



SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO: FATORES DE RISCO, DIFERENÇAS CLÍNICAS E ABORDAGENS DE TRATAMENTO

Geovanna Araújo Maciel

Afya – Faculdades de Ciências Médicas – Bahia

Isabel Cristina Araújo Vieira

Universidade do Estado do Mato Grosso – Mato Grosso

Débora Priscilla Araújo Maciel

Universidade Federal do Acre – Acre

Thiago dos Santos Silva

Afya – Faculdades de Ciências Médicas – Bahia

Ueverton Rodrigues de Sousa

Universidade Brasil – São Paulo

Letícia Almeida Quixabeira

Unirv – Universidade de Rio Verde – Goiás

Suzana Mateus Alexandrino de Brito

Universidade Nove de Julho – São Paulo

Anna Claudia Espelho de Almeida

Universidade Nove de Julho – São Paulo

Lays de Oliveira

Universidade Nove de Julho – São Paulo

Adriana Vieira Alvarenga

Universidade Nove de Julho – São Paulo

RESUMO

As síndromes hipertensivas gestacionais são a principal causa de morbimortalidade materna no Brasil, destacando a necessidade de identificação precoce e manejo adequado para melhorar os desfechos clínicos. O estudo visa aprimorar o diagnóstico e tratamento dessas condições, essenciais para a saúde materno-fetal.

Palavras-chave: Síndromes hipertensivas, Saúde materna.



1 INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil, seguida de hemorragias e infecções pós parto e aborto. As síndromes hipertensivas representam um conjunto de distúrbios caracterizados por um aumento inadequado de pressão arterial na gestante, causando prejuízos na saúde materna e fetal e levando a uma série de alterações na gestação e graves complicações. A identificação precoce dos fatores de risco e da alteração é essencial para prevenir a progressão das síndromes e melhorar os desfechos clínicos (DE OLIVEIRA et al., 2024).

Em um recorte temporal realizado pelo (DATASUS), foi evidenciado 170.094 casos de morte materna por doenças hipertensivas no Brasil durante um período de 2018 a 2022. Representando assim um alto impacto para a saúde populacional a nível mundial. Estima-se que as síndromes hipertensivas representam um total de 10-15% de mortes maternas diretas no mundo. Sendo uma temática importante visto que a redução de morte materna é um dos objetivos de desenvolvimento sustentável proposto pela Organização das Nações unidas (MENDONÇA et al., 2024).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), as síndromes hipertensivas na gestação consistem em 4 situações sendo elas, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica. As mesmas podendo levar a outras complicações como a síndrome HELLP e a eclampsia. Deve-se ressaltar a importância de uma técnica de aferição da pressão arterial seguindo uma técnica adequada e os intervalos determinados para fechar o diagnóstico dessas gestantes (MEGIOLARO et al., 2024).

As doenças hipertensivas na gestação são complicações comuns durante o acompanhamento pré-natal, sendo identificado essa afetação na paciente ela deverá fazer parte do grupo de pré-natal de alto risco. Que são destinados a gestantes que possuem alguma patologia que pode interferir diretamente na qualidade de vida materno-fetal, podendo ser transferida para o pré-natal de alto risco em qualquer estágio da gestação e por diversos fatores, que representam um risco considerável de desfechos desfavoráveis e influenciando diretamente no aumento da morbimortalidade materna e fetal (DE OLIVEIRA et al., 2024).

O objetivo geral do estudo é determinar o processo de diagnóstico sabendo reconhecer os aspectos semiológicos das gestantes podendo aplicar conhecimentos teóricos sobre a temática, assim com determinar o processo adequado terapêutico frente a cada um dos tipos clínicos da síndrome segundo as necessidades de cada paciente.

2 OBJETIVO

A gestação é uma experiência única na vida da mulher, que acarreta inúmeras mudanças físicas, hormonais, emocionais e comportamentais na gestante. Sendo assim um período onde deve ser bem



orientada e assistida para assegurar um adequado desenvolvimento gestacional. Dentre os principais benefícios do pré-natal inclui identificar e tratar precocemente possíveis complicações maternas e fetais, com Diabetes gestacional, síndromes hipertensivas gestacionais, infecções e alterações de crescimento fetal. Objetivando redução de complicações e oferecendo uma gestação e parto mais seguro possível (NASCIMENTO et al., 2024).

Visto que a identificação precoce e o manejo adequado são cruciais para minimizar os riscos à saúde materna e fetal, os objetivos desse estudo são, definir processo diagnóstico das síndromes hipertensivas gestacionais, determinar os principais fatores de risco associados as síndromes, identificar principais quadros clínicos e definir melhor terapêutica no manejo dessas pacientes. Objetivando oferecer uma visão abrangente que auxilie no reconhecimento precoce, diagnóstico preciso e manejo eficiente dessas síndromes, visando melhorar os desfechos maternos e fetais (DA SILVA et al., 2024).

3 METODOLOGIA

Considerando que os estudos teóricos se configuram como base indispensável para pesquisas de campo e laboratoriais, optamos pela realização de aprofundamento conceitual e busca de dados oficiais sobre o objeto de estudo permitindo o conhecimento da realidade bem como a possibilidade de reflexão crítica sobre o assunto no âmbito da realidade brasileira.

Assentados no entendimento de Creswell (2007) para quem a Revisão de Literatura se configura como etapa preliminar de estudos científicos então a pesquisa trata-se de Revisão de bibliografia na qual foi utilizado como base do estudo artigos publicados nas bases de literatura National Library of Medicine (Pubmed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science, Lilacs e Periódicos Capes por descritores obtidas pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS.

Esta é uma pesquisa de revisão bibliográfica de artigos publicados nas bases de literatura National Library of Medicine (Pubmed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science, Lilacs e Periódicos Capes por descritores obtidas pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS. Foi realizada busca pelos descritores: Hypertension, Pregnancy-Induced AND Accession AND Mortality AND Prognosis em "Todos os campos".

Para a seleção dos artigos, as seguintes etapas foram seguidas: (I) busca de artigos nas bases de dados; (II) leitura de títulos e resumos, com análise de acordo com os critérios de elegibilidade e; (III) análise de texto completo dos trabalhos, sendo incluídos na revisão sistemática apenas aqueles requeridos pelos critérios de inclusão e não possuíssem nenhum dos critérios de exclusão.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos publicados foram elegíveis ao atenderem aos seguintes critérios: (1) estudos que envolvem a fisiopatologia das síndromes hipertensivas gestacionais; 2) estudos que teve o objeto de estudo a relação de das síndromes



hipertensivas gestacionais e prognóstico materno-fetal; (3) artigos que estudaram as etiologias, diagnóstico e tratamento das síndromes hipertensivas gestacionais; (4) artigos publicados nos últimos 6 anos. Não houve restrições quanto ao tamanho da amostra ou à língua estrangeira.

Como critérios de exclusão, foram excluídos os artigos que: (1) publicados antes de 2018; (2) estudaram situações que não incluem as síndromes hipertensivas gestacionais; (3) duplicados; (4) não tinham relação direta com as síndromes hipertensivas gestacionais, seus métodos diagnósticos, ou sua terapêutica.

4 DESENVOLVIMENTO

Estima-se que as síndromes hipertensivas gestacionais estejam presentes em 7 a 10% de todas as gestações, com variações conforme a população estudada ou metodologia utilizada. Sendo classificada como a complicação mais comum e a principal causa de morbimortalidade materna perinatal (MALEK et al., 2022).

São definidas como DHG as afetações que causam níveis pressóricos sistólicos ≥ 140 mmHg e diastólicos ≥ 90 mmHg que se mantêm persistentes com mais de duas medidas num intervalo mínimo de 4 horas. Sendo considerada grave, quando níveis pressóricos sistólicos ≥ 160 mmHg e/ou diastólicos ≥ 110 mmHg, que persistem em um intervalo de 15 minutos, com a técnica de aferição correta. Essas situações determinam a necessidade de cuidados diferenciados, para evitar diversas complicações. (DE OLIVEIRA, 2024).

As síndromes hipertensivas na gestação consistem em 4 situações sendo elas, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica. As mesmas podendo levar a outras complicações como a síndrome HELLP e a eclâmpsia (DE MOURA et al., 2023).

A hipertensão arterial crônica, consiste na gestante que já tinha o diagnóstico de hipertensão antes da gestação. Ou gestantes que tiveram picos pressóricos ≥ 140 mmHg e diastólicos ≥ 90 mmHg que se mantêm persistentes com mais de duas medidas num intervalo mínimo de 4 horas antes de 20 semanas. Ou gestantes que após a resolução da gestação permanecem com pressão aumentada > 12 semanas após o parto. A causa pode ser primária, hipertensão essencial 90% dos casos, ou secundária, sendo causada por doença renal, feocromocitoma, coarctação de aorta, lúpus, diabetes e tireotoxicose (BROWN et al., 2018).

A pré-eclâmpsia, e caracterizada pela gestante que começou a elevação da pressão arterial após as 20 semanas de gestação acompanhada de proteinúria (≥ 300 mg/dL ou 1 g/L ou mais/24h ou proteinúria/creatinúria $\geq 0,3$ /amostra isolada ou Fita 1+) ou sinais de eminência de eclâmpsia como cefaleia, obnubilação, torpor, alteração comportamento ou escotomas, fosfenas, fotofobia, diplopia, turvação/perda visão ou dor hipocôndrio direito/epigástrica ou náuseas/vômitos. Ou comprometimento



hepático (TGO) > 70U/L e/ou dor persistente em quadrante superior direito ou Creatinina sérica > 1.1 mg/Dl ou Contagem plaquetária < 100.000 mm³ (MEGIOLARO et al., 2024).

A pré-eclâmpsia é classificada como precoce e tardia sendo a tardia \geq 34 semanas.

Os principais fatores de risco associados são: primiparidade, história prévia de pré-eclâmpsia em gestação anterior, nefropatias, hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus, colagenoses, obesidade, trombofilias, extremos de idade, doença trofoblástica gestacional, gemelaridade e aloimunização Rh. Para pacientes que compõem grupo de risco, deve-se fazer uso de AAS 60-150 mg/dia, a partir da 12ª semana de gestação e cálcio 1 a 2 g/dia – 20ª semana até o parto. Gestantes com pré-eclâmpsia aumentam risco de morte em sinais de Iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, crise hipertensiva e síndrome HELLP (GONÇALVES et al., 2024).

Se caracteriza pré-eclâmpsia com sinais de gravidade aquelas que se caracterizam por PAS \geq 160, PAD \geq 110 Confirmada após 10 minutos, creatinina > 1,1 mg/dL, sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais), dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, plaquetopenia < 100.000 mm³, evidência clínica ou laboratorial de coagulopatia, eclâmpsia, aumento de transaminases/DHL/bilirrubinas, presença de esquizócitos em sangue periférico, acidente vascular encefálico (AVE), dor torácica, sinais de insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e dificuldade de controle pressórico com três drogas. A pré-eclâmpsia pode ter como complicação a eclâmpsia, com clínica de convulsão tônico-clônica generalizada ou coma, assim como síndrome HELLP, com Hemólise, aumento de enzimas hepáticas, trombocitopenia (SALLES et al., 2024).

A hipertensão gestacional é caracterizada pelas gestantes que tiveram picos pressóricos \geq 140mmHg e diastólicos \geq 90mmHg que se mantêm persistentes com mais de duas medidas num intervalo mínimo de 4 horas antes, depois >20 semanas de gestação. Ou seja, hipertensão que surge após 20ª semana, sem sinais ou sintomas ou alterações laboratoriais que caracterize a pré-eclâmpsia, que não persistem após 12 semanas de parto. Estima-se que 25% das hipertensões gestacionais evoluam para pré-eclâmpsia (DA SILVA et al., 2024).

A hipertensão crônica sobreposta por pré-eclâmpsia, é representada pelas gestantes que possuem diagnóstico prévio de hipertensão arterial crônica, ou foram diagnosticadas <20 semanas de gestação e que a 20ª semana, teve agravamento da hipertensão, com necessidade de aumento da dose ou da quantidade de medicamentos, ou surgimento de proteinúria ou disfunção de órgãos-alvos (MEGIOLARO et al., 2024).

Com relação as medicações utilizadas nas síndromes hipertensivas gestacionais, inicialmente deve-se destacar as medicações usadas na prevenção de pré-eclâmpsia, em gestantes com fatores de risco, sendo elas de AAS 60-150 mg/dia, a partir da 12ª semana de gestação e cálcio 1 a 2 g/dia – 20ª semana até o parto. (GONÇALVES et al., 2024).



As classes de drogas anti-hipertensivas liberadas na gestação são: inibidor adrenérgico central, bloqueador de canal de cálcio e diurético tiazídico naquelas gestantes que já faziam uso antes da gestação e devem ser suspensos na vigência de oligoâmnio ou pré-eclâmpsia (SILVA et al., 2023).

A abordagem terapêutica em gestantes com hipertensão arterial crônica, deve ser realizada com drogas anti-hipertensivas, como os inibidor adrenérgico central, bloqueador de canal de cálcio e diurético tiazídico naquelas gestantes que já faziam uso antes da gestação. Deve ser solicitado relação proteinúria/creatinúria, USG mensal após 24 semanas para avaliação decrescimento fetal, US com doppler, e o limite de parto 40 semanas com controle pressórico adequado (DA FONSECA et al., 2024).

A conduta indicada em gestantes com pré-eclâmpsia é repouso relativo, Terapia anti-hipertensiva precoce, solicitação de hemograma completo, Creatinina, TGO, DHL, Bilirrubinas, e amostra isolada ou de 24h para detectar proteinúria. Assim como ultrassonografia obstétrica, cardiotocografia, Doppler, Monitorização diária da pressão arterial e sinais e sintomas de comprometimento de órgão-alvo. Em presença de Síndrome HELLP ou Eclâmpsia a abordagem é interrupção da gestação (DE SOUZA et al., 2023).

Em gestante com pré-eclâmpsia e idade gestacional entre 24 a 34 semanas com estabilidade clínica materno-fetal a conduta é conservadora, com monitoramento e controle pressórico adequado, alerta com os sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia, Monitoramento laboratorial e vitalidade fetal, corticoterapia com betametasona 12 mg IM a cada 24 h por 48 h ou dexametasona 6 mg IM a cada 12 h por 48 h e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal se feto < 32 semanas. A conduta deve ser resolutiva se piora importante clínica, laboratorial ou ultrassonográfica (KORKES et al., 2023).

Outra conduta importante para o manejo da pré-eclâmpsia, é a sulfactação, cuja a indicação é para as gestantes com eclâmpsia, com sintomas de iminência de eclâmpsia, síndrome HELLP, e pré-eclâmpsia com deterioração clínica e/ou laboratorial. Pode ser realizada por 2 esquemas, Esquema de Zuspan: ataque e manutenção IV, Esquema de Pritchard: ataque IV/IM e manutenção IM. Deve ser mantida até 24h horas após o parto ou após a última convulsão em pacientes com eclâmpsia (DE CARVALHO et al., 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, as síndromes hipertensivas na gestação são temáticas de grande relevância na saúde materna. São condições potencialmente fatais que exigem acompanhamento médico, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Constitui um dos maiores desafios da medicina contemporânea, devido à sua elevada incidência, complexidade e impacto negativo no desfecho de gestantes graves (COSTA et al., 2023).



O manejo dessas condições deve ser individualizado, de acordo com o tipo de síndrome hipertensiva gestacional, e o perfil clínico, laboratorial e ultrassonográfico de cada gestante, considerando a gravidade da hipertensão e a saúde do feto. O conhecimento adequado sobre essa temática e a pesquisa contínua sobre novos tratamentos e estratégias preventivas pode contribuir significativamente para a redução da mortalidade associada a essas condições (DORNER et al., 2023).



REFERÊNCIAS

- BROWN, M. A. et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*, v. 72, n. 1, p. 24-43, 2018.
- COSTA, Maira Damasceno et al. Análise da mortalidade materna por doenças hipertensivas entre os anos de 2017 A 2021. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 5, p. 2290-2301, 2023.
- DA FONSECA BRITO, Maryane Nogueira; AROUCA, Maria Eduarda Dias; DA CRUZ BRANDÃO, Layanne Hellen. Síndromes hipertensivas no contexto gestacional: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 3, p. 575-583, 2024.
- DA SILVA ALVES, Renato. Diagnósticos, metas e intervenções de enfermagem nas síndromes hipertensivas específicas da gestação. *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v. 16, n. 1, p. 9-9, 2024.
- DA SILVA MARRA, Daniele Oliveira Sousa et al. Síndromes hipertensivas no período gestacional: Uma revisão. *Revista Brasileira Medicina de Excelência*, v. 2, n. 3, p. 509-514, 2024.
- DE CARVALHO, Bruna Damas et al. Mecanismos fisiopatológicos das síndromes hipertensivas gestacionais. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 9, p. e10712943319-e10712943319, 2023.
- DE MOURA SANTOS, Isabela; ALMEIDA-SANTOS, Marcos Antonio. Perfil Epidemiológico da Mortalidade Materna por Síndromes Hipertensivas Gestacionais. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 4, p. e21712441307-e21712441307, 2023.
- DE OLIVEIRA, Amanda Silva et al. Educação em saúde no pré natal: prevenção e controle síndromes hipertensivas na gravidez. *Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 5, p. e4202-e4202, 2024.
- DE OLIVEIRA, Ryan Cândido Barros et al. Síndromes Hipertensivas Gestacionais: Compreensão dos aspectos patológicos e tratamento da pré-eclâmpsia com a regra 4P. *Seven Editora*, p. 162-182, 2024.
- DE SOUZA, Kiara Emily Moreira; DA SILVA, Tamires Roberta; DOS SANTOS, Tâmyssa Simões. Assistência de enfermagem nas síndromes hipertensivas gestacionais: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 6, n. 13, p. 1992-2000, 2023.
- DORNER, Andressa et al. Perfil clínico e epidemiológico de mulheres que receberam diagnóstico de síndrome hipertensiva na gestação. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 9, p. 4989-5003, 2023.
- GONÇALVES, Antonio Walberto Oliveira et al. EVIDÊNCIAS DO TRATAMENTO E DA PROFILAXIA DA PRÉ-ECLÂMPZIA NA GESTAÇÃO. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 10, p. 402-422, 2024.
- MALEK, A. M. et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy With and Without Prepregnancy Hypertension Are Associated With Incident Maternal Kidney Disease Subsequent to Delivery. *Hypertension*, v. 79, n. 4, p. 844–854, 1 abr. 2022.
- MEGIOLARO, Karina Mendes Seghetto et al. Síndrome hellp: uma revisão dos aspectos etiopatogênicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 7, p. 290-299, 2024.



MENDONÇA, Geovana Ponciano et al. Mortalidade materna por doenças hipertensivas gestacionais no Brasil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 7, p. 2465-2474, 2024.

NASCIMENTO, Clara Beatriz Sousa. Pré-natal em pacientes na atenção primária de saúde com síndromes hipertensivas gestacionais no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 3, p. e69461-e69461, 2024.

SALLES, Isabela Simões de Araujo Alegre et al. Síndromes hipertensivas na gestação: relato de caso sobre pré-eclâmpsia sobreposta. In: *Congresso Médico Acadêmico UniFOA*. 2024.

SILVA, Dhyrlee Dennara Magalhães; DE PAIVA, Francisca Franciana; CAMACHO, Elyade Nelly Pires Rocha. Fatores associados e de risco para síndromes hipertensivas gestacionais no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 12, p. 31982-32003, 2023.

KORKES, Henri Augusto et al. (Ed.). Síndromes hipertensivas na gestação e suas complicações a longo prazo. EDUC–Editora da PUC-SP, 2023.
