

Profilo assistenziale condiviso¹ per l'assistenza integrata
dell'ipertensione cronica in gravidanza

Premessa

Il documento descrive i criteri clinici e le modalità organizzative per l'assistenza addizionale al percorso nascita della donna con ipertensione cronica in gravidanza al fine di ridurre gli esiti sfavorevoli materni e/o perinatali e di ottimizzare la collaborazione tra Consultori Familiari, Ambulatori Specialistici pubblici e privati e Punti Nascita. A tal fine è indispensabile la formalizzazione, all'interno delle Aziende Sanitarie, del percorso di assistenza addizionale per la gravida con ipertensione cronica che garantisca il collegamento territorio-ospedale-territorio e definisca le modalità di presa in carico della donna che riceverà le informazioni utili per seguire il percorso attraverso il foglio integrativo alla Agenda di Gravidanza da introdurre nella sezione Assistenza Addizionale.

I servizi territoriali ed ospedalieri cui la donna farà riferimento durante il suo percorso nascita (dalla gravidanza al parto al puerperio) devono condividere i comportamenti assistenziali e di cura attraverso uno scambio ed un confronto costanti.

Ogni Azienda deve individuare i servizi di riferimento all'interno della rete ospedaliera aziendale o sovrazonale cui verranno inviate le donne.

L'indicazione del Punto Nascita idoneo al parto dovrà differenziare le situazioni di rischio neonatale per le quali è opportuno che il Punto Nascita sia dotato di TIN, rispetto alle situazioni in cui è consigliabile un Punto Nascita con almeno 1000 parti/anno con disponibilità di un'equipe integrata formata dagli specialisti necessari .

Introduzione

L'incidenza di ipertensione cronica in gravidanza varia tra le differenti popolazioni studiate, dallo 0,5 al 3%.

L'ipertensione cronica cioè preesistente alla gravidanza o diagnosticata prima delle 20 settimane di età gestazionale è associata a complicanze materne e fetali potenzialmente gravi sia per la madre che per il feto.

¹ Il presente documento è il risultato di un lavoro di confronto tra gli Operatori dei Consultori Familiari, dei Punti Nascita e del Comitato Percorso Nascita della Regione Piemonte.

COMPLICANZA	OR [limiti di confidenza]
PRE-ECLAMPSIA	1.6 ³
MORTALITA' MATERNA	4.8 [95% CI 3.1–7.6] ¹
EVENTI CEREBROVASCOLARI	5.3 [95% CI 3.7–7.5] ¹
EDEMA POLMONARE DA SCOMPENSO CARDIACO	5.2 [95% CI 3.9–6.7] ¹
INSUFFICIENZA RENALE	6.0 [95% CI, 4.4–8.1] ¹
DISTACCO DI PLACENTA	2 ⁴
EMORRAGIA POST-PARTUM	2.2 [95% CI 1.4-3.7] ¹
TAGLIO CESAREO	2.7 [95% CI 2.4–3.0] ¹
SGA	2-5 ⁴
MEU	2.04 [95% CI 1.48–2.82] ¹
MORTE NEONATALE	2-4 ⁴

Per la maggior parte delle donne con ipertensione essenziale lieve il decorso della gravidanza non è complicato, ed in alcuni casi non è necessario alcun trattamento farmacologico.

Le donne con ipertensione grave invece, soprattutto se non controllata, anche in assenza di pre-eclampsia sovrainposta, presentano una morbilità maggiore.

Poiché non è possibile determinare a priori quali donne svilupperanno una o più complicanze, tutte le donne in gravidanza con ipertensione cronica devono essere considerate a rischio e seguite secondo lo specifico protocollo di assistenza addizionale.

Le pazienti con ipertensione cronica devono essere valutate, ad inizio gravidanza e in caso di comparsa di complicanze in corso di gravidanza, sulla base del modello definito nell'Azienda, presso il centro identificato come riferimento che garantisca la presenza di un'equipe integrata formata dagli specialisti necessari alle situazioni di rischio o di patologia conclamata.

Definizione e diagnosi

Si definisce ipertensione cronica l'ipertensione presente prima della gravidanza o diagnosticata prima delle 20 settimane di età gestazionale, con valori di pressione sistolica >140 mmHg o diastolica >90 mmHg.

Se la diagnosi di ipertensione avviene oltre le 20 settimane di età gestazionale, la diagnosi differenziale tra ipertensione gestazionale e ipertensione cronica può essere posta solo a posteriori. E' infatti definita cronica anche l'ipertensione insorta dopo le 20 settimane di età gestazionale che persiste per oltre 12 settimane dopo il parto.

L'ipertensione si definisce lieve per valori di pressione sistolica tra 140 e 159 mmHg e/o per valori di pressione diastolica tra 90 e 109 mmHg.

L'ipertensione si definisce grave per valori di pressione sistolica ≥ 160 mmHg e/o per valori di pressione diastolica ≥ 110 mmHg.

La misurazione della pressione deve avvenire con la paziente in posizione seduta, preferibilmente dopo 10 minuti di riposo e impiegando un bracciale di dimensione adeguata.

La valutazione della pressione arteriosa andrebbe effettuata prima delle 12 settimane di età gestazionale: nelle settimane successive i valori pressori possono risultare sottostimati, in quanto la diminuzione delle resistenze periferiche determina una riduzione fisiologica dei valori pressori, con valori minimi tra le 12 e le 18 settimane di gestazione.

In caso di riscontro di valori pressori elevati, per una miglior valutazione dell'andamento degli stessi, è utile prescrivere alla paziente misurazioni seriate della pressione arteriosa a domicilio e compilazione di un diario pressorio.

Per la diagnosi di ipertensione i valori elevati devono essere confermati in più di un'occasione, a distanza di almeno 4-6 ore.

Gestione clinica

Valutazione preconcezionale e/o in gravidanza iniziale

Al primo contatto con la paziente con ipertensione cronica, in fase preconcezionale o in gravidanza lo specialista di territorio (consultoriale, degli ambulatori pubblici o privati) dovrà richiedere la valutazione della paziente presso il centro identificato dall'Azienda come riferimento e concordare il percorso da proporre alla donna.

In particolare, quando si prende in carico una gravidanza con ipertensione cronica è importante un counselling mirato alle caratteristiche che devono essere discusse con la donna/coppia lungo il suo percorso nascita e delle quali la donna deve poter ritrovare le informazioni nella sezione Assistenza Addizionale dell'Agenda di gravidanza.

In caso di danno d'organo o di diagnosi di ipertensione secondaria le pazienti dovranno essere prese in carico in modo multidisciplinare dal centro identificato come riferimento.

Prima dell'invio sarà opportuno avere richiesto alcuni accertamenti di base:

- ❖ creatininemia,
- ❖ uricemia,
- ❖ Na⁺, K⁺,
- ❖ esame urine completo

Va suggerito alla paziente di tenere un diario pressorio con misurazioni quotidiane (almeno nella prima fase di valutazione).

Si consiglia la prescrizione di aspirina a basse dosi (ASA- 100 mg/die se peso < 90 Kg, con aumento del dosaggio a 150 -200 per BMI >35) a tutte le pazienti ipertese croniche dall'inizio della gravidanza e comunque entro la 16° settimana di età gestazionale, in quanto l'ipertensione cronica è considerata un fattore di rischio maggiore per la pre-

eclampsia. Si ricorda di valutare preventivamente l'assenza di controindicazioni all'assunzione di ASA : allergia nota, gastropatia erosiva, diatesi emorragica nota.

Le modifiche dello stile di vita, inclusa la riduzione del peso e l'aumento dell'attività fisica, sono fattori riconosciuti ed efficaci nel trattamento dell'ipertensione al di fuori della gravidanza. Pertanto devono essere consigliati una moderata attività fisica ed il controllo dell'aumento ponderale, tenendo conto che un aumentato BMI è riconosciuto come fattore di rischio per preeclampsia.

I farmaci ritenuti sicuri per l'uso in gravidanza sono:

- Calcio antagonisti: il più utilizzato in Italia è la nifedipina a rilascio controllato
- Alfa-metil dopa: è il farmaco di più antico utilizzo in gravidanza
- Labetalolo: è diventato il farmaco di prima scelta nelle linee guida anglosassoni

Le donne con ipertensione cronica che desiderano una gravidanza dovrebbero essere valutate già in epoca preconcezionale, sia per l'identificazione dell'eventuale origine secondaria della stessa (se non già effettuata) e della presenza di danno d'organo, ma anche per la revisione tempestiva della terapia: gli ACE-inibitori e i Bloccanti del Recettore dell'Angiotensina- ARBs sono controindicati in gravidanza per i loro possibili effetti teratogeni e vanno sospesi al più presto, meglio se sostituiti già in fase preconcezionale con farmaci sicuri.

In caso di visita preconcezionale eseguita più di un anno prima, al momento del test di gravidanza positivo.è utile programmare una ulteriore visita presso il centro identificato come riferimento.

Controlli in gravidanza

- Sorveglianza materna

La donna eseguirà di base tutte le prescrizioni previste dall'Agenda di Gravidanza. In aggiunta, in presenza di ipertensione cronica, è necessario effettuare una visita sul territorio (consultori, ambulatori specialistici, pubblici o privati) per la valutazione dell'efficacia terapeutica entro 15 giorni dalla visita presso il centro identificato come riferimento, qualora sia stata modificata la terapia antipertensiva.

Si chiederà alla paziente di portare in visione il diario pressorio compilato a domicilio.

In caso di valori pressori superiori all'obiettivo - pressione arteriosa sistolica di 140-149 mmHg - pressione arteriosa diastolica di 90-99 mmHg, nonostante la terapia, la posologia dei farmaci può essere progressivamente incrementata seguendo le indicazioni ricevute in occasione della prima visita presso il centro identificato come riferimento. Si elencano di seguito i dosaggi massimi consigliati per i farmaci più usati:

- nifedipina a rilascio graduale: dose di partenza 20 mg, massima dose 120 mg/24 ore
- alfa-metil dopa: dose di partenza 500 mg , massima dose 3 g/24 ore, in 2-3 dosi
- labetalolo: dose di partenza 200 mg, fino a 800 mg in 2-3 dosi (massima dose segnalata è 2.400 mg/24 ore)

Una volta raggiunti con la terapia i valori pressori raccomandati sono sufficienti misurazioni pressorie settimanali a domicilio fino a termine di gravidanza.

Nel caso in cui i valori pressori, stabilizzati dalla gravidanza, non abbiano richiesto una terapia antipertensiva, si raccomanda la sorveglianza attenta per evidenziare l'eventuale improvviso nuovo incremento della PA.

Il monitoraggio della gravidanza deve prevedere una visita medica al mese sul territorio, comprensiva di:

1. valutazione del diario pressorio tenuto dalla paziente (se stabile misurazioni due volte alla settimana)
 2. misurazione della pressione arteriosa e del peso corporeo
 3. misurazione della lunghezza sinfisi-fondo
 4. auscultazione/visualizzazione del battito cardiaco fetale
 5. esami ematochimici ed esame completo urine come da Agenda della Gravidanza.
- In caso di presenza di proteine nelle urine, richiedere la proteinuria delle 24 ore

Nel terzo trimestre (28 e 32 settimane di età gestazionale): valutazione di funzionalità renale (uricemia, e creatininemia), transaminasi ed emocromo (per avere un dato di base in caso di insorgenza di S. HELLP).

- Sorveglianza fetale

In letteratura non vi è consenso relativamente alla programmazione ottimale dei controlli ecografici nelle pazienti ipertese.

In aggiunta ai controlli ecografici indicati per la gravidanza fisiologica :

- l'ecografia del I trimestre per datazione della gravidanza ed eventuale misurazione della translucenza nucale (screening Down)
- l'ecografia di screening del II trimestre

nelle pazienti ipertese croniche vi è l'indicazione al monitoraggio fetale nel III trimestre mediante biometria e valutazione del liquido amniotico.

Oltre alla misurazione sinfisi-fondo, da effettuare ad ogni visita, per la valutazione della crescita fetale si consigliano due controlli ecografici nel III trimestre, a 28-30 settimane e 32 – 34 settimane di età gestazionale associati a Dopplerflussimetria uterina e ombelicale.

Se i suddetti controlli ecografici risultano nella norma per l'età gestazionale non è necessario programmare ulteriori controlli dopo le 34 settimane di gestazione, salvo diversa indicazione clinica.

Invio al centro identificato dall'Azienda come riferimento

Le donne che presentano i seguenti segni e sintomi dovranno essere indirizzate per gli approfondimenti del caso al centro identificato come riferimento sulla base del modello definito nell'Azienda:

- valori pressori non controllati dalla terapia nonostante le modifiche consigliate
- riscontro di edemi di nuova insorgenza o sintomi soggettivi (epigastralgia, cefalea, disturbi del visus)
- proteinuria significativa (>300 mg/24h)
- diagnosi di iposviluppo fetale: valore della CA <10^o centile e/o flesso di crescita rispetto ai precedenti controlli e/o Dopplerflussimetria ombelicale patologica

Continuità assistenziale a termine di gravidanza e programmazione del parto

E' consigliabile sospendere l'ASA a basse dosi a 34 settimane, per il possibile aumento del rischio emorragico al parto per l'effetto antiaggregante.

E' importante programmare una valutazione a 36 settimane presso il Punto Nascita individuato per il parto, che deve essere un Punto Nascita con più di 1000 parti/anno (compreso il Punto Nascita dell'ospedale di Biella), che deve garantire un'equipe integrata in cui siano presenti gli specialisti necessari.

In caso di gravidanza con ipertensione cronica in cui si siano verificate complicanze la scelta del punto Nascita dovrà essere indirizzata su un punto Nascita con TIN.

Considerato il significativo aumento del rischio di morte endouterina e di distacco di placenta all'aumentare dell'epoca gestazionale nelle donne con ipertensione pregravidica si consiglia, una volta raggiunte le 37 settimane una valutazione individualizzata sull'opportunità di indurre il travaglio di parto.

L'ACOG sulla base di un consenso di esperti consiglia l'espletamento del parto tra 38 e 39 settimane nelle pazienti non in trattamento, e tra le 37 e le 39 settimane se l'ipertensione cronica è ben controllata dalla terapia.

Le donne con ipertensione grave e difficilmente controllata devono invece essere valutate per espletamento anticipato del parto. La modalità è definita in base alla valutazione ostetrica, anamnestica e clinica.

In caso di pre-eclampsia sovrainposta, le pazienti verranno trattate secondo il protocollo aziendale per la pre-eclampsia.

Il Puerperio

Alla dimissione, dovranno essere fornite alla paziente indicazioni sui farmaci antipertensivi consentiti in allattamento: labetalolo, nifedipina, enalapril, captopril, atenololo, metoprololo, metildopa non hanno effetti avversi sul neonato. Vi sono ancora dubbi sulla sicurezza degli ARBs.

Si consiglia di programmare un controllo in puerperio a 30-40 giorni dal parto. Se il decorso della gravidanza è stato regolare la visita di controllo può essere effettuata sul territorio, come abitualmente. In caso di complicanze, è indicato programmare la visita di controllo presso il centro che ha preso in carico la complicanza.

Le pazienti devono essere informate sul rischio di ricorrenza delle complicanze ipertensive in previsione di gravidanze future. Durante la visita del puerperio si forniranno anche consigli sulle abitudini di vita (dieta e attività fisica) e sui metodi anticoncezionali da utilizzare.

Al termine dell'allattamento, o prima se il farmaco è compatibile con l'allattamento, può essere ripresa la terapia antipertensiva abituale pre-gravidica.

Il follow-up a lungo termine

Il follow-up a lungo termine della paziente ipertesa è demandato al Medico Curante (Medico di Medicina Generale, Cardiologo, Internista di riferimento) cui dovrà pervenire la documentazione di quanto è stato fatto nel corso della gravidanza e del parto.

Glossario e Acronimi

SGA Small for gestational age - Piccolo per l'età gestazionale

MEU Morte endouterina

ACE-inibitori Inibitori dell'Enzima di conversione dell'Angiotensina

ARBs Bloccanti il recettore dell'Angiotensina II

ASA Acido acetilsalicilico

BMI Body Mass Index – Indice di Massa Corporea

CA Circonferenza addominale

ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists

Bibliografia

- ACOG Practice Bulletin n.125. Chronic Hypertension in Pregnancy; Obstetrics & Gynecology, Vol.119. No 2, part 1, Feb 2012.
- NICE Clinical Guideline. Hypertension in Pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. Aug 2010 (revised reprint Jan 2011)
- Ames M et al, Ambulatory management of chronic hypertension in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2012. Volume 55, Number 3, 744–755.
- Deak TM et al, Hypertension and pregnancy. Emerg Med Clin N Am 30 (2012) 903-917.
- Seely EW et al, Chronic Hypertension in Pregnancy, NEJM 2011;365:439-46.
- Hutcheon JA et al, Optimal timing of delivery in pregnancies with pre-existing hypertension. BJOG 2011; 118:49-54.
- SOGC . Diagnosis, evaluation and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. JOGC 2008, 30:3
- Askie LM, Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia, Lancet 2007.