

# Possíveis complicações e desfechos da pré-eclâmpsia

*Possible complications and outcomes of pre-eclampsia.*

**Sarah Milene Ramos**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[sarahmilene19@gmail.com](mailto:sarahmilene19@gmail.com)

**Yasmin Becker**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[yasminbecker2@hotmail.com](mailto:yasminbecker2@hotmail.com)

**Leticia Faria**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[leticiafariaa@outlook.com](mailto:leticiafariaa@outlook.com)

**Debora Shalaguti**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[debora.shalaguti@yahoo.com.br](mailto:debora.shalaguti@yahoo.com.br)

## RESUMO

A pré-eclâmpsia é uma complicação frequente na gravidez, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal, crescimento intrauterino restrito (CIUR) e prematuridade. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de pré-eclâmpsia e seu desfecho. Trata-se de um estudo de caso acompanhado em um centro obstétrico do Hospital São João Batista (HSJB).

**Palavras-chave:** pré-eclâmpsia. complicações na gravidez. hipertensão induzida pela gravidez. síndrome HELLP. cesárea

## ABSTRACT

*Pre-eclampsia is a frequent complication in pregnancy, one of the main causes of perinatal morbidity and mortality, intrauterine growth restriction and prematurity. The objective of this work is to report a clinical case of pre-eclampsia and its outcome. This is a case study followed in an obstetric center at Hospital São João Batista (HSJB).*

**Keywords:** pre-eclampsia. pregnancy complications. hypertension, pregnancy-induced; HELLP syndrome; cesarean section

## 1 CONTEXTO

É necessário o conhecimento das doenças que podem surgir durante a gravidez, suas clínicas e desfechos, principalmente quando se fala sobre a redução da mortalidade materna, durante e após a gestação. (PERACOLI et al, 2019)

A pré-eclâmpsia é uma das complicações mais comuns relacionada a gravidez, além de ser a primeira causa de morte materna, sendo ainda mais comum quando agravada, quando associada a eclâmpsia e a síndrome HELLP. (PERACOLI et al, 2019). Portanto, torna-se de suma importância o conhecimento básico para que o diagnóstico seja o mais precoce, assim como a intervenção.

A fisiopatologia está associada a redução da perfusão placentária, gerando assim, uma imperfeição na entrada de trofoblastos nas artérias espiraladas. O diagnóstico da pré eclâmpsia, é realizado após a 20ª semana de gestação, se pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg, com aparecimento de lesão em órgão alvo, disfunções uteroplacentárias, hipertensão, podendo ter ou não proteinúria, sendo considerado valores positivos de proteinúria: 300 mg de proteinúria em urina de 24 horas e relação proteína/creatinina  $\geq 0,3$ . Existem alguns fatores que podem aumentar o risco dessa afecção, como primeira gestação, obesidade (IMC  $> 30$ ), idade materna elevada, história pregressa de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial, diabetes, doenças autoimunes, doença renal, história pregressa de restrição do crescimento fetal, história pregressa de óbito fetal. Caso ocorra o diagnóstico, o objetivo principal é prevenir suas complicações. (NETO et al, 2020)

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente caso clínico constitui um relato de caso que aborda a questão da pré-eclâmpsia e suas complicações e desfecho. A revisão bibliográfica foi realizada por meio de escolhas de artigos pertinentes ao caso nas plataformas Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico. Os dados do caso foram obtidos através de coleta de dados em prontuário da paciente, internada no Hospital São João Batista (HSJB) situado no município de Volta Redonda, Rio de Janeiro. Além disso, este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda-PET- UniFOA”, registrado sob o número 30457714.1.0000.5237; Desta forma, já aprovado no Comitê de Ética em pesquisa da UniFOA.

Paciente ILC, sexo feminino, 35 anos, tercigesta (G3PC2A0) com história de pré-natal tardio, pressão arterial crônica (HAC) não controlada, alto índice de massa corpórea (IMC: 52,46) e duas gestações anteriores de alto risco por pré-eclâmpsia. O cartão de pré-natal consta falta de adesão ao tratamento para HAC. Hoje, com idade gestacional de 37 semanas e 2 dias, segundo ultrassom obstétrico do dia dezoito de agosto de 2023. Paciente deu entrada no setor da maternidade do Hospital São João Batista (HSJB) na cidade de Volta Redonda/RJ, no dia oito de novembro de 2023 às 11h30 da manhã, com queixa de dor em baixo ventre, cefaleia e edema. Nega história de tabagismo, etilismo e uso de drogas.

Ao exame clínico a paciente se encontrava, em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, normocorada, eupneica (FR  $> 18$  irpm), normocardica (FC 60 bpm), hidratada, afebril (36,8°C), anictérica e hipertensa 200x100 mmHg, saturando a 98%. Ao exame de aparelho respiratório apresentava-se com murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Ao exame de aparelho cardiovascular apresentava-se com ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros ou extrassístole. Ao exame de abdome, apresentava-se gravídico, com peristalse presente, timpânico, sem visceromegalias, com fundo uterino imensurável, dorso a esquerda, situação longitudinal, apresentação cefálica, insinuado, sem dor a palpação superficial e profunda. A escuta dos batimentos cardíofetais se mostrou sem alterações (155 bcf). Ao exame de toque, o colo se encontrava, grosso, fechado, sem perdas. Ao exame de membros inferiores, apresentava edema 2+/4+, panturrilhas livres, pulsos palpáveis e simétricos.

Logo, foi solicitada internação da paciente, no dia oito de novembro de 2023, com a solicitação da rotina de Síndrome Hellp e a seguinte conduta: dieta zero, metildopa 500 mg, um comprimido via oral de oito em oito horas, cloridrato de hidralazina 20 mg/ml uma ampola endovenosa, sulfato de magnésio 50% 10 ml, 8 ml endovenosa em dose única (dose de ataque) e sulfato de magnésio 50% 10 ml, 40 ml endovenosa em dose única (dose de manutenção). Deste modo, a conduta neste momento foi a resolução da gestação por cesariana.

Além disso, neste mesmo dia foi solicitada rotina de Síndrome HELLP com os seguintes resultados: desidrogenase láctica 164 U/L, análise de sedimentos urinários sem alterações dignas de nota, ácido úrico: 5,3 mg/dL, bilirrubina total 0,4 mg/dL, bilirrubina direta: 0,2 mg/dL, bilirrubina indireta 0,20 mg/dL, TGO: 9 U/L, TGP: 6 U/L.

Ao mesmo dia às 17h42 da tarde, indicada por motivo de pré eclâmpsia grave, foi realizada a cirurgia cesariana e laqueadura tubária bilateral, conforme acordado em planejamento familiar. No momento da tentativa de anestesia, a paciente apresentou breve momento de alteração de consciência, o qual foi rapidamente interrompido com o sucesso da mesma.

Não houve intercorrências no tempo cirúrgico, no qual a paciente estava em decúbito dorsal, sendo realizada assepsia e antissepsia e posteriormente Laparotomia a Pfannesenstiell. Foi feita a abertura da cavidade abdominal por planos, onde notou-se ascite moderada. Histerotomia com posterior extração do feto vivo, masculino, que chorou ao nascer, feito clampeamento oportuno do cordão e entregue a pediatra. Realizada dequitação manual da placenta e curagem uterina manual, além de histerorrafia com rigorosa hemostasia. Executada, então, a laqueadura tubária bilateral. Consumando o procedimento, foi feita a revisão da cavidade abdominal e da hemostasia, fechamento da cavidade abdominal por planos, síntese de tecidos subcutâneo e epitelial e curativo de ferida operatória.

Após a cirurgia, foi liberada prescrição de dieta oral para após oito horas do parto, Cloreto de sódio 0,9% 1000 ml a alternar com Soro Glicosado, 2 ampolas de Ocitocina a cada 500 ml de SG 5%, Dipirona 500 mg/ml 2 amp de 6/6h, Tenoxicam 20 mg de 12/12h, Ondansetrona 2 mg/ml 1 amp de 8/8h se vômito ou náuseas, Metildopa 500 mg 0,5 cp de 8/8h, Hidralazina 20 mg/ml 1 amp se PA  $\geq$  160 mmHg ou PAD  $\geq$  100 mmHg, sulfato de Magnésio 50% 40ml + SG 5% 460ml, em bomba infusora, a 50ml/h (dose de manutenção) e Gluconato de cálcio 10% 1 ampola a beira do leito em SOS.

Paciente recebeu alta em 48h pós-parto, em bom estado geral, sem hemorragias ou sinais de complicações. Foi orientado o uso contínuo da Metildopa em puerpério e encaminhado para conduta de retorno.

### 3 DISCUSSÃO

A pré-eclâmpsia representa uma complicação grave, sua fisiopatologia relaciona-se com a diminuição da perfusão placentária, o que leva a uma falha na invasão do trofoblasto nas artérias espiraladas do útero, assim ocorre alterações significativas endoteliais pois as artérias espiraladas não se modificam e apresentam uma camada muscular médias com diâmetro menor e alta resistência. Desta forma, há redução do fluxo sanguíneo no espaço intervilloso e alteração da perfusão placentária, queda de prostaglandina e aumento do tromboxano, elevando a reatividade vascular. Além disso, para o diagnóstico de pré-eclâmpsia temos os seguintes critérios: pressão arterial elevada  $\geq$  140/90 mmHg  $\geq$  20 semanas, lesão em órgão alvo, podendo este órgão ser a placenta (disfunção uteroplacentária) podendo estar associada a proteinúria ou não. Caracteriza-se proteinúria se 300 mg ou mais de proteína na urina de 24 horas ou relação proteína/creatinina  $\geq$  0,3, pode ainda ser feito o teste de proteinúria em fita caso não haja a possibilidade de realizar os demais sendo considerado seu ponto de corte em 2 cruzes ou mais. Outro ponto importante é o

de que não há relação entre a quantidade de proteína na urina e os desfechos gestacionais na pré-eclâmpsia. Em caso de ausência de proteinúria, a pré-eclâmpsia pode ser diagnosticada em caso de hipertensão associada a plaquetopenia  $< 100.000/\text{mm}^3$  elevação de enzimas hepáticas em duas vezes o valor normal, surgimento de insuficiência renal com creatinina  $> 1,1\text{mg}$ , edema pulmonar, cefaleia de início recente não responsiva a medicação sem outro diagnóstico alternativo.

Pré-eclâmpsia superposta é quando existe uma hipertensão crônica associada a pré-eclâmpsia, neste caso há o surgimento de proteinúria na ausência da mesma preexistente, podendo ocorrer manifestações de disfunção de órgãos-alvo, trombocitopenia e/ou elevação de enzimas hepáticas. Neste caso, temos uma pré-eclâmpsia superposta, uma vez que a paciente já era portadora de hipertensão arterial crônica (HAC) antes de 20 semanas e iniciou quadro de lesão em órgão alvo.

Conseguimos observar o impacto da má adesão do tratamento no relato em questão, o qual culminou no agravamento da gestação da paciente. Os sintomas apresentados, como pressão arterial elevada ( $200 \times 100 \text{ mmHg}$ ), cefaleia e diminuição do nível de consciência, puderam ser considerados como pré-eclâmpsia grave e até iminência de eclâmpsia.

A paciente em questão não apresentou alterações significativas em seus exames laboratoriais, incluindo a rotina de HELLP (hemoglobina, contagem de plaquetas, desidrogenada láctica, transaminase e bilirrubinas séricas). Contudo, seu diagnóstico pode ser levantado a partir da elevação pressórica e sintomatologia concomitante.

Sendo assim, como a paciente já apresentava idade gestacional a termo, a melhor conduta no momento seria interrupção da gestação, bem como administração de sulfato de magnésio para prevenção de eclâmpsia.

Foi observada a melhora clínica da paciente após a conduta adotada, provando a importância desta decisão. Em casos como este, em que se considera pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, a interrupção da gestação deve ser feita imediatamente após a estabilização materna e fetal.

## **4 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO**

### **1- Quais medicamentos são utilizados para a prevenção da pré-eclâmpsia**

- a) AAS + Cálcio
- b) AAS + Metildopa
- c) Metildopa + Cálcio
- d) Metildopa + Hidralazina

### **2- A partir de qual idade gestacional está indicado o início dos medicamentos para a prevenção**

- a) 10ª – 16ª semana
- b) 12ª – 20ª semana
- c) 10ª – 20ª semana

d) 12<sup>a</sup> – 16<sup>a</sup> semana

3- Cite a partir de qual semana pode ser realizado o diagnóstico de pré-eclampsia e quais dados clínicos e laboratoriais confirmam o diagnóstico:

**R: O diagnóstico da pré-eclampsia é realizado após a 20<sup>a</sup> semana de gestação, e os dados clínicos e laboratoriais que confirmam o diagnóstico são a hipertensão, o edema e a proteinúria.**

## REFERÊNCIAS

PERACOLI, J. C. *et al.* Pre-eclampsia/Eclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.41, n.5, p. 318-332. DOI: 10.1055/ S-0039-1687859. Mai. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/ddQkrYC6mvhYQ-v4bxZXRdCt/abstract/?lang=e>. Acesso em: 24 set. 2023

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. **Rezende**. 14<sup>a</sup>ed. p.1002. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

KAHHALE. S, FRANCISCO. R.PV., ZUGAIB. M. Pré-eclampsia. **São Paulo Medical Journal**. v.97(2):226-34. ISSN 0035-0362. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2018.

NETO, R. M. de *et al.* Pré-eclâmpsia em período puerperal: relato de caso. **Rev. Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 53, n. 1, p. 43-48. DOI: 10.11606.ISSN.2176-7262.v53i1p43-48. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/155458>. Acesso em: 24 set. 2023