



Come trattare l'ipertensione in gravidanza?

Data 23 novembre 2014
Categoria ginecologia

Una sintesi sugli aspetti dei disordini ipertensivi in gravidanza che più possono interessare il medico di Medicina Generale.

Capita talora al medico di Medicina Generale di dover confrontarsi con una paziente in stato di gravidanza che presenta valori anomali di pressione arteriosa.

In linea di massima questi casi vengono gestiti sotto la supervisione di un ginecologo e spesso di un cardiologo, anche per le delicate problematiche legate non solo al trattamento farmacologico ma alla eventuale scelta circa una precoce induzione del parto o un taglio cesareo.

Vi sono però alcuni aspetti che anche il medico di famiglia è importante conosca. Abbiamo cercato di riassumere quelli che ci sembrano più interessanti per il medico di Medicina Generale basandoci sulle recenti linee guida canadesi .

Per ipertensione in gravidanza si intende una pressione arteriosa sistolica ≥ 140 mmHg e/o una pressione arteriosa diastolica ≥ 90 mmHg. Il valore deve essere confermato in almeno due misurazioni sullo stesso braccio effettuate a distanza di almeno 15 minuti.

Nei casi dubbi si deve ricorrere alla misurazione ambulatoriale/24 ore (ABPM) oppure al monitoraggio pressorio domiciliare. In questo caso i valori che definiscono l'ipertensione sono: ≥ 135 mmHg per la PAS e ≥ 85 mmHg per la PAD.

L'ipertensione può essere pre-esistente alla gravidanza o comparire prima della 20° settimana (ipertensione pre-esistente) oppure comparire dopo la 20° settimana (ipertensione gestazionale).

A sua volta l'ipertensione pre-esistente può associarsi ad alcune patologie come il pre-esistente diabete tipo I o II o una nefropatia.

L'ipertensione vera e propria va distinta dall'ipertensione da camice bianco: se si trovano valori elevati di PA durante la visita non confermati dall'ABPM e/o dal monitoraggio domiciliare.

Si parla di ipertensione mascherata se durante la visita si trovano valori normali mentre questi sono elevati con l'ABPM o con il monitoraggio domiciliare.

L'ipertensione viene definita severa per valori di PAS ≥ 160 mmHg e/o PAD ≥ 110 mmHg, mentre si parla di ipertensione resistente se si devono usare tre o più farmaci ipotensivi.

A tutte le donne in gravidanza deve essere misurata la proteinuria, così identificata per valori $\geq 0,3$ grammi/24 ore.

Nelle donne con ipertensione pre-esistente si parla di pre-eclampsia quando all'ipertensione si associano uno o più dei seguenti:

- ipertensione resistente
- proteinuria di nuova insorgenza o peggioramento di una proteinuria già presente
- condizioni avverse: cefalea, sintomi visivi, dolore toracico, dispnea, saturazione O₂ < 97%, leucocitosi, piastrinopenia, aumento PTT, aumento della creatinina, nausea e vomito, aumento delle transaminasi o della bilirubina, ipoalbuminemia, oligoidramnios, riduzione della frequenza cardiaca fetale, etc.
- complicanze (che richiedono l'induzione del parto o il taglio cesareo): cecità o distacco retinico, eclampsia, ictus o TIA, ipertensione grave non controllabile, saturazione O₂ < 90%, edema polmonare, ischemia cardiaca, piastrinopenia < 50.000/ml, grave aumento della creatinina, INR > 2, etc.).

Nelle donne con ipertensione gestazionale la pre-eclampsia si definisce se coesistono una o più delle seguenti:

- nuova proteinuria
- una o più condizioni avverse
- una o più complicanze.

Le donne ad alto rischio di pre-eclampsia possono essere identificate sulla base di:

- anamnesi personale e familiare di ipertensione e pre-eclampsia in gravidanza
- coesistenza di malattie croniche (diabete, nefropatie, ipertensione, etc.)
- doppler anormale dell'arteria uterina prima della 24° settimana.

Nelle donne ad alto rischio di pre-eclampsia è consigliato somministrare ASA a basse dosi (75-160 mg prima di andare a letto, da iniziare prima della 16° settimana e fino al parto) e almeno 1 grammo di calcio nel caso di assunzione insufficiente.



Nelle donne con precedenti complicanze placentari o pre-eclampsia può essere presa in considerazione la somministrazione di un'eparina a basso peso molecolare.

Il trattamento antipertensivo nelle donne con ipertensione severa dovrebbe iniziare in ospedale. I farmaci più usati sono la nifedipina a breve durata d'azione per os, l'idralazina e il labetalolo per infusione. In alternativa: nitrato in infusione, metildopa, labetalolo o clonidina per os.

Nei casi refrattari si usano il nitroprussiato e il magnesio solfato.

Più di pertinenza del medico di Medicina Generale è il caso di ipertensione non severa che può essere trattata a domicilio.

I farmaci consigliati sono: nifedipina, labetalolo o altri betabloccanti, metildopa.

Nel caso non coesistano condizioni croniche il target pressorio dovrebbe essere di 130-155 per la PAS e di 80-105 per la PAD. Se coesistono condizioni croniche si consiglia, come target, una PAS < 140 mmHg e una PAD < 90 mmHg.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Magee LA et al. Diagnosis, evaluation and management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. J Obstet Gynaecol Can 2014 May; 36: 416 - 438.