



v.1, n.7, 2024 - Novembro

Revista Multidisciplinar

**GESTAÇÃO INESPERADA DE UMA JOVEM DIALÍTICA COM HISTÓRICO
DE CARDIOPATIA GRAVE TENDO UM DESFECHO FAVORÁVEL PARA
AMBOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

PATRICIA MARIA DE ARAUJO, ANDERSON APOLINARIO DE ARRUDA,
TATIANA GAMBARELLI SANCHES, JOICE OLIVEIRA SEIXAS
e LOANA CARIBE ASSIS



<https://portal.afya.com.br/cardiologia/cardiopatia-na-gestacao-veja-novas-recomendacoes-da-diretriz-europeia>

PERIÓDICO CIENTÍFICO INDEXADO INTERNACIONALMENTE

DOI: 10.5281/zenodo

DOI: 10.69720/Crossref

ISSN

International Standard Serial Number

2966-0599

www.ouniversoobservavel.com.br

GESTAÇÃO INESPERADA DE UMA JOVEM DIALÍTICA COM HISTÓRICO DE CARDIOPATIA GRAVE TENDO UM DESFECHO FAVORÁVEL PARA AMBOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PATRICIA MARIA DE ARAUJO¹
ANDERSON APOLINARIO DE ARRUDA²
TATIANA GAMBARELLI SANCHES³
JOICE OLIVEIRA SEIXAS⁴
LOANA CARIBE ASSIS⁵

Revista o Universo Observável
DOI: 10.5281/zenodo.14047219
[ISSN: 2966-0599](https://doi.org/10.5281/zenodo.14047219)

¹Patricia Maria de Araujo 40 anos de muito aprendizado, sou de Salto da Divisa cidade acolhedora, vivi por 23 anos, e estudei em colégio público, finalizando o ensino médio, vim para Eunápolis trabalhar e tentar estudar mais. Conseguindo ingressar na faculdade e graduei em Enfermagem, concluída em 2015, na Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia. Trabalhei por 17 anos em uma clínica de diálise e há 19 anos atuando no Hemoba de Eunápolis. Pós-graduada em Nefrologia e Hematologia com ênfase em banco de Sangue. Cursos em liderança, dinâmicos, estágio hospitalar, congressos de Hematologia e Hemoterapia e em nefrologia, artigos publicados, participação do dia Mundial da Limpeza 2022, Simpósio Internacional de Resíduos de Serviço de Saúde 2019, Capacitação em Água, Saneamento e Higiene (ASHI) e Prevenção e Controle de Infecções nas Escolas (PCI) realizada pela Unicef e AVSI Brasil como parte do projeto de Resposta à Covid 19 no Seminário Brasileiro, Palestras sobre a Doação Voluntária de Sangue, Saúde Pública, Seminários.

Acredito que a melhor forma de educar, é aprender sempre. E-mail: patriciamaria01@hotmail.com, ORCID: <http://0000-0003-3143-0698>

²ANDERSON APOLINARIO DE ARRUDA

E-mail: anderson_arruda@uol.com.br

³TATIANA GAMBARELLI SANCHES

E-mail: tgambarelli@hotmail.com

⁴JOICE OLIVEIRA SEIXAS

E-mail: joiceoseixas@gmail.com

⁵LOANA CARIBE ASSIS

E-mail: loanacaribe@hotmail.com

RESUMO

A gestação em clientes renais crônicas em Terapia Renal Substitutiva, no passado, era incomum, mas o aumento das gestações nessas pacientes tem transfigurado esse cenário e tornado, mesmo com desafios, essa realidade mais frequente. O transcorrer desta fase materna cria incertezas e medos na maioria das gestantes, entretanto, destaca-se a preocupação particular de gestantes em tal condição, haja vista os desafios adicionais advindos da conciliação entre a condição preexistente, o tratamento e as modificações fisiológicas da gestação. Este relato de experiência tem o objetivo mostrar a condução exitosa de uma gestação inesperada em uma paciente de 24 anos, dialítica há dois anos e seis meses e com histórico de cardiopatia grave, desde as 20 semanas de prenhez até o nascimento satisfatório. Realizada a constatação da gravidez, foram necessárias alterações rigorosas nas condutas do tratamento hemodialítico durante o período gestacional, no intuito de reduzir as intercorrências clínicas e obstétricas para o binômio materno-fetal, como a transferência para diálises diárias e a alteração nutricional, além de deixar a equipe nefrológica em vigilância, pois essas modificações podem ser constantes

Palavras-chave: hemodiálise; cardiopatia grave; gravidez inesperada

ABSTRACT

Pregnancy in chronic renal patients undergoing Renal Replacement Therapy, in the past, was uncommon, but the increase in pregnancies in these patients has transformed this scenario and made this reality more frequent, despite challenges. Going through this maternal phase creates uncertainty and fear in most pregnant women, however, it highlights the particular concern of pregnant women with this condition, given the additional challenges of reconciling the pre-existing condition, treatment and physiological changes during pregnancy. This experience report aims to show the successful management of an unexpected pregnancy in a 24-year-old patient, on dialysis for two years and six months and with a history of severe heart disease, from 20 weeks of pregnancy until the predominant birth. Once the pregnancy was confirmed, strict changes were imposed on the conduct of hemodialysis treatment during the gestational period, with the aim of reducing clinical and obstetric complications for the maternal-fetal binomial, such as transfer to daily dialysis and nutritional changes, in addition to leaving the nephrology team under surveillance, as these changes can be constant

Keywords: hemodialysis; heart disease grave; unexpected pregnancy

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma condição na qual o paciente perde, de forma progressiva e irreversível, a função renal. Isso ocorre como resultado de lesões glomerulares sucessivas, e, portanto, requer tratamento adequado (Ministério da Saúde, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), a classificação da Doença Renal Crônica (DRC) baseia-se na taxa de filtração glomerular (TFG) e em marcadores de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem. A identificação do estágio da doença reflete em seu prognóstico e orienta para o tratamento mais adequado, levando em consideração a situação clínica do paciente. O rim tem múltiplas funções e todas elas são fundamentais para o organismo se manter vivo e funcionando (Ministério da Saúde, 2024).

Quando se trata do tratamento dos pacientes com DRC um desfecho temido é a evolução da doença para um nível terminal no qual passam a necessitar de um tratamento menos conservador e mais agressiva, também conhecida com terapia renal substitutiva (TRS). Hoje, no Brasil, temos na TRS a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (Ministério da Saúde, 2014).

A gestação é um período de grandes transformações na vida de uma mulher. Seu organismo passa por uma série de mudanças e adaptações para o bom desenvolvimento do feto, um processo complexo que impacta diversos sistemas do organismo da mulher, sendo os rins um deles. Durante a gestação, os rins sofrem uma sobrecarga, principalmente no primeiro trimestre, com aumento de 30% no seu volume, aumento de 50 a 85% no fluxo sanguíneo renal, aumento de proteinúria e aumento da frequência de micção, resultando no aumento fisiológico do débito cardíaco (RIBEIRO, 2020). Essas mudanças no sistema urinário, quando associadas a comprometimento renal já existente, acarreta em um risco gestacional e agravamento da doença renal.

Embora ainda incomum, a diálise durante a gestação, está se tornando mais frequente. No único estudo que avaliou tendências ao longo do tempo, a taxa de gravidez em mulheres em diálise aumentou de 0,54 para 3,3 gestações por 1.000 pacientes-ano nas últimas 3 décadas (LUDERS, 2018).

Gestantes renais crônicas em tratamento dialítico fazem parte do grupo de alto risco, visto que o prognóstico materno e fetal ainda gera informações conflitantes e necessita de um manejo

rigoroso nas intercorrências clínicas e obstétricas, a fim de evitar complicações tanto para a mãe como para o bebê. As consequências neonatais mais frequentes são decorrentes da prematuridade, tais como: pneumotórax, síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, sepse, enterocolite necrosante, doença pulmonar crônica, hemorragia intraventricular e surdez (BLOWEY, 2007).

A maioria das mortes ou complicações que aparecem na gravidez, parto ou puerpério poderiam ser evitadas se houvesse a participação ativa do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2010). As gestantes de alto risco têm características particulares que exigem cuidados especiais a fim de evitar agravos e desfechos desfavoráveis à saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Contudo, com o avanço tecnológico e a experiência adquirida ao longo das últimas décadas, verificou-se uma melhoria da adequação das técnicas dialíticas e das abordagens farmacológicas e nutricionais das grávidas em diálise, proporcionando um aumento significativo na qualidade de vida e aumento no índice de sucesso das gestações.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso com coleta de dados no município de Eunápolis no estado da Bahia, Brasil, no ano de 2023\2024. A cidade dispõe de uma clínica satélite com serviço de diálise. A unidade atende cerca de 260 pacientes em regime ambulatorial, realizando hemodiálise 3 vezes por 4 horas.

A coleta de dados e a divulgação de informações foram realizadas por meio de autorizações prévias, com exclusão dos dados de identificação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e assinado. Por se tratar apenas de dados que não são capazes de identificar o paciente relatado, considerando a observância da beneficência, não maleficência, ausência de riscos e perdas, com a garantia de anonimato ao sujeito do estudo, não foi necessário submeter o trabalho ao comitê de ética em pesquisa.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

C.F.S., paciente do sexo feminino, 24 anos, casada, branca, multípara com 2 gestações e dois filhos nascidos vivos, natural de Eunápolis, Bahia, apresenta relato de cardiopatia grave há 5 anos, sem outras doenças e sem histórico de alergia a medicamentos. A paciente não utilizou nenhum método contraceptivo, pois, como a maioria das pacientes em terapia renal substitutiva, acreditava não haver chance de engravidar. Ela está em terapia renal substitutiva há 2 anos e 6 meses, com agendamento de três sessões semanais. Mantém

padrão dialítico sem intercorrências, com peso adequado nos intervalos das sessões hemodialíticas. A paciente aceita bem as condutas prescritas pela equipe nefrológica.

Em 09/10/2023, a paciente relatou desconforto abdominal, levando à solicitação de um exame de ultrassom para investigar a possível causa. Apesar da correção do peso seco, as hipotensões persistiram. No dia 15/12, a paciente trouxe o resultado do ultrassom, que indicou uma gestação de 20 semanas com fetação dentro das normalidades para uma gestação de alto risco e inesperada, considerando o histórico de cardiopatia grave e a condição de paciente dialítica.

Como protocolo, foram providenciadas várias medidas adaptadas para garantir conforto ao binômio mãe-filho. A equipe multidisciplinar solicitou diálises diárias, mas devido à falta do código na tabela do SUS, essa autorização ainda é feita via e-mail para a prefeitura local. Felizmente, o retorno foi rápido, e a paciente já estava em diálise diária no dia seguinte. Em casos de demora na autorização, é essencial cobrar a prefeitura para evitar atrasos no início da diálise diária.

Para garantir um período gestacional tranquilo, as modificações nas medicações incluem a manutenção da anticoagulação, exceto em casos de sangramento. O serviço de nutrição oferece orientações específicas para gestantes, enquanto o serviço social está disponível para esclarecer dúvidas e fornecer apoio psicológico. A anticoagulação utilizada durante a hemodiálise geralmente não sofre alterações em relação à prescrição prévia à gestação, mas pode ser reduzida ou abolida em casos de hemorragias ou risco hemorrágico. A heparina não atravessa a barreira placentária e não parece ter efeitos teratogênicos. Além disso, seguindo as orientações da equipe médica, o peso seco da paciente foi aumentado em 500 gramas semanalmente e, em duas ocasiões, em 1 quilo, devido à queixa de sonolência e pressão arterial de 90/60 mmHg durante a diálise. A nutricionista também recomendou aumentar a ingestão de líquidos. A gestante está passando pelos estágios da gravidez com estabilidade emocional, sendo assídua nas sessões diárias, apesar da rotina de punções, cansaço físico e mental, e das modificações nas prescrições de diálise. Ela enfrenta dificuldades para marcar consultas relacionadas a gestações de alto risco.

Por diversas vezes, a cliente relatou que não conseguiu marcar as consultas para gestante de alto risco. Durante os 8 meses, ela fez 2 consultas de alto risco e realizou 2 ultrassons, causando desconforto emocional. No entanto, a equipe nefrológica sempre esteve atenta a qualquer alteração. Na última consulta, o obstetra relatou que tudo estava dentro dos parâmetros da normalidade

para o parto em uma unidade hospitalar sem UTI Neonatal, pois a gestante e a criança estavam estáveis para a idade gestacional, o que gerou mais inquietação.

Em 28/03, durante mais uma sessão de diálise diária, a paciente, com 32 semanas de gestação, queixou-se e apresentou contrações. Essas contrações persistiram, e a diálise foi encerrada pela médica plantonista, que a encaminhou ao HRE com um relatório. Lá, ela foi avaliada e liberada. No entanto, a paciente retornou à noite com os mesmos sintomas, agora mais intensos. Foi orientada a procurar um hospital com UTI neonatal, dada a gestação de alto risco, onde foi admitida no hospital e deu à luz a um recém-nascido com 2200 g. Ambos receberam alta após 4 dias.

DISCUSSÃO

Pacientes dialíticas jovens, em idade fértil, muitas vezes, ao iniciar o tratamento, já se privam da esperança de se tornar mãe ou ampliar a família. No entanto, a falta de orientação da equipe da Unidade Básica de Saúde e da equipe multidisciplinar da unidade dialítica ofertada a tais mulheres sobre as possibilidades e os riscos de uma gestação, deixa essas pacientes expostas à gestações não programadas e sem o suporte necessário, o que pode desencadear desfechos desfavoráveis tanto para genitora e quanto para o filho.

Um estudo brasileiro evidenciou que a maioria das mulheres não falam sobre gestação com seus médicos nefrologistas. Métodos de barreira como o diafragma e os preservativos são efetivos e seguros, enquanto o dispositivo intrauterino está associado a episódios de infecção mais frequentes e a sangramentos durante a hemodiálise[PA8].

No que se refere ao tratamento hemodialítico, de acordo com Fredette et al. (2013), os melhores resultados perinatais em mulheres com doença renal foram obtidos entre as que utilizavam hemodiálise intensiva, com um tempo médio de 24 horas por semana, em geral 6 sessões de 4 a 5 horas[PA9].

Além disso, o aconselhamento em nutrição constitui um aspecto importante para o sucesso da gravidez, principalmente em mulheres hemodialisadas, já que a desnutrição é um diagnóstico comum. Sendo assim, não se encontra recomendada uma dieta restritiva e, devido à maior probabilidade de perda de aminoácidos por meio da diálise intensiva, procura-se atingir valores de ingestão proteica diária entre 1.5- 1.8 g/kg/dia.[PA10]

Considerando que a maternidade se tornou viável para essas pacientes, os esforços se concentraram em entender e mitigar os riscos para o binômio materno-fetal. Assim, as dificuldades em reunir evidências de boa qualidade residem na heterogeneidade da população, na falta de estudos de grande porte e na inconsistência da nomenclatura[PA11] ¹¹.

Destaca-se que pacientes renais desconhecem que podem engravidar com êxito, mas, por muitas dessas gestações serem descobertas já no meio ou final da gestação, o percurso gestacional tende a ser dificultoso e pode ser trágico. Atualmente, com o progresso da medicina e um acompanhamento especializado, é possível ter sucesso na gestação e uma sobrevida cada vez maior da mãe e do feto. Contudo, apesar de todo este progresso, ainda se faz necessário um planejamento familiar adequado, pois esta condição apresenta significativo risco gestacional[PA12]. Diante da gestação em pacientes dialíticas, condutas devem ser rapidamente alteradas para essa condição, como prescrição, aumento das horas de diálises, que tem demonstrado ser um divisor de águas durante a gestação, e acompanhamento nutricional e psicológico, para conduzir essa situação a desfechos eficazes. Vale ressaltar que a gravidez é um dos períodos mais valiosos na vida da mulher e ocasiona diversas adaptações fisiológicas no organismo materno, destacando o aumento da frequência cardíaca, hemodiluição, aumento do fluxo plasmático renal e aumento da taxa de filtração glomerular. Dessa forma, gestantes com cardiopatias e Doença Renal Crônica demandam minucioso cuidado, uma vez que grandes mudanças são necessárias para que o feto se desenvolva de forma saudável, e alterações na vida da paciente e nas prescrições de diálise são fundamentais para que o parto ocorra nas condições ideais, frente a uma gestação de alto risco.

CONCLUSÃO

A perspectiva de aumento da incidência de pacientes com doença renal crônica nas próximas décadas evidencia a necessidade de incentivar mais estudos nessa área, principalmente para grupos com maior risco de agravamento da doença, como a gravidez. A gravidez pode acelerar a progressão da doença renal e levar a complicações maternas e fetais.

Uma gestação bem-sucedida é possível em pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. Contudo, é necessário um acompanhamento rigoroso com uma equipe multidisciplinar, que engloba nefrologistas, obstetras e neonatologistas. O objetivo desse acompanhamento é reduzir os impactos negativos

do tratamento da doença renal na saúde tanto da mãe quanto do feto. Além disso, os parâmetros de tratamento devem ser adaptados à situação, considerando metas laboratoriais, peso seco, peso pré-diálise e pós-diálise, e a quantidade de ciclos, devem equilibrar a necessidade do tratamento da doença renal com o desenvolvimento saudável do feto.

REFERÊNCIA

BLOWEY, D. L.; WARADY, B. A. "Outcome of Infants Born to Women with Chronic Kidney Disease." *Advances in Chronic Kidney Disease*, v. 14, n. 2, p. 199-205, 2007. Disponível em: [https://www.akdh.org/article/S1548-5595\(07\)00015-8/abstract](https://www.akdh.org/article/S1548-5595(07)00015-8/abstract). Acesso em 29 de janeiro de 2024.

BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo: Patologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LUDERS, Claudio et al. Risk Factors for Adverse Fetal Outcome in Hemodialysis Pregnant Women. *Kidney Int Rep*, v. 3, n. 5, p. 1077-1088, 2018. DOI: 10.1016/j.ekir.2018.04.013. PMID: 30197974. PMCID: PMC6127404. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6127404/pdf/main.pdf>. Acessado em 16 de agosto de 2024.

Ministério da Saúde. Saúde de A a Z: Doença Renal Crônica (DRC). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/drc>. Acessado em 16 de agosto de 2024.

Ministério da Saúde. Diretriz de Cuidados para Doença Renal Crônica (DRC). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2014/diretriz-cuidados-drc.pdf>. Acessado em 16 de agosto de 2024.

Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 29 de janeiro de 2024.

RIBEIRO, Catarina Isabel; SILVA, Natália. "Pregnancy and dialysis." *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 42, n. 3, p. 349-356, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/2020nahead/2175-8239-jbn-2020-0028.pdf>. Acessado em 16 de agosto de 2024.

Luders C, Titan SM, Kahhale S, Francisco RP, Zugaib M. Risk Factors for Adverse Fetal Outcome in Hemodialysis Pregnant Women. *Kidney Int Rep*. 2018 May 3;3(5):1077-1088. doi: 10.1016/j.ekir.2018.04.013. PMID: 30197974; PMCID: PMC6127404.

[PA1]Doença renal cr nica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável
Chronic kidney diseases: common and harmful, but also preventable and treatable

[PA2]BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo, Patologia. 8 ed. Rio de Janeiro, 2012.

[PA3]Fatores de risco para resultado fetal adverso em gestantes em hemodiálise Claudio Luders1 , ,

[PA4]II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave

Editor: Oscar P. Dutra

Co-Editores: Henrique W. Besser
Humberto Tridapalli Tiago Luiz Luz
Leiria

Membros:

Abrahão Afiune Neto, Antonio Felipe Simão, Antonio S. Sbissa, Enio Casagrande, Gustavo G. de Lima, Iran Castro, Iseu Gus, Ivo A. Nesralla, Nelson C. de Nonohay, Nestor Daudt, Maria Cláudia Irigoyen, Renato A. K. Kalil

[PA5]BLOWEY, D. L.; WARADY, B. A. Outcome of infants born to women with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis*, v. 14, n. 2, p. 199-205, 2007. Disponível em: . Acesso em: 29 jan 2024

[PA6] [PA6]BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: . Acesso em: 29\01\2024

[PA7]BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo, Patologia. 8 ed. Rio de Janeiro, 2012.

[PA8]ROM O JUNIOR, João Egidio. Diálise: Tratamento dial tico de mulheres grávidas. *Braz. J. Nephrol.*, v. 23, n. 1, p. 49-54, mar. 2001. https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v23n1a08.pdf

[PA9]FREDETTE, A.C.N. et al. End-Stage Renal Disease and Pregnancy *Advances in Chronic Kidney Disease*, Vol 20, No 3 (May), 2013: pp 246-252

[PA10]G. Castellano, V. Losappio, and L. Gesualdo, "Update on pregnancy in chronic kidney disease," *Kidney Blood Press. Res.*, vol. 34, no. 4, pp. 253–260, 2011.

[PA11]RADAELLI, Eloísa ; MEINERZ, Gisele ; JACOBINA, Lázaro Pereira ; BRUNO, Rosana Mussoi ; ANDRADE, Juliana Alves Manhães de ; GARCIA, Valter Duro ; KEITEL, Elizete . Gravidez após transplante renal: 40 anos de experiência em centro  nico. *Braz. J. Nefrol.* , v. 2, e20230061, dez. 2023.

<https://www.scielo.br/j/jbn/a/kzYCGcQGgC5CQJh4wBk9QdC/?format=pdf&lang=en>

[PA12] Gravidez na paciente portadora de insuficiência renal crônica Pregnancy in a patient with chronic renal failure Embarazo en paciente con insuficiencia renal crónica

Juliana de Cassia Reis Boscarino¹ ORCID: 0000-0003-3861-2670
Marcela Bruna da Silva¹ ORCID: 0000-0002-0416-0066
Letícia Loss de Oliveira² ORCID: 0000-0002-7779-692X
Rodrigo Rocha de Souza³ ORCID: 0000-0002-9399-8046