

Manejo da pré-eclâmpsia em gestação acima de 36 semanas

Management of pre-eclampsia in pregnancies over 36 weeks

Augusto Brandão Heraclio Marques
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
guheraclio@yahoo.com

Flavia Gonçalves Silva Guimaraes
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
flaviaa.guimaraes@hotmail.com

José Guilherme Pereira Riberto Favero
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
jgfavero@hotmail.com

Débora de Araújo Shalaguti
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
debora.shalaguti@yahoo.com.br

RESUMO

A Pré-eclâmpsia (PE) é uma condição que representa risco de vida tanto para gestante, quanto para o feto. No mundo todo, estima-se que a PE atinja mais de 4 milhões de mulheres, totalizando na morte de 70 mil gestantes e de mais de 500 mil fetos todos os anos. O caso relatado, trata-se de uma gestante de aproximadamente 37 semanas, apresentando pico hipertensivo de 140/80 mmHg em duas medidas distintas. A paciente foi encaminhada para Internação em centro obstétrico, para o tratamento do episódio de hipertensão arterial aguda com Hidralazina intra-venosa, avaliação do grau de comprometimento materno fetal (por ultrassonografia obstétrica) e interrupção da gestação (a qual optou por cesariana). Além disso, a paciente não apresentou quaisquer intercorrências durante o período de acompanhamento, não tendo evoluído para eclâmpsia. O neonato nasceu com peso adequado e Apgar adequados. A gestante obteve alta 24 horas após o parto.

Palavras-chave: Gestação; Doença gestacional; Pré-eclâmpsia.

ABSTRACT

Pre-eclampsia (PE) is a life-threatening condition for both the pregnant woman and the fetus. Worldwide, it is estimated that PE affects more than 4 million women, resulting in the death of 70,000 pregnant women and more than 500,000 fetuses every year. The case reported here involves a pregnant woman of approximately 37 weeks, with a hypertensive peak of 140/80 mmHg in two different measurements. The patient was referred for admission to an obstetric center, treatment of the episode of acute hypertension with intravenous hydralazine, assessment of the degree of maternal-fetal impairment (by obstetric ultrasound) and termination of the pregnancy (which she opted for by caesarean section). In addition, the patient had no complications during the follow-up period and did not develop eclampsia. The newborn was born with adequate weight and Apgar score. The pregnant woman was discharged 24 hours after delivery.

Keywords: Gestation; Gestational illness; Pre-eclampsia.

1 CONTEXTO

O presente relato de caso é sobre uma gestação com pré-eclâmpsia (PE), condição que representa risco de vida tanto para gestante, quanto para o feto. Outrossim, a PE é uma das principais causas de morbidade materna e neonatal, representando um risco aumentado de prematuridade e morte perinatal. Dados a nível mundial estimam que a pré-eclâmpsia atinja mais de 4 milhões de mulheres todos os anos, impactando na morte de mais de 70 mil mulheres e de 500 mil fetos. Além disso, as gestantes que sobrevivem à PE apresentam uma expectativa de vida reduzida, devido ao aumento do risco de desenvolverem doenças cardiovasculares, diabetes e acidente vascular cerebral. Ademais, a criança nascida de um parto com intercorrência de pré-eclâmpsia tem risco de possuir incapacidades no desenvolvimento neurológico e, posteriormente, de desenvolver doenças metabólicas e cardiovasculares. (DIAMITRIADIS et al., 2023)

Assim, é de suma importância que a população médica saiba diagnosticar e conduzir casos de PE. Dessa forma, torna-se relevante o compartilhamento desse caso, a fim de difundir conhecimento sobre o diagnóstico e o manejo da pré-eclâmpsia.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente relato de caso em questão encontra-se associado ao Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-SAÚDE - UniFOA, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniFOA, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.523. Destaca-se que as informações relativas ao caso em análise foram adquiridas por meio da análise e levantamento de dados presentes no prontuário da paciente do Hospital São João Batista, situado em Volta Redonda, RJ. Para a discussão e fundamentação desse relato utilizamos a plataforma “PubMed”, onde pesquisamos o “MeSH Term” “pre eclampsia”, selecionando artigos de revisão publicados nos últimos 5 anos. Como critério de inclusão, selecionamos artigos que abordassem a clínica, o diagnóstico e o manejo da pré-eclâmpsia. Como critério de exclusão, rejeitamos todos os artigos que tangenciassem o tema. Para a discussão do manejo, utilizamos a diretriz da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) do ano de 2018.

Gestante, 25 anos, 36 semanas e 6 dias, AFU de 37cm, em uso de Flavonid, sulfato ferroso, AAS e carbonato de cálcio dá entrada no pronto socorro no dia 13 de novembro com com pressão arterial (PA) de 140/80 mmHg, sinal de pré-eclâmpsia. Como exames completos foram solicitadas: rotina de pré-eclâmpsia, sorologias e coombs, ultrassonografia obstétrica com doppler. Com o resultado dos exames laboratoriais, foi constatada proteinúria acima de 300 mg, estabelecendo-se, assim, diagnóstico de PE. Além disso, foi internada, sendo estabelecido acesso venoso em membro superior esquerdo e prescrita 1 ampola de 1 mL de Hidralazina cloridrato (20 mg/mL) a ser diluída em 19 mL de água destilada - para controle da PA de 4 em 4 horas - e 1 ampola de 2 mL de dipirona (500 mg/mL) a ser diluída em 1 ampola de água destilada de 10 mL em caso de dor ou febre. Ademais, também foi solicitada a monitorização de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação e Glasgow).

No dia 14 de novembro, ao exame físico, movimentos fetais estavam presentes. MTS ausentes, batimento cardíaco fetal (BCF) de 131 bpm, ao ETG o colo estava posterior, fechado e sem perdas sanguíneas. À ultrassonografia obstétrica: feto único, vivo, cefálico, BCF de 140 bpm, circunferência craniana de 309 mm (Percentil 10), circunferência abdominal de 327 mm (Percentil 48), fêmur de 66 mm (Percentil 10), Peso fetal estimado de 2680g (Percentil 15) – crescimento adequado para idade gestacional. Líquido amniótico normal (MBV de 62mm), placenta corporal anterior, heterogênea, grau III de Granum e espessura de 25mm. Doppler de artéria umbilical e cerebral média normais, ausência de centralização fetal e boa perfusão útero-placentária.

Ainda no dia 14 de novembro, gestante e acompanhante são informados sobre a necessidade de indução do trabalho de parto devido a quadro de pré-eclâmpsia e feto a termo. Recusam a indução do parto por via vaginal, indicando-se cesariana, a qual foi realizada no mesmo dia sem nenhuma intercorrência materna ou fetal.

3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

A gestante acompanhada pelos autores realizou cesariana sem nenhuma intercorrência durante o procedimento. Porém, continuou em observação por 24h após o parto. O neonato nasceu com 2680g e obteve Apgar 8 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto de vida, demonstrando boa vitalidade e adaptação. Após o período de observação, a paciente obteve alta para casa. O presente relato de caso acompanhou a paciente desde o dia 13 até o dia 15 de novembro, totalizando 3 dias de acompanhamento.

4 DISCUSSÃO

A pré-eclâmpsia é uma condição multissistêmica e complexa. Seu diagnóstico se dá por: hipertensão súbita (pressão sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg em duas ocasiões distintas) em gestações maiores que 20 semanas com pelo menos uma outra complicação associada. Entre as complicações, podemos ter: disfunção útero-placentária, disfunção orgânica materna ou proteinúria (≥ 300 mg em coleta de 24 horas) (DIMITRIADIS et al., 2023; PHIPPS et al., 2019). A paciente acompanhada neste relato, apresentava tanto a hipertensão súbita, quanto proteinúria, diagnosticada durante a rotina laboratorial de pré-eclâmpsia.

Entre os fatores de risco da pré-eclâmpsia, incluem-se: predisposição genética, história familiar, tabagismo materno, número de gestações, duração da coabitação sexual, idade materna, fertilização in vitro e outras condições médicas maternas (hipertensão arterial pré-existente, doença renal crônica, obesidade e diabetes). Ademais, condições relacionadas ao aumento da massa placentária (como nas gestações gemelares) e a trissomia do cromossomo 13, também estão associadas ao alto risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia (PHIPPS et al., 2019). A paciente estudada não apresentava nenhum dos fatores de risco supracitados, negando qualquer intercorrência gestacional familiar, tabagismo, coabitação sexual ou outras comorbidades prévias.

Quanto ao manejo, de acordo com o Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO de 2018, independentemente da gravidade do quadro clínico, toda gestante que possuir diagnóstico de PE deve ser internada em unidade hospitalar para gestação de alto risco, devido ao risco súbito de ocorrer complicações graves tanto para o feto, quanto para gestante. Dessa forma, o pico súbito hipertensivo, mesmo que de leve a moderado devem ser tratados com anti-hipertensivo. A droga de escolha para o tratamento da crise hipertensiva é a nifedipina por via oral, mas, também pode se administrar a hidralazina intra-venosa ou intramuscular. Além disso, a eclâmpsia, importante complicação do quadro de PE, deve ser prevenida com sulfato de magnésio, desde que existiam sinais de iminência de eclâmpsia (cefaléia, turvação visual ou escotomas, dor em epigástrico e/ou hipocôndrio direito). Devendo este, ser mantido por até 24 horas após o parto. A gestante em questão, não apresentou sinais de iminência de eclâmpsia e, portanto, não houve necessidade de realizar a profilaxia com sulfato de magnésio, apenas foi realizado o controle pressórico com hidralazina intra-venosa.

O procedimento de cesariana realizado na gestante acompanhada pelos autores transcorreu sem intercorrências. Após a intervenção, a paciente permaneceu em observação por 24 horas, sendo que o neonato apresentou peso de 2680g e Apgar de 8 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto de vida, in-

dicando uma excelente vitalidade e adaptação ao ambiente extrauterino. Após o período de vigilância, a paciente recebeu alta para casa, encerrando assim o acompanhamento do caso que abrangeu o período de 13 a 15 de novembro, totalizando 3 dias de monitoramento.

Seguindo as diretrizes do Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO de 2018, que preconiza o manejo de gestações ≥ 36 semanas e pré-eclâmpsia (mesmo em sua forma leve), foram adotados os seguintes parâmetros no caso em questão: internação em centro obstétrico, tratamento dos episódios de hipertensão arterial aguda, prevenção das convulsões com sulfato de magnésio nas formas graves, avaliação do grau de comprometimento materno-fetal e, quando necessário, interrupção da gestação, preferencialmente por indução do trabalho de parto. Vale ressaltar que o manejo da paciente relatada seguiu rigorosamente essas recomendações, consideradas padrão-ouro, sendo apropriado para sua idade gestacional de 37 semanas no dia do parto. Como desfecho, registra-se um parto cesariano bem-sucedido, sem quaisquer intercorrências maternas ou fetais.

5 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1- Qual anomalia genética está associada ao maior risco de gestação com pré-eclâmpsia?

- a) Trissomia do cromossomo 13
- b) Trissomia do cromossomo 21
- c) Trissomia do cromossomo 17
- d) Trissomia do cromossomo 19

Gabarito: A opção correta é a letra a) **Trissomia do cromossomo 13**. Condições relacionadas ao aumento da massa placentária (como nas gestações gemelares) e a trissomia do cromossomo 13 estão associadas ao alto risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia (PHIPPS et al., 2019).

2- A partir de qual idade gestacional, uma crise hipertensiva medidas em 2 coletas diferentes devem ser suspeitadas como pré-eclâmpsia?

- a) 13 semanas
- b) 12 semanas
- c) 20 semanas
- d) 4 semanas

Gabarito: A opção correta é a letra c) **20 semanas**. A pré-eclâmpsia é geralmente diagnosticada pela presença de hipertensão arterial associada à proteinúria em uma gestante previamente normotensa após a 20ª semana de gestação. Além disso, a hipertensão gestacional, que pode ser um precursor da pré-eclâmpsia, ocorre após 20 semanas de gestação (MACHANO; JOHO, 2021)

3- Qual é o manejo padrão-ouro em casos de pré-eclâmpsia em gestantes com idade gestacional maior ou igual a 36 semanas?

Gabarito/Padrão de resposta: O manejo padrão-ouro em casos de pré-eclâmpsia em gestantes com idade gestacional maior ou igual a 36 semanas inclui internação em centro obstétrico, tratamento dos episódios de hipertensão arterial aguda, prevenção das convulsões com sulfato de magnésio nas formas graves, avaliação do grau de comprometimento materno fetal e interrupção da gestação (preferencialmente por indução do trabalho de parto). Isso está de acordo com as diretrizes atuais para o manejo da pré-eclâmpsia.

REFERÊNCIAS

DIMITRIADIS, E. et al. Pre-eclampsia. *Nature reviews. Disease primers*, v. 9, n. 1, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36797292/>. Acesso em 22 de Nov 2023

FEBRASGO. **Tratado de Obstetricia**. [s.l.] Elsevier Editora Ltda, 2018.

MACHANO, Mwashamba M.; JOHO, Angelina A. Prevalence and risk factors associated with severe pre-eclampsia among postpartum women in Zanzibar: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 20, p. 1-10, 2020.

PHIPPS, E. A. et al. Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. **Nature reviews. Nephrology**, v. 15, n. 5, p. 275–289, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30792480/>. Acesso em 22 de Nov 2023