



ARTIGO DE REVISÃO

Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte

Sérgio Barra*, Maria do Carmo Cachulo, Rui Providência, António Leitão-Marques

Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Recebido a 14 de abril de 2011; aceite a 25 de janeiro de 2012

Disponível na Internet a 12 maio 2012

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão
gestacional;
Pré-eclâmpsia;
Predição;
Fisiopatologia;
Terapêutica
anti-hipertensora

Resumo A hipertensão arterial (HTA) na gravidez complica 6 a 8% das gestações e inclui 4 principais formas de apresentação: HTA crónica, que antecede a gravidez ou é documentada antes das 20 semanas de gestação, pré-eclâmpsia (PE) / eclâmpsia, HTA crónica com PE sobreposta e HTA gestacional. A HTA gestacional define-se como uma elevação significativa da pressão arterial após as 20 semanas de gestação em gestantes previamente normotensas, atingindo valores superiores a 140/90 mmHg. Quando os valores de pressão arterial se mantêm acima de 160/110 mmHg de forma sustentada, é considerada grave. A pré-eclâmpsia (PE) define-se pela presença de proteinúria (≥ 300 mg/24 horas) em gestante com HTA. As síndromes hipertensivas da gravidez encontram-se entre as principais causas de morbimortalidade materno-fetal, sendo que a terapêutica anti-hipertensora faz parte do arsenal terapêutico utilizado na prevenção das suas graves complicações. Apesar do papel da insuficiência útero-placentária por deficiente migração dos trofoblastos para as artérias espiraladas ser universalmente aceite, a fisiopatologia da PE permanece ainda parcialmente uma incógnita e reúne alguma controvérsia. Historicamente, não são conhecidas formas suficientemente eficazes de predição e prevenção da PE, pelo que a investigação nesta área assume particular importância. Esta revisão visa primariamente avaliar os avanços científicos mais recentes nas áreas da fisiopatologia da HTA gestacional e, em particular, da PE e das novas formas de predição desta patologia. Concomitantemente, apresentamos informação sumária recente acerca do diagnóstico, prevenção e tratamento anti-hipertensor na PE.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

KEYWORDS

Pregnancy-induced
hypertension;
Pre-eclampsia;
Prediction;
Pathophysiology;
Antihypertensive
therapy

Hypertension in pregnancy: The current state of the art

Abstract Hypertension complicates 6-8% of pregnancies and includes the following four conditions: hypertension preceding pregnancy or documented before the 20th week of gestation; pre-eclampsia (PE) / eclampsia; chronic hypertension with superimposed pre-eclampsia; and gestational hypertension. The latter is defined as a significant rise in blood pressure after the 20th week of pregnancy in previously normotensive women, to over 140/90 mmHg. When blood pressure remains above 160/110 mmHg, it is considered severe. PE is defined as the presence

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: sergioncbarra@gmail.com (S. Barra).

of proteinuria (≥ 300 mg/24 h) in pregnant women with hypertension. The hypertensive syndromes of pregnancy are among the leading causes of maternal and fetal morbidity and mortality and anti-hypertensive treatment is part of the therapeutic arsenal used to prevent serious complications. Although the role of utero-placental insufficiency due to deficient migration of trophoblasts to the spiral arteries is universally accepted, the pathophysiology of PE remains largely unknown and is the subject of debate. No effective ways of predicting or preventing PE have been found, which highlights the need for further research in this field. This review aims primarily to evaluate recent advances in our understanding of the pathophysiology of gestational hypertension and especially PE, and new ways of predicting PE. Additionally, we present a brief review on the diagnosis, prevention and treatment of PE.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

As síndromes hipertensivas da gravidez são a principal causa de morbimortalidade materno-fetal no mundo desenvolvido^{1,2}, ocorrendo em cerca de 8% das gestantes. Múltiplos trabalhos têm sido desenvolvidos com o propósito de prestar esclarecimentos acerca da apresentação variável e natureza sistêmica da pré-eclâmpsia (PE) e outros distúrbios hipertensivos da gravidez^{3,4}. Porém, a literatura disponível até ao momento revela alguma controvérsia relativamente às peculiaridades do tratamento anti-hipertensivo em gestantes de risco, à farmacologia, eficácia e perfil de segurança de alguns dos fármacos disponíveis e sobretudo aos melhores métodos de deteção dos grupos de risco, predição e prevenção de complicações.

Quarenta por cento das gestantes que desenvolvem eclâmpsia não apresentam hipertensão e/ou proteinúria na semana antecedente, reforçando a necessidade do estabelecimento de métodos preventivos⁵.

As síndromes hipertensivas são também causa de morbimortalidade perinatal, geralmente motivada por restrição do crescimento intrauterino (fruto de insuficiência útero-placentária) e complicações secundárias à prematuridade⁶. Mesmo a HTA leve se associa a um maior risco de prematuridade e de neonatos pequenos para a idade gestacional⁷.

Apesar de todo o conhecimento acumulado sobre a sua fisiopatologia, a etiologia da PE persiste ainda insuficientemente esclarecida. A elevação da pressão arterial em casos de PE poderá ser encarada como mecanismo compensatório da diminuição do fluxo sanguíneo materno-fetal⁸. Diversos estudos têm sugerido uma eventual implicação do gene da síntese do óxido nítrico e do sistema HLA na génese da pré-eclâmpsia, achados que são englobados num amplo espectro de respostas imunológicas maternas ao trofoblasto, com consequente má adaptação placentária, ativação da cascata inflamatória e disfunção endotelial⁴.

A necessidade da instituição de tratamento na emergência hipertensiva é consensual, porém não é ainda claro qual a melhor droga a utilizar e qual a importância do tratamento anti-hipertensivo de manutenção e do tratamento da HTA não grave, do ponto de vista do binómio materno-fetal.

Objetivos e métodos

O objetivo desta revisão consistiu numa avaliação sumária da evidência atual no diagnóstico, fisiopatologia,

predição, prevenção e tratamento da HTA na grávida. Foi dado destaque a estudos de investigação mais recentes nesta área, nomeadamente a propósito da fisiopatologia, prevenção e deteção dos grupos de risco e terapêuticas anti-hipertensoras em gestantes com hipertensão grave, analisando a evidência científica disponível acerca da eficácia e segurança dos fármacos disponíveis.

Foram revistas *guidelines* de atuação na HTA na grávida, com particular relevo para as da Sociedade Canadense de Obstetrícia e Ginecologia, *British Columbia Reproductive Care Program*, *National Institute for Health and Clinical Excellence* (UK) e *World Health Organization* (WHO). Foram pesquisados os bancos de dados *Medline*, *Pubmed* e *Biblioteca Cochrane* para pesquisa de evidência científica mais recente. Utilizaram-se os seguintes descritores para pesquisa, na língua inglesa: *Eclampsia*, *pre-eclampsia*, *hypertension/pregnancy*, *pre-eclampsia/prevention*, *gestational hypertension*, *hypertensive disorders of pregnancy*. Os conceitos explorados foram o diagnóstico, avaliação, classificação, predição (usando marcadores clínicos ou laboratoriais), prevenção, prognóstico e tratamento.

Diagnóstico e classificação

A classificação das síndromas hipertensivas da gravidez baseia-se nas duas manifestações mais comuns da PE: HTA e proteinúria. Assim, a avaliação dos valores tensionais e medição da proteinúria assumem particular importância, sendo exigíveis métodos rigorosos de determinação das mesmas.

De acordo com as recomendações das Sociedades Canadense e Britânica de HTA, a medição da pressão arterial numa mulher grávida deve respeitar os seguintes aspetos:

- Paciente sentada a 45° e com o braço ao nível da região precordial;
- Utilização de *cuff* de dimensões apropriadas;
- Utilização de esfigmomanómetro manual. Aparelhos automáticos tendem a subestimar os valores de pressão arterial sistólica e diastólica em 5-15 mm Hg. A aplicabilidade deste tipo de aparelhos não foi avaliada em mulheres grávidas com suspeita de PE ou PE confirmada (com exceção de um reduzido número de marcas), pelo que a sua utilização se deveria limitar à simples avaliação da variabilidade tensional em gestantes de baixo risco^{9,10}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126433>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126433>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)