

Tema: Hipertensão Arterial Crônica e gravidez

Protocolo Nº 220

1ª Versão: novembro de 2019

Versão Nº 01

Atualização: NA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO	2
FLUXOGRAMA	2
CONCEITOS E CLASSIFICAÇÃO	2
Hipertensão arterial crônica e gravidez - conceitos.....	2
Classificação etiológica	3
Formas clínicas	3
RECOMENDAÇÕES.....	4
Exames complementares na HAC	4
Exames complementares na Hipertensão secundária	5
Conduta Clínica.....	5
Conduta Terapêutica.....	5
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO	7
MONITORAMENTO	7
CONFLITOS DE INTERESSE	7
REFERÊNCIAS.....	8
SIGLAS	9
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	9

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial crônica tem uma prevalência de 10% nas mulheres em idade reprodutiva, afetando a 1 a 2% de todas as gestações.

Gestantes previamente hipertensas tem mais risco de desenvolver pré-eclâmpsia sobreposta e outras complicações maternas e fetais.

OBJETIVOS

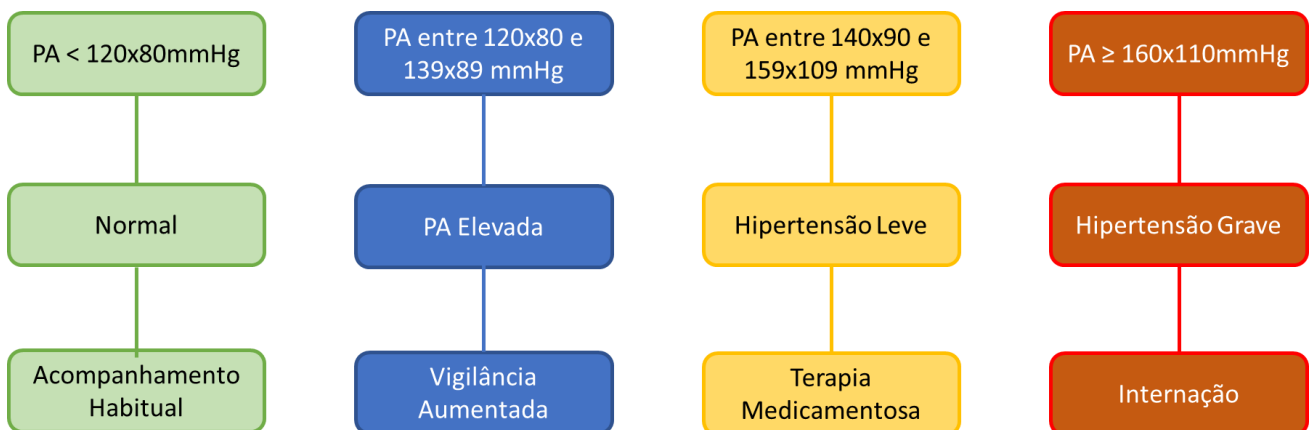
Padronizar as condutas no acompanhamento da gestante portadora de hipertensão arterial crônica.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Mulher previamente hipertensa que engravida.

Gestante com o diagnóstico de hipertensão arterial antes de 20 semanas de gestação.

FLUXOGRAMA



CONCEITOS E CLASSIFICAÇÃO

Hipertensão arterial crônica e gravidez - conceitos

- **Hipertensão:** identificação de níveis pressóricos ≥ 140 mmHg de pressão arterial (PA) sistólica (PAS) e/ou 90 mmHg de PA diastólica (PAD), em pelo menos duas tomadas, com intervalo de quatro horas ou mais. Em caso de crise hipertensiva, as duas medidas devem ser realizadas com intervalo de minutos.

- **Hipertensão arterial crônica (HAC):** presença de hipertensão persistente, de qualquer etiologia, antes da 20^a semana de gestação, na ausência de doença trofoblástica gestacional. O diagnóstico de HAC poderá ser feito de forma retrospectiva quando a hipertensão persiste além de seis semanas após o parto.

Classificação etiológica

- Primária ou essencial.
- Secundária.
 - Renal:
 - Parenquimatosa (glomerulonefrite, pielonefrite crônica, nefrite intersticial, rins policísticos).
 - Renovascular.
 - Suprarrenal:
 - Cortical (doença de Cushing, hiperaldosteronismo).
 - Medular (feocromocitoma).
 - Outras (coarctação da aorta, tireotoxicose, lúpus eritematoso sistêmico, nefropatia diabética).

Formas clínicas

PAS (mmHg)		PAD (mmHg)	Não Grávida	Grávida
< 80	e	< 120	Normal	Normal
< 80	e	120-129	Elevada	Elevada
80-89	ou	130-139	Hipertensão Estágio 1	
90-109	ou	140-159	Hipertensão Estágio 2	Hipertensão Leve
≥ 110	ou	≥ 160		Hipertensão Grave

- Características de alto risco
 - Hipertensão grave: PS ≥ 160mmHg e/ou PD ≥ 110mmHg
 - Hipertensão leve associada a:
 - Idade materna acima de 35 anos.
 - Duração da hipertensão > 4 anos.
 - Doença renal de qualquer etiologia.
 - Cardiomiopatia.
 - Coarctação da aorta.
 - História de AVC.
 - História de coronariopatia.
 - Retinopatia.
 - Diabetes (classe B a F).

- Doença do colágeno associada a comprometimento vascular.
- Síndrome de anticorpos fosfolípidos.
- Pré-eclâmpsia prévia.
- Descolamento de placenta em gestação anterior.
- Perda fetal prévia.

RECOMENDAÇÕES

Exames complementares na HAC

Forma leve

Na primeira consulta, além dos exames de rotina do pré-natal, solicitar:

- Creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, desidrogenase láctica e aspartato transaminase.
- Eletrocardiograma (ecocardiograma se hipertensão há mais de 4 anos).
- Proteinúria de 24 horas ou relação proteína/creatinina.
- Fundoscopia.
- Cardiotocografia (CTG) semanal a partir de 34 semanas de gestação.
- Ultrassonografia seriada:
 - 1º trimestre; determinação da idade gestacional pelo comprimento cabeça-nádegas.
 - 2º trimestre (20-22 semanas): morfológico.
 - A partir de 26-28 semanas: ultrassonografia mensal para avaliação de crescimento e vitalidade.
- *Doppler* arterial fetal: avaliação rotineira com 30 semanas e/ou se houver suspeita de restrição de crescimento fetal.

Forma grave

Todos os exames anteriores

- Exame cardiológico especializado.
- Proteinúria de 24 horas ou relação proteína/creatinina na internação. Repetir, pelo menos, uma vez por semana até a resolução da gravidez.
- Cardiotocografia diária. Nos casos de CTG não reativa, realizar imediatamente perfil biofísico fetal (PBF).
- Ultrassonografia seriada quinzenal a partir de 24 semanas.
- Doppler materno e fetal segundo o protocolo de crescimento intra-uterino restrito (CIUR).
- Considerar uso de corticoide antenatal para maturação pulmonar entre 24 e 37 semanas, quando houver indicação de interrupção da gravidez, devido a agravamento clínico materno ou vitalidade fetal comprometida.

Exames complementares na Hipertensão secundária

Deve ser suspeitada em pacientes com menos e 30 anos, história familiar de doença renal ou portadores de hipertensão de início súbito.

- Além dos exames de rotina, devem ser pesquisados:
 - TSH e T4livre.
 - Cálcio sérico.
 - *Doppler* de artéria renal.
 - História de apneia do sono.
 - História de abuso de drogas.
 - Sinais de doença de Cushing.
 - Sinais de coarctação da aorta.
 - Sinais e sintomas sugestivos de feocromocitoma.

Conduta Clínica

Forma leve

- Controle pré-natal a cada três semanas até 26 semanas, a cada duas semanas entre 26 e 34 semanas e semanal após 34 semanas.
- Dieta contendo pelo menos 90 g de proteína/dia e 6 g de sal/dia ou 100mEq/dia de sódio (1 tampinha de caneta = 1 g de sal).
- Medida semanal da PA em nível ambulatorial.
- Contagem dos movimentos fetais (mobilograma) a partir de 32 semanas. A gestante deve ser orientada deitar em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, e contar os movimentos fetais até alcançar 10 movimentos. A percepção de 10 movimentos fetais distintos em até 2 horas é considerada tranquilizadora.

Forma grave

- Internação.
- Dieta com 2-4 g de sal/dia. Solicitar interconsulta com a Nutrição.
- Contagem diária dos movimentos fetais em pelo menos dois períodos por dia.

Conduta Terapêutica

Geral

- PA entre 120x80 mmHg e 140x90 mmHg: NÃO UTILIZAR TERAPIA MEDICAMENTOSA. Aumentar a vigilância e orientar acompanhamento clínico após o parto.
- PA \geq 140x90 mmHg: TERAPIA MEDICAMENTOSA.
- Introduzir AAS - 100mg/dia a partir de 13 semanas de gestação e manter até o parto.
- Introduzir Cálcio (Ca) 1,5 a 2g/dia para gestantes com dieta inadequada (< 600mg de Cálcio/dia).

Farmacoterapia

- Objetivo: Manter PAD entre 80 e 90 mmHg.
- Controle medicamentoso ambulatorial:
 - Metildopa: 250 mg, VO, 12/12 horas, aumentando até a dose de 2g/dia. Em algumas gestantes a dose máxima pode ser de 3g/dia, desde que a mesma não apresente hipotensão postural.
 - Nifedipina (comprimido de liberação lenta): 20 mg, VO, em dose única, podendo ser fracionada até de 8/8 horas (dose máxima 120 mg/dia).
 - Associação metildopa + nifedipina: se a resposta for insuficiente com a monoterapia.
 - β -bloqueadores
 - Pindolol: 5 a 30mg/dia (até 15mg/dia pode ser dose única)*.
 - Propranolol: uso restrito na gestação.
 - Atenolol: contraindicado na gestação.

*não padronizado no HC-UFMG.

- Tratamento da crise hipertensiva (PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg persistente + sintomas)
 - Iniciar a terapia o mais rápido possível, preferencialmente em até 30 minutos do diagnóstico.
 - Hidralazina: 5 mg, EV, lento (10 minutos), repetida a cada 20 minutos, até a pressão diastólica ser mantida entre 90-100 mmHg. Monitorizar a PA e o batimento cardíaco fetal (BCF) a cada 5 minutos. Preparo da solução: cada ampola de 1 ml contém 20mg de hidralazina. Diluir 1ml de hidralazina (20mg) em 19 ml de água destilada. Cada 1ml da solução contém 1 mg de hidralazina. Dose máxima: 20 mg.
 - Nifedipina: 10 mg VO (não usar sublingual). Repetir a dose a cada 30 minutos, até a PAD ser mantida entre 90-100 mmHg. Monitorizar a PA e o BCF a cada 5 minutos. Dose máxima: 20 mg.

Momento do parto

- Pressão elevada: entre 39 e 40 semanas.
- Hipertensão controlada com uso de medicamentos: entre 38 e 40 semanas.
- Hipertensão de difícil controle: a partir de 37 semanas.
- Hipertensão + pré-eclâmpsia sobreposta: seguir o protocolo de pré-eclâmpsia.

Conduta pós-parto

- Aguardar, pelo menos, 72 horas pós-parto para alta hospitalar.
- Manter a PA em níveis \leq 150 x 100mmHg.
- Atenção especial para restrição do uso de anti-inflamatórios não esteroides no pós-parto.

- Garantir retorno para avaliação das condições clínicas maternas 7 a 10 dias após o parto no ambulatório de Puerpério do Setor de Gestação de Alto Risco do HC-UFMG.
 - Nas pacientes que faziam uso de hipotensor antes da gestação avaliar a possibilidade de reintrodução dos anti-hipertensivos anteriormente utilizados.
 - A substituição da metildopa no puerpério por outro hipotensor deve ser feita com cautela e de forma escalonada pelo risco de hipertensão rebote.
 - Os hipotensores citados no controle da hipertensão pós-parto em caso de pré-eclâmpsia também podem ser utilizados na HAC.

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Após a consulta de puerpério, 30 a 60 dias após o parto.

MONITORAMENTO

Taxa de pacientes hipertensas que desenvolvem crise hipertensiva.

Taxa de pacientes hipertensas que desenvolvem pré-eclâmpsia sobreposta.

Taxa de pacientes hipertensas que apresentam restrição de crescimento fetal.

Taxa de pacientes hipertensas que necessitam de parto pré-termo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

ACOG Practice Bulletin No 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2019; 133(1): e26-e50.

Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension*. 2018 Jul;72(1):24-43.

Chahine KM, Sibai BM. Chronic Hypertension in Pregnancy: New Concepts for Classification and Management. *Am J Perinatol*. 2018 Jul 9.

Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122 (05) 1122-1131.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2018; 71 (06) e13-e115.

SIGLAS

AVC	Acidente vascular cerebral
BCF	Batimento cardíaco fetal
CIUR	Crescimento intra-uterino restrito
CTG	Cardiotocografia
HAC	Hipertensão arterial crônica
HC	Hospital das Clínicas
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PBF	Perfil biofísico fetal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- Elaborada em dezembro de 2018 por: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Avaliada em março de 2019 por: Reunião do PNAR.
- Avaliada em outubro de 2019 por: Rochelle Coppo Militão Rausch e Luciana Cristina dos Santos Silva.
- Responsável técnico: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Aprovada em novembro de 2019 por: Alexandre rodrigues Ferreira (Gerente de Atenção à Saúde e Diretor Técnico).