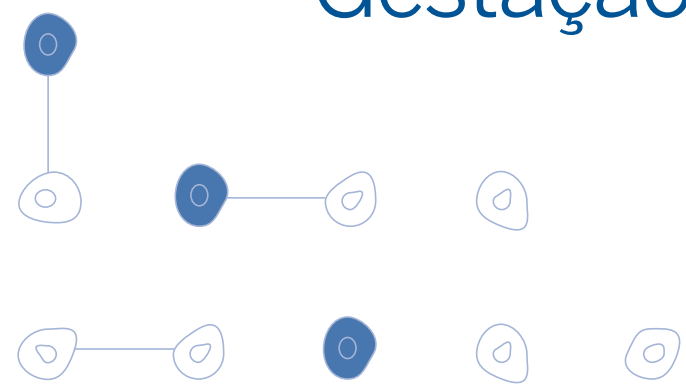


Hipertensão na Gestação



Descrição

Introdução

Incide em 5% a 10% das gestações. Quando não adequadamente tratada, pode resultar em quadros graves como a eclampsia ou síndrome HELLP.

A hipertensão arterial na gestação representa a principal causa de morte materna no Brasil.

Classificação

- Pré-eclampsia
- Hipertensão crônica
- Hipertensão crônica com pré-eclampsia superajuntada

Definição

Pré-eclampsia

Desenvolvimento de hipertensão com proteinúria significativa e/ ou edema de mãos e face. Ocorre após a 20ª semana de gravidez, ou antes desse período quando associada com a moléstia trofoblástica gestacional.

Hipertensão crônica

Na gravidez, termo engloba qualquer doença hipertensiva presente anteriormente à gravidez ou que é diagnosticada antes da 20ª semana de gestação.

Hipertensão crônica com pré-eclampsia superajuntada

É quando a pré-eclampsia se sobrepõe à hipertensão existente. Ocorre em 15% a 30% dos casos, e esse risco aumenta quando a gestante apresenta prejuízo da função renal.

Fatores predisponentes para pré-eclampsia

- Primigesta jovem
- Gestante com hipertensão arterial crônica
- Pré-eclampsia em gestação anterior
- Diabetes melito
- Nefropatia
- Colagenose
- Síndrome antifosfolípide
- Trombofilia
- Gemelidade
- Hidropsia fetal
- Troca de parceiro sexual

Diagnóstico

Exames laboratoriais

- Hemograma completo com contagem de plaquetas
- Urina tipo I + urocultura com antibiograma
- Proteinúria de 24 horas
- Uréia e creatinina
- Ácido úrico
- Perfil hemolítico (DHL)
- Enzimas hepáticas (TGO e TGP)
- Bilirrubinas totais e frações

Exames em função da gravidade e do quadro clínico

- Rotina para colagenoses (FAN e LE)
- Anticorpo antifosfolípide e anticardiolipina
- Coagulograma completo
- Eletroforese de proteínas
- Eletrocardiograma
- Ecocardiografia
- Fundo de olho
- Ultra-sonografia renal
- Tomografia ou ressonância magnética cerebral
- Ultra-sonografia de abdome total e hepático

Identificação

- Pré-eclampsia
- Edema nas mãos e na face
 - Proteinúria $\geq 0,3$ g/l em urina de 24 horas
 - Proteinúria ≥ 1 g/l ou $\geq ++$ em amostra isolada

- Hipertensão crônica com pré-eclampsia superajuntada
- Aumento dos níveis pressóricos associados à proteinúria anteriormente ausente
 - Na ausência de proteinúria, deve haver suspeita quando a hipertensão é acompanhada por:
 - :: Cefaléia
 - :: Alterações visuais
 - :: Epigastralgia
 - :: Alterações de exames laboratoriais, especificamente plaquetopenia
 - :: Aumento das enzimas hepáticas e do ácido úrico

Diagnóstico

Pré-eclampsia grave

A pré-eclampsia é grave se estiverem presentes um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial de 160 x 110 mmHg
- Proteinúria de 2 g em urina de 24 horas
- Perda da função renal, caracterizada por oligúria (< 400 ml/dia) e por níveis séricos de creatinina crescentes e maiores do que 1,2 mg/dl
- Sinais de iminência de eclampsia (cefaléia, epigastralgia ou transtornos visuais)
- Insuficiência pulmonar ou cardíaca (cianose e/ou edema pulmonar)
- Dor em hipocôndrio direito (distensão da cápsula hepática)
- Trombocitopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³)
- Anemia hemolítica microangiopática (DHL ≥ 600 U/l)

- Icterícia ou elevação das enzimas hepáticas
 - :: Bilirrubina total – 1,2 mg%
 - :: TGO e TGP ≥ 70 U/l

- Sinais de insuficiência placentária grave (oligoâmnio, dopplervelocimetria e cardiocardiografia alterados)

Observação

Quando a pré-eclampsia aparece em idade gestacional mais precoce, isto é, longe do termo, deve ser considerada sempre como forma grave. Deve-se considerar também sua recorrência maior em gestações subsequentes.

Tratamento

Crítérios de internação

- Nas formas graves de pré-eclampsia

- Na hipertensão arterial crônica, quando houver:
 - :: Diagnóstico de pré-eclampsia superajuntada
 - :: Urgência ou emergência hipertensiva
 - :: Controle insatisfatório após correta utilização de terapêutica anti-hipertensiva
 - :: Comprometimento do bem-estar fetal

Tratamento Clínico da pré-eclampsia

Repouso em DLE

Aumenta o retorno venoso, diminui a reatividade vascular, diminui a pressão arterial e aumenta o fluxo útero-placentário.

Dieta hipossódica

Diminui a reatividade vascular.

Sedação

Diminui a ansiedade e a labilidade vasculoeemocional:

- 1ª Opção
 - Levopromazina (Neozine®) – 3 gotas (3 mg) por via oral a cada 8 horas

- 2ª Opção
 - Diazepínico (Diazepan®) – 5 mg a 10 mg por via oral a cada 8 horas ou a cada 12 horas

Observação

O tratamento da iminência de eclampsia é igual ao da eclampsia

Tratamento

Terapêutica anti-hipertensiva

Pressão arterial excessivamente elevada (crise hipertensiva)

- 1ª Opção
 - :: Hidralazina – 5 mg por via endovenosa a cada 15 minutos, até controle da hipertensão

- 2ª Opção
 - :: Nifedipina (Adalat®) – 10 mg por via oral (contra-indicação relativa quando associada ao sulfato de magnésio)
 - :: Nitroprussiato de sódio – 0,2 mcg/kg/min a 5 mcg/kg/min por via endovenosa (contra-indicação relativa pela formação de cianeto)

Manutenção

- 1ª Opção
 - :: Pindolol (Viskem®) – 10 mg/dia a 30 mg/dia por via oral ou Metildopa (Aldomet®) – 750 mg a 2.000 mg por via oral
 - :: Se necessário, adicionar a dose de Metildopa (caso tenha usado Pindolol) ou de Pindolol (no caso de ter usado Metildopa)
 - :: Se necessária uma terceira droga, adicionar Amlodipina (Norvasc®) – 5 mg/dia a 30 mg/dia por via oral

- 2ª Opção
 - :: Nifedipina (Adalat®) – 10 mg a 20 mg por via oral
 - :: Hidralazina (Apresolina®) – 50 mg/dia a 300 mg/dia por via oral
 - :: Atenolol (Atenol®) – 50 mg/dia a 100 mg/dia
 - :: Isradipina (Lomir®) – 10 mg/dia
 - :: Diurético tiazídico (Higroton®) – 50 mg/dia a 100 mg/dia

Contra-indicação absoluta

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e antagonista do receptor AT1 da Angiotensina II

Tratamento

Conduta obstétrica

Indicações maternas para interrupção da gestação

- Idade gestacional ≥ 38 semanas

- Em qualquer idade gestacional se:
 - :: Plaquetopenia < 100.000/mm³
 - :: Deterioração progressiva da função hepática
 - :: Deterioração progressiva da função renal
 - :: Cefaléia persistente e/ou alterações visuais
 - :: Epigastralgia persistente, náuseas e vômitos
 - :: Suspeita de descolamento prematuro de placenta
 - :: Eclampsia
 - :: Síndrome HELLP

Indicações fetais

- Restrição grave do crescimento fetal
- Oligoâmnio
- Alterações nas provas de vitalidade fetal