

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

É considerada a comorbidade mais comum durante a gestação. Está associada ao aumento da morbimortalidade materna e perinatal:

- *Complicações maternas:*
 - o AVC
 - o DPP
 - o PE superposta
- *Complicações fetais:*
 - o Prematuridade
 - o Natimortalidade
 - o Baixo peso ao nascer
 - o Morte neonatal

DEFINIÇÃO

É a presença de **PAS $\geq$ 140 mmHg e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg**, em duas ocasiões, com pelo menos 4 horas de intervalo, antes da 20ª semana de gestação, e que permanece após 12 semanas de puerpério.

O ideal é fazer o diagnóstico antes de 12 semanas de gestação.

DIAGNÓSTICO

- Realizado pela correta aferição da PA:
 - o Equipamento permanentemente calibrado, segundo normas próprias do aparelho.
 - o Manguito de tamanho adequado ao braço da paciente.
 - o Aparelho colocado a 3 cm da prega do cotovelo, livre do contato com o estetoscópio.
 - o Paciente sentada, ou em decúbito lateral esquerdo, com o braço direito semi-fletido, apoiado em superfície lisa, ao nível do coração, pernas descruzadas.
 - o Respeitar o repouso mínimo de 10 minutos e a estabilidade física e psíquica da paciente, no momento da aferição da PA.
 - o Observar a lenta desinsuflação do manguito, para melhor percepção visual dos valores corretos, evitando arredondamentos na medição.
 - o A PAD deve ser considerada no 5º ruído de Korotkoff.
 - o Na primeira consulta, a PA deve ser medida em ambos os braços, considerando aquela que estiver mais alta.

FATORES DE RISCO

- Idade
- Obesidade
- Hipertensão em gestação anterior
- História familiar de hipertensão crônica

CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA – ver Figura 1.

METAS DA TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA

FORA DA GESTAÇÃO

- A terapia anti-hipertensiva diminui a morbi-mortalidade cardiovascular e a incidência de AVC.
- Os benefícios da terapia só são atingidos após 5 anos de terapia regular.

NA GESTAÇÃO

- *Baixo risco*: não há evidências de benefícios devido à curta duração do tratamento (9 meses), além de expor o feto à medicação, que pode ser prejudicial ao mesmo.
- *Alto risco*: reduz o risco materno de AVC, insuficiência renal aguda, permitindo prolongar a gestação, sempre atento ao risco/benefício perinatal.

MEDICAÇÃO HIPOTENSORA

- Metildopa: 1 a 3 g /dia, em 2 a 4 tomadas.
- Segunda escolha / associações:
 - o Hidralazina 50 a 300 mg/dia VO, em 2 a 4 tomadas.
 - o Manter a prescrição de diurético caso a paciente já faça uso do fármaco: hidroclorotiazida 12,5 a 25 mg / dia VO.
- **Os inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (ECA) são contra-indicados.**
- Na crise hipertensiva, utilizar Hidralazina: 5 mg EV, lentamente, repetida a cada 15 minutos – diluir uma ampola de 20 mg em 19 ml de água destilada e aplicar 5 ml de 15/15 minutos.

HOSPITALIZAÇÃO CASO A GESTANTE APRESENTE

- Dificil controle da pressão arterial e/ou crise hipertensiva.
- Pré-Eclampsia sobreposta.
- Comprometimento da vitalidade fetal.

PUERPÉRIO

- Captopril: 50 a 150 mg/dia, divididos em 2 a 3 tomadas.
- Na crise hipertensiva, utilizar Hidralazina EV, como descrito acima.

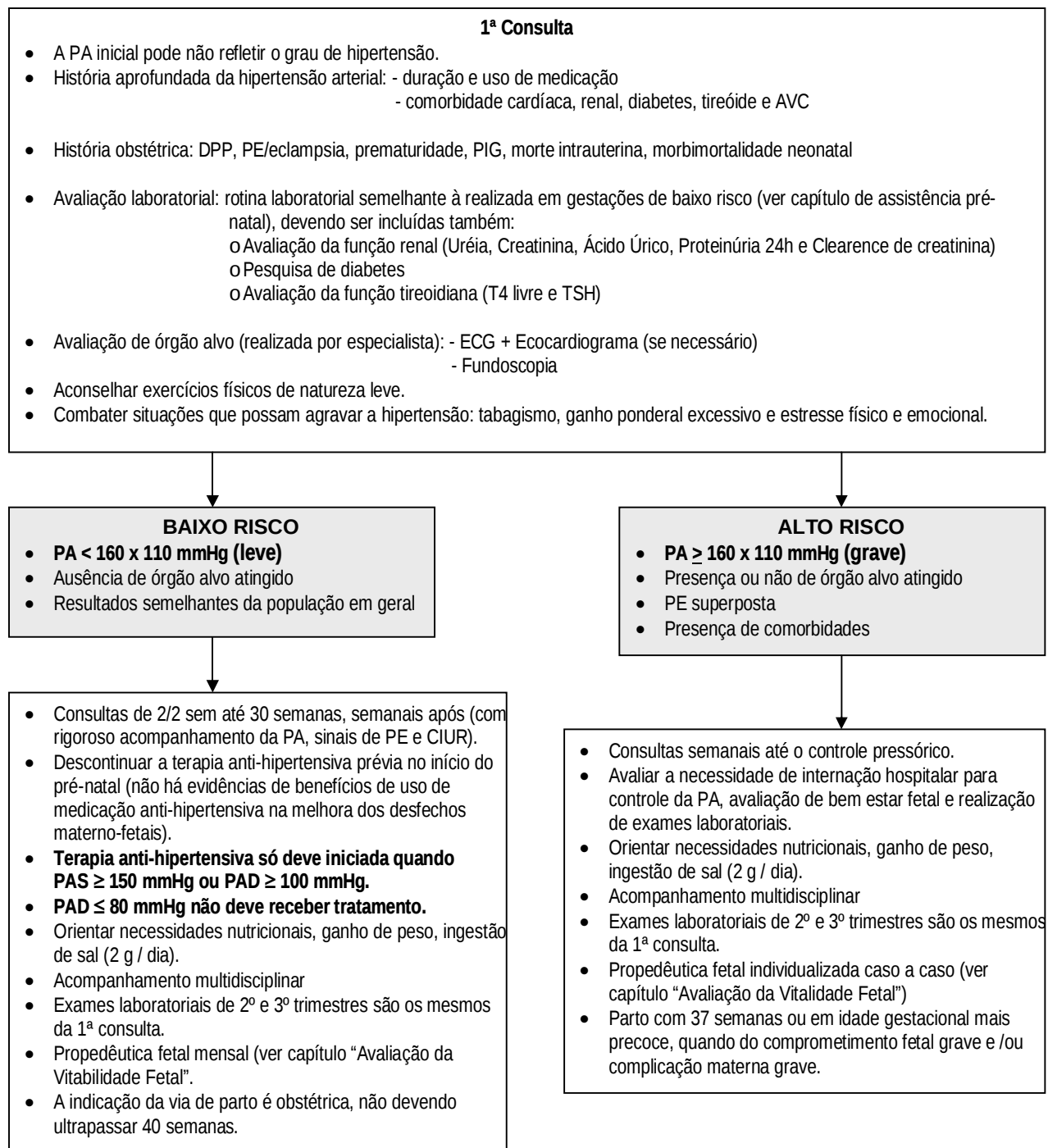


Figura 1 – Classificação e conduta na Hipertensão arterial crônica na gestação

LEMBRETES

1. A diminuição fisiológica da PA observada na gestante normotensa durante o primeiro e segundo trimestres (nadir entre 16 e 18 semanas), também ocorre na hipertensão crônica, dificultando o diagnóstico na gravidez.
2. Nas hipertensas crônicas que desenvolvem crise hipertensiva grave, fazer diagnóstico de PE superposta, devendo ser conduzidas como PE grave (ver capítulo de pré-eclâmpsia).

LEITURA SUGERIDA

1. AMES, M. M.; RUEDA, J.J.; CAUGHEY, A.B. Ambulatory management of chronic hypertension in pregnancy. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v.55, n.3, p.744-755, 2012.
2. AUGUST, P. **Management of hypertension in pregnant and postpartum women**. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-hypertension-in-pregnant-and-postpartum-women?source=see_link&anchor=H3#H8>. Acesso em: 07 jan. 2013.
3. MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. Toxemia gravídica: pré-eclâmpsia/eclâmpsia. In: MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.447-451.
4. SASS, N; CAMANO, L.; MORON, A. F. **Hipertensão arterial e nefropatias na gravidez**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
5. CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Gemelidade. In: CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. **Manual de condutas em obstetrícia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. p. 351-357.
6. ACOG – AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, Committee on Practice Bulletins, n.125. Chronic hypertension in pregnancy.. **Obstet. Gynecol.**, v. 119, n. 2, pt 1, p. 396-407, 2012.
7. NATIONAL INSTITUTE for HEALTH and CLINICAL EXCELLENCE. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. **NICE Clinical Guideline**, n.107, 2011. Disponível em: < <http://www.nice.org.uk/nicemedialive/13098/50418/50418.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2013.
8. MAGEE, L. A. et al. Diagnosis, evaluation and management of the hypertensive disorders in pregnancy. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**, v.30, n.suppl.3, p.s1-48, 2008.