

## A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ ARTERIAL HYPERTENSION IN PREGNANCY

Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah\*

**RESUMO:** O autor faz uma síntese dos aspectos mais importantes para a prática clínica, da classificação, da fisiopatologia, dos riscos e da terapêutica da Hipertensão Arterial na Gestação, ressaltando também a importância de se considerar o decúbito lateral esquerdo na avaliação e na terapêutica da Hipertensão Arterial na Gestante, conforme trabalho realizado pelo autor anteriormente.

**UNITERMOS:** Hipertensão, gravidez, terapêutica.

**SUMMARY:** The author summarizes the most important aspects for the Clinician of the classification, physiopathology, risks and therapeutics of Hypertension in pregnancy he also remarks on the importance of the left lying position when evaluating and treating Hypertensive Pregnant Women, based on results of his previous research.

**KEY WORDS:** Hypertension, pregnancy, therapeutics.

Na gestação normal a pressão arterial tende a diminuir durante o 2º trimestre e a voltar aos níveis anteriores no 3º trimestre. O mesmo comportamento ocorre na grávida previamente hipertensa podendo levar a falsas interpretações diagnósticas. Considera-se como limites de normalidade os níveis de 14 x 9 e/ou a elevação de mais do que 15 mm na diastólica e 30 mm na sistólica no decorrer da gestação.

Cerca de 10% das grávidas são hipertensas e 70% delas devido à pré eclâmpsia.

**Classificação:** - no nosso entender, o médico diante de uma grávida hipertensa deve tentar racionar de acordo com a seguinte classificação:

- 1) Doença hipertensiva específica da gravidez, toxemia gravídica ou pré eclâmpsia (PE).
- 2) Hipertensão arterial crônica e gestação (H. A. C.)
- 3) Hipertensão arterial crônica e P. E. associada.
- 4) Intercorrências hipertensivas na gestação.

A gestante pode se apresentar com hipertensão arterial por já ser hipertensa anteriormente à gravidez ou desenvolver uma moléstia hipertensiva específica da gravidez: a toxemia gravídica ou pré eclâmpsia (PE).

A hipertensão arterial crônica aumenta em cerca de 2 a 7 vezes a probabilidade de desenvolvimento de pré eclâmpsia podendo haver associação das duas doenças.<sup>1</sup>

Aproximadamente 70% das grávidas que se apresentam hipertensas, o são em decorrência da pré eclâmpsia, doença que em geral surge após a 24ª semana de gestação e se caracteriza por elevação da pressão arterial (aumento de 15 mm hg na diastólica ou de 30 mmhg na sistólica), proteinúria variável e edema que atinge mãos e face e vasoespasmo visível à fundoscopia ocular. Esses sinais desaparecem após o parto. Sua fisiopatologia caracteriza-se por aumento

de excitabilidade vascular à angiotensina e outros vaso-pressores naturais, isquemia úteroplacentária e deficiência de substâncias hipotensoras como prostaglandina E<sub>2</sub> e progesterona.

Muito raramente uma grávida apresenta hipertensão por glômerulo nefrite difusa aguda; esta situação pode ser diferenciada da pré eclâmpsia pela dosagem do complemento sérico e pelo sedimento urinário (hematúria).

A hipertensão arterial (H. A.) pode levar a sérias complicações maternas e fetais. Para o lado materno, aumenta a possibilidade de desenvolvimento de pré eclâmpsia com possibilidade de sérias complicações neurológicas, cardiovasculares, renais e com distúrbios da coagulação (C. I. V. D.) e eclâmpsia.

Para o lado fetal, a H. A. crônica tende a provocar insuficiência placentária, fetos de baixo peso e aumento da morbidade e da mortalidade perinatal.

As complicações, tanto maternas quanto fetais, se relacionam de uma maneira direta com os níveis pressóricos e o tratamento crônico da hipertensão arterial melhora de maneira evidente o prognóstico da gestação no grupo de pacientes com diastólicas maiores de 11 mmhg.<sup>3,4</sup>

Os níveis pressóricos se relacionam mais sensivelmente do que a proteinúria, com os índices de morbidade e mortalidade perinatal.

Há evidências de que as mulheres que engravidam e não apresentam hipertensão arterial têm menor probabilidade de desenvolver H. A. no futuro que a população geral.<sup>5</sup>

Aquelas que apresentam PE na 1ª gestação, com proteinúria e inclusive eclâmpsia têm em seguimentos posteriores incidência de doenças cardiovasculares igual à da população em geral.<sup>6</sup>

As que ficam hipertensas, em outra gestação que não a primeira, têm maior probabilidade de apresentar H. A. crônica no futuro (provavelmente já são hipertensas).<sup>6</sup>

Em nossos estudos com grupos de grávidas normais

\* Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah  
Doutor em Nefrologia

Prof. Adjunto do Depto. de Medicina da Escola Paulista de Medicina  
Prof. Titular de Nefrologia da Faculdade de Ciências Médicas de Santos.

e com pré eclâmpsia no 3º trimestre da gestação<sup>7</sup> observamos que:

1) A pressão venosa central (P. V. C.) no grupo controle é menor que nas grávidas normais do que nas do grupo com P. E., sugerindo que estas pacientes têm um maior tônus venoso que as normais, o que nos faz concluir que elas tenham hipertensão arterial e venosa decorrentes de intensa sensibilidade vascular e substâncias como a angiotensina II.

2) A passagem do decúbito dorsal para o lateral esquerdo (D. L. E.) aumenta de maneira efetiva o fluxo plasmático renal, o ritmo da filtração glomerular, o volume urinário e a excreção de sódio. Esse comportamento deve decorrer do aumento do retorno venoso consequente à descompensação da veia cava, retirando-se com a pressão exercida pelo útero, quando ocorre a mudança do decúbito.

3) No grupo toxêmico, há diminuição da diastólica com a passagem do D. D. para o D. L. E. e aumento da excreção da calcireína urinária, excreção essa que parece se relacionar com a reabsorção tubular de sódio.

Na abordagem da paciente grávida hipertensa é necessário se ressaltar o diagnóstico diferencial entre pré eclâmpsia pura, hipertensão arterial crônica e gravidez, H. A. crônica com P. E. associada e intercorrências hipertensivas na gestação (ex. G. N. D. A.).

Das causas de H. A. crônica é de vital importância afastar as possibilidades de feocromocitoma e coarctação da aorta devido aos altos índices de mortalidade maternos e fetais.

A terapêutica deve ser realizada de maneira cuidadosa.

É tão grave a hipertensão arterial quanto a hipotensão

arterial decorrente de tratamento imoderado.

Consideramos importantes a tranquilidade, o repouso e o decúbito lateral esquerdo.

Na P. E. e na eclâmpsia o tratamento clínico associado deve considerar os fatores importantes da fisiopatologia da doença, a proteinemia, a hipovolemia, a hiperexcitabilidade vascular, tendência ao desenvolvimento de coagulação intra vascular e a possibilidade de desenvolvimento de edema agudo do pulmão.

O tratamento definitivo é a realização do parto.

Na hipertensa crônica com diastólica persistentemente acima de 11 mm hg, deve-se iniciar tratamento medicamentoso, com alfa metil dopa ou hidralasina, no caso do feto ser ainda inviável.

A viabilidade fetal é aqui entendida por nós, como a possibilidade de sobrevivência do feto, fora do útero materno, nas condições do local onde é realizado o parto.

Se ele for viável, haverá provavelmente, melhores condições de sobrevivência no berçário do que no útero materno e a conduta de maior segurança será a realização do parto.

**Profilaxia da eclâmpsia:** — pacientes com formas leves ou graves de pré eclâmpsia podem ser acometidas de convulsões (eclâmpsia) e coma.

Naquelas pacientes com sinais prodrômicos de eclâmpsia (aumento dos reflexos osteotendíneos, cefaléia, escotomas, dôr epigástrica) o uso de sulfato de magnésio poderá evitar o desencadeamento das convulsões<sup>10</sup>, síndrome que nas pacientes com P. E. pura representa um quadro de maior gravidade que a própria hipertensão arterial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Page, E. W. & Christianson, R. The impact of mean arterial pressure in the middle trimester upon the outcome of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 125: 740-4, 1976.

<sup>2</sup> Nadler, N.; Madrigal, S.; Charles, A. G. & Poolak, V. E. Acute glomerulonephritis during late pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 34: 277, 1969.

<sup>3</sup> Redman, C. W. G.; Beilen, L. J. & Bonnar, J. Treatment of hypertension in pregnancy with menthyl-dopa: blood pressure control and side effects. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 84: 419-426, 1977.

<sup>4</sup> Redman, C. W. G.; Bellin, L. J.; Bonnar, J. & Ounsted, M. K. Fetal outcome in trial of antihypertensive treatment in pregnancy. *Lancet* 2: 753-56, 1976.

<sup>5</sup> Adams, E. M. & Macgillivray, I. Longterm effect of pre eclampsia on blood pressure. *Lancet* 2: 1373-75, 1961.

<sup>6</sup> Chesley, L. C.; Annito, J. E. & Cosgrove, R. A. The remote prognosis of eclamptic women, sixth period report. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 124: 446-59, 1976.

<sup>7</sup> Atallah, A. N. Estudo de parâmetros hemodinâmicos e hormonais de função renal e da excreção da calcireína urinária em grávidas normais e toxêmicas nos decúbitos dorsal e lateral esquerdo. S. Paulo, 1979. Tese de Doutorado — Nefrologia — Escola Paulista de Medicina.

<sup>8</sup> Shenker, J. G. & Chowers, I. Pheochromocytoma and pregnancy. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 26: 739m 1971.

<sup>9</sup> Pedomitz, P.; Perell, A. Aneurism complicated by pregnancy: I Aneurysms of the aorta and its major branches. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 73: 720-735, 1969.

<sup>10</sup> Pritchard, J. A. Management of pre eclampsia and eclampsia. *Kidney int.* 18: 259-66, 1980.