

RESUMO EXPANDIDO

Título: Avaliação das alterações hematológicas e bioquímicas em parturientes com pré-eclâmpsia grave atendidas em um hospital escola de Pernambuco: corte transversal.

Aluno: Marcelo Fernando do Amaral

Orientadora: Carolina Del Mar Paiva de Carvalho

Colaboradora: Ariani Impieri de Souza

Introdução: A hipertensão arterial é a comorbidade clínica mais comum na gravidez e põe em risco a saúde materno e fetal. A pré-eclâmpsia, uma das formas de hipertensão na gravidez, se caracteriza por ser um processo multisistêmico que apresenta, geralmente, a combinação da hipertensão arterial e proteinúria que se desenvolve após a 20^o semana de gestação. Ela pode ser classificada como pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade e pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, e para essa classificação além de dados clínicos, se faz necessário a monitorização de parâmetros laboratoriais através da avaliação da função renal, enzimas hepáticas, hemograma, lactato desidrogenase (LDH), bilirrubinas, proteínas e creatinina urinárias. **Objetivo:** Avaliar as alterações laboratoriais encontradas nas parturientes, com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e descrever o perfil obstétrico dessas mulheres. **Método:** foi realizado um estudo de corte transversal, descritivo e retrospectivo. A amostra foi de conveniência, e incluiu 50 prontuários de parturientes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade que tiveram seus partos no IMIP entre Janeiro e Junho de 2019 selecionados conforme os critérios de elegibilidade. As variáveis estudadas foram: idade materna, número de gestações, abortos prévios, duração da gestação, via de parto utilizada, hemograma, bilirrubinas total e frações, aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT) e creatinina. **Resultados:** A média de idade das parturientes foi de 27,2 anos $\pm 7,87$, sendo que 68% tiveram seus partos através de cesarianas e 32% por via vaginal. 40% estavam na sua primeira gestação, 78% não tinham histórico de aborto prévio e 68% das gestações foram a termo. Nas variáveis laboratoriais, das que foram submetidas a cesarianas, as variações foram: 11% bilirrubina total, 24% bilirrubina direta, 1% bilirrubina indireta, 1,4% creatinina, 24% AST, 38% ALT, -8% hemoglobina, -10% hematócrito, 36% leucócitos e 0,4% nas plaquetas; Nas submetidas ao parto vaginal, tiveram variações de: 10% na bilirrubina total, 19%

bilirrubina direta, 2% bilirrubina indireta, -0.3% creatinina, 21% AST, 15% ALT, -6% hemoglobina, -6% hematócrito, 53% leucócitos e -2% nas plaquetas. **Conclusão:** no estudo foi possível observar que o perfil epidemiológico e as características obstétricas se assemelham a outros trabalhos encontrados na literatura, que um grande número de cesárias foram utilizadas como desfecho gestacional e que apesar de ocorrerem variações nas variáveis laboratoriais essas não parecem ser significativas clinicamente.

Palavras chaves: Pré-Eclâmpsia; Testes hematológicos; Análise química do sangue; Hemorragia Pós-Parto; Cesárea.

AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS E BIOQUÍMICAS EM
PARTURIENTES COM PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
ESCOLA DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL.

Marcelo Fernando do Amaral¹, Carolina Del Mar Paiva de Carvalho², Ariani Impieri Souza³.

1.Marcelo Fernando do Amaral

Estudante do 10º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: (81) 99926-3790; E-mail: marcelofamaral@yahoo.com.br

2.Carolina Del Mar Paiva de Carvalho

Médica Ginecologista-Obstetra do IMIP - Instituto de Medicinal Integral Professor Fernando Figueira e Docente do curso de medicina da FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: (81) 999119665/30320648; E-mail: carol.delmar@gmail.com

3.Ariani Impieri Souza

Médica Ginecologista e pesquisadora do IMIP- Instituto de Medicinal Integral Professor Fernando Figueira. Docente do curso de graduação em medicina da FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 988227351; E-mail: ariani@imip.org.br

INSTITUIÇÃO

Instituto de Medicinal Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) Rua dos Coelhoos, 300. Boa Vista - Recife, PE - Brasil. CEP 50070-550. Telefone: (81) 2122.4100 - Caixa Postal 1393

RESUMO

Objetivo: Avaliar as alterações laboratoriais encontradas nas parturientes, com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e descrever o perfil obstétrico dessas mulheres. **Método:** O estudo foi de corte transversal, descritivo e retrospectivo realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). A população incluiu parturientes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade que tiveram parto na instituição entre janeiro e junho de 2019. A amostra foi do tipo conveniência, sendo 50 prontuários selecionados para inclusão no estudo conforme os critérios de elegibilidade. As variáveis estudadas foram: idade materna, número de gestações, abortos prévios, duração da gestação, via de parto utilizada, hemograma, bilirrubinas total e frações, aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT) e creatinina. Os dados foram coletados por meio de formulários padronizados, pré-codificados e analisados em programa Stata12.1

Resultados: A média de idade foi de 27,2 anos \pm 7,87 anos, sendo que 68% tiveram seus partos através de cesarianas e 32% por via vaginal. 40% estavam na sua primeira gestação, 78% não tinham histórico de aborto prévio e 68% das gestações foram a termo. Nas variáveis laboratoriais, das que foram submetidas a cesarianas, as variações foram: 11% bilirrubina total, 24% bilirrubina direta, 1% bilirrubina indireta, 1,4% creatinina, 24% AST, 38% ALT, -8% hemoglobina, -10% hematócrito, 36% leucócitos e 0,4% nas plaquetas; Nas submetidas ao parto vaginal, tiveram variações de: 10% na bilirrubina total, 19% bilirrubina direta, 2% bilirrubina indireta, -0.3% creatinina, 21% AST, 15% ALT, -6% hemoglobina, -6% hematócrito, 53% leucócitos e -2% nas plaquetas. **Conclusão:** no estudo foi possível observar que o perfil epidemiológico e as características obstétricas se assemelham a outros trabalhos encontrados na literatura, que um grande número de cesárias foram utilizadas como desfecho gestacional e que apesar de ocorrerem variações nas variáveis laboratoriais essas não parecem ser significativas clinicamente.

Palavras chaves: Pré-Eclâmpsia; Testes hematológicos; Análise química do sangue; Hemorragia Pós-Parto; Cesárea.

ABSTRACT

Objective: Assesment how laboratory changes in postpartum pregnant women, with preeclampsia with several features and describe their profile. **Method:** The study was a cross-sectional, descriptive and retrospective. The population included postpartum pregnant women with preeclampsia with several features who had yours labor between January and June 2019 at the Institute of Integral Medicine. Fernando Figueira (IMIP). The sample was 50 medical records. The variables were: maternal age, number of pregnancies, previous abortions, gestation duration, delivery management, blood count, bilirubin and total fractions, liver transaminases and serum creatinine. The data were collected in standardized forms, scanned in database in the program Stata version 12.1. **Results:** The mean age was 27.2 years $\pm 7,87$ and 68% had their deliveries by caesarean section and 32% by vaginal delivery. 40% were in your first pregnancies, 78% had no history of abortion and 68% of pregnancies were after 37 weeks and before 42 weeks. Laboratory variable in cesarean section group was: 11% total bilirubins, 24% direct bilirubins, 1% indirect bilirubins, 1,4% serum creatinine, 24% AST, 38% ALT, -8% hemoglobin, -10% hematócrit, 36% leukocytes e 0,4% nas platelets; In group with nature labor, 10% total bilirubins, 19% direct bilirubins, 2% indirect bilirubins, -0.3% serum creatinine, 21% AST, 15% ALT, -6% hemoglobin, -6% hematocrit, 53% leukocytes and -2% at platelets. **Conclusion:** Our epidemiology was similar that was found in literature, a large number of variables had change in our study but do not appear to be clinically important.

Keywords: Preeclampsia; Hematologic tests; Blood chemical analysis; Postpartum haemorrhage; Cesarean section.

INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um fenômeno fisiológico para uma maioria das mulheres, entretanto em algumas podem ocorrer agravos significativos durante esse período que podem colocar em risco a saúde da mãe e do concepto¹.

Dentre esses agravos, as síndromes hipertensivas na gestação aparecem como destaque no cenário da saúde pública mundial. Representando, atualmente, a terceira causa de mortalidade materna no mundo e a primeira no Brasil².

Dados da secretaria de vigilância em saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, demonstram que a mortalidade materna praticamente não mudou na última década; a hipertensão e a hemorragia continuaram como as principais causas, seguidas pela infecção puerperal, as doenças cardiovasculares que complicam a gravidez, parto e puerpério³.

Assim, devido à gravidade da doença, as síndromes hipertensivas na gestação são consideradas importante causa de internamento em unidade de terapia intensiva e, por vezes, incluída como critério de mortalidade materna⁴. Elas podem ser classificadas por: hipertensão gestacional, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia isolada ou superposta e eclâmpsia, de acordo com a época de surgimento da hipertensão e sua relação com gravidez, presença de proteinúria e gravidade do quadro⁵.

Vários fatores de riscos podem estar relacionados para o desenvolvimento da síndrome hipertensiva específica da gestação: obesidade, extremos de idade da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão prévia, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dietas hipoprotéicas e hipersódicas, baixa escolaridade e atividade profissional fora do domicílio, grupo sanguíneo AB, primigestas, gestações múltiplas, hidropsia fetal e neoplasia trofoblástica⁶.

A hipertensão arterial na gravidez é definida como pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e / ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg e tem como base a média de ≥ 2 medições realizadas

com pelo menos 15 minutos de intervalo, utilizando o mesmo braço em posição sentada. Os distúrbios hipertensivos da gravidez incluem tanto a hipertensão crônica diagnosticada antes da 20ª semana de gestação, quanto a que se desenvolve após 20 semanas de gestação. Denomina-se hipertensão gestacional como sendo aquela hipertensão sem proteinúria que se desenvolve após 20 semanas de gestação e têm resolução espontânea até a décima segunda semana do pós parto⁷.

Tradicionalmente a pré-eclâmpsia se caracteriza como sendo a hipertensão associada a proteinúria (≥ 300 mg/24 horas ou relação proteína/creatinina urinária $\geq 0,3$ mg/dl) após a 20ª semanas de gestação e com resolução até a décima segunda semana após o parto⁸. Recentemente tem se recomendado o diagnóstico de pré-eclâmpsia mesmo na ausência de proteinúria frente a alterações laboratoriais de coagulação, função hepática, função renal e manifestações clínicas de edema pulmonar e de sistema nervoso central⁹. Estima-se que 2 a 8% de todas as gestações são complicadas pela pré-eclâmpsia¹⁰.

Na pré-eclâmpsia, apesar da causa do processo fisiopatológico ainda não está totalmente esclarecida, seus processos fisiopatológicos subjacentes ocorrem em dois estágios. O primeiro é caracterizado pela redução da perfusão placentária, possivelmente relacionada com a placentação anormal, deficiente invasão trofoblástica e remodelação inadequada das artérias espiraladas. O segundo estágio refere-se a manifestações maternas sistêmicas que convergem para alteração da função vascular, o que pode resultar em danos em múltiplos órgãos^{11,12}.

Ela pode ser classificada em: pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade e pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Considera-se pré-eclâmpsia com sinais de gravidade quando presente um ou mais dos seguintes critérios: Pressão arterial sistólica ≥ 160 mm Hg; Pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg¹³; Proteinúria \geq que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária (Labistix) repetida após 6 horas; Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora); Níveis séricos de creatinina maiores que

1,2mg/dL ou o dobro do valor basal da paciente; Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia, vômitos e distúrbios visuais); Sinais clínicos de edema agudo de pulmão, Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito; Plaquetopenia ($<100.000/mm^3$); Aumento do aspartato aminotransferase (AST) ≥ 70 mg/dl ou o dobro do valor basal da paciente; Alterações laboratoriais compatíveis com HELLP Síndrome⁸.

Diante disso a avaliação laboratorial, das grávidas com pré-eclâmpsia, se torna essencial para sua classificação e manejo. Devendo incluir: a avaliação da função renal (Creatinina sérica, ureia e ácido úrico sérico); enzimas hepáticas como a aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT); contagem de plaquetas; hemograma; lactato desidrogenase (LDH); bilirrubinas; proteína e creatinina urinárias¹⁴.

A literatura atual ainda carece de informações das alterações hematológicas durante o parto e puerpério imediato, assim como de suas possíveis implicações. O nosso estudo teve como objetivo avaliar as alterações laboratoriais encontradas nas parturientes, com pré-eclâmpsia grave e descrever o perfil obstétrico dessas mulheres.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal, descritivo e retrospectivo com dados das parturientes que tiveram seu parto realizado no serviço obstétrico do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no período de janeiro a junho de 2019. A população incluiu parturientes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. A amostra foi de conveniência, sendo 50 prontuários selecionados para inclusão no estudo conforme os critérios de elegibilidade.

Foram incluídas as parturientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, que tiveram gestação única na última gestação e que tiveram feto nascido vivo. Os

critérios de exclusão foram: parturientes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade associada a outras doenças prévias e/ou gestacionais, malformações fetais e prontuários sem registro das informações necessárias à pesquisa.

As variáveis estudadas foram: idade materna, número de gestações, abortos prévios, duração da gestação, via de parto utilizada, hemograma, bilirrubinas total e frações, aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT) e creatinina.

As pacientes foram identificadas por meio do livro de registro do centro obstétrico, sendo identificado o registro e solicitado o resgate dos prontuários hospitalares. Os dados foram coletados por meio de formulários padronizados e pré-codificados para entrada de dados no computador. Esses dados foram digitados em uma planilha de Excel® para armazenamento e posteriormente transferidos para um banco específico criado no programa Stata12.1.

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico Stata12.1. Para as variáveis numéricas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão, para as categóricas, foram obtidas tabelas de distribuição de frequência.

A pesquisa seguiu as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil e foi iniciada apenas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do IMIP (CAAE –14835619.4.0000.5201).

RESULTADOS

Das 50 pacientes, a média de idade foi de 27,2 anos \pm 7,87. Sendo 28,2 anos para as que foram submetidas a cesariana e 25 anos para as que tiveram parto vaginal (Tabela1). Quando categorizadas: n=9 (18%) tinham 18 anos ou menos; n=20 (40%) tinham entre 19 e 29 anos; e n=21(42%) possuíam 30 anos ou mais (Figura1).

Em relação a via de parto das pacientes as cesarianas contabilizaram n=34 (68%) e a via vaginal n=16 (32%) (Figura 2).

Nas gestações prévias: 40% eram primigestas, 32% secundigestas, 12% tercigesta e 16% multigesta; 22% tinham histórico de abortos prévios e 78% não relataram (tabela1).

Em relação a idade gestacional da gestação atual 32% das gestantes eram pré-termo, 68% a termo e nenhuma paciente foi pós-termo (tabela1).

Nas variáveis laboratoriais, das que foram submetidas a cesarianas, as variações foram: 11% bilirrubina total, 24% bilirrubina direta, 1% bilirrubina indireta, 1,4% creatinina, 24% AST, 38% ALT, -8% hemoglobina, -10% hematócrito, 36% leucócitos e 0,4% nas plaquetas; Nas submetidas ao parto vaginal, tiveram variações de: 10% na bilirrubina total, 19% bilirrubina direta, 2% bilirrubina indireta, -0.3% creatinina, 21% AST, 15% ALT, -6% hemoglobina, -6% hematócrito, 53% leucócitos e -2% nas plaquetas (tabela2).

DISCUSSÃO

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia estão as mulheres mais velhas pois elas tendem a ter outros fatores de risco adicionais, como diabetes mellitus e hipertensão crônica, que predispõem ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia¹⁵. Já nos adolescentes o tema ainda é controverso e não se encontrou ainda essa associação em revisões sistemática¹⁶. No presente estudo encontramos também uma tendência de maior risco em idades mais avançadas.

Em relação a escolha da via de parto, nas gestantes com pré-eclâmpsia, alguns fatores como idade gestacional, condições fetais, condições maternas, presença de cesariana anterior e condições do colo deve ser avaliados, antes da tomada de decisão, assim não é mandatório a

utilização da cesariana para a interrupção da gestação¹⁷. No nosso estudo se verificou uma alta taxa de cesarianas (68%) em comparação com o parto vaginal (32%).

É importante lembrar que a maioria dos casos de pré-eclâmpsia ocorrem em mulheres primigestas previamente saudáveis e sem fatores de risco óbvios. E apesar do papel preciso das interações genético-ambientais sobre o risco ainda não estarem esclarecidos, dados emergentes sugerem a tendência de um componente genético envolvido no desenvolvimento da pré-eclâmpsia¹⁷. No atual estudo também encontramos uma predileção (40%) para as gestantes primigestas.

O parto é a única terapêutica eficaz contra a pré-eclâmpsia e em geral as pacientes com pré-eclâmpsia grave que já atingiram 34 semanas ou mais, tem seu parto antecipado, não sendo indicado uma conduta expectante¹⁷. Nas gestantes com idade gestacional entre 24-34 semanas o parto eletivo precoce pode aumentar a morbidade neonatal em comparação com uma conduta expectante em mulheres com pré-eclâmpsia grave¹⁸. No presente estudo 32% das gestantes eram pré-termos e 68% a termo, porém a maior quantidade de partos a termo pode significar uma aparecimento da pré-eclâmpsia numa idade gestacional mais avançada e não devido a uma conduta expectante por parte do serviço.

Em relação as variáveis laboratoriais no grupo das pacientes submetidas a cesárea o ALT e os leucócitos foram os que apresentaram a maior variação positiva. O ALT apresentou uma variação de 38%, porém com seus valores absolutos abaixo dos valores de referências do laboratório, não indicando necessariamente, um processo patológico. E os leucócitos sofreram uma variação de 36%, com valores absolutos acima dos valores de referência laboratorial, mas podendo representar apenas uma reação normal do organismo frente ao “trauma” cirúrgico que o corpo é exposto. Dos valores que apresentaram uma redução destacamos uma diminuição da hemoglobina

e hematócrito que provavelmente estão associados a uma perda sanguínea durante a cesárea, porém apesar da redução, os dados sugerem que o organismo materno consegue manter seus níveis estáveis.

Quando observamos o grupo que foi submetida ao parto vaginal é de se destacar que a maioria das variáveis sofreram menores alterações quando comparado as submetidas a cesáreas. O parâmetro que mais apresentou variação foi a dos leucócitos, o que pode significar um maior tempo de adaptação nos partos vaginais proporcionando um maior aporte de células de defesa e reparação.

CONCLUSÃO

No estudo foi possível observar que o perfil epidemiológico e as características obstétricas se assemelham a outros trabalhos encontrados na literatura, que um grande número de cesárias foram utilizadas como desfecho gestacional e que apesar de ocorrerem variações nas variáveis laboratoriais essas não parecem ser significativas clinicamente.

REFERÊNCIAS

1. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão arterial na gestação. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(6 Supl 1):110-8.
2. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade 1. materna na cidade do Recife. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(7):455-62
3. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Volume 46 N° 10 – 2015 ISSN 2358-9450
4. Amorim MMR, Katz L, Valença M, Araújo DE. Morbidade materna 3. grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(3):261-6. orbidade materna grave.
5. Report of the National High Blood Pressure Education Program 6. Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(1):S1-22.
6. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia fundamental.* 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
7. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014 May;36(5):416-41
8. Brasil. *Gestação de alto risco: manual técnico.* 5. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
9. MARTINEZ, Nathalia Franco et al . Características clínicas e laboratoriais de gestantes com pré-eclâmpsia versus hipertensão gestacional. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.,* Rio de Janeiro , v. 36, n. 10, p. 461-466, Oct. 2014 .

10. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009;33(3):130-7.
11. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet.* 2010;376(9741):631-44.
12. Redman CW, Sargent IL. Latest advances in understanding preeclampsia. *Science.* 2005;308:1592-4
13. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician* 2016 Jan 15;93(2):121EBSCOhost Full Text full-text
14. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013 Nov;122(5):1122-31
15. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, et al. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ* 2016; 353:i1753.
16. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005; 330:565.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan;133(1):e1-e25
18. Churchill D, Duley L, Thornton JG, Jones L. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 26.

TABELAS E FIGURAS

Tabela1. distribuição das variáveis obstétricas nas gestantes com pré-eclâmpsia grave.

Variáveis	Categorias	Vaginal	Cesárea	Total
Gestações Prévias	Primigesta Qtd	7	13	20
	Secundigesta Qtd	3	13	16
	Trigesta Qtd	2	4	6
	Multigesta Qtd	4	4	8
	Primigesta %	35%	65%	100%
	Secundigesta %	19%	81%	100%
	Trigesta %	33%	67%	100%
	Multigesta %	50%	50%	100%
Abortos	Aborto SIM Qtd	3	8	11
	Aborto NÃO Qtd	13	26	39
	Aborto SIM %	27%	73%	100%
	Aborto NÃO %	33%	67%	100%
Duração da Gestação	Pré Termo Qtd	3	13	16
	Termo Qtd	13	21	34
	Pós Termo Qtd	0	0	0
	Pré Termo %	19%	81%	100%
	Termo %	38%	62%	100%
	Pós Termo %	-	-	-
Via de Parto	Qtd	16	34	50
	% Part.	32%	68%	100%
Média de Idade		25,0	28,2	27,2

Qtd: Quantidade; %: porcentagem

Figura1. Distribuição das gestantes com pré-eclâmpsia grave de acordo com a idade.

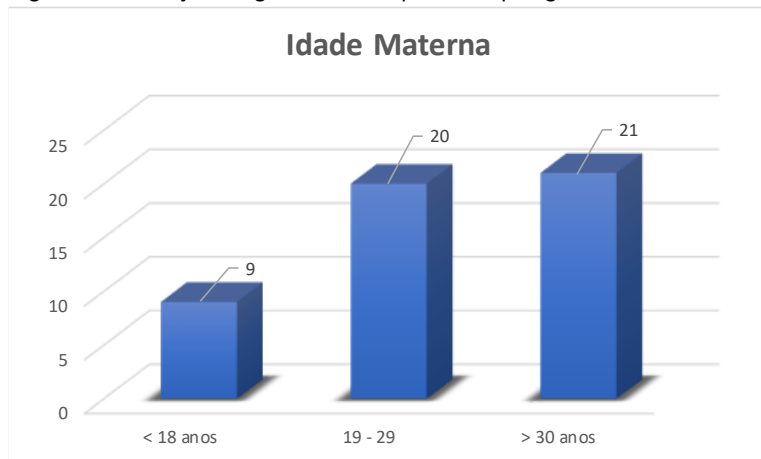


Figura 2. Distribuição da via de parto utilizada nas gestantes com pré-eclâmpsia grave

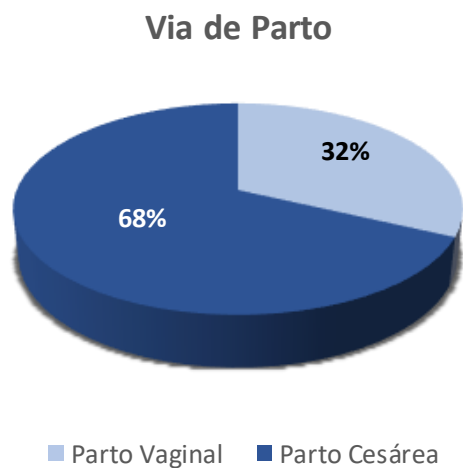


Tabela 2: Distribuição das variáveis laboratoriais nas gestantes com pré eclâmpsia grave.

Variáveis Laboratoriais	Cesárea			Vaginal		
	Antes	Depois	Variação	Antes	Depois	Variação
BT	0,42	0,47	11%	0,43	0,47	10%
BD	0,19	0,24	24%	0,21	0,25	19%
BI	0,23	0,23	1%	0,22	0,23	2%
Cr	0,67	0,68	1,4%	0,67	0,66	-0,3%
AST	25,8	31,9	24%	19,8	23,9	21%
ALT	18,1	24,9	38%	16,5	18,9	15%
Hb	12,4	11,3	-8%	12,3	11,6	-6%
Ht	36,9	33,3	-10%	36,4	34,3	-6%
Leu	11.403	15.509	36%	11.656	17.813	53%
Plq	205.206	206.088	0,4%	222.188	218.000	-2%

BT: bilirrubina total; BD: bilirrubina direta; BI: bilirrubina indireta; Cr: creatinina; AST: aspartato amonittransferase; ALT: alanina amonittransferase; Hb: hemoglobina; Ht: hematócrito; Leu: Leucócitos; Plq: Plaquetas.