

Pré-eclâmpsia: uma patologia potencialmente evitável?

Pre-eclampsia: a potentially preventable pathology?

Carolina Federicci Haddad,¹ Henrique Costermani Ribeiro,¹ Ivan Fernandes Filho,¹ Ulisses Del Nero,¹ Henri Augusto Korkes¹

RESUMO

Objetivos: avaliar o conhecimento em relação à pré-eclâmpsia e sua prevenção entre médicos obstetras e residentes em obstetrícia e ginecologia. **Materiais e métodos:** o estudo foi realizado por meio da aplicação de um questionário que abordou temas relacionados à prevenção da PE. Este questionário foi entregue para médicos residentes em ginecologia e obstetrícia e para médicos obstetras que assistem pacientes com risco para PE. **Resultados:** nenhum dos participantes (0%) citou todos os fatores de alto risco para pré-eclâmpsia e apenas 5,41% dos participantes citaram todos os critérios clínicos para suspeita de pré-eclâmpsia. Apenas 5,41% dos participantes reconheceram todos os critérios laboratoriais para pré-eclâmpsia. Apesar disso, a grande maioria (85,13%) citou AAS e cálcio ou apenas um deles como medida profilática para pré-eclâmpsia. **Conclusão:** a despeito dos avanços nos diagnósticos, nas medidas preventivas e nas condutas bem estabelecidas, a morbimortalidade relacionada às síndromes hipertensivas durante o ciclo gravídico puerperal mantém-se elevada. Em congruência com os resultados obtidos, acreditamos que seja devido à falta de identificação de grupos de risco, carência de prevenção adequada, dificuldade de manter um seguimento pré-natal diferenciado, demora ao realizar o diagnóstico, redução do uso do sulfato de magnésio, demora na conduta de interrupção da gestação e carência no seguimento puerperal dessas doentes de risco. **Palavras-chave:** pré-eclâmpsia; gravidez; prevenção primária; mortalidade materna.

ABSTRACT

Objectives: To assess knowledge about pre-eclampsia and its prevention among obstetricians and residents of obstetrics and gynecology. **Materials and methods:** The study will be carried out by applying a questionnaire that will address issues related to the prevention of PE. This questionnaire will be given to gynecology, obstetrics residents, and obstetricians caring for patients at risk for PE. **Results:** None of the participants (0%) cited all the high-risk factors for pre-eclampsia, and only 5.41% cited all the clinical criteria for suspected pre-eclampsia. Still, only 5.41% of participants recognized all laboratory criteria for pre-eclampsia. Despite this, the vast majority (85.13%) cited AAS and calcium or just one of them as a prophylactic measure for pre-eclampsia. **Conclusion:** Despite advances in diagnoses, preventive measures and well-established conducts, morbidity and mortality related to hypertensive syndromes during pregnancy and childbirth remain high. In congruence with the results obtained, we believe that this is due to the lack of identification of risk groups, lack of adequate prevention, difficulty in maintaining a differentiated prenatal follow-up, delay in making the diagnosis, reduction in the use of magnesium sulfate, delay in the conduct of interruption of pregnancy and lack of puerperal follow-up of these at-risk patients. **Keywords:** preeclampsia; pregnancy; primary prevention; maternal mortality.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é a complicação clínica mais frequente na gestação e, conseqüentemente, uma importante causa de morbidade e mortalidade materna e perinatal.¹

As síndromes hipertensivas na gravidez são responsáveis por quase 18% de todas as mortes maternas no mundo, com uma estimativa de 62.000 a 77.000 mortes por ano.²

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Ivan Fernandes Filho

PUC-SP/FCMS - Rua Joubert Wey, 290, CEP.: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil

E-mail: ivanff@live.com

Recebido em 16/10/2023 – Aceito para publicação em 09/01/2024.



A maior parte da morbidade causada por doenças hipertensivas gravídicas está concentrada entre gestações complicadas pela pré-eclâmpsia (PE) ou eclâmpsia;¹ para cada mulher que morre aproximadamente 20 outras sofrem algum tipo de morbidade grave.³ A incidência de PE varia de 2% a 10% das gestações em todo o mundo; no Brasil representa a maior causa de mortalidade materna, com cerca de 37% das causas diretas.⁴

Entre os diversos fatores de risco (FR) para desenvolver pré-eclâmpsia destacam-se: obesidade, *diabetes mellitus*, gestações múltiplas, trombofilias, lúpus, hipertensão arterial crônica, história de PE prévia ou familiar, primipaternidade, primiparidade e idade acima de 40 anos.⁵

Segundo o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetria, as síndromes hipertensivas durante a gravidez apresentam as seguintes modalidades:

Hipertensão Arterial Crônica - hipertensão arterial prévia à gestação ou elevação dos níveis pressóricos para valores maiores ou iguais a 140 x 90 mmHg, pelo menos um componente, no mínimo duas vezes, com intervalo maior ou igual a quatro horas antes da vigésima semana de gestação.⁶

Hipertensão Gestacional - níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 x 90 mmHg, pelo menos um componente, no mínimo duas vezes, com intervalo maior ou igual a quatro horas após a vigésima semana de gestação em pacientes sem histórico de hipertensão arterial crônica.⁶

Pré-eclâmpsia - hipertensão arterial após a vigésima semana de gestação associada à proteinúria significativa (proteinúria de 24h acima de 300 mg, fita reagente acima de uma cruz ou relação proteinúria/creatinúria acima de 0,3). Na ausência de proteinúria, presença de hipertensão arterial associada a pelo menos um dos seguintes critérios: trombocitopenia (plaquetas < 100.000 mm³), disfunção hepática (aumento de duas vezes ou mais o valor de normalidade das transaminases), disfunção renal (creatinina com valor maior que 1,1 mg/dL na ausência de outra doença renal), edema pulmonar ou ainda sinais e sintomas de lesões em órgãos-alvo (cefaleia, escotomas ou epigastralgia).⁶

Pré-eclâmpsia Precoce - PE identificada abaixo de 34 semanas de gestação.⁶

Pré-eclâmpsia Grave - PE associada a algum critério de gravidade: sinais/sintomas de lesões em órgãos-alvo (cefaleia e/ou escotomas e/ou epigastralgia), creatinina > 1,1 mg/dL, plaquetas < 100.000/mm³, elevações em transaminases (TGO e TGP) acima de duas vezes o normal, níveis pressóricos sistólicos acima de 160 mmHg ou diastólicos acima de 110 mmHg ou ainda quadro instalado de edema agudo de pulmão.⁶

Pré-eclâmpsia Sobreposta - PE diagnosticada em pacientes com conhecida hipertensão arterial crônica.⁶

Desde a última década, no que diz respeito ao aspecto preventivo, ficou evidente o efeito protetor da utilização diária de ácido acetilsalicílico (AAS) para grupos de risco para desenvolvimento da PE, além da suplementação nutricional de cálcio (Ca) para grupos com baixa ingestão desse elemento, sendo ambas recomendações apropriadas nesses grupos e representando uma redução aproximada de 10%.^{3,5-7}

Nos dias de hoje, no entanto, ainda existem protocolos médicos que utilizam outros métodos nessa prevenção, como suplementação com antioxidantes com vitaminas C, E e Omega 3; redução da quantidade de sal; restrição de proteínas, ambos sem evidência científica adequada na redução da incidência de PE.^{6,8}

Mesmo com fatores de risco, critérios clínicos e laboratoriais bem consolidados para PE na literatura, os profissionais especialistas de nosso meio estão preparados para identificá-los e para empregar as medidas preventivas necessárias?

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

Avaliar o conhecimento em relação à pré-eclâmpsia e sua prevenção entre médicos obstetras e residentes em obstetria e ginecologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do Estudo

Este foi um estudo observacional de corte transversal. Os dados foram obtidos por meio da análise de respostas após aplicação de questionário com perguntas relacionadas à pré-eclâmpsia.

Questionário e sujeitos do estudo

Foi aplicado um questionário (Anexo 1) com questões relacionadas à pré-eclâmpsia para médicos obstetras e ginecologistas e para residentes em ginecologia e obstetria que assistem pacientes com risco para PE tanto na assistência privada quanto na assistência pública de Sorocaba e São Paulo.

Foram realizados contatos com os diferentes serviços onde aplicaram-se os questionários para a viabilização do trabalho. Este trabalho ocorreu como iniciação científica no período compreendido entre agosto de 2017 e julho de 2018.

Os questionários foram entregues pessoalmente para médicos residentes em ginecologia e obstetria e para médicos obstetras que atuam no sistema único de saúde e redes particulares. A escolha desses médicos foi feita de maneira aleatória. Os locais de aplicação do questionário também não seguiram padrões específicos, incluindo serviços da rede pública, maternidades privadas com atendimento de gestantes de alto risco além de hospitais escola que assistem pacientes de risco.

Critérios de Inclusão

Médicos ginecologistas e obstetras e médicos residentes em ginecologia e obstetria.

Critérios de Exclusão

Para as análises comparativas foram excluídos os profissionais que não prestam assistência direta a pacientes gestantes ou que atuam exclusivamente na área de ginecologia.



Aspectos Éticos

Todas as etapas deste trabalho respeitaram os aspectos éticos para estudos envolvendo seres humanos conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo a coleta de dados realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética. Pesquisa aprovada pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da PUC-SP, sem fomento e desenvolvido no período de agosto de 2017 a julho de 2018.

Análise estatística dos questionários

Os questionários foram analisados estatisticamente de duas formas. Primeiramente foi feita uma análise estatística das respostas das questões números 1, 2, 3, 4, 5A, 5B e 8. Foi feito um estudo de distribuição de frequências absolutas e relativas (percentagem) para cada questão com as respectivas possíveis respostas para cada uma.

Ainda foi feito um estudo da distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis com teste de associação entre as questões com anos de formado e serviço com a utilização do Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato

de Fischer, considerando um nível de significância igual a 0,05.

RESULTADOS

Conhecimento em relação aos fatores de risco para pré-eclâmpsia

Em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco para pré-eclâmpsia, nenhum dos participantes ($n = 0$) citou todos os fatores de alto risco, 97,30% ($n = 72$) citaram pelo menos um dos fatores de risco e 2,70% ($n = 2$) não citaram nenhum fator de alto/baixo risco para pré-eclâmpsia. Dentre aqueles que citaram pelo menos um dos fatores de risco para pré-eclâmpsia, 75,67% ($n = 56$) tinham menos de 10 anos de formação, 14,86% ($n = 11$) tinham entre 10 e 30 anos de formação e 6,75% ($n = 5$) tinham mais de 30 anos de formação. Dentre aqueles que não citaram nenhum fator de alto/baixo risco para pré-eclâmpsia, 1,35% ($n = 1$) tinha menos de 10 anos de formação, 0% ($n = 0$) tinha entre 10 e 30 anos de formação e 1,35% ($n = 1$) tinha mais de 30 anos de formação.

Tabela 1. Conhecimento dos fatores de risco para pré-eclâmpsia de acordo com anos de formado

	< 10 anos	10 - 30 anos	> 30 anos	TOTAL n (%)	p
Não citaram nenhum fator de alto/baixo risco n (%)	1 (1,35%)	0 (0%)	1 (1,35%)	2 (2,70%)	0,177
Citaram pelo menos 1 fator de baixo/alto risco n (%)	56 (75,67%)	11 (14,86%)	5 (6,75%)	72 (97,30%)	0,177
Citou todos os fatores de alto risco n (%)	0 (%)	0 (%)	0 (%)	0 (0%)	0,177

Conhecimento em relação às medidas preventivas para pré-eclâmpsia

Em relação ao conhecimento sobre as medidas preventivas para pré-eclâmpsia, 43,24% ($n = 32$) citaram AAS e cálcio em suas respostas, 41,89% ($n = 31$) citaram AAS ou cálcio, 5,41% ($n = 4$) citaram outras medidas profiláticas para pré-eclâmpsia e 9,46% ($n = 7$) não citaram nenhuma medida profilática para pré-eclâmpsia. Dentre aqueles que citaram AAS e cálcio em suas respostas, 33,78% ($n = 25$) tinham menos de 10 anos de formação, 6,75% ($n = 5$) tinham entre 10 e 30 anos de formação e 2,70% ($n = 2$) tinham mais de 30 anos de formação.

Dentre aqueles que citaram AAS ou cálcio em suas respostas, 33,78% ($n = 25$) tinham menos de 10 anos de formação, 4,05% ($n = 3$) tinham entre 10 e 30 anos de formação e 2,70% ($n = 2$) tinham mais de 30 anos de formação. Dentre aqueles que citaram outras medidas profiláticas para pré-eclâmpsia, 1,35% ($n = 1$) tinha menos de 10 anos de formação, 2,78% ($n = 2$) tinham entre 10 e 30 anos de formação e 1,35% ($n = 1$) tinha mais de 30 anos de formação. Dentre aqueles que não citaram nenhuma medida profilática para pré-eclâmpsia, 6,75% ($n = 5$) tinham menos de 10 anos de formação, 1,35% ($n = 1$) tinha entre 10 e 30 anos de formação e 1,35% ($n = 1$) tinha mais de 30 anos de formação.



Tabela 2. Conhecimento dos métodos preventivos para pré-eclâmpsia de acordo com anos de formado

	< 10 anos	10 - 30 anos	> 30 anos	TOTAL n (%)	p
Nenhum n (%)	5 (6,75%)	1 (1,35%)	1 (1,35%)	7 (9,46%)	0,163
AAS <u>ou</u> cálcio n (%)	26 (35,13%)	3 (4,05%)	2 (2,70%)	31 (41,89%)	0,163
AAS <u>e</u> cálcio n (%)	25 (33,78%)	5 (6,75%)	2 (2,70%)	32 (43,24%)	0,163
Outros n (%)	1 (1,35%)	2 (2,70%)	1 (1,35%)	4 (5,41%)	0,163

Conhecimento em relação aos critérios clínicos para suspeita de pré-eclâmpsia

Em relação ao conhecimento dos critérios clínicos para suspeita de pré-eclâmpsia apenas 5,41% (n = 4) dos participantes citaram todos os critérios clínicos em sua resposta durante questionário aplicado enquanto 94,59% deles (n = 70) não responderam satisfatoriamente à questão.

Dentre aqueles que citaram todos os critérios clínicos, apenas 1,35% (n = 1) tinha menos de 10 anos de formação, 2,70% (n = 2) tinham entre 10 e 30 anos de formação e 1,35% (n = 1) tinha mais de 30 anos de formação. Dentre aqueles que não responderam suficientemente à questão, 75,67% (n = 56) tinham menos de 10 anos de formação, 12,16% (n = 9) tinham entre 10 e 30 anos de formação e 6,75% (n = 5) tinham mais de 30 anos de formação.

Tabela 3. Conhecimento dos critérios clínicos para pré-eclâmpsia de acordo com anos de formado

	< 10 anos	10 - 30 anos	> 30 anos	TOTAL n (%)	p
Citaram todos os critérios clínicos para suspeita de PE n (%)	1 (1,35%)	2 (2,70%)	1 (1,35%)	4 (5,41%)	0,036
Não citaram todos os critérios clínicos para suspeita de PE n (%)	56 (75,67%)	9 (12,16%)	5 (6,75%)	70 (94,59%)	0,036

Conhecimento em relação aos critérios diagnósticos laboratoriais de pré-eclâmpsia

Em relação ao conhecimento sobre os critérios diagnósticos laboratoriais para pré-eclâmpsia, apenas 5,4% (n = 4) reconheceram todos os critérios laboratoriais para PE em suas respostas, 94,60% (n = 70) reconheceram pelo menos um dos critérios laboratoriais e nenhum dos participantes não reconheceu nenhum dos critérios laboratoriais para PE.

Dentre os que reconheceram todos os critérios laboratoriais para PE em suas respostas, 4,05% (n = 3) tinham menos de 10 anos de formação, 0% (n = 0) tinha entre 10 e 30 anos de formação e 1,35% (n = 1) tinha mais de 30 anos de formação. Dentre aqueles que reconheceram pelo menos um dos critérios laboratoriais para PE em suas respostas, 78,38% (n = 54) tinham menos de 10 anos de formação, 14,87% (n = 11) tinham entre 10 e 30 anos de formação e 6,75% (n = 5) tinham mais de 30 anos de formação.



Tabela 4. Conhecimento dos critérios diagnósticos laboratoriais para pré-eclâmpsia de acordo com anos de formado

	< 10 anos	10 - 30 anos	> 30 anos	TOTAL	p
Reconheceram todos os critérios	3 (4,05%)	0 (0%)	1 (1,35%)	4 (5,40%)	0,3777
Reconheceram pelo menos um critério	54 (78,38%)	11 (14,87%)	5 (6,75%)	70 (94,60%)	0,3777
Não reconheceu nenhum critério	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	---

Diferencial de conhecimento sobre fatores de risco, medidas preventivas, critérios clínicos e laboratoriais para pré-eclâmpsia conforme cada serviço

Em relação aos diversos serviços participantes do estudo no que se refere ao conhecimento sobre fatores de risco para pré-eclâmpsia, nota-se que 0 (0%) dos profissionais provenientes do serviço A citou todos, 13 (100%) citaram pelo menos um fator de risco e nenhum não citou nenhum dos fatores de risco. No serviço B, por sua vez, destaca-se que 0 (0%) dos profissionais citou todos, 7 (77,78%) citaram pelo

menos um fator de risco e 2 (22,22%) não citaram nenhum dos fatores de risco. No serviço C observa-se que 0 (0%) dos profissionais citou todos, 7 (77,78%) citaram pelo menos um fator de risco e 0 (0%) não citou nenhum dos fatores de risco. No serviço D identifica-se que 0 (0%) dos profissionais citou todos, 30 (100%) citaram pelo menos um fator de risco e 0 (0%) não citou nenhum dos fatores de risco. No serviço E, por sua vez, identifica-se que 0 (0%) dos profissionais citou todos, 15 (100%) citaram pelo menos um fator de risco e 0 (0%) não citou nenhum dos fatores de risco.

Tabela 5. Conhecimento dos critérios clínicos para pré-eclâmpsia de acordo com o serviço

Conhecimento sobre fatores de risco para pré-eclâmpsia							
	A	B	C	D	E	TOTAL n(%)	p
Não citaram nenhum n (%)	0 (0%)	2 (22,22%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,70%)	0,021
Citaram pelo menos 1 n (%)	13 (100%)	7 (77,78%)	7 (100%)	30 (100%)	15 (100%)	72 (97,30%)	0,021
Citou todos n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-----
Conhecimento sobre medidas preventivas para pré-eclâmpsia							
	A	B	C	D	E	TOTAL n(%)	p
Nenhum n (%)	0 (0%)	2 (2,22%)	1 (14,29%)	3 (10%)	1 (6,67%)	7 (9,46%)	< 0,001
AAS ou Cálcio n (%)	1 (7,69%)	1 (11,11%)	2 (28,57%)	21 (70%)	6 (40%)	31 (41,89%)	< 0,001
AAS e Cálcio n (%)	12 (92,31%)	5 (55,56%)	3 (42,86%)	4 (13,33%)	8 (53,33%)	32 (43,24%)	< 0,001
Outros n (%)	0 (%)	1 (11,11%)	1 (14,29%)	2 (6,67%)	0 (0%)	4 (5,41%)	< 0,001
Conhecimento sobre critérios clínicos de pré-eclâmpsia							
	A	B	C	D	E	TOTAL n(%)	p
Citaram todos os critérios n (%)	2 (15,38%)	1 (11,11%)	1 (14,29%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (5,41%)	0,051
Não citaram todos os critérios n (%)	11 (84,62%)	8 (88,89%)	6 (85,71%)	30 (100%)	15 (100%)	70 (94,59%)	0,051

Continua



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC BY

Conhecimento sobre critérios laboratoriais de pré-eclâmpsia							
	A	B	C	D	E	TOTAL n (%)	p
Reconheceram todos os critérios	0 (0%)	3 (33,33%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,67%)	4 (5,41%)	0,006
Reconheceram pelo menos um critério	13 (100%)	6 (66,67%)	7 (100%)	30 (100%)	14 (93,33%)	70 (94,59%)	0,006
Não reconheceu nenhum critério	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-----

Em relação aos diversos serviços participantes do estudo no que se refere ao conhecimento sobre medidas preventivas para pré-eclâmpsia, nota-se que 12 (92,31%) profissionais provenientes do serviço A responderam AAS e Cálcio, 1 (7,69%) respondeu AAS ou Cálcio e nenhum deles respondeu nenhum ou outros métodos. No serviço B, por sua vez, identificou-se que cinco (55,56%) profissionais responderam AAS e Cálcio, 1 (11,11%) respondeu AAS ou Cálcio, 2 (2,22%) responderam nenhum método e apenas 1 (11,11%) respondeu outros métodos. No serviço C nota-se que três (42,86%) profissionais responderam AAS e Cálcio, 2 (28,57%) responderam AAS ou Cálcio, 1 (14,29%) respondeu nenhum método e apenas 1 (14,29%) respondeu outros métodos. No serviço D verifica-se que 4 (13,33%) profissionais responderam AAS e Cálcio, 21 (70%) responderam AAS ou Cálcio, 2 (6,67%) responderam nenhum método e apenas 3 (10%) responderam outros métodos. No serviço E constata-se que 32 (43,24%) profissionais responderam AAS e Cálcio, 6 (40%) responderam AAS ou Cálcio, 0 (0%) respondeu nenhum método e apenas 1 (6,67%) respondeu outros métodos.

Em relação aos diversos serviços participantes do estudo no que se refere ao conhecimento sobre critérios clínicos de pré-eclâmpsia, nota-se que 2 (15,38%) dos profissionais provenientes do serviço A citaram todos os critérios e 11 (84,62%) não citaram todos. No serviço B destaca-se que 1 (11,11%) dos profissionais citou todos os critérios e 8 (88,89%) não citaram todos. No serviço C observa-se que 1 (14,29%) dos profissionais citou todos os critérios e 6 (85,71%) não citaram todos. No serviço D identifica-se que 0 (0%) dos profissionais citou todos os critérios e 30 (100%) não citaram todos. No serviço E verifica-se que 0 (0%) dos profissionais citou todos os critérios e 15 (100%) não citaram todos.

Em relação aos diversos serviços participantes do estudo no que se refere ao conhecimento sobre critérios laboratoriais de pré-eclâmpsia, nota-se que 0 (0%) dos profissionais provenientes do serviço A reconheceu todos os critérios, 13 (100%) reconheceram pelo menos um critério e 0 (0%) não reconheceu nenhum critério. No serviço B destaca-se que 3 (33,33%) dos profissionais reconheceram todos os critérios, 6 (66,67%) reconheceram pelo menos um critério e 0 (0%) não reconheceu nenhum critério.

No serviço C observa-se que 0 (0%) dos profissionais reconheceu todos os critérios, 7 (100%) reconheceram pelo menos um critério e 0 (0%) não reconheceu nenhum critério. No serviço D 0 (0%) dos profissionais reconheceu todos os critérios, 30 (100%) reconheceram pelo menos um critério e 0 (0%) não reconheceu nenhum critério. No serviço E verifica-se que 1 (6,67%) dos profissionais reconheceu todos os critérios, 14 (94,59%) reconheceram pelo menos um critério e 0 (0%) não reconheceu nenhum critério.

DISCUSSÃO

Em países em desenvolvimento como o Brasil, as mortes maternas em sua maioria estão relacionadas às intercorrências hipertensivas e, entre elas, a pré-eclâmpsia (PE) apresenta papel de destaque.^{1,9} E por que essa alta mortalidade materna relacionada às síndromes hipertensivas ainda vêm ocorrendo a despeito dos avanços nos diagnósticos, protocolos bem definidos e condutas bem estabelecidas?

Acreditamos que uma parcela dessa alta mortalidade materna relacionada às síndromes hipertensivas possa também estar relacionada a fatores como: falta de identificação de grupos de risco, carência de prevenção adequada, dificuldade de manter um seguimento pré-natal diferenciado, demora para realizar o diagnóstico, redução do uso do sulfato de magnésio, demora na conduta de interrupção da gestação e carência no seguimento puerperal dessas doentes de risco.

Para diagnosticar a PE durante o pré-natal ou em serviços de urgência, precisamos pensar e suspeitar dela. Muitos médicos citaram apenas um ou dois elementos, o que permite, sem dúvida, que muitas pacientes - muitas vezes com a doença já instalada - não sejam diagnosticadas.

Outro dado extremamente alarmante é que poucos participantes da pesquisa reconheceram todos os fatores de risco para PE. Dessa forma, pode-se motivar falhas no emprego de medidas preventivas e de seguimentos diferenciados no pré-natal. Mesmo que o obstetra responsável pela assistência pré-natal saiba que existem métodos preventivos, essa medida não chegará às pacientes, pois os fatores de risco não são adequadamente reconhecidos.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC BY

De acordo com nossos resultados diante de um quadro suspeito de PE, apenas 5,4% dos entrevistados sabem todos os critérios diagnósticos para PE, sendo que 94,6% sabem parcialmente; muitos deles ainda estão “presos” a diagnósticos antigos de hipertensão e proteinúria, não conhecendo os critérios atuais que levam em consideração o diagnóstico da PE mesmo na ausência de proteinúria.⁵

CONCLUSÃO

A pré-eclâmpsia continua sendo objeto de estudo ao redor do mundo, pois é uma das patologias mais graves e importantes do ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de uma patologia complexa, o que dificulta tanto a compreensão de sua fisiopatologia, determinação diagnóstica e classificação quanto seu manejo clínico adequado. Determinar os principais fatores de risco ao desenvolvimento dessa condição é essencial para nortear nossas condutas clínicas no que diz respeito a métodos preventivos e seguimentos diferenciados para pacientes de risco.

Um dos grandes desafios que margeiam a luta pela redução de mortalidade materna associada à pré-eclâmpsia é conseguir que os conhecimentos mais atuais sobre a patologia cheguem aos médicos obstetras que estarão na ponta dos diagnósticos e condutas.

Verificamos em nossa pesquisa que, infelizmente, mesmo em serviços tidos como de excelência, as evidências científicas mais atuais e que devem nortear uma boa prática clínica sobre a mais importante patologia da gestação ainda não se fazem presentes.

Verificamos em nosso cenário atual métodos preventivos não utilizados adequadamente em pacientes de risco, diagnósticos de PE não realizados de maneira oportuna e condutas referentes à interrupção da gestação postergadas, culminando, por fim, em um risco elevado para gestantes e seus conceitos.

REFERÊNCIAS

1. von Dadelszen P, Payne B, Li J, Ansermino JM, Broughton Pipkin F, et al.; PIERS Study Group. Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: development and validation of the fullPIERS model. *Lancet*. 2011;377(9761):219-27. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61351-7.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-74. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
3. Health Canada. Special report on maternal mortality and severe morbidity in Canada - enhanced surveillance: the path to prevention [Internet]. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2004 [acesso em: 16 ago. 2023]. Disponível em: <http://www.publications.gc.ca>.
4. Roberts JM, Cooper DW. Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia. *Lancet*. 2001;357(9249):53-6. doi: 10.1016/s0140-6736(00)03577-7.
5. Cerdeira AS, Karumanchi SA. Angiogenic proteins as aid in the diagnosis and prediction of preeclampsia. *Scand J Clin Lab Invest Suppl*. 2010;242:73-8. doi: 10.3109/00365513.2010.493400.
6. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1122-31. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88.
7. Broekhuijsen K, van Baaren GJ, van Pampus MG, Ganzevoort W, Sikkema JM, Woiski MD, et al; HYPITAT-II study group. Immediate delivery versus expectant monitoring for hypertensive disorders of pregnancy between 34 and 37 weeks of gestation (HYPITAT-II): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9986):2492-501. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61998-X. Epub 2015 Mar 25. Erratum in: *Lancet*. 2016 27;387(10021):848.
8. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol*. 2009;33(3):130-7. doi: 10.1053/j.semperi.2009.02.010.
9. Thadhani R, Kisner T, Hagmann H, Bossung V, Noack S, Schaarschmidt W, et al. Pilot study of extracorporeal removal of soluble fms-like tyrosine kinase 1 in preeclampsia. *Circulation*. 2011;124(8):940-50. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.034793.

Como citar este artigo:

Haddad CF, Ribeiro HC, Fernandes Filho I, Del Nero U, Korkes HA. Pré-eclâmpsia: uma patologia potencialmente evitável? *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2023;25:e62015. doi: 10.23925/1984-4840.2023v25a8.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC BY