

A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

2



A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

2



Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde 2 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-969-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.698221502>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Iniciamos o ano de 2022 com mais um projeto de qualidade na área da saúde, trata-se da obra “A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde - volume 2” coordenada pela Atena Editora, e inicialmente, compreendida em dois volumes.

Sabemos que o olhar técnico é de extrema importância na determinação dos processos patológicos, assim como o desenvolvimento de metodologias que sejam cada vez mais acuradas e assertivas no diagnóstico. Uma consequência desse processo é o estabelecimento de práticas otimizadas e eficazes para o desenvolvimento da saúde nos âmbitos sociais e econômicos.

Todo material aqui disposto, está diretamente relacionado com o trabalho constante dos profissionais da saúde na busca deste desenvolvimento mencionado, mesmo em face dos diversos problemas e dificuldades enfrentados. Assim, direcionamos ao nosso leitor uma produção científica com conhecimento de causa do seu título proposto, o que a qualifica mais ainda diante do cenário atual e aumentando a importância de se aprofundar no conhecimento nas diversas técnicas de estudo do campo médico que tragam retorno no bem estar físico, mental e social da população. Esta obra, portanto, compreende uma comunicação de dados muito bem elaborados e descritos das diversas áreas da medicina oferecendo uma teoria muito bem elaborada em cada capítulo.

Por fim, oferecer esses dados através de uma literatura, rigorosamente avaliada, evidencia a importância de uma comunicação sólida com dados relevantes na área médica, deste modo a obra alcança os mais diversos nichos das ciências médicas.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A ASSOCIAÇÃO ENTRE ECLAMPسيا E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) HEMORRÁGICO

Breno Sales Scheidt
Guilherme Abreu de Britto Comte de Alencar
Katia Liberato Sales Scheidt

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215021>

CAPÍTULO 2..... 13

A RELAÇÃO ENTRE: OBESIDADE, DRGE E ESÔFAGO DE BARRET

Fabiana Simão Michelini
Carlos Pereira Nunes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215022>

CAPÍTULO 3..... 26

APERFEIÇOAMENTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA FACILITANDO O PROCESSO DE INSERÇÃO NO CENTRO DE PARTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Valdiclea de Jesus Veras
Rosemary Fernandes Correa Alencar
Luciana Cortez Almeida Navia
Karla Kelma Almeida Rocha
Suzana Portilho Amaral Dourado
Maria José de Sousa Medeiros
Danessa Silva Araujo Gomes
Vanessa Mairla Lima Braga
Girlene de Jesus Souza Chaves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215023>

CAPÍTULO 4..... 33

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO QUANTO À INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Laura de Oliveira Regis Fonseca
Camilla Santos Prado
Kelen Cristina Estavanate de Castro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215024>

CAPÍTULO 5..... 46

CAMADA DECI-REDUTORA PARA INSTALAÇÕES COM TRATAMENTOS EM ARCO VOLUMÉTRICO

Diego Saraiva de Mello
Daianne Madureira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215025>

CAPÍTULO 6..... 59

DESENVOLVIMENTO DA MIOCARDIOPATIA TAKOTSUBO: REVISÃO INTEGRATIVA

Ellen Dayane Da Silva Santos

Cristiana da Costa Luciano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215026>

CAPÍTULO 7..... 67

DOENÇA DE SEVER EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Silvia Maria Araújo Moraes

Alzira Orletti Dias

Patrick de Abreu Cunha Lopes

Carlos Eduardo Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215027>

CAPÍTULO 8..... 73

GANHO DE HABILIDADES ÉTICAS E SEMIOTÉCNICAS COM CURSO INTENSIVO PARA DISCENTES DA GRADUAÇÃO MÉDICA

Ana Paula Santos Oliveira Brito

Edson Yuzur Yasojima

Wescley Miguel Pereira

Fabrcio Maués Santos Rodrigues

Carolina Ribeiro Mainardi

Marcus Vinicius Henriques Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215028>

CAPÍTULO 9..... 80

INFLUÊNCIA DA OBESIDADE NOS OSSOS E NA REPARAÇÃO ÓSSEA

Julia Perinotto Picelli

Endrigo Gabellini Leonel Alves

Trayse Graneli Soares

Juliana Gonzaga da Silva

Marina Cazarini Madeira

Isabel Rodrigues Rosado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982215029>

CAPÍTULO 10..... 95

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS IDOSOS

Julia Marques Aguirre

Mariana Vieira de Andrade

Paula Mendonça Honorato

Paola Renon Rosa da Costa

Kamila Norberlandi Leite

Fernanda Moraes Machado

Guilherme Calil e Silva

Pedro Carvalho Campos Faria

Gustavo Fleury Gomes Ferreira

Aline de Araújo Freitas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150210>

CAPÍTULO 11..... 105

LOBECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA POR TUMOR METACRÔNICO PULMONAR EM PACIENTE JOVEM COM DIAGNÓSTICO DE SARCOMA PRÉVIO

Nathalia Melo de Sá

Matheus Teodoro Cortes

Larissa Radd Magalhães Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150211>

CAPÍTULO 12..... 108

O PROCESSO DE ADOECER NA ROTINA UNIVERSITÁRIA ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA: SEDENTARISMO E A NEGLIGÊNCIA DA IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA

Victor Alberto Nemirski Parmeggiani

Natália Lorenzi de Souza

Solena Ziemer Kusma Fidalski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150212>

CAPÍTULO 13..... 122

OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA A COVID-19

Ana Paula V. dos S. Esteves

Daniel N. de Almeida

Mario Antônio S. Simões

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150213>

CAPÍTULO 14..... 135

PERFIL DO CARCINOMA HEPATOCELULAR DE PACIENTES ACOMPANHADOS EM UM AMBULATÓRIO TERCIÁRIO NA CIDADE DE MANAUS-AM

Cristiane Santos da Silva

Mariane de Souza Campos Costa

Ana Beatriz da Cruz Lopo Figueiredo

Marcele Seixas Reis

Michelle Bruna da Silva Sena

Wilson Marques Ramos Júnior

Arlene dos Santos Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150214>

CAPÍTULO 15..... 145

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA DO TRATO GASTROINTESTINAL (TGI) ANTES E APÓS TRATAMENTO SISTÊMICO EM UMA CLÍNICA PARTICULAR EM SALVADOR – BA

Rita de Cássia Costa Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150215>

CAPÍTULO 16.....	160
RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO POR DANO ESTÉTICO	
Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino	
Wilson Eneas Maximiano	
Enzo Masgrau de Oliveira Sanchotene	
Pedro Pompeo Boechat Araujo	
Giovanna Biângulo Lacerda Chaves	
Beatriz Tambellini Giacomasso	
Victor Ryan Ferrão Chaves	
Henrique Cachoeira Galvane	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150216	
CAPÍTULO 17.....	170
RISK TO ACQUIRING TOXOPLASMOSIS HUMAN TO HUMAN	
Martha Rosales-Aguilar	
María de los Remedios Sánchez-Díaz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150217	
CAPÍTULO 18.....	176
SÍNDROME DE HALLERVORDEN-SPATZ – RELATO DE CASO	
Jefferson Borges de Oliveira	
Maiévi Liston	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150218	
CAPÍTULO 19.....	184
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PATÊNCIA DE CANAL ARTERIAL EM PREMATURO EXTREMO	
Jéssica Santos Corrêa	
Erica de Moraes Santos Corrêa	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.69822150219	
SOBRE O ORGANIZADOR.....	188
ÍNDICE REMISSIVO.....	189

CAPÍTULO 1

A ASSOCIAÇÃO ENTRE ECLAMPSIA E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) HEMORRÁGICO

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 07/11/2021

Breno Sales Scheidt

Centro Universitário Serra dos Órgãos –
UNIFESO
Teresópolis – RJ
<http://lattes.cnpq.br/3300857572962438>

Guilherme Abreu de Britto Comte de Alencar

Centro Universitário Serra dos Órgãos–
UNIFESO
Teresópolis – RJ
<http://lattes.cnpq.br/7720449238206420>

Katia Liberato Sales Scheidt

Centro Universitário Serra dos Órgãos–
UNIFESO
Teresópolis – RJ
<http://lattes.cnpq.br/7949116796693445>

RESUMO: Síndromes hipertensivas ocorrem com frequência durante a gestação, sendo uma importante causa de morbimortalidade materna no Brasil. A pré-eclâmpsia é um distúrbio hipertensivo multissistêmico exclusivo da gravidez, caracterizado por disfunção endotelial e desregulação imunológica que afeta 3% a 8% de todas as gestações. A eclampsia, uma de suas formas graves, é caracterizada por episódios de convulsões até o décimo dia do puerpério. A associação entre eclampsia e hemorragia encefálica foi reconhecida desde 1881 e foi relatada como a causa mais comum de morte em pacientes com eclampsia. **Objetivo:**

Apresentar o caso de eclampsia associado a Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional descritivo realizado no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano, mediante aprovação do CEP/UNIFESO. Os dados foram coletados do prontuário. **Resultados:** Gestante de 32 anos, negra, com 37 semanas de gestação, sem comorbidades prévias. Evoluiu com eclampsia associada a AVC, interrupção da prenhez, seguido de óbito. **Conclusões:** Apesar dos avanços científicos quanto à prevenção e tratamento, o manejo adequado da eclampsia é um desafio devido às manifestações imprevisíveis em sua progressão.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão induzida pela gravidez; Complicações cardiovasculares na gravidez; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Pré-eclâmpsia; Eclampsia.

THE ASSOCIATION BETWEEN ECLAMPSIA AND HEMORRHAGIC STROKE

ABSTRACT: Hypertensive syndromes occur frequently during pregnancy, being an important cause of maternal morbidity and mortality in Brazil. Preeclampsia is a multisystem hypertensive disorder unique to pregnancy, characterized by endothelial dysfunction and immune dysregulation that affects 3% to 8% of all pregnancies. Eclampsia, one of its severe forms, is characterized by episodes of seizures until the tenth day of the postpartum period. The association between eclampsia and brain hemorrhage has been recognized

since 1881 and has been reported as the most common cause of death in patients with eclampsia. **Aims:** To present the case of eclampsia associated with stroke. **Methods:** This is a descriptive observational study carried out at the Hospital das Clínicas in the city of Teresópolis Constantino Otaviano, after approval by CEP / UNIFESO. Data were collected from medical records. Results: A 32-year-old black woman, at 37 weeks of gestation, without previous comorbidities. The patient evolved with stroke-associated eclampsia, interruption of pregnancy, followed by death. **Conclusions:** despite scientific advances in prevention and treatment, the proper management of eclampsia is a challenge given the unpredictable manifestations in its progression.

KEYWORDS: Hipertension, Pregnancy-Induced; Pregnancy complications, cardiovascular; Stroke; Preeclampsia; Eclampsia.

1 | INTRODUÇÃO

Síndromes hipertensivas são complicações que ocorrem com frequência durante a gestação e são uma importante causa de morte materna no Brasil. A pré-eclâmpsia é um distúrbio hipertensivo multissistêmico exclusivo da gravidez, caracterizado por disfunção endotelial generalizada e desregulação imunológica. Apesar de sua etiologia desconhecida, a pré-eclâmpsia está relacionada com a diminuição do fluxo útero-placentário gerando hipoperfusão e insuficiência placentária.

Uma vez diagnosticada a doença, o objetivo do tratamento é a prevenção das complicações materno-fetais, como o descolamento prematuro da placenta, acidente vascular cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal e o agravamento do quadro clínico para pré-eclâmpsia grave, síndrome HELLP e eclampsia.

A eclampsia, uma de suas formas graves, é caracterizada por episódios de convulsões em uma mulher com pré-eclâmpsia. A associação entre eclampsia e hemorragia cerebral foi reconhecida desde 1881 e foi relatada como a causa mais comum de morte em pacientes com eclampsia.

O acidente vascular encefálico (AVE) é um evento raro durante a gravidez, com incidência em torno de 34 casos/100.000 partos. Mulheres com distúrbio hipertensivo na gravidez, sobretudo as formas graves, possuem 6 a 9 vezes mais probabilidade de desenvolver AVE, sendo o AVE hemorrágico o tipo mais comum associado a essas etiologias. Apesar da relativa raridade, este estudo propõe relatar um caso de agravo à saúde da gestante para aprimorar o diagnóstico e a abordagem terapêutica de pacientes com esta patologia, garantindo um melhor desfecho aos quadros similares.

2 | OBJETIVOS

Relatar caso de associação entre eclampsia e AVC hemorrágico.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo de um caso de eclampsia associada a AVC hemorrágico realizado no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano-HCTCO.

A coleta de dados foi realizada a partir de dados secundários, em prontuário. Os dados relativos à evolução da paciente durante o período de doze dias de internação foram registrados e discutidos à luz da literatura corrente.

Para a revisão da literatura foram definidos os Descritores de Saúde, no vocabulário estruturado DeCS. Inicialmente buscou-se o termo mais amplo, Eclampsia, posteriormente os descritores foram refinados e inseridos como critério de inclusão, utilizando-se: Hipertension, Pregnancy-Induced; Pregnancy complications, cardiovascular; Stroke; Preeclampsia. Foram selecionados 68 artigos, dos quais 31 foram utilizados.

4 | QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo CEP/UNIFESO através do protocolo de número CAAE 45354621.5.0000.524.

5 | RELATO DE CASO

Apresentação do caso

Mulher, 32 anos, ativa, autônoma, negra, G3P2CA0, 37 semanas e 2 dias de idade gestacional, 5 consultas de pré-natal sem intercorrências, normotensa, sem comorbidades. Admitida no serviço de emergência em estado pós ictal, torporosa, pouco responsiva, com queixa de cefaleia. Pressão Arterial (PA) de admissão: 110x80 mmHg e normoglicêmica. Apresentava BCF: 117 bpm, ritmado; tônus uterino normal e ausência de metrossístoles.

Durante o exame, apresentou vômitos e episódio de convulsão tônico clônica seguido de liberação esfíncteriana. Nova aferição da PA constatou 230x140 mmHg. Realizada rotina de DHEG (Doença Hipertensiva Exclusiva da Gravidez), solicitação de eletrólitos, diazepam intramuscular e sulfato de magnésio endovenoso na dose de ataque.

Levada para o centro cirúrgico em convulsão tônico clônica, não cooperativa, sialorréica, apresentando pupilas mióticas com discreta discoria de predominância à direita. Sondada, eliminou 100ml urina clara. Classificada em estado físico ASA IIIIE. Realizada monitorização ASA padrão, revisão de venóclise, indução com fentanil 200 mg, propofol 200 mg, suxametônio 100 mg, realizado intubação orotraqueal acoplado a ventilação mecânica e sevoflurano iniciado em 2% seguindo com instalação do índice bispectral (BIS). Iniciado sulfato de magnésio na dose manutenção.

O recém-nascido apresentou APGAR de 8 e 9 no 1' e 5' respectivamente; peso

ao nascer: 2970g; sexo masculino e clampeamento imediato do cordão. Ao término do procedimento foi extubada, mantendo estabilidade cardiorrespiratória, eupneica em ar ambiente, pouco interativa, localizava dor, apresentou discreta abertura ocular e emissão de sons ao estímulo. Seguiu em neurovigilância, aguardando vaga de terapia intensiva (UTI).

Evoluiu com piora do quadro neurológico sendo novamente intubada e submetida à tomografia de crânio em que foi diagnosticada com AVE hemorrágico, com hemoventrículo, hemorragia subaracnoidea (Fisher 4), hematoma intraparenquimatoso temporal à direita, hidrocefalia e apagamento de sulcos e cisternas de base, sendo necessário tratamento cirúrgico de urgência com colocação de Derivação Ventricular Externa-DVE.

Seguiu para UTI onde teve acompanhamento multidisciplinar, porém evoluiu com importante piora clínica, apresentando pneumonia adquirida ao ventilador e óbito.

O recém-nascido obteve alta hospitalar com 51 horas de vida, Capurro somático equivalente a 37 semanas e 5 dias, adequado para idade gestacional (AIG), testes de triagem sem alterações, ativo e em aleitamento artificial.

Exames complementares:

Após admissão da paciente, foi realizado exame de Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, utilizando a técnica de aquisição volumétrica dos dados e posteriores reconstruções axiais, antes e após administração venosa de contraste iodado.

Análise: Hematoma intraparenquimatoso com edema ao seu redor, medindo cerca de 3,1 x 2,8 cm, localizado no lobo temporal direito, associado a hemoventrículo ipsilateral, no quarto ventrículo e de forma menos evidente no ventrículo lateral contralateral. Havia ainda, hemorragia subaracnóidea no tentório à direita. Restante do parênquima encefálico homogêneo, com coeficientes de atenuação normais. Sulcos e cissuras corticais normais. Cisternas da base anatômicas.

Paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, colocação de DVE, procedimento sem intercorrências, a paciente retornou ao CTI (Centro de Terapia Intensiva).

No dia seguinte à internação, foi realizado nova TC de crânio, com a técnica de aquisição helicoidal com posteriores reconstruções multiplanares, sem a administração do meio de contraste iodado.

Análise: Orifício de trepanação no osso frontal direito para passagem de cateter de derivação ventricular com a extremidade localizada no corno anterior do ventrículo lateral. Observou-se imagem sugestiva de hematoma intraparenquimatoso com edema ao seu redor, localizado no lobo temporal direito, associada a hemoventrículo ipsilateral, no quarto ventrículo e menos evidente no ventrículo lateral esquerdo. Associa-se efeito de massa sobre a linha média para esquerda (em torno de 9 mm). Cisternas da base anatômicas.

D1

Paciente admitida no CTI com diagnóstico de AVE Hemorrágico (hemoventrículo), pós-operatório de cesárea/ eclampsia.

Paciente sedada em Tubo orotraqueal-TOT, Ventilação mecânica-VM e acesso venoso em Membro Superior Direito-MSD. Ao exame físico não apresentava respostas aos estímulos, pupilas mióticas e bilateralmente, isocóricas. Abdômen apresentava: útero palpável a 2 polpas da cicatriz umbilical. MMII: edema (2+/4) bilateral, até maléolo, frio, mole e indolor. Seguiu estável hemodinamicamente e seus sinais vitais dentro dos parâmetros normais; SATO2: 96%; HGT normal; diurese: 1800 ml. Realizado Derivação Ventricular Externa-DVE, sem intercorrências.

D2

Realizada punção venosa central em subclávia direita com instalação de CDL (cateter duplo lúmen).

Paciente sedada, RASS -5, com sinais vitais estáveis e avaliação neurológica mantida. DVE: 50 ml com saída de líquido hemorrágico, orientada a manutenção da cabeceira elevada; devido provável diagnóstico de aneurisma cerebral roto. Programado exame de arteriografia cerebral, quando em condições realizá-lo.

Paciente apresentou bradicardia sinusal, iniciado amina (2ml/h) e redução do midazolam, objetivando mínima sedação eficaz. Iniciado manitol e também dieta enteral.

Exames: Leucócitos: 19770/ μ L; Hemoglobina: 10 g/dL; Hematócrito: 30,2%, Plaquetas: 168000/ μ L; Glicose: 164 mg/dL; Ureia: 13 mg/dL; Creatinina: 0,5 mg/dL; Spot Urinário (relação proteína/ creatinina): 1,17 mg/dL, Ácido Úrico: 3,9 mg/dL; TGO: 67 U/L; LDH: 737 U/L; Bilirrubina Total:0,4 mg/dL; Anti-HIV: não reagente; VDRL: não reagente

D3

Paciente seguiu sedada (Fentanil1ml/h; Midazolam 2ml/h); RASS -5. Bem adaptada ao ventilador. Iniciado tratamento de anticoagulação profilática. Débito do DVE: 65 ml de líquido francamente hemorrágico.

D4

Paciente sedada RASS -2, sem localizar examinador. Estável hemodinamicamente com amina em baixa dose. Bem adaptada ao ventilador. Sinais vitais sem alterações significativas. Débito do DVE: 120 ml de líquido sero hemático.

D5

Paciente sem sedação, Glasgow 8 (O3, V1, M4), localizava o examinador, pupilas mióticas, pouco fotorreagentes, hemiplégica/parética a esquerda. Estável hemodinamicamente sem aminas, ventilando por TOT + VM, bem adaptada. Apresentando mioclonia em membro inferior direito (MID). Iniciado fenitoína, programada progressão do desmame VM.

D6

Paciente sem sedação, Glasgow 10 (O3, V1, M6), localizava o examinador e interagiu de forma errática. Estável hemodinamicamente e sem aminas. Posteriormente, paciente se apresentou agitada. Aparelho respiratório com roncos e sibilos à ausculta pulmonar. Exame sorológico COVID-19: IgM: 0,85 (não reagente); IgG: 7,58 (reagente)

D7

Paciente grave, sedada, RASS-4 com Precedex5ml/h, com períodos de agitação e taquipneia, pupilas isocóricas, pouco fotorreagentes. Hemiparética a esquerda. Estável hemodinamicamente sem aminas. Aparelho respiratório com roncos difusos apresentava secreção traqueal com aspecto sanguinolento. Iniciado carbamazepina e risperidona para controle de delírium e progressão do desmame de VM.

D8

Paciente grave, sedada, RASS-2, com períodos de agitação, interagindo com o examinador, algo letárgica. Houve ajuste na infusão de precedex para 6ml/h.

Apresentou Proteína C-reativa (PCR) em elevação, bastonemia e elevação da temperatura. Iniciado ceftriaxone + clindamicina.

Realizada infusão de 1 bolsa de concentrado de hemácias.

Solicitado novos exames (hemocultura, urinocultura e secreção traqueal).

D9

Paciente manteve o quadro clínico e aguarda marcação para arteriografia. Solicitado ecodoppler venoso de membro inferior esquerdo.

Exames: Leucócitos 13020/ μ L; Basófilos: 0/ μ L; Eosinófilo: 2/ μ L; Bastão 6/ μ L; Segmentado: 78/ μ L; Hemoglobina: 7,5g/dL; Hematócrito: 24,6%; PCR (proteína C-reativa): 299 mg/L; Lactato: 16 U/L; Glicose: 110 mg/dL; Ureia 49 mg/dL; Creatinina 1,0 mg/dL; Sódio 159 mEq/L; Potássio 3,1 mEq/L Gasometria Arterial: PH: 7,483; PO2: 100mmHg; Sat. O2: 98%; PCO2: 24mmHg; HCO3: 18milimol/L; BE: - 4,4milimol/L

D10

Paciente grave, sedada, RASS-2, com períodos de agitação, interagindo com o examinador, obedecendo a comando, pupilas isocóricas, pouco fotorreagentes, hemiparética à esquerda. Estável hemodinamicamente, com despertar satisfatório do ponto de vista neurológico, atendendo a comandos, mobilizando dimidio direito, sedação leve para conforto. Infusões: precedex10ml/h, Fentanil 2ml/h, sem aminas. Ainda depende de VM, apresentando restrição para extubação por componente pulmonar.

D11

Paciente grave, sedada, RASS-1, interagindo com o examinador, obedecendo a comando, pupilas isocóricas. Hemiparética à esquerda. Estável sem aminas. DVE drenando secreção serohemática clara. MMII: indolores, edema 2+/4, assimétrico, associado à diferença de temperatura.

Exames: Glicose: 158 mg/dL; Ureia: 38 md/dL; Creatinina: 0,7 mg/dL; Sódio: 152 mEq/L; Potássio: 4,0mEq/L; Leucócitos: 13330/ μ L; PCR: 298 mg/L
Hemocultura e urinocultura: negativas

D12

Paciente grave, superficialmente sedada. Infusões: Midazolam8ml/h e fentanil 4ml/h, RASS-2, interagindo com o examinador, hemiparética à esquerda com assimetria de membro inferior associado a edema (2+/4) e diferença de temperatura.

Exames: Glicose: 126 mg/dL; Ureia: 27 mg/dL; Creatinina: 0,7 mg/dL; Sódio: 152 mEq/L; Potássio: 4 mEq/L; Leucócitos: 18100/ μ L; Bastão: 6/ μ L; PCR: 249,3 mg/L; Lactato: 16 U/L
EcoDoppler Venoso de Membro Inferior Esquerdo: Ausência de trombose venosa profunda e superficial

D13

Médica plantonista do CTI é chamada pela enfermagem para avaliar paciente encontrada em parada cardiorrespiratória após realização deradiografia de tórax. Imediatamente, foi iniciada manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), com massagem cardíaca externa, ambuzando paciente com FiO2 a 100% e iniciado adrenalina. Após realização de RCP em 30 minutos, paciente permaneceu sem pulsos, pupilas midriáticas e fixas, sem achados eletrocardiográficos. Declarado óbito da paciente.

D: dia de internação. Fonte: Prontuário cedido pela direção do HCTCO.

QUADRO 01: SEGUIMENTO DA PACIENTE DURANTE INTERNAÇÃO NO CTI

6 | DISCUSSÃO

As desordens hipertensivas são consideradas as principais causas de morte materna, em torno de 26%, na América Latina e Caribe, incluindo o Brasil, enquanto nos países desenvolvidos esses índices caem para 16%. Cabe destacar que aproximadamente

30% são decorrentes da hipertensão crônica e 70% estão relacionadas à toxemia.

A pré-eclâmpsia é uma doença multissistêmica exclusiva da gravidez humana, caracterizada por hipertensão e envolvimento de sistemas de órgãos que ocorre após a 20ª semana de gestação.

A doença é responsável por considerável morbidade e mortalidade. As mortes estão correlacionadas à hemorragia intracraniana e infarto cerebral, edema pulmonar agudo e insuficiência respiratória. Além de complicações maternas graves como: descolamento prematuro da placenta, eclampsia, acidentes vasculares cerebrais, falência de órgãos e coagulação intravascular disseminada.

A pré-eclâmpsia é considerada a principal causa de restrição do crescimento fetal, morte fetal intrauterina e nascimento prematuro.

Nas mulheres com pré-eclâmpsia, a invasão trofoblástica ocorre de maneira inadequada, resultando em vasos de alta resistência e circulação placentária com baixo fluxo. A isquemia placentária aumenta a produção de radicais livres que lesam o endotélio, ativa plaquetas e promove maior liberação de vasoconstritores em detrimento de menor produção de vasodilatadores, como prostaciclina e óxido nítrico. Como consequências deste fenômeno, destacam-se a vasoconstrição generalizada e redução da perfusão de órgãos.

Pré-eclâmpsia grave é caracterizada pelo acometimento de qualquer um destes sistemas: sistema nervoso central, cardiorrespiratório, gastrointestinal, hematológico, renal e circulação uteroplacentária. A hipertensão arterial é o sinal precoce da doença, decorrente da elevação na resistência vascular por lesão endotelial e aumento na sensibilidade vascular à angiotensina e à norepinefrina.

As convulsões eclâmpicas são consideradas como um acidente agudo, uma complicação grave da pré-eclâmpsia, apesar de 50% das mulheres que desenvolvem eclampsia, não apresentarem sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. A tríade: hipertensão arterial, proteinúria e edema estão presentes, na maioria das pacientes pré-eclâmpicas, mas não em todas.

Segundo Neme (2006), nos países desenvolvidos a incidência de eclampsia é estimada em torno de 1:330 partos, enquanto no Brasil, em hospitais universitários, ocorre aproximadamente em 1% das gestações. São fatores de risco para eclampsia: doença renal ou hipertensão arterial prévia, pré-eclâmpsia ou eclampsia prévias, nuliparidade, gestação múltipla, triploidia, gestação molar, lúpus eritematosos sistêmicos.

A convulsão eclâmpica é do tipo tônico-clônica, caracterizada por contrações musculares rítmicas e períodos de apneia. Normalmente são precedidas pelos sintomas de cefaleia, distúrbios visuais ou dor epigástrica.

A eclampsia pode se instalar com manifestações convulsivas ou comatosas de forma isolada ou associada à hipertensão arterial sistêmica materna preexistente.

As causas da convulsão não são claras e várias etiologias podem estar

correlacionadas, dentre elas: hemorragia intracerebral, encefalopatia hipertensiva e coagulação intravascular disseminada, são causas potenciais de convulsão.

O acometimento cerebrovascular na eclampsia está relacionado à perda da autorregulação do fluxo sanguíneo, hiperperfusão e edema. O edema é possivelmente angiogênico cursando com perda da função da barreira hematoencefálica, aumento do espaço extracelular e progressiva compressão que resultam na convulsão.

A eclampsia parece responsável por 50.000 mortes maternas anuais. Entre as causas de morte materna, destaca-se a hemorragia cerebral.

A Hemorragia Subaracnóidea (HSA) é a terceira principal causa de morte materna não obstétrica. A apresentação de HSA na gestação faz diagnóstico diferencial com eclampsia, pois se apresenta com cefaleia, vômitos, convulsões ou diminuição do nível de consciência. Sendo necessária a confirmação diagnóstica por meio de neuroimagem ou análise do líquido.

Os casos de HSA em gestantes estão relacionados às alterações hemodinâmicas presentes na própria gravidez. O volume sanguíneo no terceiro trimestre aumenta em cerca de 50%, causando elevação do débito cardíaco e da pressão nas paredes dos vasos enfraquecidos. O resultado deste fenômeno é a instabilidade do aneurisma. Por consequência, a maior parte dos casos de HSA está relacionada a aneurismas cerebrais rompidos ou hipertensão induzida por gravidez e eclampsia

A incidência citada de HSA por ruptura de aneurisma na gravidez varia de 3 a 11 por 100.000 gestações.

Segundo Sharma (2000), o controle da paciente pré-eclâmptica inclui adequada monitorização fetal, prevenção de convulsões, controle ativo do trabalho de parto, manutenção da perfusão útero-placentária, promoção de analgesia adequada para o trabalho de parto e anestesia segura para o parto cirúrgico.

O único tratamento definitivo é o parto do feto e da placenta, sendo necessário dosar risco benefício especialmente quando a doença se estabelece antes da 37ª semana objetivando garantir a saúde da mãe e boas condições de nascimento do bebê.

Inicialmente investigam-se possíveis comorbidades maternas através de exames laboratoriais que incluem: contagem de plaquetas, testes de função hepática, exame de urina para detectar proteinúria, ureia e creatinina sanguíneas.

Situações de emergência como eclampsia, sofrimento fetal, síndrome HELLP, trombocitopenia progressiva, coagulação intravascular disseminada e hipertensão grave mantida por 24 a 48 horas, tem indicação de parto imediato. Considerando que a prematuridade é um importante fator de morbimortalidade neonatal, a administração de corticosteroides e prolongamento da gestação por 48 horas devem ser considerados nos casos de gestação menor de 34 semanas.

A terapia medicamentosa se concentra no tratamento da hipertensão e na profilaxia contra convulsões.

As opções seguras para controle de hipertensão grave na gestação (pressão sistólica ≥ 160 mmHg ou pressão diastólica ≥ 110 mmHg) incluem: labetalol (oral ou intravenoso), nifedipina (oral) e hidralazina (intravenoso). O tratamento imediato está indicado na emergência hipertensiva (pressão arterial sistólica > 180 mmHg). Este grau de hipertensão está associado a um risco aumentado de hemorragia intracerebral e mortalidade materna.

A hidralazina, vasodilatador arteriolar, é a droga mais comumente utilizada para o controle da pressão arterial. A ação máxima da droga ocorre em 20 minutos. O monitoramento da pressão arterial deve ser rigoroso, uma vez que há riscos de hipotensão materna com hipoperfusão útero-placentária. Esquema preconizado: Dose inicial: 5 mg, via intravenosa. Manutenção: 5mg a cada 20 minutos. Dose máxima: 45 mg. Como desvantagem, apresenta início de ação lento e não previsível e determina taquicardia reflexa materna:

O controle de hidratação venosa tem como objetivo garantir volume intravascular suficiente para perfundir órgãos vitais e manter o débito urinário, bem como evitar hipotensão arterial, quando indicado a anestesia neuroaxial e edema pulmonar. Em pacientes com pré-eclâmpsia grave, com oligúria, a monitorização do débito urinário tem grande importância e medidas de pressão venosa central podem ser utilizadas para repor o volume adequado.

Quanto ao tratamento e a prevenção de convulsões, o sulfato de magnésio é considerado o tratamento de primeira linha para profilaxia de convulsões e é superior ao diazepam, fenitoína e coquetel lítico (clorpromazina, prometazina, petidina) na redução significativa do risco de recorrência das convulsões.

Seu efeito parece estar relacionado com a inibição de receptores NMDA. Este fármaco também induz redução na pressão arterial por vasodilatação, inclusive nos vasos cerebrais de pequeno calibre.

Os principais esquemas de uso do sulfato de magnésio são o Pritchard e o de Zuspan. Esquema de Pritchard: Intravenoso e intramuscular. 4g por via intravenosa (bolus), administrados lentamente + 10g intramuscular (5g em cada nádega). Dose de manutenção: 5g por via intramuscular profunda a cada 4 horas. Esquema de Zuspan: Intravenoso exclusivo. 4g por via intravenosa (bolus), administrados lentamente. Dose de manutenção: 1g por via intravenosa por hora em bomba de infusão contínua (BIC).

Anestesia geral em mulheres com pré-eclâmpsia, em alguns casos, deve ser considerada principalmente em casos de coagulopatia, edema pulmonar ou eclâmpsia. Sinais e sintomas de edema cerebral, elevação da pressão intracraniana ou rebaixamento do nível de consciência são situações mandatórias para a utilização de anestesia geral. A anestesia neuroaxial, é a escolha para ocasiões em que não há acometimento neurológico.

No entanto, é importante atentar para algumas intercorrências durante o procedimento: edema das vias aéreas; possibilidade de difícil manejo das vias aéreas; respostas hipertensivas exageradas à intubação endotraqueal; indução anestésica com agentes que não determinem instabilidade na pressão arterial materna; interação medicamentosa entre magnésio e relaxantes musculares; extubação feita em decúbito

lateral esquerdo; transferência para a UTI para suporte ventilatório dependendo da condição pré-operatória e do comportamento intra-operatório.

Segundo Atrash *et al.* (1990), a indução com sequência rápida está associada à hipertensão arterial materna, muitas vezes excedendo os limites da autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral, levando à hemorragia cerebral e precipitando o edema pulmonar.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços científicos quanto à prevenção e ao tratamento, o manejo adequado da eclampsia é um desafio devido às manifestações imprevisíveis em sua progressão. Este relato destaca a significância deste agravo à saúde da gestante e mostra a importância da atuação de equipe multidisciplinar na tentativa de redução da morbimortalidade materna.

Publicações recentes destacam a relevância da abordagem de uma equipe experiente no tratamento de mulheres com eclampsia, no sentido de priorizar o encaminhamento precoce envolvendo os anestesistas com a finalidade de garantir a estabilidade da mulher com pré-eclâmpsia grave antes do parto. Dessa forma, o amplo conhecimento das técnicas anestésicas e das drogas utilizadas para controle da pressão arterial e prevenção de convulsões, assim como a fisiopatologia e diagnóstico de pré-eclâmpsia/eclampsia é de suma importância para diminuição de complicações pré-operatórias em gestantes.

REFERÊNCIAS

AHMED, A.; Rezai H.; BROADWAY-Stringer S. **Evidence-based revised view of the pathophysiology of preeclampsia. Hypertension: From Basic Research to Clinical Practice.** Springer International Publishing; 2017. p. 355–74. doi: 10.1007/5584_2016_168.

ATRASH H, K.; KOONIN, C. M.; LAWSON, H. W *et al.* **Maternal mortality in the United State 1979-1986.** *Obstet Gynecol*, 1990. p. 76: 1055-60.

BARTON, JR.; SIBAI, B. M. **Cerebral pathology in eclampsia.** *Clin Perinatol*, 1991. p. 18:891-10.

BOXER, L. M.; MALINOW, A. M. **Pre-eclampsia and eclampsia.** *Current Opinion in Anaesthesiology*, 1997. p.10:188-98.

CANTWELL, R.; CLUTTON-Brock T.; COOPER, G. *et al.* **Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make mother hood safer: 2006–2008.** The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011. p. 118: 1–203.

CIPOLLA, M. J. **Cerebrovascular function in pregnancy and eclampsia.** *Hypertension*. 2007; p. 50:14. Available from: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/50/1/14>. Cited 2010 out. 20.

DULEY, L.; GÜLMEZOĞLU, A. M.; CHOU, D. **Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010. p. 9: CD002960.

DYER, R. A.; PIERCY, J. L.; REED, A. R. **The role of the anaesthetist in the management of the pre-eclamptic patient**. Current Opinion in Anesthesiology 2007. p. 20: 168–74.

GANEM, E. M.; CASTIGLIA, Y. M. M. **Anestesia na Pré-Eclâmpsia**. VerBras. Anesthesiol 2002. p. 52: 4: 481–97.

GERAGHTY, J. J.; HOCH, D. B.; ROBERT, M. E. *et al.* **Fatal puerperial cerebral vasospasm and stroke in a Young woman**. Neurology 1991. p. 41:1145–7.

JAMES, A. H.; *et al.* **Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium**. Obstet Gynecol. 2005 Sep. p. 106(3):509–16.

KHAN, K. S. *et al.* **World Health Organization (WHO) analysis of causes of maternal death: a systematic review**. Lancet 2006. p. 367: 1066–74.

KULLIMA, A. A.; KAWUWA, M. B.; AUDU, B. A.; USMAN, H. *et al.* **A 5-year review of maternal mortality associated with eclampsia in a tertiary institution of northern Nigeria**. Ann Afric Med. 2009. p. 8: 81-4.

KITTNER, S. J.; STERN, B. J.; FEESER, B. R. *et al.* **Pregnancy and the risk of stroke**. N Engl J Med 1996. p. 335:768–74.

LEWIS, G (ed). **The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer – 2003–2005. The Seventh report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom**. London: CEMACH, 2007.

MANALO-ESTRELLA, P.; BARKER, A. E. **Histopathologic findings in human aortic media associated with pregnancy**. Arch Pathol 1967. p. 83:336–41.

MILLER, E. C. *et al.* **Risk Factors for Pregnancy-Associated Stroke in Women With Preeclampsia. STROKE**. 2017. p. 48:1752–59.

MORRIS, N. H.; EATON, B. M.; DEKKER, G - **Nitric oxide, the endothelium, pregnancy, and preeclampsia**. Br J Obstet Gynaecol, 1996. p. 103:4-15.

NEME, B.; ALVES, E. A. **Obstetrícia básica**. In: NEME B, editor. Doença hipertensiva específica da gestação: eclâmpsia. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 284-91.

PARTHASARATHY, S. *et al.* **Anesthetic management of a patient presenting with eclampsia**. Anesth Essays Res. 2013. p. 7(3):307-12. doi:10.4103/0259-1162.123214.

PERAÇOLI, J. C. *et al.* **Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 8/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).

PHUPONG, V.; DEJTHEVAPORN, T. **Predicting risks of preeclampsia and small for gestational age infant by uterine artery Doppler.** Hypertens. Pregnancy. 2008. p. 27:387-95.

SIBAI, B. M.; MCCUBBIN, J. H.; GARLAND, D. *et al* - **Eclampsia I.** Observations from 67 recent cases. ObstetGynecol, 1981. p. 81: 609-13.

SIBAI, B. M. **Eclampsia VI.** Maternal-perinatal outcome in 254 consecutive cases. Am J ObstetGynecol, 1990. p. 163:1049-55.

SHAH, A.K. **Non-aneurysmal primary subarachnoid hemorrhage in pregnancy-induced hypertension and eclampsia.** Neurology 2003. p. 61:117–20.

SHARMA, S. K. **Pre-eclampsia, and eclampsia.** Semin Anesth Perioper Med Pain, 2000. p. 19:171-80.1213

SHARSHAR, T.; LAMY, C.; MAS, J. L. **Incidence and causes of strokes associated with pregnancy and puerperium:** a study in public hospitals of Ile de France. Stroke 1995. p. 26:930–6.

TARSHIS, J – **Hypertensive Disorders of Pregnancy.** Problems in Anesthesia, 1999. p. 11:366-79.

WEIR, B. K.; DRAKE, C.G. **Rapid growth of residual aneurismal neck during pregnancy: case report.** J Neurosurg1991. p. 75:780–2.

WEITZNER, R. M.; MALINOW, A. M - **The eclamptic patient.** Anesthetic management. Anesthesiol Clin North Am, 1998. p. 16:323-48.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report:** make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.

YIN, R. **Estudo de caso:** planejamento e método. 2ª ed. Porto Alegre. Bookam, 2001.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente Vascular Cerebral (AVC) 1, 2
Antineoplásicos 96, 99, 102, 103
Aperfeiçoamento 26, 27, 37, 42, 47, 188
Apofisite do calcâneo 67, 68
Artéria pulmonar 184, 185
Atenção primária à saúde 33, 34, 35, 36, 37
Atividade física 108, 109, 110, 111, 112, 116, 117, 118, 119, 120, 121
Avaliação nutricional 145, 148, 150, 151, 153, 154, 156, 157, 158

B

Blindagem 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57
Blood transfusion 170, 171, 173, 174

C

Canal arterial 184, 185, 186, 187
Câncer 74, 97, 98, 99, 101, 103, 104, 135, 136, 137, 140, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159
Carcinoma hepatocelular 135, 136, 143, 144
Carga de trabalho 46, 48, 51, 52, 53, 57
Complicações cardiovasculares na gravidez 1
Covid-19 5, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134

D

Doença de sever 67, 68, 69, 70, 71

E

Eclampsia 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12
enfermagem 6, 29, 31, 32, 36
Enfermagem 27, 32, 44, 59, 63, 188
Enfermagem obstétrica 27, 29
Epidemiológico 135, 143, 144
Esôfago de Barret 13, 14, 15, 16
Estado nutricional 145, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158
Estudantes de medicina 33, 34, 42, 108, 110, 111, 119

Exercícios 18, 108, 109, 114, 116, 118

F

Fator IMRT 46, 51, 52, 53, 57

H

Hipertensão induzida pela gravidez 1

Human transmission 170

I

Idoso 96, 102, 103

Infecção 70, 122, 123, 125, 127, 129, 136, 137, 141, 143, 147, 186

Interações medicamentosas 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104

L

Laboratorial 135

Lesão óssea 80, 88

Lobectomia 105, 106

M

Massa corporal 16, 80, 82, 150, 158

Medicina 33, 34, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 67, 73, 74, 75, 78, 79, 88, 93, 104, 105, 108, 110, 111, 112, 119, 120, 121, 161, 164, 170, 173, 176, 188

Miocardopatia 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66

N

Neoplasia 70, 96, 98, 99, 105, 106, 136, 139, 142, 145, 146, 148, 149, 153, 155, 156, 157, 158, 159

O

Obesidade 13, 15, 16, 18, 20, 24, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 93, 123, 140

Obeso 22, 80, 88

Oncologia 96, 104, 105, 107, 145, 149, 155, 156, 157

Organ solid transplant 170

Osteocondrose 67

P

Percepção do usuário 33

Perfil clínico 135, 144

Permeabilidade do canal arterial 184

Pré-eclâmpsia 1, 2, 7, 9, 10, 11

Q

Quimioterapia 102, 145, 147, 150, 154, 155, 159

R

Radioterapia 46, 47, 50, 51, 55, 57, 147, 149

Refluxo gastroesofágico 13, 14, 15, 16, 24

S

Sarcoma 105, 106

Saúde 2, 3, 8, 10, 16, 22, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 59, 63, 67, 71, 75, 81, 82, 83, 95, 98, 101, 103, 104, 108, 109, 112, 113, 116, 118, 119, 120, 121, 123, 136, 140, 143, 146, 148, 149, 153, 156, 157, 158, 159, 161, 182, 188

Síndrome de Takotsubo 59, 66

T

Tecido adiposo 17, 80, 81, 82, 87

Tendão de Aquiles 67, 68, 69, 70

Toxoplasmosis 170, 171, 172, 173, 174, 175

Trabalho de parto 8, 27, 30, 31

Tratamento 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 14, 15, 18, 22, 23, 34, 46, 47, 49, 50, 51, 65, 68, 70, 71, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 122, 123, 125, 127, 128, 131, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 158, 159, 162, 181, 182, 184, 185, 186, 187

Triagem nutricional 145

Tumor metacrônico 105

U

Universitários 7, 37, 108, 111, 112, 120, 121

V

VATS 105, 106, 107

A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

2

A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

2