



STĂRILE HIPERTENSIVE ÎN TIMPUL SARCINII

Stările hipertensive în timpul sarcinii: hipertensiunea gestațională, preeclampsia și eclampsia.

Codul bolii (CIM-10): O.10 – O.14

Noțiuni importante

- **Hipertensiune (HTA)** în sarcină: ridicarea TA sistolice ≥ 140 mm Hg și/sau a celei diastolice ≥ 90 mm Hg, determinate de 2 ori la interval de cel puțin 4 ore sau la constatarea valorilor TA diastolice ≥ 110 mm Hg, într-o singură evaluare.
- **Hipertensiune cronică:** HTA preexistentă sarcinii sau HTA detectată până la 20 săptămâni de gestație.
- **Hipertensiune gestațională:** HTA cauzată de sarcină, care apare după 20 săptămâni de gestație, fără proteinurie.
- **Preeclampsie:** sindromul clinic compus din HTA și proteinurie (peste 300 mg în 24 ore) sau simptome clinice de afectare a organelor țintă apărute după 20 săptămâni de gestație.
- **Eclampsie:** dezvoltarea pe fond de preeclampsie a convulsiilor și/ori a comei, ce nu pot fi atribuite altor cauze.
- **Proteinurie:** este definită ca excreția a peste 300 mg de proteină în 24 de ore.

Clasificarea

	HTA ușoară	HTA moderată	HTA severă
TA diastolică	90-99 mm Hg	100-109 mm Hg	≥ 110 mm Hg
TA sistolică	140-149 mm Hg	150-159 mm Hg	≥ 160 mm Hg

Factorii de risc

Factori de risc major

- HTA în sarcina precedentă.
- Maladii autoimune așa ca LES și sindromul antifosfolipidic.
- DZ tip I și II.
- HTA cronică.

Factori de risc moderat

- Prima sarcină.
- Vârste extreme ale fertilității (sub 16 ani, peste 40 ani).
- Intervalul dintre sarcini $>$ de 10 ani.
- Indicele ponderal ≥ 35 kg/m² la prima vizită antenatală.
- Istoric familial de preeclampsie.
- Sarcină multiplă.

Profilaxia

- Determinarea factorilor de risc la prima vizită antenatală.
- Mărirea frecvenței vizitelor antenatale în cazul riscului moderat (de 2 ori pe lună după termenul de 30 săptămâni).
- Referirea la medicul specialist obstetrician – ginecolog la prezența factorilor de risc major.

Screening-ul

La fiecare vizită antenatală se va efectua:

- Măsurarea TA.
- Măsurarea înălțimii fundului uterin și completarea graficului de creștere.
- Analiza generală a urinei pentru determinarea proteinuriei.

Notă - Apariția edemelor generalizate și adaosul ponderal patologic (1-2 kg pe săptămână) pot fi primul semn potențial de dezvoltare a preeclampsiei și servesc motiv de monitorizare mai minuțioasă a stării gravidei și vizite antenatale săptămânale.

Manifestările clinice

Simptomele clinice sugestive pentru preeclampsia severă

- Afectare a sistemului nervos central: cefalee severă persistentă sau nou apărută, somnolență, amețeală, confuzie, hiperreflexie, convulsii.
- Afectare a sistemului respirator: dureri toracice, dispnee, cianoză, raluri pulmonare bilaterale ca rezultat al edemului pulmonar cardiogen și necardiogen sau a edemului laringian.
- Afectare a sistemului cardiovascular: HTA severă ($>160/110$ mm Hg).
- Afectare a sistemului fetoplacentar: dureri permanente puternice în abdomen și hipertonus uterin (condiționate de dezlipirea prematură a placentei); lipsă (moartea în uter) sau diminuare a mișcărilor fetale, dereglări ale BCF (tahicardie, bradicardie, lipsă a bătăilor).
- Dereglări vizuale: scotoame, vedere tulbură, diplopie, amauroză.
- Teste patologice de laborator: creștere a creatininei, ALAT, ASAT ≥ 2 ori, trombocitopenie < 100.000 mm.
- Afectare a sistemului urinar: oligurie persistentă, anurie, hematurie.
- Implicare a tractului gastrointestinal: dureri abdominale sau sub rebordul costal drept, greață și vomă.

Examenul clinic

Principii

- Confirmarea HTA: respectarea regulilor de măsurare a TA și folosirea corectă a criteriilor de diagnostic.
- Confirmarea proteinuriei: prin cercetarea cantității de proteină în urina colectată timp de 24 de ore.
- Evaluarea completă (clinică și de laborator) pentru precizarea diagnosticului și severității preeclampsiei.

Regulile de măsurare a valorilor TA în sarcină

- Măsurările se efectuează după ce gravida se odihnește cel puțin 10 minute.
- Cifre reale ale TA se consideră atunci când este o diferență de 2 mm între 2 evaluări efectuate cu interval de cel puțin 1 minut.
- Poziția pacientei trebuie să fie semiculcată sau pe șezute.
- Dacă diferența dintre aceste 2 măsurări e mai mare - TA se apreciază a treia oară. Cifra reală se consideră media celor mai mici indicații ale tonometrului.
- Manșeta se aplică pe treimea superioară a mîinii la nivelul inimii.

Notă - În multe cazuri hipertensiunea se supradiagnostică la gravidele obeze, când manșeta nu cuprinde complet brațul. În acest caz e necesar de a folosi una mai mare (cel puțin de 35 cm). Utilizarea unei manșete prea mari poate diminua cifrele reale ale TA.

Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui + trombocitele.
- Analiza generală a urinei și aprecierea excreției nocturne de proteină.
- Analiza biochimică a sîngelui: ALAT, ASAT, creatinina, ureea.
- Examenul ecografic în sarcină.

Supravegherea în condiții de ambulator

Hipertensiunea gestațională ușoară la termene sub 37 de săptămâni

- Frecvența vizitelor – o dată pe săptămână.
- La fiecare vizită – aprecierea TA și proteinuriei, examen clinic pentru determinarea semnelor și simptomelor preeclampsiei severe, informarea privind semnele de pericol.
- Tratament antihipertensiv (pentru a menține TAd între 80 și 100 mm Hg și TAs sub 150 mm Hg):
 - **Labetalolul*** (100-400 mg/2-4 ori pe zi) sau
 - **Metildopa** (250-500 mg/3 ori pe zi) sau
 - **Nifedipina** (10-20 mg/3-4 ori pe zi).

Principiile generale de conduită

- Metoda definitivă de tratament a preeclampsiei și hipertensiunii gestaționale este nașterea.
- În general, se recomandă finalizarea sarcinii în preeclampsie și hipertensiune gestațională la termene de gestație mai mari de 37 de săptămâni; în preeclampsie severă – indiferent de termenul de gestație.
- În interesele fătului, sarcina este prelungită pînă la termenul de 37 de săptămâni în preeclampsie neseveră (în condiții de staționar) și hipertensiune gestațională (posibil și în condiții de ambulator).

Referirea la specialist

- Prezența factorilor de risc major.
- Prezența HTA și/sau proteinuriei.

Criteriile de spitalizare

- Internarea imediată în maternitate a gravidei cu preeclampsie/eclampsie și hipertensiune gestațională severă ($\geq 160/110$ mm Hg) după acordare a ajutorului de urgență și stabilizare inițială.
- Hipertensiunea gestațională de orice grad și termenul de gestație mai mare de 37 de săptămâni.

Ajutorul de urgență și stabilizarea inițială în preeclampsia severă și eclampsie

Ajutorul inițial în accesul de convulsii.

- Protecția împotriva traumelor.
- Poziționarea femeii în decubit lateral stîng.
- **Airway** – căile respiratorii: evaluarea permeabilității, eliberarea de mase vomitive sau corpi străini, fixarea limbii, menținerea permeabilității, administrarea oxigenului.
- **Breathing** – respirația: evaluarea respirației, ventilarea artificială, dacă este necesar.
- **Circulation** – circulația: evaluarea pulsului și valorilor TA, dacă lipsesc – inițierea **resuscitării cardio-pulmonare**, asigurarea accesului intravenos cînd permite situația (după convulsii).

⚠ Notă: În timpul crizei convulsive nu este permisă stoparea convulsiei prin ținere.

Ajutorul urgent (imediat după accesul de convulsii și în preeclampsia severă).

A. Controlul convulsiilor

Administrarea MgSO₄

- Doza inițială 5 g (20 ml soluție 25% diluată în 20 ml ser fiziologic – total 40 ml) se administrează i/v lent, timp de 10 - 15 min.
- Doza de menținere 1-2 g/oră (50 ml soluție 25% diluată în 450 ml ser fiziologic în perfuzie cu viteză 40 ml/oră sau 14 picături pe minut).

⚠ Notă: Examinarea reflexelor patelare și diurezei înainte de administrarea MgSO₄: în lipsa reflexelor patelare administrarea MgSO₄ este contraindicată; în anurie se administrează doar doza inițială.

Monitorizarea frecvenței respirației și reflexelor rotuliene fiecare 15 min.

- Întreruperea perfuziei la dispariția reflexelor rotuliene sau frecvența respirației <16.
- Inițierea imediată a ventilației artificiale în stop respirator. Aplicarea antidotului - Calciu gluconat 10% - 10 ml, i/v, timp de 10 minute.

⚠ Notă: În cazul unei crize convulsive repetate: re-administrarea MgSO₄ 2g (sol. 25% - 8 ml în 12 ml de sol. Na Cl 0,9%) sau Diazepam (10 mg, i/v).

B. Tratamentul antihipertensiv

- **Indicații:** TA sistolică > 160 mm Hg sau TA diastolică > 110 mm Hg sau orice TA > 140/90 mm Hg cu simptome clinice.
- **Scopul:** menținerea TA diastolice între 80 și 100 mm Hg și TA sistolice < 150 mm Hg.

Regimuri de tratament antihipertensiv

Nifedipina – doza inițială 10-20 mg per os (**nu sublingval!**), se repetă fiecare 30 min dacă este necesar (doza inițială maximă 50 mg).

Doza de menținere: 10 mg fiecare 4-6 ore (doza zilnică maximă – 120 mg).

La disponibilitate, sunt preferabile preparatele i/v:

- **Hidralazina** - doza inițială 5 mg i/v sau 10 mg i/m. Doza se repetă fiecare 20-30 min (5-10 mg, în funcție de efect).
- **Labetalol*** – doza inițială 20 mg, i/v în bolus, timp de 2 min; dacă efectul este suboptimal – peste 10 min se administrează 40 mg, ulterior - 80 mg cu interval de 10 min de două ori – doza maximă 220 mg.

După stabilizare (asigurarea respirației adecvate, scăderea valorilor TA sub 160/110 mm Hg și administrarea MgSO₄) - transportarea de urgență a pacientei la maternitate.

***Notă:** La moment nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor.

Consilierea postnatală

Femeile care au avut HTA în sarcină sau preeclampsie au un risc ulterior substanțial crescut de boli cardio-vasculare.

- Se recomandă de verificat valorile TA cel puțin o dată în an și cel puțin o dată în 5 ani factorii de risc cardiovascular (profilul lipidic, glucoza serică, etc.).
- Consilierea privind modul sănătos de viață: abandonarea fumatului, limitarea consumului de alcool, reducerea masei corporale, practicarea exercițiilor fizice, respectarea regimului alimentar adecvat.

Abrevierile folosite în document:

ALAT - alaninaminotransferaza

ASAT - aspartataminotransferaza

BCF - bătăile cordului fetal

HTA - hipertensiunea arterială

LES - Lupusul eritematos sistemic

TA - tensiunea arterială

TAd - tensiunea arterială diastolică

TAs - tensiunea arterială sistolică

USG - examenul ultrasonografic