

Hipertensão Crônica na Gestação: muito a aprender

Chronic Hypertension: so much to learn

Autor

Cibele Isaac Saad Rodrigues¹

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Data de submissão: 20/04/2016.
Data de aprovação: 25/05/2016.

Correspondência para:

Cibele Isaac Saad Rodrigues.
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
Praça Dr. José Ermírio de Moraes, nº 290, Sorocaba, SP, Brasil.
CEP: 18030-070.
E-mail: cibele.sr@gmail.com

DOI: 10.5935/0101-2800.20160021

Sabe-se que a hipertensão arterial (HA) está presente em aproximadamente 7,5% das gestações, segundo estudo de base populacional brasileiro,¹ e responde por 20 a 25% de todas as causas de óbito materno.² HA crônica (HAC) é geralmente de etiologia primária (90-95%), precede a gestação ou está presente antes de 20 semanas e é definida por pressão arterial (PA) sistólica $\geq 140/90$ mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg, em pelo menos duas medidas.³ Revisão sistemática e metanálise de 55 estudos com 795.221 gestações mostrou que a presença de HA crônica confere piores desfechos maternos e fetais como maiores riscos de pré-eclâmpsia superajuntada, parto cesárea, prematuridade, baixo peso ao nascer (< 2.500 g) e quadruplica a possibilidade de morte perinatal em comparação à população geral de grávidas norte-americanas.⁴

A respeito do artigo publicado nesta edição do JBN, intitulado *Anormalidades urinárias e função renal em gestantes com hipertensão crônica*, os autores chamam atenção para a principal causa de morbidade e mortalidade do binômio materno fetal: as síndromes hipertensivas.⁵ Em particular, preocuparam-se em verificar as anormalidades do sedimento urinário e da função renal, esta última calculada por meio de fórmulas que estimam o ritmo de filtração glomerular e já consagradas na prática clínica, mas ainda não validadas para gestação.⁶

Este estudo avaliou 103 gestantes portadoras de HAC que foram comparadas a um grupo controle ($n = 22$), no qual os autores identificaram que 64% das mulheres tiveram múltiplas gestações, 7,8%

tinha história prévia de doença renal e $\frac{1}{4}$ evoluiu para doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia). As anormalidades detectadas foram: aumento da razão proteinúria/creatininúria em 5,2%, creatinina alta em 19,6% e incremento de cistatina C em 14,7% das gestantes.

Devemos ressaltar três dados epidemiológicos: a idade média foi de 34 anos, corroborando o fato de que as gestações estão sendo mais tardias ao longo da vida, o que aumenta a chance de HA; 72% tinha IMC ≥ 25 kg/m², portanto com sobrepeso ou obesidade; e 97% apresentava história familiar de HA; todos fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de HA para a população em geral e também na condição de gravidez. A maioria das mulheres teve parto cesárea, o que seria esperado em um país onde o procedimento é considerado epidêmico, mas *per se*, a HAC não deve ser considerada uma indicação. Os desfechos dos recém-nascidos foram igualmente previsíveis:⁴ pré-termo, pequenos para a idade gestacional ou de baixo peso. A pesquisa concluiu ainda que as fórmulas do *Chronic Kidney Disease Epidemiology* (CKD-EPI) e do *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD)² também podem ter aplicabilidade na avaliação da função renal de gestantes portadoras de HAC.

É reconhecido pelos especialistas que hipertensas crônicas devam ser sempre consideradas como gestantes de alto risco e necessitem acompanhamento a partir da decisão de engravidar, durante todo o pré-natal, parto e mesmo no pós-parto, por equipe multiprofissional que institua

mudanças em seus estilos de vida e tratamento medicamentoso apropriado e seguro, com o objetivo de manter a PA entre 130-150/80-100 mmHg durante a gravidez,⁷ já que não há dados suficientes para se recomendar um controle pressórico mais rigoroso até o momento.⁸

Este estudo ressalta a viabilidade de investigação laboratorial de anormalidades urinárias e da função renal neste grupo particular, por meio de medidas simples, custo efetivas e práticas, além de disponíveis na rede pública do Sistema Único de Saúde. No entanto, o seguimento posterior destas pacientes se faz imperioso e novos estudos serão necessários, já que não se pode afirmar que estes parâmetros utilizados são comparáveis aos seus respectivos exames considerados como “padrão ouro” e se serão preditores de mau prognóstico para progressão da doença renal.

Neste campo fértil, onde a literatura nacional e internacional carece de dados, esta pesquisa de Silva Jr. *et al.* é bem-vinda, ainda que não definitiva sobre quais as melhores formas de rastreamento de doença renal em gestantes portadoras de HAC. Outros importantes desafios, ainda sem respostas consistentes para este grupo, incluem o comportamento das outras lesões em órgãos alvo da HA, qual o melhor tratamento anti-hipertensivo e meta pressórica mais apropriada, como fazer o trabalho educativo de preparo da mulher que deseja ter um bebê numa fase mais tardia quando já está hipertensa e, como

capacitar os profissionais envolvidos na assistência às gestantes hipertensas visando melhores desfechos dos que os atuais.

Há, certamente, um longo caminho a ser percorrido.

REFERÊNCIAS

1. Gaio DS, Schmidt MI, Duncan BB, Nucci LB, Matos MC, Branchtein L. Hypertensive disorders in pregnancy: frequency and associated factors in a cohort of Brazilian women. *Hypertens Pregnancy* 2001;20:269-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1081/PRG-100107829>
2. Sass N, Silveira MRF, Oliveira LG, Facca TA, Sato JL, Korkes HA, et al. Maternal mortality in Brazil and proportion to hypertensive disorders: A trend of stagnation. *Pregnancy Hypertens* 2015;5:78
3. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013;122:1122-31.
4. Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g2301. PMID: 24735917 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g2301>
5. Giordano JC, Parpinelli MA, Cecatti JG, Haddad SM, Costa ML, Surita FG, et al. The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil. *PLoS One* 2014;9:e97401. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097401>
6. Nefrocalc 1.0. [Acesso 26 Maio 2016]. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/equacoes/link/>
7. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011;118:1-203. PMID: 21356004
8. Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, et al. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *N Engl J Med* 2015;372:407-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1404595>