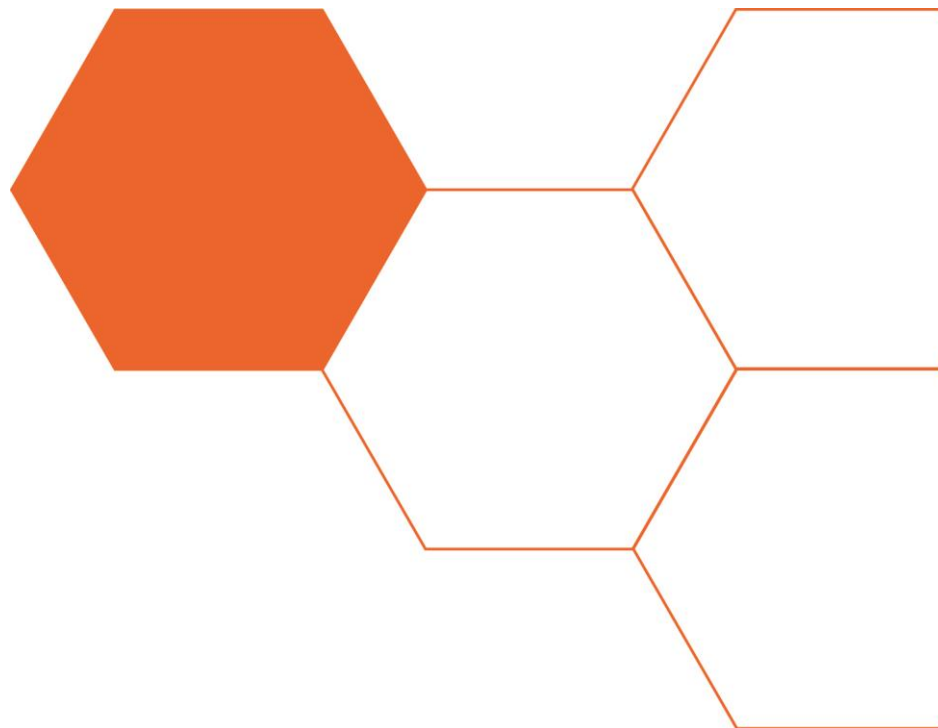


Regionala riktlinjer för hypertoni under graviditet i bas-mödrahälsovård

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne.

Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper.

Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.



Introduktion.....	3
Definitioner	4
För barnmorska i basmödrahälsovård	5
För obstetriker inom basmödrahälsovård	8

Introduktion

Hypertoni under graviditet kan orsakas av kronisk hypertoni, graviditetsinducerad hypertoni eller preeklampsi. Kronisk hypertoni och graviditetsinducerad hypertoni ökar risken att utveckla preeklampsi. Hypertoni under graviditet medför ökad risk för både mor och barn och är den ledande orsaken till mödradödlighet i Sverige och västvärlden. Risken för bl. a. hjärnblödning hos modern, prematuritet, tillväxthämning och ablatio ökar.

Orsaken till preeklampsi är okänd men placenta spelar en central roll för uppkomsten. Enda botemedlet för preeklampsi är förlossning. Preeklampsi drabbar 3–7 % av samtliga gravida kvinnor. En kvinna med preeklampsi har en ökad risk med 17 % för preeklampsi vid nästa graviditet. Vid svår preeklampsi med förlossning före 34 veckor är risken 25 %, och vid förlossning före 28 veckor är risken 50 %.

Kvinnor med hypertoni-/preeklampsidiagnos sköts alltid i samråd mellan obstetiker i öppenvård och obstetiker i slutenvård. Det är läkarens ansvar att det finns aktuell och uppdaterad planering för kvinnor med ökad risk eller konstaterad hypertoni/preeklampsi. Barnmorskan bevakar att planering följs och att uppdatering sker vid behov.

Definitioner

Hypertoni ställs om blodtryck(BT) $\geq 140/90$ kan uppmätas två gånger med minst 4 timmars intervall. BT mäts med patienten sittande, i höger arm, adekvat storlek på manschetten, diastoliskt tryck registreras vid Korotkoff fas 5 (registrerat tryck när ljudet försvinner). Om diastoliskt tryck enligt fas 5 kan uppfattas ända ner mot noll registreras fas 4.

Proteinuri - föreligger om två mätningar med urinsticka med minst 4 timmars intervall visar ≥ 300 mg/dygn eller minst 1+ på urinsticka. Urinvägsinfektion skall uteslutas.

Kronisk hypertoni – hypertoni som föreligger vid inskrivningen eller diagnostiseras före graviditetsvecka 20.

Graviditetsinducerad hypertoni – hypertoni utan proteinuri efter graviditetsvecka 20.

Preeklampsi – hypertoni med proteinuri efter graviditetsvecka 20.

Eklampsi – kramper i samband med preeklampsi.

Mild hypertoni/preeklampsi – systoliskt BT 140–149 och/eller diastoliskt BT 90–99 mmHg, samt proteinuri vid preeklampsi.

Måttlig hypertoni/preeklampsi – systoliskt BT 150–159 och/eller diastoliskt BT 100–109 mmHg samt proteinuri vid preeklampsi

Svår hypertoni – systoliskt BT ≥ 160 och/eller diastoliskt BT ≥ 110 mmHg.

Svår preeklampsi – systoliskt BT ≥ 160 och/eller diastoliskt BT ≥ 110 mmHg, proteinuri, och/eller subjektiva symtom och/eller biokemiska eller hematologiska rubbningar.

För barnmorska i basmödrahälsovård

PROVTAGNING

Kontroll av proteinuri skall göras vid varje besök inom basmödrahälsovård enligt Basprogram (fliken *Regionala vårdprogram och riktlinjer* på [Vårdgivare i Skåne](#)).

Om behov av provtagning, t.ex. ny diagnos eller försämring i tillståndet, skall kvinnan hänvisas till specialistmödrahälsovården för bedömning och ordination av vilka prover som skall kontrolleras.

Följande prover kan vara aktuella: kvantifiering av proteinuri, s-urat, trombocyter, ALAT, s-kreatinin.

RUTIN OCH RÅD VID INSKRIVNING AV KVINNOR MED ÖKAD RISK FÖR PREEKLAMPSI

Kvinnor med nedanstående komplikationer med hög risk för preeklampsi skall bedömas av obstetriker på barnmorskemottagning eller specialistmödrahälsovård:

- Kronisk njursjukdom
- Kronisk hypertoni
- Autoimmun sjukdom
- Typ 1 eller 2 diabetes med kärlkomplikation
- Tidigare eklampsi eller svår preeklampsi
- Tidigare preeklampsi med förlossning före graviditetsvecka 34
- Tidigare preeklampsi med tillväxthämning hos barnet

En individuell vårdplan skall upprättas av läkare och dokumenteras i journalen.

Livsstil

Fysisk aktivitet kan minska risken att utveckla preeklampsi. Erbjud FaR (fysisk aktivitet på recept), <http://www.skane.se/Halsa-och-varld/Halsa/Fysisk-aktivitet-pa-recept/>.

Det går **inte** att påverka risken för preeklampsi med: kosttillskott, förändrat saltintag, hormoner, vattendrivande medicin, trombosprofylax.

Symtom

Kvinnan skall uppmärksamma följande symtom, framför allt efter graviditetsvecka 20, och söka vård:

- Svår huvudvärk, frånvarokänsla
- Ögonproblem i form av dimsyn eller ljusblixtar för ögonen
- Svåra smärtor under höger revbensbågen, epigastralgi, kräkningar
- Plötsligt påkommen svullnad i ansikte, händer eller fötter
- Minskade fosterrörelser

RUTIN VID KONSTATERAD PREEKLAMPSI

En bedömning skall göras på specialistmödrhälsovården i samband med diagnos och då upprättas en vårdplan. Kontroller i basmödrhälsovården kan komplettera kontrollerna på specialistmödrhälsovården.

Planen skall alltid innehålla målblodtryck och skall revideras i samband med varje besök hos läkare. Det skall framgå var och när nästa kontroll skall ske och om det är till läkare eller barnmorska kvinnan skall komma, samt när hon skall skickas in till sjukhus. Kontroll på specialistmödravårdscentralen i fullgången tid, dock senast på beräknad dag för ställningstagande till induktion.

Om kvinnan inte tillhör en riskgrupp som tidigare fått information, skall hon informeras om vilka symtom om hon skall vara observant på.

SYM TOM ATT VARA UPPMÄRKSAM PÅ

Se ovan under rubrik [Symtom](#).

RUTIN OCH RÅD VID INSKRIVNING AV KVINNOR MED KRONISK HYPERTONI

Individuell vårdplan skall upprättas av obstetriker på barnmorskemottagning eller specialistmödrhälsovård. Ställningstagande skall tas till medicinering och fortsatta kontroller. Planen skall alltid innehålla målblodtryck och när bedömning skall göras av läkare alternativt remiss skickas till sjukhus.

Kvinnan har en ökad risk att utveckla preeklampsi och skall informeras om vilka symtom hon skall vara uppmärksam på. Se [Symtom](#) ovan under rubrik [Rutin och råd vid inskrivning av kvinnor med ökad risk för preeklampsi](#).

Fysisk aktivitet kan gynnsamt påverka blodtrycket. Erbjud FaR (fysisk aktivitet på recept).

RUTIN OCH RÅD VID GRAVIDITESHYPERTONI

Individuell plan skall upprättas av obstetriker på barnmorskemottagning eller specialistmödravård. Planen skall alltid innehålla ett målblodtryck och när bedömning skall göras av läkare alternativt remiss skickas till sjukhus.

Överväg att erbjuda FaR (fysisk aktivitet på recept).

Kvinnan har en ökad risk att utveckla preeklampsi och skall informeras om vilka symtom hon skall vara uppmärksam på. Se [Symtom](#) ovan under avsnittet [Rutin och råd vid inskrivning av kvinnor med ökad risk för preeklampsi](#).

RUTINER VID EFTERKONTROLL EFTER PREEKLAMPSI, KRONISK HYPERTONI OCH GRAVIDITETSINDUCERAD HYPERTONI

Vid utskrivning från BB skall epikrisen innehålla en plan för uppföljning:

- Till var och när återbesök skall ske.
- Hur ofta blodtrycket skall följas post partum.
- Om kvinnan skrivs hem med pågående tablettbehandling anges var och när uppföljning av behandlingen skall göras
- När och var proteinuri skall kontrolleras och i vilka fall remiss skall skickas för fortsatt utredning.
- Om kvinnan har behov av fortsatt tablettbehandling i samband med efterkontrollen skrivs remiss till Vårdcentral eller medicinmottagning.
- Kvinnan skall informeras muntligt och skriftligt om risker vid kommande graviditeter och vad hon kan göra för att minska dessa risker.

Det är lämpligt med folsyrasubstitution när ny graviditet planeras samt regelbunden fysisk aktivitet för att upprätthålla en god kondition.

För obstetiker inom basmödrahälsovård

INSKRIVNING AV KVINNOR MED HÖG RISK FÖR PREEKLAMPSI, SE OVAN

När planering av graviditetskontroller i samband med riskgraviditet görs av obstetiker inom bas-MHV skall de undersökningar som planeras vara förankrade på de kliniker/mottagningar där de skall utföras. Obstetiker i bas-MHV bör lägga sig vinn om en fortlöpande kommunikation med specialistvården så att varje kvinna får en för individen optimal vård.

En individuell vårdplan skall utformas. Denna kan innehålla:

- Profylax med T Trombyl 75 mg dagligen graviditetsvecka 12-36 till kvinnor med hög risk för preeklampsi efter individuell bedömning
- Flöde a uterina och AFI rekommenderas i graviditetsvecka 24
- Ultraljudskontroll av fostertillväxt i graviditetsvecka 28+32

Vid behov, tätare barnmorskekontroller, t.ex. lämpligt med extra kontroller i graviditetsvecka 20 och 22-23.

KONSTATERAD PREEKLAMPSI

En bedömning skall göras på spec-MHV i samband med diagnos och därefter enligt upprättad vårdplan. Mild eller måttlig preeklampsi övervakas via spec-MHV och vårdas i de flesta fall i slutenvård men kan i vissa fall övervakas i öppenvård. Kontroller i bas-MHV kan komplettera kontrollerna på spec-MHV.

Målblodtryck skall vara systoliskt blodtryck < 150 mmHg samt diastoliskt blodtryck på 80-100 mmHg.

Behandling sätts in när blodtrycket ligger över dessa nivåer vid minst två mätningar med 4 timmars intervall. Lämpligt val är Trandate med startdos 100 mg x 3 eller Viskén med startdos 2,5 mg x 2. Vid doser Trandate > 1200 mg dagligen eller Viskén 10 mg x 2 är det lämpligt med kombinationsbehandling, som i sådana fall bör handläggas av spec-MHV.

Övervakning vid mild/måttlig preeklampsi:

- Kontrollera blodtrycket och urinsticka 1-2 ggr per vecka enligt vårdplan från spec-MHV.
- Viktkontroll en gång per vecka.
- Vid diagnos utförs tillväxtkontroll med ultraljud, flöde i a umb., AFI, CTG och därefter görs kontroller efter individuell bedömning. Om misstänkt tillväxthämning föreligger upprepas undersökningarna med lämpligt intervall.
- Kontroll på spec-MHV i fullgången tid - dock senast på beräknad dag för ställningstagande till induktion.

INSKRIVNING AV KVINNOR MED KRONISK HYPERTONI

En individuell vårdplan skall dokumenteras. Ökad risk för preeklampsi föreligger. Om kvinnan medicinerar för sin hypertoni kan ofta behandlingen minskas eller seponeras under graviditetens första hälft.

Avsluta behandling med ACE-hämmare och angiotensin-II-blockerare omgående och erbjud alternativ baserat på tidigare behandling och biverkningsprofil

Om medicinering behövs kan Trandate 100 mg x 3 prövas, med ökning till max 1200 mg dagligen eller Viskén 2,5 mg x 2 till 10 mg x 2. Behövs ytterligare behandling remitteras kvinnan till spec-MHV.

- Målsättning BT <150/100 mmHg
- Om det föreligger skador på organ (t ex njurar) sikta på blodtryck <140/90 mmHg
- Eftersträva inte DBT <80 mmHg
- Om blodtrycksbehandlingen sätts ut eller minskas följs detta upp med besök hos barnmorska med blodtryckskontroll i graviditetsvecka 15 och 20. Målblodtryck för dessa besök skall dokumenteras.
- Om sekundär hypertoni föreligger erbjud remiss till specialist i blodtryckssjukdomar
- Tillväxtkontroll med ultraljud + AFI och CTG vid stigande blodtryck eller i vecka 32, därefter efter individuell bedömning.
- Tätare kontroll hos barnmorska rekommenderas. Om stigande blodtryck före vecka 32, 2 ggr per vecka, stigande blodtryck efter vecka 32, 1 ggr/vecka.

KONSTATERAD GRAVIDITETSINDUCERAD HYPERTONI

En individuell vårdplan skall dokumenteras. Ökad risk för preeklampsi föreligger. Om medicinering behövs kan Trandate 100 mg x 3 provas, med ökning till max 1200 mg dagligen, alternativt Viskén, se ovan. Behövs ytterligare behandling remitteras kvinnan till spec-MHV.

Mild graviditetsinducerad hypertoni - BT 140/90 -149/99 mmHg

- Sjukhusvård är oftast inte nödvändigt.
- Kontrollera patienten minst 1 gång per vecka vid debut efter 32 veckan.
- Tillväxtkontroll + flöde i a. umbilicalis, AFI och CTG vid debut, därefter efter individuell bedömning.
- Om debut före 32 veckor eller om hög risk föreligger för preeklampsi - kontrolleras proteinuri och blodtryck 2 ggr per vecka.

Måttlig graviditetsinducerad hypertoni - BT 150/100 – 159/109 mmHg

- Sjukhusvård är oftast inte nödvändig men bedömning av specialist i obstetrik och gynekologi rekommenderas
- Målbloodtryck 150/80-100 mmHg
- Mät blodtrycket minst 2 ggr per vecka och kontrollera urinsticka.
- Tillväxtkontroll + flöde i a umbilicalis, AFI och CTG vid debut, därefter efter individuell bedömning.

Kontroll post partum efter preeklampsi, kronisk hypertoni eller graviditetsinducerad hypertoni, se ovan under motsvarande rubrik.

Faktaansvarig: Expertgruppen för Mödrahälsovård, ordförande Sven Montan, överläkare