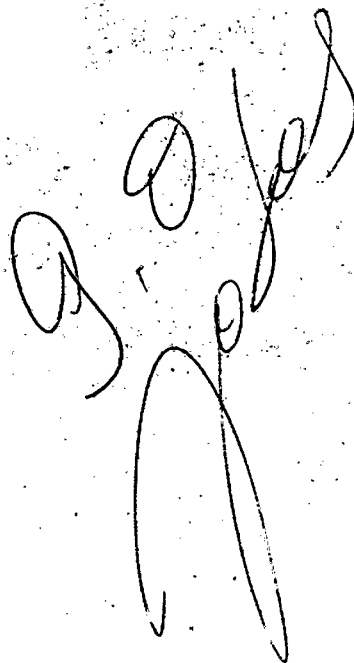


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
DIVISÃO DE TOCGINECOLOGIA

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. Regina Zanetti', written in a cursive style.

HIPERTENSÃO -ANÁLISE DE 176 CASOS DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

SONIA REGINA ZANETTI
VÂNIA MARTA FIGUEIREDO YOKOMIZO

CURSO DE MEDICINA

FLORIANÓPOLIS, 06 DE JUNHO DE 1983.

AGRADECIMENTO

Expressamos nossa gratidão ao Dr Jorge Abi-Saab Neto pela colaboração e orientação dados no transcorrer da elaboração do trabalho.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO.....	02
RESUMO.....	04
INTRODUÇÃO.....	05
MATERIAL E MÉTODOS.....	06
PROTOCOLO.....	07
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	08
CONCLUSÕES.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

RESUMO

Foi realizado levantamento de 1474 prontuários de parturientes internadas na Maternidade Carmela Dutra, no período de 01 de Janeiro a 31 de Março de 1983. Destes, selecionaram-se 176 pertencentes a gestantes com pressão arterial igual ou superior a 140/90mmHg.

A incidência de gestantes hipertensas foi de 11,94%, sem haver distinção entre as diversas faixas etárias. Havendo porém predominância de primigestas e multíparas (64,20%).

A principal indicação para parto cesáreo foi pré-eclâmpsia (32,00%). O índice de prematuridade foi elevado (11,26%). Não foi verificado diferença significativa em relação ao peso já que 80,22% nasceram com peso adequado e apenas 3,38% com baixo peso para a idade gestacional.

O tratamento variou entre o uso de diuréticos, dieta hipossódica e anti-hipertensivos. Apesar de medicadas quatro pacientes evoluíram para eclâmpsia.

INTRODUÇÃO

Foi nosso objetivo analisar, num estudo retrospectivo feito na Maternidade Carmela Dutra, no período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Março de 1983, a incidência de parturientes hipertensas e nessas as repercussões materno-fetais devidas às altas cifras tensionais, bem como a resposta terapêutica ao tratamento instituído.

Em primeiro lugar é necessário que se classifique as alterações hipertensivas da gravidez. O Colégio Americano de Obstetras apresenta a seguinte classificação citada por Franklin M. Cunha (1979).

1-Pré-eclâmpsia-Eclâmpsia -Os sinais clássicos e mais evidentes são a hipertensão, edema e proteinúria.

2-Hipertensão crônica -As pacientes apresentam hipertensão, essencial ou de origem renal, antes da 24ª semana de gestação.

3-Pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica -Geralmente ocorre em múltiparas com prévia hipertensão crônica.

4-Hipertensão passageira ou tardia -Algumas pacientes normotensas, apresentam hipertensão apenas durante o período gestatório. Voltam a ter níveis normais em uma ou duas semanas após o parto. Via de regra não apresentam nem proteinúria nem edema.

A hipertensão, durante a gestação humana é uma complicação grave e freqüente. A profilaxia deve ser feita desde o início, através de um bem feito controle pré-natal. Em países sub-desenvolvidos aonde a assistência ao pré-natal não é efetiva existe elevada incidência de gestantes hipertensas. Caso o quadro se concretize, com uma evolução para eclâmpsia, o prognóstico materno e fetal é reservado, havendo altas taxas de morbiletalidade. Se a profilaxia não for adequada e a gestante evoluir para eclâmpsia, a época da resolução da gestação deve ser bem determinada, para que o feto tenha a máxima chance de sobrevivência extra-uterina. O uso de hipotensores e diuréticos normalizará o estado hemodinâmico da paciente, e os sedativos farão o controle e a prevenção de convulsões.

MATERIAL E MÉTODOS

O material de estudo constou de 176 parturientes portadoras de cifras tensionais elevadas, atendidas na Maternidade Carmela Dutra, no período de 01 de Janeiro a 31 de Março de 1983.

Foram consideradas hipertensas as parturientes que apresentaram, na data de internação pressão arterial com níveis sistólicos acima de 140mmHg e diastólicos maiores que 90mmHg, sendo desprezados aqueles cujo dado de pressão arterial na internação não constava no prontuário.

O método de estudo utilizado foi a análise retrospectiva de prontuários de onde foram extraídos os dados constantes no protocolo em anexo. Foram excluídos os itens: pressão arterial no pré-natal, pressão arterial no pré-parto, assistência pré-natal, procedência da paciente, por se apresentarem com insuficiência de dados.

A opção pelo método retrospectivo foi devido a dificuldade de acompanhamento da internação de cada gestante.

PROTOCOLO

1-Identificação da paciente:

Nome

Registro

Idade

Procedência

Data de internação

Data de saída

2-Gesta

Para

3-Data da última menstruação.

Data provável do parto.

4-Pressão arterial- No pré-natal

Na internação

Pré-parto

Puerpério

5-Outras patologias associadas.

6-Data do parto.

7-Tipo de parto.

8-Drogas utilizadas com descrição.

9-Complicações maternas- Evolução para eclampsia.

10-Complicações fetais:

Peso do recém nascido

Apgar

Idade gestacional

Perímetro abdominal

Perímetro cefálico

Perímetro torácico

Estatutura

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão sumarizados nas tabelas de números I a XV.

No material analisado (1474 parturientes), observou-se a incidência de 11,94% de pacientes com pressão arterial de internação superior ou igual a 140/90mmHg.

A percentagem de normotensas foi de 74,63%, sendo que foram desprezadas 13,43% das pacientes, cujos dados de pressão arterial na internação, não constavam no prontuário (Tabela I). A incidência de hipertensão na gravidez sofre variações limitadas, girando em torno de 10% das gestações (B. Neme, 1974).⁽¹⁾

Ferris, Thomas (1973)⁽²⁾, observou que a doença ocorre em 5 a 10 por cento das gestações, mas a incidência relatada depende dos critérios utilizados para fazer o diagnóstico e da população estudada.

TABELA I

RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE PARTURIENTES HIPERTENSAS E NORMOTENSAS

	Nº de casos	%
Normotensas	1.100	74,63
Pressão arterial acima de 140/90mmHg	176	11,94
Sem dados de pressão arterial na internação	198	13,43
TOTAL	1.474	100

A freqüência de portadoras de hipertensão com menos de 20 anos (24,43%) e com mais de 36 anos (21,59%) não foi significativa em relação às outras faixas etárias. (53,97%) das pacientes situam-se nas faixas etárias compreendidas entre 21 e 35 anos. (Tabela II).

Käser e col. (1970), referenciam que a enfermidade é cerca de 3 a 4 vezes maior nas gestantes com menos de 19 anos de idade e acima de 35, sendo que nestas pode estar associado à tendência ao aparecimento de hipertensão, aumentada com o avançar da idade das pacientes.

TABELA II

DISTRIBUIÇÃO DAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO SEGUNDO A IDADE

Faixa etária	Nº de casos	%
Menor que 16	5	2,84
16 a 20	38	21,59
21 a 25	32	18,18
26 a 30	41	23,29
31 a 35	22	12,50
36 a 40	27	15,34
41 a 45	11	6,25
TOTAL	176	100

Analisando a pressão arterial diastólica no momento da internação (Tabela III), observou-se que a maioria das pacientes (86,36%) apresentavam hipertensão leve (cifras diastólicas entre 90 e 110mmHg), 12,48% hipertensão moderada e 1,12% hipertensão / grave. Observou-se ainda que entre as portadoras de hipertensão leve houve predominância das pacientes jovens em relação às idosas, ocorrendo o contrário nas hipertensões moderadas.

Yazlle e col. (1979), relataram que há uma elevada incidência de primigestas (34,60%) e grandes múltiparas (29,60%) portadoras de hipertensão durante a gravidez. Estes dados confirmam-se no presente estudo, onde 36,93% das pacientes são primigestas e 44,87% são grandes múltiparas (Tabela IV).

Segundo Ferris, Thomas (1973) a hipertensão isoladamente foi descrita como ocorrendo durante a primeira gravidez em 25% das mulheres na Inglaterra. Há uma frequência bimodal da doença, com pi

cos de incidência em mulheres primíparas jovens e em mulheres múltíparas acima dos 35 anos de idade.

TABELA III

DISTRIBUIÇÃO DAS 176 PARTURIENTES NAS FAIXAS DE PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO A IDADE

PA Dias- tólica Idade	90-110 Nº/ %	120-140 Nº/ %	Maior que 140 Nº/ %
Menor que 16	4/ 2,27	1/0,56	-
16 a 20	36/20,45	2/1,14	1/0,56
21 a 25	27/15,34	4/2,27	-
26 a 30	38/21,59	3/1,70	-
31 a 35	18/10,23	3/1,70	1/0,56
36 a 40	21/11,93	6/3,41	-
41 a 45	8/ 4,55	3/1,70	-
TOTAL	152/86,36	22/12,48	2/1,12

TABELA IV

DISTRIBUIÇÃO DAS 176 PARTURIENTES NAS FAIXAS DE PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO A IDADE

PA Dias- tólica Gesta	90-110 Nº/ %	120-140 Nº/ %	Maior 140 Nº/ %
Primigesta	59/33,52	6/3,41	-
Secundigesta	27/15,34	1/0,57	-
Multigesta	64/36,36	13/7,38	2/1,13
Desconhecido	2/1,13	2/1,13	-
SUB-TOTAL	152/86,35	22/12,49	2/1,13
TOTAL:176/100			

Analisando-se as doenças intercorrentes observou-se que a maior incidência foi de Bronquite Asmática com 20,00% dos casos ,

seguida por infecção urinária que apareceu em 15,56% dos casos. A penas 6,67% das pacientes eram portadoras de Epilepsia, 4,44% de cardiopatia e 2,22% de Diabetes.

Doenças infecto-contagiosas como rubéola e varicela aparece ram em 4,44% e 2,22% respectivamente, não ocorrendo porém nenhum caso de patologia congênita (Tabela V).

Yazlle e col. (1979), verificaram ser elevado o número de portadoras de hipertensão arterial crônica (37,00%) e em menor escala a ocorrência de cardiopatia (7,40%) e nefropatia (2,50%).

Ferris, Thomas (1973), afirma que a toxemia é mais comum com doença renal pré-existente, hipertensão e diabetes, com gestações gemelares e em negras.

TABELA V

DISTRIBUIÇÃO DE OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À HIPERTEN+
SÃO ARTERIAL NAS 176PARTURIENTES ESTUDADAS

Patologias associadas	Nº de casos	%
Bronquite Asmática	9	20,00
Infecção Urinária	7	15,56
Epilepsia	3	6,67
Rubéola	2	4,44
Cardiopatia	2	4,44
Placenta Prévia	1	2,22
Condiloma	1	2,22
Parotidite	1	2,22
Diabetes	1	2,22
Varicela	1	2,22
Desconhecido	16	35,56
TOTAL	45	100

Pela Tabela VI observamos que 71,59% das parturientes hiper- tensas evoluíram para parto por via transpélvica e 28,41% foram submetidas a cesareana. Das 50 intervenções cirúrgicas realizadas 32,00% tiveram como indicação absoluta a pré-eclampsia; 18,00% ce

sárea anterior; 16,00% distócia cervical; 8,00% cesárea eletiva; 6,00% apresentação pélvica e 4,00% sofrimento fetal intra útero. As demais indicações estão relacionadas juntamente com estas na Tabela VII.

TABELA VI

DISTRIBUIÇÃO DAS 176 PACIENTES SEGUNDO O TIPO DE PARTO

<u>Tipo de parto</u>	<u>Nº de casos</u>	<u>%</u>
Parto Normal	126	71,59
Cesareana	50	28,41
TOTAL	176	100

TABELA VII

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CESÁREAS SEGUNDO A INDICAÇÃO

<u>Indicação</u>	<u>Nº de casos</u>	<u>%</u>
Pré-eclampsia	16	32,00
Cesárea anterior	9	18,00
Distócia cervical	8	16,00
Cesárea eletiva	4	8,00
Apresentação pélvica	3	6,00
Sufrimento fetal agudo intra útero	2	4,00
Gravidez serotínica	1	2,00
Distócia de rotação	1	2,00
Herpes genital	1	2,00
Desproporção céfalo- pélvica	1	2,00
Placenta prévia total	1	2,00
Desconhecido	3	6,00
TOTAL	50	100

O tempo de permanência hospitalar é importante para avaliar o custo do tratamento e constitui uma avaliação indireta da mor-

bilidade materna. Na Tabela VIII observamos que em 63,63% dos partos normais a média de permanência hospitalar foi de 2 a 3 dias, enquanto que as pacientes submetidas à cesareana 17,08% permaneceram no Hospital 4 a 5 dias. Esse tempo de permanência hospitalar em nada difere das demais parturientes internadas na Maternidade Carmela Dutra com níveis pressóricos normais.

TABELA VIII

RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE PARTO E OS DIAS DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Tipo de parto Permanência	Parto Normal	Cesareana
	Nº / %	Nº / %
2	73/41,47	2/ 1,14
3	39/22,16	7/ 3,97
4	12/ 6,82	12/ 6,82
5	1/ 0,56	18/10,26
6	-	3/ 1,70
Maior 7	1/ 0,56	8/ 4,54
TOTAL	126/71,57	50/28,43

Verificamos que 68,18% das parturientes que obtiveram alta hospitalar com cifras tensionais diastólicas menores que 90mmHg, e 30,11% com cifras diastólicas maiores ou iguais a 90mmHg. (Tabela IX).

TABELA IX

RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE CASOS DE PACIENTES NORMOTENSAS E HIPERTENSAS NA ALTA HOSPITALAR

	Nº de casos	%
Normotensas	120	68,18
Pressão arterial maior ou igual 90mmHg	53	30,68
Desconhecido	3	1,70
TOTAL	176	100

TABELA X

DISTRIBUIÇÃO DAS 176 HIPERTENSAS DE ACORDO COM O TRATAMENTO INSTITUÍDO E A PRESSÃO ARTERIAL NA OCASIÃO DA ALTA HOSPITALAR

PA Diastolica	Menor 90	90-110	Maior 110
Tra tamento			
Sem tratamento	104	18	-
Dieta hipossódica	3	3	-
Furosemida	4	9	-
Dieta hipossódica e furosemida	4	3	-
Diazepam, prometazina e albumina	-	1'	-
Furosemida e diazepam	2	1	-
Dieta hipossódica, furosemida e diazepam	-	1-	-
Dieta hipossódica e metil dopa	1	2	-
Furosemida e metil dopa	-	1	1
Metil dopa e diazepam	-	1	-
Dieta hipossódica, furosemida, diazepam, metil dopa, prazosim, albumina, dexametazonase clorpromazina	-	1'	-
Diazepam	-	1'	-
Dieta hipossódica, furosemide, metil dopa e diazepam	-	-	1
Furosemida, diazepam e prazosim	-	1'	-
Metil dopa furosemida e tiazida	-	1	-
Dieta hipossódica, fu- rosemida e tiazida	1	-	-
Dieta hipossódica, fu- rosemida e espironolactona	1	-	-
Dieta hipossódica, fu- rosemida, albumina e metil dopa	1	-	-
Furosemida metil dopa e albumina	-	1	-
Furosemida, metil dopa diazepam e tiazida	-	1	-
Dieta hipossódica, furo- semida, metil dopa e hi- droclorotiazida	-	1	-
Dieta hipossódica, albu- mina, furosemida, prazosim metil dopa e diazepam	-	1	-
TOTAL	121	48	2

' Casos que evoluíram para eclampsia

ferida para Unidade de Terapia Intensiva. Exame Físico: coma grau 4; manobra de Foix: gemente mas sem mover os membros superiores e inferiores; pupilas isocóricas e reagentes; reflexo corneano positivo; corada, anictérica, acianótica, edema de membros inferiores, pulmões e coração sem alterações, abdome com ruídos hidro-aéreos; flácido; útero a 2 dedos da cicatriz umbelical, pressão arterial: 160/100mmHg; frequência cardíaca: 64 bpm. Laboratório: gasometria normal; hematócrito: 38%; líquido aspecto límpido: células 1 p/mm hemáceas inferior a 1 p/mm, glicose: 70mg%, densidade: 1010, proteínas: 41mg%, cloretos 97 mEq/l; proteinúria de 24 hs: 0,23g% ; Sangue: glicose: 120mg/dl, uréia: 35,1mg/dl, creatinina: 0,9mg/dl sódio: 140mEq/l, potássio: 4,0 mEq/l, cálcio 11,1mg%, hemoglobina: 12,2 g%. Medicação: dieta zero, soro glicosado, KCl 19,1% furosemida, clorpromazina, alfa metil dopa, dexametazona, difenil hidantoína, novalgina, nitroprussiato de sódio. Evolução: manteve níveis tensionais em torno de 140/90mmHg com o uso de nitroprussiato de sódio. No 2º dia de Unidade de terapia intensiva obteve melhora acentuada do quadro, tendo saído do coma, apresentando-se lúcida, agitada, afebril, edema de membros inferiores bem diminuído; mamas flácidas, sem sinais de processo inflamatório. A paciente recebeu alta da Unidade de Terapia Intensiva, retornando à enfermaria, com melhora progressiva, até o momento da alta, no dia seguinte.

Caso 2- I.C.S., feminina, leucodérmica, 25 anos. História: hipertensa, múltipara, edema em membros inferiores e face; convulsão 33 semanas de amenorréia. Medicação: clorpromazina, prometazina ; furosemida, diazepam, manitol, nitroprussiato de sódio, prazosim. Evolução Submetida a cesareana, nasceu feto vivo, inviável. Medicação: 1º dia pós operatório: binotal, propoxifeno, clorpromazina, prometazina, furosemida, diazepam, manitol, nitroprussiato de sódio, prazosim, estrogênio sintético, soro glicosado. Laboratório: eletroforese de proteínas: alfa 1-0,8g/100ml, alfa 2 -1,40g/100ml beta 1,5g/100ml, gama 0,40g/100ml; hematócrito: 37%; hemoglobina: 12g%; urinálise: proteínas: 100mg/dl, hemoglobina positiva, glico

se: 165mg/dl, uréia: 40 mg/dl, creatinina: 0,90mg/dl, ácido úrico 7,50g, proteínas totais: 5,0g/100ml, albumina: 26g/100ml, sódio: 132mEq/l, potássio: 3,9mEq/l. Evolução: transferida para Unidade de Terapia Intensiva. 1º dia pós operatório: calma, lúcida, orientada, acianótica, anictérica, palidez cutâneo-mucosa (+/4+), bom enchimento capilar periférico, edema de membros inferiores e face, cicatriz infra umbelical com discreta hemorragia, diurese ignorada, ausculta cardíaca: sopro sistólico +/6+ foco mitral, pressão arterial: 280/160mmHg, frequência cardíaca: 22 bpm, pulmões limpos, abdome globoso, flácido, sem massas palpáveis, pupilas isocóricas foto reagentes, sem lateralização, sem irritação meningéia. Laboratório: creatinina: 0,9mg/dl, glicose: 78mg/dl, sódio: 132mEq/l, potássio: 4,1mEq/l, hematócrito: 36%. Medicação: fenobarbital, alfa metil dopa, furosemida, nitroprussiato de sódio, diazepam, cateter de O₂ 3l/min., ampicilina. Evolução: severa hipertensão, rebelde a tratamento, mantendo-se em torno de 170/110mmHg apenas com o uso de nitroprussiato de sódio. Fundoscopia: olho direito: papila do nervo óptico simétrica com bordos delimitados, vasoconstricção arteriolar importante, sinal de cruzamento em exudato algodono-oso. Olho esquerdo: papila borrada, mesmos achados vasculares, exudato hemorrágico. Regressão do edema no 3º dia de Unidade de Terapia Intensiva. Hipertensão controlada no 11º dia. 12º dia: transferida para enfermaria, na qual se manteve sob controle, com melhora progressiva, até o momento da alta, no 18º dia.

Caso 3 - Identificação: L.F.S., feminina, leucodérmica, 22 anos. História: primigesta, hipertensa, com convulsões tônico-clônicas generalizadas, edema. Exame Físico: pressão arterial: 180/130mmHg, edema de membros inferiores (+++/4+). Submetida a cesariana, nasceu feto vivo, feminino, Apgar 7. Medicação: clorpromazina, diazepam, albumina humana pobre em sal, furosemida, dexametazona, cloranfenicol, difenil hidantoína. Evolução: Persistência das crises convulsivas com depressão importante do nível de consciência. Transferida para Unidade de Terapia Intensiva no 1º dia pós operatório. Exame Físico: coma grau 7, pupilas isocóricas, fo

úmido, diazepam, difenil hidantoína, furosemda, ampicilina, nitroprussiato de sódio, fenobarbital, dexametazona, albumina. No 1º e 2º dias manteve níveis pressóricos elevados (150/100mmHg). No 3º dia de internação na Unidade de Terapia Intensiva houve regressão do quadro e foi transferida para enfermaria, com melhora progressiva, até o momento da alta no 6º dia de internação.

Estudando os casos notamos que todas as pacientes apresentaram eclampsia clínica e laboratorialmente; uma apresentou crises convulsivas apenas após o parto; A idade variou de 21 a 25 anos sendo que uma delas tinha apenas 15 anos. Três eram primigestas e uma múltipara. Todas as pacientes foram submetidas à cesareana, nascendo dois fetos inviáveis e dois viáveis, a termo. Após a cirurgia, todas foram transferidas para a Unidade de Terapia Intensiva, aonde foram medicadas com diuréticos, hipotensores, anti-convulsivantes. Em três casos a pressão arterial normalizou somente com o uso de nitroprussiato de sódio. As quatro tiveram evolução benigna, não havendo nenhum óbito.

O desenvolvimento fetal, em vigência de hipertensão se dá numa baixa concentração de oxigênio, proporcionando sofrimento fetal crônico, com recém-nascidos de baixo peso. Este fato porém não foi verificado neste estudo, pois apenas 3,38% dos neonatos apresentaram baixo peso para a idade gestacional, 80,22% nasceram com peso adequado e 13,55% nasceram grandes para a idade gestacional. (Tabela XI).

TABELA XI

DISTRIBUIÇÃO DOS 177 RECÉM-NASCIDOS DE ACORDO COM O PESO AO NASCER

	Nº de casos	%
P I G	6	3,38
A I G	142	80,22
G I G	24	13,55
Desconhecido	5	2,82
TOTAL	177	100

O índice de Apgar dá o prognóstico imediato do recém-nato e reflete as condições a que estava submetido no meio intra uterino. De todas as crianças analisadas, nascidas de mães hipertensas por cesárea, 72,00% obtiveram Apgar maior que sete no primeiro minuto, 18,00% Apgar de 4 a 7 e 10% Apgar de 1 a 3, não ocorrendo natimortos. Em parto normal 75,59% receberam Apgar de 7 a 10 no primeiro minuto, 18,90% Apgar de 4 a 7 e 1,57% Apgar de 1 a 3, ocorrendo 5 natimortos, sendo que destes um faleceu com 24 semanas, outro com 33 semanas e 3 com idade gestacional ignorada. (Tabelas XII e XIII

TABELA XII

DISTRIBUIÇÃO DO ÍNDICE DE APGAR DE ACORDO COM O TIPO DE PARTO

Apgar	Cesárea Nº/ %	Parto Normal Nº/ %
Natimorto	-	5/ 3,94
1 a 3	5/10,00	2/ 1,57
4 a 7	9/18,00	24/18,90
Maior 7	36/72,00	96/75,59
TOTAL	50/100	127/100

TABELA XIII

DISTRIBUIÇÃO DOS NATIMORTOS DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL E A CAUSA

Idade Gestacional	Nº de casos	Causa
24 semanas	1	ignorada
33 semanas	1	ignorada
Ignorada	3	ignorada
TOTAL	5	

Constatamos pela Tabela XIV que 11,26% dos recém-natos foram pré termo, 81,87% à termo e 6,76% pós termo. Nossa incidência bem

como a de outros autores, mostra que do ponto de vista fetal a hi pertensão é temerária qualquer que seja a conduta que se adote da da a alta percentagem de prematuros.

TABELA XXV

RELAÇÃO ENTRE O PESO DO RECÉM-NASCIDO EM GRAMAS E A IDADE GESTACIONAL SEGUNDO O MÉTODO DE USHER

IG Peso	até 37s	37-42s	Mais 42
	Nº/ %	Nº/ %	Nº/ %
1500-1990	4/ 2,25	-	-
2000-2490	2/ 1,12	4/ 2,25	-
2500-2990	-	29/16,38	1/ 0,56
3000-3490	5/ 2,82	50/28,24	5/ 2,82
3500-3990	4/ 2,25	44/24,85	5/ 2,82
4000-4490	-	15/ 8,47	1/ 0,56
4500-4990	-	1/ 0,56	-
Mais 5000	-	2/ 1,12	-
Desconhecido	5/ 2,82	-	-
TOTAL	20/11,26	145/81,87	12/ 6,76

A taxa de mortalidade fetal foi de 4,5%, sendo as causas de óbito conhecidas, as seguintes: Hemorragia Intra Craniana e infecção congênita; membrana hialina; anoxia perinatal e prematuridade (Tabela XV).

TABELA XV

DISTRIBUIÇÃO DOS NEOMORTOS DE ACORDO COM A CAUSA, APGAR IDADE GESTACIONAL E TEMPO DECORRIDO ATÉ O ÓBITO

Causa de óbito	Nº de casos	Apgar	IG	Tempo
Hemorragia intra-craniana	1	1	30s	24hs
Membrana Hialina	1	1	32s4d	8hs
Anóxia perinatal prematuridade	1	1	33s1d	48hs
TOTAL	3			

CONCLUSÕES

A incidência de parturientes hipertensas com menos de 20 anos de idade e com mais de 36, não foi significativa em relação à outras faixas etárias.

A incidência de hipertensão foi mais elevada nas primigestas e multigestas (64,20%).

As doenças associadas mais freqüentes, não foram as que mais comumente são encontradas.

A principal indicação para parto cesáreo foi pré-eclampsia (32,00%).

Não houve diferença significativa da média de permanência no hospital das parturientes hipertensas e normotensas internadas na Maternidade Carmela Dutra.

Em 59,09% das pacientes não foi utilizado nenhum tratamento porque a pressão arterial normalizou-se apenas com o esvaziamento uterino, sendo portanto uma hipertensão passageira que ocorreu apenas durante o período gestatório.

O serviço da Maternidade Carmela Dutra não utiliza um esquema terapêutico de rotina, havendo grande diversidade de tratamento . A pesar desta diversidade 97,7% das pacientes tiveram boa evolução clínica, sendo que apenas quatro progrediram para eclampsia.

Não foi verificada diferença significativa no peso dos recém-natos filhos de mães hipertensas, pois 80,22% nasceram com peso adequado para a idade gestacional.

Os recém-nascidos não tiveram baixo Apgar como era esperado. 75% receberam de 7 a 9 no primeiro minuto, independente de cesárea ou parto normal.

A taxa de mortalidade fetal foi de 4,5%.

BIBLIOGRAFIA

- NEME, B. -Toxemias Tardias da Prenhez. Pré-eclampsia. Eclampsia
In: Jorge de Rezende, Obstetrícia. Rio de Janeiro, Guanabara
Koogan, 1974. p. 471-503.
- FERRIS, T. F. -Toxemia da Gravidez. In: Cecil-Loeb, Tratado de
Medicina. Rio de Janeiro, 1973. p. 1195-1196.
- YAZLLE, M., Cunha, S., Sá, M., Sala, M., Carvalho, R., Baruffi,
I. & Almeida, S. -Pré-eclampsia I: Aspectos Clínicos. In: Re-
vista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro
1: Nº3, p. 89-94, 1979.
- KASER, O., Friedberg, V., Ober, K. G. Thomsen, K. & Zader, J.
-Toxicoses Gravídicas. In: Kaser, O. & col, Ginecologia Obs-
tetrícia. Barcelona, Salvat, 1970.
- REZENDE, J., Montenegro, C., -Prevenção da Toxemia. In: Jornal
Brasileiro de Ginecologia. 82(1): 327-338, 1976.
- FERRAZ, E., Fernandes, M.T., Marques, A.M., Baccarini, I., -Re-
sultado perinatal em dois esquemas terapêuticos na pré-eclam-
psia grave. In: Jornal Brasileiro de Ginecologia. 85(5): 243
247, 1978.
- LIMA FILHO, A., Godinho, L., Silva, R.E., Silva, T., Moraes, V.
& Viggiano, M. G., -Hipertensão e Gravidez. In: Jornal de Gi-
necologia e Obstetrícia 85(4): 177-189, 1978.
- ROSSI, E., Mello, E., Moraes, M.N., Alves, S.M., Borges, T., Ca-
seiro, U., Amorim, V., Viggiano, M.G. -Eclampsia-Estudo de
51 casos da Maternidade N. S. de Lourdes. In: Jornal Brasi-
leiro de Ginecologia e Obstetrícia 81(4): 159-170, 1976.
- CUNHA, S. P., Sala, M.M., Berezowsky, A., Sá, M., Yazlle, M., &
Jorge, S., -Pré-eclampsia. IV: Aspectos pediátricos. In: Re-
vista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro
3: Nº4, p. 196-198, 1981.
- CUNHA, F. M., -Doença hipertensiva na gravidez. In: Femina, 7:
536-542, 1979.

**TCC
UFSC
TO
0253**

N.Cham. TCC UFSC TO 0253

Autor: Zanetti, Sonia Reg

Título: Hipertensão - análise de 176 cas



972810884

Ac. 254386

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM