



**CONGRESSO MÉDICO  
ACADÊMICO UNIFOA 2024**

Maiores recorrências no pronto  
socorro e a abordagem semiológica



## **Síndromes hipertensivas na gestação: relato de caso sobre pré-eclâmpsia sobreposta**

Isabela Simões de Araujo Alegre Salles<sup>1</sup>; 0000-0003-4573-2611

Ana Laura Cordelier Pinheiro Fonseca; 0000-0001-9870-3182

Luisa Costa Scopacasa; 0000-0003-4663-1812

João Paulo Ferreira Rotondo 0000-0002-1110-6383

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

[isabelasaasalles@gmail.com](mailto:isabelasaasalles@gmail.com)

**Resumo:** As síndromes hipertensivas são as intercorrências clínicas mais comuns da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo. São divididas em hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta. A pré-eclâmpsia, de forma simplificada, é caracterizada pela elevação de valores pressóricos, juntamente com proteinúria ou lesão de órgãos-alvo, após a 20<sup>a</sup> semana de gestação. A pré-eclâmpsia sobreposta, por sua vez, é caracterizada da mesma forma que a supracitada, porém em gestantes já diagnosticadas com hipertensão arterial crônica (HAC). Atualmente, estima-se que a pré-eclâmpsia sobreposta ocorre em 3,0% a 5,0% das gestações. Esse trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma gestante que desenvolveu pré-eclâmpsia sobreposta na 27<sup>a</sup> semana de gestação após picos hipertensivos. Seu diagnóstico foi feito através de aferição de pressão arterial sistêmica e dosagem de proteinúria 24h. Descartadas outras complicações, iniciou-se tratamento com sulfato de magnésio e corticoterapia para profilaxia de pré-eclâmpsia e maturação pulmonar do feto, respectivamente. A boa evolução do caso permitiu sua alta com o seguimento da gestação.

**Palavras-chave:** hipertensão arterial. pré-eclâmpsia. sulfato de magnésio. gravidez.



## INTRODUÇÃO

Define-se Hipertensão Arterial Crônica (HAC) na gestação por pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD) maior que 90 mmHg, ou ambas, identificadas previamente à gestação ou antes das 20 semanas iniciais. No Brasil, estima-se que a HAC complique aproximadamente 6-8% das gestações, podendo ser agravada pela pré-eclâmpsia (PE) sobreposta em 13- 40% dos casos (FEBRASGO, 2021). Os acometimentos hipertensivos gestacionais provocam mortes maternas e perinatais, implicam em limitações definitivas na saúde materna e graves problemas decorrentes da prematuridade iatrogênica associada, sendo a PE a principal causa de prematuridade eletiva no Brasil (FEBRASGO,2017). Dessa forma, contextualizando a patologia supracitada, o relato de caso aborda o caso de uma paciente gestante, portadora de pré-eclâmpsia sobreposta, que necessitou de internação por apresentar exacerbação do distúrbio hipertensivo da gravidez.

Paciente do sexo feminino, 31 anos, gestante, G3Pc2A0, 27 semanas e 4 dias, em acompanhamento pelo pré-natal de alto risco (PNAR) por pré-eclâmpsia e obesidade, foi admitida no Hospital São João Batista (HSJB) em Volta Redonda - RJ, após encaminhamento por pico pressórico (PA: 200 x 130 mmHg), sem queixas, em uma consulta de pré-natal de rotina. Medicamentos em uso: metildopa 500mg 8/8h, AAS 100mg/dia e carbonato de cálcio 1g/dia. Paciente referiu que cursou há 7 anos, ao final da última gestação, com aumento da pressão arterial. Nega alergias e outras comorbidades. Apresenta histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

Ao exame físico, paciente em regular estado geral, lúcida, orientada no tempo e espaço, hidratada, eupneica, afebril. Peso: 105 kg. PA: 150 x 100 mmHg. Frequência cardíaca: 85 bpm. Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações. Abdome gravídico, fundo uterino medindo 34 cm, Batimentos cardíacos fetais: 146 bpm e movimentos fetais presentes. Sorologias não reagentes.



Na admissão da internação, para elucidação do quadro, foram requisitados exames laboratoriais e rotina de pré-eclâmpsia, monitorização, curva de pressão arterial e ultrassom obstétrico com doppler. Como plano terapêutico, alterou-se a metildopa para 500mg de 6/6h e iniciou-se corticoterapia e sulfato de magnésio.

Ao exame laboratorial: Hemoglobina: 12,9 g/dL; Hematócrito: 40,8%; Leucócitos: 11470/ $\mu$ L; plaquetas: 234.000/mm<sup>3</sup>; creatinina: 0,51mg/dL; LDH: 397UI/L; Ácido úrico: 3,8mg/dL; Bilirrubina total: 0,3mg/dL; TGO: 26 U/L; TGP: 8U/L; Ureia: 16mg/dL. EAS: proteína negativa, 10 leucócitos por campo, bactérias +++. Proteinúria 24h: 394,80mg. Ao ultrassom obstétrico: feto único, vivo, cefálico, movimentos fetais ativos, batimentos cardíacos presente; circunferência craniana: 255mm (percentil 38); circunferência abdominal: 237mm (percentil 59); comprimento do fêmur: 48mm (percentil 10); peso fetal: 1066g (percentil 27); placenta grau II e líquido amniótico normal.

A paciente ficou sob seguimento durante 3 dias, com vigilância pressórica e vigilância materno-fetal. A paciente respondeu de forma positiva e sem intercorrências aos tratamentos que foram estabelecidos durante sua internação no HSJB. A mesma, após melhora terapêutica e alta, foi reencaminhada para acompanhamento pelo PNA, com prescrição continuada de metildopa, AAS e carbonato de cálcio.

## **METODOLOGIA**

Este relato de caso contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da protagonista do caso, e encontra-se sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.10000.5237.

Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica buscando artigos publicados nas bases de dados Pubmed, Scielo e MEDLINE, utilizando os seguintes descritores: Hipertensão arterial, Pré-eclâmpsia, Sulfato de Magnésio, Gravidez.



## DISCUSSÃO

Os distúrbios hipertensivos apresentam elevada incidência na gestação (entre 1,5 e 16,7% das gestações do mundo) e uma causa importante de morbimortalidade perinatal - resulta em 60.000 mortes maternas e acima de 500.000 nascimentos prematuros a cada ano. Ademais, segundo o Ministério da Saúde (MS), são responsáveis por cerca de 30% das mortes maternas diretas no Brasil (MS 2022) (RBEHG, 2023).

Atualmente, aspectos maternos e disfunção placentária vêm sendo definidos como fatores predisponentes para a doença, no entanto, a etiologia ainda é desconhecida por inteiro. Entre os fatores incluem-se nulíparas, extremos da vida reprodutiva, raça negra, história familiar de PE, PE prévia, gravidez gemelar, gestação molar, diabetes mellitus, obesidade, hipertensão crônica, doença renal etc. (Brazilian Journal of Health Review, 2023).

Podem ser divididos como PE e PE sobreposta, além de hipertensão gestacional e eclâmpsia (Moura et al., 2011). PE é definida pelo aparecimento de hipertensão, em gestante previamente normotensa, e proteinúria após 20 semanas de gestação. Na ausência de proteinúria, também é considerado pré-eclâmpsia se hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo. É específica da gravidez humana e do puerpério, e são mais frequentes no terceiro trimestre de gestação (MS, 2022) (FEBRASGO 2023). PE sobreposta à hipertensão arterial crônica é estabelecida quando, a partir da 20ª semana de gestação, ocorre o aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gestação; ou quando gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica necessitam de associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais; ou quando ocorre disfunção de órgãos-alvo (MS, 2022) (RBEHG, 2023).

Hipertensão é o sinal clínico mais frequente da síndrome da PE. É definida como a pressão arterial sistólica  $\geq 140$  ou pressão diastólica  $\geq 90$  mmHg durante a gravidez. A proteinúria é destacada pela presença de pelo menos 300 mg em urina de 24 horas. Pode-se usar também a relação proteína creatinina (mg/dL) em amostra isolada de urina menor que 0,3 (MS, 2022).



Outra classificação, de maior importância em termos de conduta, é a identificação da PE sem ou com sinais de gravidade. Os quadros de HELLP e eclâmpsia estão incluídos entre os de maior gravidade (RBEHG, 2023).

No caso de PE sem gravidade a conduta deve ser conservadora e recomenda-se a interrupção da gravidez na 37<sup>a</sup> semana. No pós-parto imediato, deve-se manter o controle da pressão arterial, estar atento aos sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia e às alterações laboratoriais que indiquem síndrome HELLP (MS, 2022).

A PE com sinais de gravidade deve ser pontuada quando tiver estado hipertensivo com PA sistólica  $\geq 160$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg, sinais de iminência de eclâmpsia como cefaleia, distúrbios visuais, náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (RBEHG, 2023) (Brazilian Journal of Health Review, 2023). Com o surgimento de sinais para uma PE grave ou o aparecimento de convulsões necessita-se de internação imediata. Em gestações com idade gestacional  $\geq 34$  semanas, recomenda-se o parto após estabilização materna. Caso a idade gestacional seja inferior a 34 semanas e existam condições maternas e fetais estáveis, pode-se considerar a conduta expectante (Brazilian Journal of Health Review, 2023).

O sulfato de magnésio é a medicação de escolha para prevenir ou controlar as convulsões advindas da PE com sinais de gravidade. Deve ser prontamente administrado em quadros de eclâmpsia ou PE grave e mantido por 24 horas após o parto. Os dois principais esquemas citados na literatura são Zuspan: dose de 4 g, IV, infundida em 20min, seguida de 1–2 g/h, também IV (solução a 50%), até 24h após o parto, em bomba de infusão; e Pritchard: dose de ataque com 4 g, IV, associada a 10 g, IM, seguida por dose de manutenção com 5 g, IM, a cada 4h (quando não se dispõe de bomba de infusão) (RBEHG, 2023).

Medicamentos anti-hipertensivos devem ser administrados na emergência hipertensiva sempre que a pressão arterial sistólica for  $\geq 160$  mmHg ou a pressão arterial diastólica apresentar valores  $\geq 110$  mmHg por um período  $> 15$  minutos. O objetivo é manter a pressão sistólica entre 140 a 155 mmHg e a diastólica entre 90 e 105 mmHg. O tratamento agudo para crise pode ser feito com



Hidralazina, dose de 5 mg, IV, repetida em 20 a 40 minutos até uma dose cumulativa máxima de 20 mg, ou infusão contínua venosa na dose de 0,5–10 mg/h; Labetalol, dose de 20 mg, IV, a cada 10 minutos, com aumentos graduais da dose, até a dose máxima cumulativa de 300 mg; e Nifedipina, bloqueador de canal de cálcio na dose de 10 mg a cada 30 minutos (RBEHG, 2023).

Ademais, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sugere como fator de proteção a efetividade da administração de aspirina, 60–150 mg ao dia, via oral, iniciada entre 12 e 16 semanas de gestação (DE OLIVEIRA et al., 2021). Além do uso do cálcio que também é recomendado na PE, para aquelas com alto risco e/ou com ingestão inadequada deste mineral (>800mg/dia) (FEBRASGO 2023) (Brazilian Journal of Health Review, 2023).

## CONCLUSÕES

Pode-se concluir que casos de HAC com pré-eclâmpsia sobreposta podem cursar com ruins prognósticos maternos e perinatais. Há diferenças clínicas e laboratoriais relacionadas à maior gravidade e maior prematuridade na PE sobreposta. Apesar de subestimado, é fundamental a continuidade do acompanhamento pós-parto das mulheres que apresentaram PE na gestação a fim de assegurar a avaliação e manejo das possíveis complicações clínicas.

## REFERÊNCIAS

DA PRÉ-ECLÂMPسيا, P. E. P. DECLARAÇÃO DE POSIÇÃO DA FEBRASGO. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N1-Janeiro-2023-portugues.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2023.

FEBRASGO. Disponível em: [https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/12-PRE\\_ECLAMPSIA.pdf](https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAMPSIA.pdf). Acesso em: 28 nov. 2023.

MELILLO, Vitória Teixeira *et al.* **Pré-eclâmpsia: fisiopatologia, diagnóstico e manejo terapêutico**. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 4, p. 14337-14348, 2023.



MOURA, Marta David Rocha de *et al.* **Hipertensão Arterial na Gestação importância do seguimento materno no desfecho neonatal.** Comun. ciênc. saúde, p. [113-120], 2011.

PERAÇOLI, José Carlos *et al.* **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia**–Protocolo no. 01. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2020.

PRELIMINAR, V. **MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.** Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

PEREIRA, Beatriz de Souza *et al.* **Abordagem terapêutica da pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial não controlada.** Disponível em: [https://revista.souzamarques.br/index.php/ACTA\\_MSM/article/view/491/592](https://revista.souzamarques.br/index.php/ACTA_MSM/article/view/491/592). Acesso em: 27 nov. 2023.