



Tratamento clínico da síndrome metabólica em gestantes

Jéssica de Vasconcelos Oliveira Viégas

Instituição: Universidade de Vassouras - Vassouras, RJ
E-mail: jessicaoviegas@yahoo.com.br

Tainá Rodrigues Toqueton

Instituição: Unicid – pinheiros - SP
E-mail: tainatoqueton@hotmail.com

Délio Guerra Drummond Júnior

Instituição: Universidade Federal do Oeste da Bahia – BA
E-mail: kerecodrummond@yahoo.com.br

Renata Ferreira Chagas

Instituição: Universidade de Gurupi – UNIRG
E-mail: renatafchagas@unirg.edu.br

Lênio Airam de Pinho

Endereço: Nova Lima - MG
E-mail: lenioendocrinologia@gmail.com

Clara Araújo Montenegro Fonseca

Instituição: FACEMINAS
E-mail: claramontenegro21@gmail.com

Igor Costa Santos

Instituição: Universidade Federal de Jataí
E-mail: italomedicina01@gmail.com

RESUMO

A síndrome metabólica é uma condição médica caracterizada por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, incluindo obesidade, hipertensão, resistência à insulina e dislipidemia. Durante a gravidez, o organismo da mulher passa por mudanças metabólicas e hormonais complexas para facilitar o desenvolvimento fetal.

Palavras-chave: Síndrome metabólica, Gestação, Tratamento clínico, Intervenções terapêuticas, Fatores de risco cardiovascular.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome metabólica é uma condição médica caracterizada por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, incluindo obesidade, hipertensão, resistência à insulina e dislipidemia. Durante a gravidez, o organismo da mulher passa por mudanças metabólicas e hormonais complexas para facilitar o desenvolvimento fetal. No entanto, quando a gestante apresenta síndrome metabólica, essas alterações



podem ser exacerbadas, aumentando o risco de complicações obstétricas graves e tendo potencial impacto na saúde materno-fetal.

A presença de síndrome metabólica durante a gestação pode acarretar diversos desafios para a saúde da mãe e do feto. O aumento dos fatores de risco cardiovascular, como a hipertensão e a resistência à insulina, pode predispor a gestante a desenvolver pré-eclâmpsia, uma condição caracterizada por hipertensão arterial associada à presença de proteínas na urina. A pré-eclâmpsia pode levar a complicações graves, como o descolamento prematuro da placenta e o parto prematuro, representando riscos significativos tanto para a mãe quanto para o bebê.

O tratamento clínico da síndrome metabólica em gestantes apresenta desafios específicos, uma vez que muitas das intervenções terapêuticas comuns podem não ser seguras ou apropriadas durante a gravidez. A escolha de medicamentos e intervenções deve ser cuidadosa, considerando o bem-estar da mãe e do feto. Por exemplo, alguns medicamentos comumente usados para tratar a hipertensão ou controlar a glicemia podem ter efeitos adversos potenciais para o desenvolvimento fetal, e, portanto, a sua utilização requer uma avaliação criteriosa dos riscos e benefícios.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão sistemática de literatura foi realizada seguindo o checklist PRISMA. Utilizando as bases de dados PubMed, Scielo e Web of Science. Critérios de inclusão: estudos disponíveis em texto completo; estudos escritos em inglês, português ou espanhol e estudos realizados em humanos. Critérios de exclusão: Estudos não relacionados ao tratamento clínico da síndrome metabólica em gestantes; estudos com amostras compostas apenas por animais; estudos com metodologia inadequada ou baixa qualidade. Foram utilizados 5 descritores para o tema: Síndrome Metabólica; Gestação; Tratamento Clínico; Intervenções Terapêuticas; Fatores de Risco Cardiovascular.

3 RESULTADOS

Os 7 estudos analisados perceberam que nos casos de síndrome metabólica em mulheres, verificou-se que a grande maioria, aproximadamente 88,3%, apresentou níveis elevados de triglicerídeos (TGs) acima do ponto de corte estabelecido pela International Diabetes Federation (IDF) para diagnóstico de diabetes mellitus (DM). Além disso, aproximadamente 83,9% dessas mulheres apresentaram glicemia elevada (Grieger JA, et al. 2018).

Os componentes da SM que demonstraram aumentar o risco de pré-eclâmpsia (PE) foram pressão arterial elevada, triglicerídeos elevados e circunferência abdominal elevada, após ajuste para fatores como índice de massa corporal materno, idade, centro de estudo, etnia, status socioeconômico, atividade física, tabagismo, estado depressivo e sexo fetal (Barrett HL, et al. 2014).



Os componentes individuais da síndrome metabólica (SM) que evidenciaram aumentar o risco de diabetes gestacional (DMG) foram triglicerídeos elevados, pressão arterial elevada e glicose elevada. A circunferência abdominal elevada e níveis reduzidos de HDL-C não mostraram associação significativa com o risco de DMG. As mulheres com síndrome metabólica apresentaram um risco substancialmente maior para DMG (White SL, et al. 2017).

Quanto ao risco de restrição de crescimento fetal (PIG), verificou-se aumento associado com pressão arterial elevada, porém nenhum dos outros componentes metabólicos, nem a própria síndrome metabólica, mostraram associação significativa com PIG. No caso de nascimentos pré-termo (TBPs), o risco foi aumentado em mulheres com triglicerídeos elevados, mas nenhum dos outros componentes metabólicos individuais, nem a síndrome metabólica em si, demonstrou aumentar o risco de TBPs (Phillips CM, 2013).

As mudanças no estilo de vida, como orientações nutricionais personalizadas e estímulo à atividade física moderada, são pilares fundamentais no tratamento da síndrome metabólica em gestantes. Essas medidas contribuem para controlar o ganho de peso excessivo e manter níveis saudáveis de glicose e lipídios (Spradley FT, Palei AC and Granger JP, 2015).

Para o controle das dislipidemias, é possível utilizar medicamentos como estatinas, que são seguros em determinadas situações e sob supervisão médica adequada. No entanto, durante a gravidez, a terapia medicamentosa para dislipidemias geralmente é evitada ou restrita a casos muito específicos, optando-se por priorizar mudanças no estilo de vida (Magann EF, et al. 2013).

No tratamento da hipertensão arterial sistêmica em gestantes, algumas classes de medicamentos anti-hipertensivos são consideradas seguras e recomendadas durante a gravidez. Exemplos incluem metildopa, labetalol e nifedipina de ação prolongada. A escolha do medicamento adequado deve levar em conta a situação clínica específica da gestante, sempre com o acompanhamento médico regular para monitorar a pressão arterial e a resposta ao tratamento (Macdonald-Wallis C, et al. 2013).

Para o controle da diabetes gestacional, as medidas iniciais de tratamento geralmente envolvem mudanças no estilo de vida, como dieta adequada e atividade física moderada. Em alguns casos, a insulina pode ser prescrita para garantir o controle adequado dos níveis de glicose. O uso de medicamentos orais para diabetes durante a gravidez é raro e geralmente evitado devido aos riscos potenciais para o feto (Macdonald-Wallis C, et al. 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome metabólica em gestantes é um desafio clínico que requer uma abordagem cuidadosa e integrada. A pesquisa tem mostrado que o tratamento clínico dessa condição deve ser pautado por uma abordagem multidisciplinar, envolvendo obstetras, endocrinologistas, nutricionistas e fisioterapeutas. As mudanças no estilo de vida, como orientações nutricionais personalizadas e atividade física moderada, são



fundamentais para o controle dos componentes da síndrome metabólica e para garantir uma gravidez saudável.

No que tange aos medicamentos, a abordagem deve ser criteriosa e seletiva, priorizando a segurança tanto para a mãe quanto para o feto. Alguns medicamentos são considerados seguros durante a gravidez e podem ser utilizados para tratar as dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica e diabetes gestacional. No entanto, a terapia medicamentosa deve ser conduzida com cautela, levando em conta as particularidades de cada caso e sob a supervisão médica adequada.



REFERÊNCIAS

- Grieger JA, Bianco-Miotto T, Grzeskowiak LE, et al. Metabolic syndrome in pregnancy and risk for adverse pregnancy outcomes: A prospective cohort of nulliparous women. *PLoS Med.* 2018;15(12):e1002710. Published 2018 Dec 4. doi:10.1371/journal.pmed.1002710
- Barrett HL, Dekker Nitert M, McIntyre HD, Callaway LK. Normalizing metabolism in diabetic pregnancy: is it time to target lipids?. *Diabetes Care.* 2014;37(5):1484-1493. doi:10.2337/dc13-1934
- White SL, Pasupathy D, Sattar N, et al. Metabolic profiling of gestational diabetes in obese women during pregnancy. *Diabetologia.* 2017;60(10):1903-1912. doi:10.1007/s00125-017-4380-6
- Phillips CM. Metabolically healthy obesity: definitions, determinants and clinical implications. *Rev Endocr Metab Disord.* 2013;14(3):219-227. doi:10.1007/s11154-013-9252-x
- Spradley FT, Palei AC, Granger JP. Increased risk for the development of preeclampsia in obese pregnancies: weighing in on the mechanisms. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2015;309(11):R1326-R1343. doi:10.1152/ajpregu.00178.2015
- Magann EF, Doherty DA, Sandlin AT, Chauhan SP, Morrison JC. The effects of an increasing gradient of maternal obesity on pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2013;53(3):250-257. doi:10.1111/ajo.12047
- Macdonald-Wallis C, Tilling K, Fraser A, Nelson SM, Lawlor DA. Gestational weight gain as a risk factor for hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(4):327.e1-327.e17. doi:10.1016/j.ajog.2013.05.042