

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

RECÉM-NASCIDOS FILHOS DE MÃES TOXÊMICAS NA MATERNIDADE
CARMELA DUTRA

Autores:

Ari Angelo Benetti

Saionara C. de Carvalho

Doutorandos da 11a. fase do Curso de
Graduação em Medicina da Universidade
Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, novembro de 1985

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Nossa gratidão ao Dr. Nelson Grisard pelo inestimável auxílio científico-didático que serviram como mais fortes estímulos para a realização deste trabalho.

RESUMO

Foram analisados 36 prontuários de pacientes toxêmicas na sala de admissão e sala de pré-parto da Maternidade Carmela Dutra, no período de março de 1983 a agosto de 1985.

Os níveis pressóricos variavam de 140/90mmHg a 280/160 mm Hg sendo a média de 185,55/115,05 mmHg.

Na revisão constatou-se que dos 36 recém-nascidos filhos das mães toxêmicas, cinco (5) foram nati-mortos, um (1) neo-morto devido a depressão neo-natal grave.

Verificou-se ainda uma taxa de 11,11% de prematuridade e que das complicações dos recém-nascidos a depressão neo-natal foi a mais frequente, 25,00%.

Verificou-se também, que estes recém-nascidos tiveram, baixa estatura e diminuição do perímetro cefálico.

Devido as condições fisiopatológicas que envolvem tal estado nosológico, observou-se a incidência de 61,11% de baixo peso nos recém-nascidos, considerando-se como baixo peso os recém-nascidos com peso inferior a 3.000 gramas.

Por não terem feito controle prévio durante a gestação, foi impossibilitada a avaliação minuciosa, de dados fetais e maternos como: BCF (batimentos cardio-fetais), tococar-diografia, AFU (altura de fundo de útero) e movimentos fetais, em 21 das 36 parturientes toxêmicas.

SUMMARY

Thirty six files of pregnancy-related high blood pressure patients of the admission room and pre-delivery room of Carmela Dutra Maternity were analysed from March 1983 to August 1985.

Blood pressure levels ranged from 140/90 mmHg to 280/160 mmHg, while the average was 185,55/115,05 mmHg.

From thirty-six new-born infants of such patients five were stillborn, and one died short after delivery due to serious neo-natal depression.

A rate of prematurity of 11,11% was also noticed; of all new-born infant complications neo-natal depression turned out to be the most frequent, with a rate of 25%.

These new-born infants also showed delayed physical growth and decreased head circumference.

As a result of the physio-pathological condition that is proper to this nosological state, an incidence of 61,11% of low bodily weight of the new-born infants was noticed; we consider as "low bodily weight" we considered a weight under 3000g for the new-born infant.

As there was no follow-up prior to gestation, it was impossible to provide detailed information as to fetal data such as fetal heartbeat (FHB), tococardiography, Uterine Height Bottom (UHB) and fetal movements in 21 of the 26 patients with pregnancy-related high blood pressure.

S U M A R I O

RESUMO -----	iii
SUMMARY -----	iv
I. INTRODUÇÃO -----	1
II. CASUÍSTICA E MÉTODOS -----	4
III. RESULTADOS -----	6
IV. DISCUSSÃO -----	16
V. CONCLUSÕES -----	21
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	23

I. INTRODUÇÃO

A toxemia na gravidez tem sido desde há muito, motivo de preocupação por causar alto índice de morbidade e mortalidade fetal.

No passado, independente da causa, o manejo de pacientes com hipertensão tãrdia da gravidez era semelhante e a decisão de resolução da gravidez era feita com bases empíricas e/ou por indicação materna, até que se tornaram disponíveis métodos para avaliar o bem-estar e a maturidade fetais. As mortes fetais ocorriam devido a nossa inabilidade em nos antecipar a elas.

Ainda permanecem gestantes cujas morbidade e mortalidade fetais não podem ser evitados devido à busca tardia de cuidados médicos.

Tem-se evidenciado correlação com a idade, raça, hábitos alimentares, heretarietàade e paridade. Segundo Perkins, Novo México, das 67 gestantes analisadas, 58 eram negras e 56 nulíparas.

A propedêutica e tratamento da toxemia tem sido motivos de preocupação e pesquisa por parte dos médicos pela sua importância.

A toxemia gravídica pode ser definida quando os níveis tensionais sistólicos maiores que 140 mmHg e diastólicos maiores que 90 mmHg, associados a edema e proteinúria, isto segundo o artigo publicado na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstretícia.

Segundo tendências norte-americanas a definição é quando os níveis pressóricos sofrem acréscimo de 15 mmHg pa-

ra nível tensional diastólico e 30 mmHg para sistólico, não importando os níveis pressóricos iniciais. As pressões arteriais citadas devem-se manifestar pelo menos em duas ocasiões com intervalo de seis horas ou mais.

A proternúria é definida como a presença de mais de 0,3g por litro em uma colheita de 24 horas ou superior a 1g por litro, em pelo menos duas amostras aleatórias de urina colhidas com intervalo de seis horas ou mais.

A hipertensão gestacional é definida como aquela que se desenvolve durante a segunda metade da gravidez ou durante as primeiras 24 horas após o parto (Pritchard, 1983).

Os fatores que podem ocasionar morbidade e mortalidade de fetais são: alterações útero-placentário levam à redução do fluxo sanguíneo e portanto oxigenação do sangue fetal.

O envelhecimento precoce da placenta acrescido da hipertonia de hipersistolia uterina favorece a ocorrência do parto prematuro, que reduz as possibilidades de sobrevivência.

O tratamento da toxemia, portanto, não implica na abordagem passiva, mas exige metas específicas que visem à melhoria de condições binômio mãe-feto.

Com o pré-natal feito mensalmente, representa um grande passo na diminuição do achado tardio da hipertensão.

Deve ser levado em consideração o abandono do pré-natal e de medicações prescritas, na maioria das vezes por desconhecimento da gravidez.

O objetivo do presente trabalho é avaliar desde o número de pacientes que procuram o serviço ambulatorial na

Maternidade Carmela Dutra, para fazer consulta pré-natal e consequentemente demonstrar as condições dos neo-natos de mães toxêmicas.

II. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este trabalho consta de um estudo retrospectivo realizado através da elaboração de um protocolo, sendo analisados 36 prontuários no serviço de arquivo médico (SAME) de gestantes toxêmicas, atendidas na sala de admissão e sala de pré-parto na Maternidade Carmela Dutra.

O período avaliado foi de março de 1983 a agosto de 1985.

A faixa etária das pacientes é variável, havendo maior incidência de pacientes jovens.

A pesquisa é considerada sob três (3) aspectos: a avaliação durante a gestação (pré-natal, pressão arterial, medicação, tococardiografia, BCF (Batimentos cardio-fetais) e exames complementares), avaliação durante o parto (semanas de amenorréia, BCF, medicação, anestesia, complicação fetal, complicação materna, exames complementares, tipo de parto) e a avaliação do recém-nascido (Apgar 1' e 5'). Depressão neonatal, síndrome de dificuldade respiratória, cianose, anomalias, sucção, peso, perímetro cefálico, perímetro abdominal, perímetro torácico, estatura, mecônio, icterícia, medicação, maturidade e exames complementares).

Inicialmente a primeira conduta a ser tomada é fazer pré-natal mensalmente. Verificando-se hipertensão arterial, deve-se fazer um acompanhamento dos níveis pressóricos rigorosamente.

Posteriormente se pode solicitar tococardiografia e outros exames, prevenindo-se assim o sofrimento fetal intra

útero.

Confirmada a hipertensão arterial, deve-se introduzir medicamentos durante a gestação e na hora do parto para se proporcionar melhor e maior sobrevida materno-fetal.

III. RESULTADOS

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES QUE FIZERAM CONSULTA PRÉ-NATAL

Pré-Natal	n°	%
Menos de 6 consultas	9	25,00
Mais de 6 consultas	6	16,67
Não fez	21	58,33
TOTAL	36	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico (SAME) - Maternidade Carme_ la Dutra. Florianópolis, março de 1983 a agosto de 1985.

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DA IDADE GESTACIONAL POR SEMANAS DE AMENORRÉIA EM PARTURIENTES TOXÊMICAS

Semanas de Amenorréia	n°	%
20-25	3	8,33
26-30	0	0,00
31-35	5	13,89
36-40	10	27,78
+ 40	3	8,33
Não especificado	15	41,67
TOTAL	36	100

FONTE: SAME-MCD - Florianópolis, março de 1983 a agosto de 1985.

TABELA III - INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES NOS RECÉM-NASCIDOS
FILHOS DE MÃES TOXÊMICAS

Complicação	nº	%
<u>Nati-mortos</u>	05	13,89
<u>Depressão neo-natal</u>	09	25,00
<u>Síndrome dificuldade respi- ratória</u>	02	5,56
<u>Hipocalcemia</u>	01	2,78
<u>Infeção ^{PEM} neo-natal</u>	01	2,78
<u>Cardiopatia</u>	01	2,78
<u>Depressão neo-natal + Síndro- me de dificuldade respiratória</u>	01	2,78
<u>Síndrome de Dificuldade res- piratória + bronco-pneumonia</u>	01	2,78
<u>TOTAL</u>	21	58,35

FONTE: SAME - MCD - Florianópolis, março de 1983 a agosto de 1985.

OBS: 15 dos 36 recém-nascidos, ou seja, 41,65% não apresen-
taram complicações.

TABELA IV -- INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES MATERNAS EM PARTURI-
ENTES TOXÊMICAS

Complicação Materna	nº	%
Endometrite + Infecção de parede + óbito	01	2,78
Hemorragia	02	5,55
Agitação Psico-Motora	01	2,78
Hipotensão	01	2,78
Infecção de Vias Aéreas Superio- res	01	2,78
Alteração de conduta	01	2,78
Derrame pleural	01	2,78
TOTAL	08	22,23

FONTE: SAME-MCD - Florianópolis, março de 1983 a agosto de 1985.

OBS: A grande maioria das pacientes não apresentou complicações, 28 das 36 pacientes, ou seja, 77,77%.

TABELA V - DISTRIBUIÇÃO DO PESO AO NASCER NOS 36 RECÉM-NASCIDOS, FILHOS DE MÃES TOXÊMICAS

Peso	nº	%
Menor 1000g	04	11,10
1001-1500g	02	2,78
1501-2000g	02	2,78 ^{240%}
2001-2500g	06	16,67
2501-3000g	08	22,21
3001-3500g	06	16,67
3501-4000g	06	16,67
+ 4000g	02	5,56

FONTE: SAME-MCD - Florianópolis, março de 1983 a agosto de 1985.

TABELA VI - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO ÍNDICE DE APGAR, NO 1º MINUTO E 5º MINUTO DOS FILHOS DE MÃES TOXÊMICAS

Apgar	1-minuto	%	5-minuto	%
Zero	06	16,67	05	13,89
1 - 3	10	27,78	01	2,78
4 - 6	03	8,33	04	11,10
7 -10	17	47,22	26	72,23
TOTAL	36	100	36	100

FONTE: SAME-MCD - Fpolis, mar/1983 a ag/1985.

TABELA VII - PERÍMETRO CEFÁLICO NOS RECÉM-NASCIDOS. FILHOS DE MÃES TOXÊMICAS

Perímetro Cefálico	nº	%
25 - 29 cm	01	2,78
29 - 31 cm	04	11,10
31 - 33 cm	12	33,33
33 - 34,5 cm	02	5,57
34,5-37 cm	12	33,33
TOTAL	31	86,11

FONTE: SAME-MCD - Fpolis - mar/1983 a ag/1985

OBS: Os nati-mortos, 13,89%, não foram incluídos nesta tabela por não apresentarem registro no Arquivo.

TABELA VIII - MATURIDADE DOS RECÉM-NASCIDOS. FILHOS DE MÃES
TOXÊMICAS

Maturidade	nº	%
RN.TAIG	22	61,10
RN. TPIG	02	5,56
RN. TGIG	02	5,56
RN. PTAIG	01	2,78
RN. T PIG - óbito	01	2,78
RN. PTAIG	03	8,33
TOTAL	31	86,11

FONTE: SAME-MCD - Fpolis, mar/1983 a ag/1985

OBS: Os nati-mortos, 13,89% não se encontram incluídos por não apresentarem dados quanto à maturidade nos prontuários.

TABELA IX - DISTRIBUIÇÃO EM INTERVALOS DA ESTATURA NOS RE-
CÉM-NASCIDOS, FILHOS DE MÃES TOXÊMICAS

Estatura	nº	%
35 - 37 cm	01	2,77
37 - 39 cm	-	-
39 - 41 cm	-	-
41 - 43 cm	02	5,56
43 - 45 cm	05	13,89
45 - 47 cm	02	5,56
47 - 49 cm	09	25,00
49 - 51 cm	09	25,00
51 - 53 cm ou +	03	8,33
TOTAL	31	86,11

FONTE: SAME-MCD - Fpolis, mar/83 a ag/85.

OBS: Não estão incluídos os nati-mortos, 13,89%

TABELA X - INCIDÊNCIA DO TIPO DE PARTO NAS 36 GESTANTES TOXÊMICAS

Tipo de Parto	nº	%
Cesariana	30	83,33
Vaginal	06	16,67
TOTAL	36	100

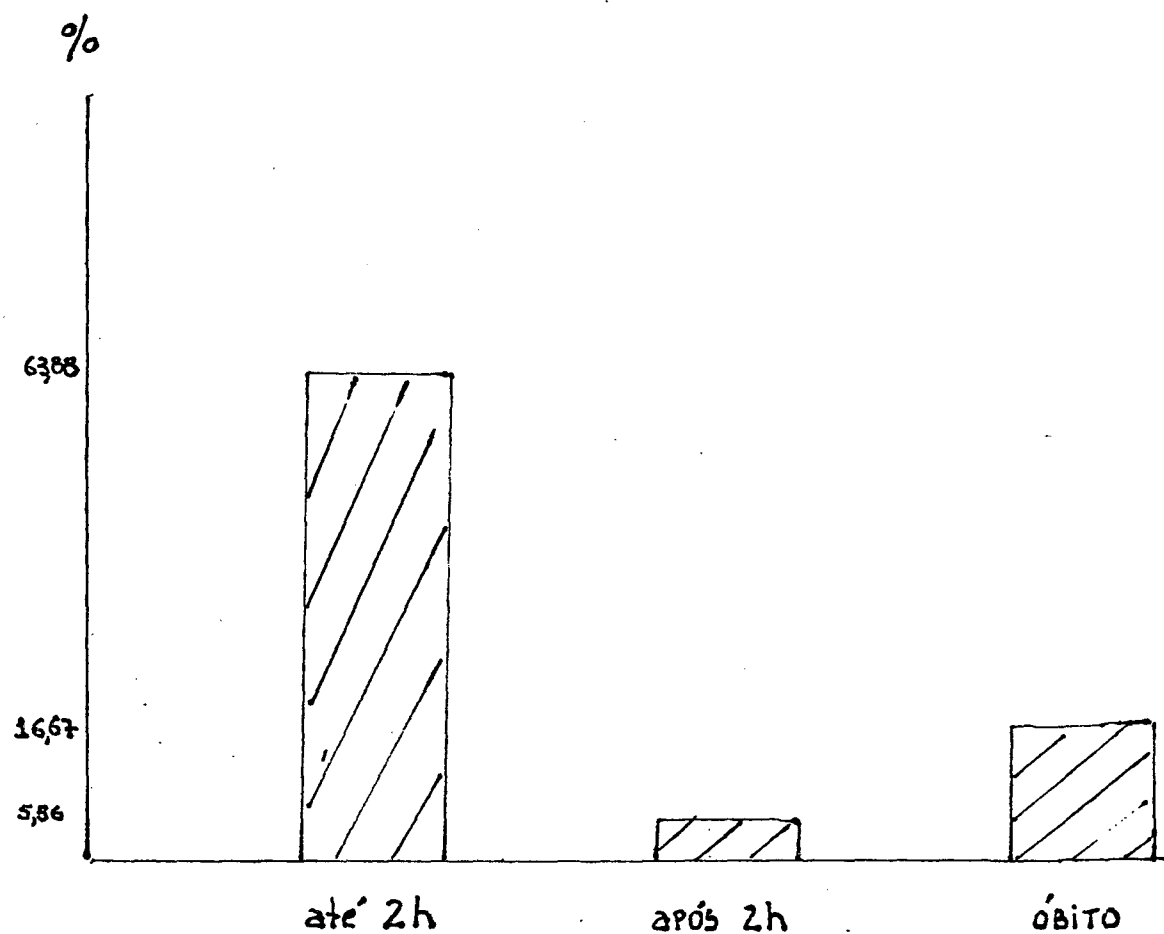
FONTE: SAME-MCD - Fpolis, mar/1983 a ag/1985

TABELA XI - TIPO DE ANESTESIA USADA NO PARTO DAS 36 GESTANTES TOXÊMICAS

Tipo de Anestesia	nº	%
Geral	03	8,33
Raqui	27	75,00
Bloqueio em Cela	05	13,89
Sem anestesia	01	2,78
TOTAL	36	100

FONTE: SAME-MCD - Fpolis, mar/1983 a ag/1985.

FIGURA 1 - Incidência da eliminação do mecônio nos recém-nascidos filhos de mães toxêmicas.



FONTE : SAME - M.C.D.

Florianópolis - março de 1983 à agosto de 1985

IV. DISCUSSÃO

No presente trabalho foi estudado grávidas toxêmicas, 36 pacientes atendidas na sala de admissão e sala de pré - parto da Maternidade Carmela Dutra, no período de março de 1983 a agosto de 1985.

Segundo a Tabela I página 7, observa-se que das 36 pacientes analisadas, 6 delas, isto é, 16,67% fizeram mais que 6 consultas pré-natal. Este fato mostra que uma alta percentagem 83,33% não fizeram pré-natal ou fizeram menos que 6 consultas.

Parece-nos que os resultados refletem a condição de baixo nível sócio-cultural e econômico em que o povo vive.

A Tabela II página 7, apresenta a distribuição quanto a semanas de amenorréia mostrando alto índice de prematuridade, considera-se prematuro menor que 36 semanas (22,22%) sendo que 13,89% foram do total estudado, nati-mortos.

Segundo Resende (1974), o envelhecimento precoce da placenta acrescido da hipertonia e hipersitolia uterina favorece a ocorrência do parto prematuro, que reduz as possibilidades de sobrevivência, sendo este o processo fisio-patológico, presentes em gestantes toxêmicas.

Estes dados percentuais coincidem aproximadamente com a literatura pesquisada.

Conforme os dados da Tabela III, página 8, verifica-se que a complicação mais frequente, foi depressão neonatal (25,00%), sendo que destes 22,22% foi por droga.

Segue-se 13,89% de nati-mortos, 5,56% com síndrome de dificuldade respiratória (SDR), 2,78% com hipocalcemia,

2,78 infecção peri-natal, 2,78% cardiopatia.

Outras complicações, seguiram, somadas como: depressão neo-natal + síndrome de dificuldade respiratória, com 2,78% e síndrome de dificuldade respiratória mais broncopneumonia com 2,78%.

Os recém-nascidos com SDR, tiveram terapêutica intensiva, com tenda de O_2 no berçário de alto risco da Maternidade Carmela Dutra. Estes dados percentuais com relação com a literatura pesquisada (American Journal of Obstetrics and Gynecology, June 1, 1983, volume 146, number 3).

Em relação a Tabela IV, página 9, observa-se a incidência das complicações maternas, sendo que a mais frequente foi hemorragia com 5,55%, seguindo-se agitação psicomotora, hipotensão à droga, infecção de vias aéreas superiores, alteração de conduta, derrame pleural, todas com 2,78%. Houve um óbito (2,78%) ocasionado por infecção de parede abdominal, pós-cesária, mais endometrite.

Constatou-se alto índice (77,77%) de gestantes sem complicações.

Este baixo índice de complicações maternas, deve-se aos cuidados de terapêutica intensiva, prestados após admissão das parturientes na Maternidade Carmela Dutra, que os medicamentos preferencialmente utilizados para controle da hipertensão e prevenção de crises convulsivas, foram: hidralazina, lasix, sulfato de magnésio e valium.

Segundo Pritchard as complicações podem ser evitadas fazendo-se controle e prevenção acima citadas.

Conforme a Tabela V, página 10, observa-se a distribuição do peso nos recém-nascidos, sendo que 16,66% tive -

ram peso menor que 1500g. Este estudo demonstrou igual conclusão feita por Perkins, Novo México (American Journal of Obstetrics and Gynecology).

O intervalo 1500g a 3000g obteve-se 44,44%. De 3000g a 4000g obteve-se 33,34%. Com mais de 4000g, teve-se 5,56%. Segundo Resende (1974) o baixo peso deve-se a um deficit no fluxo útero-placentário, devido a uma vaso-constricção generalizada, próprio da toxemia gravídica, isso leva a um envelhecimento precoce da placenta, tornando-se essa insuficiente.

Em relação a Tabela VI, página 11, distribuiu-se o índice de Apgar em depressão neo-natal grave (1-3), moderada (4-6) e vigorosas (7-10) com 2,78%, 11,10% e 72,23% respectivamente, isso no 5º minuto.

Foi analisado o Índice de Apgar, no 1º e 5º. Sendo que 14 recém-nascidos, tiveram Índice de Apgar menor que 7 no primeiro minuto (1') e apenas 5 recém-nascidos permaneceram com Índice de Apgar inferior a 7, até o quinto minuto (5').

Conforme a Tabela VII, página 11, verifica-se que houve diminuição significativa do perímetro cefálico, não se considerando os nati-mortos (13,89%).

Classificando-se em menor que 33cm, teve-se 47,21% e maior que 33cm teve-se 38,90%.

Observou-se a correlação com a análise feita por Perkins.

Segundo a Tabela VIII, página 12, distribuiu-se aos recém-nascidos, quanto a maturidade, obteve-se 11,11% de prematuridade, 75,00% de recém-nascidos a termo, sendo que

72,21% foram AIG, 8,34%, PIG, 5,56% GIG, 13,89 nati-mortos.

Segundo artigo publicado na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia, constatou-se que o alto índice de nati-mortos, deve-se a prematuridade, impedindo uma ação intervencionista por parte do obstetra.

Verifica-se que não se pode classificar a maturidade pelas semanas de amenorréia a partir da data da última menstruação (DUM), por haver conflito entre a maturidade, seguida pela DUM e pela escala de Lubchenco, constatação esta feita também por Perkins.

Segundo a Tabela IX, página 13, verifica-se que dos 36 recém-nascidos analisados, desprezando os nati-mortos .. (13,89%), houve alta incidência de baixa estatura. Com 52,78% no intervalo 35-49 cm e 47,22% no intervalo 49-53 cm.

Conforme a Tabela X, página 14, foi demonstrado que a maior incidência é de partos operatórios (cesária) 83,33%.

Na Tabela, XI, página 14, foi verificado que o tipo de anestesia mais utilizado foi a raqui, já que na maioria dos partos operatórios este foi o procedimento anestésico.

As conclusões da Tabela X e XI se correlaciona, com estudos feitos por Perkins.

Conforme a figura 1, a incidência da eliminação do mecônio nos 30 recém-nascidos, foi de 63,88%, para eliminação precoce, ou seja até 2 horas, após o nascimento e que 5,56% para eliminação tardia.

No estudo feito, observou-se que há maior incidência de toxêmicas em pacientes jovens e primigestas e que 66,66% dos recém-nascidos tiveram sucção vigorosa.

A situação dos 36 recém-nascidos na Maternidade Carmela Dutra, é a seguinte: 5 foram nati-mortos, 1 foi a óbito no período neo-natal e 30 sobreviveram bem até saírem da instituição.

V. CONCLUSÕES

1. Os pacientes não procuram fazer consultas pré-natal (58,33%).

2. A faixa etária é bastante variável, incidindo mais em pacientes jovens.

3. Raramente atingem mais que 37 semanas de amenorréia (36,11%).

4. Os níveis pressóricos variam de 140/90 mmHg a 280/160 mmHg.

5. Alto índice de nati-mortos (11,10%).

6. A anestesia mais usada é a raqui (75,00%) visto o tipo de parto mais instituído ter sido cesária (83,33%).

7. A complicação fetal mais frequente foi Depressão neonatal (DNN), sendo que somente 2 recém-nascidos tiveram DNN por droga. Em segundo lugar foi nati-mortos, seguindo-se SDR, cardiopatia e infecção pré-natal.

8. Baixa incidência de complicação materna (22,25%).

9. Os recém-nascidos com Apgar menor que 7 no primeiro minuto (1') recuperaram-se bem até 5').

10. Devido a fisio-patológico que envolvem tal estado fisiopatológico, observou-se grande incidência de baixo peso nos recém-nascidos.

11. Observou-se diminuição considerável no perímetro cefálico e na estatura.

12. Os recém-nascidos que receberam como terapia tenda de O_2 , por apresentarem síndrome da dificuldade respiratória, com Apgar menor ou igual a 6 no primeiro minuto (1'), a

maioria se recuperou.

13. Grande incidência de recém-nascidos adequados para idade gestacional.

14. Das 36 pacientes analisadas, houve apenas uma (1) gestação gemelar.

15. As conclusões deste estudo trazem algumas sugestões:

1. Infundir a consulta pré-natal é essencial para melhor sobrevida materno-fetal.
2. Presença de um protocolo adequado que deve ser preenchido quando da primeira consulta for constatado hipertensão arterial e um cartão com estes dados para cada paciente, com o objetivo de que na hora do parto o obstetra se interesse da patologia para esta paciente.
3. Orientar os preenchedores das fichas na sala de admissão, no sentido destas ficarem melhor preenchidas.
4. Padronizar a conduta terapêutica na hora do parto em gestantes com hipertensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BABA, M.; SIBAI, B.M.; GARLAND, D.; ANDERSON, M.M.; THOMAS, N.; ABDELLA, N.D.; JACK, A.; Mc CUBBIN, M.D.; PRESTON, V.; DILTS, JR., M.D. Neonatal ou vome, growth and development. American Journal of Obstetrics and gynecology, 146(3): p. 307, 316, 1985.
2. CUNHA, S.P.; SALA, M.M.; SILVA DE SÁ, M.F.; YAZLLE, M.E.; JORGE, S.M.; BEREGOWSKY, A.T. Pré-eclâmpsia e aspectos pediátricos. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 3(4): 195,198, 1981.
3. MARCONDES, E. & MACHADO, D.V.M. Crescimento e desenvolvimento. In: MARCONDES, E. Pediatria básica. 4 ed., São Paulo, Sarvier, 1974. v. 1, pt. 1, pp. 44-66.
4. NEME, B. & MATHIAS, L. Toxemias tardias da prenhez. Pré-eclâmpsia. Rio de Janeiro, Guanabara Koograu, 1982. 4 edição.
5. NETTO, L. Considerações sumárias sobre filhos de diabéticos, cardiopatias, fumantes, tuberculosos, hipertiroídicas e eclâmpticos. IN: NETTO, L. Neonatologia. Rio de Janeiro, Monterey, 1973. Pt. IX, p. 107-115.
6. PRITCHARD, J.A. Management of preeclampsia and eclampsia. Kidney International, nº 18, 1980.

7. PRITCHARD, J.A. & MACDONALD, P.C. Distúrbios hipertensivos na gravidez. IN: PRITCHARD, J.A. & MACDONALD, P. C. Obstretícia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogam, 1983, 2 edição.
8. SIBAI, B.M.; ANDERSON, G.D.; MC CUBBIN, J.H. Eclampsia, Significance of laboratory findings. Obstet Gynecol. 59 (2): , 1982.
9. SIBAI, B.M.; LIPSSHITZ, J.; ANDERSON, G.D.; DICTS, P.V. Reassessment of intravenous magnesium sulfate therapy in pre-eclampsia-eclampsia. Obstet gynecol. 157(2): , 1981.
10. SIBAI, B.M.; WATSON, D.L.; HILL, G.A.; SPINNATO, J.A.; ANDERSON, G.D. Maternal-fetal correlation in patients with severe preeclampsia-eclampsia. Am.J. Obstret. Gynecology, 62(6): , 1983.

TCC
UFSC
PE
0262

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0262

Autor: Benetti, Ari Angel

Título: Recém-nascidos filhos de mães to



972811916

Ac. 253889

Ex.1 UFSC BSCCSM