



Resultados perinatales de mujeres embarazadas con preeclampsia severa: estudio transversal

Alexandra do Nascimento Cassiano¹, Ana Beatriz Ferreira Vitorino², Maria de Lurdes Costa da Silva¹, Cristyanne Samara Miranda de Holanda da Nóbrega³, Erika Simone Galvão Pinto¹, Nilba Lima de Souza¹

1 Universidad Federal do Rio Grande do Norte

2 Unidad Mixta de Felipe Camarão, RN

3 Universidad do Estadual do Rio Grande do Norte

RESUMEN

Objetivos: Investigar los resultados perinatales de mujeres embarazadas diagnosticadas con preeclampsia severa. **Métodos:** estudio transversal realizado en un hospital de maternidad escolar, con una muestra de 157 fetos/neonatos de mujeres embarazadas diagnosticadas con preeclampsia severa. Para el análisis de datos, los valores estadísticos descriptivos se calcularon utilizando SPSS 21.0. **Resultados:** en el 22,3% de los casos, el embarazo evolucionó con un diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino. La muerte fetal tuvo una incidencia del 7,6%. De los recién nacidos, el 48% nacieron menores de 37 semanas y más de la mitad (56,7%) se clasificaron como de bajo peso. El índice APGAR en el primer y quinto minutos fueron compatibles con anoxia moderada. El 20,4% de los recién nacidos requirió reanimación y el 18,5% ingresó en la unidad de cuidados intensivos neonatales. **Conclusiones:** la preeclampsia tuvo repercusiones con la presencia de restricción del crecimiento intrauterino, muerte fetal, prematuridad, bajo peso, necesidad de reanimación neonatal y admisión a la unidad de cuidados intensivos.

DESCRIPTORES: Hipertensión inducida por el embarazo; Cuidado perinatal; Enfermería perinatal.

INTRODUCCION

El análisis de los indicadores de salud materna y neonatal se utiliza en todo el mundo para evaluar la calidad de los servicios de salud en un lugar o país determinado. Por lo tanto, realizar investigaciones que se centren en este tema es esencial para diagnosticar la realidad de la salud y reorientar las prácticas de atención, además de alertar a los profesionales sobre la importancia de las acciones que minimizan los problemas planteados por los estudios⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el período perinatal comienza en la semana 22 del embarazo y se extiende hasta el día 28 del nacimiento del feto⁽²⁾, que se divide en un período neonatal precoz (0- 7 días) y neonatal tardío (8-28 días).

En términos epidemiológicos, en 2014, los datos sobre mortalidad neonatal temprana en el país fueron alarmantes. En ese año, la tasa de mortalidad por causas totales fue de 6.8 muertes por cada mil nacidos, y de estos, 2.7 de las muertes se debieron a causas prevenibles, que podrían reducirse con una atención adecuada para las mujeres en atención prenatal⁽³⁾.

Específicamente sobre PEG, se conceptualiza como la hipertensión que ocurre después de la semana 20 de embarazo, acompañada de signos de gravedad, como presión arterial elevada igual/mayor que 160/110 mmHg, proteinuria igual / mayor que 2,0g ou 2 + en cinta urinaria, oliguria, niveles de creatinina sérica superiores a 1.2 mg/dL, signos de encefalopatía hipertensiva, dolor epigástrico, edema pulmonar, disfunción hepática, coagulopatía y trombocitopenia, además de restricción del crecimiento intrauterino y/o oligohidramnios⁽⁴⁾.

Tales indicadores de gravedad tienen un impacto no solo en la salud de la mujer sino también en la vida y las condiciones de nacimiento del bebé. Por esta razón, el conocimiento sobre las consecuencias de la patología para el feto se vuelve relevante, con el fin de llamar la atención de profesionales, médicos y enfermeras sobre la importancia de la identificación temprana de la misma durante la atención prenatal, así como su manejo en el pos diagnóstico⁽⁵⁾.

Además, en una revisión realizada en las bases de datos, se encontró que existe evidencia científica que analiza los resultados perinatales en presencia de lesiones obstétricas como la diabetes mellitus gestacional (DMG) y los SHGs⁽⁵⁾. Sobre este último, se resaltaron las producciones sobre resultados perinatales en la aparición de preeclampsia sin signos de gravedad.

Por esta razón, la investigación ha señalado en sus conclusiones la necesidad y relevancia de llevar a cabo investigaciones que aborden los resultados perinatales en vista de las especificidades y la complejidad del diagnóstico de PEG⁽⁵⁾. En vista del problema planteado, este estudio presenta la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los resultados perinatales de las mujeres embarazadas diagnosticadas con PEG?

Para responder a la pregunta antes mencionada, la investigación tuvo como objetivo investigar los resultados perinatales de las mujeres embarazadas diagnosticadas con preeclampsia severa.

MÉTODO

Estudio transversal y descriptivo, realizado en una escuela de maternidad ubicada en la

ciudad de Natal, Rio Grande do Norte (RN), Brasil, que es una referencia para la asistencia ginecológica y obstétrica de complejidad media y alta en el estado.

La muestra de investigación correspondió a fetos / recién nacidos de mujeres embarazadas diagnosticadas con PEG, totalizando 157 sujetos, a través de una recopilación prospectiva y retrospectiva con recopilación de datos durante el período de septiembre de 2016 a septiembre de 2017. Optamos por un recorte temporal, ya que el PEG tiene una baja incidencia, un hecho que dificulta la recopilación de un número de muestra en función del valor de su prevalencia.

Anteriormente, se realizó una prueba piloto del instrumento de recolección de 10 mujeres, que no formaron parte del análisis final del trabajo. Se incluyeron fetos / recién nacidos de mujeres embarazadas diagnosticadas con PEG que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UTIM) para el tratamiento del síndrome hipertensivo y que tuvieron un solo embarazo, con parto entre 23 y 42 semanas de gestación, independientemente de la ruta (vaginal, fórceps o cesárea) y la vitalidad fetal (muerte fetal intrauterina, nacimiento vivo o muerte neonatal). Se excluyeron los fetos / recién nacidos de mujeres embarazadas admitidas en la UTIM diagnosticadas con otros síndromes hipertensivos y las mujeres embarazadas con partos gemelos diagnosticados con PEG. Los resultados perinatales investigados fueron vitalidad fetal, edad gestacional (GI) del recién nacido, sexo del feto / neonato, "FALLOS" en el primer y quinto minutos de vida, necesidad de reanimación neonatal, peso al nacer, ingreso a la Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales (UTIN) y morbilidades neonatales precoces. También se recopilaron datos sobre las características socioeconómicas y obstétricas de las mujeres embarazadas diagnosticadas con PEG.

Para el análisis de datos, los valores de frecuencia, porcentaje, promedio, desviación estándar se utilizaron con el uso de SPSS 21.0. Los valores se presentaron descriptivamente o en tablas.

El proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Federal de Río Grande del Norte (UFRN) y sigue las recomendaciones de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS). Se observaron problemas éticos en todo momento del estudio, manteniendo la confidencialidad y el anonimato de los registros médicos de los participantes. El pre proyecto tenía una opinión aprobada con el número: 2,013,851 y C. A. A. E: 64881817.5.0000.5537.

RESULTADOS

Los resultados perinatales verificados por el estudio se muestran en la Tabla 01. En cuanto a la vitalidad al nacer, la mayoría de los recién nacidos nacieron vivos (91.1%), con 7.6% de OFIU y 1.3% de muerte neonatal precoz. El IG tuvo una mediana de 37.0 semanas, de las cuales el 48.4% nació en edad prematura. La mediana del peso al nacer fue de 2.665 g y además, más de la mitad de los recién nacidos (56,7%) se clasificaron como de bajo peso al nacer (<2.500 g).

El índice APGAR en el primer y quinto minutos tuvo un promedio del 7.1 (SD: 2.64) y 8 (SD: 2.55), respectivamente. A pesar de esto, el 21% de los recién nacidos tenían APGAR en

el primer minuto compatible con anoxia moderada (puntaje menor a 7), que persistió en el 11.5% de los recién nacidos en el quinto minuto. Además de estos datos, se encontró que el 20.4% de los recién nacidos requirieron reanimación en la sala de partos, con la observación de que nacieron por cesárea. Predominó el sexo masculino (56,7%). La morbilidad neonatal más frecuente fue dificultad respiratoria (14,6%), seguida de hipoglucemia (1,3%), enfermedad cardíaca, sífilis congénita e isoinmunización (1,8%). La admisión a la UCIN ocurrió en el 18,5% de los casos. Los hallazgos ecográficos correspondieron a la aparición de RCIU en el 22,3% de los fetos y el 15,9% de los embarazos evolucionados con oligodramnio.

La caracterización de las madres corresponde a un perfil de mujeres con una edad promedio de 27 años (SD = 7), un promedio de 9 años (SD = 2) y la mayoría (91.7%) con un ingreso familiar de hasta 1 salario mínimo; El 64.3% informó haber experimentado una unión estable y el 80.3% se declaró de color pardo. En cuanto a la historia obstétrica, el 41,4% eran mujeres clasificadas por primera paridez (46,5%). En mujeres por más de una paridez, el 26.1% experimentó parto vaginal, el 25.5% tuvo una cesárea y el 15.9% tuvo un historial de aborto. La vitalidad fetal del último parto estuvo representada principalmente por el nacimiento de neonatos vivos (50.3%), baja incidencia de muerte fetal (1.9%) y muerte neonatal precoz (1.3%). Los antecedentes familiares de hipertensión arterial (HA) estaban presentes en el 68,2% de los sujetos, mientras que el 21,7% de las mujeres tenían un diagnóstico previo de la patología. Específicamente en la historia de

la EP, el 14% de las mujeres informan que ocurrió en miembros de la familia y el 12% tenía la patología en embarazos anteriores. Es de destacar que el 64,2% de las mujeres embarazadas tenían seis o más visitas registradas en la tarjeta. El peso de las mujeres embarazadas en la última visita fue de 77 kg (Mdn) y la mayoría de ellas negaron el uso de tabaco (95.5%), alcohol y/o drogas (96.8%). El parto por cesárea fue el modo preferido de parto en el 89,2% de los partos.

Con respecto a las variables clínicas, la presión sistólica y diastólica tuvo una mediana de 168/110 mmHg; El 41.4% tenía dos o más + proteinuria de cinta y no hubo cambios en los valores de creatinina sérica (Mdn = 0.7), TGO (Mdn = 19), TGO (Mdn = 13) o plaquetas (Mdn = 208). Además, el 39.5% de las mujeres embarazadas tenían dolor de cabeza y trastornos visuales, el 36.3% tenía dolor epigástrico o hipocondrio derecho y no se produjo oliguria.

Con respecto a las terapias utilizadas, la metildopa fue la opción más frecuente para el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo (82.8%), el 15.9% de las mujeres embarazadas no recibieron medicamentos y los medicamentos más utilizados durante la PEG fueron la hidralazina y sulfato de magnesio (76.4%). También se usaron otras drogas, como nifedipina, metildopa, furosemida y captropil.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la certificación de los componentes de gravedad de la mujer embarazada durante el proceso de recopilación de datos de esta investigación permitió la identificación de resultados perinatales des-

Tabla 01. Distribución porcentual de los resultados perinatales de mujeres perinatales de mujeres embarazadas con preeclampsia severa. Natal/RN, 2017.

Resultado perinatal	Total (157)	
	N	%
Vitalidad fetal		
Nascimientos vivos	143	91,1
muerte fetal	12	7,6
muerte neonatal precoz	2	1,3
Idad gestacional		
< 37	76	48,4
≥ 37	81	51,6
Peso		
< 2.500 kg	67	43,3
≥ 2.500 kg	90	56,7
APGAR em el 1º minuto		
<7	33	21,0
≥7	124	79,0
APGAR em el 5º minuto		
<7	18	11,5
≥7	139	88,5
Reanimación neonatal		
Si	32	20,4
No	113	72,0
No se aplica	12	7,6
Sexo do neonato		
Indefinido	2	1,3
Femenino	66	42,0
Masculino	89	56,7
Morbilidad neonatal precoz		
Ausente	129	82,2
Hipoglicémia	2	1,3
Dificultad respiratoria	23	14,7
Cardiopatía	1	0,6
Sífilis congénita	1	0,6
Isoinmunización	1	0,6
Ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales		
Si	29	18,5
No	116	73,9
No se aplica	12	7,6

Fuente: Datos recopilados por el autor

favorables como RCIU, OFIU, prematuridad, bajo peso al nacer, necesidad de reanimación y admisión a la UTIN.

La incidencia del 7,6% de OFIU en la población de mujeres embarazadas con PEG,

identificada en esta investigación, fue mayor que la de otro estudio realizado en Rio Grande do Sul, en el que la proporción de muertes fetales en mujeres embarazadas de alto riesgo fue menor (2,9%)⁽⁶⁾.

En general, la investigación indica que la muerte fetal ocurre principalmente en el último trimestre gestacional y su ocurrencia refleja la calidad de la atención prenatal, ya que el evento se considera potencialmente evitable o prevenible mediante acciones y servicios de salud. En Brasil, la tasa de mortalidad fetal (TMF) alcanza valores que alcanzan los 10.97/ 1,000 nacimientos, con el hecho de que las regiones del norte y noreste siguen siendo las principales responsables de alimentar el indicador⁽⁷⁾.

Los resultados del estudio señalaron un alto porcentaje de nacimientos prematuros. En el mundo, el 11,1% de los nacimientos son prematuros y en Brasil el valor alcanza el 11,8%, lo que coloca al país en la décima posición entre los países con el mayor número de nacimientos prematuros⁽⁸⁾. En particular, los niños no nacidos de mujeres embarazadas con PE están asociados con la prematuridad en comparación con las mujeres embarazadas normotensas⁽⁹⁾. Se encontró bajo peso al nacer en el 43.3% de los recién nacidos encuestados. Los datos epidemiológicos de las mujeres puerperales que mostraron o no PE durante el embarazo identificaron una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre los pesos medios al nacer de los recién nacidos de madres normotensas (3,150 kg) en relación con el peso de los nacidos de mujeres embarazadas con trastorno hipertensivo (2.500 kg)⁽¹⁰⁾.

Cabe señalar que la prematuridad y el bajo peso están fuertemente relacionados con la mortalidad neonatal, lo que aumenta la posibilidad de muerte en recién nacidos con tales características de 44 a 50 veces⁽¹⁷⁾. Condición que se refiere a la necesidad de calificar la atención prenatal para prevenir y

reducir los factores ahora relacionados con la mortalidad en este período⁽¹¹⁾.

El APGAR en el primer minuto de los recién nacidos involucrados en este estudio fue compatible con anoxia moderada en el 21% de los casos. Luego, los recién nacidos mostraron una buena evolución en el quinto minuto, de modo que el 11.5% permaneció con una puntuación inferior a 7. Por lo tanto, una buena evolución del puntaje desde el primer hasta el quinto minuto sugiere la efectividad de la asistencia inmediata⁽¹²⁾. Existe evidencia de que la presencia de un trastorno hipertensivo por sí solo no aumenta la frecuencia de valores bajos de APGAR⁽⁹⁾, sino que está influenciada por afecciones como prematuridad, malformaciones y otras morbilidades congénitas⁽¹³⁾.

La reanimación neonatal en la sala de partos tuvo una frecuencia del 20,4% entre los recién nacidos de madres con PEG, con una incidencia más frecuente entre los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. Es de destacar que otros estudios realizados con neonatos de alto riesgo y nacidos de madres con trastornos hipertensivos tuvieron una menor frecuencia de reanimación (15.8% y 18.1%)⁽¹⁴⁾, lo que enfatiza los datos encontrados en el estudio, porque Esto resalta el impacto del PEG en el resultado de la reanimación neonatal. Cuando, de hecho, se estima que aproximadamente el 10% de los RNs efectivamente necesitan intervención para comenzar a respirar⁽¹⁵⁾.

Vale la pena mencionar que, según la Sociedad Brasileña de Pediatría (SBP), el síndrome de hipertensión materna es uno de los factores de riesgo asociados con la necesidad de intervención⁽¹⁵⁾.

En la investigación en pantalla, también se observó que las maniobras de reanimación en la sala de partos ocurrieron exclusivamente en recién nacidos por cesárea. En este sentido, el nacimiento por esta vía se considera un factor de riesgo que aumenta la necesidad de reanimación, incluso en recién nacidos a término⁽¹⁵⁾. Una investigación con recién nacidos con peso adecuado mostró que la reanimación era necesaria en el 39% de los partos por cesárea, mientras que solo el 12.7% de los recién nacidos por parto vaginal requirieron la intervención, lo que confirma el valor de la cesárea como factor de riesgo para reanimación neonatal⁽¹⁶⁾.

Se considera que la población estudiada por esta disertación correspondió a mujeres embarazadas que presentaron características de gravedad capaces de influir en las condiciones del NB al nacer, y que la cesárea, en estos casos, está indicada debido a una falta de compromiso materno y fetal.

Con respecto al género de los recién nacidos, el género masculino fue predominante entre los nacidos de mujeres con PEG, un hallazgo también verificado en relación con la OFIU. Se encontraron resultados similares en otro estudio⁽¹⁷⁾ y son consistentes con la epidemiología brasileña, que estima que la proporción de masculinidad es mayor en las muertes fetales en comparación con los nacidos vivos, para sugerir la vulnerabilidad del sexo masculino a las condiciones maternas, incluido PEG⁽¹⁸⁾.

Una proporción significativa de RNs de madres con PEG fue admitida en la UTIN (18.5%). Por lo tanto, la admisión a la UTIN se consideró como otro resultado negativo asociado con

PEG. En diferentes realidades, más neonatos nacidos de madres con PEG fueron admitidos más en unidades de cuidados intensivos que los nacidos de mujeres embarazadas normotensas, con una ocurrencia de hospitalización que oscila entre 9.1% y 40%⁽¹⁴⁾.

En refuerzo de los datos mencionados anteriormente, los resultados descriptivos de otra investigación aclararon que, de los recién nacidos ingresados en una unidad de cuidados intensivos, el 62% de las mujeres embarazadas tenían afecciones durante el embarazo, de las cuales los SHG fueron responsables del 32,2% del total⁽¹²⁾.

También se encontró la incidencia del 22,3% de restricción del crecimiento intrauterino. Estos datos son corroborados por investigaciones que apuntan a la PE, sea leve o, principalmente grave, como el precursor de los cambios placentarios resultantes de la vasoconstricción materna, que resultan en la restricción del crecimiento fetal. Se identificó una mayor incidencia de restricción (23,1%) en mujeres enviadas con PEG, lo que confirma la magnitud del problema en este grupo de población específico⁽¹⁹⁾.

La prevalencia de RCIU en todo el mundo varía entre 3 y 15% según la región, el perfil epidemiológico de la población y las condiciones socioeconómicas. En Brasil, el problema afecta del 10 al 15% de los embarazos⁽²⁰⁾.

Finalmente, se considera que los estudios realizados en Brasil y en otros países aportan evidencia de que las mujeres embarazadas con trastornos hipertensivos que evolucionan con severidad tienen una mayor incidencia de resultados perinatales negativos, como lo confirmó la investigación presentada ahora.

CONCLUSIONES

Los resultados perinatales de las mujeres embarazadas con PEG corresponden a una alta incidencia de OFIU (7.6%), una proporción significativa de neonatos clasificados como prematuros (48.4%) y bajo peso al nacer (56.7%). El género masculino fue más frecuente (56,7%).

APGAR en el primer y quinto minutos fueron, 21% y 11.5%, respectivamente, compatibles con anoxia moderada. La morbilidad neonatal más frecuente fue la dificultad respiratoria. Hubo un porcentaje significativo (20.4%) de recién nacidos que requirieron maniobras de reanimación en la sala de partos y admisión a la UTIN.

El estudio tiene como limitaciones el período restringido de recolección de datos prospectiva y la recolección de datos retrospectiva. En este último, la recopilación de datos puede haber sido influenciada por la pérdida de datos que no figuran en el registro médico, como la historia familiar y personal de HA o PE. Se sugiere realizar otros estudios que busquen comparar los resultados perinatales de diferentes grupos de mujeres embarazadas con SHG, a fin de medir las medidas de riesgo en relación con las cuales están expuestos los fetos / neonatos de cada grupo e inferir su impacto en los resultados perinatales. y neonatal. Por lo tanto, se concluye que con esta investigación fue posible aislar las repercusiones negativas del PEG en los resultados perinatales, principalmente representados por la presencia de RCIU, OFIU, prematuridad y bajo peso al nacer, que, a su vez, también influyen en otros resultados negativos como

la necesidad de reanimación neonatal y admisión a la UTIN.

REFERENCIAS

1. Rocha R, Oliveira C, Silva DKF, Bonfim C. Neonatal Mortality and avoidability: an epidemiological profile analysis. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jul 16];19(1): 114-20. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a19.pdf>.
2. Organización Mundial de La Salud. Promoción del desarrollo fetal óptimo: informe de una reunión consultiva técnica [Internet]. 2006 [cited 2017 Set 26]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/fetal_dev_report_ES.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Painel de Monitoramento da mortalidade infantil e fetal. Óbitos de causas evitáveis no período neonatal precoce. Óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação. Ministério da Saúde[Internet]; 2015 [cited 2016 Jul 16] . Available from: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 18]; 122(5). Available from: <http://www.acog.org/~media/Districts/District%20VIII/HypertensionPregnancy.pdf?dmc=1&ts=20140527T0350044350>
5. Henrique AJ, Borrozzino NF, Gabrielloni MC, Barbieri M, Schirme J. Perinatal outcome in women suffering from chronic hypertension: literature integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 16];65(6):1000-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600017
6. Henke CN, Madi JM, Rombaldi RL, Araújo BF, Madi SRC. Obstetric and perinatal outcomes after intrauterine death in

- the first pregnancy. *Revista da AMRIGS* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 16]; 56(3):240-4. Available from: <http://www.amrigs.org.br/revista/56-03/resultados%20obstetricos.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 96p.
 8. World Health Organization. Preterm birth. Geneva: WHO, 2015[cited 2017 Out 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
 9. Oliveira ACM, Santos AA, Bezerra AR, Barros AMR, Tavares MCM. Maternal Factors and Adverse Perinatal Outcomes in Women with Preeclampsia in Maceió, Alagoas. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Out 17];1-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20150150.pdf
 10. Bergamo AC, Sousa FLP, Zeiger BB, Vidal DHB, Garcia JM. The preeclampsia: epidemiology in a referral hospital. *Rev UNILUS Ensino e Pesquisa* [Internet]. 2014 [cited 2017 Ago 22];11(25):75-85. Available from:<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/362>
 11. Demitto MO, Gravena AF, Dell'Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Escol Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2017 Ago 23];51:1-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03208.pdf.
 12. Lages CDR, Sousa JCO, Cunha KJB, Silva NC, Santos TMG. Predictive factors for the admission of a newborn in an intensive care unit. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2017 Ago 23];15(1):3-11. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3068>
 13. Moura ERF, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Risk factors for the specific hypertensive pregnancy syndrome among hospitalized women with pre-eclampsia. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2017 Ago 23];15(2):250-5. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17855/11650>
 14. Terefe W, Getachew Y, Derbew M, Mariam DH, Mammo D, Muhiye A. Patterns of hypertensive disorders of pregnancy and associated factors at debre berhan referral hospital, north shoa, amhara region. *Ethipion Med J* [Internet]. 2015 [cited 22 Out 2017];2(suppl): 57-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26591284>
 15. Almeida MFB, Guinsburg R. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]. 2016 [cited 22 Out 2017]; 33p.. Available from: www.sbp.com.br/reanimacao
 16. Sousa JRP, Leite AJM, Sanudo A, Guinsburg R. Factors associated with the need for ventilation at birth of neonates weighing $\geq 2,500$ g. *Clinics* [Internet]. 2016 [cited 23 Out 2017];71(7):381-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322016000700381
 17. Lima JC, Oliveira Junior GJ, Takanoo OA. Factors associated to fetal death in Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Bras Saúd Mater Infant* [Intenet]. 2016 [cited 20 Out 2017];16(3):363-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000300353&script=sci_arttext&tlng=pt
 18. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. The vulnerable male, or the sex ratio among fetal deaths in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 20 Out 2017];28(4):720-8. Available from: 10.1590/S0102-311X2012000400011

19. Reis ZSN, Lage EM, Teixeira PG, Porto LB, Guedes LR, Oliveira ECL et al. Early-onset preeclampsia: is it a better classification for maternal and perinatal outcomes? *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010[cited 20 Out 2017];32(12):584-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n12/a04v32n12.pdf>

Recibido: 08/04/2019

Revisado: 24/11/2019

Aprobado:17/04/2020

20. Bernales BD, Ebensperger EO. Intrauterine growth restriction. *Medwave* [Internet]. 2012 [cited 20 Out 2017];12(6):5433. Available from: [10.5867/medwave.2012.06.5433](http://www.medwave.org/revista/5433)

**Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing**



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.