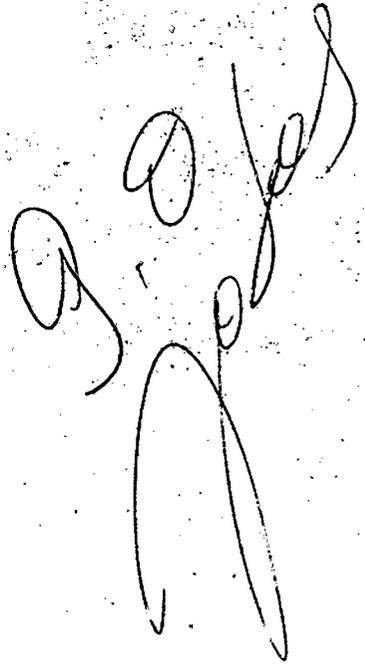


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL  
DIVISÃO DE TOCGINECOLOGIA

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. Regina Zanetti', is written in the upper right quadrant of the page.

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 ).<sup>(1)</sup>

Ferris, Thomas ( 1973 )<sup>(2)</sup>, 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
<b>TOTAL</b>	<b>1.474</b>	<b>100</b>

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
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

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	-
<b>TOTAL</b>	<b>152/86,36</b>	<b>22/12,48</b>	<b>2/1,12</b>

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	-
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>152/86,35</b>	<b>22/12,49</b>	<b>2/1,13 TOTAL:176/100</b>

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
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

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
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

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
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

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 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 O<sub>2</sub> 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, furosemida, 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 XIIe 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	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>20/11,26</b>	<b>145/81,87</b>	<b>12/ 6,76</b>

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
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>			

## 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