

DHEG: DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECIFICA NA GRAVIDEZ

Daianny Batista Soares¹
Sara Silva Nascimento¹
Taisa Viana Feitosa¹
Gildeane Fonseca de Lima de Bomjardim¹
Daisy Castro Morais Nogueira²

RESUMO

A hipertensão gestacional caracteriza-se por hipertensão após a 20ª semana. Com o objetivo de investigar suas complicações e tratamento. O artigo trata-se de um estudo descritivo sobre DHEG: Doença Hipertensiva Específica na Gravidez. Compreender a assistência à saúde perinatal prestada às gestantes é importante, pois previne as causas mais frequentes de complicações na gravidez.

Palavras- Chave: DHEG. Gravidez, Complicações, Tratamento. Assistência perinatal.

ABSTRACT:

Gestational hypertension is characterized by hypertension after the 20th week. In order to investigate its complications and treatment. The article is a descriptive study on preeclampsia: Specific Hypertensive Disease in Pregnancy. Understanding the perinatal health care provided to pregnant women is important, because it prevents the most common causes of pregnancy complications.

Keywords: HDP. Pregnancy, Complications, Treatment. Perinatal care.

INTRODUÇÃO

¹Graduandas do curso de Bacharelado em Enfermagem do IESMA/ UNISULMA
daiannybatista@hotmail.com sarasilvanascimento1@hotmail.com
taisavianafeitosa@hotmail.com gildeane02@gmail.com

²Orientadora MSC do curso de Bacharelado em Enfermagem do IESMA/ UNISULMA

INTRODUÇÃO

Segundo a literatura brasileira, no Brasil as síndromes hipertensivas podem afetar em torno de 15% da população de grávidas ocorrendo especialmente em nulíparas e mulheres de baixo nível sócio- econômico. (Revista Med, 2008)

Os problemas de saúde na gravidez podem constituir uma ameaça para a mulher e para o feto caracterizando gestações de alto risco (FERREIRA E CAMPANA 2004 apud BURROUGHS, 1995).

A Doença Hipertensiva Específica na Gravidez (DHEG) tem como classificação as formas de pré- eclampsia e eclampsia sendo estas leve ou grave onde, se caracterizam- se pelos episódios convulsivos conseqüentes a eclampsia. Não se sabe qual o fator responsável pelo aparecimento da DHEG ; Admite-se a influencia de vários: paridade, raça, características físicas, condições climáticas, hereditariedade, doenças intercorrentes e condições socioeconômicas. (CABRAL, 2002).

É importante ressaltar que a hipertensão arterial pode ser uma situação pré existente, ou seja, ao invés de ser induzida no período gestacional pode ser causada por hipertensão arterial que antecede a gravidez e persiste após o parto. As intercorrências desses eventos são variáveis, na qual a DHEG, tem significado a maior causa de complicações do período gravídico-puerperal por apresentar risco materno e fetal (RICCI, 2008).

Sabe- se que a prática de exames pré-natal e a identificação dos problemas permite um diagnóstico precoce, o que, na prática facilita uma intervenção a tempo, ou seja, uma das primeiras observações da equipe multidisciplinar, que é responsável pelo atendimento pré-natal, deve ser identificar as mulheres que apresentam probabilidades estatísticas de desenvolver DHEG (Rezende; Montenegro, 2008).

Pelo fato das doenças Hipertensivas serem as causas mais freqüente de complicações nas grávidas no Brasil, faz-se necessário a realização deste trabalho.

Tem como objetivo prestar assistência integral com qualidade, respeitando a necessidade de cada gestante preocupando-se em sintonizar o processo pelo qual a mesma vem se preparando para evitar situações diversas.

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo com base em um estudo de caso. O trabalho baseou-se em revisão bibliográfica e caso clínico. A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Imperatriz- MA, realizado com uma gestante no Hospital Regional Materno Infantil, no mês de Novembro de 2013, a partir da análise de prontuário e entrevista realizada por acadêmicos de enfermagem da IESMA/UNISULMA.

Espera-se que este artigo científico venha a se tornar um ponto de reflexão para profissionais da área da saúde tanto para os que já atuam na área como também aos profissionais da saúde em formação inicial, no sentido de compreender que DHEG é uma patologia obstétrica grave, por sua freqüência e por determinar elevada morbiletalidade materno-fetal

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com elevação da pressão arterial no período gestacional pode ocorrer a pré- eclampsia, ou seja, uma complicação decorrente da vigésima semana de gestação e durante o período puerperal. A pré- eclampsia é a fase da toxemia, possui um conhecimento de extensa data e com sua etiologia desconhecida mais com inúmeras teorias existente, sendo algumas delas por: placenta anormal, fenômenos imunológicos, anormalidades na coagulação, adaptação cardiovascular anormal, fatores dietéticos, lesão vascular endotelial e metabolismo prostaglandínico anormal. (OLIVEIRA et al, 2002).

A doença hipertensiva específica na gravidez possui um grande índice de risco de mortalidade peri natal. A DHEG se torna mais grave por ser uma patologia sem sintomas no inicio, sendo apenas detectado por exames de

rotina nas consultas de pré- natal, e quando ocorre alguma manifestação, são observados em geral cefaléia, distúrbios de visão, vômitos, dores epigástricas e edemas onde a mesma possui maior probabilidade na face e nas mãos, o que leva os profissionais a suspeitar de problemas renais (CABRAL, 2002).

Durante a consulta de pré- natal, o resultado do teste de proteína na urina, é solicitado a voltar ao consultório na manhã seguinte para verificar novamente a pressão sanguínea. Ao retornar para a consulta, sua urina é 2+ para proteína, e sua pressão é de 158/96 mmHg, nessa situação a gestante é diagnosticada com hipertensão gestacional (ORSHAN, 2010).

Assim a partir da confirmação da DHEG, a gestante é encaminhada ao serviço de referência com atendimento realizado pelo médico obstetra e enfermeiro obstetra, realizando o acompanhamento da gestação deve ser de no mínimo de 6 consultas (BRASIL,2006). No município de Imperatriz todas as gestantes classificadas como pré-natal de alto risco são encaminhadas para o Hospital Regional Materno Infantil

A classificações das doenças hipertensiva são das seguintes formas (ANGONESI & PALATO, 2006):

TABELA 1. CLASSIFICAÇÃO DE DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS

TIPO	DESCRIÇÃO
Hipertensão Gestacional	Elevação da pressão arterial (140/90mmHg) identificada após o meio da gravidez na ausência de proteinúria.
Pré- Eclampsia	Síndrome específica da gravidez, que ocorre após a 20ª semana de gestação, associada a hipertensão gestacional além de proteínas.
Eclampsia	Convulsão em uma mulher com pré-eclampsia, que não pode ser atribuída a outra causa.
Hipertensão crônica	Hipertensão pregressa à gravidez ou diagnosticada antes da 20ª semana de gestação.
Hipertensão Transitória	Hipertensão arterial sem pré-eclampsia por ocasião do nascimento, durante o trabalho do parto, ou em 24 h pós- parto; resolução em 12 semanas pós- parto para níveis de pressão arterial normais.

Hipertensão crônica associada a pré- eclampsia

Hipertensão crônica com proteinúria recente ou exacerbação de pressão arterial previamente controlada, ou proteinúria, trombocitopenia ou enzimas hepáticas elevadas.

Fonte: RICCI, 2008

A pré- eclampsia é caracterizada pelo o aparecimento de proteínas na urina e o edema. Ocorre em 5% das gestantes e em 16% dos casos levam a mortalidade materna (BUSATO, 2002).

Os enfermeiros no atendimento domiciliar fazem visitas freqüentes e chamadas telefônicas de acompanhamento para avaliar a condição da cliente, ajudar no agendamento de avaliações periódicas e avaliar quaisquer alterações que possam sugerir agravamento do estado da gestante (RICCI, 2008).

A eclampsia é dada assim que ocorre a atividade convulsional ou o coma na paciente diagnosticada com pré- eclampsia, sem histórico de patologia ou que possa resultar em atividades convulsionais (RICCI, 2008). As convulsões podem apresentar sinais premonitórios como cefaléia occipital forte e persistente, mudança de comportamento tanto para o lado da agitação como da obnubilação e torpor, distúrbios visuais como visão embaçada, escotomas, fotofobia, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, náuseas e vômitos (SOARES e SILVA 2007 apud RUDGE, ET AL 2000).

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato (BRASIL , 2006).

Após atividade convulsiva ter cessado o enfermeiro aspira a nasofaringe conforme necessário e logo em seguida administra oxigênio. Matem a infusão de sulfato de magnésio para evitar convulsões adicionais (RICCI, 2008)

A eclampsia comatosa ou sem convulsão, é uma forma rara e gravíssima, na qual a paciente entra diretamente em coma, não sendo precedido de convulsão, ocorrendo extensas lesões hepáticas (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

As complicações de DHEG afetam muitos sistemas orgânicos, como os sistemas cardiovasculares, renal, hematológico, neurológico, hepático e uteroplacentário; tais como: descolamento da placenta, prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino, morte materno-fetal, oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, acidente vascular cerebral, cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto e a síndrome de HELLP (ANGONESI & PALATO, 2006).

A síndrome HELLP é uma grave complicação da gestação caracterizada por: Hemólise, Enzima hepáticas elevadas e baixas contagem de plaquetas. Nem sempre as gestantes apresentam todas as características da síndrome de HELLP, por vezes apenas uma ou duas. (ANGONESI & PALATO, 2006). A síndrome aparece aproximadamente em cerca de 20% das gestantes com o diagnóstico de pré-eclampsia grave (RICCI, 2008).

Alguns fatores de risco como primiparidade e idade materna são citados por Costa (2003). Primigestas ou aquelas que apresentaram fatores predisponentes como hipertensão crônica com perda fetal habitual ou diabetes, doenças do colágeno, nefropatia, transplantadas renais, crescimento intra-útero retardado de repetição sem etiologia definida, prematuridade habitual sem etiologia aparente e naquelas em que se identificam os anticorpos antifosfolipídicos (FILHO & CORRÊA, 2005).

Segundo LOMBRAU et al. (2001), as mulheres com idade menor que 20 anos ou maior de 40 anos, nuliparidade, hipertensão crônica, lúpus, diabete, doença renal, eclampsia na primeira gestação, pré-eclampsia prévia como múltipara, eclampsia superposta prévia, história familiar positiva para pré-eclampsia ou eclampsia, gestação múltipla, mola hidatiforme e hidropisia fetal, são casos que dispõem os fatores de risco para as gestantes evoluir a uma hipertensão.

Segundo CORTELA e KALIL (2003), a incidência de hipertensão arterial crônica na gravidez é maior do que se imagina e um dos motivos é a dificuldade na realização do diagnóstico diferencial entre as diferentes formas de hipertensão da gravidez. Um diagnóstico de modo correto permite um tratamento apropriado e desta forma pode haver uma diminuição na morbidade e mortalidade materna e perinatal.

De acordo com Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013) a um alerta que a DHEG acomete cerca de 5% das gestantes e na pré- eclampsia afeta outros 5%. As chances de mulheres que já são hipertensas são de 25% a 30%, além de a pressão alta ser responsável por 28,3% das mortes maternas no município de SP.

Segundo RICCI (2008), na pré- eclampsia leve quando não há sinais de difusão renal ou hepáticos são empregadas algumas estratégias para essas gestantes como o repouso em casa, nessas situações ela é estimulada a descansar o máximo possível na posição de decúbito lateral a fim de melhorar os fluxos sanguíneos uteroplacentário, reduzir a pressão arterial e promover a diurese.

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio, baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial (Brasil, 2006).

Se o tratamento domiciliar não consegue reduzir a pressão arterial, estar indicada a internação hospitalar, e a estratégia de tratamento é individual com base na gravidade do distúrbio, na idade gestacional no momento do diagnóstico. Durante o período de hospitalização a gestante com pré-eclampsia é monitorada atentamente quanto aos sinais e sintomas. É também observado e avaliado a movimentação fetal diária, teste de não estresse e ultra-sonografias, com intuito de avaliar o crescimento fetal e o líquido amniótico (RICCI, 2008).

O tratamento para hipertensão na gravidez é conduzida para reduzir o risco materno e a escolha do medicamento é, mas direcionada para manter a segurança diante do feto (Brasil, 2006).

Segundo RICCI (2008) A gestante que foi hospitalizada para o tratamento da pré- eclampsia grave deve ser de contato rápido e necessário, os cuidados são de modos agressivos porque a hipertensão impõe grandes riscos tanto para mãe como para o feto, logo o objetivo do atendimento consiste em estabilizar a díade materna fetal para a preparação do parto.

De acordo com RICCI (2008), as medicações utilizadas na pré-eclampsia e na eclampsia são: Hidralazina cloridato de, Labetalol cloridato de, Nifedipina, Nitroprussiato de sódio e o Furosemida .

Em situações de pré-eclampsia grave, quando o profissional não descarta a possibilidade de evolução para eclampsia, recomenda-se a administração de sulfato de magnésio nas mesmas doses e vias preconizadas para a eclampsia (Ministério da saúde, secretaria de atenção a saúde: pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico, 2006).

A meta principal do tratamento da hipertensão crônica na gravidez é reduzir o risco materno, mas a escolha do medicamento é mais dirigida para a segurança do feto (BRASIL, 2006).

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de um estudo descritivo com caráter qualitativo que se desenvolveu a partir do caso clínico de uma gestante com diagnóstico de DHEG. Para a revisão bibliográfica foram utilizados artigos pesquisados na base SCIELO publicado 2006 a 2013 como livros e revistas eletrônicas que abordam o tema. Foram usadas como palavras-chave Doença hipertensiva específica na gravidez, DHEG, assistência de enfermagem a mulher com DHEG. A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Imperatriz- Ma, no dia 22 de Novembro de 2013, com uma gestante DHEG onde se analisou uma análise documental de prontuário, exame físico e entrevista realizado no Hospital Regional Materno Infantil por acadêmicos de enfermagem da IESMA/UNISULMA

ESTUDO DE CASO / CASO CLINICO

Segue abaixo o histórico da paciente com diagnóstico de DHEG internada no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz- MA estudada no mês de novembro de 2013.

N. A. C. S. 21 anos, solteira, alfabetizada médio incompleta, natural de São José de Ribamar- MA, procedente do Intiga- MA. Chegou à emergência Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz- MA obstétrica do, devido o aumento da pressão arterial que persiste há duas semanas, queixando- se de cefaléia, náusea, edema nos MMII. Nega contrações ou sangramento transvaginal. Relata menarca aos 13 e coitarca aos 14 anos, vida sexual ativa, no momento solteira, nega companheiro, gravidez não planejada porém desejada pela mesma e familiares. Antes da gravidez: Peso: 45kg, Estatura: 1.54cm, IMC:14,5 .No momento com: G:II, P: II, A: \emptyset , DUM: 05/03/2013 DPP: 10/12/2013 IG (USG: 20/11/2013 \rightarrow 37s + 4d), AU: 32cm. Realizou 6 consultas de pré-natal somente com a enfermagem. Nega doenças prévias significativas, realizado apenas cirurgia pélvica uterina. Informa ainda ter familiares hipertensos, diabéticos e gemelares. Reside em casa de tijolos com 5 cômodos, sendo 1 sala, 2 quartos, 1 cozinha, 1 banheiro, vivendo com 1 salário mínimo. Ingere regularmente 2l de líquido/dia. Diurese presente com coloração amarelada em média 8X/dia. Ao exame físico: 54kg, 1,54m, IMC:17,6 normotérmica (T=36,°C), eupnéica (R=16 i.r.p.m), bradesfígmica(P=68 ppm) hipertensa (PA=160x100mmHg). Consciente orientado, têmporo-espacial e autopsiquicamente, higiene preservada, tricotomia realizada, hipocorada, apresentando estado nutricional normal. MV:+,RH:+,FC:92bpm.

Exame obstétrico:Mamas com presença de colostro, feto único, longitudinal, cefálico, dorso a E da mãe, BCF: 130 bpm, MF: +. Avaliada pelo obstetra de plantão, sendo solicitada USO, com resultado:feto único,BCF:130bpm, longitudinal, cefálico, dorso a E da mãe,PC:29,6 cm,VLA:normal. Placenta: grau 0 .

A partir da anamnese realizada com a paciente observou- se os seguintes discursos confirmados por autores.

Segundo a mulher “Com o tempo a frequência das dores de cabeça veio aumentando”. O que pode ser confirmado por RICCI (2008) A diminuição da perfusão cerebral provoca pequenas hemorragias cerebrais e sinais e sintomas de vasospasmos arterial, como cefaléia e distúrbios visuais borramento visual

Segundo a gestante “*No final do dia era mais comum o inchaço principalmente nas pernas*”. De acordo RICCI (2008) Um desequilíbrio entre o tromboxano e a prostaciclina leva ao aumento do tromboxano e à diminuição da prostaciclina, os quais contribuem para o estado hipertensivo. A diminuição da perfusão renal reduz a TFG, o que resulta em diminuição da produção de urina e aumento dos níveis séricos de sódio, uréia, ácido úrico e creatinina, os quais adicionalmente aumentam o líquido extracelular e o edema.

De acordo com a paciente “*Depois da dor de cabeça a minha vista ficava escura*” Segundo ORSHAN (2010) Qualquer aumento da pressão sanguínea exige subsequente questionamento sobre cefaléia, dor epigástrica e alteração visual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto é permitido notificar que a ausência ou inadequação de informação, desde a atenção pré-natal, agravam as conseqüências causadas pela DHEG, bem como qualquer outra gestação de alto risco. A hipertensão gestacional ainda é um enigma, apesar de décadas de pesquisa, sendo devastadora tanto para a mãe quanto para o seu feto. É notável que com a realização do pré-natal logo no início é possível detectar de forma precoce qualquer alteração nos sinais clínicos como edema, hipertensão e proteinúria. E assim iniciar um tratamento apropriado para evitar a instalação da eclampsia, convulsão e síndrome de HELLP.

Devido o aumento de casos de gestantes com DHEG têm-se a necessidade da assistência de uma equipe multidisciplinar, onde o enfermeiro tem papel fundamental enquanto profissional promovendo palestras com o intuito de sensibilizar sobre a importância da realização do pré-natal e com isso incentivar o início precoce para garantir uma gravidez saudável e uma boa evolução do concepto e evitar complicações no parto.

REFERENCIAS

ANGONESI J; PALATO A. Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), Incidência à evolução para a síndrome HELLP. 2006

BUSATO, Otto. **Hipertensão Arterial Prevenção e Tratamento**. 2002. Disponível em: http://www.abcdasaude.com.br/artigo_246. Acesso em 15/11/2013

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE : **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada- Manual Técnico**, 3º Ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, 2006.

CABRAL, Antônio Carlos Vieira. **Obstetrícia**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Revinter, 2002.

COSTA, et al. **Idade Materna como Fator de Risco para a Hipertensão Induzida pela Gravidez: Análise Multivariada**, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n9/a03v2>.

FERREIRA M. E; CAMPANA H.C.R **Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez**. Revista Uningá, Nº 01, p. 39-46, jan./jun.2004

FILHO, Novantino Alves & CORRÊA, Mario Dias. **Manual de Perinatologia**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Medsi, 2005.

LOMBRAU, Nicolas Chaves; MORSE, Abraham Nogueira; WALLACH, Eduard Esteves. **Manual de ginecologia e Obstétrica do Johns Hopkins**. Rio de Janeiro: Editora Artmed, 2001.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de.; **Obstetrícia fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de.; **Obstetricia fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ORSHAN, S; A. **Enfermagem na Saúde das mulheres, das mães e dos cuidados Recém- nascidos: o cuidado ao longa da vida**. Ed. Artmed, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, M. E., MONTICELLI, M., SANTOS, O. B. S. dos (org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999

PASCAL, I. F. Hipertensão e gravidez. Rev Bras Hipertens 9: 256-261, 2002

Revista medica (São Paulo). 2008 jan- mar; 87 (www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_140_87(1) 32-43. pdf) Acesso em: 25/11/2013 às 18h

RICCI, Susan Scott, **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**; Rio de Janeiro: 1º Edição, Editora LAB Guanabara Koogan, 2008.

SILVA, L.G; SOARES, G.D. **Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)**. 2007 apud RUDGE PERAÇOLI CUNHA.

Sociedade brasileira de hipertensão, São Paulo <http://www.sbh.org.br/medica/releases.asp?id=12> acesso em 19/11/2013 às 14h.

VIGGIANO, Maurício Guilherme Campos. **Condutas em Obstetrícia**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2002.

Anexo

Sistematização da assistência de enfermagem

DIAGNOSTICO	PRESCRIÇÃO	HORARIOS	RESULTADOS
Risco de lesão materna relacionado ao desequilíbrio no controle da pressão arterial.	Medir a pressão arterial a cada 4 horas ou com mais frequência se necessário	6, 10, 14, 18,22	Manter equilíbrio e controle de sinais vitais.
Eliminação urinaria prejudicada relacionada à infecção no trato urinário. Evidenciado por frequência urinaria e quantidade com volume diminuído.	Controlar o volume da diurese. Manutenção da ingestão hídrica 200 MI 2/2 hs.	ATENÇÃO 6,8,10,12,14,16,18,20,22	Melhora hídrica, diminuição de infecção urinaria.
Risco de integridade cutânea prejudicada relacionado ao edema generalizado.	Pedir a paciente para manter repouso relativo, preferencialmente em DLE. Manter os membros inferiores da paciente elevados.	ATENÇÃO	Melhora de anasarca, devido, a DHEG.

22/11/2013 às 17h00min Gestante, multípara, com IG: 37s. consciente , orientada no tempo e no espaço, calma, faces e mucosas hipocorada, deambulando com dificuldade, eupnéica, afrebril, T: 36,2°C,P: 68b.p.m, R: 16 r.pm, PA 160x110 mmHg, apresentando, venoclise periférica dorso ad mão E., Aceitando a dieta oferecida. Queixa de discreto mal estar geral, dissúria e náusea e cefaleia. Diurese amarela, concentrado, odor fétido e em pouca quantidade, 6x no período, fezes pastosa, odor fétido, pouca quantidade ausente no período noturno.