



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO EN
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA
SIGNIFICATIVA, ESTUDIO A REALIZAR EN MUJERES DE ENTRE
15 – 44 AÑOS EN EL HOSPITAL IESS MILAGRO, EN EL PERÍODO
2015 – 2016”

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO**

AUTORES:

KATHERINE ELIZABETH MORA EUVIN
JOSÉ BOLÍVAR PEÑARANDA COLOMA

TUTOR

DR. GALO VALAREZO RÍOS

GUAYAQUIL-ECUADOR

2016 – 2017



Presidencia
de la República
del Ecuador



I
Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO EN HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA, ESTUDIO A REALIZARSE EN MUJERES DE ENTRE 15- 44 AÑOS EN EL HOSPITAL IESS DE MILAGRO PERÍODO 2015 – 2016		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	KATHERINE ELIZABETH MORA EUVIN. JOSE BOLIVAR PEÑARANDA COLOMA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DRA. CARLOTA PALMA DR. GALO VALAREZO RIOS		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA GENERAL		
GRADO OBTENIDO:	MEDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:	
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión gestacional, diabetes, multiparas, control prenatal, factores de riesgo, perfil epidemiológico.		
RESUMEN/ABSTRACT: Los Trastornos Hipertensivos durante el embarazo son los principales responsables de mortalidad y morbilidad materna por lo que se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, en el cual se revisaron 500 casos de mujeres embarazadas atendidas en el Hospital del IESS de Milagro, durante nuestro período de estudio lo cual corresponde a nuestro universo de estudio. De las cuales se llegó a un Total 105 casos, los factores de riesgos que se presentaron fueron: nuliparidad, multiparidad, diabetes, antecedentes familiares de hipertensión gestacional, edad menor de 21 años y mayor de 35 años, hábitos como alcohol, tabaco, drogas, desnutrición, y obesidad. El grupo etario más afectado fue menores de 21 años en un 50,00%. La patología que más se presentó fue la Diabetes en un 31.00% respectivamente. Estos resultados muestran la variedad de factores de riesgo comprendidos en esta muestra.			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0980953503 0983707262	E-mail: Katherinemoraevuin@hotmail.com Boloman_21@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre:		
	Teléfono:		
	E-mail:		

Guayaquil, 05 de mayo de 2017

II

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR

Habiendo sido nombrado Dra. Carlota Palma, tutor del trabajo de titulación **“Perfil epidemiológico y factores de riesgo en hipertensión gestacional con proteinuria significativa, estudio a realizar en mujeres de entre 15 – 44 años en el hospital IESS Milagro, en el período 2015 – 2016”** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por KATHERINE ELIZABETH MORA EUVIN, con C.I. No. 1205933045, y JOSÉ BOLÍVAR PEÑARANDA COLOMA, con C.I. No. 0930229349 con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO GENERAL, en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DOCENTE REVISOR

C.I. No. _____

Guayaquil, 05 de mayo de 2017

III

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Habiendo sido nombrado Dr. Galo Valarezo Ríos, tutor del trabajo de titulación **“Perfil epidemiológico y factores de riesgo en hipertensión gestacional con proteinuria significativa, estudio a realizar en mujeres de entre 15 – 44 años en el hospital IESS Milagro, en el período 2015 – 2016”** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por KATHERINE ELIZABETH MORA EUVIN, con C.I. No. 1205933045, y JOSÉ BOLÍVAR PEÑARANDA COLOMA , con C.I. No. 0930229349 con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO GENERAL , en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. GALO VALAREZO RIOS

C.I. No. _____

IV

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

Yo, KATHERINE ELIZABETH MORA EUVIN, con C.I. No. 1205933045, y JOSÉ BOLÍVAR PEÑARANDA COLOMA, con C.I. No. 0930229349, certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“Perfil epidemiológico y factores de riesgo en hipertensión gestacional con proteinuria significativa, estudio a realizar en mujeres de entre 15 – 44 años en el hospital IESS Milagro, en el período 2015 – 2016”** 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

KATHERINE ELIZABETH MORA EUVIN JOSÉ BOLÍVAR PEÑARANDA COLOMA
C.I. No. 1205933045 C.I. No. 0930229349

*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

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO EN
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA,
ESTUDIO A REALIZAR EN MUJERES DE ENTRE 15 – 44 AÑOS EN EL
HOSPITAL IESS MILAGRO, EN EL PERÍODO 2015 – 2016”**

VI

DEDICATORIA

A Dios por haber sido mi guía durante todos estos años en mi carrera de medicina, gracias a él he podido lograr una de las metas más importantes en mi vida.

A mis padres: Sr. Ignacio Jorge Mora Baquedano y Sra. Leonora Euvín Villacrés; y mi hermano Sr. Luis Ignacio Mora Euvín; quienes nunca dejaron de creer en mí, apoyarme y darme ánimos para seguir luchando día a día, gracias a todos ustedes pude cumplir mi sueño.

A cada profesor que tuve, cada uno de ellos me ha impartido conocimiento, experiencias que me han formado como profesional y ser humano.

Katherine Elizabeth Mora Euvín.

En primer lugar, gracias a Dios, él fue el que cada mañana de mi vida universitaria me dio las fuerzas, la inteligencia y la paciencia suficiente para no rendirme y cumplir uno de mis sueños.

A mis padres: Dr. José Fidel Peñaranda Coloma y Lcda. Consuelo del Rocío Coloma Troya; y mis hermanos Srta. Belén Peñaranda Coloma y Sr. José David Peñaranda Coloma; quienes, con su apoyo incondicional, fe nunca dejaron que las dudas de no lograrlo me invadieran; gracias.

José Bolívar Peñaranda Coloma.

VII

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de vivir una experiencia inolvidable durante mi paso por la Universidad. A mis padres que me enseñaron que las cosas que realmente importan en la vida se consiguen en base a esfuerzo y sacrificios, por brindarme su apoyo emocional durante toda mi vida estudiantil.

También agradecer al “Hospital General IESS de Milagro” por su colaboración, para llevar a cabo este trabajo de titulación.

A mi Tutor el Dr. Galo Valarezo Ríos por brindarme su tiempo, conocimiento y experiencia adquirida a lo largo de su carrera, gracias a su guía y buena disposición pude culminar este proyecto de la manera correcta.

Por último, agradecer a cada uno de los compañeros y profesores que tuve a lo largo de mi carrera universitaria, de cada uno de ellos aprendí algo que me convirtió una mejor profesional y ser humano.

Katherine Elizabeth Mora Euvín.

Quiero agradecer a Dios y mis padres, quienes en los momentos difíciles, en los que quería renunciar me cobijaron, aconsejaron y dieron fuerzas para seguir adelante en búsqueda de mi sueño. A la Universidad que durante tantos años fue mi segundo hogar, donde conocí a tanta gente maravillosa que me ayudaron a ser una mejor persona.

Agradezco al “Hospital General IESS Milagro” y a mi tutor el Dr. Galo Valarezo Ríos, por brindarme las herramientas necesarias para poder realizar de manera correcta este trabajo de titulación; logrando con esto uno de mis anhelados deseos, ser médico.

José Bolívar Peñaranda Coloma.

VIII

INDICE GENERAL

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.5 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL.....	6
2.1.1 DEFINICIÓN.....	6
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	8
2.1.3. ETIOLOGÍA.....	8
2.1.4 FACTORES PREDISPONENTES.....	8
2.1.5 CLASIFICACIÓN.....	9
2.1.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	9
2.1.7 HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.....	10
2.1.8 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	10
2.1.9 ECLAMPSIA	12
2.2.1 PREECLAMPSIA	13
2.2.1.1 CONCEPTO.....	13
2.2.1.2 CLASIFICACIÓN.....	13
2.2.1.3 ETIOLOGÍA	15
2.2.1.4 CUADRO CLÍNICO	16
2.2.1.5 FACTORES DE RIESGO.....	17
2.2.1.6 DIAGNÓSTICO	17
2.2.1.7 EXÁMENES DE LABORATORIO.....	18
2.2.1.8 OTROS EXÁMENES	19
2.2.1.9 COMPLICACIONES	19
2.2.2 TRATAMIENTO	20
2.2.2.1 PREECLAMPSIA LEVE	20
2.2.2.2 PREECLAMPSIA GRAVE.....	21

2.2.3 PREVENCIONES	22
2.2.4 MARCO LEGAL.....	23
2.2.5 OPINION DEL AUTOR	24
2.2.6 VARIABLES	25
2.2.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE	25
2.2.6.2 VARIABLE INDEPEDIENTE	25
CAPÍTULO III	26
MATERIALES Y METODOS.....	26
3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO	26
3.2 UNIVERSO.....	26
3.3 MUESTRA.....	26
3.4 VIABILIDAD	26
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	26
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	26
3.9 TIPO DE INVESTIGACION.....	27
3.10 CONSIDERACIONES BIOETICAS.....	27
3.11 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS	27
3.10.1 RECURSOS HUMANOS.....	27
3.11 RECURSOS FISICOS.....	27
3.12 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA.....	27
3.13 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	28
3.14 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	29
CAPÍTULO IV.....	30
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4.1 RESULTADOS.....	30
4.1.1 NUMERO DE CASOS DE HIPERTENSION GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	30
4.1.2 NUMERO DE GESTACION EN HIPERTENSION GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA ..	31
4.1.3 DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA DE ACUERDO A LA EDAD.	32
4.1.4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN QUE APARECE EN LOS PACIENTES LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	33
4.1.5 DISTRIBUCIÓN DE LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES PRESENTES EN MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSION GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA.	34
4.1.6 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A RESULTADOS DE PROTEINURIA EN TIRILLA REACTIVA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	35
4.1.7 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A HABITOS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA.....	36
4.1.8 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA (TABLA3)	37

4.1.9 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES EN EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA.....	38
4.1.10 TABLA COMPARATIVA DE LOS FACTORES DE RIESGOS.....	39
4.1.11 TABLA COMPARATIVA DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO.....	40
4.2 DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO V.....	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	44

IX

RESUMEN

Autores: Katherine Elizabeth Mora Euvín

José Bolívar Peñaranda Coloma

Tutor: DR. Galo Valarezo Ríos
MEDICO GINECOLOGO

Introducción: Los trastornos hipertensivos han sido una de las complicaciones más habituales durante en el embarazo constituyen un problema de salud pública. La hipertensión gestacional es una patología multisistémica que compromete el endotelio lo que explica el cuadro clínico y sus complicaciones. **Objetivo:** Determinar el perfil epidemiológico y los factores de riesgo en la presencia de la Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en mujeres de entre 15 - 44 años en el Hospital IESS de Milagro durante el período comprendido entre Enero 2015 a Diciembre 2016. **Metodología:** Es un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. **Resultados:** se revisaron 500 casos de mujeres embarazadas de las cuales 105 casos presentaron factores de riesgos como: edad, diabetes, embarazos múltiples, estrato socioeconómico bajo respectivamente. El grupo etario más afectado fue menores de 21 años presentándose en un 50,00%, seguido del grupo etario mayores de 35 años en un 32.00 %. La comorbilidad más frecuente fue la Diabetes (31.00%), el estado gravídico más afectado fueron las nulíparas (47.00%) y (59.00%) en el 2015 – 2016. **Conclusiones:** En los 105 casos se encontraron que los factores de riesgos fueron: nuliparidad, multiparidad, diabetes, antecedentes familiares de hipertensión gestacional, edad menor de 21 años y mayor de 35 años, hábitos como alcohol, tabaco, drogas, desnutrición y obesidad.

Palabras Claves: Hipertensión gestacional, diabetes, control prenatal, factores de riesgo, perfil epidemiológico

X

SUMMARY

Autores: Katherine Elizabeth Mora Euvín
José Bolívar Peñaranda Coloma
Tutor: DR. Galo Valarezo Ríos
MEDICO GINECOLOGO

Introduction: Hypertensive disorders have been one of the most common complications during pregnancy are a public health problem. Gestational hypertension is a multisitemic pathology that compromises the endothelium which explains the clinical picture and its complications. **Objective:** To determine the epidemiological profile and risk factors in the presence of Gestational Hypertension with significant proteinuria in women aged 15-44 at the IESS de Milagro Hospital during the period from January 2015 to December 2016. **Methodology:** It is A quantitative, descriptive, retrospective study. **Results:** 500 cases of pregnant women were reviewed, of which 105 cases presented risk factors such as: age, diabetes, multiple pregnancies, low socioeconomic strata respectively. The most affected age group was those under 21 years of age, presenting 50.00%, followed by the age group over 35 years old in 32.00%. The most common comorbidity was Diabetes (31.00%), the most affected were nulliparous (47.00%) and (59.00%) in 2015 - 2016. **Conclusions:** In the 105 cases, the risk factors were: Nulliparity, multiparity, diabetes, family history of gestational hypertension, age less than 21 years and over 35 years, habits such as alcohol, tobacco, drugs, malnutrition and obesity.

Key words: Gestational hypertension, diabetes, prenatal control, risk factors, epidemiological profile

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos han sido una de las complicaciones más habituales durante en el embarazo. También se los conoce toxemia gravídica, gestosis e hipertensión gestacional. La hipertensión gestacional es una patología multisistémica que compromete el endotelio lo que explica su cuadro clínico y sus complicaciones.

Los problemas hipertensivos provocan complicaciones en alrededor del 10% de los embarazos, como son: preeclampsia y eclampsia. La hipertensión en el embarazo va desde elevación de las cifras de la tensión arterial, hasta daño de órganos y morbilidad materna fetal. Por ende es importante diferenciar los desórdenes hipertensivos durante el embarazo, determinando valores de tensión arterial igual o mayor a 140 / 90 mmhg en 2 tomas separadas por 6 h, que debuta después de las 20 semanas de gestación, diagnóstico que se confirma si la tensión arterial retorna a sus valores normales después de las 12 semanas posterior al parto.

La hipertensión gestacional es la primera causa de hipertensión durante el periodo de gestación con un predominio en mujeres nulíparas y en menor proporción en mujeres multíparas. Valores que se incrementan en mujeres con antecedentes patológicos personales de preeclampsia previa y antecedentes gineco-obstétricos de gestaciones múltiples. El desarrollo de la hipertensión gestacional a preeclampsia dependerá de diversos factores entre ellos el más importante, la edad gestacional. Sin dejar de mencionar la existencia de mujeres que padecen hipertensión crónica no diagnosticada.

En cuanto a la etiología existen diversas teorías entre ellas; el desequilibrio entre las prostaciclina y tromboxanos, el óxido nítrico, la genética, factores inmunológicos, el riego sanguíneo, disminución del volumen vascular, la filtración glomerular, entre otros. Las teorías hereditarias e inmunológicas se aceptan debido a que la mayor incidencia la encontramos en mujeres nulíparas y jóvenes, esto se justifica por el déficit de adaptación a las necesidades durante la gestación. Mientras que la teoría de la multiparidad se explica por los daños del sistema vascular como consecuencia de la

esclerosis, lo que compromete un inadecuado aporte sanguíneo durante el embarazo, estableciendo una isquemia uteroplacentario.

Uno de los objetivos de la hipertensión gestacional siempre será la seguridad materna, pues de esta depende un recién nacido que no requiera de cuidados intensivos. Este objetivo se puede lograr teniendo en cuenta el proceso de la enfermedad y la edad gestacional ya mencionada anteriormente.

El objetivo de este estudio fue determinar el perfil epidemiológico y factores de riesgos más comunes que repercuten en la presencia de hipertensión Gestacional con proteinuria significativa en el Hospital del IESS de Milagro durante los años 2015 – 2016. Al realizar el análisis estadístico se revisaron 500 casos de mujeres embarazadas de las cuales 105 casos presentaron factores de riesgos como: edad, diabetes, embarazos múltiples, estrato socioeconómico bajo respectivamente. El grupo etario más afectado fue menores de 21 años presentándose en un 50,00%, seguido del grupo etario mayores de 35 años en un 32.00 %. La comorbilidad más frecuente fue la Diabetes (31.00%), el estado gravídico más afectado fueron las nulíparas (47.00%) y (59.00%) en el 2015 – 2016.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la OMS los Trastornos Hipertensivos durante el embarazo son uno de los principales responsables de mortalidad y morbilidad materna en países en vías de desarrollo (25%) como América Latina y Caribe; en los cuales y debido a la falta de recursos las madres no se pueden realizar de manera regular los controles prenatales, o recibir la asistencia obstétrica adecuada, por lo que los controles de presión arterial que se deberían realizar con intervalos de un mes pasan a realizarse en intervalos más largos o simplemente a no realizarse. (Ministerio de Salud Publica, 2013)

La hipertensión no controlada puede desencadenar en una preeclampsia la cual es una de las mayores causas de mortalidad materna y perinatal. En el Ecuador fue la principal causa de mortalidad materna en el año 2010. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010)

La falta de recursos no es el único problema al momento de crear un perfil epidemiológico sobre la Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el momento no se cuenta con un protocolo estándar de diagnóstico que permita determinar de forma precisa en quien o cuando es más proclive darse la Hipertensión. Lo único que se sabe es que son más susceptibles las mujeres que padecen de diabetes o hipertensión primaria o esencial no diagnosticada, obesidad, insuficiencia renal, antecedentes patológicos familiares de mujeres que sufrieron de preeclampsia durante la gestación, o mujeres que hayan tenido embarazos múltiples. Además en las mujeres de raza negra dicho riesgo se duplica.

En el Hospital IESS de Milagro, existe un número sustancial de mujeres que presentan Preeclampsia, muchas de ellas sin haber antes padecido de hipertensión, además el

Departamento de Docencia y Estadística del hospital informa que no hay trabajos de investigación en el año 2015-2016 sobre este tipo de hipertensión, razón por la que los resultados de este trabajo evidenciaron los factores de riesgo relacionados a hipertensión gestacional con proteinuria significativa.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a lo expuesto en el planteamiento del problema del estudio se plantea la siguiente interrogante:

¿Cómo influyen los factores de riesgo en la presencia de Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa en mujeres de 15 a 44 años de edad que son atendidos en el Hospital IESS de Milagro?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el perfil epidemiológico y los factores de riesgo de Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en mujeres de entre 15 - 44 años en el Hospital IESS de Milagro durante el período comprendido entre Enero 2015 a Diciembre 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los factores epidemiológicos de Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa en el Hospital IESS de Milagro, en el período 2015 - 2016.
- Identificar los factores de riesgo presentes en las mujeres sujetos de estudio.
- Determinar la prevalencia de Hipertensión Gestacional con Proteinuria significativa en el Hospital IESS Milagro.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El estudio estuvo enfocado en mujeres de 15 a 44 años de edad, rango de edad mediante el cual se hizo un perfil epidemiológico y además se dio a conocer los factores de riesgo de la Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, patología frecuente durante el embarazo. El estudio estuvo justificado por la alta incidencia de la misma así como su falta de etiopatogenia conocida en el Ecuador, y más específico en el Hospital IESS de Milagro.

Además, es conveniente porque en el Hospital General IESS Milagro no hay un estudio similar sobre la Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa que se haya hecho durante el presente año. En la carrera de Medicina todos los datos del estudio deben ser actualizados, esperando obtener con esto resultados que den más información sobre los factores de riesgo de la Preeclampsia y que permitan determinar un perfil epidemiológico sobre la misma.

Las beneficiarias de este trabajo serán las pacientes y los profesionales de la salud de allí que el estudio vaya dirigido a tener conocimiento sobre los factores de riesgo más comunes, así como de un perfil epidemiológico, para la prevención de la preeclampsia y la eclampsia.

1.5 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Problema de Salud Pública.

Área: Ginecología

Lugar: Hospital IESS de Milagro

Periodo: 2015 - 2016

Aspecto: Hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, Factores de Riesgo y Perfil Epidemiológico.

Toma: Historias Clínicas con Diagnóstico de Hipertensión Gestacional con Proteinuria Significativa.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

2.1.1 DEFINICIÓN.

El embarazo es un proceso fisiológico en el cual se van a presentar cambios sistémicos a nivel renal, equilibrio hidroelectrolítico, y hemodinámicos. Sin embargo estos cambios fisiológicos pueden llegar a descompensarse y con ello llevar a un desequilibrio disfuncional, lo que conllevaría como resultado a la hipertensión gestacional. (Dr. Jorge Andrés Robert; Dr. Alberto Fierro)

La hipertensión gestacional se caracteriza por dos factores predisponentes como: placentación anómala, la cual va a desencadenar una hipoxia isquemia placentaria y como segundo factor la disfunción del endotelio materno provocado por una respuesta inflamatoria mediada por factores antiangiogénicos (sFlt-1 o sVEGFr, Factor de Crecimiento Placentario PIGF, Endoglina). La OMS establece a la hipertensión gestacional con valores de tensión arterial (TA) igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, valoradas en dos tomas en un intervalo de tiempo de por lo menos por cuatro a seis horas. (Mag. Carina Vance; Dr. Miguel Malo; Dr. Francisco Vallejo; Dra. Gabriela Aguinaga, 2013)

Durante el embarazo ocurren multitud de cambios fisiológicos en la mujer. Uno de ellos es en la circulación vascular, en el cual el volumensanguíneo va a aumentar en un 50 %, con variaciones entre un 20 y 100%. (Rosene - Montella, Keely, Barbour, & Lee, 2014).

Este aumento por lo general empieza en el primer trimestre y continúa hasta el tercero, y se acompaña de una retención de sodio de entre 500 – 900 mEq. (Hutcheon, Lisonkova, & Joseph, 2014)

Pese a esto la presión arterial en vez de aumentar disminuye alrededor de 10-15 mmHg, especialmente en el segundo semestre (16 – 18 semanas). Esto se debe al descenso en las resistencias vasculares periféricas de la musculatura de la pared arterial. Al inicio del tercer trimestre la presión arterial vuelve a aumentar de manera lenta hasta llegar a valores normales pre embarazo al momento del término del mismo. (Hall, George, & Granger, 2014)

Este incremento durante el tercer trimestre depende también de otros factores: Estrés y la posición de la mujer, ruido de Korokoff, y el momento en el día en que se mide la presión arterial. (Gomez Sosa, 2012)

La OMS considera a la hipertensión inducida en el embarazo (HIE) como un programa prioritario de salud. Su incidencia es variable en los diferentes países, lo que si no es debatible es que en cada uno constituye un grave problema de salud dentro del campo de la obstetricia y perinatología. (Elias & Ganfong, 2013)

Estos trastornos hipertensivos pueden empezar, extenderse o finalizar con el puerperio, tiempo de recuperación anatómica y fisiológica de la mujer después del embarazo, generalmente es de 6 a 8 semanas. (Perez & Silva, 2015)

La hipertensión, las infecciones y hemorragias son las principales causas de morbimortalidad durante el puerperio, especialmente entre las primeras 24 horas y la primera semana luego del parto. (Morales de, 2012)

También es un factor de riesgo en el desarrollo posterior de otras enfermedades cardiovasculares. Las mujeres que sufren de hipertensión durante el embarazo son más susceptibles de padecer hipertensión arterial a los 40 años o más, en relación con aquellas que no lo hayan padecido. (Velásquez, 2012)

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La hipertensión gestacional se presenta en un 8 al 10 % de todas las gestaciones y es catalogada como una de las principales causantes de mortalidad materna en todo el mundo, según el instituto nacional de estadísticas y censos revela a la hipertensión gestacional con proteinuria significativa con un 3.55% de mortalidad materna. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015)

2.1.3. ETIOLOGÍA

Es desconocida, existen muchas teorías como que es causada por una susceptibilidad genética, causas inmunológicas, por el óxido nítrico, un desequilibrio entre prostaciclina (molécula lipídica) y tromboxano (compuesto sintetizado de las plaquetas), disminución del volumen vascular y filtración glomerular, o por la alteración del riego sanguíneo. (Torales, Zelaya, Schiaffino, & Lanzós, 2013)

Las teorías hereditarias e inmunológicas tienen más peso debido a que la hipertensión tiende a ser más propensa en mujeres jóvenes, que nunca han tenido hijos (nulípara), en las cuales hay una deficiencia del árbol vascular y una mayor resistencia del músculo uterino a las necesidades propias de la gestación. (Gómez Sosa, Trastornos hipertensivos durante el embarazo, 2012)

2.1.4 FACTORES PREDISPONENTES

Entre los factores que pueden repercutir al desarrollo de hipertensión tenemos: Primer embarazo, embarazos múltiples, diabetes, antecedentes familiares de hipertensión durante la gestación, enfermedad renal, vascular subyacente, embarazo previo a los 21 años o después de los 35, exceso de consumo de alcohol, drogas, tabaco, obesidad, desnutrición y ser de estrato social bajo. (Levine, Maynard, & Qjan, 2014)

En los embarazos de mujeres de más de 35 años o en embarazos múltiples, el riesgo mayormente es debido al desgaste propio de la edad del sistema vascular, a la esclerosis que prosigue y que compromete el riego sanguíneo normal al embarazo, creando una insuficiencia circulatoria con isquemia útero-placentaria. (Gómez Sosa, Trastornos hipertensivos durante el embarazo, 2012)

2.1.5 CLASIFICACIÓN

Los trastornos hipertensivos gestacionales se clasifican en base al momento en que estos se presentan, en la presencia o no de proteinuria, en el valor de la presión arterial y en el daño de órganos y morbilidad materno-fetal. (Ministerio de Salud Pública, Trastornos Hipertensivos del embarazo, 2013) *(Tabla 1)*

De esta manera la OMS clasifica los trastornos hipertensivos en: hipertensión gestacional, preeclampsia, preeclampsia leve, preeclampsia grave. De estos trastornos el más común es la preeclampsia, la cual varía entre un 5 a 10 % en países desarrollados, aumentando hasta un 18 % en países en vías de desarrollo. Esta persiste como una de las principales causas de morbilidad perinatal y materna a nivel mundial. (Lombaard & Pattinson, 2013)

2.1.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

Hipertensión que puede ser diagnosticada previo al embarazo o durante el mismo (primeras 20 semanas), y que no es resuelta hasta las 12 semanas posparto. (Lowe, Brown, Dekker, Gatt, & McIntock, 2015)

Entre sus complicaciones tenemos: Prematuridad, retraso del crecimiento fetal y preeclampsia sobreañadida, esta última en un porcentaje de 20 – 25 % del total de mujeres embarazadas con hipertensión arterial crónica. (Sibai, 2013)

En caso de que la paciente ya esté siendo tratada por la hipertensión es necesario reducir o eliminar la misma. Se debe prescindir de los diuréticos, disminuir el uso de sal a menos de 2g al día. No es aconsejable que la paciente baje de peso (incluso en casos de obesidad), consuma alcohol o fume. (Witlin & Sibai, 2013)

2.1.7 HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA

En una mujer hipertensa previo embarazo esta enfermedad se caracteriza por: La presencia de proteinuria posterior a las 20 semanas de gestación, o por el aumento brusco de la misma; aumento de la presión arterial, síntomas neurosensoriales y aparición del síndrome HELLP. (Visintin, y otros, 2015)

Con el agregado de la preeclampsia el pronóstico materno – fetal en los casos de hipertensión crónica empeora considerablemente. (Duckitt & Harrington, 2014)

2.1.8 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

También llamada hipertensión inducida por el embarazo, es un trastorno patológico sin diagnóstico previo, que se produce pasadas las 20 semanas de embarazo y cuyo signo principal es el aumento de la presión arterial. (Gabbe, Niebyl , & Simpson, 2013)

La presión arterial sistólica por lo general es igual o mayor a 140mmHg, mientras que la diastólica es igual o mayor a 90 mmHg; medidas que son registradas después de dos tomas hechas cada una con un intervalo de separación de 4 a 6 horas; y en las cuales hay una ausencia de proteinuria. (Ministerio de Salud Publica, Trastornos hipertensivos del embarazo, 2013)

Es muy difícil diagnosticar de forma precisa la hipertensión arterial, ya que en sus inicios no presenta por lo general manifestaciones, están ocurren cuando la enfermedad ya está avanzada lo suficiente como para causar daños a los llamados “órganos blancos”. (Guyton, 2014)

Antes de dar como diagnosticada la hipertensión es necesario medir la presión arterial durante algunos días. Por lo general se debe medir la presión dos veces al día, una por la mañana y otra por la tarde, en cada una de estas sesiones se le pide a la persona que se siente y se le mide dos veces la presión, con un espacio de un minuto de separación. Toda medición hecha en el primer día se desecha, tomando solo como referencia para nuestro diagnóstico el valor promedio de todas las mediciones de los días restantes. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

En algunos pacientes hipertensos (6%) existe una diferencia de presión arterial en ambos brazos; por lo general de 10mmHg; por lo que en la evaluación inicial es aconsejable medir ambos brazos, procediendo luego con el brazo donde existe mayor tensión arterial. (McAlister & Straus, 2012)

Cada 15 días se debe de realizar controles clínico – obstétrico de forma ambulatoria. (Voto, y otros, 2014)

El riesgo perinatal durante la Hipertensión Gestacional es similar al que presentan las mujeres normotensas. En cambio aquellas que están hipertensas para la semana 34 tienen mayor riesgo de presentar complicaciones, siendo una de ellas el 40% de probabilidad de desarrollar preeclampsia. (Lindheimer & Abalos, 2015)

Las complicaciones más comunes que produce la hipertensión Gestacional en el feto son: Bajo peso, retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad. (Balestena Sánchez & Almeida Garcia, 2014)

Lo más importante al momento de planear un tratamiento es el tiempo de gestación y la gravedad de la hipertensión que presenta. En embarazos de más de 36 – 37 semanas, en los que la madurez fetal es normal se puede adelantar el nacimiento. En los casos de mujeres con preeclampsia ligera o hipertensión Gestacional y un embarazo en sus últimas semanas, es recomendable la inducción del parto de forma inmediata, de esa

forma se evitarán posibles complicaciones para la madre y el feto como son el síndrome HELLP o una hipertensión arterial grave. (Koopmans , y otros, 2014)

Otra forma de tratamiento de la Hipertensión Gestacional es mediante la dieta, aumentando la ingesta de Calcio, potasio y magnesio y a su vez disminuyendo el consumo de alimentos ricos en sal. No se debe disminuir la ingesta de sodio ya que esto podría afectar la secreción renal de renina ya demás no se ha demostrado que afecte la presión sanguínea. Los diuréticos se usan en hipertensiones graves en los que hay riesgo de distress fetal o hipoperfusión placentaria. Se debe realizar como forma preventiva control del consumo de proteínas, de líquidos y el aumento de peso, especialmente durante el tercer trimestre de embarazo. (Vintch, Bongard, & Sue, Current diagnosis and treatment critical care, 2012)

2.1.9 ECLAMPSIA

Manifestación producto de la microangiopatía hemorrágica cerebral o de la preeclampsia que se pueden dar antes, durante o 48 horas después del parto. Generalmente se caracterizan por aumento o no de la tensión arterial y por convulsiones tónico – clónicas.(Royburt , Seidman, & Serr, Maschiach Steurologic involvement in hypertensive disease of pregnancy, 2015)

Puede ser precedida por la preeclampsia o darse de repente en un paciente con presión arterial elevada mínimamente y sin rastros de proteína en la orina. (Parra, Espectro clinico de la preeclampsia: Estudio comparativo de sus diversos grados de severidad, 2014)

La paciente por lo general experimenta previo a la aparición de la eclampsia visión borros, intensos dolores de cabeza, fotofobia, hiperexcitabilidad y dolores a nivel del hipogastrio.Es una de las principales causas de muerte materna ya que provoca complicaciones neurológicas, renales y pulmonares.(Royburt, Seidman , & Serr, Mashiach Steurologic involvement in hypertensive disease of pregnancy, 2015)

Entre las complicaciones neurológicas tenemos: Edema cerebral; es la más frecuente; y se puede presentar con o sin aumento de la presión intracraneana, hemorragia intracraneana; ambas pueden provocar el coma. La intensidad de las mismas va a depender del tiempo de recuperación entre convulsiones, su duración ya la cantidad de presión intracraneana. Otras complicaciones son visión borrosa, ceguera, cefalea frontal. (Altman , y otros, 2012)

La eclampsia debe de ser manejada como cualquier otra convulsión, colocando al paciente en posición decúbito lateral izquierdo, protegiendo su vía aérea con el ABC mientras administramos oxígeno, El tratamiento más efectivo es el sulfato de magnesio; quien a diferencia de la fenitoína y del diazepam; ayuda a evitar la recurrencia de episodios convulsivos. (Parra, Espectro clinico de la preeclampsia: Estudio comparatvivo de sus diversos grados de severidad, 2014)

2.2.1 PREECLAMPSIA

2.2.1.1 CONCEPTO

Desorden multisistémico, que se caracteriza por el aumento de presión arterial sistólica sobre los 140 mmHg y de la diastólica sobre 90 mmHg después de la 20 semana de gestación, en la que hay presencia de proteínas en la orina (300 mg). Esta por lo general aparece durante la gestación para luego desaparecer una vez este ha finalizado. (George Hospital and University of New South Wales,, 2013)

2.2.1.2 CLASIFICACIÓN

Hay dos tipos de preeclampsia: La más común, que aparece casi al término del embarazo (semana 37), y que al ser de poca intensidad es llamada Preeclampsia leve. La segunda es llamada preeclampsia grave, se da antes de la 34 semana, y recibe su nombre de grave debido a su asociación con alteraciones hepáticas, del cerebro, pulmón,

etc.(Von Dadelszen, y otros, Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: development and validation of the fullPIERS model, 2013)

La preeclampsia leve se caracteriza por presión arterial de 140/90 mm Hg, luego de dos tomas con intervalos de 6 horas de separación luego de la semana 20, con un volumen de orina de más de 500 ml, en la cual la presencia de proteína es de más de 300 mg en 24 horas, con presencia moderada de edema. (Casavilla , Martínez Viademonte , Casavilla , & Perez Volpe, 2012)

La preeclampsia grave se produce cuando la tensión arterial es mayor a 160/90 mm Hg durante dos tomas con 6 horas de diferencia después de la semana 20. Hay presencia de proteinuria (mayor a 5 g en unas 24 horas) aunque la cantidad de orina disminuye (menos de 400 ml en 24 horas),masivas cantidades de edemas como por ejemplo de pulmón. Otros síntomas incluyen alteraciones en la visión, cefaleas, elevación de enzimas hepáticas, disminución de cantidad de plaquetas o dolores en el hipocondrio derecho. (Barreto Rivero, Preeclampsia, eclampsia y Síndrome HELLP: Características maternas y resultado neonatal, 2012)

Se ha pensado que la preeclampsia temprana (leve) y la tardía (grave) son diferentes formas de la enfermedad ya que tienen diferente patofisiología. La leve se caracteriza por anomalías en la estructura de los vasos sanguíneos de la arteria uterina, retraso en el crecimiento intrauterino, lesiones por falta de irrigación sanguínea la placenta, y demás eventos adversos fetales y maternos. (Ness & Sibai, 2014)

En la preeclampsia tardía (grave) hay una resistencia mayor de la arteria uterina, hay pocos efectos sobre el feto y el pronóstico tanto para la madre como el feto es más favorable. (Moldenhauer, Stanek, Warshak, Khoury, & Sibai, 2013)

Se da con más frecuencia en pacientes con alto índice de masa corporal (BMI) y bajas resistencias vasculares. La temprana es más común en pacientes con menor índice de masa corporal y que presentan incisura bilateral de la arteria uterina. Esto da apoyo a la

hipótesis que habla de que la preeclampsia leve está dada por la placenta, provocada por la alteración hemodinámica de la arteria uterina. La grave por su parte se da por factores como el alto índice de masa corporal, el riesgo cardiovascular, etc. (Valensise, Vasapollo, Gagliardi, & Novelli, 2012)

Cuando se producen convulsiones sin previo traumatismo o enfermedad neurológica es indicativa de la presencia de eclampsia. (Barreto Rivero, Preeclampsia, eclampsia y Síndrome HELLP: Características maternas y resultado neonatal, 2012)

2.2.1.3 ETIOLOGÍA

Su causa aún no es conocida, se cree que se produce por una placenta de implantación, de poca profundidad, que no recibe la cantidad de oxígeno necesaria o nada en absoluto (placenta hipoxia), provocando una reacción inmune en la cual va a haber un aumento de mediadores de inflamación y toxinas secretados por la placenta para actuar sobre el endotelio vascular. Esto puede darse como forma de reacción del sistema inmune en contra de la placenta. Esta teoría se basa en evidencias que sugieren una no tolerancia materna a los antígenos paternos propios de la placenta y del feto. (Burne, 2014)

La placentación deficiente conlleva a la hipoperfusión placentaria que provoca en la placenta: Depósito de sustancias grasas en las arterias (aterosclerosis), acumulación de fibrina en los vasos sanguíneos, trombosis, infartos y esclerosis con la consecuente disminución de la luz arteriolar. (Barton, O'Brien, & Bergauer, Mild Gestational hypertension remote from term: Progression and outcome, 2012)

La falta de oxígeno y posterior isquemia provoca la liberación de factores que provocan la inhibición en la formación de vasos sanguíneos (antiangiogénicos), proteínas que regulan la acción del sistema inmune (citoquinas) que generan la disfunción endotelial, mayor sensibilidad a vasopresores circulantes, alteración vascular y activación de la coagulación. Todo esto provoca los síntomas y signos característicos de la preeclampsia. (Barton, O'Brien, & Bergauer, Mild Gestational hypertension remote from term: Progression and outcome, 2012)

Se piensa que en ciertos casos de preeclampsia la madre no cuenta con los receptores para las proteínas de la placenta que se encargan de inhibir el sistema inmune materno en su entorno, de allí el riesgo de muchos fetos de nacer prematuros. Esta hipótesis está sustentada en base a evidencias que demuestran que los abortos espontáneos son causados por la inmunidad materna, que realiza un ataque destructivo sobre los tejidos del feto en desarrollo. (BBC News, Immune system "causes miscarriages", 2013)

Pero hay casos en los que la respuesta inmunitaria ha ayudado a que la placenta se implante de forma normal. Hay mujeres con elevados niveles inflamatorios, quienes a causa de la hipertensión crónica o una enfermedad autoinmune presentan una menor tolerancia a un embarazo. (BBC News, Immune system "causes miscarriages", 2013)

2.2.1.4 CUADRO CLÍNICO

El cuadro por lo general está conformado por tensión arterial, edemas y la presencia de proteínas en la orina (300mg /L en orina de un día, o 1 g/L en emisiones de orina con intervalos de seis horas. (Civetta, Taylor, & Kirby, 2013)

Los edemas pueden darse en mujeres que no sufran preeclampsia (30%), así como puede no aparecer para nada durante la preeclampsia (40%), de allí que en la actualidad ya no sea tomado como marcador de una posible preeclampsia. (National Institutes of Health, 2012)

Otros síntomas que podemos tomar en cuenta en la determinación de la preeclampsia son las alteraciones visuales, mareos, vómitos, dolor de cabeza y gástrico intenso. En el 10 – 20 % de las mujeres hay enzimas hepáticas elevadas, hemólisis y bajo conteo de plaquetas (síndrome de HELLP). También hay daño renal agudo (10 a 30 %), edema pulmonar y desprendimiento abrupto de la placenta. (Von Dadelszen , y otros, Prediction of adverse maternal outcomes in preeclampsia and validation of the fullPIERS model, 2013)

2.2.1.5 FACTORES DE RIESGO

El 85 % de los casos se da en mujeres que por primera vez están embarazadas (primigrávida), bajando este porcentaje de forma considerable para el segundo embarazo; exceptuando los casos de mujeres que tenga historial familiar de embarazos hipertensivos. El riesgo también aumenta mientras mayor sea la edad de la madre. (Hjartardottir , Leifsson , Geirsson, & Steinhorsdottir, 2014)

En las mujeres de familias en que ya haya habido casos previos de preeclampsia es 4 veces mayor el riesgo de presentarla durante el embarazo. (Warden & Euerle, Preeclampsia (Toxemia of Pregnancy), 2015)

También es frecuente en mujeres diabéticas, que hayan sido hipertensas antes del embarazo, obesas, con insuficiencia renal, trombofilias y que esté esperando a más de un bebé. Este se multiplica si la madre es de raza negra. (Warden & Euerle, Preeclampsia (Toxemia of pregnancy), 2015)

2.2.1.6 DIAGNÓSTICO

Si durante las visitas de control se detecta presión arterial elevada es recomendable realizar la medida de la misma en más de una ocasión, de esta forma desecharemos la noción de que se trate de una medida alterada debido a un estado nervioso o de excitación. (Santos Leal, Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber para torpes, 2013)

En la medicina actual ya no se toma en cuenta los edemas en manos y cara como signo para diagnosticar la preeclampsia, ahora se le presta mayor atención a la presión arterial y proteinuria. Sin embargo, dichos hinchazones deben ser tomados en cuenta y notificados al profesionalde salud durante la consulta. En algunos pacientes con preeclampsiaes común el elevado nivel de la serotonina sérica y la agregación plaquetaria. (Blanco, Vazquez, & Trias, 2013)

Aparte de la toma de presión arterial es necesario notar si al llenar la historia clínica el paciente presenta entre sus síntomas: Destellos y escotomas que afectan la visión, cefaleas que persisten pese a la administración de medicamentos, convulsiones por primera vez, dolor abdominal (epigastrio o cuadrante superior derecho) debido a inflamación de la capsula hepática, movimientos reflejos repetitivos y rápidos, edemas en manos y cara, aumento de peso, etc.(Martin, Thigpen, & Moore, 2013)

2.2.1.7 EXÁMENES DE LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio más comunes son: Análisis de orina, mediante el cual se determina la cantidad de proteína en la orina, hemograma, bioquímica en los cuales se conoce los niveles de potasio, sodio, glucosa, bilirrubina, etc.(Martin, Thigpen, & Moore, 2013)

2.2.1.7.1 ANÁLISIS DE ORINA

Para la determinación de la proteinuria asociada con la preeclampsia se usa una tirilla la cual se introduce por uno de sus extremos; y durante 30 segundos; en la orina recolectada. Se sacude dicho extremo y se observa el color que este ha adquirido, se comprara el color con la tabla de colores que viene en el envase. Se sospecha fuerte cuando en la tirilla la proteinuria da $\geq 2+$ (Ministerio de Salud Publica, Transtornos Hipertensivos del embarazo, 2013)(Tabla 2)

Esta recolección debido a que se basa en la recolección de proteínas puede presentar resultados positivos falsos y sea porque hay presencia de: Semen, sangre, detergentes, desinfectantes, pH mayor a 7. En estos casos es recomendable confirmar dichos resultados con métodos cuantitativos.(Ministerio de Salud Publica, Transtornos Hipertensivos del embarazo, 2013)

Si se quiere una comprobación definitiva es recomendable la recolección durante 24 horas de orina, no solo en casos de sospecha de preeclampsia, sino también en mujeres

con reciente presión arterial.(Ministerio de Salud Publica, Transtornos hipertensivos del embarazo, 2013)

2.2.1.8 OTROS EXÁMENES

Las radiografías de tórax, electroencefalograma, resonancia magnética, ecografía abdominal sirven para evaluar el grado de daño sufrido en los órganos debido a la hipertensión.(Martin, Thigpen, & Moore, 2013)

Para evaluar el bienestar fetal se realiza: Una cardiotocografía basal, el cual se realizará cada vez que la salud de la madre empeore o dependiendo de la gravedad de la salud del feto. Se realizan ecografías en las que se valora el volumen e líquido amniótico y el crecimiento del feto; la frecuencia también dependerá del estado del feto.(Duley , Meher , & Abalos, 2012)

También es común realizar Dopplerfetal para detectar los latidos del feto,Doppler uterino y vaginal. Siempre que el personal médico considere necesario se realiza la amniocentesis, mediante la cual se valora el grado de madurez pulmonar fetal.(Duley , Meher , & Abalos, 2012)

2.2.1.9 COMPLICACIONES

El principal riesgo que acarrea la preeclampsia es el riesgo de muerte fetal; en el útero o al nacer; y materna. Otras complicaciones a tener en cuenta son: síndrome HELLP, eclampsia, parto prematuro, insuficiencia hepática y renal aguda, desprendimiento de placenta de forma prematura, complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares. De allí la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano como medida de atención primaria. (Parra, Espectro clínico de la preeclampsia: Estudio comparativo de sus diversos grados de severidad, 2014)

La mortalidad y morbilidad en la madre es a causa de una hemorragia cerebral, disfunción terminal de un órgano o porque se ha formado la eclampsia. En el recién

nacido son el bajo peso (consecuencia de la prematuridad) y la restricción en el crecimiento intrauterino. (Pacheco Romero, 2013)

2.2.2 TRATAMIENTO

2.2.2.1 PREECLAMPSIA LEVE

Para realizar un correcto tratamiento es necesario diferenciar el tipo de preeclampsia que presenta el paciente, para esto es primordial la hospitalización de la madre, en el cual luego de diagnosticarla confirmaremos si el tipo de preeclampsia que tiene es leve; si ese es el caso se le dará de alta para que continúe con su vida diaria, recomendándole antes reducir estrés, actividades físicas y trabajo. No es necesario el reposo en cama ni una dieta libre de sal. (Santos Leal, Embarazo: Prevención y tratamiento de la hipertensión, 2014)

El uso de hipotensores es controvertido ya que entre sus beneficios previene que la madre sufra daños cerebrales pero a cambio puede provocar la disminución del flujo sanguíneo que llega a la placenta. (Santos Leal, Embarazo: Prevención y tratamiento de la hipertensión, 2014)

Entre los que pueden ser nocivos tenemos los inhibidores de la enzima conservadora de angiotensina, atenolol. En su lugar es recomendable el labetalol, hidralacina, alfa – metildopa. Si la mujer ya ha estado usando alguno de los antihipertensivos nocivos debe de cambiarlo antes de embarazarse. (Santos Leal, Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber para torpes, 2013)

Cabe recalcar que los hipotensores solo serán usados cuando la presión arterial sea de 150 /90 mmHg o superior, ya que con estos lo que se busca es bajar la tensión a 140/90 mmHg. (Santos Leal, Embarazo: Prevención y tratamiento de la hipertensión, 2014)

Una vez detectada la preeclampsia leve se debe de realizar seguimiento estricto al embarazo, realizando controles de peso, presión arterial y proteinuria (cada semana), así como realizar análisis de sangre en el cual se calcule el número de enzimas hepáticas, creatinina y de plaquetas. (Santos Leal, Embarazo: Prevencion y tratamiento de la hipertension, 2014)

Con el feto se debe realizar:Seguimiento diario de los movimientos fetales, control cada tres o cuatro semanas del crecimiento fetal y del volumen del liquido amniótico. (Santos Leal, Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber para torpes, 2013)

2.2.2.PREECLAMPSIA GRAVE

Cuando la preeclampsia se agrava es necesario el ingreso hospitalario, una vez allí se administra hipotensores en búsqueda de mantener la presión arterial entre 140/90 mmHg y 155/105 mmHg-. Una vez alcanzado dichos valores se baja la dosis de los hipotensores y se cambia el modo de administración a intravenosa. (BM, 2013)

Por lo general el que más se administra es el labetalol en un bolo intravenoso de 20 mg en 3 minutos. Si después de 10 minutos esta dosis no controla la presión se sube la misma a 40 mg y de allí a 80mg hasta alcanzar el límite final tratable de 220 mg; si aun con esta dosis la presión no está controlada se debe cambiar el labetalol por otro hipotensor.(LK, 2014)

Si el embarazo presenta preeclampsia pero ha llegado ya a su 34 semana se recomienda inducir el parto ya que el riesgo del nacimiento prematuro va a ser menor en comparación a las que pueda provocar la preeclampsia o a la posibilidad de desarrollar una eclampsia.(Santos Leal, Embarazo: Prevencion y tratamiento de la hipertension, 2014)

Si el embarazo tiene menos de 34 semanas se debe administrar corticoides previo a la inducción del parto ya que estos ayudaran a acelerar el desarrollo de los pulmones fetales. También se considera continuar con el parto siempre y cuando la preeclampsia sea leve y sea monitoreada de forma regular la presión arterial para controlar que se

encuentre estable. En estos casos es importante mantener un control diario del peso, creatinina, enzimas hepáticas, conteo de plaquetas, etc. (Santos Leal, Embarazo: Prevencion y tratamiento de la hipertension, 2014)

Al bebe se le debe de realizar ecografias cada dos días, medida de crecimiento cada dos semanas, y un perfil biofísico. En caso de que pese a todos estos tratamientos la preeclampsia no evoluciona de forma favorable se debe proceder a inducir el parto.(Santos Leal, Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber para torpes, 2013)

En caso de que se desarrolle una eclampsia el único tratamiento adecuado es la inducción del parto. Esta opción es preferible a la cesárea, ya que esta última no solo no disminuye los riesgos de morbilidad perinatal sino que además obliga a la paciente que ya de por sí esta inestable a tener que pasar por un procedimiento quirúrgico mayor.(Santos Leal, Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber para torpes, 2013)

Otra ventaja de la inducción es que posterior a la misma la preeclampsia se demora solo horas en desaparecer, mientras que en una cesárea esta toma días o semanas en desaparecer.(Santos Leal, Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber para torpes, 2013)

2.2.3PREVENCIONES

Debido a que no se conoce a ciencia cierta su etiología es difícil prevenir de manera eficaz la preeclampsia. Lo que se recomienda es llevar un adecuado control prenatal y de forma periódica durante todo el embarazo y durante el puerperio (medir presión arterial con regularidad a partir de la semana 20 del embarazo, conteo de plaquetas, examen de orina, etc.); teniendo especial atención en aquellos pacientes con factores de riesgo. (Voto LS, Voto , & Margulies, 2013)

Cambios al estilo de vida como mayor reposo, menos stress, restricción en la ingesta de sodio o uso de ácido acetilsalicicoson eficaces. La ingesta de suplementos de calcio se

recomienda en las mujeres que presenten déficit del mismo en su dieta diaria. (Voto LS, Voto , & Margulies, 2013)

Uno de las formas más aceptadas de prevenir la hipertensión Gestacional con proteinuria significativa en la actualidad es mediante el uso de aspirinas (en dosis bajas) a partir de la semana 14 de gestación, con el fin de inhibir la síntesis de la prostaglandina. (Hernández Cabrera, Ulloa Gomez , Ojeda, Linares Melendez, & Suarez Ojeda, 2013)

2.2.4 MARCO LEGAL.

Constitución de la República del Ecuador 2008

TITULO II

Capitulo Segundo

Derechos del Buen Vivir

Sección Séptima

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantizaeste derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

TITULO VII

REGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capitulo Primero

Inclusión y Equidad

Sección Segunda

Salud

Art. 360.- el sistema garantiza a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base a la atención primaria de salud; articula los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- el estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional será responsable de formular la política nacional de salud, normara, regulara y controlara todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013

Objetivo 3.- Mejorar la calidad de vida de la población

Política 3.2 Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir, y controlar la morbilidad.

Política 3.3 Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez, y equidad.

Política 3.4 brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacionalidad, familiar comunitario e intercultural.

2.2.5 OPINION DEL AUTOR

La hipertensión Gestacional como ya se menciona es una de las principales causas de mortalidad materna, aunque su etiología aún no está muy definida, existen diversas teorías en las cuales existe una alteración de varios factores durante el embarazo que modifican los valores de tensión arterial.

Como se explicó la hipertensión gestacional la definiremos como una presión arterial mayor a 140/90 con intervalo de dos tomas separadas en 6 horas, pero que esta sea después de las 20 semanas de gestación y que se va a confirmar por el retorno a una presión normal luego de 12 semanas en el puerperio.

Las causas atribuibles a una hipertensión gestacional varía en frecuencia según de sus factores de riesgo, los cuales predisponen con mayor frecuencia a desarrollar una hipertensión gestacional, entre los cuales vamos a encontrar un gran número como son nuliparidad, multiparidad, diabetes, antecedentes familiares hipertensión gestacional, periodos de fertilidad tempranos y tardíos, alcohol, drogadicción, tabaquismo, estados nutricionales extremos, nivel socioeconómico bajo.

El método diagnóstico se basa en los controles de embarazo mediante la toma de la presión arterial en cada uno de ellos, ya que la clínica de estas pacientes es insuficiente para un diagnóstico temprano, porque no generan síntomas significativos, si tenemos sospecha de que se está generando una hipertensión gestacional bajo el criterio de las cifras tensionales nos coadyuvamos de la prueba de proteínas en orina, la cual ayuda a manejar de una manera adecuada si la proteinuria no sobrepasa los 300 mg/dl y a la vez prevenir una preeclampsia.

Los objetivos en la hipertensión gestacional es beneficiar tanto a la madre como el producto, enfocándonos en los factores de riesgo, cambiando los que podrían ser modificables y a la vez tomar las medidas preventivas con aquellas que presentan factores de riesgo no modificables, ya sea para una gestación actual o futuros embarazos.

2.2.6 VARIABLES

2.2.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Hipertensión Gestacional con Proteinuria Significativa

2.2.6.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de Riesgo y Perfil Epidemiológico.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

El lugar de trabajo de esta Investigación fue en el Hospital General IESS Milagro, ubicado en la avenida Dr. Miguel CampodónicoMartínez y Manuel Azcásubi, en la ciudad de Milagro - Guayas - Ecuador durante el periodo 2015 - 2016.

3.2 UNIVERSO

Las Historias Clínicas de las pacientes que ingresaron al servicio de emergencia y hospitalización en el Hospital IESS Milagro durante el periodo 2015 - 2016.

3.3 MUESTRA

Se toma muestra 105 historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Gestacional con Proteinuria Significativa en el Hospital IESS Milagro, las cuales contaban con los datos necesarios para realizar este trabajo

3.4 VIABILIDAD

El estudio a realizar es viable debido a que hay interés en el área de Salud y se han dado las debidas autorizaciones para realizar el proyecto. Además, contamos con el aval de la Universidad de Guayaquil, del Hospital IESS de Milagro y la colaboración del Dr. Galo Valarezo Ríos, Tutor de tesis.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Historias Clínicas de las pacientes que ingresaron al servicio de emergencia y hospitalización con diagnóstico de Hipertensión Gestacional con Proteinuria Significativa, en el Hospital IESS Milagro durante el periodo 2015 - 2016
- Pacientes embarazadas entre los 15 a 44 años.
- Proteínas en la orina de 24 horas (≥ 300 mg/L)

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con presión arterial normal (120/ 80 mmHg)
- Historias Clínicas Incompletas, según base de datos del Hospital IESS Milagro
- Aumento de presión arterial (mayor a 140/ 90 mmHg previo a las 20 semanas de gestación)

3.9 TIPO DE INVESTIGACION

Es un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo que se lleva a cabo con Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Gestacional con Proteinuria Significativa en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015 – 2016.

Diseño: No experimental, retrospectivo de corte transversal

Metodología: Observacional y descriptiva

3.10 CONSIDERACIONES BIOETICAS

Para la realización del presente trabajo se solicitó al director Médico del Hospital IESS Milagro, la autorización para la revisión de las historias clínicas de la base de datos del hospital exclusivamente con un fin de investigación, bajo ningún concepto los datos registrados en las historias clínicas fueron de uso público y los autores de este trabajo queda como responsable del manejo de la información.

3.11 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

3.10.1 RECURSOS HUMANOS

- Autores
- Tutor

3.11 RECURSOS FISICOS

- Computadora
- Bolígrafo
- Papel
- Pen drive
- Cd

3.12 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA.

- Se diseña una hoja de recolección de datos en base a la operacionalización de variables.

- Se solicita el permiso para la revisión de los datos estadísticos de las historias clínicas con diagnóstico de Hipertensión Gestacional con Proteinuria Significativa durante el periodo 2015 – 2016 a las autoridades del Hospital Universitario de Guayaquil.
- El departamento de estadísticas proporciona un listado de historias clínicas con diagnóstico de Hipertensión Gestacional con Proteinuria Significativa durante el periodo 2015 – 2016 en el Hospital IESS Milagro.
- Se realiza la recolección de las historias clínicas que constan en la base de datos del Hospital IESS Milagro.
- Se consolida la información en una base de datos para el análisis estadístico.

3.13 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los datos fueron revisados y tabulados a través de Microsoft Excel, para su posterior análisis mediante tablas con datos porcentuales y gráficos.

3.14 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE Hipertensión Gestacional con Proteinuria Significativa	Se considera hipertensión gestacional con proteinuria significativa a valores de la tensión arterial (TA) igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por cuatro a seis horas y proteinuria significativa ≥ 300 mg/L en orina de 24 horas.	Tensión Arterial Proteínas en Orina	15 – 44 años de edad	HISTORIA CLINICA
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores de riesgo	Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Nuliparidad Multiparidad Diabetes Antecedentes familiares de Hipertensión Gestacional Enfermedad Renal vascular Edad Hábitos Estado nutricional Bajo nivel socio económico	Si No	HISTORIA CLINICA
VARIABLE INDEPENDIENTE Perfil Epidemiológico	El perfil epidemiológico es la expresión del estado de salud que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.	Diabetes Grupo etario Drogadicción Alcoholismo Tabaquismo Obesidad Desnutrición Control prenatal	SI NO	HISTORIA CLINICA

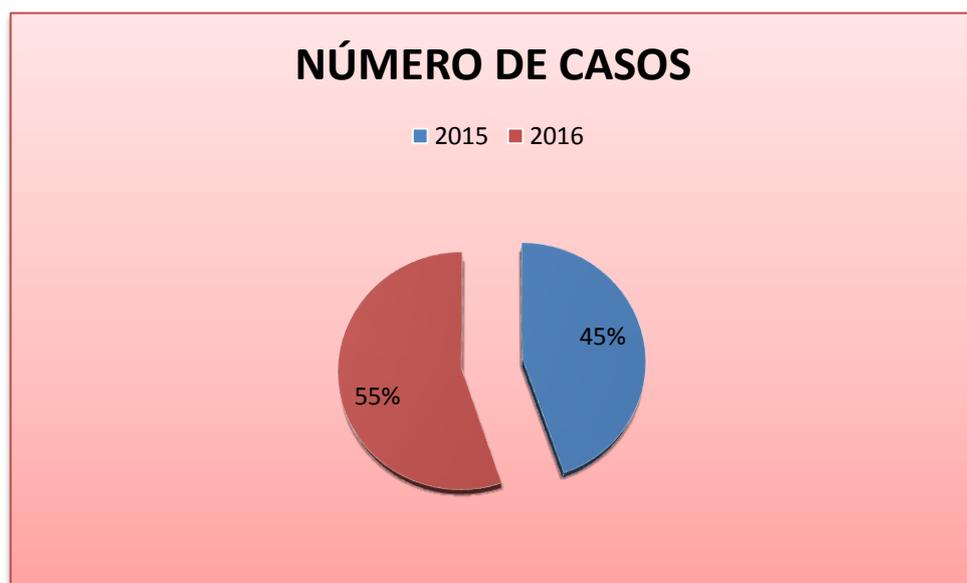
CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

4.1.1 NUMERO DE CASOS DE HIPERTENSION GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA

En total se presentaron 105 casos de Hipertensión gestacional con proteinuria significativa en el periodo lectivo 2015 -2016.



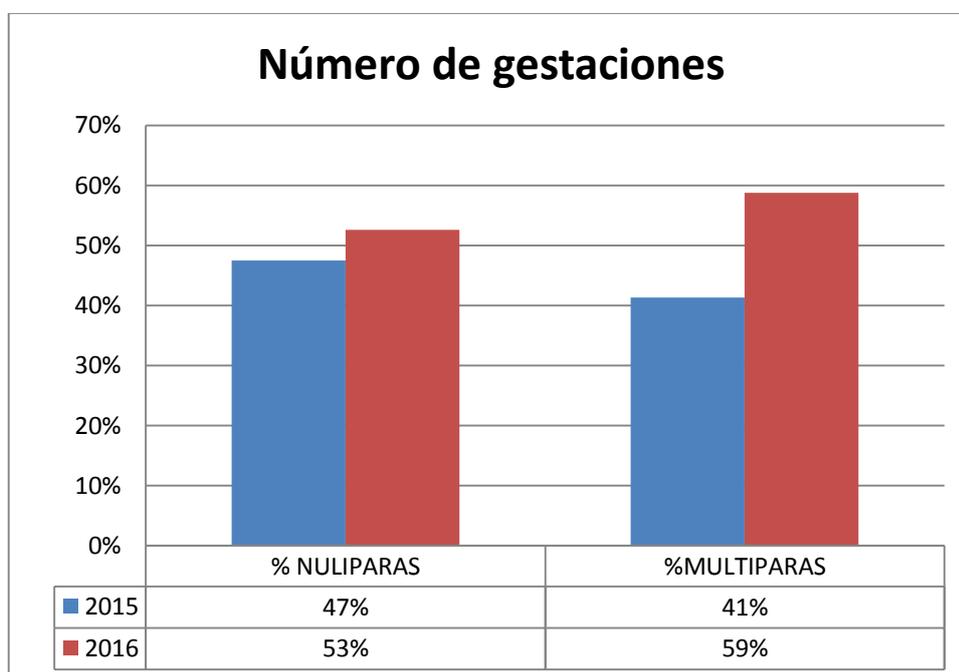
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Gráfico 1: Número de casos de Hipertensión Gestacional en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

4.1.2 NUMERO DE GESTACION EN HIPERTENSION GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA

En total se presentaron 105 casos de Hipertensión gestacional con proteinuria significativa en el periodo lectivo 2015 -2016, con un 47% de nulíparas y 41% de multíparas en el 2015, mientras que en el 2016 se presentó 53% de nulíparas y 59% de multíparas.



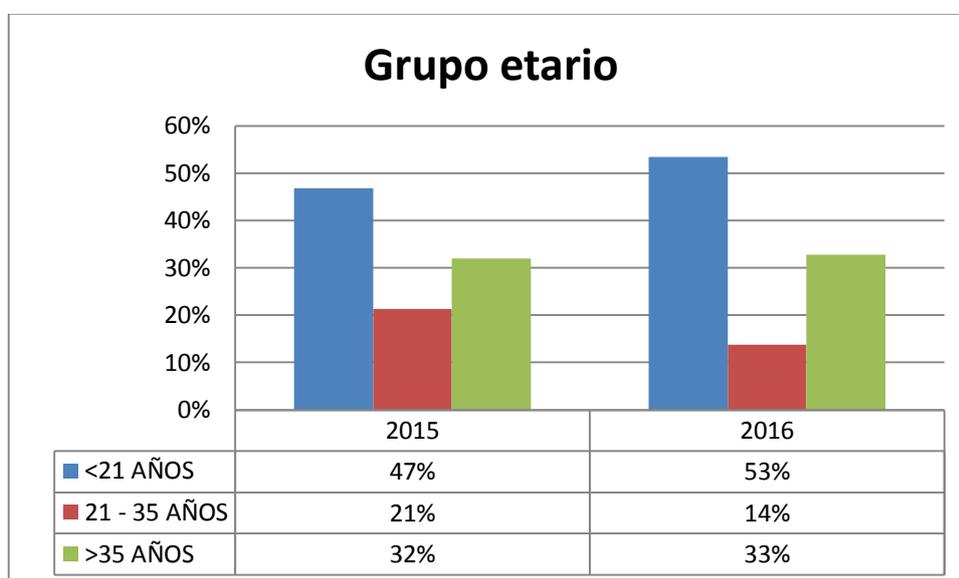
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Gráfico 2: Número de gestaciones hipertensión Gestacional en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

4.1.3 DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA DE ACUERDO A LA EDAD.

De acuerdo al rango de edades en el 2015 se determinó un 47% de mujeres con hipertensión gestacional con proteinuria significativa menor a 21 años; 21 % en mujeres entre 21 – 35 años y un 32% en mujeres mayor a 35 años. Mientras que en el 2016 se determinó 53 % en menores de 21 años, 14% en mujeres entre 21 – 35 años, y 33% en mujeres mayores de 35 años.



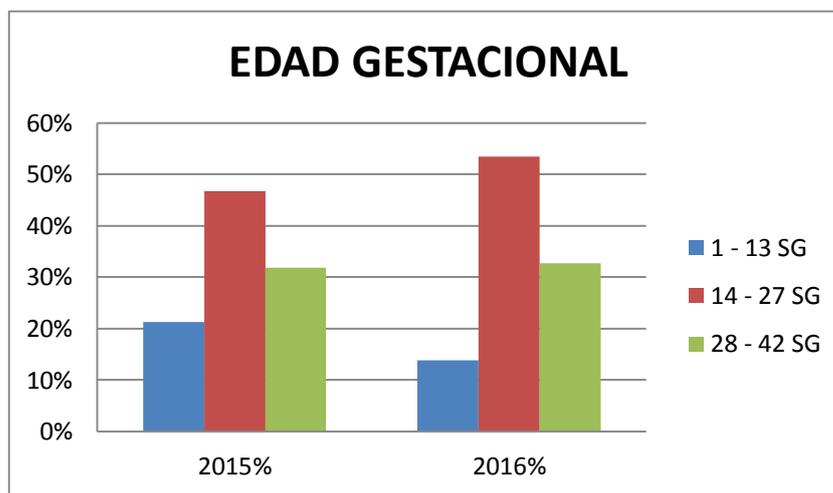
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Grafico 3: Número de mujeres embarazadas con hipertensión Gestacional con proteinuria significativa de acuerdo a la edad, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

4.1.4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN QUE APARECE EN LOS PACIENTES LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA

De acuerdo a la aparición de la hipertensión gestacional con proteinuria significativa según la semanas de gestación, se estableció un mayor prevalencia en el 2015 de 21% entre la semana 1 – 13 de gestación, 47% entre la semana 14 – 27 de gestación, y 32% entre la semana 28 – 42. Mientras que en el 2016 se estableció 14% entre la semana 1 – 13 de gestación, 53% entre la semana 14 – 27 y 33% entre la semana 28 – 42 de gestación.



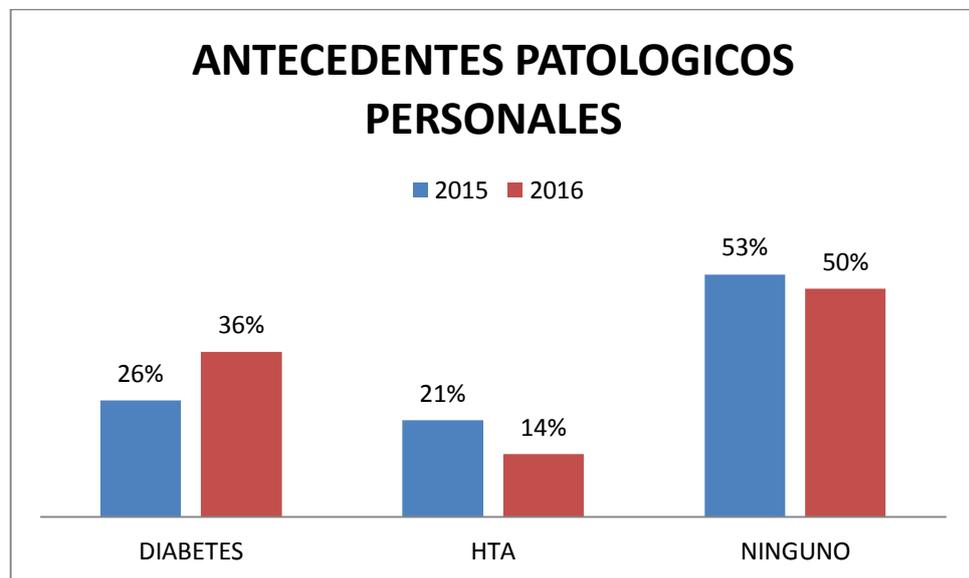
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Grafico 4: Número de mujeres embarazadas en las que aparece la hipertensión Gestacional con proteinuria significativa según la edad gestacional, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

4.1.5 DISTRIBUCIÓN DE LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES PRESENTES EN MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSION GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA.

Dentro de los APP que con mayor frecuencia se determinaron se estableció que la diabetes se encuentra en un mayor porcentaje, siendo en el 2015 en un 26% y en un 36% en el 2016.



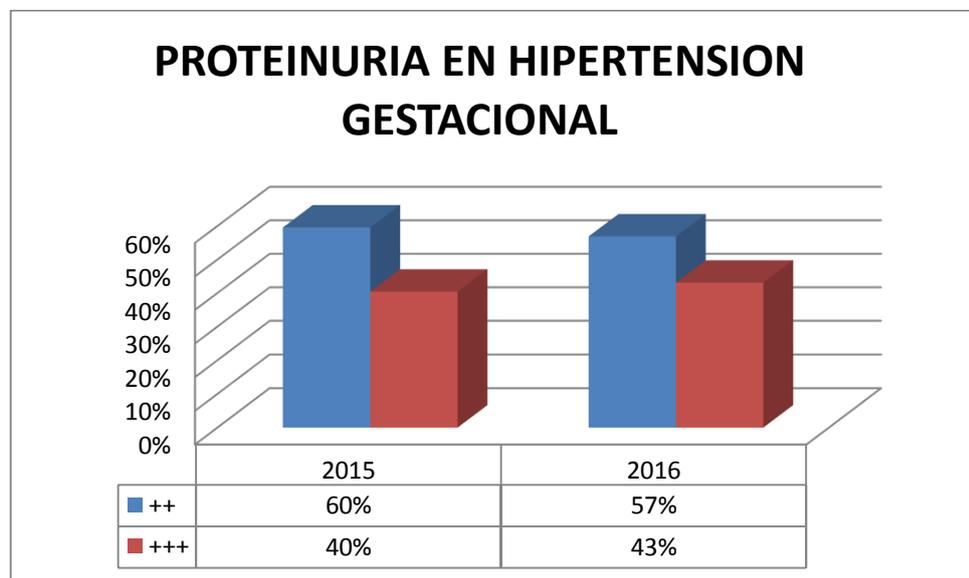
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Grafico 5: Número de APP en mujeres embarazadas que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

4.1.6 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A RESULTADOS DE PROTEINURIA EN TIRILLA REACTIVA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA

De acuerdo a los rangos establecidos según la tira reactiva en la determinación de proteínas en orina, se estableció que en el 2015 el 60% de mujeres presentaron ++ en tira reactiva y el 40 % +++ , mientras que en el 2016 el 57% de mujeres presentaron ++ y el 43% presentaron +++.

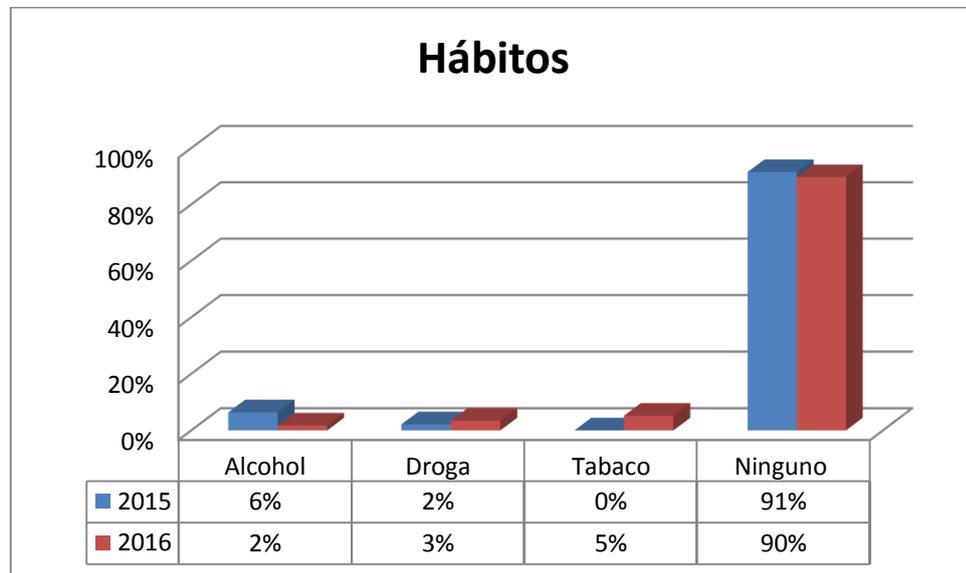


Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016
Elaborado por: Autores

Gráfico 6: Número de mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

4.1.7 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A HABITOS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA

Según los hábitos valorados en la encuesta a mujeres con hipertensión gestacional y proteinuria significativa se determinó que de ellas en el 2015, el 6% consumían alcohol, y el 2% drogas. Mientras que en el 2016, el 2% consumía alcohol, el 3% droga y el 5% tabaco.



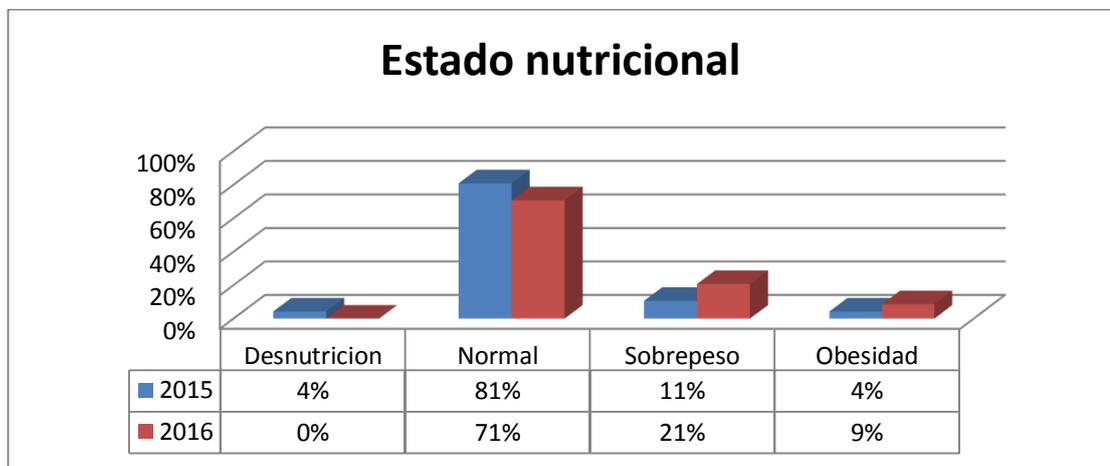
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Grafico 7: distribución de hábitos en mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

4.1.8 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA (tabla 3)

De acuerdo al estado nutricional se concluyó que en el 2015 el 4 % de mujeres presentaron desnutrición, el 81% se encontraba en un peso normal, el 21% en sobrepeso, el 9% en obesidad. Mientras que en el 2016 el 71% se encontraba en peso normal, el 21% en sobrepeso y solo el 9% en obesidad.



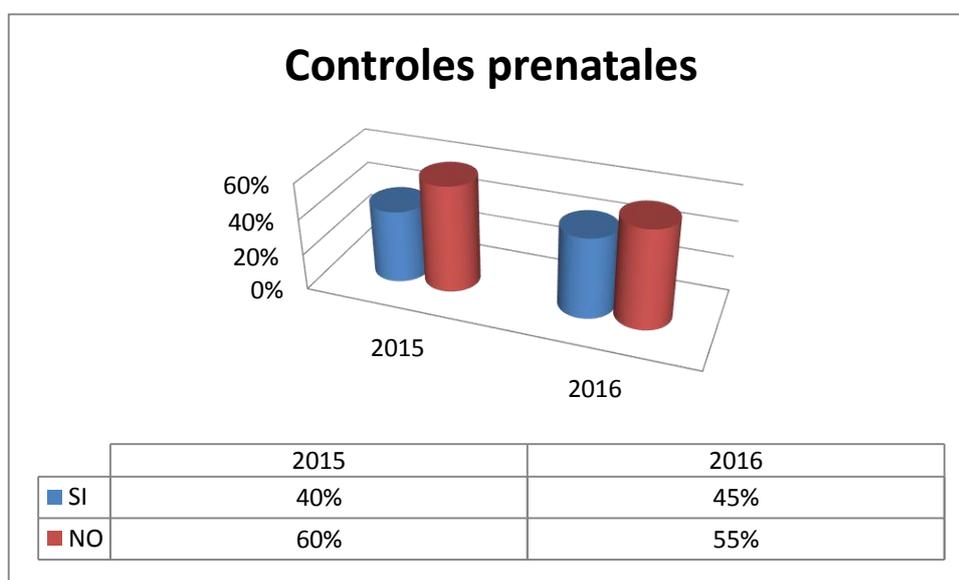
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Grafico 8: Número de mujeres según el estado nutricional que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

4.1.9 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES EN EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA

Según el número de controles prenatales se determinó que en el 2015 el 40% presento controles prenatales y el 55% no los tenía, mientras que en el 2016 el 45% presento controles prenatales, y el 55% no las tenía.



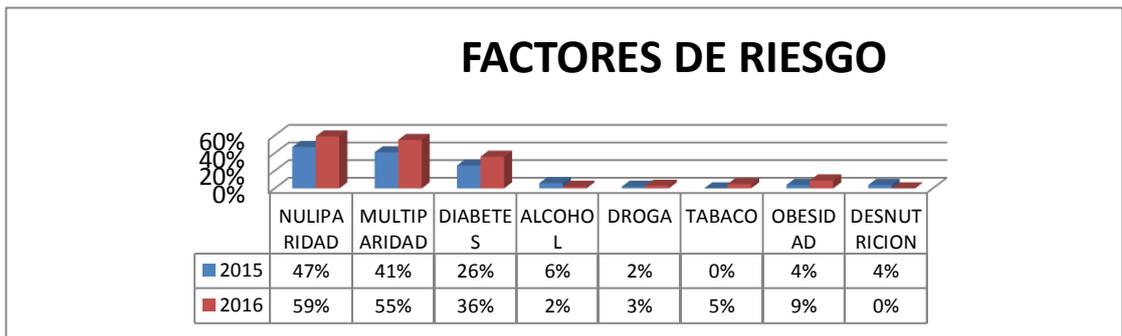
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Grafico 9: Número controles prenatales de mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

4.1.10 TABLA COMPARATIVA DE LOS FACTORES DE RIESGOS

En esta tabla se puede visualizar el porcentaje por año de los factores de riesgos valorados en este estudio de investigación de mujeres con hipertensión gestacional con proteinuria significativa



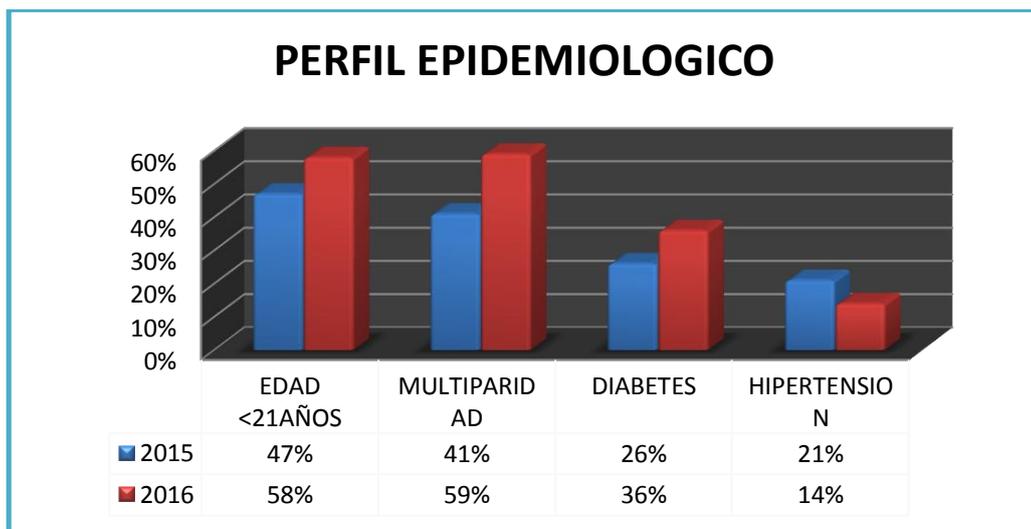
Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Grafico 10: grafico comparativa de los factores de riesgos de mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

4.1.11 TABLA COMPARATIVA DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO

En esta tabla se puede establecer el porcentaje por año de los componentes del perfil epidemiológico de nuestro trabajo de investigación en mujeres embarazadas con hipertensión gestacional con proteinuria significativa



Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Grafico 11: grafico comparativa del perfil epidemiológico de mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

4.2 DISCUSIÓN

La hipertensión gestacional con proteinuria es un trastorno obstétrico de alto grado de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como al producto en países en vías de desarrollo. Su etiología es desconocida, y tiende a progresar de manera más rápida hacia una preeclampsia o eclampsia.

Gabbe, Niebyl , & Simpson en artículos medicos expresan que las hiperrtension gestacionasl con prteinuria significativa se da pasadas las 20 semanas de gestacion; nuestro estudio confirma dicho enunciado, pues en la mayoría de los casos observados se presento la hipertension a partir de las 20 semana.(Gabbe SG, 2013)

La presente investigación se llevó acabo en el área de Ginecología del Hospital IESS Milagro con la ayuda de Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de hipertensión gestacional con proteinuria significativa durante el periodo 2015-2016 durante el cual se encontraron 105 casos en total de los cuales 47 casos se dieron en el año 2015 y 58 casos en el año 2016.

De las 105 historias clínicas con diagnóstico de hipertensión gestacional con proteinuria significativa se encontraron que los factores de riesgo que más se presentaron fueron: nuliparidad (53%), diabetes (31%) y bajo nivel socio económico(57%) casos respectivamente. Además se encontraron más casos en el grupo etario menor a 21 años (50%).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se identificó 105 casos de mujeres embarazadas que presentaban hipertensión gestacional con proteinuria significativa durante el período de estudio en el Hospital IESS de Milagro.
- Con respecto a los factores epidemiológicos el 31% de las pacientes que padecen hipertensión gestacional con proteinuria significativa, presentaron diabetes.
- El 57% de las pacientes con hipertensión gestacional con proteinuria significativa no se realizaron ningún control prenatal previo al parto.
- El grupo de edad en el que se presentó mayor cantidad de casos de hipertensión gestacional con proteinuria significativa, en un 50 % fueron las menores de 21 años.
- Todas las mujeres atendidas por hipertensión gestacional en el Hospital IESS de Milagro durante el periodo de estudio presentaron proteinuria, siendo la de mayor porcentaje (39%) las que presentaban 3 cruces (+) de proteinuria.
- Durante el año 2015 la mayoría de los casos de hipertensión gestacional con proteinuria significativa se dieron en mujeres nulíparas en un 47%, mientras que en el año 2016 sucedió lo opuesto debido a que la mayoría de casos se presentaron en mujeres multíparas en un 59 %.
- La semana de gestación que en mayor frecuencia se presenta la hipertensión gestacional es durante el segundo trimestre de embarazo (14 – 27 semanas de gestación) con un 50%.

RECOMENDACIONES

- Presentar y compartir el presente trabajo con personal de salud, médicos, enfermeros, internos y demás estudiantes de medicina, para de esta forma educar y fomentar el conocimiento y nuevos estudios sobre la hipertensión gestacional con proteinuria significativa en el Ecuador.
- Con los datos obtenidos en nuestro trabajo se sugiere continuar con la investigación de la hipertensión gestacional y obtener más información acerca de los factores de riesgo y su concurrencia en nuestra sociedad y de esa manera enfocarnos mejor en una idea preventiva
- Tomar como referencia nuestro trabajo investigativo y comparar con las tasas de incidencia que tenemos a nivel nacional.
- Capacitar al personal del Hospital IESS de Milagro sobre un protocolo en común al momento de tratar a las mujeres embarazadas que tengan factores de riesgo propicios a la hipertensión gestacional. Así como los respectivos controles que se deben realizar una vez presente la misma para prevenir que esta evolucione en una eclampsia.
- Se recomienda al personal de salud del Hospital IESS Milagro, enfocarse más en el desarrollo de una historia clínica completa, la cual facilitaría más trabajos de investigación con menor rango de errores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

- Gómez Sosa, E. (2012). Transtornos hipertensivos durante el embarazo. *Revista Cubana Obstet Ginecol*, 99 - 114.
- Moldenhauer, J., Stanek, J., Warshak, C., Khoury, J., & Sibai, B. (2013). *The frequency and severity of placental findings in women with preeclampsia are gestational age dependent*.
- Ness, R., & Sibai, B. (2014). *Shared and disparate components of the pathophysiologies of fetal growth restriction and preeclampsia*.
- Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles*. (2004). Recuperado el 9 de FEBRERO de 2016, de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-gestacion-adolescente-su-repercusion-el-13060964>
- Altman , D., Caroli , G., Duley , L., Farrell , B., Moodley , J., Neilson, J., & Smith, D. (2012). *Do women with preeclampsia, and their babies benefit from magnesium sulphate?* Lancet.
- Balestena Sánchez JM, A. G. (2014). *Resultados del oligohidramnios en el parto y el recién nacido*.
- Balestena Sánchez, J., & Almeida Garcia, G. (2014). *Resultado de oligohidramnios en el parto y el recién nacido*.
- Barreto Rivero, S. (2012). Preeclampsia, eclampsia y Síndrome HELLP: Características maternas y resultado neonatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda*, 17 - 23.
- Barreto Rivero, S. (2012). Preeclampsia, eclampsia y Síndrome HELLP: Características maternas y resultado neonatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda*, 17 . 23.
- Barton, J., OBrien, J., & Bergauer, N. (2012). *Mild Gestational hypertension remote from term: Progression and outcome*.
- Barton, J., OBrien, J., & Bergauer, N. (2012). *Mild Gestational hypertension remote from term: Progression and outcome*.
- BBC News. (2013). Immune system "causes miscarriages". *BBC News*.

- BBC News. (2013). Inmune system "causes miscarriages". *BBC News*.
- Blanco, M., Vazquez, M., & Trias, Y. (2013). *Efecto de la Metoclopramida en Mujeres Hipertensas en Puerperio Inmediato*.
- BM, S. (2013). Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 181 - 192.
- Botero J, J. A. (2013). *Obstetricia y Ginecologia*. Bogota: CIB.
- Burne, J. (2014). Give Sperm a Fighting Chance. *The times*.
- Casavilla , A., Martínez Viademonte , R., Casavilla , F., & Perez Volpe, D. (2012). *Hipertension arterial en el embarazo*.
- Chaparro, L. V., Benavides, P., Rios, J. A., & Herrera, W. O. (Diciembre de 2014). ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO: REVISIÓN. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica* , 311- 323.
- Civetta, M., Taylor, W., & Kirby, R. (2013). *Hypertensive disorders: Pre - eclampsia and Eclampsia*. Philadelphia: J.B Lippincott Company.
- Colombia, S. d. (2013). *Guia de atencion de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo*. Colombia: Ultimas Normas.
- Consuelo Peña Aponte Profesional especializada, Área de Análisis y Políticas; Profesional especializada, Grupo Materno Perinatal. (2013). Guía de Trastornos Hipertensivos.
- CTO. (s.f.). *Manual CTO*. CTO, 8va Edición GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
- Dr. Pedro Lorenzo Rodríguez Domínguez,¹ Dr. Jesús Hernández Cabrera² y Dra. Adriana Reyes Pérez³. (s.f.). Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. *Recibido: 14 de octubre del 2004. Aprobado: 4 de julio de 2005*.(No. 9109, Matanzas, Cuba.).
- Dr. Ramiro Molina Cartes. (Lima, Perú. Julio 2011). EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.
- Dr. Sigfrido Valdés Dacal,¹ Dr. John Essien,² Dra. Jessica Bardales Mitac,³ Dra. Daymi. (2002). EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES.

- Dr. Jorge Andrés Robert; Dr. Alberto Fierro. (Enero de 2001). Hipertensión arterial y embarazo. *Elsevier*, 1 - 12 .
- Drs. Leonardo Sosa, M. G. (s.f.). *Estados hipertensivos*. Rev Urug Cardiol 2013; 28: 285-298.
- Drs. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, Sra. Nicole Yaksic B. (s.f.). RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS.
- Duckitt, K., & Harrington, D. (2014). *Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking*. BMJ.
- Duley , L., Meher , S., & Abalos, E. (2012). *Management of pre - eclampsia*. BMJ.
- Elías, D. A. (s.f.). Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital " Dr. Agostinho Neto" , Guantánamo.
- Elias, D., & Ganfong, A. (2013). Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital " Dr. Agostinho Neto" , Guantánamo.
- Gabbe SG, N. J. (2013). *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. Philadelphia: Elsevier.
- Gabbe, S., Niebyl , J., & Simpson, J. (2013). *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. Philadelphia: Elsevier.
- George Hospital and University of New South Wales,. (2013). *Diagnostic accuracy of urinary spot prtein: creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women*. BMJ.
- Gomez Sosa, E. (2012). Transtornos hipertensivos durante el embarazo. *Revista Cubana Obstet Ginecol*, 99 - 114.
- Gómez Sosa, E. (2012). Transtornos hipertensivos durante el embarazo. *Revsita Cubana Obstet Ginecol*, 99 - 114.
- GOMEZ, D. J. (2013). MORBIMORTALIDAD EN RECIEN NACIDOS HIJOS DE MADRES TOXEMICAS.
- Gonzalez , A. (2013). *Enfermedad isquemica del corazon, epidemiologia y prevencion*. Mexico: UNAM.
- Guyton, H. (2014). *Tratado de Fisiologia Medica*.

- Hall, M., George, E., & Granger, J. (2014). *El corazón durante el embarazo*. España: Cardiol.
- Hernández Cabrera, J., Ulloa Gomez, C., Ojeda, M., Linares Melendez, R., & Suarez Ojeda, R. (2013). Enfermedad hipertensiva gravídica: algunos factores biosociales y obstétricos. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 45 - 50.
- Hjartardottir, S., Leifsson, B., Geirsson, R., & Steinhorsdottir, V. (2014). *Paternity change and the recurrence risk in familial hypertensive disorder in pregnancy*. USA.
- Hutcheon, J., Lisonkova, S., & Joseph, K. (2014). *Epidemiology of pre-eclampsia and other hypertensive disorders of pregnancy*. USA: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *INEC*. Ecuador.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *INEC*.
- Issler, P. r. (agosto de 2001). *Embarazo en la Adolescencia*.
- Koopmans, C., Bijlenga, D., Groen, H., Vijgen, S., Aarnoudse, J., & Bekedam, D. (2014). *Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks gestation*. USA.
- Lapidus, D., Abalos, D. E., Asprea, D. I., & Marco, D. I. (septiembre de 2000). Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. (D. Lapidus, Ed.) *Hipertensión en el Embarazo*, 1 - 32.
- Levine, R., Maynard, S., & Qian, C. (2014). *Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia*. USA: N Engl J Med.
- Lina María Congote-Arango, M.D. (s.f.). *Adolescencia como factor de Riesgo, para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007*.
- Lindheimer, M., & Abalos, E. (2015). *Management of High Blood Pressure in Pregnancy*. Philadelphia: Murray Epstein.
- LK, W. (2014). *Diagnosis and management of preeclampsia*. USA.
- Lombaard, H., & Pattinson, B. (2013). *Conducta activa versus conducta expectante para la preeclampsia severa antes de término*. Ginebra: OMS.
- Lowe, S., Brown, M., Dekker, G., Gatt, S., & McIntock, C. (2015). *Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy*. USA.

- Luis Alfonso Mendoza T. Martha Arias G. Laura Isabel Mendoza T. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *77(5): 375 - 382.*
- Luis Paulino Islas Domínguez,* Lino Cardiel Marmolejo,* Juan Fernando Figueroa Rodarte**. (Julio-Agosto 2010). Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual. *Vol. 77, Núm. 4.*
- Mag. Carina Vance; Dr. Miguel Malo; Dr. Francisco Vallejo; Dra. Gabriela Aguinaga. (2013). Trastornos Hipertensivos en el Embarazo. (D. N. MSP, Ed.) *Guia Practica Clinica*, 1 - 49.
- Maikranz P, L. M. (2012). *Hipertension durante el embarazo*. Clinica Med Nort.
- María Gabriela Ulanowicz; Karina Elizabeth Parra; Gisela Verónica Rozas; Dra. Lourdes Tisiana Monzón. (Diciembre de 2005). HIPERTENSION GESTACIONAL. COSIDERACIONES GENERALES,EFECTOS SOBRE LA MADRE Y EL PRODUCTO DE LA CONCEPCION. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 19 - 21.
- Marín R, G.-P. C.-V. (2014). *Hipertension arterial en el embarazo*.
- Martin, J., Thigpen, J., & Moore, R. (2013). Stroke and severe preeclampsia and eclampsia: A paradigm shift focusing on systolic blood pressure. *Obstet Gynecol*, 105 - 246.
- McAlister, F., & Straus, S. (2012). Measurement of blood pressure. En S. S. McAlister F, *Measurement of blood pressure* (págs. 908 - 911). USA.
- Ministerio de Salud. (2014). *Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud Publica. (2013). *Transtornos hipertensivos del embarazo*. Ecuador: UNFPA.
- Ministerio de Salud Publica. (2013). *Transtornos hipertensivos del embarazo*. Ecuador: UNFPA.
- Ministerio de Salud Publica. (2013). *Transtornos hipertensivos del embarazo*. Ecuador: UNFPA.
- Ministerio de Salud Publica. (2013). *Transtornos Hipertensivos del embarazo*. Ecuador: UNFPA.
- Morales de, R. (2012). Seguimiento de las pacientes con Hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio.

- Morales, D. J. (s.f.). Complicaciones perinatales y vias de parto en Recien Nacidos de Madres adolescentes y tardias. *Vol. 61, N°1 - 2000* .
- MSc. Ramón García Mirás, Dra. Aydilén Llera Valdés, Dra. Ana Leyda Pacheco Bermúdez. (s.f.). Resultados maternos-perinatales de pacientes con preclampsia. *38(4)467-477* .
- MSP. (2013). *Guia de Trastornos Hipertensivos del embaazo, Guia de Practica Clinica*. Obtenido de www.salud.gob.ec
- National Institutes of Health. (2012). *Working group report on high blood pressure in pregnancy*. USA: National High blood pressure education program.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *El embarazo en la adolescencia*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Pacheco Romero, J. (2013). Disfuncion endotelial en la preeclampsia. En J. PACHECO ROMERO, *Disfuncion endotelial en la preeclampsia* (págs. 43 - 54). ISSN.
- Parati G., e. a. (2014). *A new solar - powered blood pressure measuring device for low - resource settings*. USA.
- Parra, M. (2014). Espectro clinico de la preeclampsia: Estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. *Rev Chil Obstest Ginecol*, 169 - 175.
- Parra, M. (2014). Espectro clinico de la preeclampsia: Estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. *Rev. Chil. Obstet Gynecol*, 169 - 175.
- Parra, M. (2014). Espectro clinico de la preeclampsia: Estudio comparatvivo de sus diversos grados de severidad. *Rev Chil Obstest Ginecol*, 169 - 175.
- Perez, C., & Silva, M. (2015). Puerperino normal y patologico. *Guias Clinicas Obstetricia*, 115 - 123.
- Revista Expansi3n. (2013). La Hipertensi3n Causa la Muerte a 9.4 millones de personas cada a3o: OMS. *Expansion*, 30.
- Riva, L. C. (2008). Estado Nutricional y Complicaciones en Neonatos de madres adolescentes. *Vol 71 (2): 34 - 41*.
- Rosene - Montella, K., Keely, E., Barbour, L., & Lee, R. (2014). *Medical Care of the Pregnant Patient*. USA: Sehridan Press.

- Rosene-Montella K, K. E. (2014). *Medical Care of Pregnant Patient*. USA: Sehridan Press.
- Royburt , M., Seidman, D., & Serr, D. (2015). Maschiach Steurologic involvement in hypertensive disease of pregnancy. *Obstet Gynecol Survey*, 656- 664.
- Royburt, M., Seidman , D., & Serr, D. (2015). Mashiach Steurologic involvement in hypertensive disease of pregnancy. *Obstet Gynecol Survey*, 656 - 664.
- Saftlas, A., Olson, D., Frank, A., Atrash, H., & Pokras, R. (2014). *Epidemiology in preeclampsia in the United States*. USA: Obstet Gynecol.
- Santander, Sergio Mario Férrez; Rosas; Mendoza–González; Celso; Lorenzo; Antonio, José; Méndez, Arturo. (junio de 2008). Hipertensión arterial sistémica en el embarazo. (I. Chávez., Ed.) *Scielo*.
- Santos Leal, E. (2013). *Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber para torpes*. Anaya Multimedia.
- Santos Leal, E. (2014). *Embarazo: Prevencion y tratamiento de la hipertension*. El mundo de tu bebe.
- Sibai, B. (2013). *Chronic hypertension in pregnancy*. Murray Epstein.
- Sosa1, D. E. (s.f.). TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO. 26(2).
- Torales, C., Zelaya, M., Schiaffino, P., & Lanzós, S. (2013). Estados hipertensivos del embarazo en el hospital "Dr Ramon Madariago". *Rev. de posgrado de la XVI catedra de Medicina*, 20 - 28.
- Valensise, H., Vasapollo, B., Gagliardi, G., & Novelli, P. (2012). *Early and Late Preeclampsia Two Different Maternal Hemodynamic States in the Latent Phase of the Disease*.
- Velásquez, J. (2012). Hipertension Postparto. *Rev Colomb Obstetr Ginecol*, 141- 146.
- Vintch, J., Bongard, F. S., & Sue, D. Y. (2012). *Current diagnosis and treatment critical care*. USA: McGrawn - Hill Medical.
- Vintch, J., Bongard, F. S., & Sue, D. Y. (2012). Current diagnosis and treatment critical care. *McGraw - Hill Medical*, 807.
- Visintin, C., Mugglestone, M., Almerie, M., Nherera, L., James, D., & Walkinshaw, S. (2015). *Management of hypertensive disorders during pregnancy*. USA.

- Von Dadelszen , P., Payne, B., Li, J., Ansermino , J., Broughton Pipkin, F., & Cote, A. (2013). *Prediction of adverse maternal outcomes in preeclampsia and validation of the fullPIERS model*. Lancet.
- Von Dadelszen, P., Payne , B., Li, J., Ansermino, J., Broughton Pipkin, F., & Cote, A. (2013). *Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: development and validation of the fullPIERS model*. Lancet.
- Voto LS, M. M., Voto , L., & Margulies, M. (2013). *Hipertension en el embarazo*. El Ateneo.
- Voto, L., Quiroga, C., Lapidus, A., Catuzzi, P., Uranga Imaz, F., & Margulies, M. (2014). *Effectiveness of antihypertensive drugs in the treatment of hypertension in pregnancy*. USA.
- Warden, M., & Euerle, B. (2015). *Preeclampsia (Toxemia of pregnancy)*. USA.
- Warden, M., & Euerle, B. (2015). *Preeclampsia (Toxemia of Pregnancy)*. USA.
- Witlin, A., & Sibai, B. (2013). *Hypertensive diseases in pregnancy*. Philadelphia: Lippincott - Raven.

ANEXOS

ANEXO 1

TABLAS

Tabla 1: Número de casos de Hipertensión Gestacional en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

	2015	2016	TOTAL
CASOS	47	58	105
%	45%	55%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla2: Número de gestaciónen hipertensión Gestacional en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

Año	Nulipara	Multipara	SUMA TOTAL	% NULIPARAS	%MULTIPARAS	TOTAL %
2015	28	19	47	47%	41%	45%
2016	31	27	58	53%	59%	55%
TOTAL	59	46	105	100%	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla3: Número de mujeres embarazadas con hipertensión Gestacional con proteinuria significativa de acuerdo a la edad, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

Edades	2015	2016	TOTAL	2015%	2016%	% TOTAL
<21 años	22	31	53	47%	53%	50%
21-35 años	10	8	18	21%	14%	17%
>35 años	15	19	34	32%	33%	32%
TOTAL	47	58	105	100%	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla4: Número de mujeres embarazadas en las que aparece la hipertensión Gestacional con proteinuria significativa según la edad gestacional, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

Trimestre	Edad gestacional	2015	2016	Total	2015%	2016%	% TOTAL
1	1 - 13 SG	10	8	18	21%	14%	17%
2	14 - 27 SG	22	31	53	47%	53%	50%
3	28 - 42 SG	15	19	34	32%	33%	32%
	TOTAL	47	58	105	100%	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla5: Número de APP en mujeres embarazadas que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

APP	2015	2016	TOTAL	2015%	2016%	%TOTAL
DIABETES	12	21	33	26%	36%	31%
HTA	10	8	18	21%	14%	17%
NINGUNO	25	29	54	53%	50%	51%
TOTAL	47	58	105	100%	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla6: Número de mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

PROTEINURIA	2015	2016	TOTAL	2015%	2016%	% Total
++	28	33	61	60%	57%	58%
+++	19	25	44	40%	43%	42%
Total	47	58	105	100%	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla7: distribución de hábitos en mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

Hábitos	2015	2016	Total	2015%	2016%	% Total
Alcohol	3	1	4	6%	2%	4%
Droga	1	2	3	2%	3%	3%
Tabaco	0	3	3	0%	5%	3%
Ninguno	43	52	95	91%	90%	90%
Total	47	58	105	100%	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla8: Número de mujeres según el estado nutricional que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

Estado nutricional	2015	2016	Total	2015%	2016%	% Total
Desnutricion	2	0	2	4%	0%	2%
Normal	38	41	79	81%	71%	75%
Sobrepeso	5	12	17	11%	21%	16%
Obesidad	2	5	7	4%	9%	7%
Total	47	58	105	100%	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla9: Número controles prenatales de mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016.

Controles prenatales	2015	2016	TOTAL	2015%	2016%	% TOTAL
SI	19	26	45	40%	45%	43%
NO	28	32	60	60%	55%	57%
TOTAL	47	58	105	100%	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla10: tabla comparativa de los factores de riesgo de mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

FACTORES DE RIESGO								
	NULIPARIDAD	MULTIPARIDAD	DIABETES	ALCOHOL	DROGA	TABACO	OBESIDAD	DESNUTRICION
2015	47%	41%	26%	6%	2%	0%	4%	4%
2016	59%	55%	36%	2%	3%	5%	9%	0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla10: tabla comparativa del perfil epidemiológico de mujeres que padecen hipertensión Gestacional con proteinuria significativa, en el Hospital IESS Milagro durante periodo 2015-2016

PERFIL EPIDEMIOLOGICO				
	EDAD <21 AÑOS	MULTIPARIDAD	DIABETES	HIPERTENSION
2015	47%	41%	26%	21%
2016	58%	59%	36%	14%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital IESS Milagro año 2015-2016

Elaborado por: Autores

Tabla 1.- Clasificación de los trastornos Hipertensivos Gestacionales

Presentación antes de las 20 semanas	Presentación después de las 20 semanas
Hipertensión arterial crónica	Hipertensión Gestacional
Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida	Preeclampsia
	Eclampsia

Tabla 2.- Equivalencias del método de la tirilla reactiva

Resultados de la tirilla reactiva	Equivalente
Negativa	<30 mg / dL
1+	30 a 100 mg / dL
2+	100 a 300 mg / dL
3+	300 a 1000 mg / dL
4+	>1000 mg / dL

Tabla 3.- Grafica para la evaluación nutricional de la embarazada.

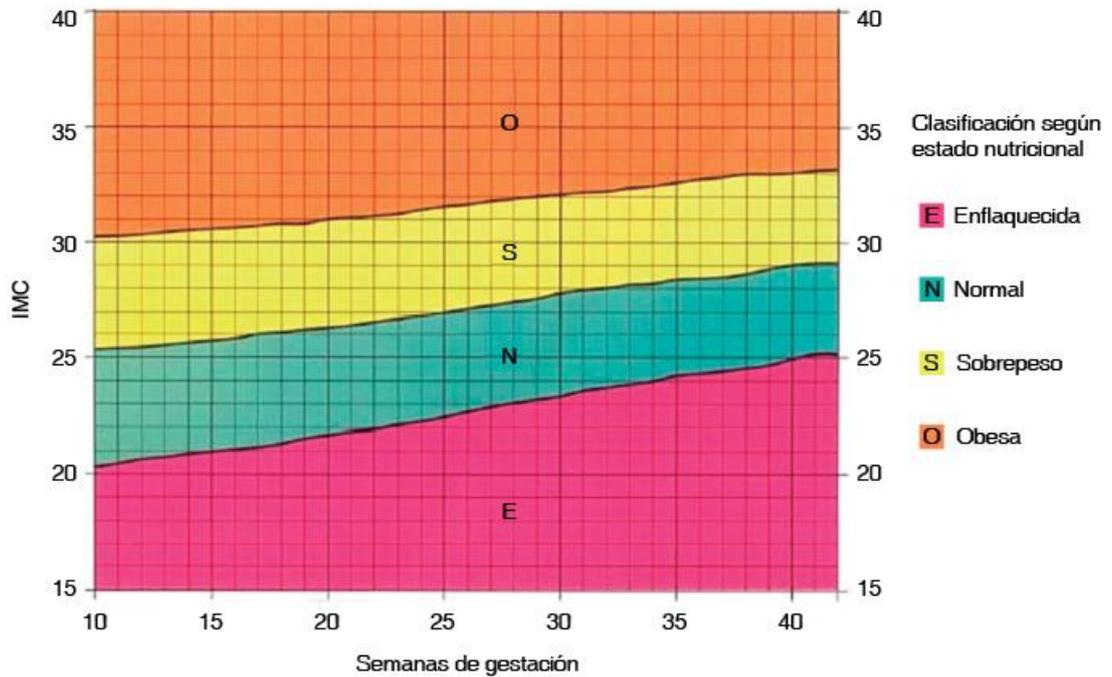


Figura 1. Gráfica para la evaluación nutricional de la embarazada.

Tabla 4.- Flujograma de diagnóstico de trastornos hipertensivos del embarazo.

