

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MATERNO - INFANTIL

D H E G - ESTUDO DE 46 CASOS DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

GILZANI DE SOUZA MORAES GONÇALVES
LAURA LEDA RIBEIRO DE MELO
LEO GÜTLER

JUNHO - 1980

Í N D I C E

	Página
I - RESUMO	03
II - INTRODUÇÃO	04
III - CASUÍSTICA E MÉTODOS	05
IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO	07
V - CONCLUSÃO	21
VI - BIBLIOGRAFIA	22

R E S U M O

O presente trabalho foi realizado no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra, estudando clinicamente 46 casos de DHEG, desencadeados entre 6305 internações, no período de janeiro a dezembro de 1978.

Procuramos observar a incidência de DHEG, que girou em torno de 0,7%; sua distribuição de acordo com a cor da paciente (brancas em maior número), o exame pré-natal (63,04% delas não apresentou referências), época do ano (maior nº de casos no 1º trimestre), paridade (nulíparas maior incidência), idade da paciente (32,6% acima de 30 anos), idade gestacional (maioria delas tem gestação a termo).

Tentamos verificar os sinais e sintomas mais freqüentes; o valor da PA média; e a influência do edema na evolução da DHEG.

Correlacionamos maturidade e mortalidade fetal, uso do relaxante muscular e tipo de DHEG, condições perinatais e tipo de DHEG; relaxante muscular e condições perinatais.

Finalmente tentamos observar a mortalidade materna e fetal por DHEG em nosso meio.

INTRODUÇÃO

Surgindo em geral na segunda metade da gestação, e mais frequentemente, no Terceiro Trimestre, as Toxemias Tardias da gravidez, caracterizam-se pelo aparecimento de hipertensão, edema, e proteinúria (18). Tecido Trofoblástico funcionando é requisito básico para sua origem e manutenção, mas a presença de um feto não é aparentemente essencial. Idade e número de partos (classicamente, é uma doença de jovens nulíparas), duração da gestação (caracteristicamente o Terceiro Trimestre), constituição, fatores mesológicos, associações morbidas e fatores intrínsecos à gestação (inserção placentária, prenhez múltipla, polidrâmnio, corioma, isoimunização feto materna) são fatores predisponentes. A incidência varia de acordo com a localização geográfica (11; 18).

No decurso da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez há alterações morfológicas e funcionais em diversos órgãos. Seu aparecimento, na maioria das vezes pode ser considerado consequência do espasmo arteriolar; entretanto, algumas dessas modificações poderiam até ser tidas como agente casual ou determinante do processo hipertensivo (18). Por sua etiopatogenia desconhecida; sua incidência relativamente grande: 6 - 7% no E.E.U.U.; 10% no Brasil (2; 1); 6 - 2% na França (4) e atuando de maneira direta nos índices de mortalidade materno e fetal (18; 11) a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez é alvo de interesse por parte de todos os profissionais sujeitos a encontrá-la em sua rotina de Trabalho. Diversas hipóteses tem sido aventadas tentando explicar sua etiopatogenia; várias condutas tem sido tentadas, reformuladas, numa incansável batalha iniciada, mantida através dos tempos na expectativa de controle da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez; no entanto, até o presente momento ela continua constituindo o problema obstétrico nº 1, o grande problema entre os poucos verdadeiramente sérios que resta desvendar (21).

Nosso estudo é despretensioso no que diz respeito a acrescentar novos conhecimentos aos pré-existentes. Consiste apenas numa tentativa de sobrepor dados concretos coletados em nosso meio, ao grande volume dos já existentes.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Esse Trabalho consiste no levantamento de 6305 prontuários de pacientes internadas na Maternidade Carmela Dutra - MCD em Florianópolis, no período compreendido entre janeiro e dezembro de 1978. Destes, foram selecionados 46, que apresentaram Doença Hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG e analisadas todas as anotações constantes nas fichas de internação, evolução materno-fetal, tratamento clínico, obstétrico efetuados.

Tentou-se uma comprovação laboratorial e de exame físico para critérios de classificação, mas não estando esses dados corretamente documentados e disponíveis, muitas vezes o diagnóstico definitivo do médico assistente foi utilizado como dado na classificação da DHEG.

Para classificação de edema é utilizado essa referência: +/4 = edema perimaleolar; ++/4 = edema de MMII; +++/4 = edema generalizado (excluindo cavidades serosas); ++++/4 = edema generalizado incluindo cavidades serosas (anasarca). Foi adotada a classificação do colégio americano de obstetras e ginecologistas que refere para DHEG: PA maior ou igual a 14/9 mmHg após a 24ª semana de gestação ou aumento brusco de 30 mmHg na pressão sistólica e 15 mmHg na pressão diastólica. Proteinúria - variável segundo o autor (acima 150 mg/dia associada a outros sinais e sintomas clínicos de DHEG) EDEMA - não se apresenta em 25% das Toxêmicas e divide a DHEG em

- pré-eclâmpsia $\left\{ \begin{array}{l} \text{leve} \\ \text{moderada} \\ \text{grave} \end{array} \right.$

	leve	moderada	grave
PA	14/8,5	18/11	18/11
EDEMA	+	++	+++ / ++++
PROTEINÚRIA	+	+ a +++	maciça

- eclâmpsia: Sinais e Sintomas da DHEG associado a convulsões.

Como miorelaxante, no tratamento da DHEG em algumas ocasiões usou-se coquetel lítico de Laborell. 1 amp. de Dolantina (ou demerol) + 1 amp. de fenergan + 1 amp. de ampicilil.

Na evolução das pacientes, consideramos curadas, aquelas que tiveram alta após o parto. Controladas as que na ocasião da alta mantinham a gestação.

Consideramos pré-termo o RN com idade gestacional inferior a 37 semanas, termo entre 37-42 semanas e pós-termo acima de 42 semanas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela I diz que a incidência de DHEG em nosso estudo girou em torno de 0,72% e que houve predomínio de pré-eclâmpsia grave.

Tabela I - Incidência de DHEG no serviço de ginecologia e obstetrícia da MCD no ano de 1978.

INTERNAÇÕES	P R É - E C L Â M P S I A						ECLÂMPSIA		INCIDÊNCIA	
	leve		moderada		grave					
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
6305	02	0,03	08	0,13	25	0,39	11	0,17	46	0,72

Nossa incidência difere de resultados encontrados por outros autores que pesquisaram o assunto.

Resende e Cols. observaram 10% em trabalho na clínica obstétrica da FNUSP. B. Neme encontrou 11%; Eastman e Hellmam, e Greenhill: 6-7% nos E.E.U.U.; Vara e Cols: 9,5% na Finlândia (18). Na França é referido 6,5% (4).

Dos 46 casos estudados, houve maior incidência nas gestantes de cor branca; talvez, devido à predominância das gestantes desta cor no serviço da Maternidade.

Tabela II - Distribuição de 46 casos de DHEG na MCD quanto à cor.

Cor	Número	%
Branca	39	84,8
Negra	6	13,0
Não catalogada	1	2,2
Total	46	100,00

Taylor em citações feitas, dá como maior incidência as pacientes de cor negra (12).

De Snoo verificou que nas Índias Ocidentais a DHEG é mais frequente entre europeus que entre os nativos (estes usam dieta sem sal)

A eclâmpsia é rara entre as negras que vivem na África, no entanto en tanto sua incidência em negras que vivem nos E.E.U.U. supera a verificada entre as brancas (18).

Daí a ressalva: Terá a cor realmente alguma relação com a incidência da DHEG, ou a diferença que se observa é consequência de ou tros fatores associados à cor ou às circunstâncias que envolvem as negras no momento da pesquisa?

Greenhill (11) diz que há uma maior incidência de doença cardiovascular hipertensiva crônica e renal entre as grávidas negras do que entre as brancas. Atribue à maior incidência de DHEG em negras nos E.E.U.U. e erro diagnóstico (cita a cifra de 30%).

A assistência pré-natal é importante para prevenir o agrava-mento DHEG, principalmente no 3º trimestre, se aceitando a eclâmpsia como entidade possível de prevenção.

Tabela III - Assistência pré-natal em 46 casos de DHEG da MCD.

Assistência Pré-Natal	Número	%
Teve assistência	9	19,6
Não teve assistência	8	17,4
Não catalogada	29	63,0

A Tabela III mostra que apenas 19,56% das pacientes tiveram pré-natal; percentagem quase alcançada pelas que não tiveram. A maioria delas não trz referências a esse dado; acreditamos, porém que dentre essas, muitas não tiveram um pré-natal adequado. Porque infelizmente o exame pré-natal ainda não se constitui num hábito em nosso meio.

Uma vez salientada a importância do pré-natal, e consideran-do a incidência relativamente grande e o elevado obituário materno e fetal na DHEG (11; 18), reforça-se a necessidade definitiva da apli-cação rotineira de métodos previstos desta patologia, como o Rollom-Tw (29,28) de aplicação fácil e acessível.

A DHEG ocorreu com maior frequência no primeira trimestre do ano, coincidindo com os meses de temperatura mais elevada em nossa região. O mês de janeiro teve o máximo de casos: 9 ficando o limite inferior com o mês de novembro: 0.

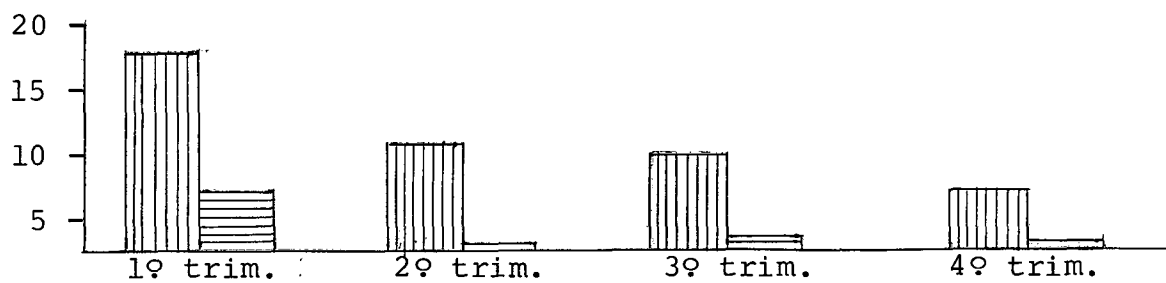
No que se refere à eclâmpsia, a maior incidência foi verifi-cada também no mês de janeiro.

Grelle- Rezende, e Lima encontraram maior incidência no 2º e 3º trimestre do ano.

Tabela IV - Distribuição da DHEG quanto aos quatro trimestres anuais, em 46 casos da MCD.

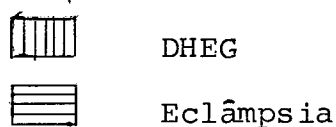
Trimestre	Pré-eclâmpsia		Eclâmpsia		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Primeiro	9	19,56	7	15,21	18	39,13
Segundo	10	21,74	1	2,17	11	23,92
Terceiro	8	17,55	2	4,38	10	21,93
Quarto	6	13,05	1	2,17	7	15,22

Gráfico I



Trimestres anuais

Distribuição da DHEG quanto aos trimestres anuais, em 46 casos:



Segundo Randall, a temperatura média e o calor úmido favorecem o desencadeamento de crises convulsivas (18). Tanajura (27) verificou a maior incidência de eclâmpsia entre abril e setembro no Rio de Janeiro. Segundo nossos estudos o mesmo não ocorre na cidade de Florianópolis.

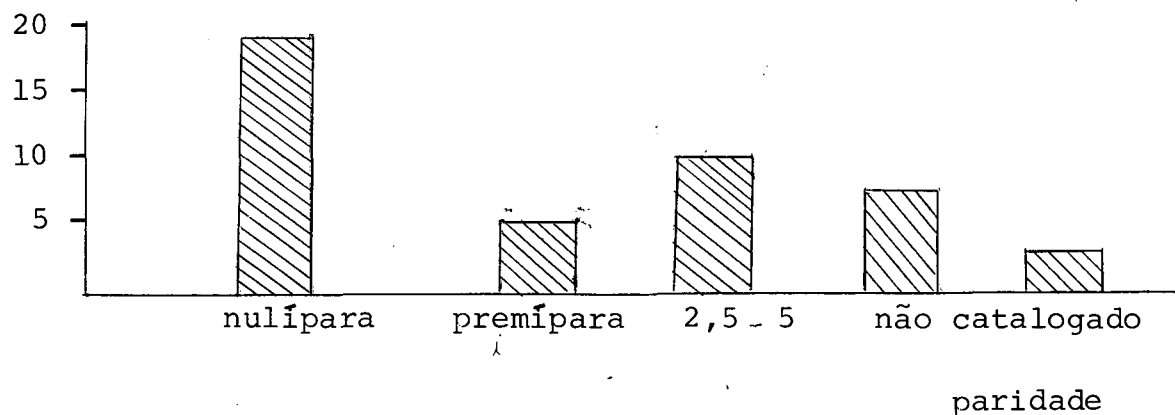
Canillas (5) refere uma maior susceptibilidade das nulíparas para DHEG.

Tabela V - Distribuição de 46 casos de DHEG da MCD quanto a paridade.

Paridade	número	%
Nulípara	19	41,30
Primípara	5	10,87
Multípara (2-5)	10	21,94
Grande Multípara (> 5)	7	15,22
Não catalogado	5	10,87
T o t a l	46	100,00

A DHEG é mais freqüente entre as primigestas (19)

A Tabela V mostra o franco predomínio das nulíparas (41,30%), concordando com a maioria dos autores.



Distribuição quanto a paridade em 46 casos de DHEG na MCD.

Através da Tabela VI, verificamos a incidência de DHEG em idades mais elevadas, sofrendo a ordem de incidência diminuindo à medida que diminui a idade da paciente. A faixa etária mais jovem tem menor incidência (13,04%).

Tabela VI - Distribuição de casos de DHEG da MCD quanto a idade.

Idade	Número	%
15 - 18 anos	6	13,04
19 - 22 anos	7	15,22
23 - 26 anos	8	19,40
27 - 30 anos	11	23,90
maior 30 anos	15	32,60
Total	46	100,00

Rossi (24) Canillas (5) encontraram maior incidência em faixas etárias mais inferiores.

Pela Tabela VII verificamos a maior incidência do DHEG em idade gestacional mais avançada, observa-se o predomínio entre 38 - 42 semanas (próxima ao parto). Essa observação equipara-se à de B.Neme (18).

Tabela VII - Distribuição de 46 casos de DHEG. da MCD pela idade gestacional em semanas.

Idade gestacional (em semanas)	Total		pré-eclâmpsia leve		pré-eclâmpsia moderada		pré-eclâmpsia grave		eclâmpsia	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
maior 21	1	2,2							1	2,2
21 - 27	2	4,4					1	2,2	1	2,2
28 - 32	4	8,7			1	2,2	3	6,5		
33 - 37	6	13,0	1	2,2	1	2,2	2	4,3	2	4,3
38 - 42	26	56,5			6	13,0	14	30,5	6	13,0
maior 42	3	6,5	1	2,2			2	4,1	1	2,2
não observado	4	8,7					4	8,7		
Total	46	100,00		5,3	8	17,4	26	56,5	11	9

O sinal mais frequente foi edema (67,39%), predominando sobre os demais.

Tabela VIII - Sinais e sintomas de toxicidade observados em 46 casos

Sinais e Sintomas	Número	%
Edema	31	67,4
Proteinúria	16	34,8
Cefaléia	6	13,0
Epigastralgia	1	2,2
Escotomas	2	4,3
Déficit Visual	1	2,2
Vômitos	1	2,2
Náuseas	1	2,2
Tonturas	1	2,2
Oligúria	1	2,2
Hipertonia uterina	1	2,2
Diarréia	1	2,2

A hipertensão é o sinal mais importante da DHEG. A Tabela IX mostra que os índices pressóricos, tanto sistólicos como diastólicos estão muito elevados em comparação com os índices esperados para a faixa etária correspondente.

Tabela IX - Médias das PA sistólicas e diastólicas de acordo com as idades, no momento da admissão de 46 casos de DHEG da MCD.

Idade das pacientes	número de pacientes	P.sistólica		P.diastólica	
		limites	média	limites	média
15-18 anos	5	13 - 22	17,6	9 - 16	12,8
19-22 anos	7	15 - 25	19,0	10 - 17	13,14
23-26 anos	8	14 - 23	18,37	8 - 15	12,0
27-30 anos	10	14 - 29	19,8	11 - 17	12,8
30 anos	10	14 - 24	19,58	10 - 14	12,25

Nos 46 casos de DHEG a PA média foi de 19/12. Rossi (24) em estudo realizado sobre pacientes eclâmplicas na FMNSL encontrou 17/11.

A maior cifra tensional foi 29/17. Ocorreu numa paciente com eclâmpsia que teve êxito letal.

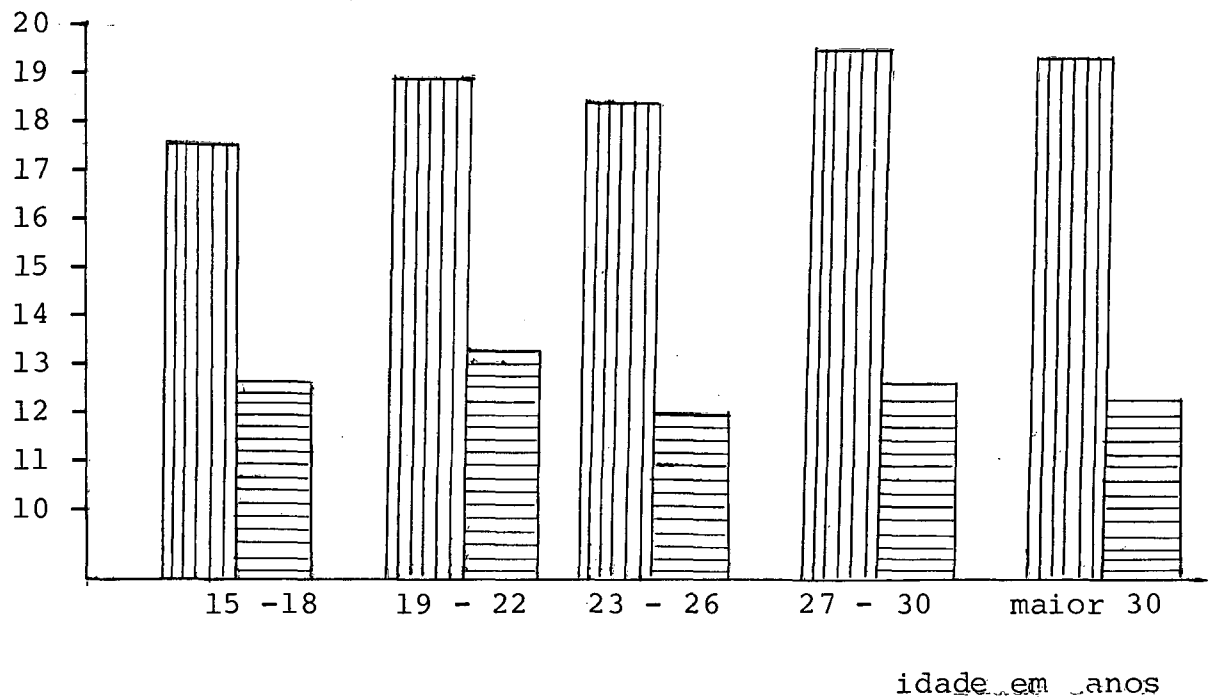




Fig. 2 - Pressões arteriais médias sistólicas e diastólicas nas faixas etárias correspondentes, na admissão de 46 casos de DHEG.

Sistólica 
 Diastólica 

Cunha (7) refere que as pacientes sem edema têm pior prognóstico. Procuramos observar esse fato em nosso estudo através da correlação edema x evolução DHEG. Sem, no entanto, um resultado totalmente satisfatório porque não dispusemos de pacientes com ausência de edema. A maioria (32,60%) dos prontuários não traziam referências a edema.

Tabela X - Influência do edema na evolução da DHEG, em 46 casos da MCD.

edema	número	%	curada	E V O L U Ç Ã O				
				%	controlada	%	óbito	%
ausente	0	-	-	-	-	-	0	-
+	1	2,9	1	100,0	-	-	-	-
++	10	21,7	7	70,0	3	30,0	-	-
+++	14	30,4	10	71,4	3	21,4	1	7,4
++++	6	13,1	3	50,0	2	33,3	1	16,7
não obs.	15	32,6	10	66,7	4	26,7	1	6,7
total	46	100,0	31	71,6	12	22,3	3	6,1

A Tabela X mostra que todas as toxêmicas com edema leve (+e++) tiveram uma boa evolução. O óbito ocorreu apenas entre as toxêmicas com edema de +++ e ++++.

O processo da DHEG pode ser interrompido na maioria das circunstâncias por efetivação do parto. No entanto o término da gravidez prematura pode resultar em óbito fetal; dependendo se o grau de desenvolvimento atingido pelo feto pode ou não lhe permitir a sobrevivência (11).

A necessidade de prolongar a gravidez para dar ao feto oportunidade de maturar, choca-se com as possibilidades dos riscos impostos à mãe devido a doença progressiva e que também ameaçam o feto.

Existe controvérsias na opinião dos autores, no que concerne à época que deve ser feita a interrupção da gravidez. B.Neme, Eastman e Hellman, Taylor (18), e Pigeaud (20) aconselham interromper só após 32 semanas. No entanto, Perkins e Montenegro (15) consideram viável o feto de 26 semanas.

Tabela XI - Mortalidade fetal segundo a maturidade em 47 fetos de pacientes com DHEG.

maturidade fetal	Total de casos		não		natimortos		morte 1º mês		n.catalog.	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
pré-termo	13	27,7	8	21,6	4	66,7	1	100,0		
termo	25	53,2	25	67,6						
pós-termo	4	8,5	4	10,8						
não observ.	5	10,6	-	-	2*	33,3			3	100,0
Total	47	100,0	37	100,0	6	100,0	1	100,00	3	100,0

* gemelar

53,19% dos filhos das pacientes com DHEG eram de Termo; nasceram vivos em sua totalidade. De todos os RN, 8,5% eram prematuros que já nasceram mortos.

A Tabela XI mostra que 66,7% dos natimortos eram prematuros; 100% das mortes pós natais ocorreu entre prematuros.

Tabela XII a - Índice de apgar no primeiro minuto para 47 filhos de pacientes com DHEG da MCD.

Índice apgar	número	%
0	8	17,0
1-4	7	14,9
5-7	2	19,2
8-10	20	42,5
Não observado	3	6,4
Total	47	100,0

17% dos conceptos foram natimortos e 2,13% tiveram óbitos no período neonatal.

Tabela XII b - Condições peri-natais (apgar) segundo o tipo de DHEG

Tipos de DHEG Condições perinatais	total		pré-eclâmpsia leve		pré-eclâmpsia moder.		pré-eclâmpsia grave		eclâmpsia	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Natimorto	8	17,0					6	12,8	2	4,3
Mortal. 1º mês	1	2,1					1	2,1		
1 - 6	9	19,2	1	2,1	1	2,1	2	4,3	5	10,7
7	25	53,2			6	12,8	15	31,9	4	8,5
Não catalogado	4	8,5	1	2,1	1	2,1	2	4,3		
Total	47		2	4,2	8	16,0	26	53,4	11	

24% dos casos de apgar ≤ 7 provinham de pré-eclâmpsia moderada; 60% de pré-eclâmpsia grave enquanto 16% eram resultantes de eclâmpsia.

Tabela XIII - Condições perinatais segundo o tipo de relaxante muscular.

Relaxante muscular Condições perinatais	Total		Diazepínico		Coquetel lítico de Laborell + Diazepínico		Nenhum	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Natimorto	7	14,9	1	2,1	5	10,7	1	2,1
Óbito no 1º mês	1	2,1	1	2,1				
1 - 6	10	21,3	5	10,6	3	6,4	2	4,3
≥ 7	25	53,2	14	22,8	5	10,6	6	12,8
Não observado	4	8,5	3	6,4			1	2,1
Total	47	100,0	24	51,0	18	27,7	10	21,3

Em 29,8% dos casos a mãe fez uso de diazepínico, o feto nasceu com apgar ≥ 7. Em 10,6% dos casos a mãe fez uso de coquetel lítico associado ao diazepínico e os fatos tiveram apgar ≥ 7.

2,1% não utilizaram drogas e nasceram mortos (tab.XIII)..

Tabela XIV a - Distribuição do miorelaxante conforme o tipo de DHEG

Miorrelaxante Tipo DHEG	Total		Diazepínico		Coquetel lítico + Diazepínico		Nenhuma	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Pré-eclâmpsia leve	2	4,3					2	4,3
pré-eclâmpsia moderada	8	17,4			7	15,2	1	2,2
pré-eclâmpsia grave	25	54,4	14	30,4	5	10,9	6	13,1
eclâmpsia	11	23,9	3	6,5	7	15,2	1	2,2
Total	46	100,0	17	36,9	19	41,2	10	19,6

A Tabela XIV a diz que 30,4% (o maior nº delas) das pacientes tiveram pré-eclâmpsia grave e fizeram uso apenas de diazepínico.

A Tabela XIV b mostra que 82,5% do uso de diazepínico sozinho foi feito sobre a pré-eclâmpsia grave.

Coquetel lítico associado ao diazepínico foi em 36,8% usado tanto sobre pacientes eclâmpicas quanto com pré-eclâmpsia moderada.

Tabela XIX b - Distribuição do miorreaxante conforme o tipo de DHEG

Miorreaxante Tipo DHEG	Total		Diazepínico		Coquetel lítico + diazepínico		Nenhuma	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
pré-eclâmpsia leve	2	4,3					2	20,0
pré-eclâmpsia mod.	8	17,4			7	36,8	1	10,0
pré-eclâmpsia grave	25	54,4	14	82,5	5	26,4	6	60,0
eclâmpsia	11	23,4	3	17,5	7	36,8	1	10,0
		23,9						
Total	46	100,0	17	100,0	19	100,0	10	100,0

Tabela XV - Mortalidade materna em 46 casos de DHEG na MCD

Condições de alta	Número	%
Curada	32	69,6
Controlada	11	23,9
Óbito	3	6,5
Total	46	100,0

93,5% das pacientes tiveram boa evolução segundo a Tabela X.

Tabela XVI - Tempo de internação de 46 casos de DHEG na MCD

Tempo de Internação	Número	%
1 dia	2	4,3
2-5 dias	12	26,1
6-10 dias	24	52,2
11-15 dias	5	10,9
16-20 dias	2	4,3
mais de 20 dias	1	2,2
Total	46	100,0

Pela Tabela XVI observa-se o predomínio da internação durante 6-10 dias.

Tabela XVII - Mortalidade materna e fetal segundo o tipo de DHEG

Tipo DHEG	casos		Óbitos materno		Óbito fetal	
	nº	%	nº	%	nº	%
pré-eclâmpsia leve	2	4,3				
pré-eclâmpsia mod.	8	17,4				
pré-eclâmpsia grave	25	54,4			6	75
eclâmpsia	11	23,9	3	10,0	2	25
Total	46	100,0	3	10,0	8	10

A DHEG em nenhum caso deve ser descuidado, uma vez que pode evoluir com êxito letal. Pela Tabela 13 podemos observar que a mortalidade materna na DHEG é consequência da eclâmpsia; enquanto a mortalidade fetal ocorre mais frequentemente na pré-eclâmpsia grave.

Tabela XVIII - Incidência de mortalidade materna por DHEG

nº de internações	Óbito materno por DHEG	incidência (%)
6305	3	0,05

A Tabela XVIII diz que a morte materna por DHEG tem incidência de 0,05%.

A Tabela XV refere mortalidade materna de 6,5% entre as pacientes com DHEG.

Enquanto a Tabela XV coloca a DHEG como causa predominante de morte materna: 75% dos óbitos maternos ocorridos na maternidade. Esses valores compatibilizam com os índices de outros autores. Rossi (25) refere 7,8%

Tabela XIX - DHEG como causa de morte materna em 6305 internação da MCD

nº internações	Mortalidade ma terna		Óbito por DHEG		Óbito por Outra causa	
	nº	%	nº	%	nº	%
6305	4	100	3	75	1	25

Tabela XX - Incidência de mortalidade fetal por DHEG na MCD

nº total de fetos	óbito fetal	incidência (%)
4469	9	0,2

A Tabela XX mostra que a incidência da mortalidade fetal por DHEG é de 0,2%.

A análise da mortalidade fetal mostrou que 5,1% dos óbitos ocorridos na maternidade foram de filhos de pacientes com DHEG.

17,1% dos conceptos foram natimortos e 2,1% tiveram óbitos no período neonatal.

B. Neme (12) localiza a mortalidade fetal entre 5 - 40% Greenhill (11) refere 7%.

Tabela XXI - DHEG como causa de mortalidade fetal na MCD

nº total de fetos	total de óbitos fetais		óbitos em fetos de pacientesc/DHEG		óbitos em fetos pacientes s/DHEG	
	nº	%	nº	%	nº	%
4469	175	100	9	5,1	166	94,9

C O N C L U S Ã O

Analisados os dados expostos, conclue-se o seguinte:

De 6305 pacientes internadas na Maternidade Carmela Dutra, 46 pacientes apresentaram DHEG, o que corresponde a 0,7%.

84,8% das pacientes eram brancas.

O controle pré-natal foi realizado por apenas 19,56% das pacientes, sendo que 63% delas não apresentou referências a eles.

Nos meses de maior elevação de temperatura, 1º trimestre do ano, a incidência de pacientes com DHEG foi mais elevada.

Houve maior predomínio das nulíparas, no que tange à DHEG.

DHEG ocorreu com maior frequência em idades mais elevadas (acima de 30 anos) em 32,6% das pacientes.

Em apenas 2,2% dos casos a DHEG ocorreu em idade inferior a 21 semanas; 56,5% dos casos ocorreu entre 38^a e 42^a semana de gestação.

Os sinais e sintomas mais encontrados ficaram na dependência de: edema (67,4%); proteinúria (34,8%); cefaléia (13,1%).

A maior cifra tensional foi 29/17 mmHg. a PA média ficou em torno de 19/12 mmHg.

Em 30,4% dos casos encontramos +++ de edema. Desses 92,8% tiveram boa evolução.

Quanto a alta hospitalar, 93,5% das pacientes tiveram altas/condições satisfatórias.

53,1% dos RN, tiveram índice de apgar entre 8 e 10. Sendo 31,9% produto de pré-eclâmpsia grave com apgar entre 8 e 10.

A natimortalidade superou o obituário perinatal.

A mortalidade ocorreu em 6,5% dos 46 casos catalogados; e representou 75% das mortes ocorridas na maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANATH, L. et al.. Atypical cholinesterase in a psychotic patient with eclampsia. *Am.J.Obstet. Gynecol*, 1: 105-6, jan. 1979
2. ARDAY SOLÁ, A. et al.. Eclamptic Toxemia during The 1958 - 1968 Period in The Hospital Central of Valência *Rev. Obstet. Gynecol. Venez.*, 30: 473-959, 1970
3. BELFORT, P.; MENDES, L.; OLIVEIRA, E.. Gestaçãõ de Alto Risco. *J.Bras.Gin.* 83(1): 39-46, 1977
4. BERLAND, M.; MILLET, CH.; PEAUD, A.. Traitement des formes graves de la Toxemie Gravidique. *Rev.franc.Gynéc.*, 73(4): 291-5, 1978
5. CANILLAS, V. Cesarean section and eclâmpsia. *Ginecol. Obstet. Mex.* 36(216): 175-84, 1979
6. CERVO, A. L. & BERVIAN, P.A.. Metodologia Científica. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1978
7. CUNHA, F.M.. Toxemia da gestaçãõ: Novos conceitos Etiopatogênicos, Preventivos e Terapêuticos. *J.Bras. Gin.* 81(6): 253-6, 1976
8. CUNHA, F.M.. Doença Hipertensiva da Gravidez. *Femina.* 7 (7): 536-42, jul. 1979
9. GIBBS, C.E. & LOCKE, W.E.. Maternal deaths in Texas, 1969 to 1973. *Am. J.Obs. tet.Gynecol*, 16: 687-91, Nov. 1976
10. GOODLIN, R.C.; COTTON, D.B.; HAESSLEIN, H.C.. Severe edema pro teinúria - hypertension gestosis. *Am. J.Obstet. Gynecol*, 15: 595-98, Nov. 1978
11. GREENHILL, J.P.. Estados Hipertensivos na Gravidez. In: . Obstetrícia. Rio de Janeiro, Edit. Interamericana Ltda, 1976. 12.^a ed, 1.^a ed. em Portugues. cap. 36, p.393-416.
12. LIMA FILHO, A.V.. et al. Hipertensãõ e Gravidez. *Jornal Bras. Ginecol.* 85(4): 177-89, abr. 1978
13. MAGNIN, P.. Les critères de gravité, le Materiel retem, gēnēra litēs. *Rev. franc. gynéc. obstet.*, 73(4): 231-32, 1978
14. MALINAS, Y.. The vasculo-renal syndromes of Pregnancy. *Rev.Franc. Gynecol. obstét.*, 72(6): 415-488, 1977

15. MONTENEGRO, C.A.B.. Tratamento da Toxemia hipertensiva. *Femina*, 6(6):476-8, Jun. 1978
16. MONTENEGRO, C.A.B.. Hipertensão e Gravidez. *J.Bras. Ginec.* 87(2): 89-94, 1979
17. NAEYE, R.L. & FRIEDMAN, E.A.. Causes of perinatal death associated with gestational hypertension and proteinúria. *Am. J.Obstet. Gynecol.*, 133 (1): 8-10, 1979
18. NEME, B.. Toxemias Tardias da Prenhez. Pré-eclampsia. Eclampsia. In: Rezende, J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. 3ª ed, cap. 22, p. 471-503, il.
19. NEME, B.. & MATHIAS, L.. Eclampsia: Prognóstico Materno Imediato; Experiência de 20 anos. *Maternidade e Infância*, 29(2): 135-68, 1970
20. PIGEAUD, H.. Prophylaxie et Traitement de L'eclampsie puerpera - le. *Rev. Ginec. obst*, 1957, 100:179.
21. REZENDE, J.. A Patologia da Gravidez. Disgravídias, Toxemias, Gestoses, Tocopatias. Generalidades. In: _____. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. 3ª ed, cap. 20, p. 461-4, il.
22. REZENDE, J.. & MONTENEGRO, C.A.B.. Prevenção da Toxemia. *J.Bras. Ginecol*, 82(1): 327-38, 1976
23. REY, L.. Como redigir trabalhos científicos. São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1972
24. ROSSI, E.A.. et al. Eclampsia - Estudo de 51 casos da Maternidade N.S. de Lourdes. *J.Bras. Ginecol.*, 81(4): 159-170, 1976
25. RUIZ, J.A.. Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos. São Paulo, Atlas, 1978
26. SEVERINO, A.J.. Metodologia do Trabalho Científico: diretrizes para o trabalho didático-científico na Universidade. 4ª ed. São Paulo, Cortez e Moraes, 1979
27. TANAJURA, E.R.L.. Considerações à margem da possível influência climática nas gestoses. *Rev. ginec. obstet.* 1958, 102:25.
28. TOMPSON, D.S.. & MUELLER - HEUBACH, E.. Use of supine pressor test to prevent gestacional hypertension in primigravid women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 135(6): 661-4, 1978
29. VIGGIANO, M.G.C.. et al. Roll-over Test.e Pressão Arterial Média. *J. Bras. Ginec.*, 87(5): 249-64, 1979

30. VITSE, M.. et al. Les eclampsies à la clinique gynecologique et obstétricale du CHRU d'Amiens de 1965 à 1978. Rev. franc. Gynecol., 74(3): 169-172, 1979

TCC
UFSC
TO
0147

N.Cham. TCC UFSC TO 0147
Autor: Gonçalves, Gilzani
Título: D H E G - Estudo de 46 casos da



972804548

Ac. 254282

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM