

Eclâmpsia: abordagem ao diagnóstico e à conduta

Carmo, WR¹; Carvalho, TR¹; Costa, RS¹; Ferreira, GG¹; Kussler, IE¹; Maduro, RV¹; Souza, SF¹; Martins, VD¹; Schneider, WC²

RESUMO

¹ Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

² Médico do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

A eclâmpsia, episódio primário de convulsão durante a gestação, é uma doença com incidência relativamente alta, e de mortalidade materna e fetal diretamente proporcional ao tempo que se demora para tomar condutas. O diagnóstico dessa doença está bem estabelecido, e figura primeiramente na identificação da pré-eclâmpsia, e na vigência de convulsão diante desse processo. Medidas de monitorização e suporte são paliativas, e o único tratamento realmente eficaz, conhecido, é a interrupção da gestação.

INTRODUÇÃO

A doença hipertensiva específica da gravidez apresenta espectro de grande variabilidade clínico-patológica, desde a pré-eclâmpsia até o seu máximo de gravidade, representado pela eclâmpsia.

É fundamental que seja identificada e abordada rapidamente, porque possui incidência relativamente alta em países em desenvolvimento, como o Brasil, acometendo de 6 a 100 casos para cada 10 mil recém-nascidos vivos, e promovendo mortalidade materna e fetal, diretamente proporcional ao tempo em que se demora na tomada de condutas que permitam a sua reversão.

Este trabalho objetiva realizar revisão sobre os aspectos mais significativos da eclâmpsia, ressaltando os sinais e sintomas que permitem um diagnóstico rápido e que determinam a sua abordagem adequada.^{1,2}

DEFINIÇÃO

A eclâmpsia é definida como um episódio primário de convulsão, durante a gestação ou no pós-parto, não relacionada com outras condições patológicas referidas ao sistema nervoso central, presente em gestantes com pré-eclâmpsia.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de pré-eclâmpsia é definido por duas medidas da Pressão Arterial sistêmica (PA), igual ou superior a 140/90 mmHg., após 20 semanas de gestação, em pacientes previamente normotensas; proteinúria igual ou superior a 0,3 g na urina de 24 horas ou uma cruz na leitura com fita; edema preferencialmente nos membros inferiores, face, mãos, anasarca. Deve ser considerado, também, o agravamen-

Endereço para correspondência:
dan.vilela@uol.com.br

to dos níveis pressóricos ou de proteinúria prévias, após a idade gestacional (IG) de 20 semanas.

Em pacientes com este quadro clínico-laboratorial, alguns sinais e sintomas são sugestivos da iminência de eclâmpsia, isto é, da ocorrência de convulsões, como: cefaléia occipital ou frontal persistentes, visão borrada, fotofobia, dor abdominal em epigástrio ou quadrante superior direito e estado mental alterado (Tabela 1).³

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Devem ser considerados, principalmente: acidente vasculo-encefálico, encefalopatia hipertensiva, epilepsia, tumores cerebrais, doença trofoblástica gestacional, doenças metabólicas (hipoglicemia e hiponatremia) e vasculites cerebrais.³

ABORDAGEM DA PACIENTE COM ECLÂMPSIA

O tratamento definitivo é a interrupção da gestação, entretanto, algumas vezes, é possível aguardar o amadurecimento fetal para a realização do parto (Figura 1).

A conduta clínica na eclâmpsia é representada pelo tratamento das convulsões e da hipertensão arterial sistêmica.

CONDUTA OBSTÉTRICA

Na Idade Gestacional (IG) abaixo de 24 semanas, deve ser feito o aconselhamento familiar em relação ao prognóstico fetal e aos riscos maternos; e a resolução da gestação através da indução do parto. Na IG, acima de 24 e igual ou abaixo de 34 semanas, a conduta é controversa, sendo expectante, em centros com Unidade de Terapia Intensi-

va Neonatal, com o objetivo de permitir a viabilidade fetal. A interrupção da gestação está indicada diante do agravamento da evolução clínica ou do sofrimento fetal agudo. Na IG, acima de 34 semanas, está indicada a interrupção da gestação.

Na eclâmpsia anteparto, a extração via abdominal é a mais aconselhável, devido à sua rapidez e menor agravamento das condições maternas. Na eclâmpsia intraparto, o trabalho de parto pode ser conduzido. Na eclâmpsia pós-parto, é recomendada a curetagem uterina.

PROFILAXIA DAS CONVULSÕES

Deve ser feita por intermédio da administração de sulfato de magnésio 20%; dose de ataque: 4 a 6 g, IV, diluídos em água destilada, para infusão em 10 a 20min; e dose de manutenção de: 2 a 3 g/hora, IV, em bomba de infusão. O tempo de administração, nos casos controlados, é de 24 horas. Deve ser mantida por mais 24 horas após a resolução do parto; ou, diante de crise convulsiva, suspender a dose de manutenção, quando houver um ou mais dos seguintes sinais: reflexo patelar deprimido, freqüência respiratória diminuída, diurese inferior a 30 mL/hora e infundir o antídoto constituído pelo gluconato de cálcio a 10%, 1 g, IV, lentamente.

TRATAMENTO DA CRISE HIPERTENSIVA

Deve ser administrada Hidralazina: 5 mg, IV, *in bolus*, a cada 20 min; Verapamil: 20 mg, IV, em 500 mL de soro glicosado a 5%. O tratamento anti-hipertensivo deve ser mantido após o controle da crise hipertensiva, com medicação oral constituída por: Alfa-metil-dopa, Verapamil, Nifedipina, Pindolol e Hidralazina. A pressão arterial sistêmica diastólica deve ser mantida inferior a 110 mmHg, preferencialmente, reduzida para 90-100 mmHg.

Tabela 1 - Relação das formas clínicas do espectro Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia à tríade PA, proteinúria e edema. No acompanhamento ambulatorial, somam-se a estes dados, o volume urinário e o ganho ponderal

Forma Clínica	PA (mmHg)	Proteinúria (g/24 horas)	Edema	Queixas
Leve	14/9	< 0,3	Leve	-
Moderada	> 14/9 e ≤ 16/10	≥ 0,3 e < 3	Persistente	-
Grave	> 16/10	≥ 3	Generalizado	+
Eclâmpsia	Qualquer	≥ 0,3	Qualquer	Convulsões
HELLP	Exames laboratoriais alterados em qualquer forma clínica			

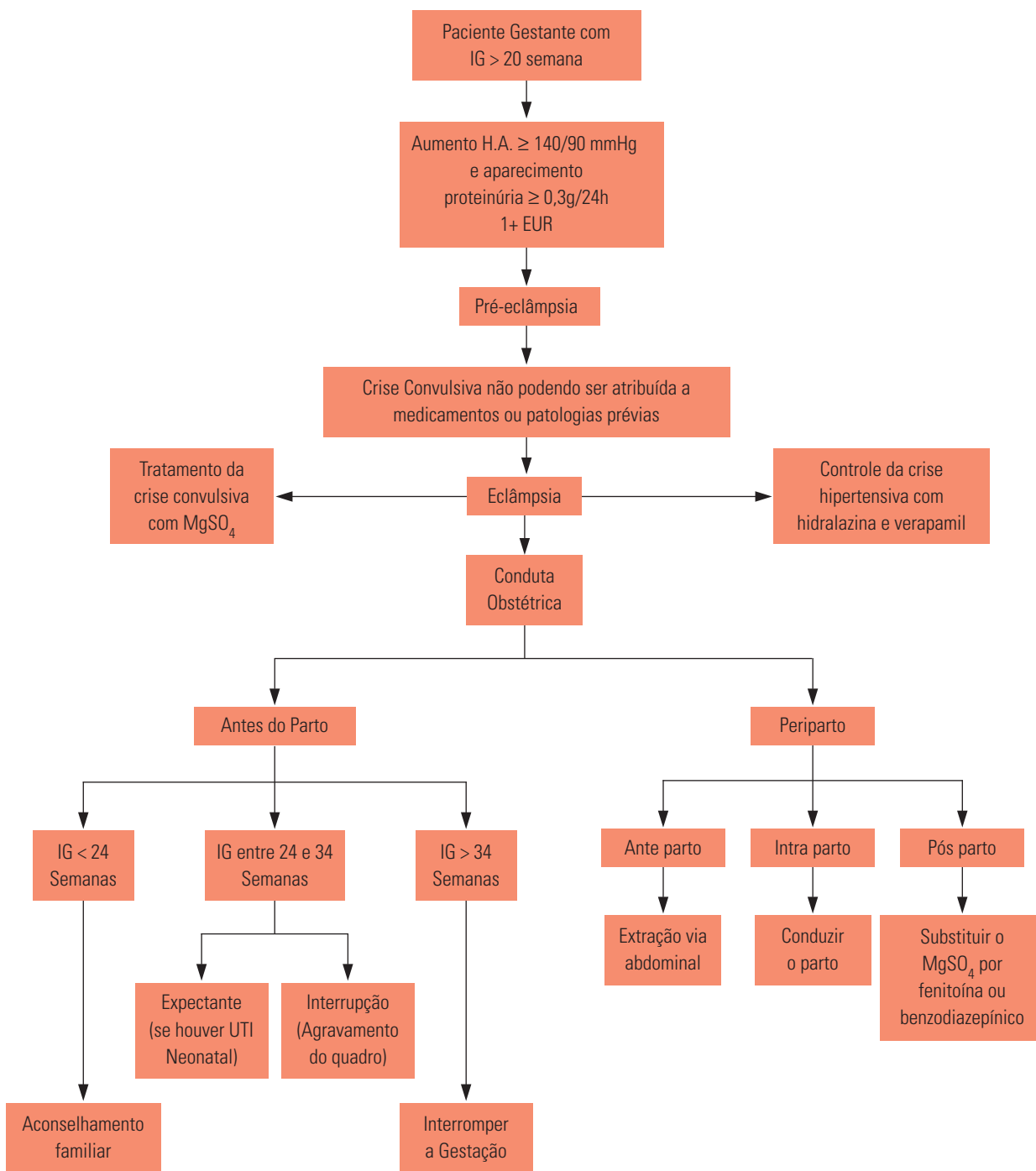


Figura 1 - Fluxograma de identificação e tratamento da eclâmpsia

OUTRAS MEDIDAS IMPORTANTES

São representadas pela monitoração permanente das condições fetais, além das condições maternas como frequência e regularidade do pulso e dos movimentos ventilatórios, temperatura corpórea, pressão arterial sistêmica, hidratação e diurese.

A manutenção da medicação anticonvulsivante deve ser feita por 24 horas após o parto, podendo ser substituída por Fenitoína: 250-500 mg, VO ou IV, repetida 12 horas após; ou Benzodiazepínicos como Diazepam: 10 mg/hora, IV, se as convulsões persistirem. A internação em Centro de Terapia Intensiva pode ser necessária após a interrupção da gravidez.

SÍNDROME DE HELLP

Outra complicação grave da pré-eclâmpsia é a síndrome HELLP, que cursa com hemólise (*Hemolysis*), elevação das enzimas hepáticas (*Elevated Liver Functions Tests*) e plaquetas baixas (*Low Platelets*). A conduta imediata é a estabilização do quadro clínico e, em seguida, a transferência da paciente para centro hospitalar de recurso especializado e Centro de Tratamento intensivo (Tabela 2). A sua abordagem consiste no tratamento convencional da coagulopatia e da crise hipertensiva, se houver; na profilaxia anticonvulsivante com sulfato de magnésio; e na interrupção da gravidez. A conduta pré e peri-operatória consiste na: anestesia geral; parto por cesariana, com incisão mediana e transfusão de plaquetas (uma unidade eleva em média 10.000 plaquetas/mm³), antes da cirurgia, se a sua contagem estiver abaixo de 50.000/mm³, para atingir pelo menos 50.000/mm³ e idealmente mais de 90.000/mm³.

Quadro 1 - Diagnóstico laboratorial da síndrome de HELLP

Evidência de	Resultados dos Exames Laboratoriais
Hemólise	Esfregaço sanguíneo: esquizócitos, equinócitos, poiquilócitos Bilirrubinas totais > 1,2 mg/dL Desidrogenase láctica > 660 U/mL
Alteração da função hepática	Transaminase oxalacética (ASAT) > 70 U/L Desidrogenase láctica > 600 U/mL
Plaquetopenia	< 150.000/mm ³

REFERÊNCIAS

1. Correia MD, Melo VH, Aguiar RA, Correia Júnior MD. Noções Básicas de Obstetrícia; 2004.
2. Working group on high blood pressure in pregnancy. National high blood pressure education program working group. Report in high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:S1-S22.
3. Baha M. Sibai Diagnosis, Prevention, and Management of Eclampsia. Obstet Gynecol.. 2005; 105:402-10.