

Quais anti-hipertensivos podem ser utilizados na gestação?

Data: 25 Abr 2019

Solicitante: Médico

Área Temática: Saúde da Mulher

DeCS: Anti-Hipertensivos, Gestação

O tratamento farmacológico inicial de escolha para hipertensão na gestação é feito com Metildopa, pois é a droga mais estudada e sem efeitos adversos para o feto. A dose inicial é de 250 mg, 2 a 3 vezes ao dia, aumentando a cada 2 dias conforme necessário, utilizar até de 6 em 6 horas (dose máxima de 3000 mg/dia). As contraindicações são hipersensibilidade, doença hepática ativa e uso concomitante com inibidores da MAO.

Quando houver necessidade de uma segunda droga para controle da pressão arterial ou quando a Metildopa não estiver disponível, pode-se utilizar a Nifedipino de liberação lenta (Retard) de 30 a 90 mg/dia (aumentar em intervalos de 7 dias; dose máxima 120 mg/dia) ou Hidralazina 25 mg, meio comprimido, quatro vezes ao dia (aumentando de 12,5 a 25 mg/dia a cada 2 a 4 dias; dose máxima 200 mg/dia).

A escolha deve ter por base o acesso à medicação e o perfil de efeitos adversos. Anlodipino e Verapamil podem ser consideradas drogas alternativas, porém há poucos dados sobre o uso dessas medicações na gestação. Clonidina também pode ser utilizada, porém devido a efeitos adversos e risco de rebote, outras medicações são preferidas.

Para gestantes portadoras de HAS crônica que estão em uso de anti-hipertensivos, com pressão arterial abaixo de 120/80 mmHg e sem lesão em órgão-alvo, recomenda-se reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento e iniciar monitoramento cuidadoso da pressão arterial. Quando houver necessidade de manutenção do

tratamento, diuréticos tiazídicos podem ser mantidos. No entanto, na presença de pré-eclâmpsia e/ou crescimento intrauterino restrito (CIUR), devem ser descontinuados. Deve-se sempre suspender o uso de Inibidores da ECA (Captopril, Enalapril), antagonistas dos receptores da Angiotensina II (Losartan) e de Espironolactona.

A manutenção de betabloqueadores deve ser avaliada individualmente, uma vez que sua segurança é controversa e foram associados em estudos observacionais com CIUR, apneia neonatal, bradicardia e hipoglicemia. Deve-se considerar manter o uso em casos de arritmia ou cardiopatia isquêmica, por exemplo. Dentre os betabloqueadores, preferir o uso de Metoprolol.

Na HAS não-complicada, o alvo da pressão é de 130 a 150 mmHg de sistólica e de 80 a 100 mmHg de diastólica. Em pacientes com HAS complicada (lesão em órgão-alvo, doença cardiovascular concomitante) o alvo é de 120 a 140 mmHg de sistólica e de 80 a 90 mmHg de diastólica. Os anti-hipertensivos utilizados na HAS crônica não protegem contra a progressão para pré-eclâmpsia sobreposta.

Na suspeita de pré-eclâmpsia, a paciente deve ser avaliada em Emergência Obstétrica/ Centro Obstétrico imediatamente. Crise hipertensiva na gestação (pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg) também é indicado encaminhamento para Emergência Obstétrica/ Centro Obstétrico.

Bibliografia Seleccionada

August P. Management of hypertension in pregnant and postpartum women. Waltham (MA): UpToDate, 2018 [citado em 2019 Abr 23]. Disponível em:
<https://www.uptodate.com/contents/management-of-hypertension-in-pregnant-and-postpartum-women>

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C, editores. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Dynamed Plus. Record n. 116522, Hypertensive disorders of pregnancy [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2018 [citado em 2019 Abr 23]. Disponível em:
<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116522/Hypertensive-disorders-of-pregnancy>

Freitas FM et al. Rotinas em obstetrícia. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2017.

Harzheim E, Katz N, Agostinho MR, organizadores. Protocolos de encaminhamento para obstetrícia (pré-natal de alto risco). Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde; TelessaúdeRS-UFRGS; 2016 [citado em 2019 Abr 23]. Disponível em:
https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS_20160324.pdf

Magloire L. Gestational hypertension. Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2018. [citado em 2019 Abr 23]. Disponível em:
<https://www.uptodate.com/contents/gestational-hypertension>