

Hipertensão crônica na gravidez

Carlos Antônio Barbosa Montenegro

Jorge de Rezende-Filho

A hipertensão crônica está presente em 5 % das mulheres grávidas; as taxas variam de acordo com a população estudada e os critérios para estatuir o diagnóstico [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2012]. A hipertensão crônica na gravidez pode resultar em significativa morbiletalidade materna e perinatal.

Definição

A hipertensão crônica na gravidez é definida como hipertensão préexistente ou ocorrida antes de 20 semanas da gestação. Hipertensão é definida como pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg (Tabela 1).

A hipertensão crônica durante a gravidez é habitualmente classificada em *leve* (pressão sistólica de 140-159 mmHg ou pressão diastólica de 90 a 109 mmHg) e *grave* (pressão sistólica ≥ 160 mmHg ou pressão diastólica ≥ 110 mmHg) [Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2008; ACOG, 2012].

Para estabelecer o diagnóstico de hipertensão, os níveis de pressão sanguínea que atingem o critério devem ser documentados em mais de uma ocasião, no mínimo com 4-6 horas de intervalo. A paciente deve estar sentada, após 10 minutos de repouso, e o manguito ao nível do coração. Para a pressão diastólica é considerado o desaparecimento do som (fase V de Korotkoff).

A hipertensão crônica pode ser difícil de distinguir da hipertensão gestacional toxêmica em mulheres que procuram tardiamente a assistência pré-natal. Para estabelecer o diagnóstico de hipertensão o ideal é medir a pressão antes de 12 semanas de gestação. Queda da pressão sanguínea, pela diminuição fisiológica da resistência vascular periférica, que atinge o seu *nadir* com 16-18 semanas da gestação, pode mascarar hipertensão crônica não diagnosticada precocemente. Assim, a hipertensão pode tornar-se aparente apenas quando a pressão sanguínea aumenta na gravidez tardia e é erroneamente rotulada como hipertensão gestacional. Nesse cenário, hipertensão gestacional que persiste após 12 semanas de pós-parto é reclassificada como hipertensão crônica.

Etiologia

Do ponto de vista etiológico, a hipertensão crônica pode ser dividida em *primária* (*essencial*) e *secundária*.

A hipertensão primária é, sem dúvida, a mais frequente na gravidez (90 %). Em menor número de casos (10 %) a hipertensão crônica é secundária a outros distúrbios, *e.g.*, doença renal (glomerulonefrite, estenose da artéria renal), doenças vasculares do colágeno (lúpus, esclerodermia), doenças endócrinas (diabetes melito, feocromocitoma, tireotoxicose, doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário) e coarctação da aorta.

Classificação

A hipertensão crônica durante a gravidez é atualmente classificada em *leve* (pressão sistólica de 140-159 mmHg ou pressão diastólica de 90 a 109 mmHg) e *grave* (pressão sistólica ≥ 160 mmHg ou pressão diastólica ≥ 110 mmHg) (ACOG, 2012).

Por outro lado, na gravidez, a hipertensão crônica também pode ser classificada em de *baixo-risco* e de *alto-risco*.

São de baixo-risco as hipertensas leves, sem lesão em órgãos-alvo ou perdas fetais anteriores. São de alto-risco aquelas com hipertensão secundária, grave (níveis tensionais \geq 160/110 mmHg), lesão em órgãos-alvo (disfunção ventricular esquerda, retinopatia, dislipidemia, acidente vascular cerebral) e história de perdas fetais.

As gestantes de baixo-risco que têm seus níveis tensionais agravados (\geq 160/110 mmHg) ou apresentam pré-eclâmpsia superajuntada passam para a categoria de alto-risco.

A hipertensão crônica pode usualmente ser distinta da *pré-eclâmpsia* porque a toxemia tipicamente aparece após 20 semanas da gravidez, acompanhada de proteinúria. Na pré-eclâmpsia grave estão presentes vários sinais de envolvimento em outros órgãos, notadamente, hemólise, elevação de enzimas hepáticas, queda de plaquetas (*síndrome HELLP*) e sinais como cefaleia, escotomas e dor epigástrica.

Quando a hipertensão se desenvolve durante a gravidez tipicamente no 3º trimestre, na ausência de sinais de pré-eclâmpsia (especialmente proteinúria), o diagnóstico de *hipertensão gestacional* é apropriado. Todavia, 30 % ou mais das mulheres grávidas com hipertensão crônica podem desenvolver pré-eclâmpsia, configurando o quadro de *hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superajuntada*, complicação que não é de fácil diagnóstico. O início agudo da proteinúria ou o seu agravamento (aumento de 2-3 vezes) e o ácido úrico $>$ 5,5-6 mg/dl , constituem bons indicadores laboratoriais.

Nesse particular, temos grande apreço pelo *doppler da artéria uterina* que mostra incisura bilateral após 24 semanas na vigência da pré-eclâmpsia superajuntada (Capítulo 18) (SOGC, 2008) . As mulheres com hipertensão crônica isolada não apresentam incisura bilateral, embora possam exibir índices fluxométricos elevados.

Tabela 1 - Diagnóstico da hipertensão crônica na gravidez.

- Uso de medicação anti-hipertensiva antes de gravidez
- Início da hipertensão antes de 20 semanas da gravidez
- Persistência da hipertensão após 12 semanas de pós-parto

Critério

- *Leve*: pressão sistólica 140-159 mmHg ou diastólica 90-109 mmHg
- *Grave*: pressão sistólica \geq 160 mmHg ou diastólica \geq 110 mmHg ACOG, 2012.

Prognóstico

Em que pese a maioria das mulheres com hipertensão crônica engravidem enquanto a doença é ainda leve, com mínimas repercussões na gravidez, a sua forma grave está associada a prognóstico adverso materno. A incidência desses efeitos adversos está relacionada fundamentalmente à duração da doença (lesão de órgãos-alvo, *v.g.*, coração, rim), gravidade da hipertensão e presença de pré-eclâmpsia superajuntada (ACOG, 2012).

A hipertensão crônica na gravidez eleva os riscos notadamente de pré-eclâmpsia e de descolamento prematuro da placenta (DPP). Mulheres com hipertensão crônica leve têm risco de pré-eclâmpsia de 20 %, mas naquelas com a forma grave o risco se eleva para 50 %; em mulheres com hipertensão grave e lesão de órgãos-alvo ou hipertensão secundária, o risco pode ser tão elevado quanto 75 %. A taxa de DPP é, números redondos, 1 % na forma leve e 8 % na forma grave.

Acresce a isso o fato de que mulheres com hipertensão crônica de alto-risco apresentam taxas aumentadas de complicações que ameaçam a sua vida (mortalidade materna 5 vezes maior): edema agudo de pulmão, encefalopatia hipertensiva, hemorragia cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal terminal.

A mortalidade perinatal está aumentada de 2-4 vezes em relação à população normal, assim como as taxas de parto pré-termo e de crescimento intrauterino restrito (CIR).

Tratamento

Idealmente, a mulher com hipertensão crônica deveria ser avaliada antes da gravidez para diagnosticar possível envolvimento de órgãos-alvo (ACOG, 2012).

O objetivo primordial no tratamento da gravidez com hipertensão crônica é reduzir os riscos maternos e alcançar a sobrevivência fetal com qualidade.

A avaliação da grávida hipertensa crônica começa pelos comemorativos: duração da hipertensão, uso de medicação antihipertensiva, presença de doença renal, diabetes, doença da tireoide, história de acidente vascular cerebral e de insuficiência cardíaca.

A história obstétrica deve incluir o prognóstico materno e o fetal de gestações anteriores, vale dizer, DPP, pré-eclâmpsia superajuntada, parto pré-termo, CIR, morte fetal, morbidade neonatal.

Os exames laboratoriais básicos estão dirigidos para a avaliação da função renal: ureia e creatinina sanguíneas, urina de 24 horas para a dosagem de proteína e a determinação da depuração de creatinina. A dosagem periódica da proteína na urina é indispensável para surpreender a piora da função renal ou a associação com a toxemia. Níveis de ácido úrico sanguíneos $\geq 5,5-6,0$ mg/dl falam a favor de pré-eclâmpsia superajuntada, assim como o doppler das artérias uterinas com incisura bilateral.

Mulheres com hipertensão de longa duração devem ser investigadas para lesões em órgãos-alvo: hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e lesão renal. Essas mulheres deverão fazer eletrocardiograma (ECG), ecocardiografia, exame oftalmológico e depuração da creatinina

Grávidas jovens (< 30 anos), sem história familiar, com hipertensão crônica grave ($\geq 160/110$ mmHg) são grandes candidatas ao tipo secundário de hipertensão crônica: feocromocitoma, doença de Cushing (adenoma de supra-renal). A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são recomendadas após o 1º trimestre.

O tratamento a ser seguido depende da classificação da paciente em baixo- e alto-risco.

Hipertensão de baixo-risco

Mulheres com hipertensão de baixo-risco usualmente têm prognóstico obstétrico igual ao da população geral.

O tratamento anti-hipertensivo será descontinuado na gravidez pois não afeta a incidência de pré-eclâmpsia, DPP e parto pré-termo. Do mesmo passo o uso do diurético não é aconselhado.

A ingestão de sódio deve ser de no máximo 2,4 g/dia. A mulher deve ser aconselhada também a não consumir álcool e a abandonar o tabagismo, pois podem agravar o risco de DPP e de CIR.

Hipertensão de alto-risco

Mulheres com insuficiência renal significativa (creatinina $\geq 1,5$ mg/ dl), diabetes melito com complicação vascular (Classes D, F, R), doença vascular do colágeno grave,

cardiomiopatia ou coarctação da aorta devem ter aconselhamento por especialista e cuidados redobrados.

O ideal é hospitalizar essas pacientes na consulta inicial para avaliar a função cardíaca e a renal, aventar o tratamento anti-hipertensivo e de outra medicação (insulina, drogas cardíacas e da tireoide etc.).

O atenolol, beta antagonista puro, mostrou-se ser responsável por CIR ao reduzir o fluxo uteroplacentário; não deve ser utilizado na gravidez.

Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) administrados no 1º trimestre estão associados a anomalias fetais graves, em particular, malformações cardiovasculares e do SNC, assim como prognóstico fetal adverso - CIR, oligoidramnia, morte fetal e neonatal. Igualmente os antagonistas do receptor de angiotensina (ARA) têm sido associados a anomalias renais, dismorfismo e natimortalidade. Os IECA e os ARA estão formalmente contraindicados em todos os trimestres da gravidez.

A terapia anti-hipertensiva dará preferência às drogas mostradas na Tabela 2 e será utilizada em mulheres com pressão arterial $\geq 160/110$ mmHg. O objetivo do tratamento anti-hipertensivo é manter a pressão sistólica $< 150/100$ mmHg, de modo a assegurar o fluxo sanguíneo uteroplacentário. Fica a mãe protegida contra acidentes vasculares e cerebrais, conquanto pareça não haver nenhuma melhora no prognóstico fetal. Em mulheres com lesão em órgãos-alvo, como hipertrofia ventricular esquerda ou insuficiência renal, o objetivo é estabilizar a pressão sanguínea em *níveis normais*, assim reduzindo o risco de comprometimento de outros órgãos-alvo.

Mulheres com hipertensão leve, mas com lesão em órgãos-alvo (portanto de alto-risco), terão também terapia anti-hipertensiva pois há benefícios imediatos em baixar a pressão arterial nesse grupo de pacientes.

Tabela 2 - Drogas utilizadas na hipertensão crônica na gravidez.

Manutenção

- Metildopa (oral)
- Nifedipino (oral)

Crise hipertensiva

- Hidralazina (IV)
- Nifedipino (oral)

No tratamento da *crise hipertensiva* (pressão arterial $\geq 160/110$) podem ser utilizados a hidralazina, 5-10 mg IV a cada 20 minutos (dose máxima de 30 mg) ou o nifedipino, 10-20 mg oral a cada 30 minutos (dose máxima de 50 mg). A menos que haja lesão em órgãos-alvo, o objetivo não é normalizar a pressão, mas mantê-la em níveis de 140/90-100 mmHg. Em casos não responsivos poderá ser administrado o nitroprussiato de sódio (2-10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) pelo menor tempo possível (até 4 horas), pois a droga pode apresentar efeitos colaterais importantes na mãe e no feto (intoxicação pelo cianeto).

Presente o edema agudo de pulmão, o tratamento será a furosemida IV, sulfato de morfina IV e ventilação assistida.

A manutenção do tratamento hipertensivo será feita com a metildopa (250 mg 2/dia, via oral) ou o nifedipino (10 mg 2/dia).

O ultrassom realizado mensalmente após 26 semanas é útil para monitorar o crescimento fetal e surpreender o CIR. Presente o CIR e/ ou pré-eclâmpsia superajuntada a avaliação do feto pelo doppler será obrigatória, 2/semana (Capítulo 29) (SOGC, 2008).

Época da interrupção da gravidez

Mulheres grávidas com hipertensão leve sem complicações geralmente são candidatas ao parto vaginal de termo (após 39 semanas) porque a maioria mostra prognóstico favorável materno e neonatal (ACOG, 2012). A cesárea estará indicada por razões obstétricas.

Mulheres controladas com medicação devem parir entre 37-39 semanas e naquelas com hipertensão grave de difícil controle a gestação deve ser interrompida com 36-37 semanas.

A presença de pré-eclâmpsia superajuntada equivale à pré-eclâmpsia grave, e a nosso ver a gestação deve ser interrompida imediatamente, embora muitos indiquem a conduta conservadora até 32 semanas em benefício fetal.

Conduta no pós-parto

No pós-parto não usar ergoderivados que podem agravar a hipertensão e optar pela ocitocina.

Mulheres com hipertensão crônica de alto-risco têm predisposição para outras complicações: edema agudo de pulmão, encefalopatia hipertensiva, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal.

Nesse grupo, a pressão arterial será rigidamente controlada, no mínimo por 48 horas, com o uso da hidralazina intravenosa.

Em mulheres que estão amamentando a droga ideal é ainda a metildopa que parece ser a mais segura, pois é excretada no leite em baixas concentrações. A necessidade de instituir aqui os IECA/ARA não está contraindicada.

Bibliografia suplementar

American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic hypertension in pregnancy. Practice Bulletin Nº 125. *Obstet Gynecol* 2012; *119*: 396.

Magee LA, Helewa M, Montquin J-M, Dadelszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2008; *30 (Suppl 1)*: S1.

Mancia G & Grassi G. Individualization of antihypertensive drug treatment. *Diabetes Care* 2013; *36*: S301.