

EMERSON DA SILVEIRA

T0128

**DOENÇA HIPERTENSIVA NA GESTAÇÃO: AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE 53 CASOS**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal De Santa Catarina, para a
Conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

**FLORIANÓPOLIS
1998**

EMERSON DA SILVEIRA

**DOENÇA HIPERTENSIVA NA GESTAÇÃO: AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE 53 CASOS**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal De Santa Catarina, para a
Conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

Presidente do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina: Dr. Edson José Cardoso
Orientador: Dr. Edison Natal Fedrizzi

FLORIANÓPOLIS
1998

f.0
Sele
PH

ÍNDICE

Introdução.....	03
Objetivos.....	05
Método.....	06
Resultados.....	08
Discussão.....	16
Conclusões.....	20
Referência.....	21
Normas adotadas.....	23
Resumo.....	25
Summary.....	26

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Darcy e Iracy, e a minha irmã, Mana! Por todo amor, carinho e dedicação.

A meus irmãos do coração, Alexandre e Patrícia! Por termos feito destes 6 anos apenas o começo.

Ao Professor Fedrizzi! Pela compreensão e paciência.

Aos amigos Daniela e Breno! Pela apoio dos últimos dias.

1. INTRODUÇÃO

A doença hipertensiva é uma das entidades clínicas que mais frequentemente complica a gravidez, incidindo em 2 a 10% das gestantes ^{1, 2, 3, 4, 5}. É uma das três maiores causas de óbito materno, respondendo por altas taxas de morbimortalidade perinatais ^{1, 2, 6, 7}.

Para uma melhor compreensão e o melhor manuseio da paciente com doença hipertensiva, faz-se necessário uma classificação da hipertensão durante a gestação. Dentre elas, a mais aceita é a proposta elaborada pelo comitê de terminologia do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), em 1972, com o respaldo do National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP), em 1990, por ser mais concisa e prática ^{1, 2, 3, 4, 8}. Esta classificação compreende 4 grupos: a) Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; b) Hipertensão Crônica; c) Hipertensão Crônica com Pré-eclâmpsia Superajuntada; e, d) Hipertensão Transitória da Gravidez ^{1, 2, 3}.

Pré-eclâmpsia (PE) é a hipertensão que aparece na gestação, após a 20ª semana, e que é caracterizada por aumento dos níveis tensionais sangüíneos, proteinúria e edema. Pode ser subdividida em PE leve (PEL), na qual a paciente apresenta pressão arterial (PA) acima de 140/90 mmHg, com uma proteinúria de 0,3g ou mais em 24 horas e edema em membros inferiores. Na PE grave (PEG) os níveis pressóricos são maiores que 160/110 mmHg e uma proteinúria de 24 horas acima de 3g, podendo, ou não, estar associado com edema generalizado, oligúria, cefaléia, escotomas, confusão mental, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, ou a Síndrome “HELLP” (em inglês, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, transaminases elevadas e icterícia) ^{2, 3, 4, 5}. A Eclâmpsia é caracterizada pelo aparecimento de convulsões tônico-clônicas

generalizadas ou coma, sem história prévia de epilepsia ou outras doenças neurológicas, naquelas gestantes com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia.^{2,3,9}

A hipótese de Hipertensão Crônica (HC) deverá ser levantada quando uma paciente apresentar-se com níveis pressóricos superiores a 140x85mmHg, antes da 20ª semana de gravidez, fazendo, ou não, uso de medicação anti-hipertensiva, e que não apresente complicações como mola hidatiforme ou hipertireoidismo. Quando apresentar hipertensão que vai além da 6ª semana de puerpério, pode também sugerir doença hipertensiva crônica^{2,3}.

Quando uma paciente, com história prévia de hipertensão crônica, apresentar sinais ou sintomas de PE, deve ser diagnosticada como Hipertensão Crônica com PE Superajuntada³ (PES). Já a Hipertensão Transitória da Gravidez (HT) é definida quando uma paciente apresentar aumento de pressão no final da gravidez ou nos primeiros dias de puerpério, sem que apresente os sinais e sintomas da PE (proteínúria, epigastralgia, edema, trombocitopenia, etc.)^{2,3}.

Há vários fatores de risco para o aparecimento de PE. Dentre eles, estão a nuliparidade, gestações múltiplas, faixas etárias extremas e a raça negra³. A história familiar de hipertensão crônica e de PE, além da presença de hipertensão crônica na paciente, podem ser fatores predisponentes para o surgimento da pré-eclâmpsia^{2,3}

A suspeita de PE na paciente que procura um serviço de Emergência Obstétrica, justifica sua internação numa unidade de gestação de alto risco para uma investigação detalhada e um tratamento adequado^{3,4}.

Após o diagnóstico de doença hipertensiva específica da gravidez, faz-se necessário o tratamento correto, visando diminuir os níveis pressóricos da paciente, e assim, diminuir a morbidade materna, bem como a morbidade e a mortalidade perinatal. O tratamento baseia-se na gravidade do quadro e na idade gestacional da paciente.

Tendo-se em vista que a cura da PE/Eclâmpsia acontece com a retirada da placenta, deve ser considerada a interrupção da gravidez após um balanço entre a gravidade da doença e a idade gestacional da paciente. Nos casos em que a gestação está a termo, a conduta a ser tomada deve ser a interrupção. Quando o feto estiver com idade gestacional entre 32 e 37 semanas, deve-se optar pelo término da gravidez quando a pré-eclâmpsia for classificada como grave, ou que não cede ao tratamento. Em pacientes com idade gestacional menor que 32 semanas, deve-se decidir pela interrupção nos casos de sofrimento fetal, síndrome de HELLP, eclâmpsia, hipertensão arterial grave ou coagulação intravascular disseminada, apesar de haver grande risco de óbito neonatal por prematuridade^{4, 5, 9, 10}.

Portanto, para se obter os melhores resultados possíveis para a mãe e seu conceito, é necessário estar atento para identificar corretamente a gestante que apresenta a doença hipertensiva específica da gravidez, diminuindo seus riscos e antecedendo-se às suas complicações, com um tratamento correto e eficaz.

2. OBJETIVOS

Classificar a hipertensão em mulheres grávidas que procuraram a Triagem Obstétrica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que tiveram como diagnóstico a Hipertensão na gravidez, e também, verificar sua evolução e a conduta adotada, bem como a resolução do caso e os resultados perinatais do recém-nato.

→ Deveria estar melhor

3. MÉTODO

Foi realizado um estudo clínico, longitudinal, retrospectivo e descritivo de gestantes hipertensas da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Analisou-se 53 prontuários do serviço de bioestatística, de pacientes que foram internadas com o diagnóstico de hipertensão na gravidez, de Janeiro de 1996 a Dezembro de 1997.

Os prontuários analisados foram aqueles que preencheram os dados de um protocolo previamente elaborado para o estudo. Dados de identificação: idade, cor e procedência. Antecedentes obstétricos: paridade, via de parto, número de abortos. Histórias mórbidas pregressa e familiar: presença de hipertensão arterial crônica, PE ou eclâmpsia, e presença de doenças associadas. Hábitos: fumante. Gestação atual: realização de pré-natal, pressão arterial (PA) na primeira consulta de pré-natal, PA com idade gestacional menor que 20 semanas, PA com mais de 20 semanas. Dados da internação: idade gestacional, motivo da internação, valor da PA, presença e local de edema, rotina laboratorial no ato da internação e a última rotina anterior ao parto (hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas, parcial de urina, proteinúria de 24hrs, e provas de funções hepáticas e renais. Dados do tratamento: medicação utilizada, dose, via de administração e a duração. Dados da evolução: piora do quadro clínico, piora no quadro laboratorial, surgimento de eclâmpsia ou de síndrome de "HELLP", aparecimento de outras complicações materno-fetais. Dados do parto: idade gestacional, via de parto, indicação da cesárea. Dados do recém nascido: Peso, índice de Apgar no 1º e no 5º minutos de vida, presença de morbidade ou mortalidade perinatal.

Para a classificação das pacientes com Doença Hipertensiva Específica da Gestação, foram adotados os critérios de classificação da ACOG, analisando-se o quadro clínico e laboratorial, no momento da internação e sua evolução.

Para os dados de tratamento, classificou-se como conduta expectante, quando não foi utilizado medicação anti-hipertensiva. Quanto às pacientes que receberam medicação, observou-se quais foram os medicamentos mais utilizados em cada grupo, bem como, a quantidade diária e a forma de administração. A análise baseou-se de acordo com a frequência com que o medicamento apareceu.

Piora clínica da paciente foi considerada quando houve a persistência da PA elevada ou não melhorava com o tratamento, e/ou a piora do quadro laboratorial.

Os recém nascidos foram caracterizados, segundo o índice de Apgar, em vigorosos quando apresentaram índice maior ou igual a 7, e em deprimidos, quando tiveram índice menor que 7.

4. RESULTADOS

Dos 53 prontuários analisados, observou-se uma média de idade de 26,6 anos (15 a 44 anos). A maior incidência etária foi entre 15 e 25 anos incompletos com 23 pacientes (43%) (Figura 1). A raça predominante foi a branca, com 47 pacientes (88,6%), enquanto que a raça negra teve 6 pacientes (12,4%). A maioria das pacientes eram não fumantes (85%) e procedentes de Florianópolis (62,2%)

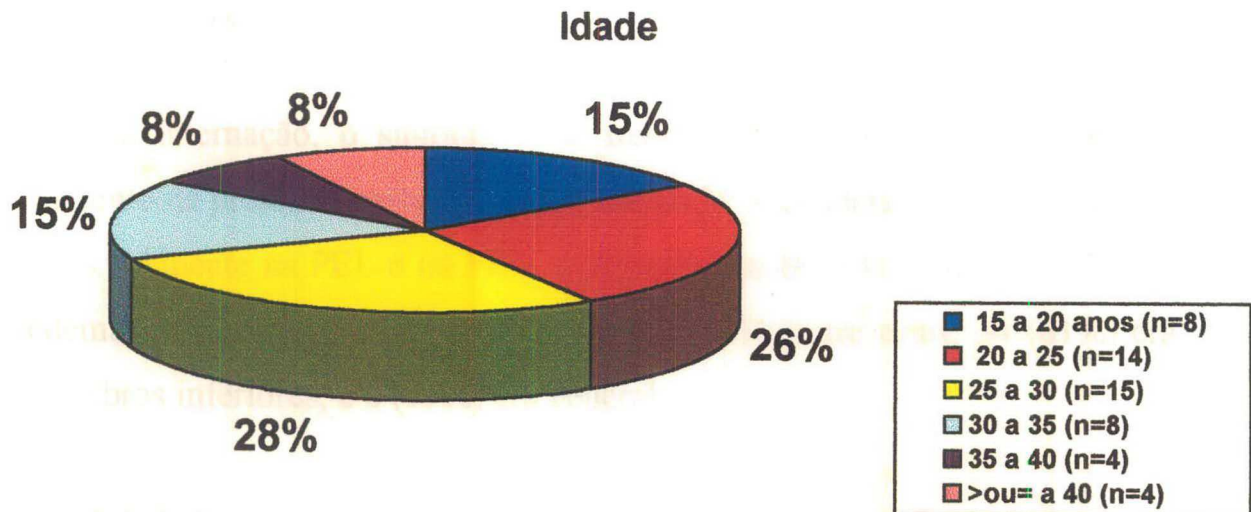


Figura1 – Prevalência das idades das pacientes analisadas. Fonte: SAME/Serviço

Bioestatística HU – 96/97.

Quanto a paridade, a maioria das pacientes (41,6%) eram primigestas (Figura 2). A história de HAS foi encontrada em 13 pacientes (24,5%), e a presença de pré-eclâmpsia/eclâmpsia anterior em 8 (15%). A história familiar de hipertensão arterial foi referida por 33 pacientes (62,2%), e de pré-eclâmpsia em apenas 3 pacientes (5,6%). A maioria das pacientes (77,4%) realizaram acompanhamento pré-natal.

Paridade

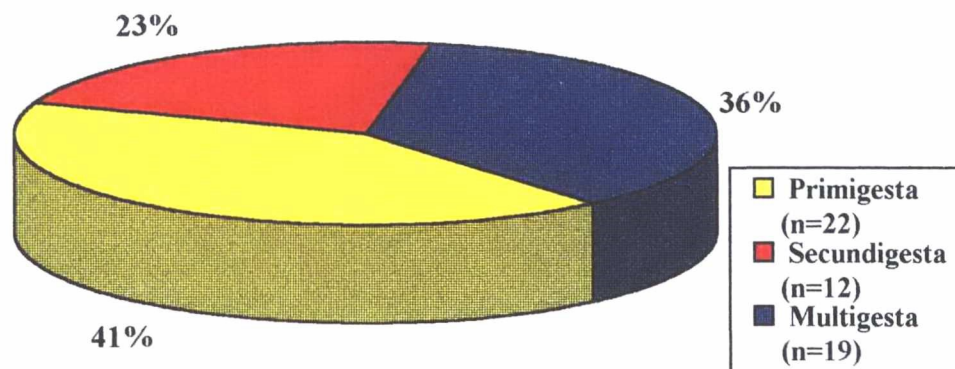


Figura 2 – Prevalência da paridade das pacientes avaliadas. Fonte: SAME/Serviço

Bioestatística HU – 96/97

Na internação, o sintoma mais freqüente referido pelas pacientes foi o aumento da pressão arterial (41,5%) (Tabela I). A cefaléia foi o segundo sintoma mais freqüente na PEL e na PEG, e principal na HC (31,5%) e HT (55,5%). O edema esteve presente em 42 pacientes (79,3%), entre estas, 34 (81%) era em membros inferiores, e 8 (19%) era generalizado.

Tabela I – Queixa principal da paciente com hipertensão na gravidez, na internação

Queixa Principal	PEL (n=11)	PEG (n=20)	HC (n=8)	PES (n=5)	HT (n=9)	Total (n=53)
Pressão alta	5 (45,4%)	7 (35%)	3 (37,5%)	3 (60%)	4 (44,5%)	22 (41,5%)
Cefaléia	4 (36,4%)	6 (30%)	3 (37,5%)	—	5 (55,5%)	18 (34%)
Associação de Sintomas	1 (9,1%)	2 (10%)	1 (12,5%)	2 (40%)	—	6 (11,4%)
Edema	—	3 (15%)	—	—	—	3 (5,6%)
Outros	1 (9,1%)	2 (10%)	1 (12,5%)	—	—	4 (7,5%)

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/9

Classificação da doença hipertensiva

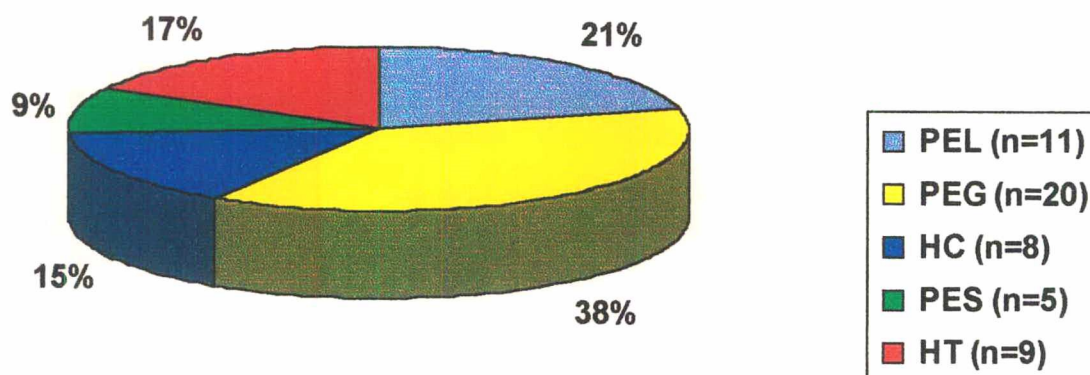


Figura 3 – Distribuição das pacientes segundo a classificação da hipertensão.

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/97.

A maioria das pacientes internadas apresentaram PEG (38%), sendo que nenhum caso evoluiu com eclâmpsia (figura 3).

Tabela II – Alterações clínico-laboratoriais na internação.

	PE leve (n=11)	PE grave (n=20)	HC (n=8)	PES (n=5)	HT (n=9)
Média da PA	157/100	160/105	160/102,5	174/106	160/107
Edema generalizado	1 (9%)	5 (25%)	—	2 (40%)	—
Média de proteinúria (mg/24h)	437	5259	52	1086	60

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/97.

A conduta expectante foi adotada em 6 pacientes (55%) com PE leve, enquanto que a terapia medicamentosa foi utilizada nas outras 5 pacientes (45%), sendo o medicamento mais utilizado, a solução de hidralazina EV, com uma prevalência de 40%. No grupo de pacientes com PE grave, todas foram

medicadas com anti-hipertensivos, principalmente a hidralazina EV (56,2% das pacientes).

No caso das pacientes com HC, todas foram medicadas com anti-hipertensivos, e o medicamento que teve o maior uso foi a alfa-metildopa, prescrita em 50 % dos casos. A nifedipina foi o segundo medicamento mais utilizado (25%). No grupo das pacientes com PES, 2 tiveram a conduta expectante (40%), e nas 3 pacientes que foram medicadas, todas receberam solução de hidralazina EV. Das pacientes com HT, a conduta expectante foi tomada para 3 (33,3%), e a hidralazina EV em 66,6%.

Tabela III – Evolução clínica das pacientes, por grupo de doença hipertensiva

	PEL (n=11)	PEG (n=20)	HC (n=8)	PES (n=5)	HT (n=9)	Total (n=53)
Sem complicações	9 (81,8%)	3 (15%)	4 (50%)	1 (20%)	6 (66,7%)	23 (43,5%)
Piora do quadro	1 (9,1%)	7 (35%)	—	2 (40%)	2 (22,2%)	12 (22,6%)
Sinais de eclâmpsia	—	5 (25%)	—	1 (20%)	—	6 (11,3%)
SFA*	—	1 (5%)	3 (37,5%)	1 (20%)	—	5 (9,5%)
Oligodrâmnio	1 (9,1%)	1 (5%)	1 (12,5%)	—	1 (11,1%)	4 (7,5%)
HELLP	—	2 (10%)	—	—	—	2 (3,7%)
DPP**	—	1 (5%)	—	—	—	1 (1,9%)

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/97. (*) SFA -- Sofrimento fetal agudo. (**) DPP - -descolamento prematuro da placenta

Em relação à evolução clínica das pacientes (tabela III), dentre as que apresentaram PE leve, 9 (81,8%) evoluíram sem intercorrências durante a internação. Uma (9,1%) apresentou piora do quadro clínico, com cefaléia persistente, e em outra (9,1%), foi diagnosticado oligodrâmnio.

Em relação às pacientes com quadro de PE grave, em 3 delas (15%) não houve complicações. Sete (35%) apresentaram piora do quadro clínico, cinco

pacientes (25%) desenvolveram os sinais premonitórios de eclâmpsia e 2 gestantes (10%) evoluíram para síndrome de “HELLP”. Dentre estas, houve um óbito materno.

No grupo de HC, 50% das pacientes não apresentaram complicações, enquanto que sofrimento fetal agudo (SFA) foi observado em 3 pacientes (37,5%) e oligodrâmnio em 1 paciente (12,5%).

No grupo de PES o número de pacientes que não tiveram complicações foi igual a 1 (20%). Houve piora do quadro clínico em 2 pacientes (40%).

Pacientes com HT, tiveram boa evolução em mais da metade dos casos (66,7%). Duas apresentaram piora do quadro clínico (22,2%) e 1 cursou com oligodrâmnio (11,1%).

Tabela IV – Tipo de parto, por grupo de doença hipertensiva

	PEL (n=11)	PEG (n=20)	HC (n=8)	PES (n=5)	HT (n=9)	Total (n=53)
Normal	6 (55,5%)	1 (5%)	1 (12,5%)	—	1 (11,1%)	9 (17%)
Cesareana	5 (45,5%)	19 (95%)	5 (62,5%)	5 (100%)	6 (66,7%)	40 (75,5%)
Não realizou	—	—	2 (25%)	—	2 (22,2%)	4 (7,5%)

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/97.

De acordo com a tabela IV, o tipo de parto com maior prevalência foi o do tipo cesárea, com 40 casos (75,5%), sendo que o grupo da PEL foi o que menor prevalência (45,5%). Quatro pacientes (7,5%), realizaram apenas tratamento clínico, ganhando alta com melhora do quadro hipertensivo.

Tabela V – Indicação para cesárea, por grupo de doença hipertensiva

Indicação	PEL (n=5)	PEG (n=19)	HC (n=5)	PES (n=5)	HT (n=6)	Total (n=40)
Piora clínica	1 (20%)	6 (31,6%)	—	2 (40%)	2 (33,4%)	11 (27,5%)
Falha de indução	3 (60%)	3 (15,8%)	1 (20%)	—	2 (33,4%)	9 (22,5%)
Sinais de eclâmpsia	—	5 (26,4%)	—	1 (20%)	—	6 (15%)
SFA	—	1 (5,2%)	3 (60%)	1 (20%)	—	5 (12,5%)
HELLP	—	2 (10,6%)	—	—	—	2 (5%)
Oligodrâmnio	—	1 (5,2%)	—	—	1 (16,6%)	2 (5%)
Outras	1 (20%)	1 (5,2%)	1 (20%)	1 (20%)	1 (16,6%)	5 (12,5%)

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/97

Na tabela V podemos ver que a maior indicação para a cesareana foi a piora do quadro clínico, com 11 casos (27,5% do total de pacientes), seguida da falha da indução ao trabalho de parto com 9 casos (22,5%). No grupo de PE leve a maior indicação de cesárea foi a falha de indução ao trabalho de parto, em 60% das pacientes do grupo. A maior causa, nas pacientes com PE grave e no grupo com PES foi a piora do quadro clínico, em 31,6% e 40% respectivamente. Já para o grupo da HC, o achado foi de 60% para os casos de SFA. Nas pacientes com HT a prevalência foi a mesma para a piora do quadro clínico e a falha da indução ao trabalho de parto (33,4%).

Tabela VI – Idade gestacional no parto, por grupo de doença hipertensiva.

	PEL (n=11)	PEG (n=20)	HC (n=8)	PES (n=5)	HT (n=9)	Total (n=53)
<= 28 s	—	4 (20%)	1 (16,6%)	—	—	5 (10,2%)
28s 1d a 32s	—	1 (5%)	—	1 (20%)	—	2 (4,1%)
32s 1d a 36s	1 (9,1%)	6 (30%)	—	2 (40%)	—	9 (18,4%)
36s 1d a 40s	9 (81,8%)	9 (45%)	3 (60%)	2 (40%)	6 (85,8%)	29 (59,1%)
>40s	1(9,1%)	—	2 (33,4%)	—	1 (14,2%)	4 (8,2%)

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/97. OBS.: 2 pacientes com HC e 2 com HT tiveram alta com melhora clínica.

Como mostra a tabela VI, a maioria das pacientes tiveram a interrupção de sua gravidez entre 36 semanas e 1 dia e 40 sem. No grupo da PEG, 55% das interrupções foram abaixo de 36 semanas, com 4 partos abaixo de 28 semanas (20%).

Tabela VII – Condições do RN (Apgar no 1º min)

Apgar	PEL (n=11)	PEG (n=20)	HC (n=6)	PES (n=5)	HT (n=6)	Total (n=48)
> ou = 7	10 (90,9%)	13 (65%)	4 (66,6%)	4 (80%)	6 (100%)	37 (77%)
< 7	1 (9,1%)	7 (35%)	2 (33,3%)	1 (20%)	—	11 (23%)

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/97.

De acordo com a tabela VII, o grupo que apresentou menores índices de Apgar no 1º minuto foi o da PE grave com 35%. Apenas neste grupo não houve recuperação do RN na avaliação do Apgar no 5º minuto, com 4 RN (20%) com índice menor que 7 nesta segunda avaliação (tabela VIII). Todos os 4 RN foram a óbito, 2 por prematuridade extrema e 2 por Doença da Membrana Hialina do RN.

Tabela VIII – Condições do RN (Apgar no 5º min)

Apgar	PEL (n=11)	PEG (n=20)	HC (n=6)	PES (n=5)	HT (n=7)	Total (n=49)
> ou = 7	11 (100%)	16 (80%)	6 (100%)	5 (100%)	7 (100%)	45 (91,8%)
< 7	—	4 (20%)	—	—	—	4 (8,2%)

Fonte: SAME/Serviço Bioestatística HU – 96/97.

Pela avaliação de Capurro, 25 recém nascidos foram classificados como a termo (52%), sendo que a maior parte nasceu de mães que estavam nos grupos de PE leve (36%) e HT (24%). Dos RN classificados como pré – termo (48%), 14 (60,1%) eram filhos de mães com PE grave. No grupo de HT não houve nascimentos com RN pré termo.

A média de dias de internação foi maior para o grupo com PE grave, com 11,5 dias, seguido das pacientes com PES, 11,4 dias. O grupo com HC permaneceu internada, em média 8,8 dias e as pacientes com HT, 7,8 dias. O grupo que ficou menos tempo internado foi o da PE leve, com 6,6 dias.

5. DISCUSSÃO

Dentre os distúrbios que afetam a gravidez, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação merece destaque por ser uma doença com uma alta incidência, cerca de 10% das gestações, tendo altas taxas de morbidade e de mortalidade ^{4, 11}.

No estudo de Machado et al ¹², foram avaliadas 311 pacientes com hipertensão associada a gravidez, sendo que 34,7% das pacientes apresentaram PE, 27,2% HC, 5,4% PE sobreposta a hipertensão crônica e 27,2% de HT. O estudo também registrou 8,3% de complicações maternas e nenhum caso de óbito materno. No presente estudo, observamos que 59% das pacientes apresentavam PE, 15% tinha HC, 9% era de PES e 17% apresentava HT. A incidência de complicações maternas foi de 15%, sendo que registramos um caso de óbito materno por síndrome de “HELLP”.

A literatura mundial refere que a raça negra é um fator de risco muito importante, para o desenvolvimento de PE ^{10, 11, 12}. No nosso estudo encontramos um pequena incidência de pacientes negras, 12,4%. Este fato pode estar relacionado às das características da colonização do sul do Brasil.

A investigação de pacientes com suspeita de DHEG consta na avaliação dos níveis pressóricos, associado a exames laboratoriais como hemograma, contagem de plaquetas, parcial de urina (proteinúria), proteinúria em 24 horas, uréia, creatinina, ácido úrico, transaminase glutâmico oxalacética, desidrogenase láctica, bilirrubinas total e frações ⁴. Deve-se também monitorizar o feto com cardiotocografias seriadas, ultra-sonografias com avaliação do perfil biofísico fetal, e com exame de Doppler, para predizer o sofrimento fetal, ajudando na condução do tratamento ^{10, 13, 14}.

A conduta básica, além da dieta normossódica e hiperproteica, e do repouso em decúbito lateral esquerdo, é medicamentosa, usando-se anti-hipertensivos como a hidralazina (VO ou EV), nifedipina, alfa-metildopa, pindolol, labetalol, nitroprussiato de sódio, dentre outros ^{2, 3, 4, 5, 10, 15}. Para prevenir a eclâmpsia, está indicado o uso do sulfato de magnésio, durante o trabalho de parto ou previamente à cesárea, com ou sem os sinais de eclâmpsia iminente, seguindo o esquema de Pritchard ou o de Zuspan, para a administração do medicamento ^{3, 4, 11, 16}, mantendo-o até 24 horas no pós-parto ⁴.

Para os casos de eclâmpsia, o tratamento a ser adotado deve ser feito em uma unidade de cuidados intensivos, com os cuidados gerais como proteção para evitar ferimentos durante a convulsão, oxigênio por catéter nasal e evitar a aspiração de secreções, dentre outras medidas. Para o tratamento das convulsões, deve ser utilizado o sulfato de magnésio, administrado por via endovenosa, podendo ser seguido diversos esquemas propostos, a critério do serviço ou do obstetra. O uso de agentes hipotensores não deve ser suspenso, devendo ser administrados mesmo durante a crise convulsiva ^{5, 9, 11, 17}. As complicações da eclâmpsia, como coagulopatia, edema cerebral e amaurose devem ser bem acompanhados, com manuseio preciso ¹⁷. Não tivemos nenhum caso de eclâmpsia, provavelmente pela amostra pequena.

Ainda em relação ao tratamento, a literatura mundial cita como mais utilizado a hidralazina, na sua forma injetável (5mg IV ou IM, de 20 em 20 min), pois é uma droga com bom efeito terapêutico, com efeitos colaterais conhecidos ^{3, 4}. A nifedipina é uma droga que produz imediata e significativa redução dos níveis pressóricos, tendo um efeito duradouro ¹⁵. Sua atividade tocolítica não contra-indica seu uso ¹⁸. Fenakel et al ¹⁵, comparando o tratamento de pré-eclâmpsia com nifedipina e com hidralazina injetável, encontraram melhores resultados no primeiro grupo (95,8%), contra 68% do grupo de hidralazina.

A alfa-metildopa também é uma droga muito utilizada, mas seu efeito é demorado, não sendo útil no tratamento das crises agudas. Sua administração pode ser feita com 500 até 2000mg VO por dia ¹⁸. O labetalol é uma droga que também pode ser usada no tratamento da doença hipertensiva na gestação. Em seu estudo, Sibai et al ¹⁹, mostraram que esta droga tem bons e efeitos terapêuticos, mantendo baixo os níveis pressóricos. O estudo de Mabie et al ²⁰, mostrou que os efeitos do labetalol injetável são mais rápidos que os da hidralazina injetável, com menos efeitos colaterais. Em nosso estudo, a droga mais utilizada foi a hidralazina na forma EV. Ela foi prescrita em todos os grupos, sendo principalmente na forma de PES, em 100% das pacientes. Na PE grave foi prescrita para 56,25% das pacientes do grupo. A alfa-metildopa foi mais utilizada nas pacientes com HC e PES, 50% e 66% das pacientes de cada grupo, respectivamente.

O sulfato de magnésio é indicado para a prevenção e o tratamento da eclâmpsia. Sua forma de administração pode ser feita inicialmente com uma dose de ataque, de 4g EV, seguindo-se as doses de manutenção de 2g EV ou 5g IM. Durante a administração do sulfato de magnésio, deve-se observar a diurese, os reflexos patelares e a frequência respiratória da paciente ^{3, 4, 5}. Na opinião de Sibai ¹⁶, é um medicamento com boa eficácia e boa segurança. Peraçoli et al ¹¹ verificaram que o sulfato de magnésio evitou a eclâmpsia em todas as pacientes que tinham sinais premonitórios, e que, em outro grupo, evitou a recorrência das crises em 82,1% das paciente que as tiveram.

Sibai et al ¹⁶ demonstraram que pacientes tratadas com labetalol, tem uma redução significativa dos níveis pressóricos em relação aquelas que tiveram conduta expectante, sem, no entanto, haver diferença entre a IG no parto ou na morbidade perinatal. Na nossa amostra 20% das pacientes tiveram uma conduta expectante, principalmente aquelas com PEL. Foram estas pacientes que tiveram

os melhores resultados perinatais com um maior número de casos sem complicações (81,8%).

Viggiano et al ²¹, observaram uma incidência de parto cesareana de 74,2% nas pacientes hipertensas,. Em nosso estudo, observamos que este tipo de parto foi adotado em 75,5% das pacientes, principalmente nos casos de PES (100% dos casos) e os de PE grave (95%) e a principal indicação foi a piora do quadro clínico com 27,5% dos casos

Em nosso estudo, a incidência de pacientes que não tiveram complicações foi de 43%. Não houve casos de eclâmpsia, talvez relacionado com o tamanho da amostra. O único caso de óbito materno ocorreu em decorrência da síndrome de “HELLP”.

Samadi e Mayberry ²² encontraram em seus estudos em negras um índice de prematuridade até 4 vezes maior entre pacientes com PES, quando comparadas com PE leve e HC. Em nossa amostra, a maior incidência de parto prematuros também ocorreu com pacientes com PES, em 60% dos casos do grupo.

Machado et al ¹² registraram óbito neonatal em 1% dos casos e Viggiano et al ²¹ notaram 11,2% de mortalidade. Em nosso trabalho estes achados foram de 8,2%.

Viggiano et al ²¹ observaram que 33,9% dos nativos receberam um índice de Apgar no 1º minuto menor que 7. Em nosso estudo, 23% dos RN tiveram Apgar menor que 7, a maioria no grupo de PEG.

6. CONCLUSÕES

A maioria das pacientes com doença hipertensiva eram jovens (média de 26,6 anos) e primigestas (41,6%).

A história familiar da HAS foi bastante freqüente (62,2%).

A maioria das pacientes (56,6%) apresentaram algumas complicações na evolução da gestação, exceto no grupo de PEL que, 81,8% evoluíram sem complicações.

A cesárea foi a principal via para a interrupção do parto (75,5%), sendo a piora clínica (27,5%) e a falha na indução ao trabalho de parto (22,5%), as principais indicações.

Houve um caso de óbito materno (1,8%), com 4 óbitos de recém-nascidos (8,2%) na amostra.

7. REFERÊNCIAS

1. Neme B. Doença hipertensiva específica da gestação: Pré-Eclâmpsia. In: Rezende J, Obstetrícia. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1991. p.488-525.
2. Magann EF, Martin JN. Hipertensão com início durante a gravidez. In: Emergências obstétricas anteparto e gerais, Clin Am Norte; 1995. p.161-75.
3. Barron WM. Hipertensão. In Barron WM, Lindheimer MD. Complicações médicas na gravidez. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 3-26.
4. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Barros E. Doença hipertensiva na gravidez. In: Freitas F, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. 3ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997. p. 272-85.
5. Saab Neto, JA. Doença hipertensiva na gravidez. In: Manual de terapêutica Ginecologia e Obstetrícia. Associação Catarinense de Medicina. Florianópolis, 1997. p. 130-4.
6. McCowan LME, Buist RG, North RA, Gamble G. Perinatal morbidity in chronic hypertension. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103(2):123-9.
7. Schiff E, Peleg E, Goldenberg M, Rosenthal T, Ruppin E, Tamarkin M et al. The use of aspirin to prevent pregnancy-induced hypertension and lower the ratio of thromboxane A₂ to prostacyclin in relatively high risk pregnancies. N Eng J Med 1989; 321(6):351-6.
8. Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. N Eng J Med 1996; 335(4):257-65.
9. Rotta FT, Bianchin MM, Soares FM, Costa SM, Kliemann FAD. Princípios básicos no manejo da eclâmpsia. Jornal da AMRIGS, 1996. Porto Alegre.
10. Caetano JPJ, Faria MML. Abordagem prática da hipertensão arterial durante a gravidez. J Bras Ginec 1993; 103(11-12):385-91.

11. Peraçoli JC, Rudge MVC, Berezowski AT, Calderon IMP, Maestá I, Marcelo J. O uso do sulfato de magnésio na prevenção e controle da crise convulsiva nas gestantes hipertensas. *J Bras Ginec* 1993; 103(8):283-9.
12. Machado MH, Clode N, Graça LM, Cardoso GC. Hipertensão associada à gravidez. *Acta Med Port* 1995; 9:7-14.
13. Bower S, Schuchter K, Campbell S. Doppler ultrasound screening as part of routine antenatal scanning of pre-eclampsia and intrauterine growth retardation. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100(11):989-94.
14. Frusca T, Soregaroli M, Zanelli S, Danti L, Guandalini F, Valcamonico A. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 79(1):47-50.
15. Fenakel K, Fenakel G, Appelman ZVI, Lurie Samuel, Katz ZVI, Shoham Z. Nidipine in the treatment of severe preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1991; 77(3):331-7.
16. Sibai BM. Magnesium sulfate is the ideal anticonvulsivant in preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(5):1141-1145.
17. Abreu DC, D'Avila J. Tratamento da hipertensão arterial essencial durante a gravidez. *JBM* 1986; 51(3):34-8.
18. Sibai BM, Gonzalez AR, Mabie WC, Moretti M. A comparison of labetalol plus hospitalization versus hospitalization alone in the management of preeclampsia remote from term. *Obstet Gynecol* 1987; 70(3, part 1):323-7.
19. Mabie WC, Gonzalez AR, Sibai BM, Amon E. A comparative trial of labetalol and hydralazine in the acute management of severe hypertension complicating pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987;70(3, part 1):328-33.
20. Samadi AR, mayberry RM. Maternal hypertension and spontaneous preterm births among black women. *Obstet Gynecol* 1998; 91(6):899-904.
21. Viggiano MG, Borges TD, Borges AS, Miranda E, Alves EM, Silva JHB et al. DHEG: prevenível? *Boletim Nacional de Hipertensão na Gravidez* 1996; 3(1):3-6.

NORMAS ADOTADAS

As normas para a digitação do trabalho seguem a resolução nº 001/97 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

As referências bibliográficas seguem o Estilo de Vancouver, conforme a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, com algumas adaptações.

RESUMO

A doença hipertensiva na gestação é uma entidade clínica que frequentemente complica uma gravidez. Para diminuir a morbi-mortalidade materno-fetal, é necessário fazer um correto diagnóstico para se tomar uma conduta precisa.

Nesse estudo foram avaliadas 53 pacientes com diagnóstico de hipertensão na gestação, que foram classificadas quanto a forma de apresentação da doença. As pacientes também foram avaliadas quanto ao tratamento realizado, a evolução do quadro clínico, o tipo de parto e os resultados perinatais do recém-nascido.

A média de idade encontrada foi 26,6 anos. Em relação a paridade, 41,6% das pacientes era primigesta. O tipo de hipertensão gestacional mais prevalente foi a Pré-eclâmpsia grave com 38% dos casos.

A maioria das pacientes (56,6%) apresentou algum tipo de complicação na durante a internação, exceto no grupo da Pré-eclâmpsia leve, que teve 81,8% sem complicações.

A cesárea foi o tipo de parto com maior prevalência (75,5%). Aconteceu 1 óbito materno, causado por síndrome de "HELLP", e não houve casos de eclâmpsia na amostra. Houve 4 óbitos de recém-nascidos (8,2%).

SUMMARY

The pregnancy-induced hypertension is an illness that often complicates a pregnancy. A right diagnosis is necessary to reduce women and fetus perinatal morbidity and mortality.

Fifteen three patients with pregnancy-induced hypertension were studied and classified by the way of clinical presentation, treatment, evolution, mode of delivery and babies perinatal results.

The pregnant women mean age was 26,6 years and 41,6% were parity 0. Preeclampsia was the most prevalent gestational hypertension, 38%.

Most of patients (56,6%) presented same kind of complications during hospitalization, except mild preeclampsia - without complications in 81,8%.

Cesarean sections were the prevalent kind of delivery (75,5%). There was one maternal death, caused by HELLP Syndrome, and there was no eclampsia in the studied group. There was 4 babies' death (8,2%).

**TCC
UFSC
TO
0128**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0128

Autôr: Silveira, Emerson

Título: Doença hipertensiva na gestação



972803406

Ac. 254263

Ex.1 UFSC BSCCSM