

DIAGNÓSTICO E MANEJO DE PRÉ-ECLÂMPسيا EM PACIENTE HIPERTENSA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

Grazieli Andréa Ferrazzo Borges dos Santos¹; Ana Laura Guadagnin¹; Camila Karoline de Mello¹; Nathalia Claro Mestriner¹; Vitoria Regina Melek¹; Débora Tainá Berti de Lima²; Paulo Tiago da Silva Barbosa³;

¹ Acadêmica de Medicina – Centro Universitário Ingá;

² Acadêmica de Medicina – Faculdade Assis Gurgacz;

³ Preceptor do curso de Medicina no Centro Universitário Ingá – Ginecologista e Obstetra;

Autor para correspondência: grazieliferrazzo@gmail.com

Palavras-chave: Anti-Hipertensivos; Gravidez; Hipertensão; Pré-Eclâmpsia; Pré-Natal

INTRODUÇÃO

É sabido que a gestante deve ter acompanhamento por médicos, especialmente aquelas que possuem morbidades prévias a gestação, aumentando a chance de ocorrer afecções maternas e fetais. A gestante com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) prévia, possui maior risco de desenvolver a Pré-eclâmpsia (PE). Atualmente, já é bem consolidado o diagnóstico e manejo que a PE possui, incluso associada a HAS prévia a gestação, onde a presença desta aumenta as chances do acometimento de PE grave. Além de ser uma das doenças de maior mortalidade materna, ela cursa com complicações maternas, como Insuficiência Renal Aguda e Acidente Vascular Cerebral. Já em fetos, a presença da doença pode acarretar em Crescimento Intrauterino Restrito, prematuridade e morte.

OBJETIVOS

O objetivo deste resumo é relatar um caso de pré-eclâmpsia sobreposta grave em paciente hipertensa crônica e suas consequências.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 30 anos, G2PC1. Primeira gestação aos 26 anos, sem intercorrências gestacionais, parto cesáreo por desejo materno. Paciente com HAS há 2 anos, em uso de Valsartan 80mg. Iniciou o pré-natal com obstetra com 4 semanas de idade gestacional (IG), com substituição do anti-hipertensivo para Metildopa 250mg 3x ao dia, onde paciente manteve-se com níveis pressóricos estáveis até 19ª semana de gestação. Após esse período, iniciou com descompensação da pressão arterial (PA) chegando a 160x110mmHg, necessitando aumento de dose da medicação para 500mg 3x ao dia. Confirmou-se o diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta com 24 semanas (IG), constatada em exame de urina relação proteína/creatinina > 0,3 associada a sinais de iminência de eclampsia – cefaleia e escotomas visuais - e PA de 160x110mmHg, realizando internação hospitalar, onde foi prescrito Hidralazina endovenoso e sulfato de magnésio. Paciente permaneceu internada por 2 dias e recebeu alta devida melhora clínica, juntamente a prescrição de Anlodipino 10mg (1-1-1) e Carvedilol 3,125mg (1-0-1).

Seguiu em acompanhamento médico e manejo de parâmetros de bem estar materno fetal através de realização de Ultrassonografia Obstétrica com Doppler semanal e exames laboratoriais a cada 48 horas. Em US Doppler realizado com 27 semanas e 5 dias de IG, exame constatou Restrição Precoce de Crescimento Fetal Estágio II – peso fetal no percentil 1,5 / circunferência abdominal no percentil 1,9 / oligodrâmnio / aumento da resistência das artérias uterinas e diástole zero na artéria umbilical. Foi solicitado internação hospitalar para avaliação diária de vitalidade materno-fetal através de realização de exames de sangue a cada 6 horas e cardiotocografia 2 vezes ao dia. Foi prescrito e realizado duas doses de corticoterapia para maturação pulmonar devido ao risco de nascimento prematuro. No 4º dia de internação, IG 28s+1d, ao realizar cardiotocografia foi constatado bradicardia fetal de 80bpm e sendo realizado cesariana de urgência. Procedimento sem intercorrências, recém-nascido com 900g, não necessitou de reanimação neonatal, permaneceu internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal por 81 dias devido prematuridade. Paciente após o parto permaneceu 7 dias internada devido à dificuldade em reestabelecer níveis pressóricos, necessitando de associação de vários anti-hipertensivos, recebeu alta hospitalar com prescrição de Valsartan 160mg (1-0-1), Hidroclorotiazida 25mg (1-0-0) e Bisoprolol 2,5mg (1-0-0). O caso em questão teria indicação de profilaxia para pré-eclâmpsia, apesar de não ter sido realizado, a evolução clínica foi favorável e paciente segue atualmente com acompanhamento de cardiologista.

CONCLUSÃO

Com isso, reitera-se neste relato como o pré-natal bem assistido e manejo adequado por médico obstetra em gestante com comorbidades prévias, afeta diretamente no prognóstico da gravidez, reduzindo a mortalidade materna e fetal.

REFERÊNCIAS

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-eclâmpsia. Revista de Medicina, [S. l.], v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v97i2p226-234.