

Síndromes hipertensivas na gestação

Classificação de Síndromes Hipertensivas na gestação :

1. Hipertensão arterial crônica (HAC)
2. Pré-eclampsia/Eclampsia (PE)
3. Pré-eclampsia superajuntada
4. Hipertensão gestacional

DEFINIÇÕES:

HIPERTENSÃO na gestação: PAS \geq 140 mm Hg e/ou PAD \geq 90 mm Hg, em duas medidas com intervalo \geq 4 horas, após a 20ª semana de gestação em pacientes sem história prévia de hipertensão arterial.

PROTEINÚRIA significativa na gestação: ++ em fita em amostra isolada ou \geq 300 mg em urina de 24 horas, na ausência de infecção urinária

PRÉ-ECLÂMPSIA (PE)

FATORES DE RISCO

- idade materna > 40 ou < 19 anos
- hipertensão arterial crônica
- diabetes melito
- obesidade (IMC pré-gestacional \geq 30 kg/m²)
- antecedente pessoal de PE
- antecedente familiar (mãe, irmã) de PE
- primipaternidade
- primigesta
- gestação gemelar

CRITÉRIOS
DIAGNÓSTICOS

CERTEZA:

- **Hipertensão Arterial + PROTEINÚRIA significativa**

SUSPEITOS

- Elevação da PA em relação às últimas consultas
- Instalação de edema e/ou ganho ponderal excessivo (>1kg/sem)
- Distúrbios visuais ou dor de cabeça

CONDUTA

PRÉ-ECLÂMPSIA

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO
PARA UNIDADE DE ALTO RISCO

HIPERTENSÃO
GESTACIONAL

PROTEINÚRIA POSITIVA

- Retornos semanais com avaliação de proteinúria
- Alertar sobre sintomas relacionados à hipertensão: cefaléia, distúrbios visuais e dor epigástrica

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA (HAC)

DEFINIÇÃO: Hipertensão prévia a gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas

CLASSIFICAÇÃO:

HAC LEVE: PAD 90 – 99mmHg

HAC MODERADA: PAD 100 – 109mmHg

HAC GRAVE: PAD \geq 110 mmHg

PROGNÓSTICO

- Mortalidade e morbidade materna e perinatal \rightarrow proporcional ao nível inicial da PAD
- De modo geral, HAC leve e moderada têm desfechos semelhantes à população geral

RECOMENDAÇÕES:

HAC leve ou moderada: Pré-natal nas UBS

- Corrigir eventuais excessos de sal na dieta (não há benefícios na dieta hipossódica)
- Administrar metildopa 750 mg/dia (dose máxima 2,0 g/dia), com intervalos de 6 a 8 horas entre as tomadas (não prescrever doses inferiores a 750 mg ou intervalos maiores que 8 horas)
- Se necessário adicionar 25 a 50 mg/dia de hidroclortiazida
- O objetivo do controle clínico é PAD < 100 mmHg
- Além dos exames de rotina, avaliar creatinina plasmática (se > 1,2 mg/dl, encaminhar)
- Solicitar US mais precoce possível para confirmação da idade gestacional.
- Observar crescimento fetal pela altura uterina e US entre 28 e 32 semanas.
- A partir de 36 semanas avaliar movimentação (mobilograma OK = pelo menos 6 movimentos a cada hora)
- Encaminhar para unidade de risco após 38 semanas ou diante de alguma suspeita clínica.

ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE PARA UNIDADE DE RISCO:

- PAD \geq 110 mmHg **ou**
- Antecedentes obstétricos de: prematuridade, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta, internações por emergência hipertensiva e/ou eclâmpsia, morte perinatal.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA PRÉ-ECLÂMPسيا SUPERAJUNTADA

CERTEZA:

- Detecção de proteinúria significativa (em amostra isolada: ++ em fita ou proteinúria \geq 300 mg em urina de 24 horas.
- Elevação da pressão arterial basal (PAD >100 mmHg) que não responde a hipotensores

SUSPEITOS:

- Instalação de edema que não cede com repouso
- Ganho ponderal >1Kg /semana associado com edema