

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

"CAUSAS DE INTERNAÇÃO DAS PACIENTES
OBSTÉTRICAS EM UMA UTI"

Paulo Eduardo Linhares Vieira

Ricardo Alexandre Freitas

Orientador: Professor Dr. Ricardo Nascimento

Florianópolis, setembro de 1992.

AGRADECIMENTOS

- Aos funcionários do HRHMG que tornaram possível o acesso as informações dos prontuários das pacientes.

- Ao Professor Dr. Lúcio Botelho pelo auxílio e incentivo na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	02
Resumo.....	06
Introdução.....	07
Casuística e Métodos.....	09
Resultados.....	11
Discussão.....	14
Conclusão.....	22
Bibliografia.....	23

ABSTRACT

Objective: To determine what are the most important pathologies that take the obstetric patient to be treated in intensive care unit(ICU).

Design: This is a transversal, historical and uncontrolled study. 71 patients were studied. The dates are collected from the patients promptuaries.

Setting: ICU of the Homero de Miranda Gomes Hospital.

Results: The hipertensive disorders of pregnancy and their complications were the most important causes of internment of the patients in the ICU (n=33 46,4%), the second cause was the septic abortion and the third were the hemorrhagic disorders. One patient developed HELLP syndrome and another patient developed multiple systems organ failure(MSOF). Five patients died and four these patients referred from other hospitals, two developed adult respiratory distress syndrome(ARDS).

Conclusion: After the end of research we could conclude that the ICU is a necessary units in all perinatal centers.

RESUMO

O objetivo do trabalho era determinar as mais importantes patologias que levam as pacientes obstétricas a necessitarem de cuidados de terapia intensiva.

Vimos que as desordens hipertensivas da gravidez e suas complicações são as mais importantes causas de internação de pacientes numa UTI, a segunda causa foi o aborto séptico e a terceira foram os distúrbios hemorrágicos. Uma paciente desenvolveu síndrome HELLP e outra paciente desenvolveu falência de múltiplos órgãos e sistemas. Cinco pacientes morreram e quatro destas pacientes vieram transferidas de outros hospitais, duas desenvolveram síndrome da angústia respiratória do adulto.

Após o fim do estudo pudemos concluir que a UTI é necessária em todos os centros perinatais.

INTRODUÇÃO

A gravidez, o parto e o puerpério são situações onde podem ocorrer alterações fisiológicas profundas, podendo resultar em exacerbações de doenças crônicas ou morte por processos patológicos obstétricos agudos(1).

Desde 1940, infecção, hipertensão e hemorragia são as principais causas de mortalidade materna nos países ocidentais, sendo responsáveis por mais de três quartos de todas as mortes maternas(2). (London 1991)

As mortes por hemorragia e infecção vem diminuindo. Mortes associadas a hipertensão tem ocupado o primeiro lugar sendo responsável por uma grande proporção das mortes maternas(2). (Redman 1988)

Na América do Sul, a mortalidade materna foi elevada, e em torno de 13 à 25% das mortes eram associadas com desordens hipertensivas da gravidez(2).

É conhecido pela literatura, principalmente no que diz respeito às desordens hipertensivas, que muitas pacientes eram manejadas conservadoramente em hospitais locais (não especiali-

zados) e não eram transferidas até

apresentarem complicações. Estes achados mostraram a importância do encaminhamento destas pacientes para centros de atendimento terciário com facilidades de terapia intensiva apropriada no momento do diagnóstico(3).

Em vista da pouca literatura que estuda a prática da terapia intensiva em pacientes obstétricas em nosso meio, resolvemos por bem fazer um trabalho sobre este assunto.

Temos como objetivo principal saber quais os principais processos patológicos obstétricos capazes de provocar distúrbios importantes e que por conseguinte levam a paciente a ser internada em uma unidade de terapia intensiva.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

A população estudada foi composta por 71 pacientes obstétricas que necessitaram de cuidados de terapia intensiva na UTI do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (HRHMG) no período de 26 de fevereiro de 1988 à 02 de julho de 1992.

O trabalho é classificado como sendo do tipo transversal, observacional, não-controlado e histórico, realizado a partir de análise de dados obtidos através da aplicação de um protocolo sobre os prontuários das pacientes que compõe a população estudada. Este protocolo era composto pelas seguintes variáveis:

1. Idade, cor e procedência;
2. Origem: classificada em primária e secundária. Esta variável indica se a paciente foi atendida primariamente no HRHMG ou se veio para este hospital transferida de outra instituição hospitalar e era complementada com o nome do hospital que fez a transferência.
3. Tempo de permanência da paciente na UTI.
4. Condições da paciente no momento de sua saída do hospi

tal: alta, óbito ou transferência.

5. Causa do óbito: segundo o modelo do atestado de óbito.

6. Causa base da internação: refere-se ao processo patológico ou condição que levou a internação da paciente. Se a causa fosse um aborto, tentou-se classificá-lo como espontâneo ou provocado, mas isto não foi possível pela ausência de dados.

7. Causa da admissão na UTI, composta por: insuficiência respiratória, choque, hemorragia, coma, septicemia, distúrbios hidroeletrólíticos, distúrbio ácido-base, insuficiência renal, CIVD, pós-operatório e outras.

8. Dados sobre a gestação atual, onde perguntava-se se a paciente fez ou não pré-natal, a idade gestacional no momento da internação e a evolução da gestação nos três trimestres da gravidez.

9. Conduta: qual o tratamento instituído.

Após a coleta dos dados, estes foram analisados com auxílio de software estatístico e as conclusões comparadas com a literatura internacional.

RESULTADOS

Durante a realização deste trabalho foram pesquisadas 71 pacientes obstétricas que necessitaram de cuidados de uma unidade de terapia intensiva. Das pacientes estudadas, os dados revelam que 20 (28,2%) vieram encaminhadas de outras instituições hospitalares, o restante delas, ou seja 51 (71,8%) foram atendidas no próprio HRHMG.

A ~~idade~~ idade das pacientes variou de 14 à 44 anos com uma média de 25 anos, o intervalo de idade mais significativo foi de 25 à 29 anos com 21 pacientes (29,58%).

A variável cor não teve significância em nosso trabalho, pois apenas uma paciente de cor negra foi classificada no grupo da população.

Quanto à procedência, a população de pacientes atendidas foi predominantemente constituída por gestantes que residem em localidades próximas ao HRHMG (n=60 84,5%), conforme mostra a tabela 2.

A tabela 3 revela que as causas básicas de internação hospitalar são pré-eclâmpsia(n=17), eclâmpsia(n=12), abor-

to(n=14), hipertensão arterial sistêmica(HAS)(n=4), descolamento prematuro de placenta(DPP)(n=4), hemorragia vaginal(n=2), prenhez ectópica(n=3), trabalho de parto(n=2) e outras(n=11), sendo que as outras causas são: retenção de placenta pós parto normal domiciliar, óbito fetal, diabetes mellitus do tipo II, intoxicação exógena, pelviperitonite, septicemia, choque séptico, insuficiência renal crônica, lupus eritematoso sistêmico (LES) associado à eclâmpsia, broncopneumonia com HIV positivo e deiscência de sutura uterina.

As principais causas de admissão na UTI foram: pré-eclâmpsia(n=12), eclâmpsia(n=15), choque séptico(n=8), HAS(n=1), choque hemorrágico(n=1), aborto infectado(n=1), septicemia(n=1), pós-operatório(n=1), infarto mesentérico(n=1), coagulação intravascular disseminada(CIVD)(n=1) e intoxicação exógena(n=1), as demais pacientes foram admitidas com uma associação de várias condições patológicas, entre elas: CIVD, insuficiência renal aguda, acidose metabólica, choque hipovolêmico e edema agudo de pulmão.

Uma paciente apresentou falência de múltiplos órgãos e sistemas(FMOS), outra apresentou síndrome HELLP e outra uma associação de LES com eclâmpsia.

Os dados referentes a investigação da gestação atual mostraram que 22 pacientes(31,0%) realizaram pré-natal, 20 pacientes(28,2%) não realizaram e em 29(40,8%) não foi possível a obtenção deste dado.

Quanto à idade gestacional, verificou-se que 18 pacientes

apresentavam-se com menos de 21 semanas de gestação, entre 21 e 37 semanas de gestação encontramos 25 pacientes e entre 37 e 42 semanas de gestação tivemos 24 pacientes, sendo que em 5 delas não pudemos obter este dado.

A conduta variou de encontro com a patologia encontrada, sendo mais detalhada na discussão deste nosso estudo.

Das pacientes estudadas 5(7,04%) foram à óbito , 65(91,55%) tiveram alta hospitalar e 1(1,41%) foi transferida para instituição hospitalar, conforme mostra a tabela 4.

TEMPO DE PERMANÊNCIA DAS PACIENTES OBSTETR. NA
UTI/HRHMG

TEMPO DE PERMANÊNCIA	N	%
24 hs	42	59.15
24-48 hs	11	15.49
48-60 hs	9	12.68
60-72 hs	2	02.82
> 72 hs	7	09.86
Total	71	100.00%

Fonte : SAME do HRHMG

MULHERES GESTANTES INTERNADAS NA UTI DO HRHMG
SEGUNDO PROCEDÊNCIA

PROCEDÊNCIA	N	%
FLORIANÓPOLIS	12	16,90
SÃO JOSÉ	27	38,03
PALHOÇA	12	16,90
SANTO AMARO	5	07,04
BIGUAÇU	4	05,63
OUTROS	11	15,49
Total	71	100,00

Constam como outras localidades: Paulo Lopes, Porto Belo, Governador Celso Ramos, Tijucas, Rio das Antas, Caçador, São João Batista, Imbituba, Antônio Carlos e Itapema.

Fonte: SAME do HRHMG

CONDIÇÕES DE SAÍDA DAS PACIENTES OBSTÉTRICAS INTERNADAS NA UTI DO HRHMG

CONDIÇÕES	N	%
ALTA HOSPITALAR	65	91,55
ÓBITO	5	07,04
TRANSFERÊNCIA	1	01,41
Total	71	100,00

Fonte: SAME do HRHMG

CAUSAS DE INTERNAÇÃO DAS PACIENTES OBSTÉTRICAS NA UTI DO HRHMG

CAUSAS	N	%
PRÉ-ECLÂMPSIA	17	23,94
ECLÂMPSIA	12	16,90
ABORTO	14	19,72
HAS	4	05,63
DPP	4	05,63
PRENHEZ ECTÓPICA	3	04,22
HEMORRAGIA VAGINAL	4	05,63
TRABALHO DE PARTO	2	02,84
OUTROS	11	15,49
Total	71	100,00

Fonte: SAME do HRHMG

OUTROS	11	15,49
--------	----	-------

DISCUSSÃO

Respondendo a principal pergunta feita no início deste trabalho, após análise dos dados coletados vimos que as desordens hipertensivas da gravidez [Pré-Eclâmpsia, Eclâmpsia, HAS crônica, Pré-Eclâmpsia associada com HAS crônica e HAS transitória], são os principais processos morbidos que levam as pacientes gestantes a necessitarem de cuidados de terapia intensiva.

Em segundo lugar está o aborto infectado seguido pelos distúrbios hemorrágicos.

A respeito das desordens hipertensivas da gravidez teceremos alguns comentários sobre aquelas que classificamos como mais importante em nosso estudo, segundo sua incidência.

A pré-eclâmpsia é uma patologia hipertensiva da gravidez que ocorre geralmente após a 20ª semana de gestação com maior frequência próximo ao termo, caracterizando-se por um quadro composto de proteinúria, edema e, algumas vezes, de distúrbio da coagulação e da função hepática(4,1). Pré-eclâmpsia severa

no segundo trimestre é uma complicação infrequente, sendo que o prognóstico destas pacientes e do feto depende da idade gestacional e do estado materno fetal no momento da internação(3). Nessas pacientes é recomendada a interrupção imediata da gravidez naquelas com idade gestacional menor ou igual a 24 semanas e uma conduta conservadora com monitorização materno-fetal intensa para aquelas com idade gestacional entre 24 e 27 semanas, segundo o protocolo para manejo de pré-eclâmpsia no segundo trimestre(3).

Comparando-se o grupo de pacientes com idade gestacional entre 24 e 27 semanas que tiveram interrupção imediata da gravidez e aquelas em que foi instituído tratamento conservador, este último grupo teve um maior índice de sobrevida perinatal, um aumento significativo de peso ao nascer e uma menor incidência de complicações perinatais. Não houve diferença nos dois grupos quanto a complicações maternas(3).

Dezessete pacientes(23,9%) apresentaram pré-eclâmpsia, sendo que destas a grande maioria encontrava-se na faixa etária de 14-24 anos(n=9 52,9%) e eram nulíparas.

Das pacientes que estavam com pré-eclâmpsia, sete estavam no 2º trimestre, destas, duas tiveram o feto morto no período neonatal e numa a morte fetal deu-se intrauterinamente. Quatro pacientes tiveram alta e continuaram a gestação.

Na conduta clínica realizada, 16 pacientes receberam hidralazina, 10 receberam sulfato de magnésio, 6 valium, 6 metildopa, 5 furosemide, 2 nifedipine, sendo que em alguns casos

houve associação destas drogas.

A eclâmpsia tem as mesmas características epidemiológicas e clínicas da pré-eclâmpsia, sendo que diferencia-se desta pela presença de convulsões e/ou coma e geralmente é prenunciada pelos sinais e sintomas ameaçadores (cefaléia, dor epigástrica, PAS \geq 160mmHg, PAD \geq 110mmHg, distúrbios visuais, hemorragia retineana, exsudato, papiledema, descompensação cardíaca e retardo no desenvolvimento fetal) (4).

Das pacientes internadas na UTI do HRHMG, 12 apresentaram eclâmpsia, sendo que 8(66,7%) estavam na faixa etária entre 14 e 19 anos.

Vimos que na conduta clínica utilizada todas as pacientes com eclâmpsia fizeram uso de sulfato de magnésio, 7 usaram hidralazina e 6 usaram valium, associados ou não.

Como complicações da eclâmpsia uma paciente apresentou estado de coma.

A HAS crônica foi encontrada em 4 pacientes gestantes internadas na UTI do HRHMG cuja faixa etária mais acometida foi de 25-29 anos(n=2 50%), 1 paciente complicou com eclâmpsia e disfunção renal, 1 paciente evoluiu para pré-eclâmpsia e 1 para insuficiência cardíaca congestiva e EAP.

Segundo revisão bibliográfica a droga de escolha para o tratamento da HAS crônica durante a gravidez é a metildopa, sendo que podemos usar a hidralazina como adjuvante nesta terapia. Outras drogas, como beta-bloqueadores e diuréticos podem ser usados mas tem seu uso muito controverso. O uso de ECA(p

ex. captopril) não é recomendado durante a gravidez pois causa morte fetal, isto foi constatado em estudos feitos com diversas espécies animais e está associado com oligohidrâmnios e falência renal neonatal quando administrado em humanos(4).

Duas pacientes receberam sulfato de magnésio, 3 receberam hidralazina, 1 recebeu metildopa, 1 furosemide e 1 capotem, associados ou não.

A respeito do tratamento instituído para as desordens hipertensivas nas pacientes estudadas, notou-se que a conduta clínica foi na grande maioria dos casos adequada e compatível com a literatura internacional, algumas exceções se deram nas pacientes com HAS e na pré-eclâmpsia do segundo trimestre, mas nestas últimas nossas conclusões não podem ser exatas pelo fato de não termos acompanhado os casos no momento da internação.

Uma paciente internada com eclâmpsia desenvolveu a denominada síndrome HELLP que é caracterizada por hemólise, níveis elevados de enzimas hepáticas e diminuição na contagem de plaquetas, pode progredir rapidamente e requer pronto término da gravidez(4). Essa paciente foi a óbito apresentando coma, choque hipovolêmico e distúrbio da coagulação.

Quanto as pacientes que tiveram como causa de internação o aborto 11(78,6%) apresentavam-se na faixa etária de 14-29 anos, sendo que destas 6(42,9%) estavam entre 25-29 anos.

A principal complicação nestas pacientes foi o choque séptico (n=10 78,14%) e em segundo lugar a CIVD. Uma das pacientes desenvolveu falência de múltiplos órgãos e sistemas indo a óbi-

to.

Onze pacientes foram tratadas com esquema antibiótico triplíce composto por penicilina, gentamicina e cloranfenicol, 4 destas pacientes usaram metronidazol em substituição ao cloranfenicol, 13 pacientes sofreram curetagem uterina e 3 foram levadas a histerectomia; em todos os casos o tratamento foi adequado.

Após a abordagem das patologias de maior incidência encontradas em nosso trabalho faremos uma breve discussão sobre outras causas que são de grande importância na obstetria.

Quatro pacientes (5,6%) apresentaram DPP sendo que a faixa etária mais acometida foi a de 25-29 anos (n=3 75%) e 75% são multiparas. A incidência do DPP pode ser de 2,9% nas pacientes grávidas e a sua severidade depende do grau de descolamento. O quadro clínico geralmente caracteriza-se por sangramento vaginal com irritabilidade uterina e dor em casos severos. No entanto o sangramento pode ser oculto como uma hemorragia retroplacentária tornando muitas vezes o diagnóstico difícil.

A principal complicação nestas pacientes foi a CIVD (n=3 75%). Esta se dá pelo dano tecidual placentário que libera tromboplastina ativando a via extrínseca da coagulação. Também contribuem para a fisiopatologia da CIVD o consumo de fatores da coagulação pelo coágulo retroplacentário e a ativação do plasminogênio que destrói o fibrinogênio promovendo fibrinólise (6).

Todas estas pacientes tiveram morte fetal e como tipo de

parto a cesareana. O tratamento da condição subjacente é a principal conduta terapêutica. A menos que surjam complicações hemorrágicas ou tromboembólicas graves a terapêutica específica da CIVD não precisa ser instituída (7).

O resultado desejado com o tratamento da CIVD consiste na interrupção do sangramento, na elevação das concentrações plasmáticas de fibrinogênio e na redução dos produtos de degradação da fibrina (7).

Tres pacientes tiveram prenhez ectópica, destas 66,7% (n=2) estavam na faixa etária de 35-39 anos, 2 pacientes tiveram prenhez ectópica rota com complicações hemorrágicas. Todas foram tratadas cirurgicamente com retirada de anexos.

Quatro pacientes apresentaram hemorragia pós-parto. O mecanismo primário responsável pela hemostasia no período pós-parto imediato é a contratilidade uterina (formação do globo de segurança de Pinard). Fatores que impedem a eficácia da contratilidade uterina são a retenção de fragmentos placentários, superdistensão uterina (p.ex. gêmeos), amniotite e drogas como sulfato de magnésio, terbutalina, ritodrina e concentração elevada de inalação anestésica (6).

O aumento na contratilidade uterina resulta da massagem manual do útero e drogas como ocitocina, ergotrate e certas prostaglandinas. Hemorragia pós-parto (3-5% das gravidez) resulta da atonia uterina, da retenção de fragmentos placentários e do reparo incompleto da episiotomia.

Uma complicou com eclâmpsia, uma com CIVD, uma com septi-

cemias e uma com choque hemorrágico, sendo tratadas de acordo com a complicação.

As 13 pacientes restantes foram acometidas por patologias diversas que são: diabetes mellitus tipo II, óbito fetal, deiscência de sutura ^{Cicatrizes} uterina, retenção de placenta pós parto domiciliar, pelviperitonite, intoxicação exógena, broncopneumonia, insuficiência renal crônica, LES associado a eclâmpsia, septicemia, colestase intra-hepática, infarto mesentérico e choque séptico.

A respeito das condições de alta das pacientes, 5 delas foram a óbito sendo que apenas 1 foi atendida primariamente no HRHMG, as demais vieram transferidas de outras instituições hospitalares que não possuem UTI adequada.

Nestas pacientes as causas base de internação foram aborto incompleto, LES associado a eclâmpsia, insuficiência renal crônica, eclâmpsia e pré-eclâmpsia sendo a causa mortis destas, respectivamente, insuficiência renal aguda, choque séptico, síndrome da angústia respiratória do adulto (SARA), SARA e infarto intestinal.

As pacientes com pré-eclâmpsia/eclâmpsia melhoram notavelmente em 24-48 hs com terapêutica adequada (8). A pré-eclâmpsia regride quase sempre após o parto e os sinais e sintomas diminuem dentro de 48 hs (4).

Isto pode explicar a razão da pouca permanência das pacientes com essas patologias na UTI, pois destas, 70,6% tem seus problemas resolvidos em 48 hs e podem ter alta da UTI.

CONCLUSÃO

Após respondida a pergunta primordial de nosso trabalho, sendo as desordens hipertensivas da gravidez, o aborto e os distúrbios hemorrágicos as principais causas que levam as pacientes obstétricas a necessitarem de cuidados de terapia intensiva pudemos notar que as taxas de mortalidade aumentavam quando a paciente era transferida de uma instituição hospitalar que não era provida de uma UTI (80% das pacientes que foram à óbito).

Notamos, portanto, que é necessária a presença de uma UTI em todas as instituições hospitalares responsáveis pelo atendimento às pacientes obstétricas.

BIBLIOGRAFIA

1. CIVETTA J.M.: Critical Care, chapter 118, pp 1367-74, Lippincott, 1988.
2. DULEY L. Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1992;99:547-53.
3. SIBAY B.M., Ake S, Fairlie F and Moretti M. A protocol for managing severe preeclampsia in the second trimester. Am J Obstet Gynecol 1990;163:733-38
4. CUNNINGHAM F.G, Lindheimer MD. Review Article: Hipertension in Pregnancy. N Engl J Med 1992;326:927-31.
5. National High Blood Pressure Education Program Working Group report on high blood pressure during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990;163:1689-712.

6. CIVETTA J.M.: Critical Care, chapter 117, pp 1359-63; Lippincott, 1988.

7. URLAND M.J and Saltman R.J. Manual de Terapêutica Clínica, p 354, 25^{ed}, Medsi, 1988.

8. BENSON R.C. Manual de Obstetria e Ginecologia, pp 232-339, 7^{ed}, Guanabara Koogan, 1981.

TCC
UFSC
TO
0182

N.Cham. TCC UFSC TO 0182

Autor: Vieira, Paulo Edua

Título: Causas de internação das pacient



972806586

Ac. 254316

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM