

ANÁLISE CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF DISEASE SPECIFIC HYPERTENSIVE OF PREGNANCY

Aline Guedes Cozendey¹, Carla Vanessa Pereira da Silva Nogueira¹, Carolina Cassiano Rangel¹, Débora Moreira Bravin¹, Edwiges Brambila Vieira¹, Israel Nunes Alecrin²

1. Graduandas do 12º período da Faculdade de Medicina de Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

2. Médico Ginecologista e Obstetra, Especialista em Mastologia. Professor da Disciplina de Ginecologia e Coordenador de pós graduação da Faculdade de Medicina de Campos.

Faculdade de Medicina de Campos. Av Alberto Torres, 111, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação, caracterizada por hipertensão arterial sistêmica e proteinúria. Estima-se que em países desenvolvidos a DHEG ocorra em 6% das gestantes, sendo esta taxa duas a três vezes maior em países subdesenvolvidos. Apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública, devido as suas elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. **OBJETIVO:** Analisar os aspectos clínicos e epidemiológicos da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. **MÉTODOS:** Estudo documental desenvolvido no Hospital Plantadores de Cana (HPC), hospital referência regional em gestação de alto risco, em Campos dos Goytacazes, RJ. Foram estudados 1798 prontuários, referentes a todas as gestantes assistidas pelo serviço de obstetrícia no período de outubro de 2012 a março de 2013. Para coleta de dados foi elaborado um formulário. **RESULTADOS:** A prevalência de DHEG foi de 18,24%. Da amostra de 1798 atendidas no Serviço, 40,2% encontravam-se na faixa etária de 26 a 34 anos; 41,8% eram primigestas, destas, 8,53% tiveram crise hipertensiva e 2,13%, eclâmpsia, como principais intercorrências. As complicações fetais totalizaram 8,53% (28/328), sendo que 2,43% (8/328) foi decorrente de óbito intra uterino e 3,96% (13/328) de prematuridade. 71,6% das gestantes tiveram como resolução da internação o parto cesariano. **CONCLUSÕES:** a prevalência de DHEG foi de 18,24%. Torna-se imprescindível ressaltar a importância de se realizar o correto tratamento e acompanhamento das gestantes portadoras de DHEG, buscando, desta forma, diminuir as complicações materno-fetais e óbitos intrauterinos.

Palavras chave: DHEG, gestantes, hipertensão.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Specific Hypertension Disease in pregnancy (HDP) is a syndrome that happens at the end of the 2nd trimester of pregnancy, characterized by hypertension and proteinuria. It is estimated that in developed countries, preeclampsia occurs in 6% of pregnant women, as this rate is two to three times higher in developing countries. It presents itself as a major public health problems due to their high rates of morbidity and maternal and perinatal mortality. **OBJECTIVES:** To analyze the clinical and epidemiological aspects of Pregnancy Specific Hypertension Disease. **METHODS:** This study by the Cane Planters Hospital (HPC), a regional reference hospital for high-risk pregnancy, in Campos, RJ. 1798 records were studied, pertaining to all pregnant women assisted by the obstetrics service from October 2012 to March 2013. Data collection was designed a form. **RESULTS:** The prevalence of preeclampsia was 18.24%. Sample 1798 met in service, 40.2% were aged 26-34 years; 41.8% were first pregnancy, these, 8.53% had hypertensive crisis and 2.13%, eclampsia, as major complications. Fetal complications amounted to 8.53% (28/328), and 2.43% (8/328) was due to intra uterine death and 3.96% (13/328) of prematurity. 71.6% of pregnant women had the admission resolution cesarean delivery. **CONCLUSIONS:** The prevalence of preeclampsia was 18.24%. It is essential to stress the importance of conducting proper treatment and monitoring of pregnant women with preeclampsia, seeking thereby reduce maternal and fetal complications and intrauterine deaths.

Keywords: preeclampsia, pregnant women, hypertension.

Endereço para correspondência: Carla Vanessa P. da S. Nogueira

Rua São Jorge nº 72 - Goitacazes - 28110-000 Campos dos Goytacazes, RJ. E-mail: carlavanessa.ps@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação, persistindo durante todo o período gestacional, caracterizada por hipertensão arterial sistêmica e proteinúria¹.

Estimam-se que em países desenvolvidos a DHEG ocorra em 6% das gestantes, sendo esta taxa duas a três vezes maior em países subdesenvolvidos². No Brasil, foram encontradas taxas de 3,64% em uma instituição hospitalar pública, situada na Zona Leste da Grande São Paulo³; 14,5% na Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG)⁴.

A hipertensão na gestação é a principal causa de morte materna no país. As taxas diferem de acordo com a região estudada, mas em todas, a hipertensão ocupa o primeiro lugar, sendo responsável por cerca de 35% da taxa de 140 - 160 mortes maternas/100.000 nascidos vivos⁵⁻⁶. A taxa de mortalidade perinatal é de 150/1000 partos, e quando considerados outros diagnósticos como prematuridade, sofrimento fetal, crescimento fetal restrito, a hipertensão está assinalada como a maior causa dos óbitos fetal ou do recém-nato⁵⁻⁶.

A hipertensão na gestação apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública, devido as suas elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal⁷. Entre os principais fatores de risco para essa doença estão: nuliparidade, idade materna avançada, diabetes, hipertensão crônica, obesidade, histórico anterior ou familiar de pré-eclâmpsia e doença renal⁸.

A etiologia e fisiopatologia da DHEG permanecem pouco compreendidas. Acredita-se estarem envolvidos fatores genéticos, imunológicos e ambientais⁹.

A teoria sobre a patogênese da DHEG mais aceita, concebe a doença a uma possível disfunção endotelial materna, imunomediada, resultando em vasoconstrições arteriolares maiores do que as habituais na gestação e na hipertensão¹⁰.

Acredita-se que, numa tentativa do organismo de compensar a hipertensão, ocorra extravasamento de plasma para o espaço extravascular, levando à diminuição do volume plasmático, e da perfusão de diversos órgãos, como placenta, pulmões, cérebro, fígado e rins, que podem ficar comprometidos¹⁰.

Como parte da avaliação pré-natal inicial as mulheres grávidas devem ser questionadas sobre fatores de risco para pré-eclâmpsia. Após 20 semanas de gestação devem ser questionadas sobre sintomas específicos, incluindo distúrbios visuais, dores de cabeça persistentes, epigastralgia ou dor no quadrante superior direito e aumento edema. A altura uterina deve ser medida em cada visita pré-natal, uma vez que o tamanho menor do que o esperado para a idade gestacional pode indicar Retardo de Crescimento Intrauterino ou oligodramnia. Edema facial e ganho de peso rápido também devem ser notados pois esta síndrome se associa à retenção de fluidos¹.

Os critérios diagnósticos para a pré-eclâmpsia são:

- Pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mm Hg ou diastólica igual ou superior a 90 mmHg após 20 semanas de gestação em uma mulher com pressão arterial previamente normal;

- Proteinúria de 3 g ou mais de proteína numa recolha de urina de 24 horas (normalmente corresponde com 1+ ou superior no EAS).

Características tais como edema e elevação da pressão arterial acima dos valores iniciais do paciente já não são critérios de diagnóstico¹.

A avaliação laboratorial deve incluir enzimas hepáticas, contagem de plaquetas, nível de creatinina sérica, e uma coleta de urina de 12 a 24 horas para a medição de proteína total¹.

O tratamento da DHEG ocorre conforme a forma clínica da doença, sendo recomendado, para as formas mais leves, tratamento clínico ambulatorial programado. Orienta-se dieta especial, repouso durante o dia - em decúbito lateral esquerdo para promoção de uma melhora do fluxo uteroplacentário, aumento da filtração glomerular e, portanto, da diurese, levando à redução dos níveis pressóricos e menores edemas; sedação com diazepínicos e fenotiazídicos e consultas semanais ou mesmo a cada 3 a 4 dias. Para as formas graves recomenda-se, além dos cuidados mencionados, repouso absoluto, uso de anti-hipertensivos, aferição diária da pressão e prevenção das convulsões¹¹.

No caso de DHEG com eclampsia, a internação é obrigatória em Unidade de Terapia Intensiva, e o sulfato de magnésio (MgSO₄) é recomendado como primeira linha de tratamento. É sugerida ainda, a corticoterapia pré-natal para todas as mulheres que apresentam pré-eclâmpsia, antes de 34 semanas de gestação, para aceleração de maturidade pulmonar fetal¹⁰.

A única conduta eficaz para o tratamento da DHEG é extração do feto e seus anexos; sendo que a época para se adotar essa conduta varia de acordo com a forma clínica da doença, com a idade gestacional, com as condições intrauterinas do feto e com o estado funcional da placenta¹².

As principais complicações para a gestante são as cerebrovasculares, principalmente hemorragia cerebrovascular; além de insuficiência renal ou hepática e a Síndrome HELLP¹³ (grave complicação gestacional caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia¹⁴). Para o feto pode acarretar óbito intrauterino, presença de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), parto prematuro e baixo peso ao nascer, além de óbitos neonatais¹⁵.

Devido à importância e a repercussão desta doença no âmbito obstétrico e neonatal, tentando correlacionar à prevalência, os fatores de risco e suas complicações, é que foi motivada a realização deste estudo.

OBJETIVO

Analisar os aspectos clínicos e epidemiológicos da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez em Campos dos Goytacazes, RJ.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental desenvolvido na maternidade do Hospital Plantadores de Cana (HPC), hospital referência regional em gestação de alto risco, em Campos dos Goytacazes, RJ. Foram estudados 1798 prontuários, referentes à todas as gestantes acolhidas e assistidas pelo serviço de obstetrícia no período de outubro de 2012 a março de 2013.

Para coleta de dados foi elaborado um formulário com as variáveis de interesse para o estudo.

Os dados coletados foram tabulados em um banco de dados criado em MS EXCELL 2010 e analisados pelo Sistema de Análises Estatísticas e Genéticas – SAEG – versão 9.1, com os quais foram obtidas as frequências e as análises estatísticas das variáveis estudadas.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da Faculdade de Medicina de Campos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da população estudada (1798 prontuários), obteve-se uma amostra de 328 pacientes portadoras da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), o que corresponde a 18,24% do total. A amostra foi caracterizada por gestantes na faixa etária de 26 a 34 anos em 40,24% (132/328), conforme Figura 1. Das quais, 41,50% eram bran-

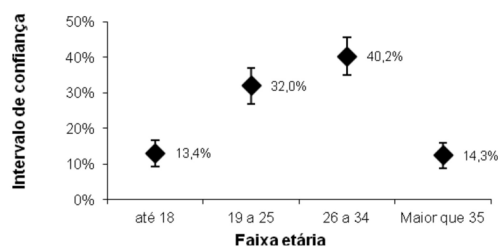


Figura 1: Faixa etária das gestantes portadoras de DHEG atendidas no HPC.

Tabela 1:
Variáveis epidemiológicas e clínicas das gestantes portadoras de DHEG atendidas no HPC.

Variável	Estrato	%	Li (95%)
Faixa etária	Até 18	13,41%	(9,50% a 16,8%)
	19 a 25	32,01%	(27,0% a 37,1%)
	26 a 34	40,24%	(34,9% a 45,6%)
	Maior que 35	14,32%	(8,90% a 16,1%)
Raça	Branca	41,50%	(36,10% a 46,8%)
	Negra	24,04%	(19,70% a 29,0%)
	Parda	32,90%	(27,80% a 38,0%)
	NC	1,20%	(0,0% a 2,4%)
Gesta	I	41,80%	(36,40% a 47,1%)
	II	19,80%	(15,50% a 24,1%)
	III	16,80%	(12,70% a 20,8%)
	IV	9,50%	(6,30% a 12,6%)
	V	3,0%	(1,20% a 4,90%)
	VI	2,40%	(0,80% a 4,1%)
	VII	1,20%	(0,0% a 2,40%)
	VIII	0,90%	(0,0% a 1,90%)
Pré natal	Acima de VIII	0,90%	(0,0% a 1,90%)
	NC	3,70%	(1,60% a 5,70%)
	Sim	61,90%	(56,6% a 67,1%)
	Não	6,40%	(3,80% a 9,10%)
Nº Consultas	NC	31,70%	(26,7% a 36,7%)
	1 a 3	6,89%	(2,10% a 6,50%)
	4 a 6	24,13%	(11,1% a 18,8%)
	7 a 10	55,17%	(29 % a 39,30%)

cas (136/328), da região central de Campos dos Goytacazes 46,95% (154/328), primigestas 41,80% (137/328), com história de aborto prévio 15,24% (50/328) e as gestantes que realizaram o pré-natal 61,90% (203/328), conforme Tabela 1.

Dentre os fatores de risco encontrados na população diagnosticada com DHEG, encontrou-se: 14,32% (47/328) das gestantes com idade avançada, ou seja, acima dos 35 anos, 4,57% (15/328) diabéticas, 13,41% (44/328) possuíam antecedentes patológicos de hipertensão crônica, 17,37 (57/328) de história familiar de hipertensão crônica. Sem complicações na gestação 70,73% (232/328) e das 21,34% (70/328) gestantes que tiveram complicações, 17,37% (57/328) sofreram crise hipertensiva, sendo 8,53% (28/328) primigestas e 3,65% (12/328) multíparas; e 3,96% (13/328) sofreram eclampsia, sendo sua maioria também em primigestas, 2,13% (7/328). As complicações fetais totalizaram 8,53% (28/328), sendo que 2,43% (8/328) foi decorrente de óbito intra uterino e 3,96% (13/328) de prematuridade e destes, 2,13% (7/328) eram filhos de primigestas.

Com relação à internação obstétrica, 61,28% (201/328) permaneceram por 03 a 05 dias e das 32,31% (106/328) que ficaram mais de 05 dias, 14,02% (46/328) eram primigestas, 7,01% (23/328) tinham mais de 35 anos, 4,87% (16/328) tinham menos de 18 anos e 4,26% (14/328) eram primigestas com menos de 18 anos. Das 259 gestantes com DHEG que evoluíram para trabalho de parto (78,95%), 71,64% (235/328) fizeram cesariana, conforme Tabela 2.

Tabela 2: Fatores de risco encontrados nas gestantes portadoras de DHEG atendidas no HPC.

Variável	Estrato	%	IC (95%)
Historia Familiar	Diabetes	14,93%	(11,08% a 18,80%)
	Gemelares	10,67%	(7,33% a 14,01%)
	HAS	17,37%	(13,28% a 21,48%)
	Outros	0,91%	(0,0% a 1,90%)
Antecedentes patológicos	Sem alterações	49,39%	(44% a 54,8%)
	NC	26,21%	(21,50% a 31%)
	Nenhum	60,97%	(55,70% a 66,30%)
	HAS	13,41%	(9,72% a 17,10%)
Complicação da Gestante	Diabetes	4,57%	(2,31% a 6,83%)
	ITU	3,96%	(1,85% a 6,70%)
	Outra	5,18%	(2,80% a 7,60%)
	NC	15,54%	(11,60% a 19,50%)
Complicação do Feto	Nenhuma	70,73%	(65,80% a 75,70%)
	Crise hipertensiva	17,37%	(13,30% a 21,50%)
	Eclâmpsia	3,96%	(1,90% a 6,10%)
	Outra	7,31%	(0,0% a 0,90%)
Complicação do Feto	NC	0,60%	(0,0% a 1,50%)
	Prematuridade	3,96%	(1,90% a 6,10%)
	Baixo peso	0,30%	(0,0% a 0,90%)
	Óbito IU	2,43%	(0,8% a 4,10%)
do Feto	Macrossomia	1,82%	(0,4% a 3,30%)
	Oligogammnia	1,82%	(0,0% a 1,90%)
	Nenhuma	85,06%	(81,2% a 88,90%)
	Outras	3,04%	(1,20% a 4,90%)

CONCLUSÃO

A pre-valorização de DHEG foi de 18,24%. Torna-se imprescindível ressaltar a importância de se realizar o corre-

to tratamento e acompanhamento das gestantes portadoras de DHEG, buscando, desta forma, diminuir as complicações materno-fetais e óbitos intrauterinos.

REFERÊNCIAS

1. WAGNER, L. K. **Diagnosis and Management of Preeclampsia**. Am Fam Physician. v. 70 n. 12. p. 2317-2324. Dezembro 2004. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2004/1215/p2317.html>>. Acesso em: 21 jun 2015
2. MOURA, M.D.R.; CASTRO, M. P.; MARGOTTO, P. R.; RUGOLO, L. M. S. S.. **Hipertensão arterial na gestação: importância do seguimento materno no desfecho neonatal**. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S113-S120, 2011.
3. GONCALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. **Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 1, Feb. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2014.
4. ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. **Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 91, n. 1, July 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2014.
5. Ministério da Saúde/FUNASA/CENEP. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.
6. Associação Médica Brasileira. Projetos diretrizes. Hipertensão na gravidez [sitio na Internet]. 2003 [citado 2005 jul 11]. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br>.
7. CHAIM, S.R.P.; Oliveira, S.M.J.V.; Kimura, A.F. **Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento**. Acta Paul Enferm, 21(1):53-8. 2008.
8. ROBERTS, C.L.; FORD, J.B. ; ALGERT, C.S. ; ANTONSEN, S.; <http://bmjopen.bmj.com/content/1/1/e000101.full> - aff-2CHALMERS, J.; CNATTINGIUS, S. *et al.* **Population-based trends in pregnancy hypertension and pre-eclampsia: an international comparative study, 2011**. Disponível em: <<http://www.bmjopen.bmj.com/content/1/1/e000101.full.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2013.
9. PERACOLI, J. C., PARPINELLI, M. A. **Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., vol.27, no.10, p.627-634. Out. 2005.
10. MAGEE L.A.; HELEWAM.; MOUTQUIN J.M.; VON DADELSZEN, P. **For the Hypertension Guideline Committee. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy**. SOGC Clinical Practice Guideline, No. 206, March 2008. J Obstet Gynaecol Can, v. 30, nº 03, S1-S48. Março, 2008. Disponível em: <<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui206CPG0803hypertensioncorrection.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2013.
11. MAYO, C.T.R.; ARAÚJO, E.M. **Efeitos hemodinâmicos da fisioterapia em gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez**. Rev. Perspectivas on line. v. 2 n. 8, p. 91-98, 2008. Disponível em: <[http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n8/volume%202\(8\)%20artigo8.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n8/volume%202(8)%20artigo8.pdf)>. Acesso em: 13 ago 2013.
12. SOUZA, F.L. **Atuação do enfermeiro frente à prevenção da doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG)**. Webartigos, 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/atuacao-do-enfermeiro-frente-a-prevencao-da-doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidez-dheg/58572/>>. Acesso em: 13 ago 2013.
13. MACKAY, A. P; BERG C. J; ATRASH H. K. **Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia**. Obstetrics & Gynecology v. 97 nº. 4 p. 533. Abril, 2001. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2001/04000/Effects_of_Symmetric_and_Asymmetric_Fetal_Growth.11.aspx>. Acesso em: 13 ago 2013.
14. TORGERSEN, K. Crises hipertensivas. In: NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, cap.36, p.1074-1097. 2003
15. AMORIN, M.M.R., KATZ, L., VALENÇA, M., ARAÚJO, D.E. **Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, Brasil**. R. Assoc. Med. Bras, 54(3): 261-6. 2008.