

Multimed 2017; 21(6)

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

ARTICULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA  
HOSPITAL GINECOBSTÉTRICO FE DEL VALLE RAMOS.MANZANILLO,  
GRANMA**

**Caracterización de la hipertensión inducida por el  
embarazo en el hospital ginecobstétrico Fe del Valle Ramos**

**Characterization of pregnancy-induced hypertension in Fe del Valle  
Ramos gynaecologic-obstetric hospital**

**Esp. MGI/Ginecobst. Karina Joseline Delance Reyes,<sup>1</sup> Lic. Enferm. Niurka  
Rodríguez López,<sup>11</sup> Esp. Farmacol. Magaly Torres García,<sup>11</sup> Ms. C. Pro. Salud Sist.  
Educat. Martha Peña Anglin,<sup>11</sup> Ms. C. Long. Satisf. Ileana Flores Ruiz.<sup>111</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Ginecobstétrico Docente Fe del Valle Ramos. Manzanillo. Granma, Cuba.

<sup>11</sup> Universidad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma, Cuba.

<sup>111</sup> Dirección Provincial de Salud. Bayamo. Granma, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo en gestantes que se diagnosticaron con hipertensión inducida en el embarazo en el Hospital Fe del Valle Ramos, municipio Manzanillo en el periodo comprendido desde enero a diciembre del 2014. Para el estudio, se seleccionaron todas las pacientes que presentaron algún tipo de trastorno hipertensivo entre la totalidad de los nacimientos ocurridos en el período de investigación, se hallaron 70 gestantes, las cuales constituyeron el grupo de estudio. Predominaron las gestantes menores de entre 21 y 34 años, las trabajadoras, de los cuales la mayor incidencia fue en las nulíparas, conjuntamente con el de las pacientes con edad gestacional

entre 36 a 41.6 semanas donde la enfermedad asociada más relevante fue la hipertensión arterial crónica y en su mayoría demandaron un parto distócico por cesárea. Un gran porcentaje de los recién nacidos no presentó alteración alguna al nacer.

**Palabras clave:** embarazo, hipertensión inducida en el embarazo, factores de riesgo.

### **ABSTRACT**

A descriptive, prospective longitudinal study was carried out on pregnant women who were diagnosed with induced hypertension in pregnancy at the Hospital Fe del Valle Ramos, municipality of Manzanillo in the period from January to December 2014. For the study, there were selected all the patients who presented some type of hypertensive disorder among all the births occurred in the investigation period, there were found 70 pregnant women, which constituted the study group. Pregnant women between 21 and 34 years of age prevailed, the workers, of whom the highest incidence was in the nulliparous, together with that of the patients with gestational age between 36 to 41.6 weeks where the most relevant associated disease was chronic arterial hypertension. and in the majority they demanded a dystocic delivery by caesarean section. A large percentage of newborns did not present any alteration at birth.

**Key words:** pregnancy, pregnancy-induced hypertension, risk factors.

### **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos hipertensivos de la gestación constituyen una de las complicaciones más frecuentes que causan morbilidad y mortalidad materno-fetal, complica del 5 al 7 % de los embarazos por lo que la reducción de su prevalencia e incidencia es una prioridad.<sup>1</sup>

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son muy frecuentes y ocurren en más del 10 % de todas las gestaciones que llegan a término, constituyen junto con las hemorragias y las infecciones la tríada que origina la mayoría de las muertes maternas y es una de las principales causas de morbilidad en las embarazadas. Es mayor su importancia como causa de niños nacidos muertos, así como la morbilidad y mortalidad neonatal. En América Latina y el Caribe los trastornos hipertensivos del embarazo son responsables de 26 % de las muertes maternas, mientras que en África y Asia contribuyen a un 9 % de estas defunciones.<sup>2</sup>

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión gravídica obliga a ejecutar una estrategia con medidas dirigidas a la disminución de la presión arterial impactando sobre otros factores de riesgos asociados a la hipertensión. Es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensiónales.

No obstante, solo cuando se identifiquen los factores causales de la enfermedad de hipertensión gravídica, se podrá hacer un verdadero intento por prevenirla, pues esta se identifica como un problema de salud que pudiera constituir una causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el hospital, asunto que nos motivó a la realización de la investigación.<sup>3</sup> Este estudio se realizó con el propósito de caracterizar la hipertensión inducida por el embarazo en el Hospital Fe del Valle Ramos según algunos factores epidemiológicos de enero a diciembre de 2015.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo en gestantes que fueron diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital Fe del Valle Ramos de la provincia Granma, municipio Manzanillo en el periodo comprendido desde enero a diciembre de 2015.

Para el estudio, se seleccionaron todas las pacientes que presentaron algún tipo de trastorno hipertensivo entre la totalidad de los nacimientos ocurridos en el período de investigación; se hallaron 70 gestantes, las cuales constituyeron el grupo de estudio. Se incluyeron a las pacientes que fueron diagnosticadas con hipertensión inducida por el embarazo clínica y humoralmente, con voluntad de la paciente de cooperar con el estudio y que tuvieran plena capacidad mental de la paciente para cooperar con el estudio. Se excluyeron las pacientes con incapacidad mental y las que no quisieron participar en el estudio.

La edad materna se tomó en años cumplidos y se dividió en los grupos menores de 21 años, de 21 a 34 y de 35 y más. La ocupación se entendió como la actividad que desarrollaban las mujeres que se incluyeron en el estudio y se dividió en ama de casa, trabajadora y estudiante. La paridad (cantidad de partos) se dividió en nulípara, primípara y múltípara.

---

Para describir la relación de las enfermedades asociadas con el embarazo se tuvieron en cuenta las anemias, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, sepsis vaginal, sepsis urinaria y sin antecedentes.

Se tuvieron en cuenta como variables del parto la edad gestacional al nacimiento y se dividió en menos de 37 semanas, de 37 a 41.6 semanas y de 42 semanas y más. Además, se incluyó el tipo de parto y se clasificó como eutócico o como distócico.

El resultado del producto de la concepción se evaluó por el Apgar al nacimiento (menos de 3, de 3 a 6 y de 7 y más). El peso del recién nacido se clasificó como menos de 2500 g, de 2500 g a 3000 g, de 3100 a 3500 g, de 3600 a 4000 g y más de 4000 g. De las condiciones asociadas al recién nacido al nacer se incluyeron el bajo peso, nacido pretérmino, CIUR, hipoxia fetal, distrés respiratorio y enfermedad de la membrana hialina.

La recogida de la información fue a través de fuentes primarias y secundarias. Se obtuvo la información de los carnets obstétricos de las gestantes y las historias clínica individual lo que garantizó la uniformidad en los resultados. Se realizó una amplia y profunda revisión bibliográfica en el Centro de Información de la Universidad de Ciencias Médicas de la provincia y los sistemas computarizados allí instalados, fundamentalmente en las bases de datos que ofrece la red telemática de Infomed.

Se cumplió con los parámetros que establece la declaración de Helsinki. Se solicitó el consentimiento informado de las pacientes y se le informó en qué consistía la investigación, el respeto a la información que brindaron y su privacidad; la beneficencia del estudio y su voluntad de participar en el mismo, la cual quedó plasmada por escrito.

Se usaron además los métodos de investigación teóricos y los empíricos. De los teóricos se emplearon el inductivo–deductivo, que permitió el proceso de revisión bibliográfica, el estudio de los documentos de recogida de información del paciente en la historia clínica y los documentos que sirvieron de sustento a la investigación; el de análisis–síntesis, se utilizó para el análisis e integración de los elementos teóricos declarados en la investigación y el histórico-lógico, se utilizó para la determinación de los antecedentes y fundamentos teóricos del proceso de investigación, así como de la situación actual del problema. Entre los empíricos se usó la observación.

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, especialmente en el caso de las variables de estudio. Durante el procesamiento de la información se usaron escalas ordinales con propósito evaluativo. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos, analizándose convenientemente para cumplir los objetivos propuestos y comparándolos resultados alcanzados con trabajos similares en el ámbito nacional e internacional.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de las variables demográficas donde se evidencia que del total de gestantes que presentaron hipertensión arterial el grupo etareo de 21-34 años fue el que mayor incidencia mostro (61.43 %), seguidos de las menores de 21 años y 35 y más. Predominaron las trabajadoras en 54.29 % y las nulíparas con 51.42 %.

**Tabla 1.** Distribución de variables demográficas.

EDAD MATERNA	No.	%
Menores de 21 años	15	21.43
21-34 años	43	61.43
35 y más	12	17.14
Total	70	100
OCUPACION		
Ama de casa	24	34.29
Trabajadora	38	54.29
Estudiante	8	11.42
Total	70	100
PARIDAD		
Nulípara	36	51.42
Primípara	24	34.29
Múltipara	10	14.29
Total	70	100

De las enfermedades asociadas con el embarazo (tabla 2) hubo predominio de la hipertensión arterial crónica con un 25.71 %, seguido de la sepsis vaginal y la diabetes

mellitus con un 24.29 % y 17.14 %, respectivamente. Menor número de casos para las anemias 15.71 %, y la sepsis urinaria 10 %.

**Tabla 2.** Distribución de la hipertensión gestacional según enfermedad asociada con el embarazo.

ENFERMEDAD	No.	%
Anemias	11	15.71
Hipertensión arterial crónica	18	25.71
Diabetes mellitus	12	17.14
Sepsis vaginal	17	24.29
Sepsis urinaria	7	10
Sin antecedentes	5	7.14
Total	70	100

La tabla 3 muestra la distribución de la hipertensión gestacional según edad gestacional al nacimiento y tipo de parto, la de mayor prevalencia fueron aquellos comprendidos entre las 36 y 41.6 semanas (62.86 %), seguidas por 24 pacientes con menos de 37 semanas que representaron un 34.28 % y con una diferencia significativa solamente 2 gestantes con más de 42 semanas para un 2.86 %. El análisis en el tipo de parto arrojó que 50 de las gestantes demandaron un parto distócico por cesárea representando el 71.43 % y solamente el 28.57 % reportaron partos eutócicos.

**Tabla 3.** Distribución de la hipertensión gestacional según edad gestacional al nacimiento y tipo de parto.

EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO	No.	%
menos de 37 semanas	24	34.28
de 36 a 41.6 semanas	44	62.86
de 42 semana y más	2	2.86
TIPO DE PARTO		
Eutócico	20	28.57
Distócico	50	71.43
Total	70	100

El Apgar al nacimiento es un parámetro importante a tener en cuenta, sus resultados se analizan en la tabla 4 junto con el tipo parto donde se muestra que de las 70 gestantes en estudio 65 de mostraron un Apgar de 7 y más (92.86 %), la cifra menos representativa fue de 5 con un Apgar entre 3 y 6 (7.14 %).

Al analizar la hipertensión gestacional según peso del recién nacido se muestra que el 25.71 % de los neonatos tuvieron un peso entre los 2500 g a 3000 g, el 24.29 % se encontró entre los 3600 g a 4000 g, seguidos del 17.14 % presentando un peso entre 3100 g a 3500 g. Las cifras más bajas del peso del recién nacido estuvieron comprendidas por debajo de los 2500 g (15.71 %) y el 10 % representó aquellos neonatos con pesos por encima de los 4000 g.

**Tabla 4.** Distribución de la hipertensión gestacional según APGAR al nacimiento y peso del recién nacido.

APGAR AL NACIMIENTO	No.	%
menos de 3 punto	-	-
de 3 a 6 punto	5	7.14
de 7 y mas	65	92.86
PESO DEL RECIEN NACIDO	#	%
menos de 2500 g	11	15.71
de 2500 g a 3000 g	18	25.71
de 3100 g a 3500 g	12	17.14
de 3600 g a 4000 g	17	24.29
Más de 4000 g	7	10
Total	70	100

La tabla 5 demostró que 22 de los recién nacidos no presentaron alteración alguna al nacer representando el 31.43 %, 12 fueron pretérmino (17.14 %), el 15.71 % estuvieron por debajo del peso recomendado, 9 presentaron distrés respiratorio y 9 presentaron membrana hialina (12.86 % y 12.86 %; respectivamente) y las cifras más bajas estuvieron comprendidas para los CIUR representando un 5.71 % e hipoxia fetal para un 4.29 %.

**Tabla 5.** Condiciones asociadas con el recién nacido al nacer.

CONDICIONES	No.	%
Bajo peso	11	15.71
Pre término	12	17.14
CIUR	4	5.71
Hipoxia fetal	3	4.29
Distrés respiratorio	9	12.86
Membrana hialina	9	12.86
Sin alteraciones	22	31.43
Total	70	100

## DISCUSIÓN

Se considera que en esta investigación predominó este grupo de edades de 21 a 34 años porque en estas edades la mujer se encuentra en plena edad fértil y sexualmente activa donde es precisamente la edad óptima para alcanzar la concepción.<sup>4</sup>

En la literatura revisada se hace referencia a que la edad es un factor determinante para el desarrollo de esta entidad y es mayor en las pacientes menores de 20 y mayores de 35 años, la incidencia aumenta 3 veces en comparación con mujeres 20 – 30 años.<sup>5</sup> Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los propuestos por otros investigadores,<sup>6,7</sup> quienes plantean que las edades extremas (menos de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo.<sup>6</sup>

La revisión bibliográfica y el análisis de la situación científico-técnica actual sobre la relación entre la ocupación que la madre realiza y el efecto que tiene en hipertensión gestacional, es escasa e inconsistente, aunque es posible que las amas de casa realicen labores más fuertes y prolongadas y estén sometidas a situaciones estresantes de forma reiterada e incluso lleguen a obviar ciertos hábitos higiénicos del embarazo que atentan contra la salud del neonato. Estos resultados son concordantes con los descritos por otros autores.<sup>7</sup>

La cifra más alta para la ocupación se confirmó en la mujer trabajadora, lo cual pudo estar relacionado con la actual situación económica del país en el marco de una profunda crisis mundial lo que pudiera haber creado condiciones desfavorables que repercuten

negativamente en la gestante trabajadora, generadores de niveles de estrés, aspectos que pueden influir en la buena salud del embarazo.<sup>8</sup>

Las nulíparas, con independencia de la edad, aportaron el mayor número de casos. Esta condición es un factor de riesgo que se asocia regularmente con la aparición de preclamsia. Varios autores han señalado que existe un mayor riesgo en las pacientes nulíparas en relación con las múltiparas y que las primeras tienen mayor posibilidad de desarrollar complicaciones sobre todo cuando estas son menores de 20 años.<sup>9, 10</sup> Resultados como estos los reportan otros autores dentro del país,<sup>11, 12</sup> coincidimos, además, con otras investigaciones<sup>13 - 16</sup> que demuestran que las gestantes nulíparas constituyen un factor de riesgo relevante para la aparición de la enfermedad, por estar más predispuestas a desarrollar la isquemia uterina.

Al valorar las enfermedades asociadas resaltamos que 18 casos padecían de hipertensión arterial crónica lo cual coincidió con otros resultados que plantean que la hipertensión arterial quintuplica la incidencia de la enfermedad.<sup>17,18</sup>

En el caso de la edad gestacional, la mayoría de los embarazos se interrumpen antes del término de la gestación, ya que esta decisión no depende de la edad del embarazo, sino de la gravedad de la enfermedad hipertensiva.<sup>19</sup> La hipertensión se presenta en un periodo relativamente tardío de la gestación, generalmente, a lo largo del segundo o el tercer trimestre, como signo clínico de un trastorno del proceso de adaptación útero-placentaria que se produce durante la gestación, principalmente, en mujeres nulíparas. Al revisar en la literatura médica, los trabajos se corresponden con nuestras estadísticas.<sup>20</sup>

Por ser la terminación del embarazo el tratamiento definitivo de la enfermedad hipertensiva, altamente comprometedor de la integridad y calidad de vida fetal, neonatal y materna, es que la mayoría de los nacimientos en esta investigación se produjeron mediante cesárea; el temor a las complicaciones o traumas maternos-fetales y el deseo de ofrecer mayor calidad y rapidez nos hacen optar por la vía transparietoabdominal, lo que coincide con lo planteado por otros autores.<sup>21- 23</sup>

Toda gestante con alguna forma de hipertensión arterial durante el embarazo, está predispuesta a tener un parto distócico, hecho que queda demostrado en esta investigación, donde acorde con los resultados encontrados, podemos plantear que por cada 10 gestantes

---

hipertensas, 9 terminarán su embarazo por vía cesárea. Resultados similares fueron encontrados por Martínez y otros<sup>24</sup> en España, quienes en su estudio detectaron que el 61,2 % de las pacientes con HIE terminan su embarazo mediante operación cesárea y por Balestena y colaboradores,<sup>25</sup> los que encontraron un 67,24 % de gestantes hipertensas que terminaron por vía cesárea, en una muestra de 118 embarazadas con preclamsia grave.

En relación con Apgar al nacer, el 62.86 % obtuvo un Apgar de 7 y más. Rodríguez Pino<sup>26</sup> en un estudio realizado en Matanzas encontró un 37 % de Apgar bajo, al estudiar 227 gestantes hipertensas, y dentro de ellas el 31 % fueron neonatos severamente deprimidos. La hipertensión puede constreñir los vasos sanguíneos del útero y como consecuencia, afectar el suministro de oxígeno y nutrientes a la placenta, que nutre al feto. Si esto ocurre antes de término, puede retrasar el crecimiento del feto y en algunos casos, hacer que el bebé nazca con bajo peso.<sup>25</sup>

En Cuba ha quedado demostrado que el bajo peso al nacer se ha presentado en un gran número de las grávidas con enfermedades hipertensivas, una investigación de las consultadas también concordó con estos resultados en su estudio, al analizar los trastornos relacionados con la hipertensión en las gestantes y concluir que el 12,4% de los neonatos presentó peso inferior a 2 500 g.<sup>26</sup>

El bajo peso al nacer en los casos de hipertensión arterial materna se debe a que se afecta la circulación útero placentaria, la nutrición y la oxigenación, y como respuesta de adaptación del feto, primero se daña el peso, después la longitud y por último, el perímetro craneal.<sup>27</sup>

En el presente estudio, el bajo peso al nacer estuvo relacionado con los trastornos hipertensivos del embarazo. Concordando con investigadores, que postularon que el bajo peso al nacer está muy relacionado con los trastornos hipertensivos del embarazo.<sup>28-30</sup>

En algunos casos puede ser necesario adelantar el parto, a fin de evitar complicaciones graves para la madre y el bebé, lo que a veces da como resultado el nacimiento de un bebé prematuro y de bajo peso.

Según estudios realizados el síndrome hipertensivo asociado con el embarazo representa la causa del 10 % bajo peso al nacer y el 24 % del parto pretérmino, lo que no se evidenció en el presente estudio.<sup>30</sup>

## CONCLUSIONES

Dentro de las variables socio-demográficas predominaron las gestantes entre 21 y 34 años, las trabajadoras, la mayor la incidencia fue en las nulíparas. La enfermedad asociada más relevante fue la hipertensión arterial crónica, conjuntamente con las pacientes con edad gestacional entre 36 a 41.6 semanas y en su mayoría demandaron un parto distócico por cesárea. El Apgar al nacimiento en la mayoría de los casos se comportó de 7 y más, el mayor por ciento del peso del recién nacido se encontró entre los 2500 g a 3000 g, gran por ciento de los recién nacidos no presentaron alteración alguna al nacer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez González JA, Corrales Gutiérrez A, Cabrera Delgado MR, Gutiérrez Machado M, Milián Espinosa I, Ojeda Blanco JC. Resultados de la atención a gestantes con preeclampsia grave en villa clara (2009-2010). Medicentro [Internet]. 2013 Mar [citado 10 Jun 2016]; 17(1): 2-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432013000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000100002).
2. Bolaños Ten M, Hernández Sáez I, González Sáez Y, Bernardo MD. Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión gestacional. AMC [Internet]. 2014 [citado 29 Jun 2016]; 14(5). Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2106/583>.
3. Rigol R. Obstetricia y Ginecología. La Habana: ECIMED; 2004.
4. Ochoa Roca TZ, Hechavarría Bárzaga K, González Cuello R, Ayala Ramos R, Zaldívar Ramírez C. Influencia de la edad materna en los resultados perinatales en gestantes de la Policlínica René Ávila Reyes [Internet]. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana-CIMF y X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud Versión Virtual. 2012 [citado 12 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewFile/406/160>.

- 
5. Rojas KLT, Oro CÁ, Almaguer BdlCH, Pérez RC, Rivero RG. Enfermedad hipertensiva gestacional, algunos factores de riesgo. Rev Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 12 Ago 2014]; 38(7). Disponible en: [http://www.revzoilomarinellosldcu.com/index.php/zmv/article/viewFile/499/pdf\\_153](http://www.revzoilomarinellosldcu.com/index.php/zmv/article/viewFile/499/pdf_153).
6. Lugo Sánchez A, Álvarez Ponce V, Rodríguez Pérez A. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 1999 Abr [citado 02 Nov 2015]; 25(1): 61-65. Disponible en: [http://scielo.sldcu.com/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1999000100012](http://scielo.sldcu.com/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000100012).
7. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Cairo González V, Bravo Torres Y, Corrales Gutiérrez A, Tempo Alberto C. Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2009 Sep [citado 02 Dic 2015]; 35(3). Disponible en: [http://scielo.sldcu.com/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2009000300004](http://scielo.sldcu.com/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300004).
8. Akpadza K, Kotoor KT, Baeta S, Adama A, Hodonos A. Maternal mortality at the Tokoin Lome University Hospital Center from 1990 to 1992. Rev Fr Obstet Gynecol. 1994; 89(2):81-5.
9. Medina J, Sarmiento G, Wong Y. El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes obstétricos. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 6(3):356-63.
10. Delgado Acosta HM, Monteagudo Díaz S, Rodríguez Buergo D, Vega Galindo M, Sotolongo Acosta MM. Estratificación del bajo peso al nacer desde un enfoque de determinantes sociales. Rev Finlay [Internet]. 2013 [citado 2 Dic 2015]; 3(1). Disponible en: <http://revfinlay.sldcu.com/index.php/finlay/article/view/171/1473>.
11. Ganfong Elías A, Nieves Andino A, Simonó Bell NM, González Pérez JM, Díaz Pérez MC, Ramírez Robert R, *et al*. Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital Dr. Agostinho Neto, Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2007 Dic [citado 11 Jun 2016]; 33(3). Disponible en: [http://scielo.sldcu.com/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2007000300001](http://scielo.sldcu.com/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300001).

12. Rodríguez Hidalgo N, Cutié León E, Cordero Isaac R, Cabezas E, Águila Setién S, Álvarez Lajonchere C, *et al.* Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
13. Moya Romero BC, Lugones Botell MA, Gazapo Pernas R, León Molinet FJ. Aplicación de la prueba de Gant en la predicción de la enfermedad hipertensiva gestacional. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996 Jun [citado 02 Dic 2015]; 12(3): 264-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251996000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000300009).
14. Álvarez Ponce VA, Alonso Uría RM, Ballesté López I, Muñoz Rizo M. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Mar [citado 02 Dic 2015]; 37(1):23-31. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2011000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000100004).
15. González Martínez G, Aguirre Suárez J, Alarcón Sandoval A, Pulgar Lehr A, Valbuena Adrianza O. Hepatic and splenic rupture associated with severe preeclampsia: a case report. Invest Clin. 2004; 45(1):63-8.
16. Szabo J, Pa A, Szabo-Nagy A. Preventing toxemia. Lancet [Internet]. 2001 [citado 02 Dic 2015]; 357(9274):2140. Disponible en: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673600052168.pdf>.
17. Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer M, Van Dorsten JP, MacPherson C, *et al.* Risks of preeclampsia and adverse neonatal outcomes among women with pregestational diabetes mellitus. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2000 [citado 02 Dic 2015]; 182(2). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937800702250>.
18. Marik PE. Hypertensive disorders of pregnancy. Postgrad Med [Internet]. 2009 [citado 02 Dic 2015]; 121(2). Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3810/pgm.2009.03.1978>.
19. Pipkin FB. Risk factors for preeclampsia. New Engl J Med [Internet]. 2001 [citado 02 Dic 2015]; 344(12). Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200103223441209>.

20. Egan LAV, Peña SPC. Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2007 [citado 02 Dic 2015]; 50(2): Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=11501>.
21. González Marrero JM, Ochoa Roca TZ, Cardero Almira R, Bichara Bauzá E, Guerrero Rodríguez T. Caracterización de la enfermedad hipertensiva gestacional en pacientes de la Policlínica Máximo Gómez Báez. CCM [Internet]. 2013 Jun [citado 02 Dic 2015]; 17(2): 148-155. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200005).
22. Flores Nava G. Antecedentes perinatales y morbimortalidad del hijo de madre con preeclampsia severa. Fonte. Perinatal Reprod. 1998; 12(4): 183-90.
23. Douglas KA, Redman C. Eclampsia in the United Kingdom. Obstet Gynecol Surv [Internet]. 1995 [citado 02 Dic 2015]; 50(7). Disponible en: [http://journals.lww.com/obgynsurvey/Citation/1995/07000/Eclampsia\\_in\\_the\\_United\\_Kingdom.3.aspx](http://journals.lww.com/obgynsurvey/Citation/1995/07000/Eclampsia_in_the_United_Kingdom.3.aspx).
24. Martínez J. Influencia del tipo de estado hipertensivo del embarazo en la aparición de complicaciones neonatales. Rev Esp Pediatr. 1998; 54(5):379-85.
25. Balestena J, Fernández R, Hernández A. Comportamiento de la preclampsia grave. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2001 [citado 02 Dic 2015]; 27(3):226-32. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2001000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000300010).
26. Rodríguez M. Enfermedad hipertensiva gravídica: algunas consideraciones sobre su influencia en los indicadores de morbimortalidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999; 25(2):108-13.
27. Anathe CV, Basso O. Impact of Pregnancy Induced-Hypertension on Stillbirth and Neonatal Mortality. Epidemiology. 2010; 21. p. 118-23.
28. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2000 [citado 02 Dic 2015]; 26(2): 99-114. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2000000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000200006).

29. Allen MC. El lactante de alto riesgo. *Pediatr Clin North Am* (Edición española) 2005; 3:505-518.

30. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Namfantche J. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y parto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2003 [citado 02 Dic 2015]; 29(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2003000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000100005).

Recibido: 18 de octubre de 2017.

Aprobado: 23 de noviembre de 2017.

*Karina Joseline Delance Reyes*. Hospital Ginecobstétrico Docente Fe del Valle Ramos. Manzanillo. Granma, Cuba. Email: [niurka@ucm.grm.sld.cu](mailto:niurka@ucm.grm.sld.cu)