

16. Paladi Gheorghe : Ginecologie endocrinologică., Chișinău 1999.
17. Barton R., Cerra F. The hypermetabolism multiple organ failure syndrome // Chest. 1989. - Vol.5. - P. 1153-1160.
18. Candiani G.B. Risk of recurrence after myomectomy/ G.B. Candiani, P. Fedele// Brit. J. Obstet. Gynecol.- 1991.-Vol.98.-P. 385-389.
19. De Carolis S. Uterine myomectomy in pregnant women/ S De Carolis, G. Fatigante// Clin Exp Obstet Gynecol.- Vol.- 31.- P. 197.

DIAGNOSTICUL STĂRILOR HIPERTENSIVE ÎN SARCINĂ

Polina Bujac, Ion Bologan, Elena Mecineanu, Victoria Lazari

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Diagnosis of hypertensive conditions in pregnancy

Hypertensive conditions in pregnancy are a current problem and of a great importance in obstetrics and gynecology. The study included 203 patients with hypertensive status, who were hospitalized for treatment in obstetric wards of the IMSP SCM no.1 and ICȘDOSM and C during the year 2010.

On the basis of the study it was established that: at 69.45% of patients the diagnosis was established according to criteria of the National Protocol, proteinuria was determined in 79.80% of patients, hypotensive therapy was administered correctly in 80.29% of patients, anticonvulsive administered therapy was to 53,02%; pregnancies finished with natural birth constitutes 59.11%.

Rezumat

Stările hipertensive în sarcină constituie o problemă actuală și de o importanță majoră în obstetrică și ginecologie. În studiu au fost incluse 203 paciente cu stări hipertensive, care au fost internate pentru tratament în secțiile obstetricale ale IMSP SCM nr.1 și ICȘDOSM și C pe perioada anului 2010.

În baza studiului efectuat am constatat că: la 69,45% din paciente diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național; proteinuria s-a determinat la 79,80% din paciente; tratamentul hipotensiv a fost administrat corect la 80,29% din paciente; terapia anticonvulsivă s-a administrat la 53,02%; sarcina finisată prin naștere naturală constituie 59,11%.

Actualitatea

Prevalența și incidența hipertensiunii în sarcină constituie 7-9% de femei gravide [1,6]. De hipertensiune cronică suferă 1-2% de gravide. La majoritatea din aceste femei hemodinamica se adaptează bine la procesul de gestație, dar în aproximativ 15% cazuri (între 10 și 20%) apare preeclampsia (preeclampsie la femei cu HTA cronică) [1,11].

Hipertensiunea apărută pentru prima dată în sarcină se diagnostică în 5-8 %. HTA gestațională nonproteinurică este stabilită la 4-5% din gestante. La un număr important din aceste femei maladia se repetă în sarcinile ulterioare, iar la 20 % din ele cauzează o hipertensiune cronică în viitor [1,6,8].

Preeclampsia (asocierea HTA cu proteinurie sau simptome) se dezvoltă la circa 2% din gravide, majoritatea din ele fiind primipare [1,3,6]. Anual, de complicațiile preeclampsiei decedează circa 50.000 de gravide. Mortalitatea maternă în eclampsie variază între 1 și 20%, cea perinatală – între 1,5 și 35% [1,3,8].

În anul 2008 în Republica Moldova au fost înregistrate 18,1 cazuri la 1000 nașteri de preeclampsie/eclampsie, dintre care 13% sunt responsabile de mortalitatea maternă. Eclampsia se face responsabilă de mortalitatea maternă în 1-20% și de cea perinatală 1,5-35% [1,11].

Actualitatea acestei probleme se menține în urma nestabilirii diagnosticului corect și întârziat ceea ce duce la o monitorizare greșită a gravidei și apariția complicațiilor ce pun în pericol atât viața mamei cât și a fătului. Pierderile materne și fetale pot fi prevenite prin câteva măsuri simple la nivelul asistenței medicale, în special celei primare prin stabilirea diagnosticului corect și ulterior aplicării unui tratament corespunzător.

Scopul

Evaluarea managementului stărilor hipertensive în sarcină, a monitorizării prenatale și a urmăririi postnatale, pentru îmbunătățirea pronosticului matero-fetal.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu retrospectiv, ce a inclus 203 paciente cu stări hipertensive, care au fost internate pentru tratament în secțiile obstetricale ale IMSP SCM nr.1 și ICȘDOSM și C pe perioada anului 2010. În această perioadă în maternitatea IMSP SCM nr.1 au fost înregistrate 8300 nașteri, astfel incidența stărilor hipertensive a constituit 1,24% din numărul total de nașteri. Au fost evaluate: datele anamnestice (vârsta, paritatea, afecțiunile extragenitale, particularitățile evoluției sarcinii, ale evoluției bolii: durata, cifrele TA la prima evaluare, adaosul ponderal); datele obiective (valorile TA, simptome clinice subiective); rezultatele investigațiilor de laborator (numărul de trombocite, proteinuria, testele hepatice, creatinina serică, ș.a.); USG + Ecografia Doppler pe artera ombelicală (analiza creșterii fetale, indecelui de lichid amniotic, gradului de suferință fetală; aprecierea tacticii de conduită (tratamentul antihipertensiv, anticonvulsiv, și durata administrării, indicații pentru finisarea sarcinii, modalitatea nașterii).

Rezultate

1. Rezultate generale obținute în urma studiului efectuat în cadrul IMSP SCM nr.1.

În cadrul maternității IMSP SCM nr.1 am studiat fișele medicale la 103 paciente, dintre care 89 paciente (86,4%) cu diagnosticul de HTAIS (hipertensiune arterială indusă de sarcină), iar 14 paciente (13,59%) cu diagnosticul de preeclampsie severă. La stabilirea diagnosticului conform criteriilor Protocolului Național am constatat că din cele 89 paciente cu HTAIS, la 68 paciente (76%) diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național, la 21 paciente (24%) diagnosticul nu corespunde criteriilor Protocolului Național. În cazul preeclampsiei severe la 10 paciente (71%) diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național, la 4 paciente (29%) diagnosticul nu corespunde criteriilor Protocolului Național. Deși prezența proteinuriei este criteriul de bază pentru stabilirea diagnosticului de preeclampsie, analizând fișele medicale la pacientele cu HTAIS, la etapa internării, analiza generală de urină pentru determinarea proteinuriei a fost efectuată la 54 paciente (60,67%), la 35 paciente (39,32%) analiza generală a urinei nu este în fișa medicală. La pacientele cu preeclampsie severă proteinuria a fost apreciată la toate pacientele (100%). Aprecierea proteinuriei la paciente cu stări hipertensive este reprezentată în Figura 1.

În continuare, conform standartelor internaționale, conduita în caz de stare hipertensivă, este una riguroasă, cu monitorizarea atentă a stării generale a gravidei și fătului. Recomandările Protoalelor Naționale, pe lângă monitorizarea gravidei și fătului, includ tratament medicamentos. Managementul medicamentos include tratament anticonvulsiv și antihipertensiv. Scopul tratamentului antihipertensiv este de a reduce TA la un nivel la care să se poată menține un minim de siguranță pentru mamă, fără a compromite perfuzia utero-placentară și starea fătului.

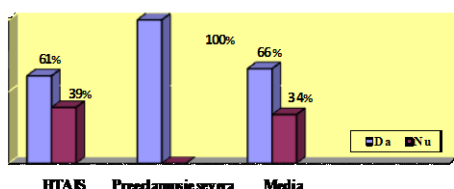


Figura 1. Aprecierea proteinuriei la paciente cu stări hipertensive

Tratamentul antihipertensiv se recomandă a fi inițiat la valori ale TA mai mari de 150/100 mm Hg cu utilizarea preparatelor de elecție ca Metildopa, Nifedipina, ș.a. Conduita pacientelor cu stări hipertensive a prevazut administrarea tratamentului antihipertensiv la 36 paciente (40,44%) dar, tratament s-a administrat la 23 paciente (25,84%), 13 paciente (14,60%) nu au primit tratament antihipertensiv. O parte din paciente (59,55%) nu necesită administrarea tratamentului antihipertensiv, însă în lipsa indicațiilor 4 pacienți (4,49%) au primit tratament. În cazul pacientelor cu preeclampsie severă 9 paciente (64,28%) din cele 14 paciente, au primit tratament, 2 paciente (14,28%) n-au primit tratament, 2 paciente nu necesită administrare tratamentului antihipertensiv și o pacientă (7,14%) a primit tratament în lipsa indicațiilor medicale. Analizând minuțios rezultatele obținute, am constatat că tratament hipotensiv s-a administrat corect, conform Protocolului Național la 83 paciente (81%), iar la 20 paciente tratament hipotensiv s-a administrat incorect.

La stabilirea diagnosticului de preeclampsie severă toate pacientele necesită administrarea tratamentului anticonvulsiv, pentru a preveni apariția complicațiilor materne și fetale. Deoarece incidența apariției episoadelor convulsive este: prenatal 38-55%, intranatal 13-36%, postnatal 5-39%. Terapia anticonvulsivă s-a efectuat prenatal la 8 paciente (80%), intranatal la 5 paciente (50%), iar la 2 paciente (20%) tratament anticonvulsiv nu s-a administrat. În perioada postnatală, Protocolul Național recomandă monitorizarea atentă a lăuzei, administrarea în continuare a antihipertensivelor și continuarea tratamentului anticonvulsiv cel puțin 24 ore după naștere. În cazurile incluse în studiu tratament anticonvulsiv a fost administrat la 8 paciente (80%).

Conform recomandărilor Protocolul Național, naștera este singura metodă efectivă de tratament al stărilor hipertensive. Atunci când complicațiile apărute pun în pericol viața mamei este recomandată naștera, chiar dacă fătul este prematur. În studiul efectuat, modalitatea în care s-a realizat naștera este următoarea: în cazul HTAIS sarcina s-a finisat prin naștere naturală la 67 paciente (75,28%) și prin operație cezariană la 22 paciente (24,71%). La pacientele cu preeclampsie severă sarcina s-a finisat prin operație cezariană 100% paciente.

2. Rezultate generale obținute în urma studiului efectuat în cadrul ICȘDOSM și C

În cadrul ICȘDOSM și C, am studiat fișele medicale la 100 paciente, dintre care 42 paciente cu diagnosticul de HTAIS, 29 paciente cu diagnosticul de Preeclampsie ușoară și 29 paciente cu diagnosticul de Preeclampsie severă. La stabilirea diagnosticului conform criteriilor Protocolului Național am constatat că din cele 42 paciente cu HTAIS, la 26 paciente (61,90%) diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național, la 16 paciente (38,09%) diagnosticul nu corespunde criteriilor Protocolului Național. La pacientele cu preeclampsie ușoară diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național la 14 paciente (48,27%), iar la 15 paciente (51,72%) diagnosticul este incorect. În cazul preeclampsiei severe la 23 paciente (79,31%) diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național, la 6

paciente (20,68%) diagnosticul nu corespunde criteriilor Protocolului Național. Așadar am constatat că la 63 paciente (63%) diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național și la 37 paciente (37%) diagnosticul este incorect.

Cum am menționat anterior prezența proteinuriei este criteriul de bază pentru stabilirea diagnosticului de preeclampsie, analizând fișele medicale la pacientele cu HTAIS, la etapa internării, proteinuria în 24 ore a fost apreciată la 37 paciente (88,09%), la 5 paciente (11,90%) analiza generală a urinei nu este în fișa medicală. În cazul pacientelor cu preeclampsie ușoară, proteinuria a fost apreciată la 28 paciente (96,55%) și doar la o pacientă (3,44%) lipsește analiza generală a urinei. La pacientele cu preeclampsie severă proteinuria a fost apreciată la toate pacientele (100%). Deci, proteinuria în 24 ore a fost apreciată în 94% din cazuri, iar la 6% este absentă.

Conform Protocolului Național, tratamentul antihipertensiv se recomandă a fi inițiat, la valori ale TA mai mari de 150/100 mm Hg. Conduita pacientelor cu stări hipertensive a prevăzut administrarea tratamentului antihipertensiv la 14 paciente (33,33%) dar, tratament s-a administrat la 10 paciente (23,80%), 4 paciente (9,52%) nu au primit tratament antihipertensiv. O parte din paciente (66,66) nu necesită administrarea tratamentului antihipertensiv, însă în lipsa indicațiilor 3 paciente (7,14%) au primit tratament. Din cele 29 paciente cu preeclampsie ușoară, 14 paciente (48,27%) necesită administrarea tratamentului, dar s-a administrat doar la 11 paciente (37,93%), 15 paciente (51,72%) nu necesită tratament, însă 5 paciente (17,24%) au primit tratament în lipsa indicațiilor medicale. În cazul pacientelor cu preeclampsie severă 20 paciente (68,96%) din cele 29 paciente, au primit tratament, 5 paciente (17,24%) n-au primit tratament, 4 paciente nu necesită administrare tratamentului antihipertensiv. Analizând minuțios rezultatele obținute, am constatat că tratament hipotensiv s-a administrat corect, conform Protocolului Național la 80 paciente (80%), iar la 20 paciente tratament hipotensiv s-a administrat incorect.

Diagnosticul de preeclampsie severă prevede administrarea tratamentului anticonvulsiv la toate pacientele, pentru a preveni apariția complicațiilor materne și fetale. Terapia anticonvulsivă s-a efectuat prenatal la 18 paciente (78%), intranatal la 9 paciente (39%), iar la 5 paciente (22%) tratament anticonvulsiv nu s-a administrat și în perioada postnatală tratament anticonvulsiv s-a administrat la 15 paciente (65%). Rezultatele sunt reprezentate în Figura 2:

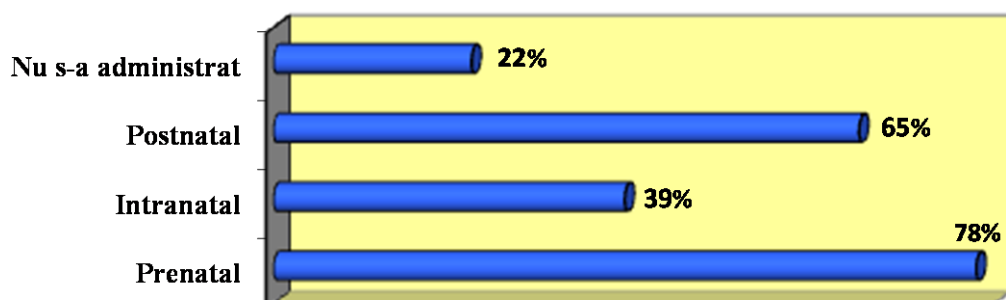


Figura 2: Administrarea tratamentului anticonvulsiv în preeclampsie severă

În studiul efectuat, modalitatea în care s-a realizat nașterea este următoarea: în cazul HTAIS sarcina s-a finisat prin naștere naturală la 76% paciente și prin operație cezariană la 24% din paciente. În cazul pacientelor cu preeclampsie ușoară, sarcina s-a finisat prin naștere naturală 52% cazuri și prin operație cezariană în 48% cazuri. La pacientele cu preeclampsie severă sarcina s-a finisat prin naștere naturală la 21% din paciente iar prin operație cezariană la 79% din paciente.

3. Compararea rezultatelor obținute între IMSP SCM nr. 1 și ICȘDOSM și C

Stabilirea corectă a diagnosticului are importanță majoră, deoarece de aceasta depinde conduita ulterioară a pacientelor, deci, analizând rezultatele obținute, dintre cele două maternități IMSP SCM nr. 1 și ICȘDOSM și C, în baza stabilirii diagnosticului pe stările hipertensive, am constatat că din cele 103 paciente din maternitatea IMSP SCM nr. 1 la 78 paciente (75.72%) diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național, iar la 25 paciente (24.27%) diagnosticul stabilit nu corespunde criteriilor Protocolului Național.

În cadrul maternității ICȘDOSM și C la 63 paciente (63%) diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național, iar la 37 paciente (37%) diagnosticul stabilit nu corespunde criteriilor Protocolului Național. Deci, putem spune că în cadrul maternității IMSP SCM nr.1 am obținut un rezultat mai bun 75,72% în comparație cu 63% din maternitatea ICȘDOSM și C.

La etapa internării în maternitate, în cazul suspectării unei stări hipertensive, analiza generală a urinei cu determinarea proteinuriei este obligatorie. Totuși proteinuria în 24 ore a fost apreciată în cadrul maternității IMSP SCM nr.1 la 66% din paciente, iar în cadrul maternității ICȘDOSM și C proteinuria a fost apreciată la 94% din paciente.

În studiul efectuat în maternitatea IMSP SCM nr.1 tratament antihipertensiv s-a administrat corect la 83 paciente (81%) și la 20 paciente (19%) administrarea tratamentului a fost incorectă. În cadrul maternității ICȘDOSM și C tratament antihipertensiv s-a administrat corect la 80 paciente (80%) și la 20 paciente (20%) administrarea tratamentului a fost incorectă.

Tratamentul anticonvulsiv este strict necesar de administrat în cazul preeclampsiei severe pentru a preveni apariția complicațiilor materno-fetale. Vom menționa că starea pacientelor cu preeclampsie severă se înrăutățește mult în timpul travaliului și în primele ore după naștere. Din aceste considerente, odată inițiată terapia anticonvulsivă trebuie prelungită pe toată durata nașterii și cel puțin 24 ore în perioada postnatală. Analizând rezultatele obținute dintre cele două maternități IMSP SCM nr.1 și ICȘDOSM și C, am constatat că în cadrul maternității IMSP SCM nr.1 conduita tratamentului anticonvulsiv a fost mai riguroasă. Totuși rezultatele obținute nu diferă semnificativ, variind între 2-15%. Rezultatele obținute sunt reprezentate în Figura 3:

Analizând modalitatea în care s-a realizat nașterea, am constatat că în maternitatea IMSP SCM nr.1 sarcina s-a finisat prin naștere naturală 67 din gravide (65%) și prin operație cezariană 36 din gravide (35%), iar în maternitatea ICȘDOSM și C sarcina s-a finisat prin naștere naturală 53 din gravide (53%) și prin operație cezariană 47 din gravide (47%), aici mai pe larg fiind efectuate operații cezariene.

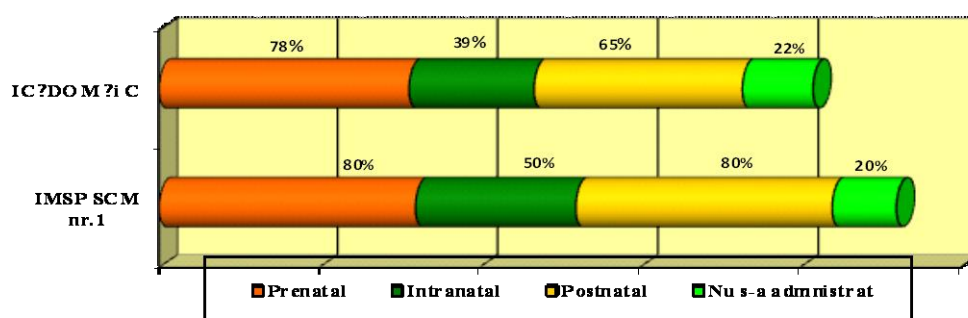


Figura 3: Tratament anticonvulsiv în preeclampsia severă

Concluzii

- În urma studierii fișelor medicale din cele două instituții medicale IMSP SCM nr.1 și ICȘDOM și C am constatat că: la 69,45% din paciente diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național, iar la 30,54% din paciente diagnosticul a fost stabilit incorect .
- Proteinuria s-a determinat la 79,80% din paciente, iar la 20,19% din paciente analiza generală a urinei cu determinarea proteinuriei lipsește.
- Tratamentul hipotensiv a fost administrat corect la 80,29% din paciente, iar la 19,70% din paciente, tratamentul hipotensiv s-a administrat incorect.
- Terapia magnezială s-a administrat prenatal la 78,78% din paciente, intranatal la 42,42% din paciente și postnatal la 69,69% din paciente, iar 21,21% din paciente nu s-a administrat terapia magnezială.
- Sarcina finisată prin naștere naturală constituie 59,11%, iar prin operație cezariană 40,88%.

Bibliografie

1. Friptu V., Hodorogea S., Bologan I., Burnusus C., Cotelnic C., Potacevski O. "Stările hipertensive în timpul sarcinii", Protocol național, elaborat noiembrie 2010.
2. Paladi Gh., Cernetchi O., Obstetrică Patologică vol.II. Chișinău, 2007.
3. Anonymous. The sixth report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med. 1997; 157:2413-2446.
4. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guidelines N 206, March 2008. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2008; 30 (3): supl.1,p.1-58.
5. Goldenberg RL, Cliver SP, Bronstein J, Cutter GR, Andrews WW, Mennemeyer ST. Bed rest in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 1994;84:131-6.
6. Haddad B, Deis S, Goffinet F, Paniel BJ, Cabrol D, Siba BM. Maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks' gestation. Am J Obstet Gynecol 2004;190:1590-7.
7. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, August 2010.
8. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:S1-S22.
9. Sibai BM. Hypertension. In: Gabbe SG, Nietbyl JR, Simpson JL, eds. Obstetrics: Normal and Problem Problem Pregnancies. 4th edition. New York: Churchill Livingstone, 2002: 945-1004.
10. <http://ezamsha.dev.asm.md/> Analele Științifice ale USMF, „N.Testemițanu” /2009/Ediția X-a, Volumul 5/Obstetrică și Ginecologie/Starile Hipertensive în Sarcina Aspecte Practice de Conduita.Pdf.