

### **Hipertensão Arterial na Gravidez**

A Hipertensão Arterial Crônica é aquela diagnosticada antes da gravidez ou antes da 20ª semana de gestação. O objetivo do tratamento é o controle tensional com o mínimo de efeitos sobre a mãe e o feto.

A pressão arterial deve ser aferida com a paciente sentada ou em decúbito lateral esquerdo (nunca em posição supina). Existe contraindicação formal para uso de IECA e bloqueadores dos receptores de angiotensina II (não padronizados pela SMS). Apesar de serem considerados seguros em fases mais adiantadas da gestação, os betabloqueadores podem estar associados a retardo no crescimento fetal.

A Metildopa é uma droga com experiência clínica e segurança acumulada para a hipertensão diagnosticada pela primeira vez na gravidez. A dose inicial é de 250 mg 2 x dia, com dose média de 500mg 2 x dia e máxima de 1.500 mg por dia em 2 ou 3 tomadas.

A Hidralazina é droga utilizada para a HAS severa refratária ao tratamento inicial, e é também frequentemente utilizada na hipertensão da gestante, com um perfil de segurança bem estabelecido. A dose inicial é de 25 mg duas vezes por dia, até uma dose máxima de 150 mg diários, divididos em duas ou três tomadas.

A pré-eclâmpsia é uma condição específica da gravidez, com o aumento dos níveis tensionais associado a proteinúria, edema ou ambos; por vezes ocorrem distúrbios da coagulação, da função renal e hepática, podendo evoluir para uma fase convulsiva, constituindo a eclâmpsia propriamente dita, com elevada mortalidade materna e fetal. A pré-eclâmpsia ocorre principalmente na primeira gestação e após a vigésima semana.

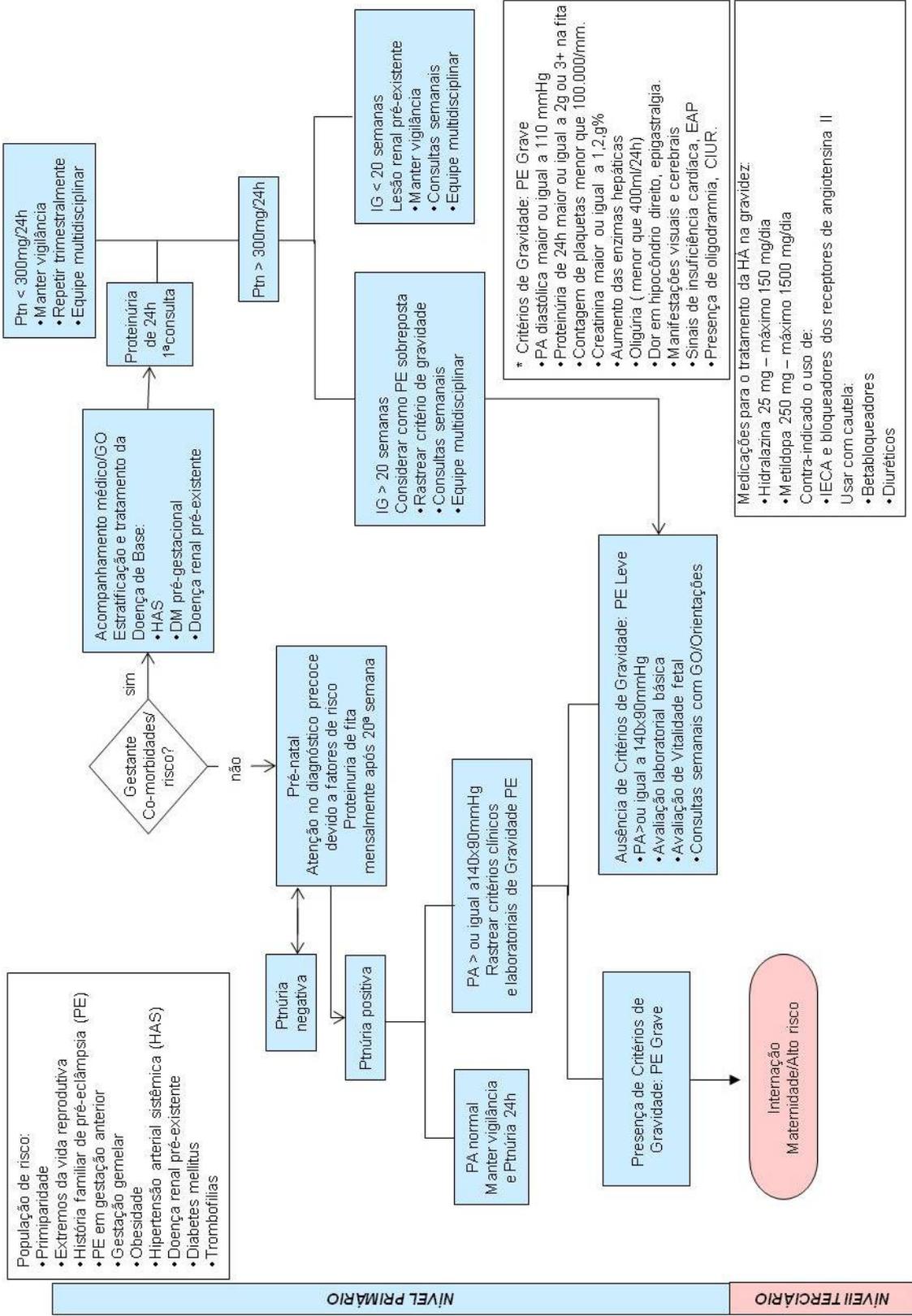
Caso a gestante já seja hipertensa previamente à gravidez, a determinação de proteinúria de 24 horas deve ser solicitada na 1ª consulta de pré natal; caso contrário, a partir da 20ª semana de gestação. A presença de proteinúria em gestante previamente hipertensa antes da 20ª semana de gestação indica a presença de lesão renal pré-existente. Após a 20ª semana deve ser considerada como pré-eclâmpsia sobreposta e, neste caso, é necessário avaliar a presença de **critérios de gravidade**, listados abaixo e que caracterizam a Pré-eclâmpsia grave:

- Pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg
- Proteinúria de 24h maior ou igual a 2g ou 3+ na fita
- Contagem de plaquetas menor que 100.000/mm.
- Creatinina maior ou igual a 1,2g%
- Aumento das enzimas hepáticas
- Oligúria (menor que 400ml/24h)
- Dor em hipocôndrio direito, epigastralgia
- Manifestações visuais e cerebrais
  
- Sinais de insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão
  
- Presença de oligodramnia, crescimento intra-uterino retardado (CIUR)

Em gestantes que não eram hipertensas antes da gestação, o aparecimento de níveis de pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg com proteinúria também devem indicar a avaliação de presença de **critérios de gravidade**. Caso os critérios de gravidade estejam presentes, a gestante deve ser encaminhada para internação em maternidade de alto risco. Caso os mesmos estejam ausentes, a gestante e o feto devem ser mantidos sob acompanhamento semanal.

Embora as dislipidemias sejam reconhecidas como fator de risco para doenças cardiovasculares, cabe destacar que as estatinas são contra-indicadas na gestação e lactação

## Linha de Cuidado da Hipertensão na Gravidez



### ***Insuficiência Cardíaca na gestante***

A paciente gestante com IC deve ser encaminhada para uma avaliação com especialista. No tratamento da IC da gestante estão contra-indicados os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), os bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA) e a espironolactona.