

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES COM PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÂNIA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND OUTCOME OF PATIENTS WITH SEVERE PREECLÂMPسيا

ELAINE ALVES CARNEIRO¹

FABIO RIBEIRO DE OLIVEIRA LEÃO¹

LUIZA EMYLCE PELÁ ROSADO SCHMALTZ²

Palavras-chave: pré-eclâmpسيا, eclâmpسيا, desfecho materno

Keywords: pre-eclâmpسيا, eclâmpسيا, maternal outcome.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico, a evolução e desfecho até a alta das pacientes internadas com pré-eclâmpسيا grave (PEG) no Hospital Materno Infantil de Goiânia (HMI-Go), de junho de 2009 a julho de 2010.

METODOLOGIA: Estudo de prevalência, retrospectivo. Os dados foram obtidos em prontuários e estudadas as variáveis referentes às características gerais, gestacionais, comorbidades e de evolução das pacientes. A média da idade foi calculada com IC a 95% e $p < 0,05$.

RESULTADOS: Foram analisados 303 casos de PEG, 9,1% das internações no HMI-Go durante o período. A média de idade das pacientes foi de 25,6 +/- 8,8 anos; 85,8% encontram-se grávidas; 47,4% possuíam alguma comorbidade. Em relação às características obstétricas, 58,7% eram primíparas, 96,3% não realizou pré-natal no HMI-Go; 54,6% fizeram ≥ 6 consultas pré-natais e 90% tinham idade gestacional < que 37 semanas. Em relação à forma de apresentação dos casos de PEG; 22,8% apresentaram eclâmpسيا; 12,5% PEG superajuntada; 14,2% evoluíram com síndrome HELLP. Em relação às complicações; 10,7% apresentaram hemorragias; em 11,5% ocorreram outras complicações como trombocitopenia (31,4%), edema agudo de pulmão e/ou insuficiência renal aguda (22,9%); 74% apresentaram condições de manejo de gravidade; 19 pacientes (6,3%) apresentaram critérios de Near Miss e ocorreram seis óbitos, perfazendo uma RMM específica de 237,4/ 100.000 NV. Porém, o desfecho clínico foi favorável na maioria dos casos, já que 95,7% das pacientes tiveram alta médica.

CONCLUSÃO: O perfil das pacientes com PEG estudadas foi semelhante aos descritos em outros estudos brasileiros. A ocorrência de complicações foi alta. Apesar do desfecho favorável na maioria dos casos, a RMM específica foi de 237/100.000 nascidos vivos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: To describe the epidemiology, evolution and outcome until discharge of patients hospitalized with severe preeclâmpسيا (SPE) in Hospital Materno Infantil of Goiânia (HMI-Go), from June 2009 to July 2010.

OBJECTIVE: To review the literature published over the past decade with reference to the umbilical cord cysts and their implications for the fetus.

METHODOLOGY: Retrospective and prevalence study. Data was obtained from medical records and studied the variables related to general characteristics, pregnancy, co morbidities and evolution of patients. The average age was calculated with 95% CI and $p < 0.05$.

RESULTS: We analyzed 303 cases of SPE, 9.1% of admissions in the HMI-Go during the period. The average age of patients was 25.6 +/- 8.8 years, 85.8% are pregnant, 47.4% had comorbidities. Regarding obstetric characteristics, 58.7% were primiparous, 96.3% did not attend antenatal care in the HMI-Go, 54,6% had ≥ 6 antenatal visits and 90% had a gestational age <37 weeks. Regarding the clinic presentation of SPE cases, 22.8% had eclâmpسيا, superimposed SPE in 12.5%, 14.2% developed HELLP syndrome. Regarding complications: 10.7% had bleeding, in 11,5% occurred other complications such as trompocitopenia (31.4%), acute pulmonary edema and / or acute renal failure (22.9%), 74% had severity management conditions, 19 patients (6.3%) met the criteria of Near Miss and six deaths occurred, performing a specific MDR of 237.4 / 100,000 live births. However, clinical outcome was favorable in most cases, since 95.7% of patients were discharged.

CONCLUSION: The studied SPE profile was similar to those described in other Brazilian studies. The occurrence of complications was high. Despite the favorable outcome in most cases, the specific MDR was 237/100.000 live births.

1. Médica graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás no ano de 2011

1. Médico graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás no ano de 2011

2. Médica graduada pela Universidade Federal de Goiás no ano de 1984. Professora de reprodução humana da PUC-Goiás e Chefe da residência em obstetria do Hospital Materno Infantil de Goiânia

INTRODUÇÃO

A hipertensão é uma das complicações médicas mais comuns da gravidez e uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Pode agravar cerca de 7 a 10% de todas as gestações^(1,2).

Caracteriza-se como hipertensão gestacional a gestante que possui pressão arterial previamente normal, que se eleva para valor igual ou maior que 140 x 90 mmHg, após a 20ª semana de gestação, sendo considerada pressão sistólica o 1º ruído (aparecimento do som), e a pressão diastólica o 5º ruído de Korotkoff (desaparecimento do som), com a paciente sentada, sendo essas medidas confirmadas após 4 horas de repouso⁽³⁾.

Define-se a pré-eclâmpsia (PE) como a presença de hipertensão arterial e proteinúria a partir da 20ª semana, em pacientes previamente normotensas. Considera-se como proteinúria na gestação quando a excreção urinária ultrapassa 300 mg em urina colhida durante 24 horas ou uma + (≥ 30 mg/dL) em amostra de urina, desde que não haja evidência de infecção do trato urinário. Não há necessidade de coleta de urina de 24 horas, que pode ser substituída por 12 horas e até seis horas, cujos resultados multiplicados por dois e quatro, respectivamente, correspondem às 24 horas^(3,5).

A prevalência de PE é normalmente referida como sendo de 5 a 8% das gestações, apresentando amplas variações na literatura. Alguns fatores podem aumentar sua prevalência, como exemplo: na gestação gemelar a prevalência de PE é de aproximadamente 14%, podendo chegar a 40% em pacientes com PE prévia^(2,4).

O edema, mesmo não sendo mais considerado como parte da tríade é significativo quando de aparecimento súbito ou quando alcançar mãos e face. O aumento súbito de peso (> 1 kg/semana) deve ser considerado como sinal clínico de alerta para a identificação do edema generalizado^(3,6).

Já a hipertensão arterial crônica (HAC), é conceituada como hipertensão observada antes da gravidez ou anterior a 20 semanas, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e que não se resolve até 12 semanas após o parto; acomete aproximadamente 5% das gestações, e é considerada como fator de risco para a PE, observando-se uma taxa de PE sobreposta à HAC de 15 a 25%⁽⁷⁾.

As síndromes hipertensivas gestacionais são caracterizadas e classificadas da seguinte forma:

Pré-eclâmpsia leve: hipertensão abaixo de 160 x 110 mmHg, em pelo menos duas aferições, após a 20ª semana de gestação em paciente anteriormente sem manifestações hipertensivas (exceção para a mola hidatiforme que pode cursar com pré-eclâmpsia antes das 20 semanas). Acompanha-se de proteinúria entre 300mg e 2g em 24 horas⁶.

Pré-eclâmpsia grave: para que caracterizemos o quadro como grave, além da definição anterior, devemos observar um ou mais dos sinais, sintomas ou alterações laboratoriais descritos a seguir: pressão arterial igual ou maior a 160 x 110 mmHg; proteinúria igual ou maior a 2 gramas / 24 horas; creatinina sérica acima de 1,2mg/dL; cefaleia persistente e/ou dor epigástrica e/ ou distúrbios visuais; alterações do comportamento habitual (mudança de humor); anasarca; sinais de anemia microangiopática e/ou

elevação das enzimas hepáticas; plaquetopenia (< 100.000 mm³) ou eclâmpsia⁽⁶⁾.

Síndrome HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low plateletes): Forma grave de pré-eclâmpsia caracterizada pelo aparecimento de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e queda de plaquetas em paciente cursando com hipertensão. As três alterações nem sempre aparecem simultaneamente, admitindo-se o conceito de HELLP parcial. Sua incidência está entre 0,2% a 12%, é acompanhada de altas taxas de mortalidade materna e perinatal e sua gravidade é inversamente proporcional à idade gestacional. O diagnóstico clínico inicial pode ser feito mais em mulheres brancas e múltiparas, que cursam com mal-estar geral, náuseas e vômitos, dor epigástrica e/ou quadrante superior direito, cefaleia persistente, icterícia subclínica e hipertensão grave^(3,6).

Eclâmpsia: Manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas, podendo ocorrer durante a gestação, na evolução do trabalho de parto e no puerpério imediato. Metade dos casos acontece em gestações pré-termo e 12 a 25% no puerpério tardio (> 48 horas). Os sintomas de iminência de eclâmpsia são: cefaleia, diplopia, visão turva, escotomas, epigastralgia e dor em hipocôndrio direito. As convulsões iniciam-se em torno da boca com contrações faciais que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, acompanhada de breve parada respiratória. Após 20 segundos, iniciam-se movimentos tônico-clônicos de toda musculatura com abertura e fechamento da mandíbula, flexão e extensão dos membros. O episódio dura um (01) minuto, em média, e regride espontaneamente. Durante o coma, não devemos afastar a possibilidade dos acidentes hemorrágicos encefálicos^(6,8,9).

Superposição de pré-eclâmpsia e hipertensão crônica (PE superajuntada): este diagnóstico é feito quando ocorre uma piora do quadro hipertensivo e o aparecimento de proteinúria significativa, ou seu agravamento, em paciente com HAC. Ou seja, a proteinúria serve como marcador desta associação⁽⁶⁾.

Hipertensão gestacional: Hipertensão detectada pela primeira vez na segunda metade da gestação, sem estar acompanhada de proteinúria, retornando aos níveis tensionais normais após o parto⁽⁶⁾.

A maioria dos casos de hipertensão gestacional ou de pré-eclâmpsia leve se desenvolvem próximo ao termo e apresentam taxas de mortalidade e morbidade perinatais similares às de pacientes normotensas^(1,7,8).

A pré-eclâmpsia ainda é uma doença de etiologia indefinida. Acredita-se haver uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais que determinam defeito na invasão trofoblástica das arteríolas espiraladas. Este defeito causa redução na perfusão uteroplacentária, com conseqüente isquemia e hipóxia, que libera fatores da placenta como citocinas pró-inflamatórias e fatores anti-angiogênicos, entre outros, que inicia a cascata de eventos celulares e moleculares, determinando a disfunção endotelial dos vasos, com aumento da resistência vascular e vasoespasmo no decorrer da gestação^(8,9).

O HMI-Go é referência estadual em urgência e emergência nas áreas da saúde da mulher e da criança no Estado de Goiás, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes. Possui 169 leitos e 1.261 servidores. Seu atendimento é 100% de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), quer por demanda espontânea ou pelo sistema de referência e contra referência. Desenvolve ainda outros núcleos de atendimento como: pré-natal de alto risco, hospital amigo da criança, amigos da mama, centro de reabilitação de fissuras lábio-palatinas (CERFIS), banco de leite humano, programa de atenção à saúde do adolescente, centro de referência de imunológicos especiais (CRIE), programa de humanização, acolhimento com avaliação e classificação de risco e posso ajudar, atendimento às vítimas de violência sexual (VVS), núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar (NVEH), comissão de controle hospitalar (CCIH), programa de qualidade, planejamento familiar, além de possuir a única UTI materna do Estado de Goiás.

METODOLOGIA

Estudo de prevalência, retrospectivo, cujos dados foram obtidos do banco de dados de um estudo maior, denominado “Estudo nacional de vigilância de morbidade materna grave” (VMMG), realizado em colaboração com a Rede Brasileira de Estudos em Saúde Reprodutiva e Perinatal”. Este estudo trata-se de uma avaliação multicêntrica nacional em que, em Goiânia, participou o Hospital Materno Infantil de Goiânia (HMI-Go), de onde foram selecionadas e incluídas 603 pacientes com doenças de risco para a saúde materna e tiveram sua alta no período de junho de 2009 a julho de 2010. Este hospital foi selecionado por ser a instituição de referência para gestação de alto risco na região Centro-Oeste e estado de Goiás.

Com a exclusão das pacientes que tiveram hipertensão grave, mas que não apresentaram proteinúria, o presente estudo foi constituído de 303 (50,2%), das 603 gestantes internadas no HMI-Go, que tiveram critérios diagnósticos de pré-eclâmpsia grave (PEG). Foi considerado PEG conforme o protocolo, ou seja: presença de PA \geq 160/110 mmHg em duas medidas distintas em intervalo de 4 horas ou \geq 160/110 mmHg em uma medida, associado à proteinúria de 24h \geq 0.3g ou fita urinária \geq 2+; ou pressão arterial diastólica \geq 90 mm Hg associado à proteinúria (como descrita acima) em uma ocasião associado a um dos seguintes sinais e sintomas: oligúria (<30 ml/h por 2 horas), distúrbios visuais (borramento visual ou escotomas cintilantes), epigastria/ dor em quadrante superior direito do abdome, trombocitopenia, edema pulmonar; ou eclâmpsia: caracterizada por convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma como manifestação do envolvimento cerebral na pré eclâmpsia, não relacionada a qualquer outra condição patológica.

Às informações já contidas no banco de dados do estudo de VMMG foram acrescentadas outras referentes a dados epidemiológicos, obstétricos, pré-natais, parto e puerpério imediato e desfecho da paciente. Esses dados foram obtidos através de coleta

nos prontuários. Dessa forma, as variáveis analisadas foram: idade, cor e raça materna; estado civil; procedência; estado gestacional à admissão; presença de comorbidades; paridade; número de gestações; realização de pré-natal; número de consultas pré-natais; idade gestacional à admissão; idade gestacional à resolução da gestação; via de parto; evolução e complicações maternas; condições de manejo de gravidade, critérios Near Miss e desfecho materno.

Os dados coletados foram transferidos para uma planilha de Excel e analisados estatisticamente através do programa Excel-Add-in® onde foram calculadas as médias e desvio padrão, com IC a 95% e $p < 0,05$.

Apesar do protocolo do estudo VMMG ter sido previamente aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HMI-Go, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo CEP-HMI-Go. Antes da coleta de dados, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo diretor técnico do HMI, guardião das informações dos pacientes ali atendidos.

RESULTADOS

Tendo-se em vista que foram registrados no HMI-Go, durante o período de estudo, 2527 nascidos vivos (NV) e 3327 internações, as 303 pacientes analisadas contabilizaram 12/100 nascidos vivos e 9,1% das internações naquele hospital no período de um ano (dados não apresentados em tabelas).

Em relação às características gerais das pacientes internadas com pré-eclâmpsia grave no HMI-Go (Tabela I), a média de idade das pacientes foi de 25,6 +/- 8,8 anos (dado não apresentado em tabela).

Em relação ao acesso das pacientes ao hospital, 49% vieram encaminhadas de outros hospitais por meio de transferência programada ou não e 33,0% das pacientes foram provenientes da triagem de emergência da própria instituição.

Quando deram entrada no serviço, 85,8% das pacientes com PEG encontram-se gestantes e 14,2% foram transferidas no puerpério.

Frente às características obstétricas das pacientes internadas com PEG observamos que o número de gestações das pacientes variou entre uma e onze gestações, com média de duas. A maioria encontrava-se na primeira gestação (52,3%) e 175 pacientes (58,7%) eram nulíparas, 81,2% não tiveram abortos prévios (Tabela II).

Em relação à realização de pré-natal a maioria das pacientes incluídas no estudo (96,3%) não realizou pré-natal no Hospital Materno Infantil de Goiânia. Entre as 63,3% que tinham relato de consultas no prontuário, 54,7% (105) referiam ter feito mais de 6 consultas, enquanto que 8,1% das pacientes não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal.

À internação a maioria encontrava-se gestante (85,8%). Entre as pacientes quase todas (93,4%) tinham relato sobre a idade gestacional; aproximadamente 90% tinham idade gestacional inferior a 37 semanas, entre estas 43,3% encontravam-se abaixo de 34 semanas de gestação, a média da idade gestacional à admissão foi de 33 semanas, com desvio padrão de 3,8.

A via de resolução da gestação foi em 80,4 % dos casos via alta, ou seja por cesareana, antes ou após o início do trabalho de parto; e apenas 13,3% das pacientes tiveram resolução por parto vaginal, sendo que 6,3% permaneceram gestantes e foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco. A média da idade gestacional à resolução foi de 34 semanas com desvio padrão de 3,5.

Analisando-se a evolução, as complicações e desfecho clínico das pacientes internadas com PEG no HMI-GO (Tabela III), em relação à forma de apresentação dos casos de pré-eclâmpsia grave observamos: 91,7% (278) das pacientes apresentaram pré-eclâmpsia grave complicada ou não; 22,8% (69) casos apresentaram eclâmpsia; 38 (12,5%) PE superajuntada; 43 (14,2%) evoluíram com síndrome HELLP. Em alguns casos, essas doenças estiveram sobrepostas. Dos 69 casos que tiveram eclâmpsia 27(39,1%) foram encaminhadas pós parto, em 47(68,1%) foram transferidas de outros hospitais e em 7(10,1%) ocorreram dentro do HMI-Go (dados não apresentados em tabelas).

Entre as pacientes internadas com PEG, 10,7% apresentaram complicações hemorrágicas, destes casos 56% foram por hemorragia pós-parto, 28% ocorreram por descolamento prematuro de placenta e o restante por outras causas.

Entre as pacientes, 11,5% (35) tiveram outras complicações que não as hemorrágicas e hipertensivas, entre essas complicações as mais frequentes foram: 31,4% trompocitopenia(11), 15,7% tiveram acidose (9); 22,9% tiveram edema agudo de pulmão(8) e/ou insuficiência renal aguda (8). Em muitos casos estas complicações estiveram sobrepostas em uma mesma paciente. Aproximadamente 48,6% das pacientes apresentaram duas ou mais complicações.

Sobre as condições de manejo de gravidade, 74% (224) das pacientes necessitou desse tipo de suporte, sendo que destas: 79,0% (177) necessitaram de suporte em unidade de terapia intensiva; 70% (156) utilizaram sulfato de magnésio, 20,5% (46) tiveram necessidade de transfusão de hemoderivados, 29,5% (66) necessitaram mais de sete dias de internação, 10 pacientes (4,5%) necessitaram de intubação orotraqueal e/ou acesso venoso central, 6 (2,7%) pacientes necessitam reintervenção cirúrgica e 3 (1,4%) necessitaram histerectomia; 75% (168) das pacientes necessitaram dois ou mais dos procedimentos anteriores. Em relação aos critérios clínicos de near miss 15, 19 pacientes (6,3%) os apresentaram: 5 casos tiveram alterações da frequência respiratória ou parada cardíaca, 4 casos de cianose, 4 casos de oligúria e 4 casos com distúrbios de coagulação.

O desfecho clínico foi favorável na maioria dos casos, já que 97% das pacientes tiveram alta médica com 1,3% de alta a pedido; 0,66% das pacientes foram transferidas e 0,33% evadiram do leito.

Entre os 303 casos contabilizamos 6 óbitos por complicações da pré-eclâmpsia grave, ou seja 2% das pacientes admitidas perfazendo uma RMM específica de 237,4/ 100.000 NV, sendo 3 delas consequentes à síndrome HELLP, o que será discutido em outro estudo.

DISCUSSÃO

Entre as 303 pacientes com PEG no HMI-Go a média de idade encontrada neste estudo foi de 25,6 anos +/-8 anos, sen-

do um pouco discrepante de estudos europeus anteriores, mas semelhante a estudos brasileiros^(15,16). Considerando ser a idade materna um indicativo de nível de desenvolvimento de um País, o achado corresponde ao esperado para a população local de um país em desenvolvimento⁽¹⁷⁾.

Um dado preocupante em relação à realização de pré-natal é que quase 10% (8,1%) das pacientes que foram recebidas pelo serviço não haviam realizado pré-natal e a grande maioria não fez pré-natal no HMI-Go (88,2%).

A assistência pré-natal pode não prevenir as principais complicações do parto, causas importantes de mortalidade, mas algumas intervenções no pré-natal poderão favorecer o prognóstico materno e prevenir a mortalidade materna, especialmente se acompanhadas em serviços terciários⁽¹⁷⁾.

Entretanto vale a pena ressaltar que em estudo anterior no Estado de Goiás entre as causas obstétricas diretas que lideram os altos índices de morte materna, destacam-se a infecção e a “toxemia”, coeficientes que se encontram associados à má qualidade da assistência pré-natal⁽¹⁸⁾.

Grande parte das pacientes chegou ao serviço de urgência do HMI por transferência inter-hospitalar programada ou não, pode-se inferir que como sendo um hospital de referência, estas foram encaminhadas mediante complicações (por exemplo: gestação sem intercorrência que evoluiu para PEG e suas complicações), entretanto muitas dessas já poderiam ter sido encaminhadas anteriormente, de preferência durante o pré-natal, assim que desenvolvessem a doença, evitando maiores complicações.

A incidência da pré-eclâmpsia neste estudo foi maior em pacientes nulíparas (58,7%), o que condiz com a literatura (19).

Em relação à idade gestacional (IG) 89,7% das pacientes tinham IG menor que 37 semanas sendo que dessas 38,7% encontravam-se abaixo de 34 semanas de gestação.

A média da idade gestacional foi de 34 semanas e teve como desvio padrão 3,88.

Observa-se que conceptos filhos de mães com PEG têm maiores riscos de: prematuridade, de serem pequenos para a idade gestacional (PIG), de necessitar tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, de necessidade de suporte ventilatório e maior incidência de mortalidade perinatal, quando comparados aos conceptos de mães normotensas^(20,21).

A via de parto na maioria dos casos foi parto cesariana (85,8%), tanto por indicações maternas quanto por sofrimento fetal agudo ou crônico. Ainda que esta taxa seja muito elevada e concordante com estudos nacionais,⁽²²⁾ devido às graves consequências clínicas que a PEG acarreta, muitas vezes demandando intervenções de urgência, é de se esperar aumento na incidência de partos via alta, especialmente quando a vigilância intraparto demanda equipamentos e equipe especializada nem sempre presentes⁽²³⁾.

Entre as pacientes do estudo 22% evoluiu com eclâmpsia, dado que veio ao encontro às estatísticas nacionais que referem esta evolução em cerca de 20% das gestantes com PEG⁽²⁴⁾. A eclâmpsia é uma emergência médica que exige hospitalização e cuidados intensivos para a redução da morbi-mortalidade materno-infantil.

Mas que pode ser prevenida com a utilização de sulfato de magnésio na maioria dos casos⁽¹³⁾.

A taxa de mortalidade materna é de aproximadamente 14% e as complicações maternas são hemorragia cerebral, edema pulmonar e amaurose.

Pode manifestar-se antes do parto, em 71% dos casos, ou após o mesmo, em 29% dos casos⁽²⁴⁾. Fato também observado em nosso estudo.

A mortalidade entre as pacientes com PEG constatada em nosso estudo foi de 2% (6 óbitos) com uma RMM por PEG de 237,4/100.000 nascidos vivos o que é condizente com a encontrada nos países em desenvolvimento da América Latina, Caraíbas e África⁽²⁵⁾.

Apesar da complexidade dos casos analisados, tendo em vista que 74% dos casos houve necessidade de algum manejo de gravidade, a grande maioria das pacientes (97%) recebeu alta hospitalar em bom estado o que demonstra que a assistência hospitalar foi satisfatória.

Ainda assim enfatiza-se a necessidade de insumos constantes e equipes bem treinadas baseadas em protocolos para recebimento dessas gestantes em todos os níveis de atenção, mas especialmente em hospitais de referência como o HMI-Go, em que as pacientes são recebidas, na maioria dos casos, mediante complicações.

CONCLUSÃO

O perfil das pacientes com PEG estudadas foi semelhante aos descritos em outros estudos brasileiros. A ocorrência de complicações foi alta. Apesar do desfecho favorável na maioria dos casos, a RMM específica foi de 237/100.000 nascidos vivos.

A pré-eclâmpsia grave é uma condição muito incidente e grave, por isso é importante que se conheça o perfil epidemiológico das pacientes, de acordo com cada região e serviço para que seja prestado um atendimento de melhor qualidade possível, procurando diminuir a morbi-mortalidade dessa doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sibai, B. M. Diagnosis and management of gestational hypertension and pre-eclâmpsia. *Obstet Gynecol*, 102: 181-92. 2003.

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Diagnosis and management of preeclâmpsia and eclâmpsia. *Obstet Gynecol*. v. 33, p. 159-67. 2002.

Cunningham, F. G.; Gant, N.F.; Leveno, K. J.; Gilstrap III, L. C.; Hauth, J.C.; Wenstrom, K. D. Hypertensive disorders in pregnancy. In: Williams, J. W, editor. *Williams Obstetrics*. Houston: Mc Graw-Hill; p. 567-617. 2001.

Hnat, M. D.; Sibai, B. M.; Caritis, S.; Hauth, J.; Lindheimer, M. D.; MacPherson, C.; VanDorsten, P.; Landon, M.; Miodovnik, M.; Paul, R.; Meis, P.; Thurnau, G.; Dombrowski, M. Perinatal outcome in women with recurrent preeclâmpsia compared with women who develop preeclâmpsia as nulliparas. *Am J Obstet Gynecol*. v. 186, p. 422-6. 2002.

Vasconcellos, M.J.A.; Almeida, M.V.L.; Kahhale, S.; Peçarole, J.C.; Sass, N.; Ramos, J.G. Hipertensão na gravidez. Federação Brasileira das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002.

Zugaib, M. Obstetrícia. São Paulo: Manole, 2008. págs: 600 a 615, capítulo 14.

Carvalho, W.B.; Mângia, C. M. F Efeitos na função pulmonar após utilização de surfactantepulmonar exógeno na síndrome do desconforto respiratório agudo na criança. *Rev Ass Med Brasil*. v. 43, n. 2, p.145-50, 1997.

Martins, C.A.; Rezende, L.P.R.; Vinhas, D.C.S. – Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. *Revista. Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1 p. 49 – 55, 2003.

Meneguel, J. F.; Guinsburg, R.; Miyoshi, M. H.; Peres, C. A.; Kopelman, B. I.; Camano, L. Corticosteroide Antenatal: Ciclo Único versus Múltiplo: Comparação de Resultados. *RBGO*. v. 24, n. 8, 2002

Haddad, S.; Cecatti, J.; Parpinelli, M.A.; Souza, J.P.; Costa, M. L.; Sousa, M. H.; Surita, F.G.; Silva J. L.; Pacagnella, R. C.; Camargo, R. S.; Bahamondes, M.;

Zotareli, V.; Gurgel, L.T.; Say, L.; Pattinson, R.C. From planning to practice: building the national network for the surveillance of severe maternal morbidity. *Public Health* 2011, 11:283

Sousa, M. H.; Cecatti, J. G.; Hardy, E. E. and Serruya, S. J. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.2 [cited 2011-11-25], pp.181-189.

Sibai B. M. The HELLP syndrome (Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet): much ado about nothing? *American Journal Obstet Gynecol*.162:311, 1990.

Carvalho, B.P.; Amorim, M.; Katz, L.; Coutinho, I.; Perfil Epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. *Revista Associação Médica Brasileira* 55(2): 175-80, 2009.

Save the Children. Sate of the World's Mothers 2007. [citado 2007 may]. Available from: <http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2007/SOWM 2007-final.pdf>.

Gaio DS, Schmidt MI, Duncan BB, Nucci LB, Matos MC, Branchtein L. Hypertension disorders in pregnancy: frequency and associated factors in a cohort of brazilian women. *Hypertension in Pregnancy*. 2001; 20 (3): 269-81.

Soares, V.M.; Souza, k. V.; Freygang, T; V.; Rialto, M.S. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [serial on the Internet]. 2009 Nov [cited 2011 Nov 21] ; 31(11): 566-573. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001100007&lng=en.

Calderon, I. M.; Cecatti, J. G.; Veja, E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [serial on the Internet]. 2006 May [cited 2011 Nov 21] ; 28(5):310-315. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000500008&lng=en.

Martins, C. A. O Programa de assistência Integral àsaúde (PAISM) em Goiânia: a (des) institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal. 2001, 200p.

Carvalho, W.B.; Mângia, C. M. F Efeitos na função pulmonar após utilização de surfactantepulmonar exógeno na síndrome do desconforto respiratório agudo na criança. *Rev Ass Med Brasil*. v. 43, n. 2, p.145-50, 1997.

Martins, C.A.; Rezende, L.P.R.; Vinhas, D.C.S. – Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. *Revista. Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1 p. 49 – 55, 2003.

Hauth, J. C.; Ewell, M. G.; Levine, R. J.; Esterlitz, J. R.; Sibai, B. M.; Curet, L. B.; Catalano, P.M.; Morris, C. D. Pregnancy outcomes in health nulliparas who developed hypertension. *Obstet Gynecol*. v.95, p. 24-8. 2000.

Mandarino, N. R. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1587-1596, jul, 2009

Martins, C. A. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>

Programa mãe curitibana. Manual: Parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Prefeitura Municipal de Curitiba, 2005. Disponível em: http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/protocolo_prenatal.pdf

Duley L. Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99:547-5

TABELAS

Tabela I - Características gerais das pacientes internadas com Pré-eclâmpsia grave no HMI-GO

Variáveis	N	%
Idade		
< 18 anos	39	12,9
18 a 35 anos	229	75,8
> 35 anos	35	35
Acesso ao serviço		
Demanda espontânea	21	6,7
Transferência inter-hospitalar	149	49,0
Provenientes da própria instituição	133	26,3
Estado gestacional à admissão *		
Gestante	243	85,8
Puérpera	40	14,2

Excluídos sem informação: a20(6,6%)

Tabela II - Características obstétricas das pacientes internadas com Pré-eclâmpsia grave no HMI-Go

Variáveis	N	%
Gestações^a		
Uma gestação	156	52,3
Doas gestações	69	23,2
Três ou mais	73	24,5
Paridade^a		
Nulipara	175	58,7
Primípara	70	23,5
Abortos prévios^a		
Sem abortos prévios	242	81,2
Com aborto prévio	56	18,8
Realização de pré-natal no HMI-Go^b		
Não	261	88,2
Sim	11	3,7
Não fez pré-natal	24	8,1
Idade Gestacional na admissão^c		
< 34 semanas	156	60,5
≥ 34 semanas e <37 semanas	71	27,5
≥ 37 semanas	31	12,0
Idade Gestacional na resolução^d		
< 34 semanas	112	42,3
≥ 34 semanas e <37 semanas	110	41,5
≥ 37 semanas	43	16,2
Tipo do parto^e		
Via alta	242	80,4
Parto vaginal	40	13,3
Permaneceu gestante	19	6,3

Excluídos sem informação: a5(1,6%), b7(2,3%), c45(14,8%), d38(12,5%), e2 (0,7%)

Tabela III- Complicações e desfecho clínico das pacientes internadas com Pré-Eclâmpsia grave (PEG) no HMI-GO

Evolução materna	N	%
Síndromes hipertensivas^f		
PEG complicada ou não	278	91,7
PEG superajuntada	38	12,5
Eclâmpsia	69	22,8
Síndrome HELLP	43	14,2
Complicações hemorrágicas^a	32	10,7
Hemorragia pós-parto	18	56,0
Descolamento prematuro de placenta	9	28,0
Outras causas	5	16,0
Outras complicações^f	35	11,5
Trombocitopenia	11	31,4
Acidose	9	25,7
Edema agudo de pulmão	8	22,9
Insuficiência renal aguda	8	22,8
<i>Doas ou mais complicações</i>	17	48,6
Condições de manejo de gravidade^f	224	74,0
Suporte em unidade de terapia intensiva	177	79,0
Uso de sulfato de magnésio	156	69,9
Transfusão de hemoderivados	46	20,5
Hospitalização > 7 dias	66	29,5
Intubação orotraqueal	10	4,5
Acesso central	10	4,5
Retorno a sala cirurgia	6	2,7
Histerectomia	3	1,4
Dois ou mais condições	168	75,0
Algum critério de near miss	19	6,3
Desfecho clínico		
Alta médica/alta a pedido	294	97,0
Transferências	2	0,7
Evasão do leito	1	0,3
Óbitos	6	2,0

^f Algumas das condições estiveram sobrepostas. Excluídos sem informação: a3(1,0%),