

Complicações hipertensivas na gravidez I mês na Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Lermann R.¹, Ribeiro F.¹, Dias E.², Campos A.³

RESUMO

A patologia hipertensiva ocorre em 6 a 8% das gravidezes e é a segunda causa de morte materna, contribuindo com 15% para essa taxa de mortalidade. É também causa significativa de morte fetal e morbi-mortalidade neonatal.

O objectivo deste trabalho foi avaliar, através de uma análise retrospectiva, as complicações hipertensivas na população de grávidas que tiveram o parto na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) em Novembro de 2005.

Durante este período 41 mulheres (10,1%) tiveram complicações hipertensivas.

Treze grávidas (31,7%) tinham hipertensão crónica, dezanove (46,3%) HIG, 5 (12,2%) PE moderada e 7 (17%) PE grave, com 3 casos de síndrome HELLP. Registou-se um caso de síndrome HELLP sem hipertensão arterial.

Registaram-se 9 casos de parto prematuro (22,5%) e uma morte fetal. A idade gestacional média foi 37 semanas. Assinalaram-se 9,7% de RCIU e nenhum caso de asfixia neonatal.

ABSTRACT

Hypertensive disorders during pregnancy are the second leading cause, after embolism, of maternal mortality, accounting for almost 15% of such deaths. Hypertensive disorders occur in 6% to 8% of pregnancies and contribute significantly to stillbirths and neonatal morbidity and mortality.

To analyse hypertensive complications in pregnancy, their outcome and follow-up three months after delivery was the objective of this study. We evaluated

retrospectively all pregnancies that delivered in our hospital during November 2005.

405 deliveries were analysed. 41 (10,1%) had had hypertensive complications. Thirteen (31,7%) had chronic hypertension, 19 (46,3%) developed gestational hypertension, 5 (12,2%) mild preeclampsia, 7 (17%) severe preeclampsia with 3 (7,3%) HELLP syndrome. There were 9 cases of prematurity and one stillbirth, 9,7% IUGR and no neonatal asphyxia.

INTRODUÇÃO

As complicações hipertensivas ocorrem em 6 a 8% das gravidezes, contribuindo com 15% para a taxa de mortalidade materna.

A patologia hipertensiva pode classificar-se em hipertensão arterial (HTA) crónica, pré-eclâmpsia (PE)/ eclâmpsia (E), HTA crónica agravada de pré-eclâmpsia e hipertensão induzida pela gravidez (HIG).

A hipertensão arterial define-se por tensão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e tensão arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Classifica-se como HTA crónica quando conhecida antes da gravidez ou diagnosticada antes das 20 semanas de gestação. A PE / E usualmente ocorre após as 20 semanas de gestação (ou mais precocemente em casos de patologia do trofoblasto). É determinada por elevação da pressão arterial associada a proteinúria ≥ 30 mg/dL. O seu espectro clínico pode ir de ligeira a grave. A presença de convulsões, sem outra etiologia reconhecida, define eclâmpsia.

A PE/E pode complicar a HTA crónica, determinando um pior prognóstico do que estas condições isoladas.

Quando nos encontramos na presença de hipertensão arterial, pela primeira vez na segunda metade da gravidez, sem proteinúria, classificamo-la como hipertensão gestacional.

1. Interno do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia do Serviço de Medicina Materno-Fetal, Maternidade Dr. Alfredo da Costa

2. Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia do Serviço de Medicina Materno-Fetal, Maternidade Dr. Alfredo da Costa

3. Directora do Serviço de Medicina Materno-Fetal, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa

Esta pode ser uma hipertensão transitória, com remissão até às 12 semanas pós-parto, ou pode persistir e é considerada HTA crónica.

A suspeita deste tipo de patologia, um correcto diagnóstico e uma vigilância rigorosa, com encaminhamento para um centro especializado, permitem prevenir morbilidade e mortalidade materna e fetal.

Sabe-se que PE/E, per si, não são causa de hipertensão essencial no pós-parto. É a patologia hipertensiva que se repete nas várias gestações, a presença de PE na múltipara, a doença hipertensiva precoce na gravidez que são indicadores de um maior risco cardiovascular no futuro destas mulheres.

MATERIAL E MÉTODOS

O objectivo deste trabalho foi avaliar as complicações hipertensivas na população de grávidas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC). Foi feita uma análise retrospectiva de todas as gravidezes de mulheres que tiveram o parto nesta maternidade durante o mês de Novembro de 2005. Foram avaliados os antecedentes de hipertensão e as complicações hipertensivas da actual gravidez. Desta população foram estudados os casos positivos, definidos como gravidezes com história de patologia hipertensiva - hipertensão crónica, hipertensão gestacional e PE/E.

As variáveis analisadas, nos casos positivos, foram: idade materna, paridade, etnia, índice de massa corporal, complicações maternas, idade gestacional no parto, tipo de parto, dias de hospitalização na Enfermaria e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e desfecho perinatal, nomeadamente restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) e asfixia neonatal (definido como índice de Apgar inferior a 7 ao quinto minuto).

Foi feita uma consulta 3 meses após o parto, onde foi avaliada a tensão arterial, o peso, o perfil lipídico e a glicémia.

RESULTADOS

No mês em estudo, 405 mulheres tiveram o parto na MAC. Destas, 41 (10,1%) tiveram complicações hipertensivas (**Gráfico 1**).

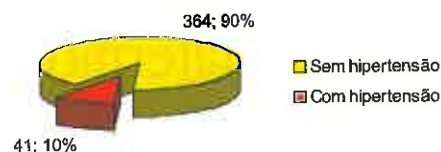


Gráfico 1: Prevalência das complicações hipertensivas



Gráfico 2: Paridade

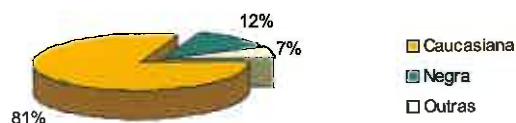


Gráfico 3: Étnia

No grupo das mulheres com patologia hipertensiva a idade média foi de 32,8 anos ($\pm 6,2$), o índice de massa corporal médio foi 28 ($\pm 5,7$), 81% de mulheres eram caucasianas e 51% eram nulíparas (**Gráfico 2 e 3**).

Treze grávidas (31,7%) tinham hipertensão crónica: destas, 3 (23%) não tiveram complicações, 7 (53,8%) tiveram agravamento da hipertensão e 3 (23%) desenvolveram um quadro de pré-eclâmpsia (PE) grave, com 1 caso de síndrome de HELLP. Dezanove grávidas (46,3%) tiveram HIG, 5 (12,2%) PE moderada e 7 (17%) PE grave, com 3 casos de síndrome de HELLP. Registou-se um caso de síndrome de HELLP sem hipertensão arterial. No grupo de estudo ($n=41$) verificou-se que em 21 mulheres (52%) não houve complicações, 7 (17%) tiveram hipertensão crónica agravada, 5 (13%) PE moderada e 7 (18%) PE grave. (**Gráfico 4 e 5**)

Estas complicações hipertensivas dispenderam 256 dias de internamento na enfermaria (6,24 dias/caso em média) e 29 dias na UCI (0,7 dias/caso em média).

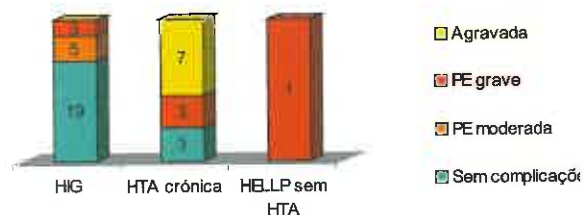


Gráfico 4: Patologia hipertensiva

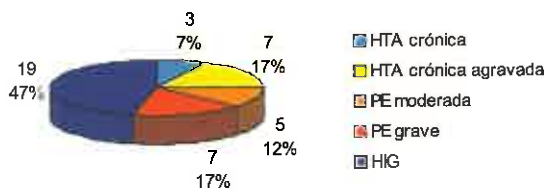


Gráfico 5: Complicações hipertensivas



Gráfico 6: Parto

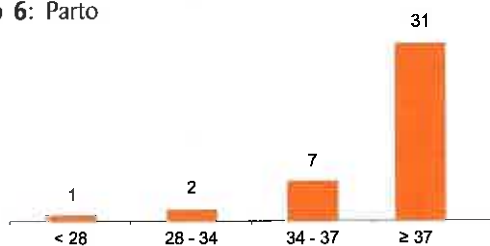


Gráfico 7: Idade gestacional no parto

Em 56% deste grupo o parto foi por cesariana (Gráfico 6).

Registaram-se 9 casos de parto prematuro (menos de 37 semanas) e uma morte fetal (às 24 semanas). A idade gestacional média foi 37 semanas. Não se verificou nenhum caso de grande prematuridade (menos de 28 semanas) (Gráfico 7).

Registaram-se 9,7% de RCIU e nenhum caso de asfixia neonatal.

Na consulta de follow-up verificou-se que um terço das mulheres mantinham hipertensão não controlada (33,3%), faziam terapêutica hipertensiva (33,3%) e tinham alteração do perfil lipídico (36,3%). Cerca de metade destas mulheres que continuavam hipertensas corresponderam a novos casos de HTA crônica (16,6%).

DISCUSSÃO

A prevalência de patologia hipertensiva na MAC foi de 10,1 %, valor acima do referido na bibliografia recente. Este dado pode-se justificar por ser um estudo realizado num centro terciário, que recebe grávidas de risco de outros centros hospitalares. Este grupo apresentou um IMC médio de 28 e 51% eram nulíparas. Estes dois factores - excesso de peso e nuliparidade - são factores de risco para

hipertensão. Não se registou mortalidade materna e houve uma morte fetal, numa gestação de 24 semanas. Este caso registou-se numa mulher com HTA crônica e PE grave sobreposta. A prematuridade foi de 22,5% com 9,7% de RCIU sem morbilidade neonatal maior, o que também justifica as complicações perinatais desta patologia.

Verificou-se que muitas destas mulheres continuaram hipertensas após a gravidez, com necessidade de terapêutica e com outras alterações associadas a risco cardio-vascular. Neste estudo cerca de um terço das mulheres encontrava-se nesta situação. Vários estudos sugerem que as mulheres que desenvolveram PE têm um risco aumentado de complicações cardio-vasculares no futuro. Sabe-se também que a HTA, obesidade / resistência à insulina e dislipidemia são importantes factores na etiopatogenia do acidente vascular cerebral e da doença coronária.

A correcta vigilância da gravidez é determinante para assinalar casos de patologia hipertensiva até então desconhecidos. As gravidezes complicadas por PE/HTA podem identificar mulheres em risco para doenças cardio-vasculares futuras. Estas situações devem ser alvo de intervenção médica no sentido de modificar comportamentos e reduzir factores de risco. Neste sentido, a consulta após o parto assume particular importância para o seguimento futuro destas mulheres, particularmente na prevenção de doenças cardio-vasculares.

BIBLIOGRAFIA

1. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy
2. Haddad B. et Sibai B. Expectant management of severe preeclampsia * nome do curso
3. American College of Obstetricians and Gynecologist. Hypertension in pregnancy. Washington: The College, 1996. Technical Bulletin n.219
4. Sibai BM et al. Pregnancy outcome in 303 cases with severe preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1984;64:319-25
5. Sibai BM. Expectant management of preeclampsia. Part 2 of 3: Best Practices for diagnosis and management of preeclampsia.
6. Joel G Ray, Marian J Vermeulen, Michael J Schull, Donald A Redelmeier. Cardiovascular health after maternal placental syndromes (CHAMPS): population-based retrospective cohort study. *Lancet* 2005;366:1797-803