o tempo de internação dessas pacientes e as possíveis complicações relacionadas, pode contribuir de forma decisiva na assistência. É possível detectar pontos que podem ser melhorados quando se comparam os resultados com a literatura mundial e elaborar protocolos assistenciais mais realistas, além de contribuir para o planejamento de gestão hospitalar dessas internações. Estudar os critérios que indicam a interrupção da gestação nessas pacientes e se há um critério responsável por indicar mais partos do que outros, contribui para entender a progressão e gravidade da doença, bem como a possibilidade de relacionar a assistência às complicações identificadas e também para traçar o perfil de intervenções da assistência prestada.

A instituição que possibilitou o estudo (HRTN) é concebida como uma maternidade de baixa complexidade, além de ser um hospital geral, terciário e de alta capacitação, que possibilita a prevenção de complicações maternas (não houve óbito materno na amostra estudada). O hospital também realiza atualmente um elevado número de partos e é referência distrital para gestantes de alto risco (possui UTI maternal e neonatal).

A incidência de PE é de 2 a 8% em todas as gestações (ACOG, 2019), sendo que 13% desses casos serão precoces (PETTIT *et al.*, 2015) e 15% terão efeitos adversos (MOL *et al.*, 2016). No entanto, 29 pacientes apresentaram desfechos maternos desfavoráveis nesse estudo, caracterizando um número maior do que o esperado (sendo 7 deles quadros de eclâmpsia). A partir disso, a incidência de desfechos adversos além do que era esperado, pode sugerir falha na assistência pré-natal além de que esse resultado também pode refletir uma maior incidência de PE de forma geral, uma vez que o estudo não forneceu esse dado. Essas elevadas taxas de quadros graves e eventos adversos também não são condizentes com o número de mulheres que foram encaminhadas à UTI, apenas 23,61% (17 pacientes). Pode-se supor não haver vagas suficientes de UTI neste serviço, ou a conduta assistencial não estar uniforme e nem sempre quadros semelhantes serem encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva. O principal critério utilizado para indicar a interrupção da gestação foi descontrole pressórico, porém, na maioria das vezes, as pacientes ainda não estavam em uso de três classes de anti-hipertensivos (dessas, 7 pacientes, 29,16%, estavam em uso de 3 classes de anti-hipertensivos).

Além disso, no presente estudo, o tempo médio de interrupção da gestação após o diagnóstico, em dois dias, demonstra uma postura mais intervencionista do serviço. Sendo assim, no presente estudo, assim como na literatura mundial atual, fica evidente a

grande dificuldade da decisão sobre o melhor momento para o parto e quais critérios deveriam indicar a interrupção da gestação para mulheres com gravidez complicada por PE precoce com critérios de gravidade. Assim, buscando diminuir a subjetividade e ajudar na triagem das pacientes com pré-eclâmpsia que estariam sob alto risco de um evento adverso, foram criados os modelos preditivos PIERS e PREP. Embora esses modelos já tenham sido validados, eles ainda são recentes e pouco utilizados na prática clínica. Na maternidade estudada eles nunca foram aplicados e, inclusive, um dos parâmetros considerados nos modelos como bom preditor de evento adverso materno em 48h, que é a saturação de oxigênio materna à admissão, é muito pouco frequentemente relatado em prontuário.

#### 4. CONCLUSÃO

Dessa forma, são necessários mais estudos sobre as indicações de interrupção de gestação nos casos de PE precoce com critérios de gravidade, bem como estudos que analisem o benefício fetal a longo prazo da conduta conservadora nesses casos. Seria interessante, também, a implementação de um protocolo assistencial para a instituição, com objetivo de melhorar e uniformizar a assistência. Além disso, nesse estudo, vale ressaltar que o critério mais frequentemente utilizado para indicar o parto para essas pacientes foi a impossibilidade de controle da pressão arterial maternal.

Portanto, fica clara a necessidade de estender a linha de pesquisa na mesma instituição, bem como a realização de estudos maiores, incluindo, inclusive, os modelos preditivos PIERS e PREP com o objetivo de esclarecer a causa da elevada frequência de eventos adversos maternos, além de avaliar melhor a terapia

anti-hipertensiva, visando melhorar a assistência e o prognóstico materno e avaliar a segurança dos resultados e o impacto que poderiam ter na prática clínica. Nesses estudos, sugere-se também, a comparação da conduta conservadora e intervencionista nos casos de PE precoce com critérios de gravidade para verificar se há benefício fetal a longo prazo ao priorizar a conduta expectante e se é seguro para a mãe.

#### REFERÊNCIAS

BROWN, M. A. et al. Brief review: Hypertensive disorders of pregnancy, ISSHP classification, diagnosis and management recommendation for international practice. **Hypertension**, v. 72, p. 24-43, 2018.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG. Gestacional hypertension and preeclampsia. **Clin Manage Guidelines Obstet-Gynecol**, v. 133, n. 1, p. 202, 2019.

PETTIT, F. et al. A pré-eclâmpsia causa resultados maternos adversos em todo o espectro gestacional. **Hipertensos Gravidez**, v. 5, n. 02, p. 198-204, 2015.

MOL, B. W. J. et al. Pre-eclampsia. **The Lancet**, v. 387, p. 999-1011, 2016.