

# Hipertensão Arterial na Mulher em Idade Reprodutiva: Perspectiva de um Nefrologista

Ana Pires<sup>1</sup>

## RESUMO

A hipertensão arterial é um dos problemas de saúde pública mais preocupante a nível mundial, e a sua prevalência nos doentes com doença renal é bastante superior à da população geral.

A autora pretende efectuar uma breve revisão acerca da hipertensão e da doença renal na mulher em idade reprodutiva, focando a sua epidemiologia, diagnóstico e abordagem terapêutica.

**Palavras chave:** hipertensão, doença renal, mulher em idade fértil

## ABSTRACT

Hypertension is one of the most important problems of public health over worldwide, and its prevalence on the patients with kidney disease is much higher than on the general population.

The author goal is to do a brief review about hypertension and kidney disease in women who want to be pregnant, focusing its epidemiology, diagnosis and treatment management.

**Key words:** hypertension, kidney disease, fertile women.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) constitui um dos principais problemas de saúde pública, mas apesar de ser uma doença que se pode prevenir de forma a conseguir minimizar ou mesmo erradicar as suas complicações, o seu controlo é inadequado a nível mundial.

## Epidemiologia

Estima-se uma prevalência mundial de 26%, o que corresponde a cerca de 1 bilião de pessoas. A elevada incidência é similar em todos os países ocidentais. Nos EUA é o principal motivo de consultas médicas nos adultos e de prescrição de fármacos (excluindo grávidas). Portugal é um dos países com maior prevalência de HTA, atingindo mais de um quarto da população adulta, cerca de 30% no sexo masculino e 35% no sexo feminino, com tendência para ser mais elevada no sexo feminino a partir dos 45 anos de idade. Estima-se que aproximadamente 2.5 milhões de portugueses são hipertensos, e que setenta por cento destes ou seja mais de 1.8 milhões de indivíduos não estejam controlados e cerca de 850 000 nem sequer saibam que são hipertensos. Todavia estes números representam já um grande avanço destes últimos anos, pois há quinze ou vinte anos só 5 ou 6 em cada 100 doentes hipertensos estavam bem tratados.

Nos doentes com doença renal crónica (DRC) a prevalência de HTA é bastante superior à população geral, estimando-se entre 60 a 100%, dependendo da população alvo, da causa da DRC e do nível de função renal. A HTA pode ser a causa ou a consequência da DRC ("vilão" ou "vítima"), estando sempre associada a um aumento do risco de deterioração da função renal. Por outro lado, a DRC é um factor de risco independente para a doença cardiovascular, mas que interage com a HTA, actuando como "multiplicadores de doença".

## Diagnóstico

De acordo com as orientações da JNC VII, o diagnóstico de HTA deve basear-se em 2 ou mais medições, efectuadas em 2 ou mais consultas,

1. Assistente Hospitalar de Nefrologia do Hospital Fernando da Fonseca

devido a pressão arterial ser medida após 5 minutos em repouso e mais de 30 minutos após o consumo de cafeína e/ou tabaco, na posição sentada, com braço apoiado ao nível do coração, com braçadeira cobrindo mais de 80% do braço e usando um esfigmomanômetro de mercúrio ou dispositivo automático validado. No entanto, esta definição é controversa, pois pode não reproduzir o ambiente do dia a dia do doente.

O MAPA (Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial) deve ser usado na avaliação dos doentes resistentes à terapêutica e na HTA da "bata branca" na ausência de lesões de órgão alvo. Os doentes em que a pressão arterial não baixa 10 a 20% durante a noite, possuem maior risco de eventos cardiovasculares e progressão da doença renal.

#### Qual o papel do Nefrologista?

A referência à Consulta Hospitalar deve ser efectuada pela gravidade ou resistência aos esquemas terapêuticos habituais, incluindo também os doentes com HTA e doença renal.

A HTA resistente pode definir-se por valores superiores a 140/90mmHg em doentes com pelo menos 3 antihipertensores, em que um destes é um diurético. As causas de HTA resistente são: HTA secundária, terapêutica inadequada, incluindo a fraca adesão do doente à medicação, falha na modificação do estilo de vida (exs: ingestão excessiva de sal, ganho de peso, excesso de álcool) e a toma continuada de drogas que aumentam a pressão arterial (exs: anticonceptivos orais, AINEs). Por último, ao rotular um doente com HTA, não nos devemos esquecer da HTA da "bata branca" e da pseudohipertensão.

#### HTA essencial ou primária

Trata-se da principal causa de HTA, ocorrendo em mais de 90% dos doentes, sendo importante entrar em linha de conta com os factores de risco major, nomeadamente: história familiar (especialmente a mãe, existindo concordância de 60% em gémeos idênticos), factores genéticos (polimorfismos do angio-

tensinogénio e aducina), factores congénitos (baixo peso à nascença, mãe com pré-eclâmpsia), raça negra, idade (idosos), obesidade, dieta (com baixo teor de potássio e elevado de sódio), hiperuricémia e hiperactividade do sistema nervoso simpático (associado com stress, tipo de personalidade)

#### HTA secundária

A HTA secundária ocorre em 5 a 10% dos casos, devendo fazer-se o seu despiste nos seguintes casos: 1) HTA grave ou refractária; 2) aparecimento antes da puberdade e depois dos 50 anos de idade; 3) idade inferior a 30 anos, não obesos e com história familiar negativa e 4) subida da PA previamente estável.

A principal causa de HTA secundária é a doença renal parenquimatosa, cuja patogénese é complexa e multifactorial, o que explica a sua resistência à terapêutica. O seu despiste deve ser efectuado através do doseamento sérico da creatinina, urina tipo 2 e sedimento urinário e ecografia renal (para avaliar o tamanho e forma dos rins, espessura cortical, obstrução do aparelho urinário e massas renais). Se estes exames forem sugestivos, procede-se ao estudo detalhado da doença renal.

As doenças renais com envolvimento do parênquima frequentemente associadas a HTA são: 1) doenças glomerulares agudas, tais como o síndrome nefrítico (exs: lúpus eritematoso sistémico, glomerulonefrite pós infecciosa, glomerulonefrite membranoproliferativa) e o síndrome nefrótico (exs: glomeruloesclerose focal e segmentar-GEFS, nefropatia membranosa, doença das lesões mínimas); 2) doenças vasculares (vasculites, esclerodermia); e 3) doença renal crónica. As causas mais frequentes de DRC na mulher em idade fértil são a diabetes mellitus, sobretudo a tipo 1, as glomerulopatias (exs: lúpus eritematoso sistémico, nefropatia IgA, GEFS), a doença renal poliquística, as anomalias congénitas, a nefropatia de refluxo e a pielonefrite crónica.

As doentes com nefropatia diabética devem engravidar na altura em que ainda não possuem proteinúria ou apenas existe microalbuminúria, com função renal normal e pressão arterial controlada, pois ao contrário

da nefropatia em fase mais avançada, não se verifica um maior risco de progressão da doença renal e há uma diminuição acentuada das percentagens de aparecimento da pré-eclâmpsia, prematuridade e baixo peso à nascença. A principal causa de morte materna durante a gravidez é a doença coronária, devendo realizar-se uma avaliação pré-concepcional com ecocardiograma e prova de esforço, se a doença apresentar mais de 15 a 20 anos de evolução.

A nefrite lúpica é provavelmente a segunda doença renal mais frequentemente observada na gravidez. A evolução durante a gravidez é imprevisível, existindo pior prognóstico se a doença estiver activa na altura da concepção, nos casos em que aparece pela primeira vez durante a gravidez, se os anticorpos antifosfolípido são positivos e se existir HTA, insuficiência renal e proteinúria no primeiro trimestre. Após revisão de vários estudos, parece que a probabilidade de ocorrer uma crise lúpica é semelhante entre a grávida e a mulher que não engravida se houver remissão nos últimos 6 meses antes da concepção (10 a 40%), aumentando para 50 a 80% se a doença estiver activa na altura da concepção ou se a doente tiver nefrite preexistente. O tratamento destas doentes inclui prednisona em altas doses diárias. A azatioprina pode ser usada com segurança. Raramente é necessário recorrer à ciclofosfamida e ao micofenolato de mofetil, e caso haja deterioração do estado clínico da mãe e/ou do feto, deve-se equacionar a interrupção da gravidez.

As doentes com doença renal poliquística e nefropatia de refluxo, apresentam uma maior prevalência de infecções urinárias, sendo necessário efectuar uroculturas mensais e tratar bacteriúrias assintomáticas, dado o maior risco de pielonefrite e prematuridade na gravidez.

A doença renovascular é a segunda causa mais frequente de HTA, sendo suspeita nas seguintes situações: **1)** HTA refractária, acelerada ou maligna ou agravamento da HTA previamente controlada; **2)** sopro abdominal sistodiastólico lateralizado; **3)** insuficiência renal de etiologia não esclarecida, particularmente com sedimento urinário normal; **4)** insuficiência renal aguda precipitada pela administração de IECA/ARA; **5)** assimetria renal; **6)** HTA moderada a severa em doente com episódios recorrentes de edema agudo do

pulmão; **7)** ausência de história familiar. A causa mais frequente de doença renovascular em mulheres jovens é a displasia fibromuscular (70% dos casos). Em 29% é bilateral, cursa mais frequentemente com HTA e raramente com insuficiência renal, atinge sobretudo os terços médio e distal das artérias renais e é uma HTA reninoddependente, costumando responder à terapêutica com IECA (excepto quando é bilateral ou unilateral em rim único, em que esta terapêutica está contra-indicada). Os testes diagnósticos mais apropriados dependem da disponibilidade e experiência de cada Centro, consistindo em testes não invasivos funcionais e morfológicos. Os primeiros incluem o renograma com e sem captopril, que tem uma sensibilidade de 80% e especificidade entre 84 a 100%, mas que está contra-indicado na mulher grávida, sendo difícil o diagnóstico diferencial nos casos em que é bilateral ou que existe doença renal parenquimatosa. Os testes morfológicos abrangem o ecodoppler das artérias renais, o qual tem uma sensibilidade dependente do observador (35-100%), aumentando com a sua experiência e com o tempo que leva a efectuar o exame, e ainda o angioTAC e a angioRMN, os quais são limitados na avaliação desta patologia, dado visualizarem sobretudo as porções mais proximais das artérias renais, para além de serem exames dispendiosos, e que devem ser usados em situações que suscitam dúvidas. Em relação aos testes invasivos, o exame de primeira linha é a angiografia digital de subtracção por via intravenosa, dado o uso de menor quantidade de contraste em relação à angiografia convencional, possibilitando a visualização da aorta, artérias renais e intrarenais. O tratamento de eleição é a angioplastia transluminal, com taxas de sucesso entre 82 a 100% e baixa taxa de reestenose, tendo como consequência a baixa da PA e a sua repercussão nos órgãos alvo e melhoria da função renal e progressão das lesões nos doentes com nefropatia isquémica.

Relativamente a outras causas de HTA, estão fora do âmbito deste artigo e serão abordadas por outros colegas, incluindo o feocromocitoma, o hiperaldosteronismo primário, a corticoterapia crónica e síndrome de Cushing, a apneia do sono, a coartação da aorta, o hipotiroidismo e o hiperparatiroidismo.

### Abordagem terapêutica na fase pré-concepcional

**N**a fase pré-concepcional e de acordo com as orientações da JNC VII, as doentes devem ter a pressão arterial abaixo de 140/90mmHg, excepto as diabéticas e as doentes com doença renal crónica, cujos valores tensionais preconizados são inferiores a 130/80mmHg. O plano terapêutico inclui: **1)** a modificação do estilo de vida, ou seja, a perder de peso, caso seja obesa, fazer uma alimentação rica em vegetais e fruta, com restrição de gorduras saturadas e de sal de forma moderada, não ingerir bebidas alcoólicas, praticar exercício físico regular e de forma moderada e deixar de fumar; **2)** antihipertensores: devem-se suspender os IECA e os ARA, sendo os fármacos usados a metildopa, os antagonistas dos canais de cálcio de acção prolongada, o labetalol e diuréticos em baixas doses. Em relação a estes últimos, são úteis nos casos de insuficiência renal, dada a importância da retenção hidrossalina na patogénese da HTA, devendo ser usados sob uma maior vigilância.

### CONCLUSÕES

**E**m conclusão, a abordagem terapêutica na fase pré-concepcional deve ter em atenção que o prognóstico da gravidez é bastante mais favorável se a HTA estiver controlada. Isto inclui as doentes com insuficiência renal crónica ligeira a moderada, com creatinénia inferior a 1,5mg/dl. Quanto maior a dificuldade no controlo da pressão arterial, maior a incidência de pré-eclâmpsia, prematuridade e restrição do crescimento intrauterino.

NOTA: Tema abordado em Reunião para clínicos gerais da UCF da MAC em Abril de 2005.

### Bibliografia

1. Phyllis August. The kidney in pregnancy. ASN Board Review Course. San Francisco. 2004 August.
2. Norman M. Kaplan, Ellin Lieberman, William Neal. Kaplan's Clinical Hypertension. 9ª Edição. 2005 Oct.
3. Ekblom P, Damm P, Feldt-Rasmussen B, Feldt-Rasmussen U, Molvig J, Mathiesen ER. Pregnancy outcome in type 1 diabetic women with microalbuminuria. *Diabetes Care*. 2001 Oct;24(10):1739-44.
4. How HY, Sibai B, Lindheimer M, Caritis S, Hauth J, Klebanoff M, Macpherson C, Van Dorsten P, Miodovnik M, Landon M, Paul R, Meis P, Thurnau G, Dombrowski M, Roberts J. Is early-pregnancy proteinuria associated with an increased rate of preeclampsia in women with pregestational diabetes mellitus? *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Mar;190(3):775-8
5. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII)
6. European Society of Hypertension–European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2003, 21:1011–1053
7. Norman M. Kaplan and Burton Rose. Hypertension in renal disease. UpToDate 2006.
8. Norman M. Kaplan and Burton Rose. Screening for renovascular hypertension. UpToDate 2006.
9. Norman M. Kaplan and Burton Rose. Ambulatory blood pressure and white coat hypertension in adults. UpToDate 2006.