

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GRAVÍDICA FACTORES OBSTÉTRICOS Y CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS

Autores: Est. Yazmin Torres Brito¹, Est. Claudia Garrido Pérez,² Est. Lázaro Pérez Hernández³, Dr. José Manuel Garrido Echazabal⁴, Dr. Genenroso Torres Fuentes⁵, Dra. Belkis Brito Herrera⁶, Dr. Nestor J.Ojeda⁷.

- 1- Estudiante 5^{to} año de medicina, AA Endocrinología
- 2- Estudiante 6^{to} año de medicina, AA Medicina Interna.
- 3- Estudiante 5^{to} año de medicina, AA Ginecología y Obstetricia
- 4- Especialista 2^{do} Grado Ginecobstetricia, Prof Consultante, Hospital Docente Manuel Piti fajardo, Güines.
- 5- Especialista 2^{do} Grado Urología, Prof Auxiliar, Inv Agregado, Hospital Docente Leopoldito Martínez, San José de las Lajas
- 6- Especialista 2^{do} Grado MGI y Pediatría, Prof Auxiliar, Inv Agregado, Hospital Docente Leopoldito Martínez, San José de las Lajas
- 7- Residente 3er año Cirugía, Hospital Docente Leopoldito Martínez, San José de las Lajas

Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque Hospital General Docente

“Leopoldito Martínez”, Mayabeque.Cuba

e-mail primer autor: gene@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: La enfermedad hipertensiva gravídica constituye un problema médico de alta incidencia y prevalencia en la población y frecuentemente resulta en alteraciones que ponen en riesgo la vida de la madre y del feto. Los conocimientos acerca de este tema son abordados por miles de especialistas y sigue siendo un tema de debate y estudio en cada región. **Objetivo:** Identificar algunos factores clínico-epidemiológicos y obstétricos asociados a la Enfermedad Hipertensiva

Gravídica **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo desde un enfoque o paradigma cuantitativo en el Hospital Docente Ginecobstétrico “Manuel Piti Fajardo”, entre enero a diciembre de 2017. El universo de la investigación estuvo conformado por todas las gestantes que ingresaron en los servicios de ginecobstetricia con un diagnóstico de EHG. El análisis estadístico se realizó a través del por ciento, la media y la desviación estándar; además el test de Chi cuadrado y la razón de productos cruzados. **Resultados:** el grupo etéreo más afectado fue el comprendido entre los 27-32 años de edad, de la raza negra de procedencia rural, los APP de HTA, más frecuente en nulíparas, con Preeclampsia sin signos de agravamiento, sobrepeso. En cuanto a la distribución por semanas de gestación podemos decir que las pacientes entre las 25-29 fueron las más frecuentes, culminando la mayoría el embarazo por vía normal. Con respecto al peso del recién nacido la mayor parte estuvieron entre 2600-3100 gramos y presentaron Apgar normal. **Conclusiones:** Se identificaron factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva Gravídica que influyen en el bienestar materno-fetal.

Palabras claves: Enfermedad Hipertensiva Gravídica, Preeclampsia, Eclampsia, HTA transitoria, Test de Apgar.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es considerada por la OMS como un Programa Prioritario de Salud en todo el mundo. Esta enfermedad se conoce desde hace más de 2000 años y aun constituye un problema para la salud pública de todos los países, por la alta mortalidad tanto materna como perinatal. Su incidencia está estimada

en el rango del 5-10%, aunque se han registrado cifras inferiores (1,6%) y superiores (38 %). ⁽¹⁾

La incidencia de la misma es variable, en Estados Unidos, oscila entre 1,6-12,6%, lo cual contrasta con la de países del tercer mundo en los cuales alcanza hasta el 40% en grupos humanos considerados de alto riesgo. La HIE constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad materna y el mayor número de muertes maternas ocurren en pacientes eclámpicas.

La mayor parte de las defunciones maternas se concentran en países en vías de desarrollo; diversos reportes indican que en estos países ocurren del 95-99% del total de muertes que se registran a escala mundial. Datos de la OMS sobre el momento de ocurrencia de las defunciones indican que entre el 11-17% suceden durante el parto, pero la mayoría (50-70%) durante el puerperio; de estas, aproximadamente la mitad acontece en las primeras 24 h y el resto en los próximos 7 días y es también durante este periodo que fallecen muchos recién nacidos.

Esta alta mortalidad se debe a que la HIE predispone a múltiples complicaciones. El riesgo perinatal varía con la intensidad del cuadro, se observa un incremento de la prematuridad, bajo peso al nacer y retardo del crecimiento. La mortalidad fetal está alrededor del 40%, siendo mayor en los casos de eclampsia. ⁽²⁾

MARCO TEÓRICO

CONCEPTO

Se entiende que existe hipertensión arterial en el embarazo si se comprueba que:

- La tensión arterial es de 140/90 mm Hg o más en dos tomas consecutivas una de otra, con 6 h de diferencia.
- La tensión arterial media (TAM) es de 105 mm Hg o más

- Cuando la TA es de 160/110 mm Hg no es necesario repetir la toma.
 - Cuando existe aumento de 30 mm Hg o más de la TA sistólica (TAS) y de 15 mm Hg o más de la tensión arterial diastólica (TAD) sobre niveles ya conocidos, debemos establecer vigilancia estrecha sobre esa paciente el resto del embarazo.
- (3)

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO

Se han realizado en todo el mundo múltiples intentos de clasificar la hipertensión en el embarazo. La clasificación que aparece en la mayoría de los libros de texto es la de la OMS:

- Preeclampsia-eclampsia:
 - Leve (o sin signos de gravedad).
 - Grave (o con signos de gravedad).
 - Eclampsia.
- Hipertensión arterial crónica sea cual fuere su causa.
- Hipertensión arterial crónica con preeclampsia- eclampsia sobreañadida.
- Hipertensión transitoria o tardía. ⁽⁴⁾

DEFINICIONES

Como definición decimos que la preeclampsia- eclampsia es una enfermedad multisistémica, multiorgánica, producida por un daño endotelial, que cursa con sensibilidad aumentada a las sustancias presoras circulantes y se acompaña de isquemia, necrosis y trastornos de la coagulación.

La hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia-eclampsia) es una enfermedad propia del embarazo humano que se caracteriza por un aumento de la tensión arterial de 140/90 mm Hg o más, que aparece en los alrededores de las 20 semanas de gestación, durante el embarazo,

parto o en los primeros días del puerperio y que desaparece en las primeras semanas del puerperio, se acompaña de proteinuria; en ocasiones puede aparecer edema en los miembros inferiores y la cara, aunque no es indispensable para el diagnóstico.

Esta enfermedad puede evolucionar hacia las formas graves donde la paciente presenta convulsiones y coma. Después del parto desaparecen los síntomas en las 7 semanas siguientes a este, en el mismo orden en que fueron apareciendo. La preeclampsia y la eclampsia son estadios de una misma enfermedad. ⁽⁵⁾

Llamamos **preeclampsia leve** cuando la tensión arterial no llega a 160/110 mm Hg, la albuminuria es de menos de 2 g en 24 h y la ganancia de peso es de 1 kg a la semana; se define como un cuadro grave o complicado cuando la tensión arterial es de 160/110 mm Hg o más, la proteinuria es mayor que 2 g, la ganancia de peso es mayor que 1 kg a la semana; o si aparecen otros signos como son oliguria con menos de 500 mL en 24 h, la presencia de trastornos cerebrales, disturbios visuales, edema pulmonar, cianosis y otros. ⁽³⁾

Hipertensión arterial crónica. Es la que se diagnostica antes del embarazo, o antes de las 20 semanas de gestación, o que persiste después de 6 semanas de ocurrido el parto. Se define que se asocia a una preeclampsia sobreañadida cuando se incrementa la TAS en 30 mm Hg y la TAD en 15 mm Hg sobre las tensiones previas y aparece además proteinuria cuantificable.

Hipertensión transitoria o tardía. Cuando se produce una hipertensión arterial al final de la gestación, en el parto o en las primeras horas del puerperio y que desaparece a las 24 h después del parto, sin que presente ningún otro signo de preeclampsia ni de hipertensión. ⁽⁶⁾

FISIOPATOLOGÍA

La etiología de esta enfermedad no está definida, no obstante, es imprescindible la existencia de un trofoblasto activo y se ha demostrado la existencia de un terreno de riesgo; es decir, factores que favorecen el desarrollo de la enfermedad. ⁽⁷⁾

Los principales factores de riesgo que se han asociado a la aparición de la enfermedad son:

- Tiempo de gestación: aparece después de las 20 semanas de embarazo.
- Paridad: es una enfermedad de nulíparas, más del 70 ocurre en el primer embarazo.
- Edad materna: es más frecuente antes de los 18 años, y después de los 35 años. En estos últimos casos la enfermedad es más peligrosa.
- Herencia familiar: la PEE estará ligada a un gen autosómico recesivo.
- Peso: aparece cuando el peso es muy bajo o hay obesidad.
- Nutrición: es un factor importante según algunas escuelas, se considera la desnutrición grave, así como las deficiencias proteínicas y vitamínicas.
- Algunas condiciones obstétricas: por ejemplo, embarazo múltiple, mola hidatiforme, eritroblastosis fetal y polihidramnios.
- Diversas enfermedades crónicas: por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes mellitus y nefropatías.
- Inhibidor lúpico: la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos se asocia a cuadros de PEE al final de la gestación.
- Patrones culturales y factores socioeconómicos: por ejemplo, la pobreza, algunas creencias y hábitos nocivos a la salud.
- Cuidados prenatales deficientes.

En publicaciones recientes se han dado a la luz nuevos factores de riesgo, que se exponen a continuación:

– Factores preconceptionales o riesgo crónico:

- Nuliparidad, primipaternidad y adolescencia.
- Exposición limitada a la esperma.
- Inseminación artificial por donación.
- Donación de óvulos.
- Sexo oral (disminuye el riesgo).
- Marido que ha tenido otra esposa con PEE.
- Aumento exagerado del peso entre las 20-28 semanas (más de 0,75 kg por semana). ⁽⁵⁾

– Factores de riesgo no relacionados con el esposo:

- Edad.
- Espacio intergenésico largo, más de 2 años.
- Historia familiar.

– Otras alteraciones específicas:

- Hipertensión crónica y enfermedad renal.
- Obesidad.
- Resistencia a la insulina.
- Bajo peso al nacer.
- Diabetes gestacional y diabetes tipo I.
- Resistencia a la vitamina C activada.
- Anticuerpos antifosfolípidicos.
- Hiperomocisteinemia.
- Enfermedad de Sickle Cell y anemia.

– Factores exógenos:

- Fumar reduce el riesgo de preeclampsia, pero aumenta el riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera (hematoma retroplacentario).
- Estrés.
- Trabajo relacionado con problemas psicosociales. ⁽⁸⁾

Se ha demostrado que la placenta desempeña una función importante en la génesis de la preeclampsia-eclampsia, ya que las manifestaciones clínicas desaparecen rápidamente después del parto.

La causa aún permanece desconocida, aunque se ha sugerido la isquemia uterina como un factor primario, ya que la preeclampsia-eclampsia se desarrolla en mujeres cuyo denominador común es una disminución en la perfusión placentaria. ⁽⁹⁾

Una de las teorías más interesantes para explicar el comienzo de la enfermedad es la desarrollada por Friedman.

Siendo el efecto inicial de la preeclampsia sería una placentación anormal. ⁽¹⁰⁾ Las arterias espirales conservarían su capa muscular y su innervación adrenérgica, lo cual produciría disminución en la perfusión uteroplacentaria. Esta hipoperfusión elevaría la producción placentaria de una toxina endotelial, sustancia tóxica que causaría un daño del endotelio de todo el organismo y sería la clave para que se desencadene todos los fenómenos presentes en la preeclampsia, que son:

- Disminución en la producción por la placenta de prostaciclina que es un potente vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria y de la contractilidad uterina que aumenta sus niveles en el embarazo normal. La producción en las células endoteliales es de los vasos placentarios, uterinos, umbilicales, corioamnios, decidua, trofoblasto y miometrio.
- Durante el embarazo se produce también la síntesis del tromboxano con efectos fisiológicos opuestos a la prostaciclina.

Cuando se rompe el equilibrio entre la prostaciclina y el tromboxano ocurre vasoconstricción y aumento de la agregabilidad plaquetaria, lo cual disminuye la perfusión uterina y aumenta la sensibilidad al efecto presor de la angiotensina II. Este aumento de la reactividad vascular ante las sustancias presoras es la manifestación más temprana de la preeclampsia, aún semanas antes de que aparezcan los síntomas clínicos.

- El desbalance entre la prostaciclina y el tromboxano lleva a un incremento de la coagulación intravascular diseminada (CID) y después de fibrina. Esta producción de la placenta de trombos plaquetarios sería la responsable de la restricción del crecimiento intrauterino (CIUR) y del desprendimiento de la placenta normalmente insertada.
- En el sistema nervioso central (SNC) el vasoespasmo y los trombos plaquetarios con microinfartos serían los responsables de la convulsiones. En el hígado se presentaría necrosis que provocaría el incremento de las enzimas hepáticas. En el riñón aparecería una endoteliosis capilar glomerular causante de la proteinuria y el edema que pueden llevar a la insuficiencia renal aguda.
- La prostaciclina disminuye con el aumento del tromboxano y provoca además, vasoconstricción arterial y venosa e hipertensión con disminución en la secreción de renina, lo cual, a su vez, disminuiría la producción de aldosterona; esta, con la vasoconstricción son los responsables de la hipovolemia.
- Finalmente el daño endotelial ya mencionado origina un aumento en la permeabilidad vascular que desencadenaría la presencia del edema. ⁽¹¹⁾

En los estudios realizados, se ha descubierto que las células endoteliales liberan óxido nítrico y que esto regula el tono basal y la respuesta a

vasodilatadores dependientes del endotelio, por lo tanto, en un embarazo normal la función del óxido nítrico es mantenerla vasodilatación de arteriolas. ⁽¹¹⁾

La preeclampsia produce cambios con distinto grado de intensidad y progresa de acuerdo con el agravamiento de la enfermedad. Se ha manifestado también mediante la prueba de Gant o el *roll over test*, al del decúbito lateral a la posición supina, en un gran número de embarazadas que semanas después desarrollan preeclampsia. ⁽¹²⁾

Existen cambios importantes a nivel orgánico y dentro de ellos en el hígado donde pueden desarrollarse dos tipos de lesiones: congestión pasiva crónica semejante a la que se observa en caso de insuficiencia cardíaca derecha y necrosis hemorrágica periportal, la cual puede extenderse debajo de la cápsula hepática hasta formar un hematoma subcapsular y producir ruptura hepática. Esa distensión de la cápsula hepática es la causante del dolor en barra del hipocondrio derecho y epigastrio. Forma parte diagnóstica de la inminencia de eclampsia y frecuentemente se encuentra acompañada de un deterioro de otros órganos como riñón, cerebro y la presencia del síndrome de Hellp. ⁽¹³⁾

PROFILAXIS

La prevención de la preeclampsia-eclampsia parece difícil en el momento actual según el estado de nuestros conocimientos. Más que evitar la enfermedad, la atención del médico debe dirigirse a dos objetivos:

- Descubrir los terrenos de riesgo en que la enfermedad puede desarrollarse.
- Encontrar y tratar los riesgos iniciales y las formas ligeras para evitar el desarrollo de las formas más graves. ^(14,15,16)

DIAGNÓSTICO

Desde el año 2001, se ha recomendado: el empleo del quinto ruido de Korotkoff para la medición de la TA diastólica y la eliminación del edema

como criterio para diagnóstico de preeclampsia y del empleo de los incrementos de las presiones arteriales sistólica y diastólica. ⁽¹⁷⁾

También se recomendó incluir en la clasificación el término de hipertensión gestacional como una categoría temporal de trabajo, cuando es confusa la clasificación del trastorno desde el contacto con la paciente, la que podrá modificarse a:

- Hipertensión transitoria si no ha ocurrido preeclampsia hasta el momento del parto o puerperio y la TA regresa a la normalidad antes de las 12 semanas de este (diagnóstico retrospectivo)
- Hipertensión crónica si persiste la elevación de la TA.

En la Provincia Mayabeque informaciones estadísticas demuestran la incidencia de este trastorno de la gestación en nuestras embarazadas. Conocido esto nos decidimos realizar esta investigación en pacientes que fueron atendidos en los servicios de Obstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo de Güines, Provincia Mayabeque para establecer algunas características relacionadas con la Enfermedad Hipertensiva Gravídica así como identificar algunos factores obstétricos y factores de riesgo que nos permitan sentar premisas para desarrollar acciones de promoción, dirigidas a elevar la calidad de vida de nuestra población.

Por lo antes expuesto nos planteamos el siguiente problema de Investigación:

¿Cuáles serán los factores obstétricos y aspectos clínico-epidemiológicos que caracterizan a las gestantes con diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva Gravídica ingresadas en los servicios de Obstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo del Municipio Güines, Provincia Mayabeque?

La hipertensión gravídica constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad materna en países desarrollados y se produce el mayor

número de muertes en pacientes eclámpicas. En los países latinoamericanos constituye un problema grave de salud.

En aras de contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal por esta afección y al conocer que en la demora para el diagnóstico oportuno pueden influir diferentes factores, nos propusimos realizar este estudio para destacar el comportamiento de algunos factores epidemiológicos y obstétricos presentes en las pacientes con diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva Gravídica (EHG).

La confección de esta investigación que aborda los contenidos relacionados con los factores obstétricos y los factores de riesgo materno en pacientes diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gravídica como problema de salud, nos brinda información necesaria acerca del tema y favorece una mejor apropiación de los conocimientos por parte de los estudiantes de medicina y médicos en general.

Aunque existen otras investigaciones dirigidas a la temática, la novedad de esta investigación se halla en su aporte de la información básica, lo más completa posible y actualizada acerca de enfermedad, enfatizando en su incidencia, diagnóstico, aspectos clínico-epidemiológicos y las importantes características obstétricas de la misma.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar algunos factores clínico-epidemiológicos y obstétricos asociados a la Enfermedad Hipertensiva Gravídica en pacientes ingresadas en los servicios de Obstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico Manuel Piti Fajardo del Municipio Güines de la Provincia Mayabeque.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar variables sociodemográficas como edad, procedencia y raza
- Identificar y clasificar la paridad de las gestantes, antecedentes patológicos personales y tipo de la enfermedad
- Evaluar el índice de masa corporal de las pacientes diagnosticadas como hipertensas.
- Identificar en que semanas de la gestación fue más frecuente encontrar a las pacientes con Enfermedad Hipertensiva Gravídica así como las vías usadas para la terminación del embarazo
- Evaluar el peso de los recién nacidos en pacientes diagnosticadas con Enfermedad Hipertensiva Gravídica y el Puntaje de Apgar de los neonatos.

CONTROL SEMÁNTICO

IMC: es una medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet se calcula:

$$IMC = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

Puntaje de Apgar: Es un examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en donde el neonatólogo realiza una prueba en la que se valoran cinco parámetros para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto.

El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisioanatómicos simples, que son:

- Tono muscular.

- Esfuerzo respiratorio.
- Frecuencia cardíaca.
- Reflejos.
- Color de la piel.

MATERIAL Y METODO

CONTEXTO Y CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo desde un enfoque o paradigma cuantitativo, en gestantes diagnosticadas con Enfermedad Hipertensiva Gravídica, en el Hospital Docente Ginecobstétrico Manuel Piti Fajardo del Municipio de Güines, Provincia Mayabeque, en el período comprendido entre enero a diciembre del 2017 con el objetivo de identificar factores clínico-epidemiológicos y obstétricos.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO:

El universo estuvo constituido por todas las pacientes diagnosticadas con enfermedad Hipertensiva Gravídica que cumplieran con el siguiente criterio de inclusión:

Criterio de Inclusión: Pacientes cuyas Historias Clínicas cumplieran con los requisitos necesarios para la recolección de la información deseada.

De esta manera el universo quedó constituido por 160 pacientes diagnosticadas con enfermedad Hipertensiva Gravídica ingresada en los servicios de Ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico Manuel Piti Fajardo del Municipio de Güines, Provincia Mayabeque.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Para darle salida a nuestros objetivos nos planteamos trabajar con las siguientes variables.

Variables sociodemográficas: Edad, Procedencia y raza

Variables relacionadas con aspectos obstétricos y clínico-epidemiológicos: Paridad, los Antecedentes Personales, la Clasificación de las gestantes según tipo de Enfermedad Hipertensiva Gravídica, la Clasificación de las gestantes según IMC, la Distribución por semanas de gestación, la Culminación del embarazo, la Correlación del peso de recién nacido en esta entidad y el Puntaje de Apgar de los neonatos de pacientes afectadas de EHG

VARIABLES	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Edad	Cuantitativa discreta independiente	15-20 años 21-26 años 27-32 años 33-38 años 39-44 años	Según años cumplidos	Cantidad y porcentaje
Raza	Cualitativa nominal dicotómica independiente	-Blanca -Negra	Según color de piel	Cantidad y porcentaje

Procedencia	Cualitativa nominal dicotómica independiente	Urbana Rural	Según lugar donde vive	Cantidad y por ciento
Paridad de gestantes con EHG	Cuantitativa Discreta dependiente	Nulípara 0 Primípara 1 Secundípara 2 Tercípara 3 Multípara 4 o más	Según número de hijos	Cantidad y por ciento
Antecedentes Personales	Cualitativa nominal Politómica Dependiente	Asma Bronquial HTA Diabetes Mellitus Hipotiroidismo Alcoholismo Tabaquismo Antecedentes de Salud	Según antecedentes patológicos personales	Cantidad y por ciento
Clasificación según tipo de EHG	Cualitativa ordinal dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia sin signos de agravamiento • Preeclampsia con signos de agravamiento • Eclampsia • HTA Crónica • HTA Crónica 	Según tipo de EHG	Cantidad y por ciento

		<p>con preeclampsia sobreañadida</p> <ul style="list-style-type: none"> HTA transitoria 		
Clasificación de las gestantes según IMC	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>politómica</p>	<p>Normopeso</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obesa</p>	Según relación peso talla	Cantidad y por ciento
Distribución por semanas de gestación	<p>Cuantitativa</p> <p>Discreta</p> <p>dependiente</p>	<p>20-24</p> <p>25-29</p> <p>30-34</p> <p>35-39</p> <p>40 - o más</p>	Según edad gestacional	Cantidad y por ciento
Método de culminación del embarazo	<p>Cualitativa</p> <p>nominal</p> <p>dicotómica</p>	<p>Parto normal</p> <p>Cesárea</p>	Según forma de culminación del embarazo	Cantidad y por ciento
Peso del recién nacido de pacientes afectadas	<p>Cuantitativa</p> <p>discreta</p> <p>independiente</p>	<p>2000-2500</p> <p>2600-3100</p> <p>3200-3700</p> <p>3800 o más</p>	Según peso en gramos del recién nacido	Cantidad y por ciento

Puntaje de Apgar de los neonatos de pacientes afectadas	Cuantitativa discreta dependiente	1-3 4-6 7-10	Según Puntaje de Apgar	Cantidad y porcentaje
--	--	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección inicio desde el momento mismo en que se planificó la investigación concediéndole especial importancia al enfoque que se hace del problema, el tipo de estudio, los objetivos trazados y las variables estudiadas. La recolección de la información fue desarrollada a través de una planilla recolectora de datos (**Anexo 1**), la cual estaba dirigida a recolectar la información de la manera más sencilla y precisa. Dicha planilla funciona como **fuentes primaria** de recolección de datos y las historias clínicas y los registros de nacimiento funcionan como **fuentes secundaria** de recolección de datos

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

La información fue procesada en un ordenador ASUS con Procesador Intel® 945GC Pentium® Dual-Core CPU E5800 3.20GHz, con el Sistema Operativo Windows 7 Ultimate. Una vez recolectada la información a través de la planilla, se confeccionaron varias bases de datos en el programa Microsoft Access, el cual ofrece las opciones propicias para la realización de los cálculos correspondientes a la investigación. La información que fue almacenada en dicho programa se le realizó un análisis estadístico y porcentual. Posteriormente, los resultados obtenidos a través de dichos cálculos y análisis aplicados, son expuestos en forma de tablas con frecuencias absolutas y porcentajes, para su mejor comprensión.

PARÁMETROS ÉTICOS

La ética médica tiene una gran importancia a la hora de realizar una investigación, y este estudio no es la excepción, donde primaron los principios éticos como el respeto a las personas ya que fue tomada en cuenta la confidencialidad que como profesionales de la salud les debemos garantizar a quienes incluimos en nuestros estudios de carácter científico; además, no se violaron en ningún momento las restricciones que existían a la hora de recolectar la información. Por otro lado, tuvimos en cuenta la beneficencia y la no maleficencia, pues con los resultados de esta investigación pretendemos contribuir al mejoramiento del estado de salud de nuestra comunidad. Por último, la justicia se hizo valer, pues nunca fueron tergiversados los datos por conveniencia o intereses de quienes realizaron el estudio. Además, a todas las personas incluidas en el estudio se les explicó detalladamente en qué consistía este y que no se divulgaría la información recopilada. Para hacer validar el derecho de estas personas, se solicitó al departamento de estadística y a la dirección del centro el poder acceder a dichas historias clínicas

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según grupo de edades de gestantes con enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital Docente Ginecobstétrico “Manuel Piti Fajardo”, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017”.

Grupo etáreo (años)	Número	%
15-20	16	10

21-26	34	21.3
27-32	60	37.5
33-38	31	19.4
39-44	19	11.8
Total	160	100

Fuente: Historias Clínicas

En esta tabla podemos identificar que las edades en que más se presentó la Enfermedad Hipertensiva Gravídica fue en el grupo comprendido entre 27 y 32 años de edad con 60 pacientes, lo que representó el 37.5 % de la población en estudio.

A continuación se muestra un gráfico de barras exponiendo dichos resultados.

Gráfico 1. Distribución según grupo de edades de gestantes con enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo", en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017".



Fuente: Historias Clínicas

Tabla 2 Distribución según la raza de las gestantes con enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo", en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017".

Raza	Nro.	%
Blanca	70	43.7
Negra	90	56.3
Total	160	100

Fuente: Historias Clínicas

Las pacientes más afectadas por Enfermedad Hipertensiva Gravídica fueron las pacientes de la raza negra con 90 pacientes lo que constituyó el 56.3 % del total.

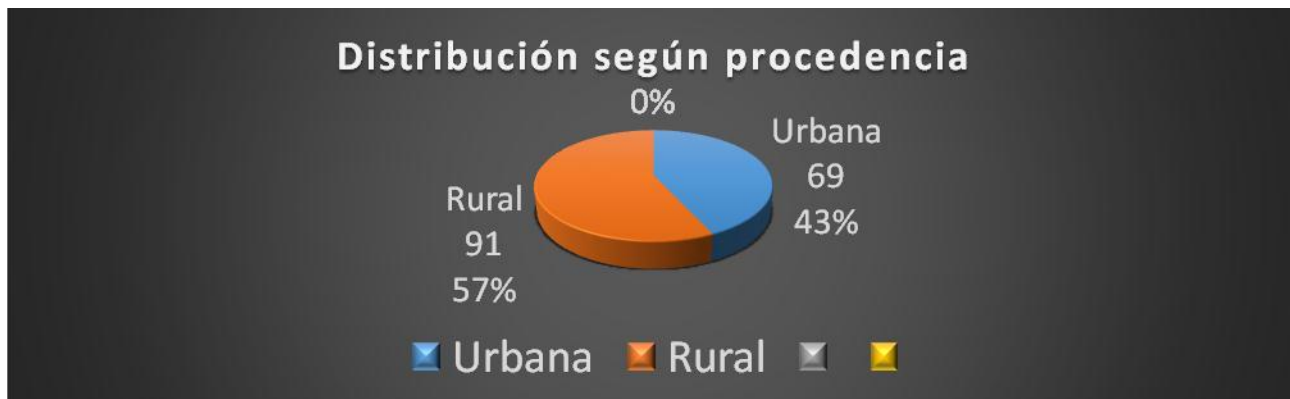
Tabla 3. Procedencia de las gestantes con enfermedad hipertensiva gravídica ingresadas en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017.

Procedencia	Con Hipertensión gestacional	
	No.	%
Urbana	69	43.2

Rural	91	56.8
Total	160	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfico 3. Procedencia de las gestantes con enfermedad hipertensiva gravídica ingresadas en el Hospital Docente Ginecobstétrico “Manuel Piti Fajardo” de enero a diciembre del 2017.



Fuente: Historias Clínicas

De las gestantes diagnosticadas con enfermedad Hipertensiva Gravídica predominaron aquellas de procedencia rural con 91 pacientes lo que constituyó el 56.8 % del total.

Tabla 4. Paridad de las gestantes diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gravídica ingresadas en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017

Paridad	Con Hipertensión gestacional	
	No.	%
Nulípara	75	46.8
Primípara	34	21.3
Secundípara	22	13.7
Tercípara	15	9.5
Múltipara	14	8.7
Total	160	100

Fuente: Historias Clínicas

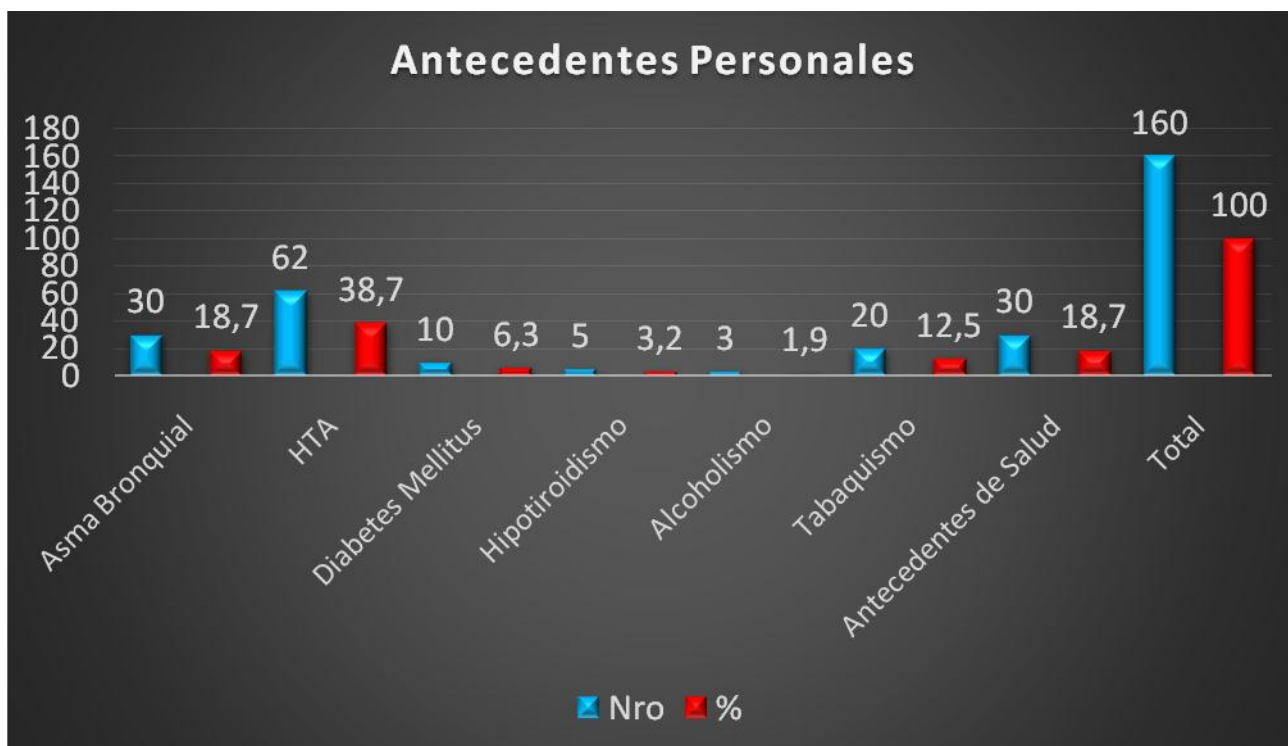
La tabla 4 muestra que entre las pacientes diagnosticadas como hipertensas ingresadas en nuestros servicios de ginecobstetricia predominaron aquellas embarazadas clasificadas como nulíparas con 75 pacientes para un 46.8 %.

Tabla 5. Antecedentes Personales de las pacientes diagnosticadas con Enfermedad Hipertensiva Gravídica ingresada en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017.

Antecedentes Personales	Nro.	%
Asma Bronquial	30	18.7
HTA	62	38.7
Diabetes Mellitus	10	6.3
Hipotiroidismo	5	3.2
Alcoholismo	3	1.9
Tabaquismo	20	12.5
Antecedentes de Salud	30	18.7
Total	160	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfico 5. Antecedentes Personales de las pacientes diagnosticadas con Enfermedad Hipertensiva Gravídica ingresada en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017.



Fuente: Historias Clínicas

Luego de este análisis pudimos concluir que dentro de los antecedentes personales que presentaban las pacientes atendidas el más frecuente fue el antecedente de padecer de Hipertensión arterial con 62 pacientes con diagnóstico previo de la misma.

Tabla 6. Clasificación según tipo de EHG de las gestantes ingresadas en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017 con diagnóstico de dicha patología.

Tipo de EHG	No.	%
Preeclampsia sin signos de agravamiento	58	36.2
Preeclampsia con signos de agravamiento	10	6.3
Eclampsia	2	1.3
HTA Crónica	33	20.6
HTA Crónica con preeclampsia sobreañadida	24	15
HTA transitoria	33	20.6
Total	160	100

Fuente: Historias Clínicas

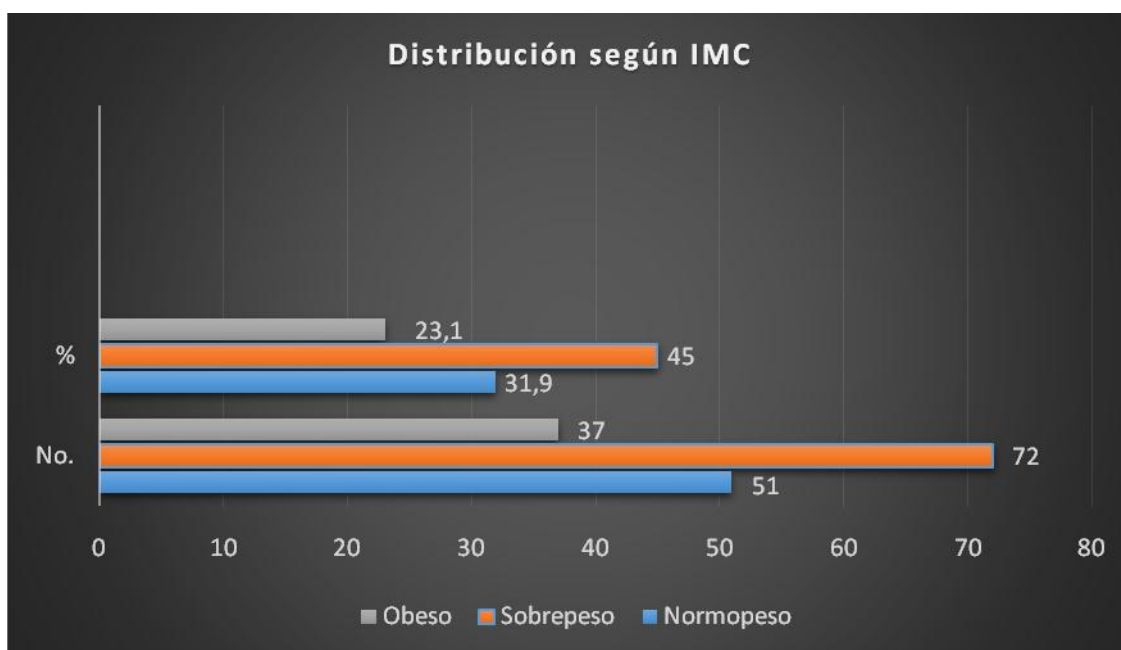
En la tabla 6 se expresa la distribución de las gestantes según tipo de EHG siendo la más frecuente la preeclampsia sin signos de agravamiento con 58 pacientes.

Tabla 7. Clasificación según IMC de las gestantes ingresadas en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017 con diagnóstico de EHG.

Clasificación según IMC	No.	%
Normopeso	51	31.9
Sobrepeso	72	45
Obeso	37	23.1
Total	160	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfico 7. Clasificación según IMC de las gestantes ingresadas en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico “Manuel Piti Fajardo” de enero a diciembre del 2017 con diagnóstico de EHG.



Fuente: Historias Clínicas

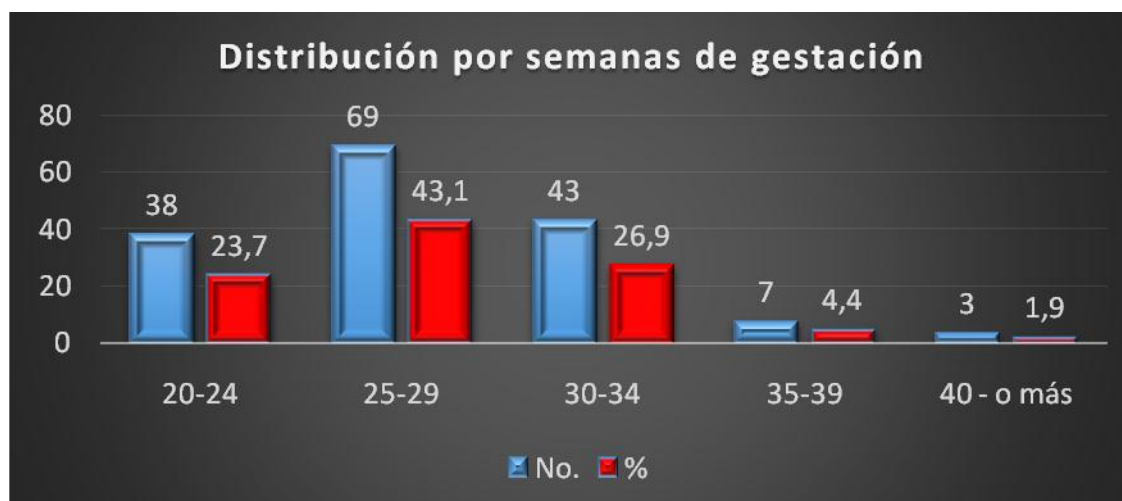
La tabla y gráfico 7 muestran que de las pacientes ingresadas con diagnóstico de EHG predominaron las sobrepeso con 72 pacientes para un 45 %.

Tabla 8. Distribución por semanas de gestación, de las gestantes ingresadas en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017 con diagnóstico de EHG.

Semanas de Gestación	No.	%
20-24	38	23.7
25-29	69	43.1
30-34	43	26.9
35-39	7	4.4
40 - o más	3	1.9
Total	160	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfico 8. Distribución por semanas de gestación, de las gestantes ingresadas en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017 con diagnóstico de EHG.



Fuente: Historias Clínicas

La tabla y gráfico 8 muestran que de las pacientes ingresadas con diagnóstico de EHG predominaron las que presentaron la enfermedad entre las semanas 20 y 24 de gestación con 69 pacientes para un 43.1

Tabla 9. Distribución por Método de culminación del embarazo, de las gestantes ingresadas en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017 con diagnóstico de EHG.

Método de Culminación del embarazo	Con Hipertensión gestacional	
	No.	%
Parto normal	61	48.8
Parto instrumentado	35	28
Cesárea	29	23.2
Total	125	100

Fuente: Historias Clínicas

Del total de pacientes ingresadas con diagnóstico de EHG hasta el momento de concluir esta investigación habían culminado el embarazo 125, de estas 61 culminaron con un parto normal lo que representó el 48.8 % del total.

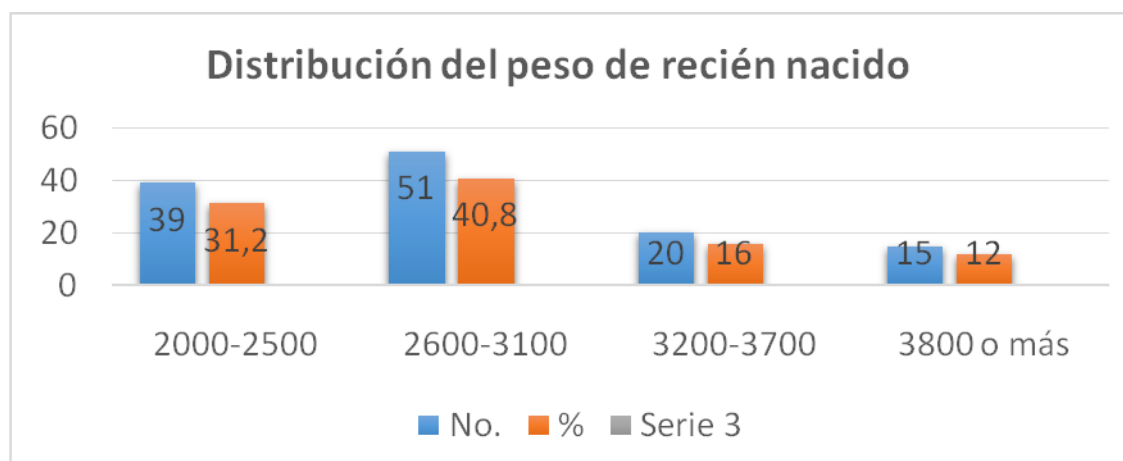
Tabla 10. Distribución por peso del recién nacido, de las gestantes con diagnóstico de EHG, que culminaron su embarazo, en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente

Ginecobstétrico “Manuel Piti Fajardo” de enero a diciembre del 2017.

Peso del recién nacido	No.	%
2000-2500	39	31.2
2600-3100	51	40.8
3200-3700	20	16
3800 o más	15	12
Total	125	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfico 10. Distribución por peso del recién nacido, de las gestantes con diagnóstico de EHG, que culminaron su embarazo, en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico “Manuel Piti Fajardo” de enero a diciembre del 2017.



Fuente: Historias Clínicas

Del total de nacimientos podemos decir que el peso de los recién nacido osciló entre los 2000 y 3800 gramos destacándose los recién nacidos con peso entre 2600 y 3100 gramos seguidos por los recién nacidos con peso entre 2000 y 2500 gramos.

Tabla 11 Distribución por Puntaje de Apgar de los neonatos de pacientes diagnosticadas con EHG, que culminaron su embarazo, en los servicios de ginecobstetricia del Hospital Docente Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" de enero a diciembre del 2017.

Puntaje de Apgar al minuto	No.	%
1-3	6	4.8
4-6	65	52
7-10	54	43.2
Total	125	100

Fuente: Historias Clínicas

Del total de recién nacidos de madres diagnosticadas con EHG predominaron aquellos que presentaron un Puntaje de Apgar al minuto entre 4 y 6 puntos con 65 neonatos lo que representa el 52 % de los nacidos.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La hipertensión inducida por el embarazo es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un programa prioritario de salud en el mundo. Su incidencia está estimada entre 10-20 % y representa la

primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera, en los subdesarrollados, con 4 defunciones por cada 100 000 nacimientos. ⁽¹⁸⁾

Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a hipertensión gravídica (preeclampsia). En Barcelona también es la complicación más frecuente del embarazo, la incidencia es de 47,3 por cada 1 000 nacimientos y constituye la primera causa de ingreso de gestantes en las salas de cuidado intensivo.

En Cuba se mantiene entre las 3 primeras causas de muerte materna, según notificaciones estadísticas nacionales. Durante el 2004 la mortalidad por esta causa en adolescentes varió entre 1 y 5 % y en mujeres mayores de 35 años, entre 9 y 12 %. Tres años después, en el 2007, las adolescentes continúan teniendo el mayor número de muertes, con 5,6 %. ⁽¹³⁾

En nuestros servicios de ginecobstetricia, cada día se hace más frecuente encontrar embarazadas con diagnóstico de EHG, en edades muy tempranas, más lo mismo no indica que no pueda aparecer a cualquier edad. Nuestro estudio indicó que el grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre los 27 y 32 años de edad con 60 pacientes lo que representó el 37,5% del total de las pacientes diagnosticadas con EHG, seguido del grupo etáreo comprendido entre los 21 y 26 años con 34 pacientes lo que representó el 21,3 % del total.

Al relacionar este estudio con la bibliografía médica consultada podemos decir que existen algunas coincidencias como los estudios realizados por Esplin que identificó en un estudio realizado en Zimbabwe que las gestantes hipertensas casi siempre oscilaban entre los 21 y 32 años de edad pero que al igual que en nuestro estudio se encontraba un gran alza de pacientes hipertensas en edades reproductivas más tempranas.

⁽¹⁹⁾

El embarazo en la adolescencia puede considerarse como un factor de riesgo muy importante. En los últimos tiempos se ha multiplicado el interés de las ciencias biomédicas y sociales, en el logro de un estilo de vida sano por parte de los adolescentes, especialmente, en lo que se refiere a su SALUD REPRODUCTIVA, ya que existe el supuesto erróneo, del enfoque dado a querer "PLANIFICAR LAS FAMILIAS" de los adolescentes que no se identifican con este concepto. ⁽¹⁶⁾

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

Con una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones, podría lograrse en el futuro mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en la adolescencia, para mejorar así los resultados perinatales.

La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales.

En cuanto a la raza podemos decir que al igual que en muchas investigaciones pudimos identificar que la mayor parte de la paciente ingresadas con diagnóstico de EHG fueron de la raza negra con 90 pacientes lo que constituyó el 56,3 % del total de la población en estudio, y de la raza blanca se diagnosticaron 70 pacientes para un 43,7 %.

En una investigación llevada a cabo por González *et al* tuvieron como resultado que la gestante de color blanco presentaron con más

frecuencia EHG, lo cual lo tenemos en cuenta pero difiere de nuestro estudio posiblemente por las características de la población. ⁽²⁰⁾

El riesgo sube a casi el doble en mujeres de raza negra según un estudio realizado por Matthew Warden y Brian Euerle.

Al revisar otras bibliografías como los estudios realizados en el Policlínico Docente "Ana Betancourt" en La Habana, se demostró que la mayor parte de los pacientes ingresadas eran de raza negra (68 %), lo que coincide con nuestros estudios y lo relacionamos igualmente con las características de nuestra población, al igual que los estudios realizados en las clínicas de la capital de Namibia al identificar gestantes con diagnóstico de EHG de 79 % de la raza negra. En consulta de otras bibliografías como la investigación titulada "Comportamiento la EHG en Cuba e importancia de la prevención de la misma nos habla de gestantes diagnosticadas con dicha afección de 66 % en la raza blanca y un 44 % en la población negra lo que coincide con nuestra investigación. Esto nos demuestra que esta afección puede atacar a varios grupos étnicos por tanto en nuestros servicios de salud debemos estar atentos a la hora de identificar una población en riesgo pues este es otro de los factores que pueden influir. ⁽²¹⁾

En cuanto a la procedencia pudiésemos decir que 91 pacientes diagnosticadas con EHG provenían de área rural para un 56,8 % lo que nos dice de la especial atención que debe tenerse con la población proveniente de dichas zonas y de lo importante de dicho aspecto para el control de la HTA crónica así como de los episodios de preeclampsia con signos de agravamiento y de eclampsia que pudiesen presentarse.

Coronel y Villarroel Et Al demostraron en su estudio la extrema vigilancia que debe tenerse con las pacientes provenientes de áreas rurales pues las mismas casi siempre ya padecían de una HTA de base casi siempre sin tratamiento previo.

Por su parte la EHG es considerada una enfermedad de nulíparas lo cual en esta investigación queda demostrado obteniendo que 75 pacientes nulíparas presentaron la misma para un 46,8 % del total de la población en estudio. Un estudio en el Hospital de Chitungwiza en Zimbabwe demostró que al igual que en nuestra investigación, las nulíparas fueron las más afectadas con un 76,2% de las pacientes con este diagnóstico. (22)

Un estudio del hospital "Mariano Pérez Balí", utilizando como método fundamental la observación científica, el cual le fue aplicado a las embarazadas que presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo en el período del primero de julio de 1998 al 31 de diciembre de 1998 demostró que la mayor cantidad de pacientes con enfermedad hipertensiva gravídica se mostró en nulíparas con un 42,2%, debemos tener en cuenta que la cifra antes mencionada tiene como base el estrés psicológico producto de las propias preocupaciones del embarazo.

Comparando con estudios anteriores realizados en el hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio R. Alfonso Medina" en la década del 80 por *Ulloa* y colaboradores, se encontraba en 245 pacientes ingresadas nulíparas el diagnóstico de EHG lo que constituyó el 42,8 % del total, posteriormente *Hernández* y colaboradores en el período comprendido desde 1986 hasta 1993, reportaron un total de 326 casos registrados como toxémicas para un 52,2 %,registrándose en el año 1997 por el mismo autor el 57% *Migdalia Rodríguez Pino* en el Hospital General Docente de Colón, en igual período de tiempo encontró un total de 376 para un 43%. (12)

En un estudio realizado entre el 1° de Enero de 2000 y el 31 de Diciembre de 2005 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Puerto Montt se identificaron 78 pacientes nulíparas con diagnóstico de EHG lo que constituyó el 52% del total de su muestra también coincidiendo con nuestro estudio.

Dentro de los Antecedentes Personales de las pacientes diagnosticadas con Enfermedad Hipertensiva Gravídica ingresada pudimos constatar que la HTA fue el antecedente patológico más frecuente con 62 pacientes para un 38,7%.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.⁽²³⁾

La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

En el 90 % de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria.

Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina «hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica. Es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales, y más frecuente en los negros que en los

blancos. La incidencia se ha calculado entre 0,4 y 2,5 % anual. La mortalidad por certificado de defunción es de 8,1 por 100 000. Utilizando otros criterios llega a ser de 76 por 100 000. Se calcula entonces entre 8 000 a 9 000 muertes anuales atribuibles a la HTA. Del 66 al 75 % de los casos de trombosis cerebral tiene HTA. El 90 % de las hemorragias intracraneales no traumáticas corresponden a la HTA.

En un estudio Rivera San Pedro en el 2013 indicó que la mayor parte de las pacientes con diagnóstico de EHG padecían de HTA antes del embarazo lo cual para una población en estudio de 437 pacientes, 242 presentaban HTA como APP.

En cuanto a la distribución según la Clasificación EHG de las gestantes, la Preeclampsia sin signos de agravamiento fue la más frecuente con 58 pacientes para un 36,2%.

En el hospital docente ginecobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", se realizó un estudio a las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de EHG Identificando un total de 356 pacientes preeclámpticas leves de un total de 469. Estos resultados son semejantes a los obtenidos en el presente estudio.

La clasificación de las pacientes según IMC nos permitió identificar que 72 pacientes fueron clasificadas como sobrepeso para un 45% del total.

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos — almacenada en forma de grasa corporal— se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción humana en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. ⁽²⁴⁾

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad cuando el IMC (índice de masa corporal, cociente entre la estatura y el peso de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m².^[2] También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm. La obesidad forma parte del síndrome metabólico, y es un factor de riesgo conocido, es decir, es una indicación de la predisposición a varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, ictus y osteoartritis, así como para algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales. Aunque la obesidad es una condición clínica individual, se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento.

Estudios recientes en Camagüey ofrecen resultados similares a los nuestros en donde se encontró una cifra de 307 gestantes con diagnóstico de EHG clasificadas como sobrepeso lo que constituyó el 58% del total de la muestra estudiada en dicha provincia.

Otros estudios realizados en la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río indican un alza considerable de las pacientes con EHG y diagnóstico de obesidad.⁽²⁵⁾

Con respecto a la distribución por semanas de gestación podemos decir que las pacientes con diagnóstico de EHG que más se observaron fueron aquellas que se encontraban entre las 25 y las 29 semanas de embarazo fueron 69 para un 43,1%. Esto coincide con bibliografías consultadas de nuestro país y difiere con algunas extranjeras.⁽²³⁾

En las pacientes afectadas de hipertensión arterial, la vía usada para la terminación del embarazo correspondió en mayor medida a la vía por parto normal en un 48,8% con 61 pacientes aunque existió una gran incidencia en partos instrumentados y cesáreas.

En el año 1993 *Helewa* y asociados y en el año 1995 *Burrows and Burrows*, publicaron cifras cercanas a éstas.

En cuanto a al peso del recién nacido en pacientes afectadas pudimos determinar que 44 neonatos se encontraron entre 2600 y 3100 gramos para un 40,8% pero hay que tener en cuenta que 39 fueron clasificados como bajo peso al nacer para el 31,2 % lo que coincide con múltiples bibliografías consultadas como el estudio realizado por Braxer y Xavier en la Universidad de Zurich donde obtuvieron que el 46% de las embarazadas diagnosticadas con EHG tuvieron hijos bajo peso. ⁽²⁶⁾

De acuerdo con el conteo de Apgar bajo a los 5 minutos de vida (moderado-severamente deprimido), sólo se presentó en 6 casos para 4,8 % de la casuística, el resto de 119 para 95,2% presentaron el Apgar normal.

Muchos autores destacan que la entidad de por sí favorece a la hipoxia, traducida en el conteo de Apgar bajo y cuando se unen hipertensión, meconio y bajo peso, deben extremarse las medidas para prevenir la hipoxia fetal y deben gozar las técnicas de bienestar fetal. ^(26, 27, 28, 29)

Otros autores señalan como causa de morbilidad neonatal la restricción del crecimiento intrauterino que en muchas ocasiones precede o complica estos trastornos ³⁰

CONCLUSIONES

- Nuestro estudio indicó que el grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre los 27 y 32 años de edad, en pacientes de la raza negra de procedencia rural
- Dentro de los Antecedentes Personales de las pacientes diagnosticadas con Enfermedad Hipertensiva Gravídica ingresada pudimos constatar que la HTA fue el antecedente patológico más frecuente y presentándose la enfermedad en mayor medida en nulíparas

- En cuanto a la distribución según la Clasificación EHG de las gestantes, la Preeclampsia sin signos de agravamiento fue la más frecuente
- La clasificación de las pacientes según IMC nos permitió identificar que la mayor parte de las pacientes fueron clasificadas como sobrepeso.
- Con respecto a la distribución por semanas de gestación podemos decir que las pacientes con diagnóstico de EHG que más se observaron fueron aquellas que se encontraban entre las 25 y las 29 semanas de embarazo
- En las pacientes afectadas de hipertensión arterial, la vía usada para la terminación del embarazo correspondió en mayor medida a la vía por parto normal
- En cuanto a al peso del recién nacido en pacientes afectadas pudimos determinar que la mayor parte se encontraron entre neonatos entre 2600 y 3100 gramos y de acuerdo con el conteo de Apgar a los 5 minutos de vida la mayor parte presentó un Apgar normal.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar estrategias de intervención comunitaria en pacientes con factores de riesgo en la comunidad como una herramienta fundamental para la promoción y la prevención de salud.
2. Generalizar los resultados de nuestra investigación a otros centros de salud de nuestro municipio y provincia, así como su oportuna divulgación y publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAP. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo en Manual de Procedimientos de

- Diagnóstico y Tratamiento de Obstetricia y Perinatología. Habana, 2012; 205-20.
2. Botella Lliusa J. Las gestosis o toxemias del embarazo en Patología Obstétrica, Barcelona. Científico Médico 1982, Tomo II, Cap II;5-43.
 3. Scott James. Hypertensive disorders of pregnancy: in Dandorth handbook of Obstetric and Gynecology. 2015;192-202.
 4. Fescina Ricardo, H. Crecimiento intrauterino retardado en la mujer gestantes: en crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias. OPS Publicación Científica 2014, Cap.II, 510; 71-89.
 5. Rodrigo Cifuentes B. Hipertensión arterial y embarazo en Obstetricia de alto riesgo. Colombia 4ta. Edición. 2014. Cap.24;525-65.
 6. Torres L, Sanabria M, Mejías L, Hernán C, Fleitas T. Primeras experiencias de la unidad de hipertensión inducida por el embarazo. Revista Obstet Ginecología. Venezuela 2013;53(1):21-6.
 7. Sibai Baha MD. Prevention of pre eclampsia with low doses of aspirin in healthy nuliparous pregnant woman. New Engl Med 1993; 17(12):13-7.
 8. Hypertension in pregnancy. In Clinical Obstetrics and Gynecology 2015;32(2):315.
 9. Zeeman G, Decker G. Pathogenesis of pre eclampsia a hypothesis; in Clinical Obstetrics and Gynecology 2013;35(2):317-37.
 10. Avanth CV, Sovits DA, Bornes WA. Hypertensive disorders of pregnancy and stillbirth in North Caroline 1988-91. Acta Obst Ginecol Scand 1995;74(10):188-95.
 11. Toyrac Lamarque A. Algunas consideraciones sobre el hijo de la madre toxémica. Rev Cubana Obstet Ginecol 2011;14(3):59-66.

12. Vázquez Cabrera J. Enfermedad hipertensiva de la gestación. Conferencia. IX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005.
13. Burrow GM. Complicaciones médicas durante el embarazo. 4 ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana, 2013:1-25.
14. Esplin MS, Fausett MB, Fraser A. Paternal and maternal components of the predisposition to preeclampsia. N Engl J Med 2013; 344(12):867-72.
15. Belford MA, Anthony J, Saade GR, Allen CA. A comparison of magnesium sulphate and nimodipine for the prevention of eclampsia. N Engl J M 2013; 348(4):304-11.
16. Cotran Kumar C. Patología estructural y funcional. 6 ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana, 2005:1127-30.
17. Balasch CJ. Casos Clínicos. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004:104-9.
18. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 26(2):99-114.
19. Rodríguez Hidalgo N, Cutie León E, Cordero Isaac R. Parto normal. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005:361-74.
20. González Rodríguez G, García Sardiña A, Hernández D, Hernández Cabrera J, Suárez Ojeda R. Algunos factores epidemiológicos y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica.
<http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin04103.htm>
[consulta: 3 mayo 2013].
21. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultado del estudio. Madrid: Editorial Benegas, 2006:390-9.

22. Senis Loras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en las gestantes. Barcelona: [s.n.], 2016: 21-9.
23. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2015; 26(2):99-114.
24. ____ Hipertensión arterial en las mujeres gestantes. <http://www.bmj.com/cgi/content_abstract/311/7005/609> [consulta: 14 junio 2014].
25. Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. N Eng. J Med 2006; 335(4): 257-65. <<http://content.nejm.org/cgi/content/short/335/4/257>> [consulta: 24 junio 2013].
26. Pannone R, Cabrera S, Sosa L. Comportamiento de la enfermedad hipertensiva gravídica. <http://www.clinicalascondes.cl/area_academica> [consulta: 10 de junio 2013].
27. Camino R. Diagnóstico diferencial de los trastornos hipertensivos de la embarazada. En: Clínicas Ginecológicas. Barcelona: Salvat; 1982.p.85.
28. González Ibarzabal J, Chirino DM. Actualización en hipertensión arterial (Segunda parte). Rev 3 de Diciemb 1992;6(3):215-32.
29. Castillo Alvara L, Hernández SE. Enfermedad hipertensiva gravídica. En: Manual de Enfermería Ginecoobstetrica. Programas, Guías y temas. [sl]:[sn]; [sa].p.103-9.
30. Álvarez Fumero R, Breto García A, Piloto Padrón M, Nápoles Méndez D, Rosario Pérez A, Pérez Valdés-Dapena D. et.al. Guías de actuación de las afecciones obstétricas frecuentes. La Habana:Editorial de Ciencias Médicas