

Complicações da hipertensão arterial sistêmica na gestação

Complications of systemic high blood pressure in pregnancy

Anna Clara Belmudes Figueiredo
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
annaclaraf@globo.com

Beatriz Arruda de Oliveira Martins
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
biaarrudamartins@hotmail.com

Lucas Reis de Barros Ribeiro
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
med.lucasribeiro@gmail.com

Sebastião Gonçalves Ribeiro Neto
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
sebastiaoqrneto@gmail.com

José Lins
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
jose.lins@foa.org.br

RESUMO

A hipertensão crônica e gestacional está entre as principais causas de morbidade e mortalidade materna na gestação. As complicações aumentam com a gravidade da hipertensão arterial e a presença de danos nos órgãos alvos, principalmente nos quadros de pré-eclâmpsia ou hipertensão descontrolada. A mortalidade fetal é duas a quatro vezes maior quando comparada a população gravídica normotensa. No caso descrito, fica explícito a importância da abordagem adequada da hipertensão arterial sistêmica em especial atenção e no seguimento clínico para evitar repercussões e desfechos não favoráveis quanto a gestação. Paciente, 16 anos, primigesta com 11 semanas, apresentou pressão arterial de 210x130 mmHg em primeira aferição de pré-natal de alto risco com relato de cefaleia, foi encaminhada para Unidade Hospitalar de referência, sendo constatado aborto retido após investigação, necessitando de intervenção cirúrgica e acompanhamento cardiológico para controle pressórico.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Gestação.

ABSTRACT

Chronic and gestational hypertension is among the main causes of maternal morbidity and mortality during pregnancy. Complications increase with the severity of the arterial hypertension and the presence of damage to the end-organ, especially in preeclampsia or uncontrolled hypertension. Fetal mortality is two to four times higher when compared to the normotensive pregnancy population. In the case described, it is explicit the importance of the adequate approach of systemic hypertension, in particular attention and clinical follow-up, to avoid repercussions and unfavorable outcomes regarding pregnancy. A 16-year-old patient, with 11 weeks of gestation had blood pressure of 210x130 mmHg measured in the first high-risk prenatal consultation, along with a report of headache, she was referred to a hospital unit and the diagnosis of early pregnancy loss was given after investigation, requiring surgical intervention and cardiac follow-up for blood pressure control of the patient.

Keywords: High blood pressure; Gestation.

CONTEXTO

O propósito principal deste estudo é abordar os aspectos referentes ao risco dos impactos da hipertensão arterial sistêmica crônica no primeiro trimestre da gestação na adolescência, mostrando a necessidade de orientação quanto a promoção de saúde em doenças de saúde básica que podem repercutir em outros fatores de risco, caso sejam negligenciadas.

No caso descrito, fica explícito a importância da abordagem adequada da hipertensão arterial sistêmica em especial atenção e no seguimento clínico para evitar repercussões e desfechos não favoráveis quanto a gestação. Vale ressaltar que a gravidez por si só já causa uma sobrecarga hemodinâmica que pode revelar doenças cardíacas ocultas bem como agravar as já presentes no organismo. Este trabalho está 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 30457714.1.0000.5237. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi assinado pela paciente.

1 APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 16 anos, parda, solteira, primigesta, tipo sanguíneo A positivo, portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS) prévia em uso de losartana 50mg 12/12hr e relata reumatismo (não soube especificar patologia). Menarca aos 14 anos, com início de atividade sexual aos 14 anos. A data da última menstruação (DUM) foi 06/03/2022 e a data provável do parto prevista para 11/12/2022. Iniciou pré-natal em sua Unidade Básica de Saúde de referência, onde foi substituído anti-hipertensivo losartana por metildopa 250mg, 8/8hr, e referenciada ao serviço de pré-natal de alto risco (PNAR).

Na triagem de primeira consulta no PNAR, foi constatado pressão arterial (PA) de 210x130mmHg, em primeira aferição, uma hora depois reavaliada PA, obtido valor 170x110mmHg. Paciente relatou em consulta constante cefaleia, e negou sangramentos, dor em baixo ventre e outras queixas. Checado exames laboratoriais de rotina de primeiro trimestre com presença de alteração apenas em Urina tipo 1, com urocultura positiva constatando infecção do trato urinário. Como conduta foi solicitado encaminhamento ao cardiologista do próprio serviço para investigação e conduta adequada; também solicitado serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) para transferência até Hospital São João Batista (HSJB).

Paciente deu entrada no serviço HSJB com pico pressórico de 210x130mmHg e evoluiu com sangramento vaginal. Primeira ultrassonografia (USG) obstétrica, realizado no hospital, evidenciando, segundo laudo, gestação compatível com 7 semanas e 3 dias, colo uterino fechado medindo 25mm, concluído como aborto retido. Foram solicitados novos exames laboratoriais, constatando alteração apenas em elevação de proteínas totais e frações (proteínas totais: 9,2g/dl; albumina: 4,7g/dl; globulina 4,5g/dl; relação A/G: 1,04) e Urina tipo 1, com presença de hemoglobinas, bactérias positivas e leucocitúria.

2 TRATAMENTO

Após avaliação, a conduta definida foi o esvaziamento uterino por meio de curetagem. Foi iniciada antibioticoterapia [Ceftriaxona 1gr 12/12hr endovenoso (EV)] para ITU, realizado ajuste da Metildopa para 250mg 6/6hr e solicitado avaliação cardiológica, devido à HAS, para risco do procedimento de curetagem. A cardiologia iniciou Nifedipino 20mg 8/8hrs e, caso PAS se mantivesse acima de 160mmHg e ou PAD acima de 110mmHg, foi orientado o uso de Hidralazina 1 ampola EV a critério médico. A paciente foi liberada para curetagem uterina, risco cirúrgico ASA II.

Seguindo novo protocolo FIGO 2017, foi iniciado preparação cervical para aborto cirúrgico, com Misoprostol via vaginal 3 horas antes da operação proposta. Procedimento foi realizado sob anestesia geral venosa, paciente manteve pressão arterial elevada variando entre 170x100mmHg e 150x90mmHg. Foram retirados restos ovulares da cavidade uterina e encaminhados para histopatológico. Procedimento realizado sem intercorrências.

3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

A paciente supracitada obteve alta hospitalar com as seguintes medicações prescritas pelo cardiologista: atenolol 50mg 2 vezes ao dia, hidroclorotiazida 25mg 1 vez ao dia, anlodipino 5mg 1 vez ao dia. O esquema de antibioticoterapia em vigor foi transferido para uso oral, com objetivo de completar o tratamento em residência. Foi orientada ao retorno ambulatorial para melhor investigação e acompanhamento da pressão arterial, e agendada para retornar em uma semana no ambulatório de puerpério. Além disso, a paciente aguarda resultado do exame histopatológico proveniente do material obtido por esvaziamento uterino.

4 DISCUSSÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se pela elevação persistente de níveis pressóricos. É uma doença não transmissível ou infecciosa, de caráter crônico, que possui riscos multifatoriais para seu desenvolvimento. Na infância e adolescência, ela é definida como valores de pressão arterial sistólica e/ou diastólica iguais ou superiores ao percentil 95, aferidas em três ou mais ocasiões distintas (NHBPEP, 2004).

Segundo os dados epidemiológicos (BARROSO et al., 2021), 0,9-1,5% das grávidas apresentam hipertensão crônica. O diagnóstico da HAS ambulatoriamente é feito através da aferição da pressão arterial (PA) em pelo menos duas consultas, porém pacientes com PA em estágio 3 (PAS>180 e PAD>110) podem receber diagnóstico na primeira consulta.

Na gestação, utiliza-se o mesmo critério diagnóstico citado acima, deve-se atentar para a diferenciação entre hipertensão arterial sistêmica crônica prévia e doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), sendo a última caracterizada pelo aumento dos níveis pressórico apenas após a 20ª semana de gestação, sem proteinúria e sinais de gravidade. Além do mais, a hipertensão grave na gestação é caracterizada pela PAS> 160mmHg e/ou PAD> 110mmHg.

Ademais, durante a gravidez, a manutenção rigorosa da pressão arterial, em pacientes já hipertensas é essencial, bem como a adaptação dos fármacos, visto que alguns anti-hipertensivos são teratogênicos. (BURTON et al. 2019).

A hipertensão crônica e gestacional está entre as principais causas de morbidade e mortalidade materna na gestação. As complicações aumentam com a gravidade da hipertensão arterial e a presença de danos nos órgãos alvos, principalmente nos quadro de pré-eclâmpsia ou hipertensão descontrolada (ANKUMAH et al., 2014). Já na ausência das mesmas, embora os riscos relativos (RR) para essas complicações sejam significativamente aumentados, o risco absoluto de danos graves nos órgãos alvos é baixo (ANKUMAH et al., 2014).

Estudos de base populacional, bem como revisões sistemáticas e meta-análises, demonstram consistentemente um risco aumentado de desfechos maternos, como aumento do parto cesáreo (prevalência

estimada em 41,4% dos partos(3)), insuficiência renal aguda, edema pulmonar, pré-eclâmpsia com lesão de órgão alvo, mortalidade hospitalar, complicações vasculares/cerebrovasculares, descolamento de placenta (maior risco em paciente com pré-eclâmpsia sobreposta), hemorragias pós-parto e diabetes gestacional (quando associados a outros fatores de risco comuns) e morte. (SIBAI et al., 1998) (FERRER et al., 2000) (CHAPPELL et al., 2008)

As complicações fetais são relacionadas a gravidade da hipertensão materna e a sua duração e tem pior desfecho quando associada a pré-eclâmpsia ou lesão de órgão alvo na mãe (PANAITESCU et al., 2017).

A mortalidade é duas a quatro vezes maior quando comparada a população gravídica normotensa. Esse aumento provavelmente atribuído ao nascimento prematuro do feto e a restrição do crescimento fetal, ambos podendo ser causados pela HAS gestacional (PANAITESCU et al., 2017).

No caso de diagnóstico de Aborto Retido, para pacientes hemodinamicamente estáveis, a conduta a ser adotada pode ser expectante, devendo avaliar a necessidade de indução e/ou esvaziamento mecânico.

Para indução a droga de escolha é o Misoprostol, podendo ser feito 800mcg via vaginal (VV) a cada 12 horas ou 400mcg VV a cada 8 horas, sempre fazendo 3 doses. Geralmente a expulsão do concepto ocorre nas primeiras 24 horas, podendo chegar até 72 horas, sem aumento dos efeitos colaterais (NICE, 2019).

Se optar por esvaziamento mecânico, em gestante com menos de 12 semanas, devido ao tamanho do útero, a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) deve ser a escolha, um procedimento médico rápido, simples e seguro de esvaziamento uterino. Na não possibilidade de realizar o AMIU, a curetagem deve ser realizada. Deve-se utilizar misoprostol 400mcg 3 a 4 horas antes do procedimento (BRASIL, 2011), como realizado na paciente supracitada.

O uso de misoprostol é contraindicado para pacientes com hipersensibilidade aos componentes da medicação, presença de cicatriz uterina, portadoras de doença vascular cerebral e de doença coronariana (NICE, 2019).

A paciente deve ser referenciada ao ambulatório para reavaliação em 7 a 15 dias e orientada para suspender atividade sexual e de esforço físico até ser reavaliada (BRASIL, 2011).

5 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. A maior causa de mortalidade e morbidade fetal e materna é devido as complicações hipertensivas durante a gravidez. Dentre as opções abaixo, assinale a resposta incorreta:

- a) A hipertensão arterial crônica e um quadro hipertensivo diagnosticado antes da gravidez ou antes da vigésima semana de gestação.
- b) A pré-eclâmpsia é a hipertensão gestacional transitória.
- c) A pré-eclâmpsia é um estado hipertensivo acima da vigésima semana de gestação acompanhada de proteinúria em 24 horas com valor maior ou igual a 300mg.
- d) A hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se pela elevação persistente de níveis pressóricos. É uma doença não transmissível ou infecciosa, de caráter crônico, que possui riscos multifatoriais para seu desenvolvimento.

Gabarito: alternativa (b)

2. Uma mulher 28 semanas de gestação diagnosticada com hipertensão gestacional. Decide-se pelo tratamento medicamentoso. Recomenda-se evitar o uso de drogas sabidamente capazes de causar lesão no feto. A primeira droga de escolha no tratamento da hipertensão na gestação é:

- a) Losartana potássica
- b) Enalapril
- c) Metildopa
- d) Carvedilol

Gabarito: alternativa (c)

3. Qual a definição de hipertensão gestacional?

Resposta: É definida pelo surgimento de uma nova hipertensão arterial sistêmica a partir da segunda metade da gestação, sem a presença de proteinúria.

REFERÊNCIAS

ANKUMAH, Nana-Ama et al. **Risk of Adverse Pregnancy Outcomes in Women With Mild Chronic Hypertension Before 20 Weeks of Gestation.** *Obstetrics & Gynecology*, v. 123, n. 5, p. 966-972, maio 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.000000000000205>.

BARROSO, W. K. S. et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: 2020.** *Arq. Bras. Cardiol*, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde (org.). **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.** 2. ed. Brasília: Editora Ms, 2011. 60p.

CHAPPELL, L. C. et al. **Adverse Perinatal Outcomes and Risk Factors for Preeclampsia in Women With Chronic Hypertension.** *Hypertension*, v. 51, n. 4, p. 1002-1009, abr. 2008. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1161/hypertensionaha.107.107565>.

FERRER, R. et al. **Management of mild chronic hypertension during pregnancy: a review.** *Obstetrics & Gynecology*, v. 96, n. 5, p. 849-860, nov. 2000. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em [http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)00938-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(00)00938-8).

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (NHBPEP). **The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents.** *Pediatrics: Official journal of the American Academy of Pediatrics*, v. 114, n. 2, p. 555-576, 1 ago. 2004. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.114.2.s2.555>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **NG126: Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management.** Londres: Nice, 2019. 35 p. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>

PANAITESCU, A. M. et al. **Chronic hypertension and adverse pregnancy outcome: a cohort study.** Ultrasound In Obstetrics & Gynecology, v. 50, n. 2, p. 228-235, 22 jun. 2017. Wiley. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1002/uog.17493>.

SIBAI, B. M. et al. **Risk Factors for Preeclampsia, Abruptio Placentae, and Adverse Neonatal Outcomes among Women with Chronic Hypertension.** New England Journal Of Medicine, v. 339, n. 10, p. 667-671, 3 set. 1998. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199809033391004>.