

Hipertensão Arterial na Gravidez

Marília da Glória Martins

Stanley Neri Macau

Wladimir Taborda

Classificação

Hipertensão Arterial Crônica

Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia

Pré-Eclâmpsia associada à Hipertensão Crônica

Hipertensão Transitória

American College of Obstetrician & Gynecologists, 1972

National High Blood Pressure Working Group, 1990

Síndrome da Pré-eclâmpsia

amplo espectro clínico

Hipertensão

Vasoespasma

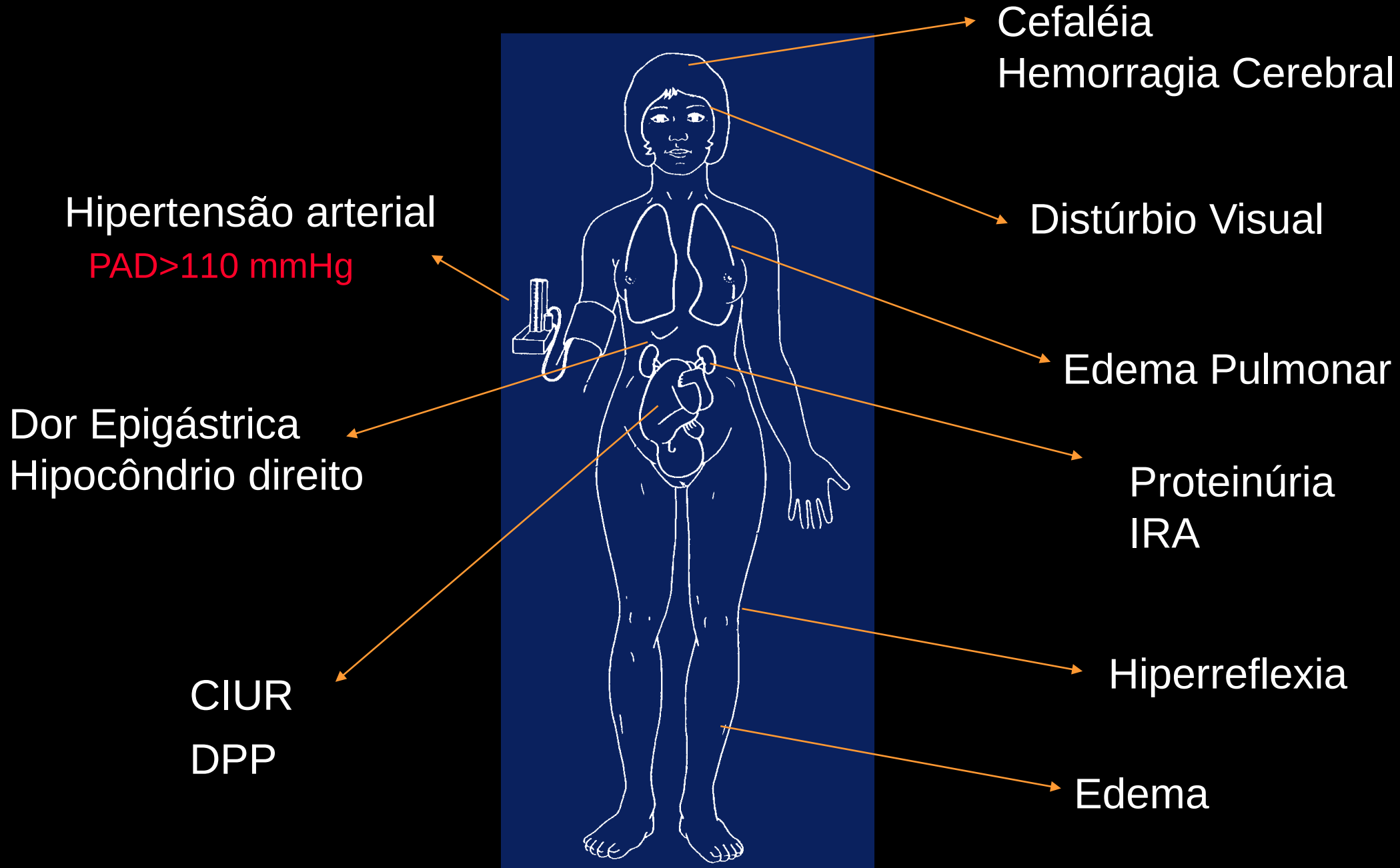
Permeabilidade
Capilar

Proteinúria
Edema
Ascite
Derrame Pleural

Hemólise
Fibrinólise
Plaquetas ↓

HELLP
IRA
CIVD
Trombocitopenia

Pré-Eclâmpsia Grave



CLÍNICO

internação
repouso em DLE
fundoscopia
medida seriada PA
controle diurese

LABORATÓRIO

hemograma/plaquetas
creatinina
ácido úrico
transaminases
proteinúria 24 h

AVALIAÇÃO FETAL

perfil biofísico
índice de líquido amniótico
dopplervelocimetria
amniocentese ?

FARMACOLÓGICO

betametasona 12 mg IM/d
sulfato de magnésio EV/IM
hidralazina 5 mg “bolo” 30’
nifedipina 5 a 10 mg SL 30’

Tratar e Prevenir Convulsões

Cuidados gerais

Sulfato de magnésio ($\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$)

PRITCHARD, 1975

Ataque 4g EV + 10g IM

Manutenção 5g IM de 4/4 h

SIBAI, 1984

Ataque 6g EV

Manutenção 2g EV/h

Fluxo urinário de 25 ml/h

Reflexo patelar e FR > 14 mr/min

HELLP Síndrome

Weinstein, 1982

H

Hemolysis

Esfregaço periférico
Bb total > 1.2 mg/dL

EL

Elevated liver enzymes

TGO > 70 U/L
DHL > 600 U/L

LP

Low Platelets

< 100.000/mm³

HELLP Síndrome

Fatores Predisponentes

Pré-Eclâmpsia

Nuliparidade

História Familiar

Hipertensão Crônica

Doença Renal

Gestação Múltipla

Diabetes Mellitus

Mola Hidatiforme

Hidropsia Fetal

HELLP

Multiparidade

Idade > 25 anos

Raça branca

Hipertensão Crônica

Longe do termo

Incidência variável

2% a 12%

Quadro Clínico

Diagnóstico laboratorial

Gestação Pré-termo

Dor no hipocôndrio direito	90%
----------------------------	-----

Mal estar	90%
-----------	-----

Náusea e vômitos	50%
------------------	-----

PAD < 90 mmHg	15%
---------------	-----

Ganho de peso significativo

Objetivos do Tratamento

Controlar a hipertensão arterial

Prevenir convulsões

Prevenir edema pulmonar, IRA, CIVD

Parto após estabilização materna

RN saudável com morbidade materna mínima

HELLP Síndrome - controle da hipertensão

Manter a PAD < 110 mmHg e > 90 mmHg

Redução gradual e monitorada - PA e BCF a cada 10 min.

HIDRALAZINA EV 5 mg “bolus” a cada 30 minutos
20 mg em 250 ml SG5% “infusão

NIFEDIPINA VO** 5 a 10 mg SL a cada 30 minutos

*Início de ação 10 a 15 minutos - máximo 30 a 40 minutos
Duração do efeito anti hipertensivo de 2 a 4 horas !*

HELLP Síndrome

HELLP Síndrome

Internação em CO/UTI
MgSO₄ por 24 h
Hidralazina se PAD >110 mmHg

Agravamento materno
Sofrimento fetal/CIUR
Trabalho de parto
IG > 32 semanas

SIM

PARTO

NÃO

< 26 semanas
Discussão com família
Interrupção da gestação ?
Corticosteróides ?

26 a 32 semanas
Corticosteróides
Monitorização intensiva
Parto em 48 - 72 h

Coagulação Intravascular Disseminada (CID)

- **Manter o fibrinogênio acima de 100mg/dL**

Plasma Fresco Congelado 10mg/dL por unidade

Crioprecipitado eleva 5 mg de fibrinogênio a cada 100ml

- **Manter plaquetas acima de 50.000/mm**

Infusão de 5 a 10.000/mm por bolsa = 5 a 10 bolsas

- **Manter o hematócrito em 30%**

Concentrado de Hemácias eleva HT 3% por unidade

Para cada 5 unidades CH / 1unidade Plasma Fresco C

Uso de corticosteróides para o prolongamento de gestações complicadas por PE Grave / HELLP síndrome

Dexametasona 10 mg EV a cada 12 horas

VANTAGENS

Prolongamento da gestação

Redução da morbidade e mortalidade neonatal

Redução de SDR

Acelera a recuperação pós-parto

Normalização contagem plaquetária

Abrevia a hospitalização

Favorece a transferência

Reduz os custos financeiros

Maggan et al. 94 - AMJOG 171(4)

Relato de 25 casos e 13 controles

Estabilização clínica e laboratorial

Ganho de 41 ± 15 horas $p=0.0068$

Martin et al. 97

EUA

Vigil et al. 97

Panamá

Yalcin et al. 98

Turquia

O'Boyle et al. 99

EUA.