

## CARACTERIZAÇÃO DA ECLAMPسيا EM PACIENTES QUE APARECERAM NO HOSPITAL GERAL DA CELA 2021/2022

Herculano Calandula Kamalanga<sup>1</sup>  
Josias Justino Cambindja Chaves<sup>2</sup>  
Edith Salomé Chipindo Lukamba<sup>3</sup>  
Domingas Albino Munda Palanka<sup>4</sup>  
Maria de Fatima Feliciano Nelson<sup>5</sup>  
António Lumbombo Agostinho Palanca<sup>6</sup>

**RESUMO:** No presente trabalho fez-se uma abordagem acerca dos cuidados que se devem ministrar a doentes com eclampsia. A pré-eclâmpsia é uma doença multifatorial e multissistêmica, específica da gestação, classicamente diagnosticada pela presença de hipertensão arterial associada à proteinúria, que se manifesta em gestante previamente normotensa, após a 20<sup>a</sup> semana de gestação. A presente investigação surge como necessidade para a preparação do trabalho de fim do curso, visando a obtenção do grau de técnico médio em enfermagem geral com o regulamento em vigor no Núcleo do Instituto Técnico de Saúde da Cela; Estudar o comportamento da Eclâmpsia em pacientes internadas com diagnóstico da Eclâmpsia no Hospital Geral da Cela de Dezembro de 2021-Abril de 2022. O tipo de estudo utilizado para confeição do trabalho foi prospectivo, descritiva, quali-quantitativa, fundamental, de controle longitudinal, sendo realizada através de pesquisas bibliográficas e trabalho de campo para a recolha de dados com uma amostra de 30 gestantes; Os métodos utilizados foram, Métodos matemáticos, teóricos e empíricos; O perfil clínico epidemiológico foi caracterizado por mulheres jovens dos 14 à 30 anos de idade, de menor renda, e na sua maioria estudantes e que ignoram as consultas pré-natais.

**Palavra-chave:** Cela. Eclampsia. Factores. Cesariana. Pré-Eclampsia.

---

<sup>1</sup>Enfermeiro pelo Instituto Superior Politécnico do Huambo, Pós-graduado em Metodologia de Ensino em Ensino Superior pelo Instituto Superior Politécnico da Caala, Médico pela faculdade de Medicina do Huambo, Universidade José Eduardo dos Santos e Professor de Fisiologia e Anatomia Humana, Nutrição e Enfermagem Geneco-Obstetrícia no Instituto Superior Politécnico da Caala e no Instituto Técnico de Saúde da Cela.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta pela Universidade do Estremos Sul Catarinense (UNESC), Especialista em Fisioterapia Cardiorespiratória pela Faculdade Inspirar, Mestre em Medicina do trabalho pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Doutorando em Ciências de Saúde pela Universidade de Lisboa, Professor do Instituto Superior Politecnico do Huambo, Professor da Pós-graduação em Saúde Publica dos Institutos Superior Politécnico da Caala e Jean Piag de Benguela.

<sup>3</sup>Médica Pela Faculdade de Medicina do Huambo. Professora afecta ao Instituto Superior Politécnico da Caála na cadeira de Histologia.

<sup>4</sup>Medica Veterinária pela faculdade de Medicina Veterinária do Huambo, Mestranda em Sanidade e produção Animal pela FMV do Huambo, Professora de Biologia Molecular afecta ao Departamento de Saúde e Engenharia Agrária do ISUWACU-KUNGO.

<sup>5</sup>Analista Clínica pelo Instituto Politécnico do Huambo, Pós graduada em Didática de Ensino Superior pelo ISPCAALA, professora afecta ao departamento de Farmácia e análises Clínicas do ISPCAALA

<sup>6</sup> Enfermeiro pelo Instituto Superior Politécnico do Huambo, Pós graduado em didática de Ensino Superior pelo ISPCAALA, enfermeiro afecto ao Hospital municipal da Cela, professor do Departamento de Saúde afecto ao ISUWACU-KUNGO.

**ABSTRACT:** In the present work, an approach was made about the care that should be given to patients with eclampsia. Preeclampsia is a multifactorial and multisystemic disease, specific to pregnancy, classically diagnosed by the presence of arterial hypertension associated with proteinuria, which manifests itself in a previously normotensive pregnant woman, after the 20th week of gestation. The present investigation arises as a necessity for the preparation of the end-of-course work, aiming at obtaining the degree of medium technician in general nursing with the regulation in force at the Nucleus of the Technical Institute of Health of Cela; To study the behavior of Eclampsia in patients hospitalized with a diagnosis of Eclampsia at the Hospital Geral da Cela from December 2021 to April 2022. being carried out through bibliographic research and field work to collect data with a sample of 30 pregnant women; The methods used were, Mathematical, theoretical and empirical methods; The epidemiological clinical profile was characterized by young women between 14 and 30 years of age, with lower income, and mostly students, who ignore prenatal consultations.

**Keyword:** Cell. Eclampsia. Factors. Caesarean. Pre eclampsia.

## INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia é uma doença multifatorial e multissistêmica, específica da gestação, classicamente diagnosticada pela presença de hipertensão arterial associada à proteinúria, que se manifesta em gestante previamente normotensa, após a 20<sup>a</sup> semana de gestação. Actualmente, também se considera pré-eclâmpsia quando, na ausência de proteinúria, ocorre disfunção de órgão-alvo. O carácter multissistêmico da pré-eclâmpsia implica a possibilidade de evolução para situações de maior gravidade como eclâmpsia, acidente vascular cerebral hemorrágico, síndrome HELLP, insuficiência renal, edema agudo de pulmão e morte. Eclâmpsia refere-se à ocorrência de crise convulsiva tônico-clônica generalizada ou coma em gestante com pré-eclâmpsia, sendo uma das complicações mais graves da doença, (Ana Paula, 2010).

Uma revisão sistemática sobre dados disponibilizados entre 2002 e 2010 demonstrou incidência variando de 1,2% a 4,2% para pré-eclâmpsia e de 0,1% a 2,7% para eclâmpsia, e as taxas mais elevadas foram identificadas em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico. Entretanto, esse trabalho ressalta a falta de informações a respeito desses importantes desfechos, principalmente em localidades onde se acredita serem mais prevalentes (Santos, 2014).

Avaliando o uso de sulfato de magnésio, medicação de escolha para prevenção ou tratamento da eclâmpsia, nos Estados Unidos da América, no início dos anos 2000, Sibai demonstrou que a eclâmpsia ocorreu em 2% a 3% das gestantes pré-eclâmplicas que desenvolveram sinais de gravidade e que não receberam profilaxia para a crise convulsiva.

Ademais, 0,6% das pacientes com pré-eclâmpsia, classificadas inicialmente sem sinais de gravidade, também desenvolveu eclâmpsia. No Brasil, Giordano et al., avaliando 82.388 gestantes atendidas em 27 maternidades de referência, relataram prevalência geral de 5,2 casos de eclâmpsia por 1.000 nascidos vivos, variando de 2,2:1.000 em áreas mais desenvolvidas a 8,3:1.000 naquelas consideradas menos desenvolvidas, (Freeman, 2011).

A eclâmpsia representou 20% de 910 casos classificados como desfechos maternos graves. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os distúrbios hipertensivos da gestação constituem importante causa de morbidade grave, incapacidade de longo prazo e mortalidade tanto materna quanto perinatal. Em todo o mundo, 10% a 15% das mortes maternas diretas estão associadas à pré-eclâmpsia/ eclâmpsia. Porém, 99% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. As morbidades graves associadas à pré-eclâmpsia e à eclâmpsia, que podem determinar a morte, incluem insuficiência renal, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, coagulopatia e insuficiência hepática. As complicações fetais e neonatais resultam principalmente de insuficiência placentária e da frequente necessidade de antecipação prematura do parto, resultando em elevadas taxas de morbimortalidade perinatal, (Van der Vleuten, 2011).

Para Mariana Torreglosa (2016), apontou que, todos os dias no ano de 2018, cerca de 800 mulheres morreram em decorrência da gravidez ou parto. As síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking de causas de mortes maternas, ficando atrás apenas das hemorragias, sendo responsáveis por cerca de 14% de todos os óbitos maternos do mundo e alcançam índices de até 22%. Ressalta-se, ainda, que cerca de 10% de todas as gestações no mundo cursam com algum tipo de síndrome hipertensiva, classificadas em, eclâmpsia e hipertensão gestacional.

A OMS (2005), salienta que a eclâmpsia é responsável por 12% de todas as mortes maternas nos países em desenvolvimento. Este número é uma média dado que alguns países têm uma incidência de eclâmpsia muito maior que outros. É muito importante que as parteiras sejam capazes de identificar precocemente, a pré-eclâmpsia, de ensinar às mulheres e seus familiares os sintomas de eclâmpsia iminente e a necessidade de procurar imediatamente ajuda se esses sintomas surgirem e de dar a resposta adequada em casos graves de pré-eclâmpsia e eclâmpsia de modo a reduzir o risco de morte materna. A eclâmpsia é o início de convulsões numa mulher cuja gravidez se complicou por pré-eclâmpsia. Estes episódios podem ocorrer durante a gravidez (após as 20 semanas

degestação) durante o parto ou nas primeiras 48 horas do período pós-parto. Há uma grande incidência de morte materna nas mulheres com eclâmpsia. A mortalidade perinatal é, igualmente, elevada. A pré-eclâmpsia e eclâmpsia dizem respeito ao mesmo problema sendo que a eclâmpsia é a forma mais grave da doença. A pré-eclâmpsia precede, quase sempre, a eclâmpsia. No entanto nem todos os casos progredem de forma linear de doença ligeira para grave. Algumas mulheres desenvolvem, de forma repentina, pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.

Ocasionalmente as convulsões ocorrem mesmo quando não existe hipertensão, apenas proteinúria. Outras mulheres podem ter desenvolvido hipertensão e proteinúria, mas apenas um ou dois dos sinais de eclâmpsia grave quando ocorre uma convulsão.

## JUSTIFICATIVA

Em virtude da elevada ocorrência de HAS bem como da morbi-mortalidade da mesma e da inexistência de estudo de validação do diagnóstico de HAS no nosso meio (Waco-Kungo), é o que incentiva a realização do presente estudo. Além disso, este será o primeiro estudo no Waco-Kungo, em que se realiza uma pesquisa efectiva com vista a abordar a problemática das doenças hipertensivas na grávida aqui no município.

A motivação para realizar este estudo, partiu da observação dos elevados casos de doenças do fórum gestacional, muitas vezes não diagnosticados nos nossos hospitais, por causa de diversos factores e por entender a importância do seu diagnóstico correcto, para a melhoria da qualidade de vida destes pacientes, resolveu-se realizar a pesquisa.

Depois da pesquisa o trabalho em causa trará um conjunto de elementos teóricos que podem servir para qualquer interessado, melhorar o desempenho dos profissionais de Saúde na compreensão, no tratamento dos problemas ligados á Eclâmpsia e na satisfação dos objectivos estabelecidos e definidos após a implementação do conhecimento em pacientes afectadas.

## Objectivo Geral

Estudar o comportamento da Eclâmpsia em pacientes internadas com diagnóstico da Eclâmpsia no Hospital Geral da Cela de Dezembro de 2021-Abril de 2022.

## Objectivos Específicos

- ✓ Caracterizar a população afectada pela eclampsia no município da cela no período de dezembro de 2021 à Abril de 2022
- ✓ Identificar as principais causas da Eclâmpsia a pacientes grávidas internadas no Hospital Geral da Cela de Dezembro-Abril de 2022.
- ✓ Descrever as complicações da eclâmpsia nas pacientes internadas com diagnóstico no Hospital Geral da Cela neste periodo
- ✓ Orientar medidas profilácticas com vista a diminuir a incidência da doença em gestantes, no município da cela

## MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi feita no Hospital municipal da Cela, na secção de maternidade e no centro materno-infantil, na Província do Cuanza-Sul, uma província situada no centro-oeste de Angola.

O Município ocupa uma superfície de 5.525 km<sup>2</sup>, com linhas fronteiriças limitadas ao Norte pelo Município da Kibala, ao Sul pelo Município de Cassongue, à Leste pelos Municípios de Bailundo e Andulo e a Oeste pelos Municípios do Ebo e Seles, com uma população estimada em 240.000 habitantes, distribuída na sede, a cidade do Waku-Kungo e em 2 comunas (Comuna da Sanga à Sudeste da sede e Comuna da Kissanga-Kungo a Oeste da mesma), sendo a densidade de 43 habitantes/km<sup>2</sup>.(Administração municipal,2022)

Estima-se que em 240.000 habitantes, 35,5% são crianças menores de 5 anos; 14,7% são crianças de 6-11 anos; 11,5% adolescentes de 12-17 anos, 14% adultos de 18-23 anos, 10% adultos de 24-29 anos; 7,9% adultos de 30-35 anos e um saldo de 6,4% restante, de adultos maiores de 37 anos de idade.

A principal actividade laboral é a Agricultura, feita artesanal predominando também o comércio informal e a função pública que é desempenhada por uma minoria da população. A região da Cela é atravessada por um dos mais importantes eixos rodoviários do país, a estrada nacional nº 120, que liga Luanda à Huambo, constituindo uma excelente via de escoamento da produção da zona. Muitos, consideram este município como o município da Agro-pecuária mecanizada no país, pelo número de fazendas e indústrias que tem.(autores)

Os serviços de Saúde na Cela estão distribuídos em cerca de mais de 5 Centros e 10 Postos com serviços primários de saúde e uma estrutura central, localizada na comuna de

Kissanga-Kungo. Situado 7 km, a sul da sede municipal, depois do Instituto Técnico Agrário (ITA) tornando disponíveis os serviços de cirurgias (Pequenas e Grandes) pediatria, maternidade, medicinas (Homem e Mulher), ortopedia e cirurgia (esta última com capacidade de internar 30 pacientes) laboratório, radiografia e consultas externas; tem também 2 bancos de Urgências dos quais um é de Traumatologia; Com capacidade de hospedar 2 pacientes, não obtivemos um cadastro total da formação de toda equipe técnica mas constatou-se que o Hospital conta com 12 Médicos, 10 Enfermeiros, 84 técnico de enfermagem 13 auxiliares de diversas áreas, e alberga todos os anos estagiários da escola de formação de técnicos de saúde da Cela em estágios profissional e de outros municípios da provincia. (Autores)

## MODELO DE PESQUISA

Tratase de um projecto de investigação. E que para o desenvolvimento efectivo desta pesquisa, teve que se levar em conta um desenho qualitativo, descritivo, transversal prospectivo.

O método empregado foi a administração de um questionario a todos os pacientes que concorreram ao hospital.

Para identificação da pré-eclampsia e Eclampsia foi utilizado o método de observação directa em função da apresentação clínica de pacientes como se decreve asseguir: Pressão arterial elevada, edemas, convulsões, coma, proetinúria, zumbido, transtornos gastrointestinais, delirios, visão turva, também levou-se em consideração os factores de risco como Idades maternas extremas, gestação múltiplas, pre-eclampsia em gestações anteriores, hipertensão arterial crónica ou enfermidade renal, enfermidade reumática, baxo peso materno ao nacer, obesidade e insulino-resistencia, diabetes mellitus pregestacional, infecções maternas, trombofilia pre-existente, historia familiar de pre-eclampsia e laceração do canal em gestações anteriores bem como a nuliparidade ou ainda o aumento exagerado do peso entre as 20 - 28 semanas (mais de 0,75 Kg por semana).

Também foi aplicado um inquerito de tipo semi-estruturado proposto por Bernard (1994) que continha perguntas fundamentais sobre doenças hipertensivas.

## **Tipos de Estudo**

O tipo de estudo é descritivo, prospectivo, longitudinal e de caracter transversal pois ela descreve a realidade do actual estado da eclâmpsia no Hospital Regional da cela.

## **População e Amostra**

A população alvo da nossa investigação é composta por pacientes em idade reprodutiva, que apareceram nas consultas de pré-natais no centro materno infantil, assim como os que estão em regime de internamento na secção de maternidade com diagnóstico de pré-eclampsia ou Eclampsia. O universo da amostra foi de 20 pacientes, todos em regime de internamento cujo os criterios de inclusão e exclusão foram:

## **Critério de Amostragem**

No presente trabalho o tipo de amostragem é probabilística aleatória simples, porque foi feita através da selecção de uma amostra a partir de uma população sendo todos elementos da população com a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra. Para selecção de amostra foram utilizados os seguintes critérios:

## **Critério de Inclusão**

- ❖ Gestantes com idade compreendida entre 15-45 anos de idade com diagnóstico de doença hipertensiva por um médico ou enfermeiro
- ❖ Ter idade gestacional igual ou superior a 20 semanas de gestação
- ❖ Aceitar participar na pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido
- ❖ Estado mental em condições de participar no estudo.

## **Critério de Exclusão**

- ❖ Não aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido ou não querer participar da pesquisa.
- ❖ Ter menos de 20 semanas de idade gestacional
- ❖ Gestantes que apareceram com diagnóstico de outras doenças.
- ❖ Ter idade superior a 45 anos.

## Operacionalização das variáveis

Foram inseridos as variáveis em demográficos (idade-gênero) biológicos ou clínicos (as principais consequências, complicações e cuidados de Enfermagem prestados).

## Procedimento Ético

Após endereçar uma carta de solicitação para recolha de dados a direcção do Hospital Regional da cela, realizou-se a presente pesquisa sob consentimento e permissão dos órgãos superiores da referida unidade hospitalar e das pacientes referidas no carácter de inclusão e consequentemente os dados foram tratados através de frequências absolutas e percentagens expostas em tabelas, e cumpriu as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos. A coleta de dados e a inferência diagnóstica tiveram início mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes (apresentado em anexos) e pelos enfermeiros e médicos da secção de maternidade do referido hospital, respectivamente, uma vez que se trata de uma fase que requer cuidados especiais.

## RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo III passou-se apresentar os dados obtidos da pesquisa por meio dos inquéritos realizados na comunidade com os pacientes, com o objectivo de motivar a adesão a práticas profiláticas ou conservadoras que levaram a atingir os objectivos traçados.

### 3.1 Tabela nº 1 identificação de casos por bairros afectados.

Total de pte	B.Campo	Tunga	Moreno	Certeza	Cassongue	Outros
20	6	5	2	2	2	3
100%	30%	25%	10%	10%	10%	5%

Fonte: Questionários

A tabela 1 faz referência a proveniência das pacientes. Relativamente a morda notou-se que a maior incidência é no Bairro campo com 6 casos perfazendo 30%, pos dos 20 casos estudados, seguido pelo Bairro Tunga com 5 perfazendo 25% da amostra estudada, o Bairro Moreno, Certeza apresentam 2 casos cada perfazendo 10% em cada bairro no universo da amostra, Outros Bairros como o Buandangue, o Cinco, e Cachique apresentam 1 caso cada perfazendo 5% da amostra estudada



### 3.2 Tabela nº 2 dados de identificação do caso relacionado a faixa etária.

Total de Paciente	10 – 20 Anos	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos
20	6	9	4	1
100%	30%	45%	20%	5%

Fonte: Questionários

Sobre a faixa mais afectada, verificou-se que é mais frequente em idades entre os 10 à 30 anos, registou-se 9 casos dos 21-30 anos correspondente a 45%, dos 10 -20 anos registou-se 6 casos, correspondentes a 30%, dos 31-40 com 4 casos, correspondentes a 20%, dos 41-50 anos registou-se 1 caso, correspondente a 5%.

### 3.1 Tabela nº 3 dados de identificação do caso relacionado a ocupação.

Total de Pte	Empregada	Estudante	Professoras	comerciantes
20	4	1	1	3
100%	20%	5%	5%	15%

Fonte: Questionários

Relativamente a ocupação verificou-se que a maior parte das pacientes não realizam qualquer actividade, apenas uma menor exerce alguma actividade, dos 20 casos estudados 4 são empregadas correspondendo a 20% da amostra, 3 são comerciantes perfazendo 15% da amostra estudada.

### 3.4 Tabela nº 4 identificação de casos relacionado a consumo de alcool.

Total de Pacientes	Sim	Não
20	2	18
100%	10%	90%

Fonte: questionarios

Relativamente ao consumo de Bebidas alcoolicas, verificou-se a maior parte das pacientes não faz o uso de bebidas alcoolicas pós dos 20 casos estudados 18 negam fazer o uso de bebidas alcoolicas perfazendo 19% da amostra estudada.

### 3.4 Tabela nº 5 identificação de caso relacionado a consultas pré-natais.

Total Pte	Cumpre	Não Cumprem	Abandonou	Nunca
20	1	0	0	0
100%	5%	0	0	0

Fonte: Questionários

Relativamente a consultas pré-natais, verificou-se que dos 20 casos estudados apenas uma cumpre regularmente com as consultas pré-natais perfazendo 5% da amostra.

### 3.6- Tabela nº 6 Pacientes com antecedentes de eclampsias anteriores.

Total de pacientes	Sim	Não
20	2	18
100%	10%	90%

10

Relativamente aos antecedentes epidemiológicos, verificou-se que a maior parte das pacientes nunca tinham sofrido a doença em meses ou anos anteriores, pois, dos 20 casos estudados apenas 2 referem ter tido a doença em gestações anteriores perfazendo 10% da amostra estudada.

Os fatores clínicos determinantes das doenças hipertensivas parecem estar relacionados às condições patológicas de saúde maternas e fetais, que não diferem substancialmente nas diversas regiões do mundo. Os principais Sinais e sintomas apresentados pelas gestantes foram os sinais flogísticos, Febre moderada as vezes, Edemas, aumento da creatinina, Oliguria de 24 horas, transtornos neurológicos como sonolência, cefaleia, confusão mental. As complicações apresentadas pelas mulheres foram hemorragias, hipoventilação, depressão, bronca aspiração, hipertensão, taquicardia, bradicardia, arritmia e parada, traumas, morte súbita, hematomas, oligúria, anúria e hematúria, cefaléia, anemia.

Sugeriu-se que a redução da actividade física para mulheres com pré-eclâmpsia possa contribuir para melhorar o fluxo sanguíneo uteroplacentário e prevenir a exacerbação da

hipertensão, particularmente se a PA não estiver bem controlada. Porém, não há evidências de que melhore significativamente os principais desfechos maternos e perinatais, sendo importante ressaltar que não há evidências para se recomendar o repouso absoluto das pacientes com pré-eclâmpsia.

### **Acompanhamento laboratorial**

O diagnóstico de pré-eclâmpsia necessita de acompanhamento com exames laboratoriais para identificar precocemente o comprometimento de órgãos-alvo e diagnosticar a síndrome HELLP ainda em seu estágio inicial (apenas alterações laboratoriais, sem sinais e sintomas clínicos). A frequência desse acompanhamento depende da evolução e da gravidade de cada caso, recomendando-se sua execução de maneira geral, uma vez por semana. Deve-se colher hemograma (avaliar hematócrito e hemoglobina, bem como a contagem de plaquetas), DHL, bilirrubinas totais ou haptoglobina (padrão-ouro de anemia microangiopática), creatinina e AST. Ressaltamos que: 1) não há necessidade de avaliações repetidas de proteinúria; 2) a dosagem de ureia não deve ser realizada se não houver nítido comprometimento renal ou suspeita de síndrome hemolítico-urêmica; 3) para a avaliação do comprometimento hepático, apenas a dosagem de AST se mostra suficiente; 4) a dosagem de ácido úrico apresenta correlação com desfechos adversos, porém, se solicitada, não constitui marcador único para decisões clínicas, infelizmente no hospital onde se realizou a pesquisa primeiro por insuficiência de equipamentos tem levado muitas pacientes ao hospital geral do huambo o que tem criado descontrol efetivo das referidas gestantes depois do tratamento, por outro lado a falta de pessoal especializado e a insuficiência de Médicos também tem causado constrangimentos no diagnóstico correto de pacientes com a doença.

### **Acompanhamento hospitalar ou ambulatorial**

Ao considerarmos o grau de imprevisibilidade da eclâmpsia, o acompanhamento hospitalar e ambulatorial seria plenamente justificado. Entretanto, é preciso também reconhecer que períodos longos de internação não são fáceis para pacientes e familiares, além de representarem sobrecarga quando se trata de leitos hospitalares.

Assim, recomenda-se a internação assim que haja forte suspeita ou confirmação do diagnóstico de pré-eclâmpsia, para que se possam avaliar adequadamente as condições

materno-fetais, introduzir/adequar as doses de anti-hipertensivos e orientar paciente e familiares sobre o problema em questão, os riscos e os tipos de complicações.

Após um período inicial, que pode ser variável para cada paciente, pode-se preconizar “licenças” hospitalares e a paciente pode intercalar períodos de internação(ou de avaliação hospitalar) com períodos em domicílio. Serviços bem-estruturados, com ambulatório específico e principalmente aqueles com programas de hospital-dia são perfeitos para esses casos. Por fim, a decisão pelo acompanhamento hospitalar ou ambulatorial dependerá muito das condições socioculturais das pacientes, e diante da identificação de quaisquer problemas que possam comprometer a adequada vigilância dos casos, a internação torna-se imprescindível.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Fisiopatologia da eclampsia

Segundo Rigol (2014), Doença própria da gravidez humana, que ocorre ao redor ou depois das 20 semanas de gestação, durante o parto ou nos primeiros dias do puerperio, em uma mulher aparentemente saudável.

Embora não sabemos a causa da enfermidade, é fundamental a existência do trofoblasto activo interagindo com os factores de risco que favorecem o desenvolvimento da enfermidade. Na opinião de Debora (2009), Demonstrou-se que a placenta desempenha um papel fundamental na genese da pré eclampsia e a eclampsia, já que as manifestações clínicas desaparecem rapidamente depois do parto. A causa embora permanece desconhecida, sugere-se que seja uma isquemia o factor primario, já que a pré eclampsia e a eclampsia se desenvolvem em mulheres cujo o denominador comum é uma diminuição na perfusão placentaria. Uma das teroia mais importantes e aceites para endender a doença é a desenvolvida por Friedman:

Na gravidez normal se produz uma primeira migração do trofoblasto entre as semanas 10 a 16, então as parede vasculares e o endotelio da parte decidua das arterias em espiral são empurradas pelo trofoblasto com objectivo de buscar melhor nutrição fetal. Entre as semanas 16 a 22 ocorre uma segunda etapa de migração na qual o trofoblasto invade a capa muscular das arterias em espiral desta maneira os vasos se transformam em dutos dilatados, rigidos e de paredes delgadas que facilitam a passagem do sangue até a placenta. Em mulheres com pré-eclampsia esta segunda etapa de migração trofoblastica não se leva a cabo

e por inúmeras razões desconhecidas as células trofoblásticas não passam para a decidua, ficam num espaço de transição entre estas e o endométrio, logo o efeito inicial da pré-eclampsia seria uma placentação anormal. As arterias espiraladas conservariam sua capa muscular e sua inervação adrenérgica o que produz diminuição da perfusão uteroplacentaria. Esta hipoperfusão levaria a placenta a producir uma toxina endotelial substancia toxica que causa um dano no endotelio de todo organismo e seria a chave para que se desencadeiem todos os fenómenos na pré-eclampsia e eclampsia que são:

1- Diminuição de prostacilina pela placenta que é um potente vasodilatador e inibidor da agregação plaquetaria e da contratibilidade uterina que aumenta seus niveis na gravidez normal. Durante a gravidez se produz tambem a sintese de tromboxano A<sub>2</sub> com efeitos fisiológicos opostos a prostacilinas. Quando se rompe o equilibrio entre a prostacilina e o tromboxano ocorre vasoconstrição e aumento da agregação plaquetaria o qual diminui a perfusão uterina e aumenta a sensibilidade ao efeito pressor da angiotensina II, este aumento da reatividade vascular sobre substancias pressoras é a manifestação mais precoce da pré-eclampsia e da eclampsia, (Bianca, 2010).

2- O desbalance entre a prostacilina e o tromboxano A<sub>2</sub> leva a um aumento da coagulação intravascular disseminada (CID) e depósitos de fibrina. Esta produção placentaria de trombos plaquetarios será a responsavel do CIUR e do desprendimento prematuro da placenta. No SNC o vasoespasmo e os trombo plaquetarios com microinfartos seriam os responsaveis das convulsões. No figado se apresentaria necrose que aumentaria as enzimas hepáticas. No rim aparece uma endoteliose capilar glomerular causadora de proteinuria e o edema que pode levar a insuficiencia renal aguda, (Mariana, 2016).

3- A prostacilina diminui com o aumento do tromboxano e provoca vasoconstrição arterial e venosa e hipertensão com diminuição na secreção de renina, o qual por sua vez diminuiria a produção de aldosterona. Esta junto com a vasoconstrição são os responsaveis da hipovolemia.

4- Finalmente o dano endotelial causa um aumento na permeabilidade vascular que desencadea o aumento de edemas.

A pre-eclampsia e a eclampsia são etapas de uma mesma enfermidade. Se trata de uma enfermidade multiorgánica produzida por um dano endotelial, com aumento das substancias pressoras circulantes, acompanhada de vasoespasmo, isquemia, necroses e trastornos da coagulação. Na ausencia de proteinuria, deve considerar-se a possibilidade

diagnóstica de uma pre-eclampsia quando a hipertensão se associam: sintomas cerebrais persistentes, epigastralgia o dor no hipocondrio direito, presença de náuseas ou vômitos, trombocitopenia ou aminotransferasas elevadas, (Bianca, 2010).

A diferença fundamental é a presença de convulsões ou coma na eclampsia acompanhada de outros sintomas ou sinais da pre-eclampsia. A diferenciação da pre-eclampsia em graus leve e grave é só útil com fins didáticos. o qualificativo leve não deve criar uma impressão falsa e perigosa de seguridade. É preferível denominar como pre-eclampsia ao transtorno que embora não mostra sinais de gravidade. Será preferível qualificar como pre-eclampsia um transtorno hipertensivo e trata-lo como tal antes que ocorra o risco das graves complicações materno-fetais que obviar o mesmo pode significar. A favor deles fala se que a hipertensão ou a proteinúria podem estar ausentes até em 10-15% das mulheres que desenvolvem hemólise, aminotransferasas elevadas ou tromobocitopenia conhecido como síndrome HELLP e em 38% das que desenvolvem eclampsia.(Rigol,2014

### **Possíveis complicações da eclampsia**

De acordo com Rodrigo António (2015), a eclâmpsia pode provocar algumas complicações, principalmente quando não tratada rapidamente assim que identificada. Uma das principais complicações é a síndrome de HELLP, que é caracterizada por uma grave alteração da circulação sanguínea, em que há destruição dos glóbulos vermelhos, diminuição das plaquetas e lesão nas células do fígado, provocando aumento das enzimas hepáticas e bilirrubinas no exame de sangue. Saiba mais sobre o que é e como tratar a síndrome de HELLP.

Outras possíveis complicações são diminuição do fluxo de sangue para o cérebro, causando lesões neurológicas, além de retenção de líquidos nos pulmões, dificuldades respiratórias e insuficiência renal ou do fígado. Além disso, os bebês também podem ser afectados, podendo haver prejuízos no seu desenvolvimento ou a necessidade de antecipar o parto. Em alguns casos, o bebê pode não estar totalmente desenvolvido, e com isso podem haver problemas, como dificuldades respiratórias, sendo necessário o acompanhamento pelo neonatologista e, em alguns casos, internação na UTI para garantir melhores cuidados, (António, 2015).

## CONDUCTA

Exigem atenção de carácter intensivo.

### Tratamento higieno-dietético, cuidados clínicos

1. Hospitalização em uma habitação tranquila, observação constante do pessoal médico e de enfermagem.
2. Repouso na cama, em decúbito lateral esquerdo e com os pés ligeiramente elevados para provocar a drenagem traqueo-bronquial.
3. Proteção de traumatismos; acolchonamento, sujeção relativa. Depressor da língua preparado para evitar mordeduras.
4. Catéter para determinar PVC, se existem as condições apropriadas para isso.
5. Trocar o catéter para a administração endovenosa de medicamentos.
6. Oxigenação.
7. Ter preparado o material de intubação endotraqueal e de traqueostomia.
8. Sonda vesical permanente.
9. Não se utiliza a via oral, se hidratará pela via endovenosa e se levará uma folha de balance hidromineral.
10. Fundo do olho cada 12 h.
11. Auscultação dos aparelhos respiratorios e cardiovascular (insuficiencia cardíaca, focos bronconeumónicos).
  - a) Cada hora-o com maior frecuencia possivel vigilar a diurese e a densidade, medição da pressão arterial e do pulso, frecuencia respiratoria e temperatura.
  - b) Explorar os reflexos e observar desenvolvimento de cianose ou ictericia.
  - c) Indicar exâmes de hematocrito, ácido úrico, creatinina, ionograma, gasometria, glicemia, proteínas totais, coagulograma, transaminasas e urina segundo evolução da paciente.

### Tratamento medicamentoso

- Deve manejar-se pelo pessoal de maior qualificação e evitar a polifarmacia.

1. **Anticonvulsivantes:** Pode empregar-se um dos seguintes medicamentos:

a) - **Sulfato de magnesio :**

- Método de Zuspan: 4-6 g de sulfato de magnesio a 10% EV, lentamente

durante 3 a 5 min.

➤ Administrar em bomba de infusão de 1 a 2 g por hora em 24 h.

quando se utiliza este medicamento se vigiará a respiratória, os reflexos, a diurese e se dosificará sulfato de magnésio cada 4 h (se é possível).

Se a frequência respiratória é menor de 15/min, se existe hiporreflexia ou se a diurese é menor de 30 ml/h, suspender o medicamento e administrar gluconato de cálcio 1 ampola EV (2 g).

b) Thiopental sódico endovenoso (250-500 mg): Cuidar seu efeito depressor sobre o feto.

d) Se continuam as convulsões pode adicionar-se succinilcolina (60-80 mg), mas só se está presente o anestesiólogo e há ventiladores mecânicos.

**Em seu lugar pode usar-se.**

**2. Hipotensores:** ante o perigo de acidentes cerebrovasculares ou quando a pressão arterial mínima chega a 110 mmHg ou mais: hidralazina endovenosa (5 mg a repetir até 20 mg o venoclise de 80 mg em 500 ml de solução salina).

**3. Outra medicação:** digitalização (ante qualquer sinal de insuficiência cardíaca).

**4- Diuréticos:** furosemida pela via endovenosa (20-80 mg) se existe edema pulmonar ou insuficiência cardíaca.

**5- Antibióticoterapia profilática.**

**Conducta obstétrica**

É necesario o esvaziamento do útero, mas isto é perigoso durante as crises. Um período de 4h baixa oxigenação e tratamento pode ser aceitado como suficiente para ter uma compensação materna. Algumas vezes o parto inicia-se espontâneamente (realizar tacto vaginal). Se não progressa rápidamente, se indicará a operação cesárea. Ou se não está em trabalho de parto, se realizará operação cesárea. Deve ter-se sangue para transfundir se for necesario. (Rigol, 2014).

**CONCLUSÕES**

O resultado da pesquisa identificou como principal fator de risco para a eclampsia a nuliparidade, Idades maternas inferiores, gestação múltiplas, pre-eclampsia em gestações



anteriores, Hipertensão arterial crônica ou enfermidade renal, baixo peso materno ao nascer, Obesidade e insulino-resistência, diabetes mellitus pré-gestacional, Infecções maternas,

O perfil clínico epidemiológico foi caracterizado por mulheres jovens dos 14 à 30 anos de idade, de menor renda, e na sua maioria estudantes e que ignoram as consultas pré-natais.

Diante dos resultados encontrados, e considerando-se o fato de que a eclâmpsia repercute de maneira considerável sobre o aumento da morbimortalidade e do tempo de internação, além de elevar os custos hospitalares e principalmente pelos prejuízos físicos, psicológicos, sociais às pacientes, é necessária a implantação e otimização de serviços efetivos de controle da doença por meio da atenção primária de saúde, por meio de um método de vigilância prospectiva, logo na admissão, incluindo o acompanhamento pós-alta. Isso pode permitir a implementação de ações sistematizadas direcionadas a essa população de mulheres no puerpério, bem como estabelecer medidas de prevenção e controle de infecções nas gestações seguintes.

O estudo mostrou que a identificação dos fatores impeditivos para o cumprimento de consultas pré-natais é fundamental para a implementação de medidas de prevenção e controle da doença, conseqüentemente, impactando positivamente a redução da morbimortalidade materna através das complicações trans-operatorias. Quando não tratada a eclâmpsia pode complicar-se com um aborto, insuficiência cardíaca e muitas vezes a morte da paciente.

### 3. RECOMENDAÇÕES

Durante a pesquisa, tendo em conta as características do comportamento da Eclâmpsia em Gestantes que apareceram no hospital municipal da cela recomendamos o seguinte:

1. Que os agentes de saúde pública, devem intensificar as suas ações mediante a administração de palestras com vista a difundir informação sobre a importância do cumprimento rigoroso das consultas pré-natais, durante a gestação bem como a identificação dos sinais de hipertensão antes das 20 semanas de gestação.
2. Os profissionais obstétricos devem prestar uma assistência diferenciada e de qualidade durante o pré, trans e pós parto. Bem como esclarecer as consequências do não cumprimento do espaço inter-gestacional em caso de mulheres submetidas a cesariana.
3. No entanto, os profissionais de enfermagem, devem atender à mulher gestante de acordo com o conhecimento científico disponível e a atuação efetiva, tanto para salvar as vidas dessas mulheres, das suas crianças, assim como para evitar complicações.

## REFERÊNCIAS

1. ANA Paula. Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia no âmbito da atenção básica. USP, Brazil disponível em: pdf. acesso em: 2022.
2. ANANIAS Mandal. Patologia e características da pré-eclâmpsia. UNESC, Florianopolis. Brazil. disponível em: pdf. acesso em: 2022.
3. BRANDEN. Eclâmpsia. Fisiopatologia da Pré-eclâmpsia. UFSC, Santa Catarina, Brazil disponível em: pdf. acesso em: 2022.
4. DÉBORA Carvalho. Eclâmpsia. Causas, Tratamento e sua Manutenção hospitalar. UNIRIO disponível em: pdf. acesso em: 2022.
5. Sheila Sedicias. Eclâmpsia na gravidez: o que é, Mato Grosso do Sul, 2021.
6. JOSÉ Sebastião dos Santos. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. Ribeirão Preto. Brazil. 2014.
7. NARA Macedo Botelho, et al. Causas de morte materna no estado do Pará, Brasil, Universidade do Estado do Pará – Uepa – Belém (pa), Brasil. 2014.
8. OMS: estudo comparativo da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. disponível em: pdf. acesso em: 2005/2006.
9. ORLANDO Rigol Ricardo, genecologia e obstetricia. ecimed, Havana. Cuba. 2014.
10. PAULA Diniz Galera, apostila de técnica cirúrgica, Universidade de Brasília 2005.
11. RODRIGO António. possíveis complicações da eclâmpsia. UNESP. Brazil. 2015.
12. THAÍS Maria Pereira Borges. Assistência à pré-eclâmpsia: uma análise das pesquisas sobre o tema. disponível em pdf.
13. VAN Der Vleuten C, Freeman a, collares cf. progress test utopia. perspect med educ. 2018;7(2):136-8. doi: 2011.
14. VIVIANE Lopes. eclâmpsia e suas condutas. disponível em: pdf. acesso em: 2021.