

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
DISCIPLINA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ - ESTUDO RETROSPECTIVO
DE 36 CASOS INTERNADOS NO HOSPITAL SÃO JOSÉ

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
DISCIPLINA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
DÉCIO BASSO - 7610221-1 +
FERNANDO YASUYUKI MIYAMOTO - 7815416-2 +

115
/

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPÉCÍFICA DA GRAVIDEZ - ESTUDO RETROSPECTIVO
DE 36 CASOS INTERNADOS NO HOSPITAL SÃO JOSÉ

+ Doutorandos de Medicina, estagiários do Hospital São José -
Criciúma - SC.

Agradecimento:

Dr. Olavo Sartori

Dr. Júlio Manfredini

Dr. Humberto Amante

Dr. Márcio Zaccaron

Dr. Júlio Márcio Rocha

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ - ESTUDO RETROSPECTIVO
DE 36 CASOS INTERNADOS NO HOSPITAL SÃO JOSÉ

RESUMO

No período de 18 meses, de junho de 1.981 a dezembro de 1.982, foram avaliados 36 casos de gestantes portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, com a finalidade de se efetuar um estudo retrospectivo quanto a incidência, conduta terapêutica e obstétrica, evolução, morbidade e mortalidade materno-fetal. A idade das pacientes variou de 15 a 43 anos, sendo que em 52 por cento das pacientes a faixa etária encontrava-se entre 15 e 25 anos de idade. Metade das gestantes eram primigestas. No momento do diagnóstico, em 69,5 por cento dos casos a idade gestacional encontrava-se entre 28 e 37 semanas. A gravidade do processo toxêmico foi avaliada através da pressão arterial do edema e da proteinúria. Foi observado uma evolução favorável na maioria dos casos quando submetido ao esquema terapêutico baseado principalmente na Alfa-Metil-Dopa como agente anti-hipertensivo. A resolução do parto se efetuou principalmente através da via vaginal. Não houve óbito materno apesar da incidência de graves complicações como Insuficiência Renal Aguda, DPP, etc. Dos casos estudados, em 12 o peso do recém-nascido a termo era inferior a 2.500 g. A morte fetal esteve presente em 4 casos.

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez juntamente com as hemorragias e as infecções, constituem as mais frequentes e graves complicações da gestação humana.

O quadro caracterizado por hipertensão, edema e proteinúria instala-se em geral na segunda metade da gestação, particularmente no último trimestre. O principal elemento da tríade sintomática para a identificação do processo toxêmico é a elevação da pressão arterial acima de 140 X 90 mmHg, ou o aumento de 30 mmHg para a pressão sistólica e de 15 mmHg para a pressão diastólica em relação aos níveis pressóricos antes da gestação.

A alteração fisiopatológica é caracterizado por um espasmo arteriolar periférico e dos vasos de capacitância, atingindo os diversos setores do organismo variando de grau e extensão conforme a intensidade e o tempo de atuação do processo hipertensivo. Resultando na contração do volume plasmático circulante.

O evento inicial que desencadeia o vaso espasmo arteriolar é ainda desconhecido.

A hipertensão arterial durante a gestação mesmo quando em cifras moderadas, pode predispor a várias complicações tais como: sangramento de aneurismas cerebrais, dissecação de aorta, partos prematuros, morte fetal, recém-nascido de baixo peso, aumento da mortalidade perinatal. Nas pacientes sabidamente hipertensa antes da gravidez, o risco de desenvolver a toxemia gravídica está aumentado de 4 a 5 vezes, e a mortalidade perinatal superior a 50 por cento. Portanto, a gestante hipertensa deve ser considerada de alto risco, devendo ser seguida durante a gravidez, parto e puerpério. Carece também de especial atenção o recém-nascido em face das múltiplas agressões ao qual são expostos.

Para o acompanhamento dessas gestantes, sabidamente toxêmicas, salienta-se além da avaliação clínica constante, a dosagem do estriol urinário para avaliação da função placentária e condições fetais, dos níveis de uréia e ácido úrico, dosagens seriada de proteinúria e fundoscopia ocular.

Através do controle pré-natal, observando-se aos itens acima citados, sob condições favoráveis, o parto deverá ser induzido entre a 37 e a 38 semana. Quando o controle da hipertensão arterial for difícil, mantendo-se em níveis críticos, ou quando se estiver presente diante de uma das complicações da toxemia, a gestação poderá ser interrompida entre a 30ª e 34ª semana.

Na conduta obstétrica tem preferência a via vaginal, estando reservado o parto cesário para os casos com complicações severas.

O esquema terapêutico anti-hipertensivo é bastante controverso, havendo consenso no emprego de algumas normas gerais como a restrição salina, repouso, dieta adequada, sedação. O emprego de diuréticos (furosemida) deveria ser reservado para os casos complicados com urgências cardiológicas, como a ICC e o edema agudo de pulmão. Quanto ao emprego do anti-hipertensivo, eles visam manter a pressão arterial ao redor de 160 X 100 mmHg, que de certo modo previne das complicações mais graves da toxemia. A hipertensão quando presente nos primeiros trimestres da gestação, deveria ser evitado o uso de anti-hipertensivos. Mas quando o uso deste for inevitável, dá-se a preferência a Alfa-Metil-Dopa (250 mg de 1 a 3 vezes ao dia), ou em segunda escolha a reserpina (dose - 0,25 mg duas vezes ao dia). Quando esta terapêutica falha, emprega-se o Beta-Bloqueador com a dosagem inicial de 10 mg ao dia.

As drogas anti-hipertensivas devem ser suspensas 2 a 3 dias antes da indução do parto ou da cesariana.

Quando do uso precoce na gestação da Alfa-Metil-Dopa, iniciando-se ao redor da 16ª a 20ª semana, os recém-nascidos possuem estatisticamente o perímetro cefálico inferior a média em geral. No entanto, o acompanhamento dessas crianças até a idade de 6 anos tem mostrado diferenças pouco significativas no desenvolvimento intelectual. Constitui a Alfa-Metil-Dopa a droga de escolha quando se necessita de um agente hipotensor para uso prolongado.

Nas urgências hipertensivas (na vigência de edema agudo de pulmão, AVC, hemorragia retiniana) o emprego da hidralazina tem sido preferida, principalmente quando os níveis tensionais diastólicos excedem a 110 mmHg. Mais recentemente, tem sido utilizado com certo entusiasmo o diazóxido.

Diante da Eclosão do quadro convulsivo, volta ao arsenal terapêutico como droga de primeira escolha o sulfato de magnésio.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho foi o estudo das pacientes portadoras da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, procurando focalizar a incidência, conduta terapêutica e obstétrica, evolução, morbidade e mortalidade materno-fetal.

MATERIAL E MÉTODO

O material de estudo constou dos prontuários de 36 pacientes com diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, internados no Hospital São José - Criciúma - SC., no período de Junho de 1.981 a Dezembro de 1.982.

Consideramos a hipertensão leve quando a pressão sistólica era inferior a 160 mmHg, moderado quando a pressão sistólica encontrava-se entre 160 a 180 mmHg, e grave quando acima de 180 mmHg. Em relação ao edema, foi considerado leve quando localizado apenas na face pré-tibial, moderado quando o edema era generalizado, e grave quando em anasarca. Em relação à proteinúria de 24 horas, foi considerado em cruzes, sendo que:

Ausente - Quando se encontrou valores normais para proteinúria nas gestantes, de até 500 mg nas 24 horas.

+ - proteinúria de até 1000 mg nas 24 horas.

++ - proteinúria de 1.000 a 2.000 mg nas 24 horas.

+++ - proteinúria de 2.000 a 4.000 mg nas 24 horas.

++++ - proteinúria acima de 4.000 mg nas 24 horas.

O esquema terapêutico foi considerado rotineiro ao serviço quando constava o seguinte esquema:

1 - Dieta Hipossódica com 2 gramas de sal.

2 - Repouso no leito

3 - Benzodiazepínico VO

4 - Alfa-Metil-Dopa na dose variável conforme a resposta. Dose média de 2 gramas ao dia.

Foi considerado um quadro de boa evolução quando, após o emprego do esquema terapêutico acima mencionado, os níveis pressóricos mantiveram-se abaixo de 140 X 90 mmHg.

Por má evolução entende-se que não houve melhora significativa dos níveis pressóricos e/ou piora do quadro geral da paciente devendo-se lançar mão de outros recursos terapêuticos anti-hipertensivos.

RESULTADOS

Os resultados do estudo são mostrados abaixo, nas tabelas de I a X.

TABELA I - Distribuição das pacientes conforme o grupo etário

Idade das Pacientes (anos)	Número de casos	Percentual - %
15 - 20	10	27,7
21 - 25	09	25,0
26 - 30	04	11,1
31 - 35	04	11,1
36 - 40	05	13,8
Acima de 40	04	11,1
Total	36	100,0

TABELA II - Distribuição das Paciente conforme a Paridade

Gestação	Número de Casos	Percentual - %
Primigesta	18	50,0
Secundigesta	09	25,0
Tercigesta	05	14,0
Multigesta	04	11,0
Total	36	100,0

TABELA III - Distribuição das pacientes conforme a idade gestacional

Idade Gestacional (semanas)	Número de Casos	Percentual - %
28 - 37	25	69,5
Acima de 37	11	30,5
Total	36	100,0

TABELA IV - Distribuição das pacientes conforme o grau de hipertensão

Grau	Número de Casos	Percentual - %
Ausente	-	-
? Leve - Abaixo de 160	02	5,5
Moderado (160 - 180)	23	64,0
Grave (Acima 180)	11	30,5
Total	36	100,0

TABELA V - Distribuição dos pacientes conforme o grau de edema

Edema	Número de Casos	Percentual - %
Ausente	02	5,5
Leve	21	58,5
Moderado	11	30,5
Grave	02	5,5
Total	36	100,0

TABELA VI - Distribuição das pacientes conforme o grau de proteinúria

Proteinúria	Número de Casos	Percentual - %
Ausente	09	25,0
+	11	30,5
++	04	11,0
+++	05	14,0
++++	07	19,5
Total	36	100,0

TABELA VII - Distribuição das pacientes conforme o esquema terapêutico

Esquema Terapêutico	Número de Casos	Percentual - %
Rotineiro com boa evolução	31	86,1
Rotineiro com má evolução	05	13,9
Total	36	100,0

TABELA VIII - Distribuição das pacientes conforme a resolução do parto

Resolução do Parto	Número de Casos	Percentual - %
Via Vaginal	26	72,0
Cesário	10	28,0
Total	36	100,0

TABELA IX - Registro das complicações maternas verificadas durante a evolução da gravidez

Complicação	Nº
Nenhuma	25
Infecção Puerperal	03
Descolamento Prematuro Placenta	02
Descolamento de Retina	02
ICC	01
Hemorragia Meningea	01
Insuf. Renal Aguda	01

TABELA X - Registro das complicações fetais

Complicação	Nº
Nenhuma	14
RN. de Baixo Peso	12
Prematuridade	06
Sufrimento Fetal Crônico	05
Insuficiência Respiratória perinatal	04
Morte Fetal	04

DISCUSSÃO

No material analisado a idade das pacientes apresentou ampla variação, sendo que a maior incidência ocorreu na faixa etária de 15 a 25 anos, correspondendo o percentual de 53,7% (Ver Tabela I. A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez é mais frequente dos 14 a 30 anos. É muito mais comum na mulher jovem, incidindo esta enfermidade 3 a 4 vezes mais nas gestante

com menos de 19 anos.

Com relação a peridade, encontrou-se uma elevada incidência nas primigestas (em 50,0 %) - Ver Tabela II. Conforme a literatura, o binômio " baixa idade e primigesta " constituem importantes de riscos, predispondo estas gestantes à enfermidade.

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez incide em geral na segunda metade da gestação, particularmente no último trimestre. No nosso estudo todos os 36 casos incidiram a partir da 28ª semana, sendo que em 30,5 % (Tabela III) foi a partir da 37ª semana. Isso tem importância para avaliação prognóstica, principalmente para o lado fetal, pois diante de uma evolução desfavorável, o parto ou a cesariana poderiam ser indicados a partir dessa idade gestacional. Porém, como já foi realçado, a gestação poderá ser interrompida entre a 30 e 34ª semana.

Para avaliarmos a severidade do quadro, utilizamos como parâmetro a tríade sintomática (hipertensão arterial, edema e proteinúria), e particularizamos cada item como pode observado nas Tabelas IV, V e VI. Com relação a hipertensão arterial, em 23 pacientes (64 %), foi considerado moderado, ou seja, com a pressão sistólica entre 160 e 180 mmHg. Em 5,5 % dos pacientes a hipertensão arterial foi leve (PS inferior a 160 mmHg.). Considerando-se que o material de estudo constou dos prontuários das pacientes internadas e não das fichas de atendimento ambulatorial, torna-se compreensivo a baixa incidência das hipertensões leves, pois estas receberam preferentemente um tratamento ambulatorial. Possivelmente o mesmo raciocínio se aplica ao parâmetro edema, onde em 5,5 % dos casos estava ausente.

O edema pré-tibial, considerado leve, estava presente em 58,5 por cento dos casos(Tabela V). Deve-se ressaltar porém que o edema desta localização, nas gestantes, podem ter outras implicações fisiopatológicas diversas da toxemia gravídica; devendo, quando presente, ser interpretado com parcimônia e associados a outros parâmetros. O edema pode melhor ser avaliado pelo controle do peso no acompanhamento pré-natal. Um aumento de 1 Kg por semana ou 3 Kg por mês pode ser considerados como toxemia em evolução (Eastman e Hellman).

A proteinúria esteve ausente em 25% dos casos e em 30,5 % dos casos a proteinúria foi de até 1000 mg. Não houve correlação

precisa entre os graus dos parâmetros citados, embora as pacientes gravemente hipertensas apresentavam proteinúria acentuada e edema generalizado ou anasarca.

O tratamento rotineiro da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, quando internada sem graves complicações próprias da doença, eram rotineiramente submetidas ao esquema terapêutico que se segue:

- 1 - Dieta Hipossódica com 2 g de sal
- 2 - Repouso no leito
- 3 - Benzodiazepínico
- 4 - Alfa-Metil-Dopa (Aldomet), com a dosagem média de 2 gramas diária.

Em 86,1 % - 31 casos (Ver Tabela VII) a evolução foi considerada boa, ou seja, com redução dos níveis pressóricos no limite ou abaixo de 140 X 90 mmHg. Em geral o início da redução da pressão arterial foi no segundo ou terceiro dia de internação. A média de permanência hospitalar foi de 6 a 7 dias, variando de extremos entre 4 a 17 dias.

Nas pacientes onde a hipertensão arterial era rebelde ao tratamento acima descrito, utilizou-se o diazóxido como hipotensor.

Diante das complicações, cada uma recebeu o tratamento específico.

Como preconiza a literatura, a resolução do parto foi efetuada através da via vaginal (72 % dos casos), sendo que apenas em 28% optou-se pelo parto cesário. Esta estaria reservada para os casos de um comprometimento de um estado geral mais evidente ou na vigência de Alguma complicação. Deve-se considerar outras indicações obstétricas para a casariana além das do processo toxêmico.

As complicações maternas que pioram sobremaneira o prognóstico materno-fetal, podem ser compreendidos e enquadrados à luz do processo fisiopatológico da doença, conduzindo à hipertensão arterial e comprometimento gradativo do estado geral. As complicações registradas em nosso estudo estão relacionadas na tabela IX. Não houve óbito materno. Complicações maternas importantes estiveram ausentes em 25 casos, coincidindo aproximadamente, em termos percentuais, com aqueles casos que apresentaram boa evolução em resposta à terapêutica empregada.

As complicações fetais mostradas na tabela X indicam uma grande variedade de comprometimento fetal, sendo que a mais observada foi o recém de baixo peso (em 12 casos). Isto se deve possivelmente às modificações arteriolares utero-placentárias, reduzindo o fluxo sanguíneo para o feto. Conduz também a uma senescência precoce da placenta, conduzindo o feto à prematuridade, sofrimento fetal crônico ou morte fetal. Complicações essas observadas em nosso estudo.

CONCLUSÃO

- 1 - A incidência é maior nas primigestas jovens.
- 2 - A doença compromete principalmente o último trimestre da gestação.
- 3 - A sintomatologia apresenta pelas pacientes não apresentaram correlação evidente com o grau de hipertensão, edema e proteinúria, exceto nos casos de extrema gravidade.
- 4 - A alfa-metil-dopa constituiu importante recurso terapêutico no controle da hipertensão arterial na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez.
- 5 - A resolução do parto foi possível, na grande maioria das vezes, através da via vaginal.
- 6 - As complicações materno-fetais são mais frequentes e graves para o lado fetal.

SUMMARY

On a period of 18 months (from June ' 81 to December '82) 36 cases of pregnant women with specific toxemia of pregnancy were watched to, in order to realize a retrospective study about its incidence, therapeutics and obstetrics conducts and all the mother-fetus troubles. The patients were aged from 15 up to 43 years old, and 52% of all them were aged between 15 up to 25 year old, and 50 % were primigravid women. When the diagnosis were completed the pregnancy age was about 28 up to 37 weeks. The severity of the toxemic process was evaluated through blood pressure, edema and urinary protein, there was not a hard comparison among the clinical appearances, but always taking advantages of them at all, the moderate degrees. It was observed a good clinical evolution in almost all the cases when they were under a therapeutic schedule with Alfa-Methyl-Dopa (Aldomet) mainly. The delivery almost all the times were by the vaginal conduct. There was not any pregnant women death in spite of several complications, such as: Acute Renal Failure, Previous Placentae Displacing, Retine Displacing, and so on. All the 36 pregnant patients studied with child with delivery on term, 12 just-born had weighed less than 2500 gr. and 4 of them were dead by the delivery occasion.

BIBLIOGRAFIA

1. REZENDE, J., e Col.: Obstetrícia, 3ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1974.
2. PRITCHARD, JA: Management of preeclampsia and eclampsia. Kidney International 18:259-266, 1.980
3. REDMAN, CWG: Treatment of hypertension in pregnancy. Kidney International 18:267-278, 1.980
4. KEITH III, TA: Hypertension crisis-Recognition and Management JAMA 15:1570-1577, 1.977

TCC
UFSC
TO
0313

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0313

Autor: Miyamoto, Fernando

Título: Doença hipertensiva específica d



972814877

Ac. 254443

Ex.1 UFSC BSCCSM