

H_{ipertensão} E_{dema} P_{roteinúria} – A TRÍADE DE ALERTA

H_{igh-blood pressure} E_{dema} P_{roteinuria} – The S.O.S Triad

Daniela Mariano- João Martins – Mariana Santos – Raquel
Martins – Soraia Lobo – Fernanda Gomes da Costa

Resumo

A hipertensão durante a gravidez é uma situação que poderá incorrer, juntamente com outros sinais e sintomas como a existência de edema e de proteinúria, poderá incorrer em pré-eclâmpsia ou (caso haja convulsões associadas) em eclâmpsia, sendo estas duas patologias muito graves não só para a mulher como também para o próprio feto sendo que o único tratamento eficaz é o fim da gestação. A intervenção do enfermeiro passa por prevenir o aparecimento desta patologia. A vigilância durante a gravidez e o tratamento, são também áreas de intervenção do mesmo, tendo sempre em vista a redução de riscos para a mulher e para o feto.

Palavras-chave: Hipertensão, Edema, Proteinúria, Gravidez, Cuidados de Enfermagem, Prevenção e Tratamento.

Abstract

High-blood pressure during the pregnancy is a situation that will be able to incur, together with other signals and symptoms as the existence of edema and proteinuria, it will be able to not only incur into daily preeclampsia or (in case that it has convulsions associates) eclampsia, being these two diseases very serious for woman as well as for her's baby being that the only efficient treatment is to deliver the baby. Nursing's intervention passes for preventing this disease. The monitoring during the pregnancy and the treatment, is also areas of intervention, having always in

sight the reduction of risks for woman and baby.

Keywords: High-blood pressure, Edema, Proteinuria, Pregnancy, Nurse, Prevention and Treatment.

Nota Introdutória

O objectivo da realização deste artigo é identificar as intervenções de enfermagem junto da grávida, no que respeita à prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Pretende-se com a realização deste artigo, esclarecer e evidenciar este problema de saúde, clarificar a relação existente entre a hipertensão e a gravidez e ainda identificar a intervenção do enfermeiro perante esta situação. Deste modo, escolhemos trabalhar o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento das mesmas, tendo este tema despertado nos especial atenção e interesse, por se tratar de uma problemática bastante actual e recorrente.

O artigo começa por uma breve contextualização do tema, que engloba a incidência e a relação entre esta patologia e o processo de gravidez. Seguidamente, focaliza-se a importância do enfermeiro na prevenção e tratamento desta situação, sob a forma de diagnósticos e intervenções de enfermagem, segundo CIPE e, por fim, é apresentada uma conclusão, onde são sintetizados os aspectos fulcrais deste trabalho, bem como a análise dos objectivos delineados e atingido

A Pré-eclâmpsia

Durante a gravidez, a mulher está sujeita a viver um período de grandes mudanças e adaptações do seu corpo, que podem muitas vezes não ser benéficas para si ou para o novo ser. A pré-eclâmpsia é, entre outros, um problema que deve ser prevenido e gerido pelos profissionais de saúde durante o período gestacional, que tende a surgir depois das 20 semanas gestacionais em mulheres consideradas normotensas. A pré-eclâmpsia é conhecida como o aumento dos valores da Tensão Arterial, que na grávida se consideram normais a sistólica 140mmHg e diastólica 90

mmHg, e o aparecimento de proteinúria no 2º trimestre¹.

É importante perceber que a pré-eclampsia consiste no aumento dos valores da tensão somente no período gestacional o que é diferente de uma mulher que já seja hipertensa antes da gravidez, existindo ainda a chamada pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Arterial crónica, ou seja, quando a mulher já é hipertensa antes da gravidez mas a sua tensão adopta valores considerados normais, com recurso a processos terapêuticos, e durante a gravidez estes valores se descontrolam. A eclâmpsia por sua vez baseia-se na ocorrência de uma ou mais convulsões generalizadas ou coma na grávida. Porém, a eclâmpsia é mais frequente no início e no fim da idade reprodutiva da mulher.



Esquema 1– Incidência de pré-eclâmpsia

A pré-eclâmpsia pode ser moderada ou grave, sendo que na primeira se distingue pelo aumento súbito de peso (superior a 500g por semana), com aparecimento de edemas, hipertensão e proteinúria (1+)¹, enquanto que a segunda apresenta sinais como o aumento da pressão arterial maior ou igual a 160 x 110 mmHg, proteinúria (2+ ou 3+) e manifestações como o torpor, cefaleia, diplopia, turvação, dor epigástrica e por fim edema agudo do pulmão.²

Na pré-eclâmpsia moderada o mais importante é a vigilância e a gestão dos valores tencionais da grávida. Nesta situação, deve-se proceder à programação do parto tendo em consideração que a idade gestacional superior

a 36 semanas (excepto se houver más condições tocológicas), com certeza de maturidade pulmonar positiva³ e/ou agravamento da situação materna com aparecimento de sinais de pré-eclâmpsia grave. A mulher quando apresenta pequenas alterações dos valores da pressão arterial o tratamento consiste em repouso no leito (decúbito lateral esquerdo) e a vigilância diária da Tensão de 4h/4h, proteinúria, peso e diurese. Nestes casos, a grávida é ainda sujeita a uma avaliação da gravidade e risco da progressão da doença, que consiste na realização de exames laboratoriais hematológicos, da função renal e hepática e da proteinúria de 24h. Caso o estado de saúde não agrave este exame pode ser repetido no prazo de 1 ou 2 semanas, juntamente com uma fundoscopia semanal. É importante não esquecer a avaliação do bem-estar fetal que consiste na realização de uma ecografia para perceber o peso do feto no início do internamento e depois de 15 em 15 dias para monitorizar o crescimento do mesmo; é ainda necessária a realização de uma cardiocardiografia diária e amniocentese a partir das 34 semanas para avaliação da maturidade pulmonar fetal.

Por outro lado, na Pré-eclâmpsia grave o profissional de saúde deve disponibilizar à mãe e ao feto um tratamento de suporte paliativo até à programação do parto que dependerá da idade gestacional, da condição fetal e materna, assim como, dos riscos e benefícios geridos entre mãe e feto. Nestes casos o recurso a terapêutica é frequente pois o objectivo é diminuir o risco de ocorrência de convulsões (eclâmpsia), manutenção do balanço hídrico e manter a tensão diastólica entre os 90/100 mmHg. Na pré-eclâmpsia grave surgem como sinais de risco eminente⁴:

- TA sistólica 160 mmHg /diastólica 110 mmHg
- Proteinúria > 5g/24h
- Creatinina sérica > 8mg/dl
- Eclâmpsia

¹ CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77

² CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77 ISBN

³ Realizada a partir das 34 semanas

⁴ CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77 ISBN

- Aconselhar a gestante a elevar os membros inferiores aquando o descanso;
- Aconselhar a realização de massagens de relaxamento e que promovam a circulação linfática em todo o corpo, dando especial atenção aos membros inferiores;
- Aconselhar a diminuição da ingestão de sódio, em especial na comida;
- Aconselhar a gestante a evitar o uso de roupas apertadas.

Diagnóstico: Défice de conhecimento actual (contagem dos movimentos fetais)

Resultado esperado: Nível esperado de conhecimento

Intervenções de Enfermagem:

- Informar a gestante que, a partir das 17/20 semanas conseguirá sentir movimentos fetais através da palpação abdominal;
- Informar de que os sintomas dos movimentos fetais são semelhantes a flatulência mas que deverá estar atenta para não os confundir;
- Aconselhar a gestante a registar diariamente o número médio de movimentos fetais que sentiu, a fim de ser possível identificar alterações;
- Informar a gestante de que no final da gravidez, devido ao tamanho do feto, à diminuição do volume de líquido amniótico e à diminuição dos tempos de vigília do feto, serão perceptíveis menos movimentos fetais.
- Informar que, no caso de sentir movimentos fetais em número inferior a 12 no final da gravidez, deve dirigir-se ao hospital para que seja feita uma avaliação do bem-estar fetal.

Diagnóstico: Défice de conhecimento actual (sinais de pré-eclâmpsia grave)

Resultado esperado: Nível esperado de conhecimento

Intervenções de Enfermagem:

- Aconselhar a gestante a avaliar diariamente a sua tensão arterial e a registar

os valores obtidos, a fim de identificar alterações;

- Informar a importância de estar atenta a sinais de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, tais como aumento da tensão arterial para valores superiores a 160/110 mmHg, aumento de proteinúria (+2 ou +3), cefaleias, oligúria, creatinémia crescente, edema pulmonar, alterações visuais, epigastralgias, hiperreflexia e convulsões;
- Aconselhar a gestante a dirigir-se ao hospital no caso de identificar alguns dos sinais anteriormente descritos

Pré-Eclâmpsia Moderada				
Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Proteinúria	Oligúria	Sinais e sintomas*
>140mmHg <160mmHg	>90mmHg <110mmHg	<300mg/24h ou ocasional	-----	-----

Tabela 1 - Tabela referente a aspectos a ter em conta a respeito da pré-eclâmpsia moderada.

CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77

Pré – eclâmpsia grave:

Diagnóstico :

Conhecimento Comprometido.

Resultado Esperado: Conhecimento melhorado

Intervenções de Enfermagem:

- Ensino relativamente ao processo de doença, e medidas de suporte dirigidas a si e sua família

Diagnóstico:

Risco de Hipertensão de elevado grau

Resultado esperado: Hipertensão nenhuma

Intervenções de Enfermagem:

- Providenciar ambiente calmo, sem estímulos e iluminação fraca;
- Colocar a campainha em local de fácil acesso;
- Preparar os equipamentos de emergência logo que a mãe for internada, para a eventualidade de ocorrer eclâmpsia (Os equipamentos de emergência devem incluir fármacos, aparelho de aspiração e, em alguns casos, grades laterais acolchoadas na cabeceira da cama);
- Manter os fármacos anti-convulsionantes e anti-hipertensivos de emergência ao alcance (Esses medicamentos são sulfato de magnésio, metildopa, hidralazina e cloridrato de propranolol). O enfermeiro deve conhecer os mecanismos de acção, a posologia habitual e as considerações especiais de todos os fármacos;
- Validar o Kit de emergência para o parto.

Diagnóstico:

Risco de Perfusão de Tecidos

Resultado esperado: Perfusão de tecidos normal

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar as rotinas laboratoriais, como a determinação das enzimas hepáticas, hemograma com plaquetas, estudo da coagulação para a avaliação de CID, e ionograma para determinação da função renal (Farmakides e tal, 1990);
- Estimular o repouso, mas o enfermeiro tem que ter cuidado com a imobilização, devido ao risco de acidentes tromboembólicos;
- Cateterizar vesicalmente, de modo a facilitar a observação da função renal e da eficácia do tratamento.

Diagnóstico 4

Risco de Bem-estar Comprometido

Resultado esperado: Bem-estar total

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o feto relativamente ao bem-estar (ex. cardiotocografia, perfil biofísico, fluxometria por Doppler) são importantes devido à potencial hipoxia relacionada com insuficiência uteroplacentária;
- Palpar a zona abdominal para estabelecer a tonicidade uterina, tamanho e posição do feto;
- Monitorizar o feto, para determinar o seu estado de saúde.

Pré-Eclâmpsia Grave				
Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Proteinúria	Oligúria	Sinais e sintomas*
>110mmHg	>160mmHg (em 2 ocasiões com 6h de intervalo com grávida em repouso no leito)	>300mg/24 h ou com duas amostras ocasionais com 4h de intervalo	<400 ml/24h	Presente

* Perturbações visuais; Epigastrálgias; Edema Pulmonar/ cianose e Trombocitopenia

Tabela 2 – Tabela referente a aspectos a ter em conta a respeito da pré-eclâmpsia grave.

CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77

7 Intra-parto

Diagnóstico:

Risco de Hipóxia

Resultado esperado: Hipóxia nenhuma

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o feto e a mãe frequentemente, à medida que o trabalho de parto progride;
- Avaliar e prevenir a hipóxia tecidual e hemorragia; [já que ambas podem conduzir a lesão permanente de órgãos vitais. (Harvey, Burke, 1992)].
-

O risco de eclâmpsia está sempre presente, o profissional de saúde deverá estar atento a qualquer uma das situações anteriores descritas (ver tabela 1 e 2) em que ocorram convulsões antes/durante o parto ou 24h após o mesmo.¹¹

8 Pós-parto

Diagnóstico: Risco de Hipertensão

Resultado esperado: Hipertensão nenhuma

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar sinais vitais: Tensão arterial, pressão arterial, ciclos respiratórios; temperatura corporal; sendo que tensão arterial deve ser avaliada pelo menos 4 em 4 horas durante as 48 horas ou mais

frequentemente se a situação da mulher se assim o indicar;

- Manter a perfusão de 2 g de Sulfato de Magnésio a 50ml/h
- Administrar terapêutica anti-hipertensiva prescrita após suspensão de sulfato de magnésio.

Diagnóstico: Medo actual

Resultado esperado: Medo nenhum

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar as respostas da mulher e da família ao trabalho de parto, nascimento e recém-nascido;
- Encorajar a interacção e envolvimento nos cuidados do recém-nascido;
- Apoiar a díade/tríade nos cuidados ao recém-nascido;
- Informar a mãe relativamente ao prognóstico.

Considerações Finais

A eclâmpsia e pré-eclâmpsia estão associadas a um quadro específico de sintomas durante a gravidez sendo que a sua principal e maior complicação prende-se com a morte fetal e materna.

Para que o estado mais grave desta doença não ocorra a prevenção realizada pelo enfermeiro assume um destaque muito importante. Por ser o enfermeiro o profissional que mais tem contacto com a grávida assumindo um papel fulcral no que diz respeito à detecção precoce da patologia, através dos sinais e sintomas da mesma, assim como na sua prevenção realizando ensinamentos nos diferentes focos que devem monitorizados ser durante a gravidez.

Pôde-se ainda apurar que esta patologia materna tem muitas probabilidades de atingir o feto podendo causar parto pré-termo e até morte fetal, desta forma, e para prevenir que estas complicações ocorram o enfermeiro tem um papel fundamental no apoio da grávida, podendo efectivamente guia-la pelo caminho mais directo de uma gravidez saudável e ausente de patologia.

⁷ BOBAK, Irene M.; JENSEN, Margaret D.; LOWDERMILK, Deitra L. – *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-09-6.

BRADEN, Pennie Sessler – *Enfermagem materno-infantil*. 2.ª Edição. R&A Editores. 2000. ISBN 85-87148-41-9

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. *Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido*. 1ª edição São Caetano do Sul. YENDIS 146/147pp. ISBN 85-98859-05-2

⁸BOBAK, Irene M.; JENSEN, Margaret D.; LOWDERMILK, Deitra L. – *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-09-6.

BRADEN, Pennie Sessler – *Enfermagem materno-infantil*. 2.ª Edição. R&A Editores. 2000. ISBN 85-87148-41-9

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. *Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido*. 1ª edição São Caetano do Sul. YENDIS 146/147pp. ISBN 85-98859-05-2

http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3486:cuidar-da-puerpera-com-eclampsia--estudo-de-caso&catid=201:acedido a 2/10/2010 às 17:40h