

# Hypertoni och preeklampsi under graviditet

## Berörda enheter

Alla BMM, SMVC och förlossningsenheter i Region Norrbotten.

## Syfte

Riktlinjer för enhetlig uppföljning och handläggning av hypertoni och preeklampsi under graviditet och postpartum.

## Blodtrycksmätning och definitioner

Blodtrycket mäts i höger arm, med patienten sittande eller lätt bakåtlutad, och med armen i hjärthöjd. Använd manschettstorlek anpassad till patientens armomfång.

**Hypertoni** = BT  $\geq$  140/90 mm Hg vid två tillfällen med minst 4 timmars intervall, utan proteinuri.

**Essentiell hypertoni, kronisk hypertoni** = hypertoni känd före graviditeten eller diagnosticerad före graviditetsvecka 20.

**Graviditetshypertoni** = hypertoni diagnosticerad efter graviditetsvecka 20.

**Preeklampsi** = multiorgansyndrom med hypertoni tillsammans med minst ett av följande organengagemang:

- **Njurpåverkan**
  - Signifikant proteinuri som verifieras med slumpmässigt urinprov alb/krea kvot  $\geq$  8 mg/mmol. *OBS! Proteinuri är inte längre obligat för diagnos. Upprepa inte provtagning vid signifikant proteinuri.*
  - Njurinsufficiens med krea  $\geq$  90  $\mu$ mol/L
  - Oliguri med urinproduktion  $<$  500 mL/dygn
- **Leverpåverkan**
  - Transaminaser  $>$  2 x referensvärdet
  - Epigastrismärta eller svår smärta under hö arcus
- **Hematologisk påverkan**
  - Trombocytopeni
  - Hemolys (haptoglobin  $<$  0,25g/L eller LD  $>$  10 ukat/L)
- **Neurologisk påverkan**
  - Fotklonus, kramper (eklampsi)
  - Svår huvudvärk, stroke
  - Persisterande synstörning
- **Cirkulationspåverkan**

- Lungödem
- Bröstmärta utan annan förklaring
- **Fosterpåverkan**
  - Intrauterin tillväxthämning med eller utan flödespåverkan

**Pålagring med preeklampsi** = preeklampsi hos patient med kronisk hypertoni.

### Handläggning vid kronisk hypertoni

*Vid behandling med kalciumblockare, AII-hämmare eller ACE-hämmare finns risk för fosterpåverkan. Primärvårdsläkare ska snarast ordna preparatbyte samt planera uppföljning av behandlingseffekt och ev. dosjustering.*

#### BMM

Basprogrammet kompletteras med:

- Urinsticka och BT-kontroll vid varje besök inom basprogrammet
- Vid aktuell blodtrycksmedicinering tas s-krea vid inskrivningen.
- Efter vecka 28/29 BT och u-sticka varannan vecka
- Från vecka 36 BT och u-sticka varje vecka fram till förlossning.

Läkarbesök vecka 12 inom basprogrammet:

- Preeklampsiprofylax med ASA
- Ställningstagande till behov av sjukskrivning
- Ställningstagande till eventuell medicinering (framför allt om detta inte gjorts tidigare). I många fall kan blodtrycksmedicinering sättas ut eller sänkas under första delen av graviditeteten. Planera uppföljning och behandling under graviditeteten och amningsperioden, därefter vanligen återgång till tidigare medicinering.

#### SMVC

- Tillväxt- och flödeskontroll a umbilicalis och arteriea uterinae v 24
- Tillväxtkontroll v 28, v 32 och v 36 (vid avvikelse individuell handläggning)

### Handläggning vid tidigare preeklampsi

**BMM:** Samma handlingsplan som vid kronisk hypertension.

#### SMVC

- Tillväxt- och flödeskontroll a umbilicalis och arteriea uterinae v 24
- Individuellt ställningstagande till TVK

### Handläggning vid graviditetshypertoni

Följ flödesschema för hypertoni och/eller preeklampsi (Bilaga).

## BMM

- BT-kontroll och u-sticka vid varje besök
- Vid diagnostillfället: blodstatus, ALAT, krea
- Initial kontroll av BT och urinsticka varannan, ev. var tredje dag första veckan. Om  $BT \leq 150/100$ , ingen proteinuri och inga symtom, fortsatta kontroller en gång per vecka.

## SMVC

- Tillväxtkontroll inom 2-3 veckor efter diagnos.
- Individuellt vårdplan
- Ställningstagande till BT-behandling & sjukskrivning!

## Bedömning av BT på BMM

Vid  $BT > 140/90$  efter vila, komplettera med u-sticka och följ flödesschema för hypertoni och/eller preeklampsi (Bilaga).

**Kontakta omedelbart obstetriker vid  $sBT \geq 160$  mmHg och/eller  $dBt \geq 110$  mmHg. (BT ska i dessa fall behandlas snabbt!)**

Medicinsk blodtrycksbehandling ges på maternell indikation med mål-BT  $< 150/80-100$ , lägre BT kan försämra placentafunktionen.

- Om BT i dessa fall är  $< 130/80$ , kontrolleras BT hos barnmorska varannan eller var tredje dag, och primärvårdsläkare tar ställning till dosjustering inom en vecka
- Observera att vid samtidig diabetes eller njursjukdom gäller mål-BT  $\leq 130/80$

## Uppföljning efter förlossning

BB och specialistvården ansvarar för BT-behandlingen vanligen i en vecka efter förlossningen. Därefter gäller följande:

- Nyförlösta utan medicinering går på sedvanliga efterkontroll hos barnmorska. Vid normaliserat BT uppmanas kvinnan att kontrollera BT hos distriktssköterska minst vartannat år, eller enligt hälsocentralens rutiner. Om BT inte normaliserats ordnas kontakt med läkare på hälsocentralen.
- Nyförlösta med kronisk hypertoni går på sedvanlig efterkontroll hos barnmorska. Fortsatt uppföljning av hypertoni och ev. medicinering sker hos primärvårdsläkare.
- Nyförlösta med graviditetshypertoni eller preeklampsi ska få individuell vårdplanering med utskrivande gynekolog. Epikrisen (bör finnas både i Partus och VAS) ska innehålla information om var och hur uppföljning sker (t.ex. BT-mätning hemma, bedömning av värdet via BB). Vid behov skickas remiss till hälsocentral.
  - Vid fortsatt BT-medicinering kontrolleras BT minst en gång per vecka, och avslutas när den nyförlösta är medicinfri och BT normalt.

- Om BT < 140/90, minska eller sätt ut läkemedlet enligt ordination från gynekolog.
- Om BT  $\geq$ 160/110, kontakt med primärvårdsläkare för ställningstagande till fortsatt behandling – dos- och/eller preparatbyte?
- Om fortfarande medicinering vid efterkontroll, ska essentiell hypertoni misstänkas. Ev. vidare behandling/utredning av primärvårdsläkare.

## Referens

Vårdprogram Preeklampsi, Norra regionen (VIS).

## ICD

O10, O12, O13.9, O14

---

### GÄLLER FÖR VERKSAMHET

Obstetrisk och gynekologisk vård länsklirik  
förlossning

### GODKÄNT DATUM

2022-04-05

### DOKUMENT-ID, VERSION

VAR-5-10521, 4.0

### ANSVARIG

Robert Råman

### PROCESS

Graviditetskomplikationer; Graviditet och

### PROCESSLEDARE

Robert Råman

### Hypertoni under graviditet – kronisk eller graviditetshypertoni



