

## HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA (HAPI) NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Vanessa de Alencar Barros<sup>1</sup>; Tatiane Lins Silva<sup>2</sup>; Nyagra Ribeiro de Araujo<sup>3</sup>; Danielli Gavião Mallmann<sup>4</sup>; Liane Lopes de Souza<sup>5</sup>

**INTRODUÇÃO:** A hipertensão arterial pulmonar Idiopática (HAPI) é definida como uma anormalidade circulatória caracterizada por aumento da resistência vascular na pequena circulação. É uma entidade rara e predomina em mulheres jovens na relação de 5:1 se comparada aos homens<sup>1</sup>. Esta doença afeta, sobretudo mulheres entre os 20 e os 40 anos sendo estimada uma incidência de 1-2 casos por milhão de habitantes<sup>2</sup>. A HAP durante a gestação possui elevada mortalidade e o prognóstico materno depende do diagnóstico precoce, da rápida admissão hospitalar e do tratamento individualizado, com atenção especial no período pós-parto<sup>3</sup>. **OBJETIVOS:** Relatar caso clínico de uma paciente com diagnóstico de HAP com complicações relacionadas à gestação; Discutir a importância da assistência de enfermagem à gestante cardiopata. **MÉTODO:** Trata-se de relato de caso clínico realizado a partir da história clínica de uma gestante que esteve internada na Unidade Coronariana I (UCOI) do Pronto Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco (PROCAPE/UPE), localizado em Recife – PE. Este estudo foi composto por duas etapas: pesquisa em prontuário clínico e levantamento de literatura científica acerca da temática. **RELATO DO CASO:** A.M.S. 31 anos, casada, procedente de Ribeirão-PE, foi admitida no PROCAPE, queixas de dispnéia em repouso e referindo história de parto prematuro com óbito fetal, cinco dias antes em outra instituição. Referiu ainda ser portadora de HAP severa e arritmia cardíaca, motivo pelo qual era acompanhada regularmente por cardiologista no PROCAPE, e fazia tratamento com Sildenafil 20mg (6X/dia) e Amiodarona 200mg/dia. Segundo relatos, no pós-parto evoluiu com piora progressiva da dispneia e cianose severa, tendo sido encaminhada à emergência do PROCAPE. No prontuário da mesma, não constavam relatos quanto aos eventos que precederam o episódio da perda fetal. Foi admitida na emergência consciente, orientada, hidratada, cianótica (+3/+4), dispneica, saturando 61% em ar ambiente, sem edemas e pressão arterial (PA): 100x70mmHg. Recebeu suporte de oxigênio por cateter nasal e foi mantida com as medicações já em uso, bem como foram solicitados exames laboratoriais. No dia seguinte, evoluiu com piora considerável da dispneia. Foi submetida à intubação orotraqueal e iniciada assistência ventilatória mecânica. Foi encaminhada à UCO I em estado geral grave, com cianose central e de extremidades, à ausculta respiratória, apresentou murmúrios vesiculares diminuídos em bases de ambos hemitórax e saturação capilar média de 68%. Foi submetida à sondagem

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cardiológica pela Universidade de Pernambuco (UPE). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cardiológica pela Universidade de Pernambuco (UPE). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cardiológica pela Universidade de Pernambuco (UPE). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE).

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Gestão Pública Municipal (UFMS). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho.

<sup>5</sup> Enfermeira. Residente de Enfermagem Cardiológica no Pronto Socorro Cardiológico Universitário do Pernambuco (PROCAPE/UPE)

nasogástrica e vesical de demora e mantida em sedação contínua. No dia 25/07 prosseguiu evoluindo de forma gravíssima, hemodinamicamente instável, hipotensa, oligúrica, mantida em Dopamina 20ml/h e ancoron 10ml/h. Ausculta respiratória com roncosp, secreção purulenta pela sonda orotraqueal, em sedação contínua, sem distermias. Foi iniciado antibioticoterapia. Nos dois dias seguintes continuou evoluindo com o mesmo estado clínico, apresentando hematúria, piúria, com distermias, tendo sido diagnosticado Infecção do Trato Urinário (ITU), Infecção do trato respiratório (ITR) e sepse de possível foco ginecológico. Foram solicitadas sorologias para Hepatite B e HIV para investigação da etiologia da HAP, as quais foram negativas. No quinto dia de internamento hospitalar, apresentou piora considerável do estado clínico, chegando a apresentar saturação de, no máximo, 28%, mesmo estando com FiO<sub>2</sub> de 100%, hipotensa, cianótica (+4/+4), padrão respiratório alterado “gasping”, anúrica, anasarca. Foi iniciado Noradrenalina. Às 14h50min deste dia, apresentou parada cardiorrespiratória e foi submetida à reanimação cardiopulmonar (RCP), sem sucesso. Foi constatado o óbito após 20 min de RCP. **DISCUSSÃO:** A hipertensão pulmonar é uma condição clínica que requer cuidados constantes. Em mulheres com esta condição patológica, a gravidez aumenta a pressão na artéria pulmonar, agravando a insuficiência cardíaca direita e piorando a relação ventilação e perfusão<sup>3</sup>. Atenção especial deve ser dispensada durante o pré-natal a essas mulheres, tendo em vista ser a gestação considerada de alto risco materno e fetal. Diante disso, recomenda-se que as mulheres com hipertensão pulmonar evitem a gravidez, usando métodos contraceptivos de elevada eficácia. Neste sentido, as orientações sobre os riscos de uma possível gestação devem ser prestadas no sentido de conscientizar a mulher sobre a sua patologia. O risco durante a gravidez e o parto é extremamente alto em tais pacientes, sendo o risco de óbito materno, no puerpério imediato, muito aumentado. Diante disso, recomenda-se manter a puérpera no centro de cuidados intensivos por, no mínimo, sete dias<sup>4</sup>. A assistência de enfermagem a estas pacientes, quando em ambiente de cuidados intensivos, deve ser voltada para as principais intervenções relacionadas aos seguintes diagnósticos de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz, Risco de intolerância à atividade, Perfusão tissular periférica ineficaz e Resposta disfuncional ao desmame ventilatório. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A partir dos achados deste estudo, percebe-se que a assistência de enfermagem, a uma paciente com diagnóstico de HAP, deve ser implementada no sentido de avaliar as respostas da mesma às terapias instituídas, bem como executar as intervenções necessárias para otimização do quadro clínico das mesmas. A enfermagem desempenha um papel determinante em todo o ciclo gravídico-puerperal da gestante portadora de HAP, onde presta assistência de qualidade e individualizada, podendo evitar as consequências dessa gestação de risco. Espera-se que os profissionais envolvidos no processo de cuidar destas pacientes possam desenvolver plano de cuidados buscando, além do tratamento, a prevenção dos riscos e agravos.

**DESCRITORES:** Hipertensão Pulmonar; Gestação; Assistência de Enfermagem

**ÁREA TEMÁTICA:** Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

## REFERÊNCIAS

1 Callou MRA, Ramos PRM. Hipertensão arterial pulmonar. In: Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. Arq Bras Cardiol 2009 Dez; 93(6 supl.1):156-9. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001300016&script=sci_arttext).  
Acesso em: 11 de abril 2013.

2 Rosa VEE, Branco TP, Teixeira CO e col. Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática Manifestada durante a Gestação: Correlação Anátomo-Clínica com Necropsia. Relato de Caso. Rev Bras Clin Med, 2008; 6:268-272. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n6/a268-272.pdf>. Acesso em: 15 de Abril de 2013.

3 Runo JR, Loyd JE. Primary pulmonary hypertension. Lancet 2003 Mai; 361(9368): 1533-44. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12737878>. Acesso em: 16 de abril de 2013

4 Silversides CK, Colman JM, Sermer M, Siu SC. Cardiac risk in pregnant women with rheumatic mitral stenosis. Am J Cardiol. 2003 Jun; 91(11):1382-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12767443>. Acesso em: 15 de abril de 2013.

5 Lage EM, Barbosa AS. Cardiopatias e gravidez. Femina; 2012 Jan/Fev; 40(1):43-50. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3079.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2013.