



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**“FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN
GESTANTES DE 25 A 35 AÑOS DEL HOSPITAL BASICO DE
DURAN”**

PERIODO 2016 - 2017

AUTOR:

CRISTHIAN CLEMENTE GONZALEZ HOLGUIN

TUTOR:

DR. CHEHAB ANDRADE JORGE CHAFIC

GUAYAQUIL, MAYO 2018



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**“FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN
GESTANTES DE 25 A 35 AÑOS DEL HOSPITAL BASICO DE
DURAN”**

PERIODO 2016 – 2017

TESIS DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MEDICO GENERAL

CRISTHIAN CLEMENTE GONZALEZ HOLGUIN

TUTOR:

DR. CHEHAB ANDRADE JORGE CHAFIC

GUAYAQUIL, MAYO 2018

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DE 25 A 35 AÑOS DEL HOSPITAL BASICO DE DURAN” PERIODO 2016 – 2017		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	CRISTHIAN CLEMENTE GONZALEZ HOLGUIN		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. CHEHAB ANDRADE JORGE CHAFIC		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ ESPECIALIDAD:	ESCUELA DE MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:	50

ÁREAS TEMÁTICAS:	GINECO OBSTETRICIA
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	PREECLAMPSIA SEVERA, ECLAMPSIA, SINDROM DE HELLP, HEMORRAGIA POST PARTO
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	
<p>Introducción: La preeclampsia es actualmente considerada como la nueva aparición de hipertensión y proteinuria después de la 20ava semana, en una mujer previamente normotensa, el gran problema de nuestra sociedad es que tienen factores multisistémicos y su etiopatogenia sigue siendo desconocida. En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años (20%). La tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta de la sub -región andina. El Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo.</p> <p>Metodología: El objetivo de este proyecto de investigación es la incidencia de preeclampsia en pacientes de 25 a 35 años atendidas en el Hospital Básico de Duran, Se estableció un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante el período 2016 al 2017, el universo escogido fueron pacientes gestantes atendidas en el área de ginecología y hospitalización del Hospital Básico de Durán, la muestra fueron 110 pacientes que presentaron Preeclampsia.</p> <p>Resultados: Se observó mayor incidencia en las adultas jóvenes, es decir</p>	

menores de 28 años. Dentro de los tipos de parto se presentó en mayor cantidad los partos por cesárea con 68 casos de los 110, 4 partos por cesárea de emergencia que equivale al 3,6%. Las pacientes que cursaban su primer embarazo presentaron con mayor incidencia trastornos hipertensivos del embarazo con el 56,4% del total, es decir 62 pacientes. El 45,5% del total obtuvo un parto entre las semanas 37 y 38.

Palabras clave: Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de hellp, hemorragia post parto

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996518015	E-mail: c_cris1993@hotmail.es
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
	Teléfono: 042284505	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

Guayaquil, de mayo del 2018.

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA
PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO
ACADÉMICOS**

Yo, CRISTHIAN CLEMENTE GONZALEZ HOLGUIN con C.I. No Certifico que los contenidos desarrollados en este Trabajo de Titulación, cuyo tema es **“FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DE 25 A 35 AÑOS DEL HOSPITAL BASICO DE DURAN” PERIODO 2016 - 2017**” son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

CRISTHIAN CLEMENTE GONZALEZ HOLGUIN

C.I. 0950708677

***CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (REGISTRO OFICIAL N. 899 - DIC./2016) ARTÍCULO 114.- DE LOS TITULARES DE DERECHOS DE OBRAS CREADAS EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y CENTROS EDUCATIVOS.- EN EL CASO DE LAS OBRAS CREADAS EN CENTROS EDUCATIVOS, UNIVERSIDADES, ESCUELAS POLITÉCNICAS, INSTITUTOS SUPERIORES TÉCNICOS, TECNOLÓGICOS, PEDAGÓGICOS, DE ARTES Y LOS CONSERVATORIOS SUPERIORES, E INSTITUTOS PÚBLICOS DE INVESTIGACIÓN COMO RESULTADO DE SU ACTIVIDAD ACADÉMICA O DE INVESTIGACIÓN TALES COMO TRABAJOS DE TITULACIÓN, PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN, ARTÍCULOS ACADÉMICOS, U OTROS ANÁLOGOS, SIN PERJUICIO DE QUE PUEDA EXISTIR RELACIÓN DE DEPENDENCIA, LA TITULARIDAD DE LOS DERECHOS PATRIMONIALES CORRESPONDERÁ A LOS AUTORES. SIN EMBARGO, EL ESTABLECIMIENTO TENDRÁ UNA LICENCIA GRATUITA, INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES ACADÉMICOS.**

AGRADECIMIENTO

A la histórica y gloriosa Alma Máter porteña, la Universidad de Guayaquil por acogerme en sus aulas y permitirme ser parte del selecto gremio de Médicos formados en esta prestigiosa Institución.

Al Hospital Básico Duran por abrirme sus puertas durante mi Internado Rotativo y así culminar mi formación de pregrado en una de las casas de salud más grandes del país.

A mis familiares y amigos; pero de manera muy especial a mis padres mis hermanos y esposa quienes no desaprovecharon ningún momento para preguntarme y apoyarme sobre mis estudios, sepan que aquello sirvió de incentivo para continuar en este sueño.

Al Dr. Walter Kiko Salgado Salguero, amigo, compañero y maestro. Gracias por enseñarme a persistir, a resistir y a nunca desistir. Siempre estaré agradecido hacia a usted por ser un apoyo importante durante mi formación universitaria.

Al Dr. Jorge Chehab Andrade quien me supo guiar y educar para que este Trabajo de Titulación se realice con éxito.

Gracias a todos aquellos maestros que contribuyeron a mi formación académica desde mi infancia. De todos ustedes guardo hermosos recuerdos, pero sobretodo una inmensa gratitud.

Y finalmente pero no menos importante a todos los pacientes que estuvieron prestos durante mi formación médica y de manera muy especial a quienes ya no se encuentran con nosotros.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	4
1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA.....	5
1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA	5
1.5 OBJETIVOS.....	6
1.5.1 <i>OBJETIVO GENERAL</i>	6
1.5.2 <i>OBJETIVOS ESPECIFICOS</i>	6
2 MARCO TEORICO	7
2.2 CONCEPTO.....	7
2.3 ANTECEDENTES.....	7
2.4 INCIDENCIA	8
2.5 FISIOPATOLOGIA.....	9
2.6 CUADRO CLINICO	12
2.7 LABORATORIO	13
2.8 DIAGNOSTICO.....	14
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	17
3.2 MÉTODOS DE LA INVESTIGACION	17
3.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	17
3.4 CRITERIOS DE INCLUSION.....	18
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSION	18
3.6 VIABILIDAD	18

3.7 RECURSOS MATERIALES	18
3.8 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA	19
3.9 VARIABLES	19
3.10 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	21
4 RESULTADOS.....	22
4.1 FRECUENCIA DE GRUPOS DE EDAD ESTABLECIDOS HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017	23
4.2 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017	24
4.3 SEMANAS DE GESTACION EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017	25
4.4 TIPO DE PARTO ESTABLECIDO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017	27
4.5 FRECUENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017	28
4.6 FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POST PARTO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017	30
4.7 CORRELACION ENTRE EL TIPO DE PARTO Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 -2017.....	31
4.8 CORRELACION ENTRE LAS SEMANAS DE GESTACION DE PACIENTES Y LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO AÑO 2016 – 2017	33

.....	33
4.9 CORRELACIONES ENTRE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y LAS COMPLICACIONES POSTPARTO HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 – 2017	36
5 DISCUSION.....	39
6 CONCLUSIONES.....	40
7 RECOMENDACIONES	41
8 BIBLIOGRAFÍA.....	42

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 GRUPOS DE EDADES DE PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO 2015/2016.	23
TABLA 2 GRUPOS DE EDADES DE PACIENTES CON COMPLICACIONES PUERPERALES EN EL 2016	24
TABLA 3 AGRUPACIÓN DE SEMANAS DE GESTACIÓN DE PACIENTES A TÉRMINO 2016 – 2017.....	25
TABLA 4 FRECUENCIA DE TIPO DE PARTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO EN EL 2017.....	27
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PERIODO 2016 - 2017.....	28
TABLA 6 DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PUERPERALES PERIODO 2016 – 2017.....	30
TABLA 7 CORRELACIONES DE TIPO DE PARTO CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PERIODO 2016 – 2017	32
TABLA 8 CORRELACIONES DE LA SEMANA DE GESTACIÓN CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PERIODO 2016 – 2017.....	34
TABLA 9 CORRELACIONES COMPLICACIONES DEL PARTO CON LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PERIODO 2016 – 2017.....	36

INDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DE EDAD AÑO 20165 - 2017	23
ILUSTRACIÓN 2 DISTRIBUCIÓN DE GESTACIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO AÑO 2016 – 2017.....	24
ILUSTRACIÓN 3 DISTRIBUCIÓN DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO AÑO 2016 - 2017	26
ILUSTRACIÓN 4 DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE PARTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO 2016 -2017	27
ILUSTRACIÓN 5 DISTRIBUCIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL PERIODO 2016 – 2017.....	29
ILUSTRACIÓN 6 DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES PUERPERALES 2016 – 2017	30
ILUSTRACIÓN 7 DISTRIBUCIÓN DE SEMANAS DE GESTACIÓN CON LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS 2016 – 2017.....	33
ILUSTRACIÓN 8 DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO CON LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVO 2016 – 2017.....	37

**“FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN
GESTANTES DE 25 A 35 AÑOS DEL HOSPITAL BASICO DE
DURAN periodo 2016 – 2017” PERIODO 2015 - 2017**

Autor: CRISTHIAN CLEMENTE GONZALEZ HOLGUIN

Tutor: Dr. CHEHAB ANDRADE JORGE CHAFIC

Introducción: La preeclampsia es actualmente considerada como la nueva aparición de hipertensión y proteinuria después de la 20ava semana, en una mujer previamente normotensa, el gran problema de nuestra sociedad es que tienen factores multisistémicos y su etiopatogenia sigue siendo desconocida. En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años (20%). La tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta de la sub -región andina.El Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo.

Metodología: El objetivo de este proyecto de investigación es la incidencia de preeclampsia en pacientes de 25 a 35 años atendidas en el Hospital Básico de Duran, Se estableció un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante el período 2016 al 2017, el universo escogido fueron pacientes gestantes atendidas en el área de ginecología y hospitalización del Hospital Básico de Durán, la muestra fueron 110 pacientes que presentaron Preeclampsia.

Resultados: se observó mayor incidencia en las adultas jóvenes, es decir menores de 28 años. Dentro de los tipos de parto se presentó en mayor cantidad los partos por cesárea con 68 casos de los 110, 4 partos por cesárea de emergencia que equivale al 3,6%. Las pacientes que cursaban su primer embarazo presentaron con mayor incidencia trastornos hipertensivos del embarazo con el 56,4% del total, es decir 62 pacientes. El 45,5% del total obtuvo un parto entre las semanas 37 y 38.

Palabras clave: Preeclampsia severa, eclampsia, sindrom de hellp, hemorragia post parto

**"PREDISONENT FACTORS OF PREECLAMPSIA IN
GESTANTS FROM 25 TO 35 YEARS OF THE BASIC HOSPITAL
OF DURAN period 2016 - 2017" PERIOD 2015 - 2017**

Author: CRISTHIAN CLEMENTE GONZALEZ HOLGUIN

Advisor: Dr. CHEHAB ANDRADE JORGE CHAFIC

Introduction: Preeclampsia is currently considered as the new onset of hypertension and proteinuria after the 20th week, in a previously normotensive woman, the great problem of our society is that they have multisystemic factors and their etiopathogenesis remains unknown. In Ecuador live about two and a half million adolescents between 10 and 19 years old (20%). The tendency to increase pregnancy in adolescence in the country is the highest in the sub-Andean region. The Government proposes to reduce by 15% the fertility rate between 15 and 19 years by 2030, according to the Plan of Good Living and since 2012 executes the National Intersectorial Family Planning Strategy, in order to reduce pregnancies in this group.

Methodology: The objective of this research project is the incidence of preeclampsia in patients from 25 to 35 years of age served at the Basic Hospital of Duran. A retrospective, observational and descriptive study was established during the period 2016 to 2017, the universe chosen were patients. pregnant women attended in the area of gynecology and hospitalization of the Basic Hospital of Duran, the sample were 110 patients who presented Preeclampsia.

Results: a higher incidence was observed in young adults, that is, under 28 years old. Among the types of delivery, deliveries by caesarean section were more frequent, with 68 cases out of 110, and 4 deliveries by emergency cesarean section, equivalent to 3.6%. The patients who had their first pregnancy had a higher incidence of hypertensive disorders of pregnancy with 56.4% of the total, that is, 62 patients. 45.5% of the total obtained a delivery between weeks 37 and 38.

Key words: Severe preeclampsia, eclampsia, hellp syndrom, postpartum hemorrhage

INTRODUCCION

El termino hipertensión en el embarazo o estado hipertensivo del embarazo describe una amplia gama de condiciones cuyo rango fluctúa entre la elevación de la tensión arterial de tipo leve a hipertensión severa con daño de órgano diana y grave morbilidad materno fetal. (1) La preeclampsia es un trastorno multisistémico caracterizado por la nueva aparición de hipertensión y disfunción de la proteinuria o de fin de órganos o ambos en la última mitad del embarazo. (1) Aunque la mayoría de los embarazos afectados entregan a término o cerca del término, con buenos resultados maternos y fetales, estos embarazos corren mayor riesgo de la madre y / o mortalidad fetal o morbilidad grave. (2)

Existen factores predisponentes como son: Nuliparidad, Historia familiar, edad menor de 20 años y mayor de 35 a 40, Embarazo múltiple, hipertensión arterial (HTA) crónica (10:1) pre eclampsia previa y daño renal crónico, síndrome antifosfolípidos. (4)

Su incidencia se estima entre un rango entre el 10 y el 20 % de todos los embarazos. La mortalidad fetal por eclampsia es de un 30 %. La incidencia en Estados Unidos va desde 1,6 % hasta 12,6 %, en países del tercer mundo llega el 40 %.

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años (20%). (8) La tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta de la sub -región andina (100 nacimientos por cada mil mujeres). (8) El Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la

Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. Del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, según el INEC. En el 2007 el porcentaje era del 18,9%. (7)

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia es actualmente considerada como la nueva aparición de hipertensión y proteinuria después de la 20ava semana, en una mujer previamente normotensa, el gran problema de nuestra sociedad es que tienen factores multisistémicos y su etiopatogenia sigue siendo desconocida, en la antigüedad existía una variación en sus definiciones, medidas y clasificaciones utilizadas para categorizar la hipertensión en las embarazadas, en la actualidad se la clasifica como preeclampsia leve y severa. (4)

La preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal mundial, según el INEC en el Ecuador durante la década pasada se consideró a la preeclampsia como la primera causa de muerte materna. (9)

Una base de datos de datos de altas hospitalarias de aproximadamente 300.000 partos en los Estados Unidos encontró que la incidencia global de la preeclampsia con características graves fue de aproximadamente el 1 por ciento de todos los embarazos. (10) (11) Estudios limitados a las mujeres nulíparas informan que aproximadamente el 5 por ciento desarrollan preeclampsia y de 40 a 50 por ciento de estas mujeres desarrollan características de la enfermedad grave. En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19

años (20%). (8) La tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta de la sub -región andina (100 nacimientos por cada mil mujeres). El Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. (8)

En el Hospital Básico de Duran se registran cada año varios casos de Enfermedades Hipertensivas del embarazo, un gran porcentaje de las pacientes con preeclampsia grave desarrollan Eclampsia y Síndrome de Hellp, terminando en áreas de cuidados intermedios o cuidados intensivos en hospitales de tercer nivel. En el siguiente estudio se plantea determinar la incidencia de casos diagnosticados y manejados en pacientes de 25 a 35 años en el área de emergencia, parto, parto y área de toco quirúrgico, se plantea determinar la frecuencia de Enfermedades hipertensivas durante un periodo de tiempo determinado correlacionar los casos con estudios anteriores y plantear una propuesta que ayude y sirva al manejo de estos casos a futuro.

1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El propósito de este estudio es valorar la frecuencia, incidencia de casos de preeclampsia en pacientes de 25 a 35 años, determinar los factores de riesgo que se han presentado durante el periodo de 1 año en el hospital Básico de Duran; al mismo tiempo correlacionar las cifras nuevas de casos con estudios previos y datos estadísticos de dicha institución, para enfocarse a la prevención y

disminución de los factores de riesgo y morbimortalidad. En este estudio se tomará pacientes entre 25 y 35 años con diagnóstico de Preeclampsia. Se trata de un estudio Retrospectivo Analítico y descriptivo; el tema tiene gran relevancia dentro del ámbito de salud a nivel nacional. La identificación de los factores de riesgo (riesgo preconcepcional), la fisiopatología y antecedentes gineco obstétrico son temas de relevancia en esta investigación.

1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA

Naturaleza: Área 5 de Investigación.

Campo de investigación: Maternas. Trastornos Hipertensivos

Área de investigación: Trastornos hipertensivos - Perfil Epidemiológico

TEMA A INVESTIGAR: FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA
EN GESTANTES DE 25 A 35 AÑOS DEL HOSPITAL BASICO DE DURAN

LUGAR: HOSPITAL BÁSICO DE DURAN, DURAN ECUADOR

Periodo: Enero del 2016 a diciembre de 2016

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de preeclampsia en pacientes de 25 a 35 años en el Hospital básico de Duran?

¿Cuáles son las principales causas de incremento de morbilidad materno infantil en pacientes de 25 a 35 años con preeclampsia del Hospital Básico de Duran?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia en pacientes de 25 a 35 años de edad del hospital Básico de Duran?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de preeclampsia en pacientes de 25 a 35 años atendidas en el Hospital Básico de Duran.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las características y métodos de diagnóstico de pacientes con preeclampsia en el periodo de estudio
- Relacionar los factores de riesgo con la presentación de preeclampsia en pacientes de 25 a 35 años de edad
- Analizar las consecuencias materno infantiles de la preeclampsia en pacientes del hospital básico de duran

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.2 CONCEPTO

Se denomina Preeclampsia a la aparición de hipertensión con proteinuria después de la 20ava semana del embarazo. Es una enfermedad multisistémica y multifactorial. Se estima que afecta entre un 2 -7% de los embarazos, es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, su causa, etiología y patogénesis aún no se conocen con exactitud. (1)

2.3 ANTECEDENTES

En 2013, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos establece los criterios para el diagnóstico de preeclampsia con características graves, eliminando la proteinuria masiva (5 gramos/24 horas) y la restricción del crecimiento fetal como posibles características de la enfermedad severa debido a la proteinuria masiva tiene una pobre correlación con el resultado y la restricción del crecimiento fetal se gestiona de manera similar si la preeclampsia se diagnostica (2)

Es una enfermedad característica y propia del embarazo en la que los síntomas pueden ser manejados y tratados, pero solo se cura con la finalización del mismo, si esta no es tratada adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones materno fetales. (3)

El termino hipertensión en el embarazo normalmente describe un espectro amplio de condiciones que pueden acompañarse solo de elevaciones leves de la tensión arterial, o llegar hasta hipertensión severa con daño de órgano blanco. Las manifestaciones en estas pacientes pueden ser clínicamente similares (por ejemplo, hipertensión, proteinuria); sin embargo, pueden ser el resultado de causas subyacentes diferentes como, por ejemplo: hipertensión crónica, enfermedad renal, o preeclampsia (3).

En la gestante puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro del Síndrome de HELLP llegando a formas hemorragias intracraneales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal y/o CID. En el feto puede acompañarse de insuficiencia placentaria que suele manifestarse por restricción o retraso de crecimiento intra uterino, puede llegar a provocar la muerte fetal. (4)

2.4 INCIDENCIA

La preeclampsia en los países del norte como Estados Unidos es una de las principales causas de muerte materna junto a la hemorragia por complicación del aborto, enfermedades cardiovasculares y el tromboembolismo. Hay aproximadamente una muerte materna por preeclampsia por cada 100.000 nacidos vivos, con una tasa de letalidad de 6,4 muertes por cada 10.000 casos (2). En los Países Bajos en los años 1993 y 2005, la preeclampsia fue la principal causa de muerte materna, con 5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. (5)

En su frecuencia es variable, se habla de factores genéticos, ambientales y especialmente a la nutrición, siendo relativamente baja en países europeos como España entre el 1 -2%. En el Ecuador según datos del INEC y MSP en la década pasada la preeclampsia fue la primera causa de muerte materna. (6)

2.5 FISIOPATOLOGIA

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación que ocurre normalmente en el embarazo. Es asociada a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición de síntomas, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Esta isquemia altera la sustitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre. (7)

Estas anormalidades provocan y producen hipoperfusión placentaria, y, concomitantemente, la hipoxia e isquemia placentaria. Los datos observacionales apoyan esta hipótesis de que la hipoperfusión placentaria, la hipoxia e isquemia conducen a la liberación de factores antiangiogénicos en circulación (soluble factor de inhibición de la tirosina quinasa [sFlt-1], endoglina soluble [Seng]) y otras sustancias que pueden causar materna extendida la disfunción endotelial sistémica (aumento de la permeabilidad vascular, la vasoconstricción, la activación de sistema de coagulación, hemólisis microangiopática), lo que resulta en la hipertensión, proteinuria, y las otras manifestaciones clínicas de la preeclampsia (8).

Todo esto se manifiesta por un desequilibrio entre prostaglandinas vasodilatadoras entre ellas las prostaciclina frente a las vasoconstrictoras como el tromboxano, esto puede estar mediado por la aparición de exceso de producción de citoquinas proinflamatorias como la interleucina 2, factor de necrosis tumoral, y de producción de lipoperoxidos capaces ambos de inducir alteraciones endoteliales. (9)

El vasoespasmo y el edema facilitan la reducción del volumen plasmático que lleva a la hemoconcentración característica y a la hipercoagulabilidad, todo esto hace que exista una hipoperfusión multiorgánica que empeora el cuadro a nivel general y fetoplacentario (7).

Factores de Riesgo

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos: Paridad casi exclusiva de primigestas, embarazo múltiple, macrosomía fetal, patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastocis fetal) Antecedentes familiares y personales, bajo nivel socio económico, factores ambientales, factores genéticos, autoinmunidad. (10)

Otros factores de riesgo relacionados con la preclampsia comprenden la obesidad, gestación con múltiples fetos, edad de la madre mayor de 35 años, y grupo étnico afro ecuatoriano. La relación entre el peso de la madre y el riesgo de preclampsia severa es progresiva, esta aumenta desde el 3% para mujeres con un índice de masa corporal superior a 25, mientras haya más datos de enfermedad metabólica y sobrepeso el riesgo es mayor. (10)

Los factores genéticos, Aunque la mayoría de los casos de preeclampsia son esporádicos, se cree que los factores genéticos y hereditarios juegan un papel en

la susceptibilidad y probabilidad de presentación de enfermedad. Una predisposición genética a la preeclampsia es sugerida por las siguientes observaciones. (10)

Las primíparas con un historial familiar de preeclampsia (por ejemplo, la madre o la hermana afectada) tienen de dos a cinco veces mayor riesgo de la enfermedad que las mujeres primíparas con tal historia. La contribución materna para el desarrollo de la preeclampsia puede explicarse en parte por los genes impresos. El riesgo de preeclampsia se incrementa más de siete veces mayor en las mujeres que han tenido preeclampsia en un embarazo anterior (11).

El desarrollo anormal de la placenta, el papel fundamental de la placenta en la fisiopatología de la preeclampsia se apoya en datos epidemiológicos y experimentales que muestra, que el tejido placentario alterado por la hipoxia e isquemia es necesario para el desarrollo de la enfermedad, pero el feto no es. Está claro que los defectos en la remodelación de la arteria espiral y la invasión del trofoblasto, dos procesos distintos, aunque relacionados, son característicos de los trastornos hipertensivos del embarazo y la restricción del crecimiento fetal. Estos procesos dan lugar a deterioro de la placentación y la isquemia de la placenta, que se cree que son los eventos principales que conducen a la liberación de la placenta de factores solubles que causan la disfunción endotelial sistémica que resulta en el fenotipo con preeclampsia (12).

La hipoperfusión, la hipoxia, la isquemia, parece ser tanto una causa como una consecuencia del desarrollo anormal de la placenta. Una relación causal entre la mala perfusión placentaria, el desarrollo anormal de la placenta, y la preeclampsia. La hipoperfusión se hace más pronunciado a medida que progresa el embarazo ya

que la vasculatura uterina anormal no es capaz de acomodar el aumento normal en el flujo de sangre al feto. Los cambios placentarios tardíos de isquemia incluyen aterosclerosis (células cargadas de lípidos en la pared de la arteriola), necrosis fibrinoide, trombosis, estenosis de las arteriolas escleróticas, necrosis e infarto de placenta (13).

2.6 CUADRO CLINICO

El grado de hipertensión, la proteinuria y la presencia o ausencia de otras manifestaciones clínicas de la enfermedad como signos y síntomas neurológicos y focalidad son en los varios casos muy variables. La mayoría de las pacientes manejan presión arterial entre 140/90 y 160/110 mm Hg, el nivel de proteinuria suele ir acompañados de edema periférico con hiperreflexia (12).

Los síntomas presentes son la hipertensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg y la presión diastólica mayor o igual a 110 mmHg en dos ocasiones o dos tomas por lo menos en el periodo de cuatro horas de diferencia o solo una vez si se trata.

Las pacientes pueden presentar cefalea que va de leve a severa, alteraciones visuales (escotoma, fotofobia, visión borrosa o ceguera temporal, esta última es muy rara (10).

El dolor abdominal epigástrico o superior acompañado de náusea con vómito, suelen presentar un grado de disnea con dolor torácico retroesternal. En casos severos presentan alteración de estado mental con hiperreflexia en el reflejo patelar (14).

En las anomalías de laboratorio puede presentar anemia hemolítica microangiopática con frotis de sangre periférico anormal, aumento de la bilirrubina o niveles bajos de Haptoglobina sérica. Podemos encontrar trombocitopenia recuento de <100.000 de plaquetas, hiperazoemia con creatinina mayor de 1,1 mg/dl y elevación alteración en la hepatograma con elevación de transaminasas (15).

Una presentación atípica de la preeclampsia es que aparezca antes de las 20 semanas de gestación y se asocia por lo general a un embarazo molar completo. En raras ocasiones los signos y síntomas se han atribuido a la preeclampsia grave después de otros trastornos con resultados similares por ejemplo la nefritis por lupus, purpura trombocitopenica trombótica, síndrome urémico hemolítico, síndrome antifosfolipídico (15).

Las mujeres con hipertensión o proteinuria pueden llegar a desarrollar criterios para el diagnóstico de preeclampsia. No hay estudios prospectivos que se han llevado a cabo en mujeres embarazadas con proteinuria aislada para determinar su riesgo de desarrollar preeclampsia más tarde en el embarazo, y hay pocos estudios retrospectivos. El 15% por ciento de las mujeres con hipertensión gestacional o hipertensión arterial crónica esencial posteriormente desarrollar preeclampsia (16).

2.7 LABORATORIO

La proteinuria en la preeclampsia se define como mayor o igual a 300 mg de proteína en una muestra de orina de 24 horas o la presencia de una cruz (1)

positiva en la tirilla reactiva que equivale a 30 mg / dl durante el día, en los azoados podemos encontrar que la creatinina sérica puede estar aumentada. Aunque la proteinuria en mujeres con preeclampsia es más a menudo mayor o igual a 5 gramos en 24 horas, la preeclampsia sigue siendo la causa más común de proteinuria severa en las mujeres embarazadas; los niveles de proteinuria mayor o igual a 10 gramos en 24 horas pueden estar presentes en casos más severos (13).

El aumento de la excreción urinaria de proteínas puede ser un hallazgo primordial tanto temprano como tardío, pero por lo general aumenta a medida que progresa la preeclampsia. Es debido, en parte, a la integridad alteración de la barrera de filtración glomerular y alteraciones tubulares de proteínas filtradas que conduce a un aumento de la excreción de proteínas (17).

La tasa de filtración glomerular disminuye en un 30 a 40 por ciento en la preeclampsia en comparación con los controles normotensos de embarazadas. La concentración de creatinina en plasma es generalmente normal o con un discreto aumento que va desde 1,0 a 1,5 mg/dl. La creatinina mayor o igual a 1,1 mg/dl o un aumento duplicado de la concentración de creatinina indica una enfermedad severa y los resultados de la vasoconstricción y la retención de sodio renal debido a la reducción del volumen plasmático y la vasoconstricción sistémica (12).

2.8 DIAGNOSTICO

El desarrollo gradual de la hipertensión y la proteinuria en la última mitad del embarazo es por lo general debido a la preeclampsia, particularmente en una

nulípara. Estos hallazgos normalmente se hacen evidentes después de 34 semanas de gestación hasta el parto y el progreso, pero algunas mujeres desarrollan síntomas antes de la gestación, durante el parto o después del parto.

(15)

El diagnóstico se establece cuando existe hipertensión 140/90 y proteinuria de >300mg/24 horas, después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas.

La preeclampsia se considera grave en una gestante anteriormente sana cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160/110 respectivamente, cuando la proteinuria es mayor o igual a 2 gramos en 24 horas o aparecen signos de afectación del sistema nervioso central (confusión, cefalea, fotopsia, hiperreflexia). La forma más severa conlleva con trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas y hemólisis (síndrome de Hellp) (18).

La evaluación inicial de la proteinuria se realiza con frecuencia con el análisis de una tira de ensayo de papel en una muestra de orina esteril anulados. Cuando la proteinuria es mayor o igual a 1 en la varilla debe ser confirmada por la evaluación cuantitativa (24 colección de orina o proteína: creatinina en orina). Si la presión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mmHg o es la presión arterial diastólica es mayor o igual a 110 mm Hg, esto confirma la presencia de preeclampsia severa (19).

En la evaluación post diagnóstico el propósito es determinar la gravedad de la enfermedad y evaluar el riesgo beneficio materno y fetal, la continuidad del embarazo con medidas generales y tratamiento específico. Estos factores, así como la edad gestacional, la guía de gestión (18).

En la evaluación post diagnóstico debe incluir:

- Recuento de plaquetas
- La creatinina sérica
- aminotransferasa sérica aspartato (AST) o alanina aminotransferasa (ALT)
- Ecografía gineco obstétrica (peso del feto y cuantificación del volumen de líquido amniótico)
- evaluación fetal (perfil biofísico o prueba sin estrés)

El diagnóstico diferencial incluye la exacerbación de la enfermedad renal subyacente, hígado graso agudo del embarazo, púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) o el síndrome urémico hemolítico (SUH), y la exacerbación del lupus eritematoso sistémico.

CAPITULO III

2 MATERIALES Y METODOS

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este proyecto es una investigación observacional y descriptiva de tipo no experimental porque no existe la intervención del autor, son datos ajenos a la voluntad del investigador.

El tipo de investigación es transversal porque las variables son medidas en una sola ocasión como los datos del hospital de estudio y con las historias clínicas.

3.2 MÉTODOS DE LA INVESTIGACION

Este proyecto tiene un enfoque cualitativo, se caracteriza por ser un estudio retrospectivo porque son datos de pacientes con preeclampsia entre 25 y 35 de edad del hospital Básico de Duran comprendido en el año 2016, que se recolectaron mediante historias clínicas.

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo está conformada por todas las gestantes que ingresaron al Hospital Básico de Duran con diagnóstico de preeclampsia durante el periodo de estudio, que comprende desde enero del 2016 a diciembre del 2016. La muestra estará conformada por los pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Gestantes entre 25 y 35 años con diagnóstico de Preeclampsia y que su embarazo haya terminado en un producto único vivo.
- Mujeres en puerperio inmediato atendidas en el parto o cesárea que presentes preeclampsia.

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Gestantes fallecidas con diagnóstico de preeclampsia por causa no relacionada con la enfermedad hepática durante el periodo de estudio.

3.6 VIABILIDAD

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia de la institución, el permiso correspondiente de la universidad y los recursos económicos del investigador.

3.7 RECURSOS MATERIALES

Computadora con sistema informático conectado a la base de datos del hospital, historias clínicas, hoja de recolección de datos.

3.8 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

La identificación de gestantes de 25 a 35 años con preeclampsia ingresadas y atendidas en el Hospital Básico de Duran en el periodo de estudio, comprendido en el año 2016, se realizara a partir de las historias clínicas registradas y proporcionadas por el departamento de estadística, la información requerida se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se recolectaron los datos en una hoja de recolección de datos elaborada por el investigador y con la información recabada se conformó una base de datos en Microsoft Excel y el programa IBM - SPSS para la elaboración de tablas y gráficos de barras donde se representen las variables del estudio.

3.9 VARIABLES

- Variable Independiente: El embarazo
- Variable Dependiente: Preeclampsia y trastornos hipertensivos del embarazo

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
V. Independiente EMBARAZO	Tiempo que dura este estado, desde la concepción hasta el parto.	Edad gestacional	<28 sem 28-36sem >36 sem	Historia clínica
		TIPO DE PARTO	Parto vía Vaginal Parto Distócico Parto Eutócico Parto Por Cesárea Cesárea Segmentaria Cesárea de Emergencia	RECORD OPERATORIO/HISTORIA CLINICA
V.Dependiente: PREECLAMPSIA	El diagnóstico de hipertensión en el embarazo se realiza cuando en dos o más tomas separadas por 6 h, la paciente presenta una presión arterial (PA) sistólica \geq 140 mmHg y/o una PA diastólica \geq 90 mmHg.	TIPO DE TRASTORN O HIPERTENSIVO	Preeclampsia <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Grave Eclampsia	Historia clínica

3.10 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El investigador cubrirá el financiamiento de este trabajo

COMPONENTES	COSTOS
SUMINISTROS DE OFICINA	300.00
IMPRESIONES Y EMPASTADO	200.00
RECOLECCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION	100.00
SUBTOTAL	
TOTAL	600.00

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

Las historias clínicas fueron proporcionadas por el departamento de estadística del Hospital Básico de Duran, y esta incluyó datos de filiación de los pacientes como numero de historia clínica, genero, nombre, edad, antecedentes patológicos personales clínicos, quirúrgicos.

Luego se hizo la revisión de cada historia clínica, analizando si las pacientes atendidas cumplían los criterios de inclusión, se obtuvo más datos utilizados como variables intervinientes de tipo cualitativas y ordinales se analizaron causas, factores de riesgo, tipo de parto; datos como diagnóstico definitivo de Preeclampsia según CIE 10, el tipo de complicación en la etapa postparto, datos de laboratorio.

Se estableció un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante el periodo de 2016 – 2017, el universo escogido fueron pacientes atendidos en las áreas de emergencias, y hospitalización del Hospital Básico de Durán, la muestra estimada fueron 110 pacientes que presentaron Preeclampsia. Se determinó los principales factores de riesgo relacionados al desarrollo y presentación de preclampsia, se identificó las manifestaciones clínicas frecuentes que se presentaron durante el año 2016 - 2017, se realizaron tablas de frecuencia, cuadros y diagramas cruzados para establecer correlaciones importantes con significancia estadística descriptiva que se mostrarán a continuación.

4.1 FRECUENCIA DE GRUPOS DE EDAD ESTABLECIDOS

HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017

EDAD (agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 28	49	44,5	44,5	44,5
29 - 30	16	14,5	14,5	59,1
Válido 31 - 33	26	23,6	23,6	82,7
34+	19	17,3	17,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabla 1 Grupos de edades de pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo 2015/2016.

Fuente: Departamento de Estadística del HBD.

Autor: Cristhian Gonzalez

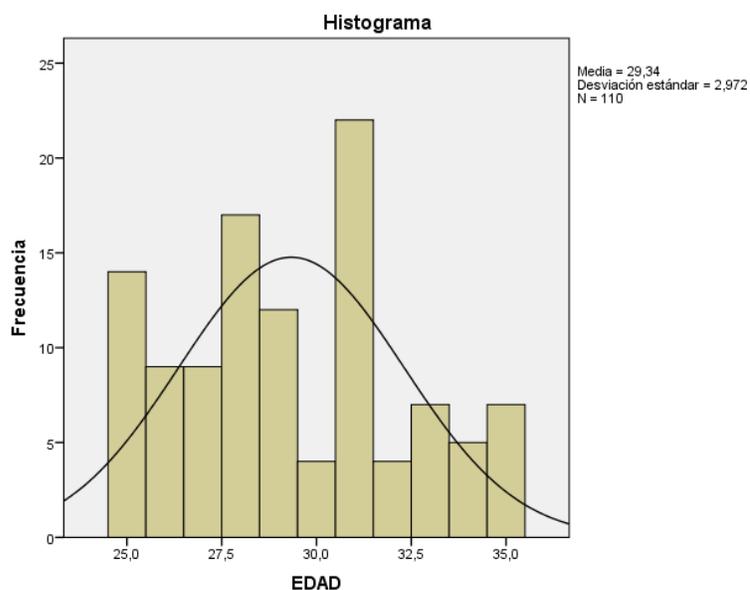


Ilustración 1 Distribución de los grupos de edad año 20165 - 2017

ANÁLISIS: Se muestra mayor incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes entre edades menores a 28 años, de 110 pacientes 49 están en este rango correspondiendo un 44,5%; el segundo grupo etario de 29 a 30 años que representa el 14,5%, el grupo de 31 a 33 que representa el 23,6% y

el grupo de paciente de edad avanzada 34 años a mas presentó un porcentaje valido del 17,3 %. Correlacionando con la literatura y las guías prácticas clínicas nacionales emitidas por el MSP en el 2015, no concuerda estos datos estadísticos ya que las pacientes gestantes jóvenes considerándose como tal aquellas que son menores de 18 años y gestantes añosas aquellas mayores de 30 años son las que tienen un mayor riesgo de presentar un embarazo complicado debido a trastornos hipertensivos. Como vemos en este estudio edades menores de 28 años ya son un factor de riesgo para desarrollar trastornos hipertensivos en el embarazo.

4.2 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017

PARIDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid	MULTIPARA	11	10,0	10,0
	PRIMIGESTA	62	56,4	66,4
	SECUNDIGESTA	37	33,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0

Tabla 2 Grupos de edades de pacientes con complicaciones puerperales en el 2016
Fuente: Departamento de Estadística del HBD
Autor: Cristhian Gonzalez

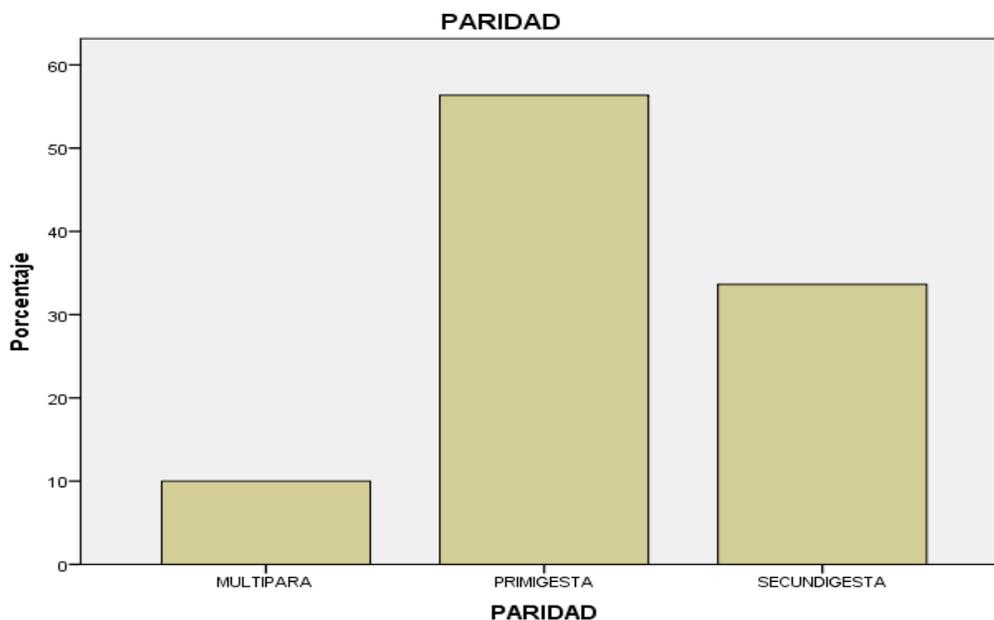


Ilustración 2 Distribución de gestación en pacientes con hipertensión en el embarazo año 2016 – 2017

ANALISIS: Se encuentra mayor frecuencia de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes que cursan su primer periodo de gestación, se encontró un porcentaje valido del 56,4% que son 62 pacientes de las 110 del total, las multíparas representaron el 10% con 11 pacientes y las pacientes primigestas con el 33,6% que equivalió 37 casos registrados. Correlacionando con la literatura y las guías prácticas clínicas nacionales emitidas por el MSP en el 2015, se concuerda que las pacientes gestantes primigestas tienen un mayor riesgo de presentar un embarazo complicado debido a trastornos hipertensivos.

4.3 SEMANAS DE GESTACION EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017

SEMANAS DE GESTACION (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 36	7	6,4	6,4	6,4
37 - 38	50	45,5	45,5	51,8
Válido 39 - 40	38	34,5	34,5	86,4
41+	15	13,6	13,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabla 3 Agrupación de Semanas de gestación de pacientes a término 2016 – 2017
Fuente Departamento de Estadística del HBD

Autor: Cristhian Gonzalez.

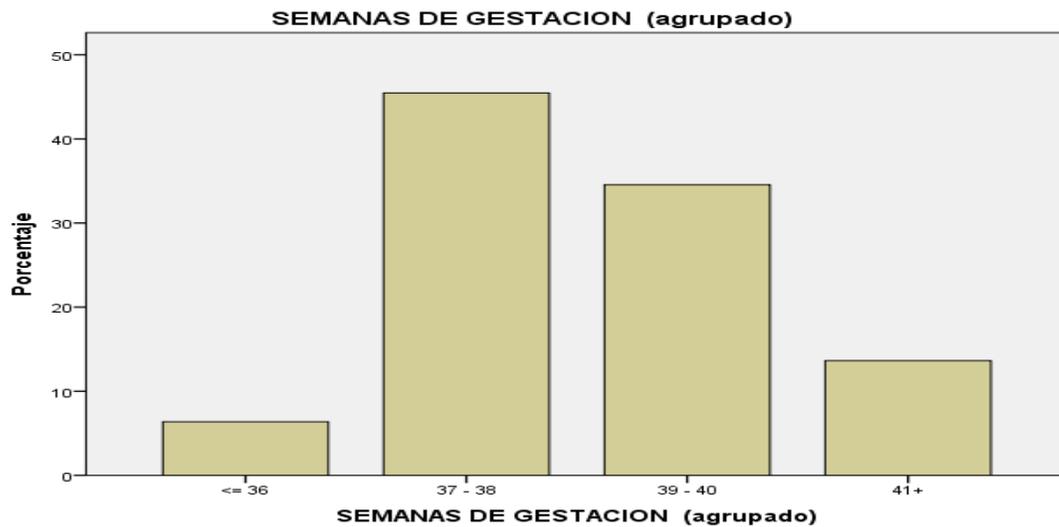


Ilustración 3 Distribución de las semanas de gestación de pacientes con hipertensión en el embarazo año 2016 - 2017

ANALISIS: Dentro de la muestra de pacientes con hipertensión en el embarazo podemos observar la mayoría de nuestros casos se tratan de pacientes que tuvieron un embarazo a término, el embarazo pre termino se observó en un pequeño porcentaje 6,4% con una frecuencia de 7 de 110 pacientes de la muestra, y post termino no fue tomado como criterio de exclusión, simplemente es un hallazgo de nuestro estudio, el 45,5% del total obtuvo un parto entre las semanas 37 y 38 ,el 34,5% obtuvo un embarazo entre las semanas 39 - 40 semanas de gestación. Y 13,6 % obtuvo un embarazo mayor a 41 semanas

4.4 TIPO DE PARTO ESTABLECIDO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017

TIPO DE PARTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
CESAREA DE EMERGENCIA	4	3,6	3,6	3,6
CESAREA SEGMENTARIA	68	61,8	61,8	65,5
PARTO VAGINAL	37	33,6	33,6	99,1
PARTO VAGINAL DISTOCICO	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabla 4 Frecuencia de tipo de parto de pacientes con Hipertensión en el Embarazo en el 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HBD

Autor: Cristhian González

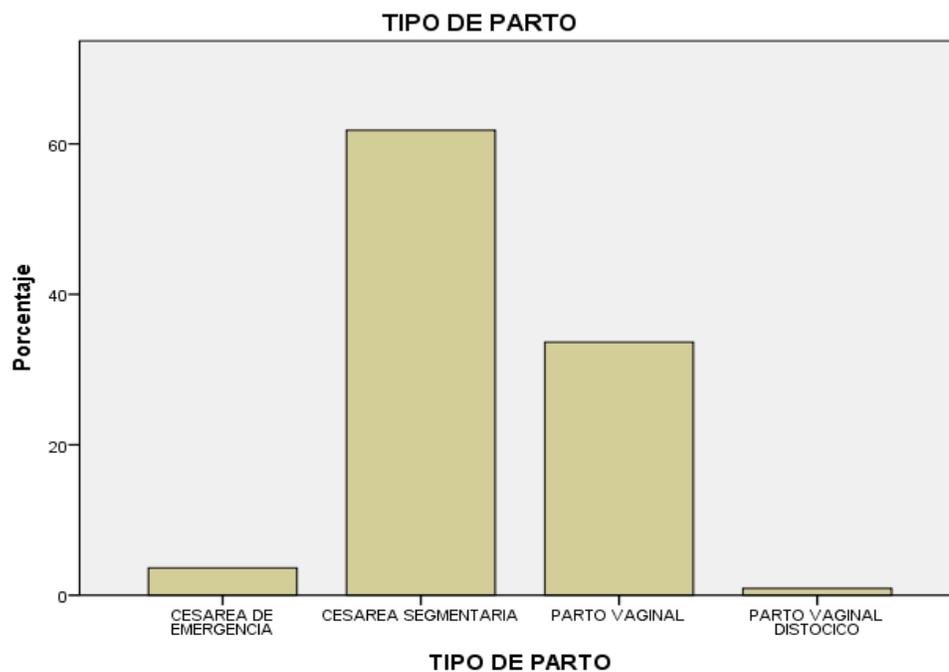


Ilustración 4 Distribución del tipo de parto de pacientes con hipertensión en el embarazo 2016 -2017

ANALISIS: Dentro de los tipos de parto se presentó en mayor cantidad los partos por cesárea segmentaria con 68 casos de los 110 (61,8%) de lo que se deduce que estamos mejor capacitados para llevar el control respectivo de casos de gestantes con trastornos hipertensivos; solo 4 de los partos fueron por cesárea de emergencia que equivale al 3,6 %; con respecto a los partos vaginales 33,6% y parto vaginal distócico con el 0,9% que equivale a 1 caso del total.

4.5 FRECUENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017

TRASTORNO HIPERTENSIVO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ECLAMPSIA	3	2,7	2,7	2,7
HIPERTENSION GESTACIONAL	13	11,8	11,8	14,5
Válido PREECLAMPSIA GRAVE	60	54,5	54,5	69,1
PREECLAMPSIA LEVE	34	30,9	30,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

*Tabla 5 Distribución de trastornos hipertensivos periodo 2016 - 2017.
Fuente: Departamento de Estadística del HBD*

Autor: Cristhian González.

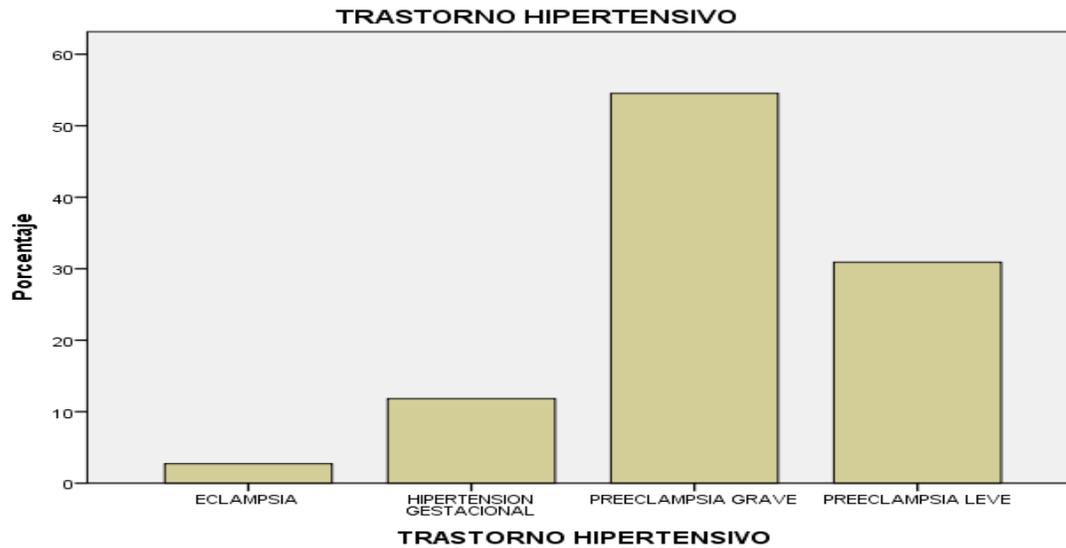


Ilustración 5 Distribución de trastornos hipertensivos en el periodo 2016 – 2017

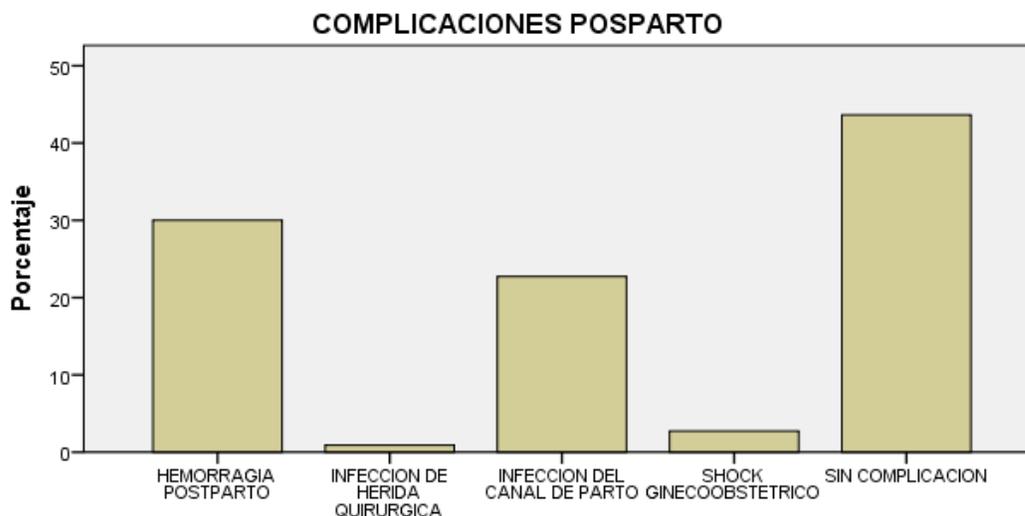
ANALISIS: Se observa que en nuestro estudio el trastorno hipertensivo con mayor incidencia fue las gestantes que presentaron PREECLAMPSIA GRAVE, represento un manejo más complejo de su labor de parto, posparto y atención del recién nacido, represento el 54,5% de nuestra muestra de pacientes, la segunda en frecuencia fueron las pacientes con preeclampsia leve con 30,9% , se insinuó un 11,8% de casos de hipertensión gestacional y 3 pacientes (2,7%) desarrollaron eclampsia como trastorno hipertensivo más severo en el embarazo.

4.6 FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POST PARTO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 - 2017

COMPLICACIONES POSPARTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
HEMORRAGIA POSTPARTO	33	30,0	30,0	30,0
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	1	,9	,9	30,9
INFECCION DEL CANAL DE PARTO	25	22,7	22,7	53,6
SHOCK GINECOOBSTETRICO	3	2,7	2,7	56,4
SIN COMPLICACION	48	43,6	43,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

*Tabla 6 Distribución de las complicaciones puerperales periodo 2016 – 2017
Fuente: Departamento de Estadística del HBD.
Autor: Cristhian González.*



COMPLICACIONES POSPARTO

Ilustración 6 Distribución de complicaciones puerperales 2016 – 2017

ANALISIS: La complicación puerperal más frecuente en nuestro estudio fueron las pacientes que presentaron Hemorragia postparto que presentó un porcentaje valido de 30,0%, se obtuvo otro resultado significativo de las pacientes con infección del canal del parto con 22,7%, la infección de la herida representó el 7 %, y finalmente el shock hipovolémico Gineco Obstétrico con el 2,7% del total de pacientes. Las pacientes que no presentaron complicaciones represento un 43.7 % el cual es gratificante porque habla de la mejor experticia que tenemos al momento de manejar gestantes con trastornos hipertensivos durante el embarazo, Correlacionando con la literatura y las guías prácticas clínicas nacionales emitidas por el MSP en el 2015, se evidencia disminución de la incidencia de complicaciones en pacientes gestantes con mayor riesgo de presentar un embarazo complicado debido a trastornos hipertensivos.

4.7 CORRELACION ENTRE EL TIPO DE PARTO Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 -2017

Tabla cruzada TIPO DE PARTO*TRASTORNO HIPERTENSIVO

		TRASTORNO HIPERTENSIVO				Total
		ECLAMPSIA	HIPERTENSION GESTACIONAL	PREECLAMPSIA GRAVE	PREECLAMPSIA LEVE	
TIPO DE PARTO	CESAREA DE EMERGENCIA	3	0	1	0	4
	Recuento					
	% del total	2,7%	0,0%	0,9%	0,0%	3,6%
TIPO DE PARTO	CESAREA SEGMENTARIA	0	3	55	10	68
	Recuento					
	% del total	0,0%	2,7%	50,0%	9,1%	61,8%
TIPO DE PARTO	PARTO VAGINAL	0	9	4	24	37
	Recuento					
	% del total	0,0%	8,2%	3,6%	21,8%	33,6%
TIPO DE PARTO	PARTO VAGINAL DISTOCICO	0	1	0	0	1
	Recuento					
	% del total	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,9%
Total		3	13	60	34	110
Recuento						
% del total		2,7%	11,8%	54,5%	30,9%	100,0%

Tabla 7 Correlaciones de tipo de parto con trastornos hipertensivos periodo 2016 – 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HBD.

Autor: Cristhian Gonzalez.

INTERPRETACION: En este cuadro se puede correlacionar que las pacientes que presentaron parto por cesárea fueron las que mayoritariamente tenían trastornos hipertensivos del embarazo en este caso pacientes con preeclampsia grave con el 50% de las cesareadas; de los 4 casos de Cesárea de emergencia 1 de estos fue por Preeclampsia severa, 3 de ellas desarrolló eclampsia (2,7%) en cuanto al parto por vía vaginal 24 pacientes presentaron preeclampsia leve, 9 pacientes con hipertensión gestacional y 4 preclampsia grave. En cuanto a partos distócicos de observo 1 solo caso en paciente con hipertensión gestacional.

4.8 CORRELACION ENTRE LAS SEMANAS DE GESTACION DE PACIENTES Y LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO AÑO 2016 – 2017

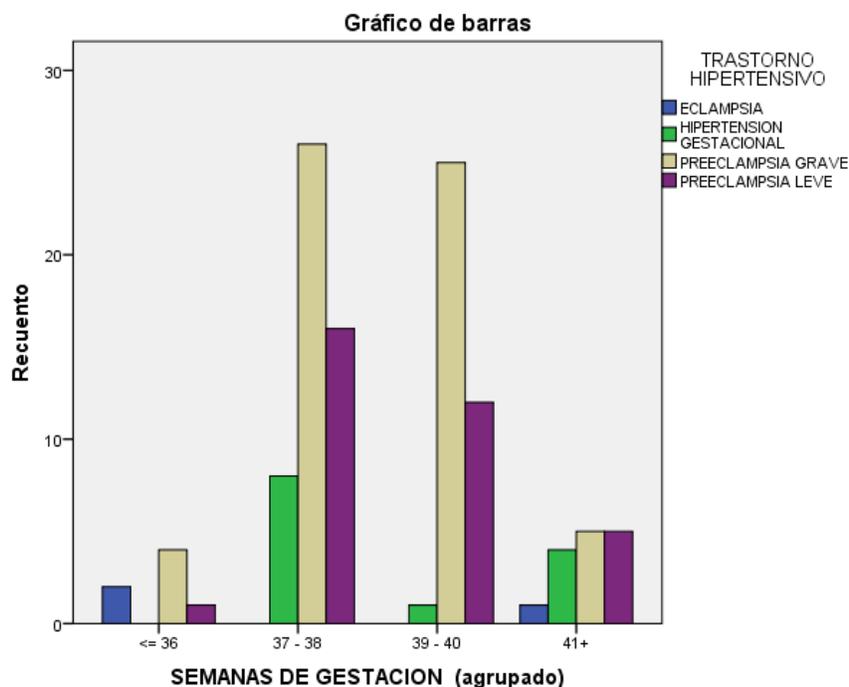


Ilustración 7 Distribución de semanas de gestación con los trastornos hipertensivos 2016 – 2017

Tabla cruzada SEMANAS DE GESTACION (agrupado)*TRASTORNO HIPERTENSIVO

		TRASTORNO HIPERTENSIVO				Total
		ECLAMPSIA	HIPERTENSION GASTACIONAL	PREECLAMPSIA GRAVE	PREECLAMPSIA LEVE	
SEMANAS DEGESTACION (agrupado)	Recuento	2	0	4	1	7
	<= 36					6,4
	% del total	1,8%	0,0%	3,6%	0,9%	%
	Recuento	0	8	26	16	50
37 - 38	% del total	0,0%	7,3%	23,6%	14,5%	45,5%
39 - 40	Recuento	0	1	25	12	38
% del total	0,0%	0,9%	22,7%	10,9%	34,5%	
41+	Recuento	1	4	5	5	15
% del total	0,9%	3,6%	4,5%	4,5%	13,6%	
Total	Recuento	3	13	60	34	110
% del total	2,7%	11,8%	54,5%	30,9%	0,0%	

Tabla 8 Correlaciones de la semana de gestación con trastornos hipertensivos periodo 2016 – 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HBD.

Autor: Cristhian Gonzalez.

Interpretación: la semana de gestación en la que se presentan el parto en mujeres con trastornos hipertensivos mayormente es entre 37-38 semanas, estamos hablando de un parto a término con un 23.6% en mujeres con preeclampsia grave equivalente a 26 casos de las 110 de la muestra total, seguida de 14,5% para preeclampsia leve y 7.3% hipertensión gestacional. Durante las 39-40 semanas de gestación el parto se da en pacientes con preeclampsia grave en un 22,7%, 10,9% en preeclampsia leve. Durante las 41 semanas a más el parto se da mayormente en pacientes con preeclampsia grave y leve en un 4,5% y se evidencia parto pre término es decir a las 36 semanas de gestación en un 3,6% en pacientes con preeclampsia grave y pacientes con eclampsia en un 1,8%

4.9 CORRELACIONES ENTRE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y LAS COMPLICACIONES POSTPARTO HOSPITAL BASICO DE DURAN AÑO 2016 – 2017

Tabla cruzada TRASTORNO HIPERTENSIVO*COMPLICACIONES POSPARTO

		COMPLICACIONES POSPARTO					Total	
		HEMORRAGIA POSTPARTO	INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	INFECCION DEL CANAL DE PARTO	SHOCK GINECOOBSTETRICO	SIN COMPLICACION		
TRASTORNO HIPERTENSIVO	ECLAMPSIA	Recuento	0	0	0	3	0	3
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	2,7%
	HIPERTENSION GESTACIONAL	Recuento	0	0	7	0	6	13
		% del total	0,0%	0,0%	6,4%	0,0%	5,5%	11,8%
	PREECLAMPSIA GRAVE	Recuento	32	1	2	0	25	60
		% del total	29,1%	0,9%	1,8%	0,0%	22,7%	54,5%
	PREECLAMPSIA LEVE	Recuento	1	0	16	0	17	34
		% del total	0,9%	0,0%	14,5%	0,0%	15,5%	30,9%
	Total	Recuento	33	1	25	3	48	110
		% del total	30,0%	0,9%	22,7%	2,7%	43,6%	100%

Tabla 9 Correlaciones complicaciones del parto con los trastornos hipertensivos periodo 2016 – 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HBD.

Autor: Cristhian Gonzalez.

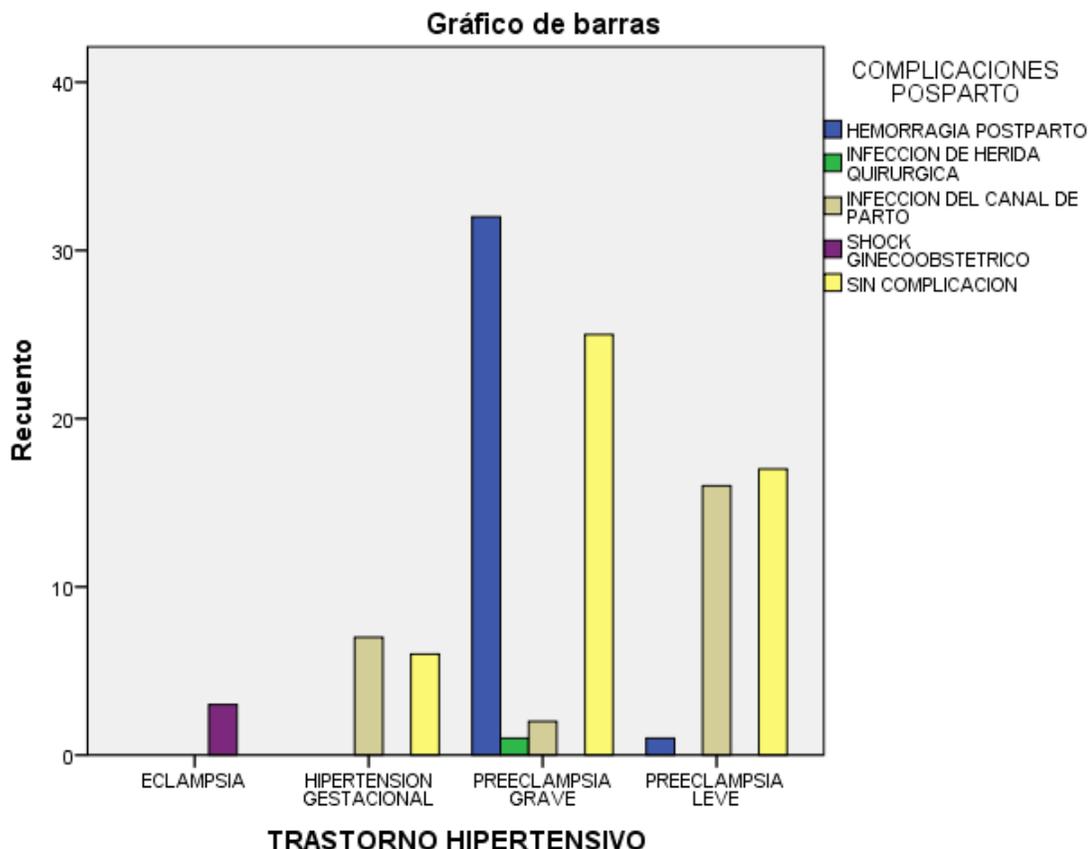


Ilustración 8 Distribución de las complicaciones del parto con los trastornos hipertensivos 2016 – 2017

Interpretación: podemos determinar que la complicación mayormente observada en una gestante con trastorno hipertensivo es la hemorragia postparto la cual representa el 29,1% en la preeclampsia grave es decir 32 pacientes de las 110 de la muestra total y 0,9% en preeclampsia leve. Seguida en frecuencia por las infecciones del canal del parto con 14,5% en pacientes con preeclampsia leve, 6,4% en pacientes con hipertensión gestacional y 1,8% en preeclampsia grave. Posteriormente tenemos al shock hipovolémico con 2,7% en pacientes con eclampsia es decir 3 gestantes de la muestra. Cabe recalcar que el mayor porcentaje observado es la ausencia de complicaciones durante la gestación con

trastornos hipertensivos representando un 43,6% de la muestra total es decir 48 gestantes sin complicaciones.

CAPITULO V

5 DISCUSION

En el Hospital Básico De Duran los resultados que demostró el estudio fueron relevantes, demostrando mayor incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes menores de 28 años, de 110 pacientes 49 están en este rango correspondiendo un 44,5%; Sabiendo que los grupos de riesgo son menores de 18 años y gestantes añosas las que tienen un mayor riesgo de presentar un embarazo complicado debido a trastornos hipertensivos. Como vemos en este estudio edades menores de 28 años ya son un factor de riesgo para desarrollar trastornos hipertensivos en el embarazo. Pacientes entre 31 y 33 años presentaron también un porcentaje significativo de 23,6% quiere decir que las pacientes adultas jóvenes fueron las segundas que mayormente presentaron trastornos hipertensivos del embarazo en el periodo del 2016 al 2017.

Se pudo identificar el principal trastorno hipertensivo del embarazo en este caso obtuvimos que la preeclampsia grave representó el 54,5%, la preeclampsia leve con 30,9%, hipertensión gestacional con 11,8%, y en menos frecuencia la eclampsia con el 2,7% del total.

Se observó que dentro de las complicaciones obtuvimos los siguientes resultados; Hemorragia Posparto con 30%, Infección de herida quirúrgica postcesarea 7%, Infección del canal de parto con el 22,7%, Shock hipovolémico con el 2,7% cabe recalcar que el 43,7% no presento ningún tipo de complicación

6 CONCLUSIONES

- Se analizaron 110 pacientes que fueron atendidas en área de toco quirúrgico del Hospital Básico De Duran, que presentaron trastornos hipertensivos del embarazo, el más incidente fue la preeclampsia leve y grave.
- Las edades de las pacientes fueron entre los 25 y 35 años de edad, se observó mayor incidencia en las adultas jóvenes, es decir menores de 28 años.
- Dentro de los tipos de parto se presentó en mayor cantidad los partos por cesárea con
- 68 casos de los 110, 4 partos por cesárea de emergencia que equivale al 3,6%.
- Las pacientes que cursaban su primer embarazo presentaron con mayor incidencia trastornos hipertensivos del embarazo con el 56,4% del total, es decir 62 pacientes
- El 45,5% del total obtuvo un parto entre las semanas 37 y 38 y el 34,5% obtuvo un embarazo entre las semanas 39 y 40 semanas de gestación y solo el 13,6% obtuvo un embarazo mayor a 41 semanas, y embarazo pre terminó en 6,4%

7 RECOMENDACIONES

- La preeclampsia es la causa más común de la proteinuria en el embarazo y debe ser excluida en todas las mujeres con proteinuria identificado por primera vez después de 20 semanas de gestación. Si se excluye preeclampsia, entonces la presencia de la enfermedad renal primaria o secundaria debe ser considerada. Si la biopsia renal está indicada para el diagnóstico, por lo general es mejor esperar hasta que el paciente después del parto a menos que se produce la pérdida inexplicada rápidamente progresiva de la función renal.
- Para los embarazos ≥ 34 semanas de gestación, se sugiere entrega rápida. A esta edad gestacional, los riesgos maternos y fetales de prolongar el embarazo generalmente son mayores que los beneficios de una mayor maduración fetal y de cuello uterino.
- Las mujeres a la expectativa deben ser hospitalizadas y atendidos por, o en consulta con un especialista en medicina materno-fetal. Ellos deben ser sometidos a la madre todos los días y la evaluación fetal con la revisión continua de los riesgos en curso del tratamiento conservador.
- El objetivo de la evaluación post-diagnóstico es determinar la gravedad de la enfermedad y evaluar el bienestar materno y fetal.

8 BIBLIOGRAFÍA

MSP MdSP. Trastornor Hipertensivos del Embarazo. Guia Practica Clinica.
. 2013.

Ananth. Preeclampsia: Patogenesis. UptoDate. 2015.

Charles. Preeclampsia. UptoDate. 2016.

Coppage. Preeclampsia y Parto, sus consecuencias Graves. Obstet Gynecol.
. 2012.

Norwitz. El tratamiento expectante de la preeclampsia severa. UptoDate. 2015.

Norwitz. Preeclampsia: Gestion y pronostico. UptoDate. 2015 .

Norwitz E. Preeclampsia: Gestion y pronostico. UPTODATE. 2013.

NORWITZ E. ECLAMPSIA. UPTODATE. 2016.

PAMELA MDLCR. FACTORES PREDISPONENTES DE LA PREECLAMPSIA
. EN MUJERES DE 13 A 20 AÑOS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR DESDE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO

- DEL 2013. REPOSITARIOS, UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. 2013.
- Phyllis. Preeclampsia: Caracteristicas Clinicas y Diagnostico. UptoDate. 2016.
- 0.
- Redman. La preeclampsia: Una respuesta inflamatoria excesiva materna al
1. embarazo. Obstet Gynecol. 2015.
- Valdes. Factores de riesgo para preeclampsia. Scielo. 2011.
- 2.
- Hernandez. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino,
3. Parte I. Scielo. 2012.
- Hutcheon. Epidemiologia de la preeclampsia y los otros trastornos
4. hipertensivos del embarazo. Clin Obstet Bynaecol. 2011.
- Tapia T. Factores de riesgo de Hipertension Gestacional en Mujeres
5. Embarazadas de 15 A 19 Años. REPOSITARIOS, UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. 2015.
- Tapia J. FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION GESTACIONAL EN
6. MUJERES EMBARAZADAS DE 15 A 19 AÑOS. Repositorios UG. 2014.
- Thadhani. La proteinuria en el embarazo: Evaluacion y gestion. UpToDate.
7. 2015.
- Sibai B. Sindrome de Hellp. UPTODATE. 2010.
- 8.
- Sosa L. Estados Hipertensivos del Embarazo. URUGCARDIOL. 2013.
- 9.

- Stevens. La evaluacion de la funcion renal - medicion de la filtracion glomerular
 0. estimada. New England Journal Of medicine. 2016.
- Vanholder. Toxinas Uremicas. UpToDate. 2015.
- 1.
- Voto L. Hpertension en el Embarazo. Hipertension en el embarazo. 2010.
- 2.
- Cuesta. Las estimaciones Globales y regionales de la Preeclampsia. Obstet
 3. Gynecol. 2013.
- Lapidus A. Guia para el Diagnostico y Tratamiento de la Hipertension en el
 4. embarazo. Direccion Nacional de Salud Materno Infantil. 2012.
- PAZ EJT. FACTORES QUE INCIDEN EN LA PREVALENCIA DE
 5. HIPERTENSION ARTERIAL EN GESTANTES. ARTICULO CIENTIFICO.
 2012.
- Israel Astudillo LP. Prevalencia de los estados Hipertensivos en el Embarazo
 6. Adolescente. REPOSITORIO, UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE
 GUAYAQUIL. 2015.
- Jimenez HMC. Factores de Riesgo para la Hipertension Arterial en el
 7. Embarazo. REPOSITORIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA. 2015.
- Vargas A. Enfermedad hipertensiva del embarazo, frecuencia, consecuencias
 8. y pronostico de vida materno infantil. Repositorios de la Universidad de
 Guayaquil. 2017 ;; p. 1 - 78.
- Granda MM. Factores predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas

9. en el hospital materno infantil dra matilde hidalgo de procel en el año 2016.
Repositorios de la Universidad de Guayaquil. 2017;; p. 1 - 78.
Ramoneda C. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. Asociacion
0. española de Pediatría. protocolos actualizados. 2012 mayo; 18(26 - 45).
Gonzalez P. Preeclampsia, eclampsia y HELLP. Revista mexicana de
1. Anestesiología. 2015 junio; Volumen 38(16).