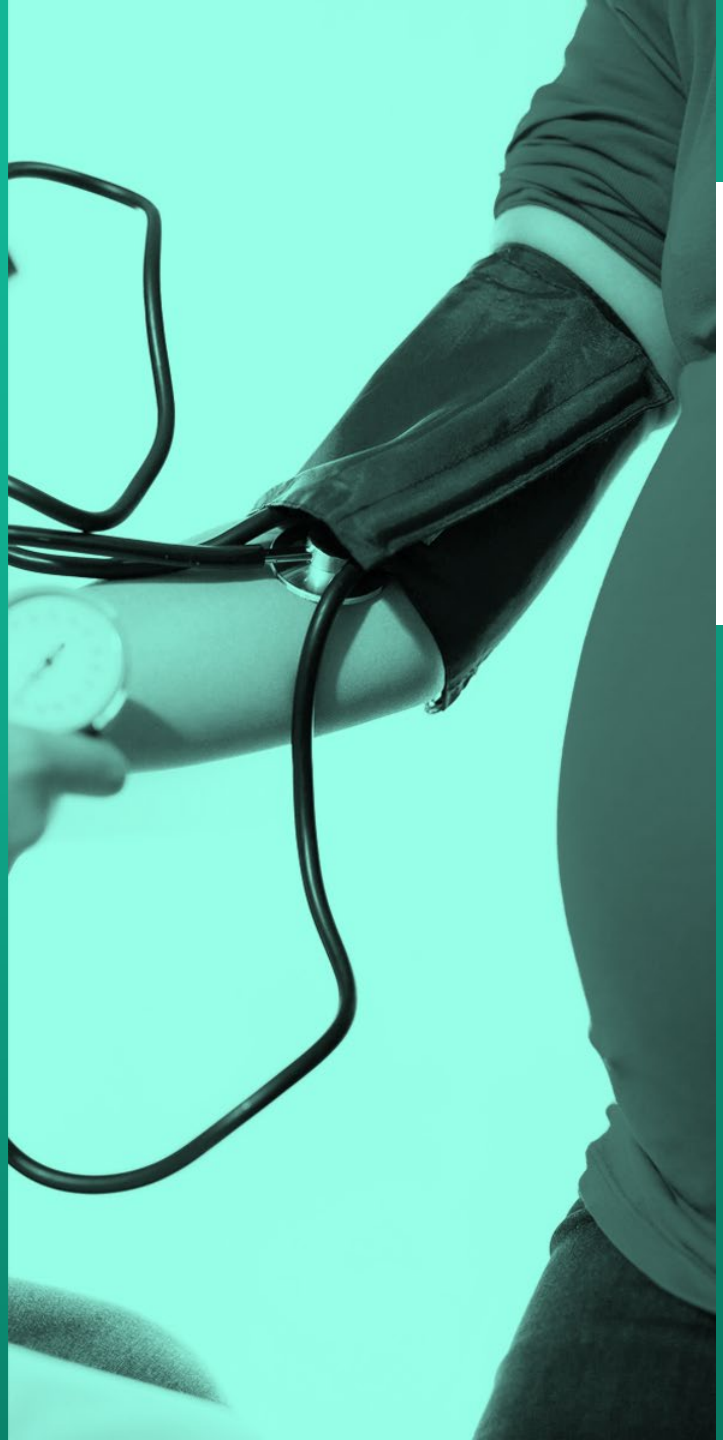


CREMAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

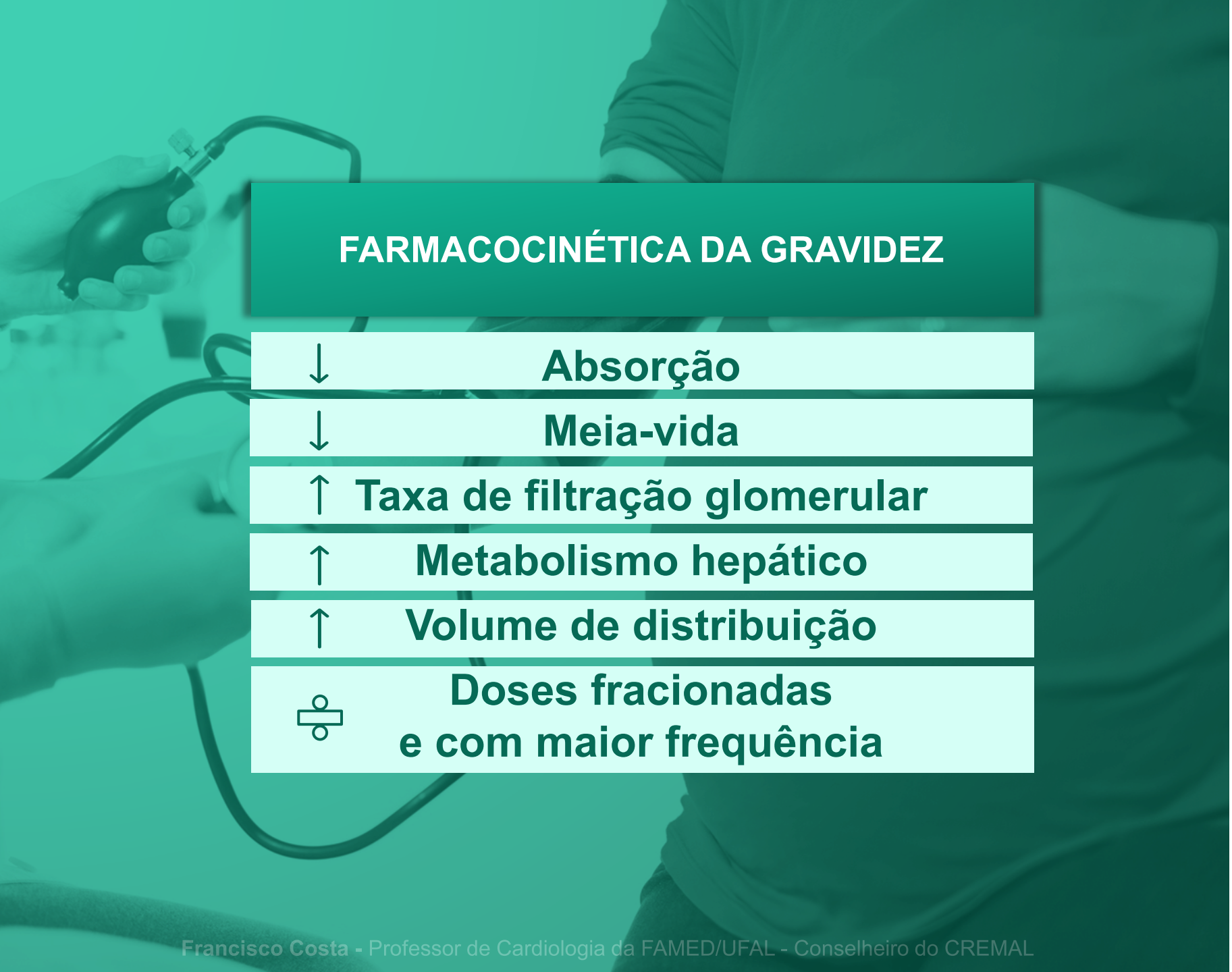
Francisco Costa

- Professor de Cardiologia da FAMED/UFAL
- Conselheiro do CREMAL

INTRODUÇÃO

- Complicação médica mais comum na gravidez: 5% - 10%
- Pré-eclâmpsia: 1,2% a 4,2%
- 18 a 29 anos: 0,6% a 2,0%
- 30 a 39 anos: 4,6 a 22,3%
- Primeira causa de morte materna no Brasil.

PARÂMETROS HEMODINÂMICOS	ALTERAÇÃO
Débito cardíaco	Aumenta 30%-50%
Frequência cardíaca	Aumento 15%-20%
Volume sanguíneo	Aumento 20%-30%
Pressão arterial média	Redução de 5%
Resistência sistêmica	Redução de 20%-30%
Resistência pulmonar	Redução de 30%
Pressão venosa MMII	Aumento de 15%



FARMACOCINÉTICA DA GRAVIDEZ

↓	Absorção
↓	Meia-vida
↑	Taxa de filtração glomerular
↑	Metabolismo hepático
↑	Volume de distribuição
	Doses fracionadas e com maior frequência

CLASSIFICAÇÃO

- Hipertensão crônica
- Pré-eclâmpsia
- Hipertensão crônica com PE sobreposta
- Hipertensão gestacional

HIPERTENSÃO CRÔNICA (PREEXISTENTE)

- PA > 140/90 mmHg
- Antes da 20ª semana
- Primeiros trimestre ou início do segundo
- Associação com desfechos maternos e fetais
- Alvo: sistólica = 110 e 140 mmHg; diastólica = 80 a 85 mmHg
- Persiste após 6 semanas pós-parto
- Reavaliação entre a 6ª e 12ª semana de puerpério

PRÉ-ECLÂMPSIA/ECLÂMPSIA

- HA após a 20ª semana gestacional
- Proteinúria > 300 mg em urina de 24 horas; Relação A/C ≥ 0,3 mg/dl
- Creatinina > 1,0 mg/dl
- TGO/TGP > 40 UI/L
- Dor ou não do quadrante superior/epigástrio
- Complicações neurológicas
- Hemólise ou trombocitopenia ou disfunção uteroplacentária
- Síndrome HELLP

HA CRÔNICA COM PE SOBREPOSTA

- 25% das gestantes com HA crônica
- Após 20 semanas: piora da proteinúria ou da disfunção de órgão-alvo
- Necessidade de associação/incremento de anti-hipertensivos
- HA crônica + sintomas de pré-eclâmpsia

HIPERTENSÃO GESTACIONAL

- HA “nova” que surge após 20 semanas
- Ausência de proteinúria
- Ausência de alterações BQ/hematológicas
- Ausência de restrição de crescimento intra-uterino (RCIU)
- Prognóstico bom
- 25% evoluem para PE
- Resolução em até 12 semanas pós-parto

ROTINA LABORATORIAL

- Hemograma (Hb/Ht/Plaquetas)
- DHL
- Bilirrubinas totais
- Haptoglobina
- Creatinina
- TGO
- Ácido úrico

ATENÇÃO

- PA ≥ 160/110 mmHg (repouso/sentada/15 min)
- Cefaleia
- Fotofobia, escotomas, fosfenas
- Náuseas/vômitos
- Epigastralgia/dor em hipocôndrio direito
- HELLP síndrome
- Oligúria: diurese < 500 ml/24 horas
- Creatinina > 1,2 mg/dl
- Dor torácica
- Edema agudo de pulmão
- Crises convulsivas → eclâmpsia

HELLP Síndrome

H – Hemólise – LDH > 600 UI/L; BI > 1,2 mg/dl

EL – Enzimas hepáticas – TGO/TGP > duas vezes o LSN

LP – Plaquetas baixas < 100.000/mm^3

0,5%- 1% de todas as gestações; 10%-20% dos casos de PE

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

- Prevenção de AVC
- Proteger órgãos-alvos
- Manutenção da circulação útero-placentária

QUANDO TRATAR HA NA GRAVIDEZ

- Até 140/90 mmHg: Normal
- HAS leve: PAS < 150; PAD < 100 mmHg > TRATE
- HAS moderada: PAS < 160; PAD < 110 mmHg > TRATE
- HAS grave: PAS ≥ 160; PAD ≥ 110 mmHg > INTERNE
- Meta: PAS entre 110 e 140 mmHg e PAD entre 80 a 85 mmHg

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Não há indicação de repouso
- Exercícios físicos devem ser estimulados
- Dieta: proteínas, fibras, cereais
- Suplementação de cálcio: 1,5 a 2,0 g/dia
- Nenhuma dieta hipocalórica
- Nenhuma restrição de sal
- Nenhuma suplementação alimentar previne HG

GANHO DE PESO NA GESTANTE

IMC ate 25: 11 a 16 kg

IMC ate 30: 7,0 a 11 kg

IMC > 30: ate 7,0 kg

Francisco Costa - Professor de Cardiologia da FAMED/UFAL - Conselheiro do CREMAL

ANTI-HIPERTENSIVOS NA GRAVIDEZ

PRIMEIRA LINHA
Metildopa (500-3.000 mg/dia)
Nifedipina (20-120 g/dia) / Amlodipina – 5-20 mg/dia
Metoprolol (50-200 mg/dia) / Carvedilol – 12,5-50 mg/dia

SEGUNDA LINHA
Clonidina (0,2-0,9 mg/dia)
Hidralazina (50-200 mg/dia)
Hidroclorotiazida (12,5-50 mg/dia)

Francisco Costa - Professor de Cardiologia da FAMED/UFAL - Conselheiro do CREMAL

TRATAMENTO AH – DICAS

- Todo AH atravessa a barreira placentária
- Nunca utilizar o ATENOLOL → RCIU
- Nunca utilizar IECA/BRA
- Não utilizar ESPIRONOLACTONA
- Prevenção de PE: AAS e cálcio

USO DE AAS PARA PREVENÇÃO DE PE

- PE prévia
- Gestação multifetal
- HAS crônica
- DM
- Doença renal
- IMC > 30 na primeira consulta de PN
- Doença autoimune (LES, SAAF)
- História familiar
- Idade > 35 anos
- História obstétrica ruim

PREVENÇÃO E PROGNÓSTICO DA PE

- Não há testes laboratoriais preditores no momento
- US Doppler (pulso/resistência) das artérias uterinas (20-22 semanas)
- AAS – 75 a 150 mg/dia (12-16 semanas)
- Cálcio – 1,5 a 2,0 g/dia
- PE é FR independente para DAC, HAS, DAOP e AVE
- Marcador de risco CV futuro
- Intensificação do controle dos FR modificáveis

AGENTES RECOMENDADOS PARA O TRATAMENTO DA CRISE HIPERTENSIVA EM GESTANTES

AGENTE	Dose inicial	Repetir, se necessário	Dose máxima
Hidralazina Ampola de 20 mg/mL	5 mg, Via intravenosa	5 mg, a cada 20 minutos	45 mg
A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, assim, obtém-se a concentração de 1 mg/mL.			
Nifedipino Comprimido de 10 mg	10 mg Via oral	10 mg, a cada 20-30 minutos (Via oral)	30-60 mg
Nitroprussiato de sódio Ampola 50 mg/2 mL	0,5 a 10 mcg/kg/min Infusão intravenosa contínua		#
A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 mL de soro glicosado 5%, assim teremos a concentração de 200 mcg/mL.			

MENSAGENS FINAIS

- Iniciar tratamento se PA ≥ 140/90 mmHg
- Metas: PAS ≤ 140 e PAD = 80/85 mmHg
- Considerar PA ≥ 160/110 mmHg como emergência
- Na HA leve/moderada: SAC, BCC, BB
- Na HA grave: nifedipina oral, hidralazina, NS
- Só o parto interrompe o processo

Francisco Costa - Professor de Cardiologia da FAMED/UFAL - Conselheiro do CREMAL

Referências

- Posicionamento da SBC para gravidez e planejamento familiar na mulher portadora de cardiopatia – 2020. Arq Bras Cardiol, 2020.
- Protocolos FEBRASGO – Obstetrícia, nº 8, 2018.