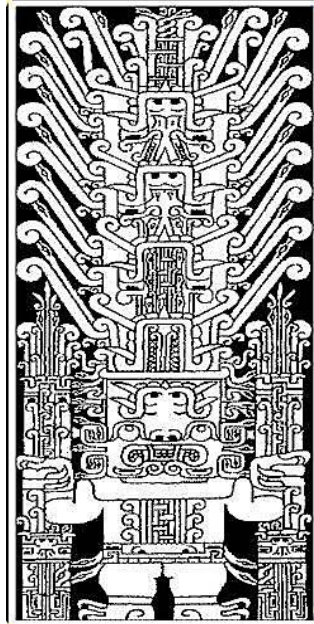


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL
Facultad de medicina “Hipólito Unanue”
Escuela profesional de Medicina

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



“Prevalencia de enfermedad hipertensiva en gestantes adolescentes del el servicio de gineco -obstetricia del hospital vitarte en el periodo de agosto noviembre del 2017”

"Prevalence of hypertensive disease in pregnant adolescents of the gynecology service - hospital of the hospital vitarte in the period of August, November 2017"

AUTORA:

Donayre Carrasco, Samantha Graciela

ASESOR:

Dr. Wilder Sandoval Díaz

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

LIMA- PERÚ

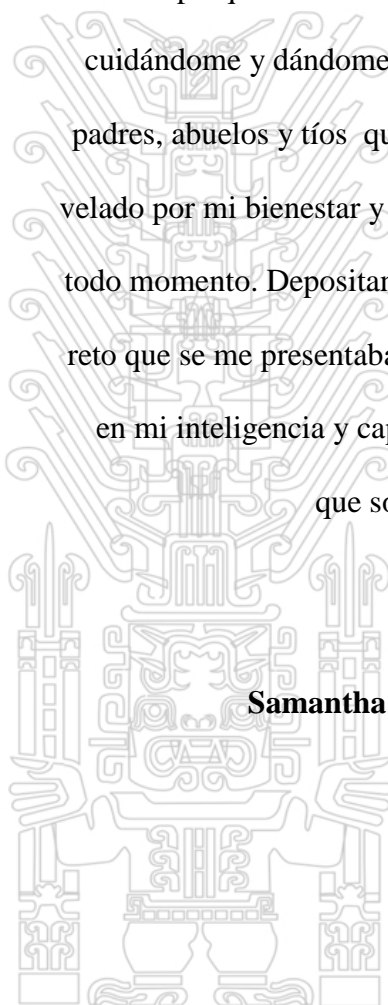
2017

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres. A

Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, abuelos y tíos quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

Samantha Graciela, Donayre Carrasco.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar a cada integrante de mi

familia a mi PADRE el Dr. José Antonio Donayre que ha sabido guiarme a lo largo de esta hermosa carrera que es la

Medicina, a mi MADRE María Graciela que constantemente me entregó su apoyo incondicional frente a las adversidades a

lo largo de este tiempo, a mis segundos padres MIS

ABUELOS José y Vilma Donayre que a lo largo de mi vida

me han apoyado incondicionalmente en diversas situaciones,

A mis terceros padres y no menos importantes, MI TIA Flor Carrasco y MI TIO Carlos Zevallos que me brindaron su apoyo

en el año que curse el Internado Médico;

A mis hermanas Susana y Vilma; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado

hasta donde estoy ahora.

Resumen

El embarazo adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutriente y vital, o la manifestación visible de trastornos en el desarrollo del adolescente. En esta investigación se realiza el presente estudio que va dirigido a describir cual es el porcentaje de la población estudiada que presenta enfermedad hipertensiva en la gestación. Pues se sabe que a nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Esta realidad no es ajena a la vivida en nuestro país. Dichas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. Tomando en cuenta ciertos parámetros como comorbilidades previas al embarazo, antecedentes familiares de preeclampsia, número de parejas sexuales e infecciones vaginales durante la gestación, se decide a realizar el presente estudio. Resultados: se incluyeron 100 pacientes , se mostró la prevalencia de enfermedad hipertensiva en adolescentes gestantes que representa el 37 % , también que el antecedente patológico familiar más significativo fue la hipertensión , diabetes y preeclampsia. Conclusiones: Se concluye dentro del estudio que las gestantes adolescentes atendidas en el hospital vitarte presentan una frecuencia significativa hallazgo común con diferentes estudios que se reflejan en la práctica clínica a nivel nacional.

Palabras clave: Gestantes adolescentes e hipertensión.

Abstract

The teen pregnancy can be a natural phenomenon in an agricultural company and a social problem in an industrialized company or in development; it can be an early manifestation of the reproductive capacity, nutrient and vitally, or the visible manifestation of disorders in the development of the teenager. In this investigation there is realized the present study that there is directed to describe which is the percentage of the studied population who presents hypertensive disease in the gestation. Since it is known that worldwide, the pregnancy to early ages appears every time with major frequency. This reality is not foreign to lived in our country. The above mentioned gestations accompany generally of big risks of biological complications in the mother, such as serious anemia, you threaten of abortion, premature childbirth, toxemia, hypertension induced by the own pregnancy, previous placenta, cervical incompetence, and infections, between others. In the health of the child it is possible to present from low weight on having been born, up to sequels that in occasions are for the whole life, as for example mental delay, faults of the closing of the neural pipe, as well as biological deficient development, between others. Bearing in mind certain parameters as comorbilidades before the pregnancy, familiar precedents of preeclampsia, number of sexual pairs and vaginal infections during the gestation, it decides to realize the present study.

Key words: Pregnant adolescents and hypertension.

INDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEORICO	2
HIPOTESIS Y VARIABLES	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
JUSTIFICACIÓN	26
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	27
OBJETIVOS	28
METODOLOGIA	29
UNIVERSO Y MUESTRA	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	49

ANEXOS

54

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las gestantes adolescentes según edad.

Tabla 2. Distribución de las gestantes adolescentes según el nivel educativo

Tabla 3. Distribución de las gestantes adolescentes según su lugar de residencia

Tabla 4. Distribución de las gestantes adolescentes 2017 según antecedentes patológicos familiares

Tabla 5. Distribución de las gestantes adolescentes según antecedentes patológicos personales

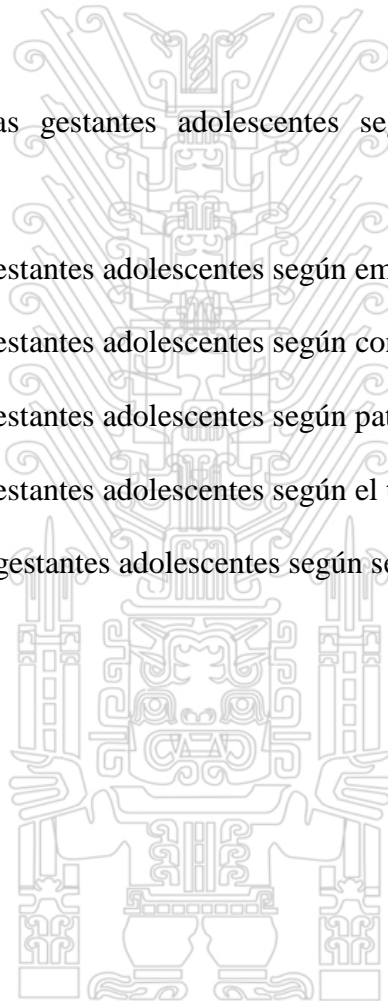
Tabla 6. Distribución de las gestantes adolescentes según embarazo anterior.

Tabla 7. Distribución de las gestantes adolescentes según controles pre natales

Tabla 8. Distribución de las gestantes adolescentes según patología hipertensiva

Tabla 9. Distribución de las gestantes adolescentes según el término del embarazo

Tabla 10. Distribución de las gestantes adolescentes según semanas de gestación



INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL EN MUJERES EMBARAZADA DE 15 A 19 AÑOS TRABAJO PUBLICADO POR JOSÉ TOMÁS TAPIA VILLALVA en donde muestra que el 50% de las embarazadas adolescentes que presentaron hipertensión correspondió a la edad de 17-18 años de edad, el 29% a 15-16 años, y el 21% a 19 años con respecto a los antecedentes patológicos personales se halló que el 47% no presenta ningún tipo de patología de importancia, el 25% se encuentra obesa, el 8% padece de hipertensión arterial y el 5% diabetes

INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL AÑO 2014 TRABAJO PUBLICADO POR NORMA PRISCILA ESCALA ROBAYO Estudio que muestra que en las adolescentes de 17 a 19 años de edad la tasa de incidencia de preeclampsia es alta con respecto a otras entidades hipertensivas de la gestación, además en este estudio se tomaron en cuenta parámetros importantes como son la comorbilidad asociada, el número de controles prenatales, el diagnóstico clínico prematuro de preeclampsia y la multiparidad de las pacientes.

RELACIÓN DE LA PREECLAMPSIA EN ADOLESCENTES GESTANTES EN EL HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO EN EL AÑO 2003, PUBLICADA POR CARLOS SQUIZZATO BULLON en donde se muestra que se encuentra embarazos adolescentes con mayor incidencia de edad entre los 17 -19 años representado por un 76.4%, y 64.8% en el grupo de preeclampsia. Además del trabajo se deduce que la incidencia de preeclampsia conlleva a un riesgo de 2.9 veces más probable de que una adolescente con hipertensión termine en cesárea.

MARCO TEÓRICO

EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Definimos embarazo adolescente como aquella gestación que ocurre en mujeres menores a 18 años de edad, siendo esta un problema frecuente en nuestra sociedad ya que constituyen embarazos de alto riesgo además de ser experiencias difíciles para la salud en las madres adolescentes, en la familia conformada por esta y para el futuro producto, ya que se encuentra descrito en la literatura que son más frecuentes las complicaciones la gestación en adolescentes; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento. (Bethesda; 2008) Además, porque, como ya se expresó, están más expuestos los sectores más vulnerables de la sociedad. (Gutiérrez; 2007)

El embarazo en la adolescencia viene a ser un evento poco esperado , y a veces sorpresivo dentro del entorno familiar de los futuros padres, pudiendo llegarse a desarrollar desde sensaciones de malestar y angustia hasta trastornos de personalidad que son perjudiciales para el propio embarazo, llegándose a promover la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. (Molina; 1992:83-9)

Las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación. Por otra parte, el embarazo de una adolescente está considerado de alto riesgo, pues el cuerpo de la mujer a esa edad aún no está suficientemente maduro como para afrontar el desgaste que supone dicho proceso. Por supuesto a menor edad, mayores complicaciones existen. (Montero, 1999; 6:10.).

Y es que la llegada de la edad fértil con la aparición de la menstruación no implica que la fisionomía de la afectada esté aun suficientemente desarrollada para soportar los cambios que produce el embarazo, ni para dar a luz de forma natural. Hay que recordar que la menstruación, que marca el comienzo de la fertilidad de la mujer, suele aparecer en torno a los 11 años, a veces incluso antes. Por otra parte, y no menos importante, está el desarrollo emocional, la madurez que se necesita para ser madre, que tarda aún más en llegar que el desarrollo físico.

La adolescencia es una época complicada, es el periodo en el que se está entre la niñez y la edad adulta, en el que se reacciona como niño pero se pretende actuar como si ya se fuese mayor. Y ahí está la clave de esta cuestión. Las relaciones sexuales no son un juego, no son simplemente una forma de pasarlo bien. Para disfrutar de ellas es necesario tomar precauciones y ser conscientes de porque se llevan a cabo. Cuestión aparte son los casos en los que la adolescente ha sido forzada y, a consecuencia de este hecho terriblemente doloroso, se queda embarazada. En estos supuestos lo mejores denunciarlo cuanto antes y ponerse en manos de los especialistas. (Vera, 1999:437-43.).

CONSECUENCIAS, COMPLICACIONES O RIESGOS EN LOS EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA.

Se describe en la literatura que el gestación en la adolescencia esta relacionada con la mayor cantidad de presentación de complicaciones, mayor tasa de morbimortalidad para la madre y el producto.

CONSECUENCIAS EN LA MADRE:

- Corre el riesgo de experimentar anemia.
- Preclampsia y eclampsia.
- Parto prematuro, prolongado o difícil.
- Carga de culpabilidad.
- Mayor probabilidad de divorcio (problemas maritales, unidos a causa del embarazo).
- Desempleo o menor salario
- Riesgo de aborto
- Cáncer de mama
- Riesgos tanto biológicos, como psíquicos y sociales.
- Hemorragias
- Infecciones
- Reacción depresiva que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio.
- Genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial.



CONSECUENCIAS EN ÉL BEBE:

- Presenta bajo peso al nacer
- Suelen ser prematuros
- Malformaciones congénitas
- Problemas de desarrollo
- Retraso mental
- Ceguera
- Epilepsia o parálisis cerebral (Ruoti,1994: 70-2.)

CONCEPTO DE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

El término Hipertensión en el Embarazo (o Estado Hipertensivo del Embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal.

Para esto clasificar esta entidad nosológica es importante diferenciar las distintas patologías en el previas y las que se dan en el embarazo como diagnóstico diferencial fundamentalmente la preeclampsia que es la patología más común y la que conlleva a la mayor cantidad de complicaciones. Entonces se puede decir que el concepto de hipertensión no es indiferente a las gestantes adolescentes, presentándose esta en cualquier etapa de la gestación incluso durante el trabajo de parto o en el postparto.

Se define como Hipertensión, a la toma de presión arterial en miembros que arrojan cifras sistólicas mayor o igual a 140 mmhg y diastólicas mayor a 90 mmhg, siendo estas registradas en dos tomas o más separadas por 6 horas en posición sentada con diez minutos previos de reposos a cada toma respectiva.

Es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas y se caracteriza porque puede o no existir proteinuria, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de pre eclampsia (con proteinuria) es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas (López, 2011).

- La hipertensión gestacional grave se define con una presión arterial sistólica superior a 160 mmhg y una diastólica mayor a 110 mmhg medidas con seis horas de diferencia sin proteinuria.
- La hipertensión gestacional leve puede progresar a la grave o a pre eclampsia, se da antes de las 30 semanas de gestación. (Reece, Hobbins, 2010)

La hipertensión arterial concomitante con el embarazo puede clasificarse como crónica (cuando precede al embarazo, cuando se diagnostica antes de las veinte semanas del mismo o si persiste después de 12 semanas de resuelto éste) o como hipertensión aguda inducida por el embarazo (cuando ocurre después de las veinte semanas de gestación y se resuelve después del nacimiento).

De esta última se aceptan dos variantes distintas e independientes.

A la primera se le conoce como pre eclampsia-eclampsia, cursa con albuminuria y es potencialmente maligna, ya que puede acompañarse de alteraciones multisistémicas que arrojan elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, materna y perinatal.

La segunda variante, cuya evolución es más benigna, se manifiesta sólo por hipertensión, no ocasiona daño renal ni manifestaciones sistémicas y se le conoce como hipertensión gestacional (Medina, 2011)

VALORES NORMALES DE TENSIÓN ARTERIAL EN EMBARAZADAS:

El nivel promedio de la tensión arterial normal durante el embarazo es de 116 +/- 12 y de 70 +/-7 (Sistólica y diastólica respectivamente) (VOTO 1987, 1993).

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN LA GESTACION

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:

Detección de valores de presión arterial igual o mayores a 140/90 mm Hg en tomadas en dos oportunidades separadas cada uno por un lapso de 6 horas descansando previamente 10 minutos antes de cada toma descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación. Dándose el diagnostico de hipertensión gestacional si el valor de la presión arterial retorna a valores normales después de las 12 semanas del postparto.

PREECLAMPSIA:

Desorden multisistémico que se manifiesta, en general, a partir de las 20 semanas de gestación, ante la detección de valores de TA iguales o mayores a 140/90 mm Hg asociado a la presencia de Proteinuria. Excepcionalmente puede manifestarse antes de las 20 semanas en pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional o Síndrome Antifosfolipídico Severo.

Según se exprese, podrá subclasificarse en:

- Preeclampsia Leve: Detección de valores de tensión arterial iguales o mayores a 140/90 mm Hg, en dos tomas separadas por un lapso de tiempo de 4 horas por lo menos, sumándose a esta proteinuria con cifras mayores a 300 mg/24hras.
- Preeclampsia Grave: Detección de tomas de presión arterial con cifras mayores a 160/110 mmHg o sin esta pero asociada a alguno de estos criterios que indicarían indirectamente daño tisular en algún órgano diana: Coagulación Intravascular Diseminada, valores de plaquetas menores a 0.9mg/dl, dolor en cuadrante superior derecho u epigastralgia asociado a náuseas y vómitos, aumento de transaminasas hepáticas, hiperreflexia , cefalea que cede difícilmente a analgésicos, depresión del estado neurológico, visión borrosa, etc.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA:

Hipertensión diagnosticada antes del embarazo definido como comorbilidad asociada pudiendo ser primaria, secundaria de etiología renal, endocrina o central o diagnosticada

antes de las primeras 20 semanas de gestación o hipertensión que se diagnostica en el embarazo por primera vez y no desaparece hasta antes de las 12 semanas de postparto.

ECLAMPSIA:

Gestante con preeclampsia que presenta convulsiones de tipo tónico-clónicas generalizadas después de la semana 20 de gestación pudiendo incluso llegarse a presentar durante el parto normal o cesárea, puerperio siendo a la vez no atribuible a otros trastornos.

SÍNDROME HELLP:

Complicación de la preeclampsia grave el cual se manifiesta con 4 criterios; siendo esta elevación de enzimas hepáticas y elevación de LDH > 600 signo de disfunción hepática, anemia hemolítica, trombocitopenia y hemólisis.

FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA

Se desconoce el agente causal de la preeclampsia-eclampsia. A lo largo del tiempo se han propuesto diversas hipótesis, como la de la existencia de una endotoxina con poder vasopresor, hecho que dio lugar al nombre con el que se le conoció por mucho tiempo (toxemia). Más tarde se propusieron como agentes causales los factores genéticos, la resistencia a la insulina, la deficiencia de calcio, el desequilibrio en la producción de prostaglandinas, las alteraciones de la coagulación, etc. (Salomón, 2011).

Algunas observaciones epidemiológicas e histopatológicas de los últimos años han hecho suponer un trastorno inmunológico que provoca mala respuesta inmunitaria materna al embarazo, lo que lleva a la invasión trofoblástica deficiente de las arterias espirales del útero (sólo 30 al 50% del extremo proximal a la decidua).

Lo anterior provoca isquemia placentaria y se ha propuesto que ello, a su vez, desencadena la liberación de sustancias inflamatorias que producen lesión endotelial sistémica. El endotelio vascular tiene importantes funciones que incluyen: liberación de sustancias vasoactivas que regulan el tono vascular y sustancias que modulan la adhesividad plaquetaria, la fibrinólisis y la coagulación. Se ha detectado un número creciente de marcadores de lesión y disfunción endotelial en las mujeres preeclámpicas (homocisteína, fibronectina, molécula de adhesión intercelular, selectina E, etc.), así como de alteraciones de sustancias vasoactivas y de reguladores de la coagulación. (Granger, Alexander, Llinas, Benett y Khalil, 2001).

El desencadenamiento de la cascada fisiopatológica puede provocar trastornos en distintos órganos, aparatos y sistemas de la mujer embarazada. El desequilibrio en la producción de las sustancias vasoactivas lleva al vasoespasmo y, consecuentemente, a la hipertensión arterial sistémica que, a su vez, ocasiona un impacto adicional en el organismo de la mujer y en su embarazo. La preeclampsia es muy grave y mortal para la madre y su hijo.

Puede producir manifestaciones en distintas áreas del organismo de la mujer (encefalopatía, hipovolemia, alteraciones hematológicas, hepáticas, cardiopulmonares, etc.) e, incluso, puede cursar con cuadros fulminantes y multisistémicos que evolucionan de manera rápida y con manifestaciones de daño a diversos aparatos y sistemas. Sin embargo, por razones aún no esclarecidas, su grado de progresión es variable y, por fortuna, la mayor parte de las veces el trastorno es leve y sólo incluye hipertensión arterial y lesión glomerular con albuminuria moderada.

La hipertensión gestacional es un trastorno que suele observarse en una etapa más avanzada del embarazo, a diferencia de la pre eclampsia. Se manifiesta sólo por

hipertensión arterial y aunque algunas veces esta última puede comportarse en forma grave y arrojar elevadas tasas de resultados perinatales adversos y superiores a los que produce la pre eclampsia leve (A Buchbinder, Sibai y Caritis, 2012) lo usual es que la evolución sea benigna y que el resultado perinatal no se vea afectado comparado con controles sin hipertensión (Gofton, Capewell, Natale y Gratton , 2001) .

Su expresión clínica se limita a la gravedad de la hipertensión y no tiene repercusiones de otra naturaleza, incluso la volemia no se encuentra disminuida. Hasta este punto podría considerarse que dado el pronóstico potencialmente grave de la preeclampsia y virtualmente benigno de la hipertensión gestacional, así como por algunos hechos fisiopatológicos durante la primera y ausentes en la segunda se trate de dos enfermedades distintas. Sin embargo, también puede plantearse la posibilidad de que ambos padecimientos representan estadios evolutivos distintos de la misma enfermedad (Medina, 2011).

FACTORES PREDISPONENTES A TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos:

- Paridad: casi exclusiva de primigestas.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.

- Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastosis fetal).
- Antecedentes familiares y personales.
- Bajo Nivel socioeconómico.
- Factores ambientales (López, 2011)

La preeclampsia afecta a menudo a mujeres jóvenes y nulíparas mientras que las pacientes mayores tienen mayor riesgo de hipertensión crónica con preeclampsia agregada. Además la incidencia depende en buena medida de la raza y el grupo étnico, y por lo tanto de la predisposición genética. Otros factores incluyen las influencias ambientales, socioeconómicas, e incluso estacionales.

Con la consideración de estas vicisitudes en varios estudios de todo el mundo revisados, la incidencia de preeclampsia en las nulíparas varía de 3-10%. En las multíparas también es variable pero es menor en las nulíparas. El riesgo de óbito fetal era mayor en las multíparas hipertensas que en las nulíparas.

Otros factores de riesgo relacionados con la preeclampsia comprenden la obesidad, gestación con múltiples fetos, edad de la madre mayor de 35 años, y grupo étnico afro ecuatoriano. La relación entre el peso de la madre y el riesgo de preeclampsia es progresiva. Aumenta desde 4.3% para mujeres con un índice de masa corporal superior a 25. En pacientes con embarazo gemelar en comparación con aquellas de embarazo único la incidencia de hipertensión gestacional está muy aumentada (León, 2011).

Aunque el tabaquismo durante la gestación causa diversos resultados adversos del embarazo no deja de ser irónico que el tabaquismo se haya relacionado de manera

informado que la placenta previa reduce el riesgo de trastornos hipertensivos durante el embarazo.

En la mujer normotensa durante el primer embarazo, la incidencia de preeclampsia en un embarazo ulterior es menor de lo indicado antes. En un análisis de cohorte retrospectivo poblacional estudiaron casi 137.000 segundos embarazos en estas pacientes. La incidencia de preeclampsia en las mujeres blancas fue 1.8% comparada con 3% entre las de raza negra. De nueva cuenta la obesidad fue un factor de riesgo mayor (León, 2011).

Historia familiar de preeclampsia: Las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado preeclampsia tienen una incidencia significativamente mayor que las que no lo tienen. Los factores genéticos probablemente están relacionados con los sistemas reguladores de la presión arterial. Los antecedentes de enfermedad aterosclerótica prematura en padres o hermanos aumenta el riesgo de preeclampsia en 10-15% (Ebensperger, 2014).

DIAGNOSTICO

El mismo se realiza cuando las cifras tensionales alcanzan o superan los 140/90 mm Hg. de presión sistólica y diastólica respectivamente. La paciente debe permanecer sentada por al menos cinco minutos antes de medir la tensión arterial. Si la misma es anormal, se debe repetir la medición tres veces más, separadas por intervalos de un minuto. Si estos valores se presentan antes de la semana 20, estaremos presuntamente en presencia de una paciente con hipertensión previa.

Si ocurren luego de la semana 20, deberemos recurrir a los estudios complementarios y al análisis de los factores de riesgo para poder diferenciar una hipertensión crónica de una inducida por el embarazo.

EVALUACIÓN INICIAL Y CONDUCTA EN LA PACIENTE HIPERTENSA



Figura 1

EVALUACIÓN SEGÚN EL TIPO DE TRASTORNO HIPERTENSIVO

Hipertensión Crónica La Hipertensión Crónica puede ser esencial (90% de los casos) o secundaria de causa conocida (renal, vascular, endocrina, etc.)

La hipertensión crónica se puede clasificar de esta manera:

Hipertensión crónica leve con valores mayores de presión arterial a 140 / 90 mm Hg

Hipertensión crónica severa con valores mayores de presión arterial a 160 / 110 mm Hg

El diagnóstico es sencillo de hacer en mujeres que refieren tomar medicaciones antihipertensivas antes de la concepción. Sin embargo, el diagnóstico puede ser difícil de distinguir de la hipertensión gestacional cuando la mujer se presenta a la consulta luego de la semana 20^a. En estos casos será importante reevaluar a las pacientes en el puerperio alejado, si la hipertensión persiste más de 12 semanas posparto, será clasificada como crónica se pueden establecer signos sugestivos de hipertensión como por ejemplo: alteraciones vasculares en el fondo de ojo, electrocardiograma en la que se evidencia hipertrofia de ventrículo izquierdo, función renal comprometida o alguna nefropatía preexistente, etc.

A veces el diagnóstico es difícil de hacer debido a los marcados e inconstantes cambios de la presión arterial hacia la mitad del embarazo. Esto es problemático en las pacientes que acuden tarde al control prenatal, y son evaluadas por primera vez en el tercer trimestre o aun intraparto.

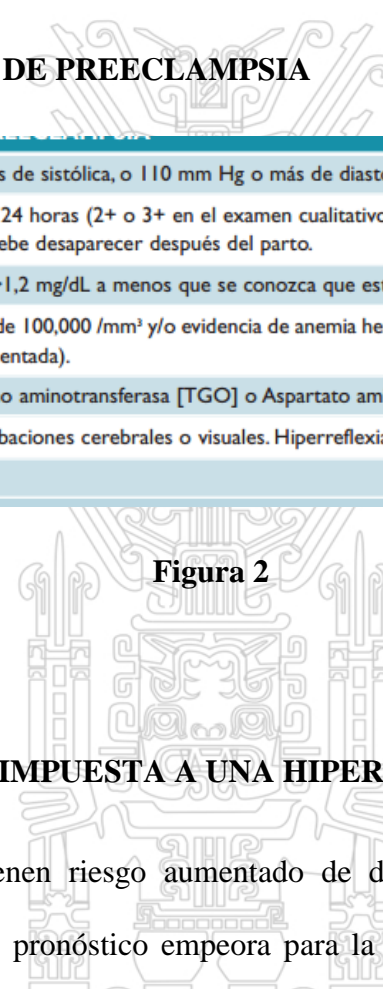
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

Un aumento de tensión arterial detectado por primera vez después de las 20 semanas del embarazo, es clasificado como Hipertensión Gestacional. Este término, poco específico, incluye a las preeclámpticas previo a la aparición de la proteinuria, así como a mujeres que jamás tendrán proteinuria. Si no se ha desarrollado una preeclampsia y la tensión arterial ha vuelto al valor normal posparto, podría asignarse el diagnóstico de hipertensión gestacional. En cambio si la tensión arterial no vuelve a los valores normales estaremos en presencia de una hipertensión crónica.

PREECLAMPSIA

Síndrome que se da solo en mujeres gestantes con la presentación de hipertensión luego de la semana 20 de gestación. Está determinado por hipertensión acompañada de proteinuria. Puede ser Leve o Severa.

SIGNOS DE SEVERIDAD DE PREECLAMPSIA



◆ Tensión arterial: 160 mm Hg o más de sistólica, o 110 mm Hg o más de diastólica.
◆ Proteinuria 5 g ó más en orina de 24 horas (2+ o 3+ en el examen cualitativo). La proteinuria debe ocurrir la primera vez en el embarazo y debe desaparecer después del parto.
◆ Aumento de la creatinina sérica (>1,2 mg/dL a menos que se conozca que estaba elevada previamente).
◆ Recuento de plaquetas de menos de 100,000 /mm ³ y/o evidencia de anemia hemolítica microangiopática (con láctico deshidrogenasa - LDH aumentada).
◆ Enzimas hepáticas elevadas (Alanino aminotransferasa [TGO] o Aspartato aminotransferasa [TGP]).
◆ Cefalea persistente u otras perturbaciones cerebrales o visuales. Hiperreflexia patelar.
◆ Dolor epigástrico persistente.

Figura 2

PREECLAMPSIA SOBREIMPUESTA A UNA HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Las hipertensas crónicas tienen riesgo aumentado de desarrollar preeclampsia en sus embarazos, y en ese caso el pronóstico empeora para la madre y el feto. Diferenciar la preeclampsia sobreimpuesta de una hipertensión crónica evolutiva es un desafío para el profesional. La sospecha de preeclampsia sobreimpuesta obliga a una observación estricta y una adecuada evaluación de la oportunidad del nacimiento indicado por la valoración global del bienestar materno-fetal.

DEBE PRESUMIRSE PREECLAMPSIA SOBREIMPUESTA CON LOS SIGUIENTES INDICADORES:

Debe presumirse Preeclampsia sobreimpuesta con los siguientes indicadores:

- ◆ Proteinuria (definida como la eliminación de 0,3 gr o más de proteínas en orina de 24 hs.) de reciente aparición en mujeres con hipertensión y sin proteinuria al inicio de la gestación (antes de la semana 20).
- ◆ Aumento brusco de la proteinuria en mujeres con hipertensión y proteinuria basal antes de la semana 20 de gestación.
- ◆ Aumento brusco de la TA en mujeres hipertensas previamente y bien controladas.
- ◆ Aumento de la TGO y TGP sobre los valores normales.
- ◆ Trombocitopenia (recuento de plaquetas $<100,000 /\text{mm}^3$).
- ◆ Presencia de síntomas neurosensoriales: cefalea persistente, visión borrosa, escotomas centellantes.
- ◆ Dolor persistente en epigastrio / hipocondrio derecho, náuseas, vómitos.
- ◆ Hiperreflexia patelar.

ECLAMPSIA

Es la aparición de convulsiones tónico-clónicas o coma en una mujer embarazada o puerpera, no atribuible a otras causas. Ante la presencia de estos síntomas, deberán establecerse los diagnósticos diferenciales mediante antecedentes de la paciente, sintomatología previa, respuesta al tratamiento y estudios complementarios.

MANEJO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Generalidades

La terapia indicada es elegir el momento oportuno y el lugar adecuado para la terminación de la gestación.

El manejo obstétrico de la preeclampsia se basa fundamentalmente en el balance entre la salud fetoneonatal y la salud materna.

No existen evidencias sobre mejores resultados entre conductas activas o expectantes en el

La finalización del embarazo es la terapia apropiada para la madre, pero puede no serlo para el feto y/o neonato pretérminos. El objetivo del tratamiento es prevenir la eclampsia y las complicaciones severas, cerebro y cardiovasculares. (HADDAD, SIBAI 2009, pág. 143-151).

El rol de la medicación antihipertensiva en las mujeres embarazadas con hipertensión leve (TA diastólica entre 90 a 109 mm Hg) es incierto y es motivo de revisión actual.

La medicación antihipertensiva reduce el riesgo de progresión a hipertensión severa, pero no reduce la incidencia de preeclampsia ni mejora los resultados perinatales. (ABALOS 2007)

El intento de tratar la preeclampsia descendiendo las cifras tensionales, con los fármacos disponibles, no corrige las alteraciones fisiopatológicas endoteliales de la enfermedad, como ser la hipoperfusión tisular, la disminución del volumen plasmático y las alteraciones en la función renal.

MANEJO CONSERVADOR EN EMBARAZOS < 34 SEMANAS

El manejo conservador en embarazos prematuros puede mejorar los resultados perinatales, pero debe realizarse un cuidadoso monitoreo del estado materno-fetal (HADDAD, SIBAI 2009).

Internación en área de observación

- Sulfato de Magnesio en dosis profiláctica por 24 hrs. en casos de preeclampsia grave.

- Glucocorticoides para maduración fetal entre 24 y 34 semanas.
- Laboratorio seriado que incluya:
- Hemograma con Recuento de Plaquetas.
- Creatinina, Urea, Acido Úrico Hepatograma y LDH.
- Proteinuria de 24 hrs. Laboratorio habitual del embarazo (Glucemia, Serologías, Orina completa, Urocultivo, Cultivo Estreptococo B., etc.)
- Antihipertensivos (ver consideraciones sobre antihipertensivos y dosis).
- Control de diuresis.
- Control de peso cada 24-48 horas (edemas).

HIPERTENSIÓN CRÓNICA:

El objetivo del tratamiento es evitar la crisis hipertensiva y permitir continuar el embarazo hasta alcanza la madurez fetal. El tratamiento precoz no previene el desarrollo de preeclampsia, por lo tanto solo se iniciará cuando esté indicado.

En la HTA crónica, los tratamientos administrados previamente deberán ajustarse a las condiciones del embarazo: a dosis, indicaciones y contraindicaciones (Ver tabla de Drogas antihipertensivas en el embarazo). A las pacientes que estén recibiendo Inhibidores de enzima convertidora (IECA) o antagonistas de Angiotensina II (ARA II) se les modificará la medicación en la consulta preconcepcional, o en su defecto, en la primera visita al

control prenatal.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Como en todas las embarazadas, el uso de alcohol y tabaco se desaconseja. El consumo de alcohol puede empeorar la hipertensión materna y el hábito de fumar se asocia a desprendimiento de placenta y RCIU.

Reposo en cama Es el tratamiento más prescrito en las pacientes con hipertensión y embarazo. No se dispone de evidencia suficiente para brindar una orientación clara con respecto a la práctica clínica, hasta tanto, el reposo absoluto en cama no debe recomendarse como práctica de rutina para la hipertensión en el embarazo, aunque si la reducción de la actividad física y de la jornada laboral. (Meher 2005). Además el reposo en cama prolongado aumenta el riesgo de trombosis venosa profunda.

Reducción de peso No se recomienda la reducción de peso durante el embarazo en la prevención de la hipertensión gestacional.

Restricción de Sodio Se comparó la ingesta baja en sal con la ingesta alta en sal con respecto al desarrollo de hipertensión sin diferencias significativas (Duley 2000).

Se recomienda dieta normosódica en pacientes con hipertensión gestacional o preeclampsia.

Sólo corresponde continuar dieta hiposódica indicada previamente en hipertensas crónicas.

Criterios de Internación:

Se recomienda internación / observación (ambulatoria o diurna) a toda paciente embarazada con HTA gestacional y TAD entre 90 y 99 mm Hg para control estricto de TA.

- Tensión Arterial Sistólica > 160 mm Hg, Tensión A. Diastólica > 110 mm Hg
- Presencia de síntomas neurosensoriales
- Preeclampsia HTA crónica + preeclampsia sobreimpuesta.
- RCIU / Oligoamnios
- HTA Gestacional con TAD > 99 mm Hg.
- HTA crónica con mal control ambulatorio.
- Alteraciones específicas del laboratorio

CONTROL DE LA SALUD FETAL EN PACIENTES HOSPITALIZADAS

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	PREECLAMPSIA
Ecografía: Evaluación del crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico. Si es normal, repetir cada cuatro semanas, o antes si la condición materna se modifica.	Ecografía: Evaluación del crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico inicial. Con resultados normales repetir biometría cada 2 semanas, con evaluación semanal, de líquido amniótico.
Monitoreo Fetal Anteparto al momento del diagnóstico y reiterar semanalmente o cada 72 hs a partir de las 32 semanas.	Monitoreo Fetal Anteparto: Al momento del diagnóstico y reiterar cada 72 hs, a partir de las 32 semanas.
Doppler: Evaluación de arterias umbilical, cerebral media y uterinas. Reiterar según criterio para cada caso, cada 7 a 14 días.	Doppler: Evaluación de arterias umbilical, cerebral media, uterinas. Reiterar según criterio para cada caso, cada 7 a 14 días.

Figura 5

MADURACIÓN PULMONAR FETAL

Se recomienda la maduración pulmonar fetal con glucocorticoides inyectables en las embarazadas con hipertensión arterial, entre las 24 y 34 semanas.

Betametasona: 1 ampolla IM de 12 mg (6 mg de Fosfato + 6 mg de acetato) cada 24 hrs, total 2 dosis o bien,

Dexametasona: 1 ampolla IM (6 mg) cada 12 hrs, total 4 dosis.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tener presente que toda medicación puede actuar sobre el feto por atravesar la barrera placentaria. Al administrar medicación antihipertensiva, una disminución pronunciada de la TA puede reducir el flujo útero-placentario y comprometer la salud fetal. Por lo tanto, no es recomendable reducir la TA diastólica a menos de 80 mm Hg como objetivo del tratamiento farmacológico. En HTA leve a moderada se puede reducir el riesgo de desarrollar hipertensión grave a la mitad con la utilización de un fármaco antihipertensivo, aunque no previene el riesgo de desarrollo de preeclampsia, ni de las complicaciones perinatales. (ABALOS 2007)

Ante cifras tensionales mayores a 160/100 mm Hg, la terapia antihipertensiva se realiza con el objeto de disminuir las complicaciones maternas, como la hemorragia cerebral.

DROGAS RECOMENDADAS PARA EL MANEJO VÍA ORAL (AMBULATORIO O SIN EMERGENCIA):

El tratamiento se inicia con la dosis mínima y se modificará según necesidad.

DROGA	DOSIS DIARIA	COMENTARIOS
ALFA METILDOPA Recomendación I-A	500 a 2000 mg/día, comprimidos de 250 y 500 mg en 2 a 4 dosis.	Agonista alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica. Primera elección para la mayoría de las sociedades científicas. Seguridad bien documentada luego del 1° trimestre y mientras dure la lactancia.
LABETALOL Recomendación I-A	200 a 1200 mg/día, comprimidos de 200 mg en 2 a 4 dosis	Bloqueante no selectivo de los receptores alfa y beta, con actividad agonista parcial de receptores β ₂ . Disminución de la resistencia periférica por bloqueo alfa en los vasos periféricos. Seguridad en embarazo y lactancia.
NIFEDIPINA Recomendación I-A	10-40 mg/día, comprimidos de 10 y 20 mg en 1 a 4 dosis	Bloqueante de los canales de calcio. Se recomiendan los preparados por vía oral de liberación lenta. No debe administrarse por vía sublingual para evitar riesgo de hipotensión brusca. Seguridad en embarazo y lactancia.

Figura 6

Los Inhibidores de Enzima Convertidora (IECA) y los antagonistas de Angiotensina II (ARA II) están contraindicados en el embarazo, por su asociación con RCIU, Oligoamnios, muerte fetal intrauterina y alteración de función renal del neonato. No se recomienda Prazosín ni Atenolol (ASOCIACIÓN CON MUERTE FETAL Y RCIU RESPECTIVAMENTE).

HIPOTESIS Y VARIABLES

HIPÓTESIS GLOBAL:

La tasa de prevalencia de las enfermedades hipertensivas del embarazo es alta en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del hospital vitarte.

HIPÓTESIS DERIVADA:

La tasa de prevalencia de las enfermedades hipertensivas es baja en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del hospital vitarte.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Enfermedad hipertensiva del embarazo

Definición conceptual: aquellas entidades nosológicas que cursan durante la gestación y se caracterizan por el incremento anormal de la presión arterial en cifras mayores a 140/90 mmHg y que puede presentarse en cualquier momento del embarazo incluso durante el parto y puerperio

Estas se clasifican en:

- Hipertensión arterial crónica: definida como medida de valores de presión arterial >140/90 antes del embarazo
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Preeclampsia en sus dos formas leve y severa
- Eclampsia como complicación de preeclampsia

- Síndrome de hellp como complicación de preeclampsia severa

En la práctica clínica es muy útil diferenciar y clasificar bien estas entidades ya que mediante herramientas como una buena evolución médica y diagnóstico precoz podremos evitar complicaciones que en la mayoría son perjudiciales para la madre y el feto.

Definición operacional: diagnóstico definitivo del paciente al momento del alta médica en el servicio de gineco obstetricia del hospital vitarte.

VARIABLE DEPENDIENTE

ADOLESCENTES

Definición conceptual: se define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Definición operacional: edad de la gestante al momento de realizar el diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el servicio de gineco-obstetricia del hospital vitarte.

VARIABLE INTERVINIENTE

Edad, grado de instrucción, lugar de procedencia, controles prenatales, patologías durante el embarazo

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Conocer cuál es la tasa de prevalencia de enfermedad hipertensiva en el embarazo adolescente ya que la repercusión de esta entidad nosológica es desfavorable para la madre y el producto de la concepción ocasionando en estas graves complicaciones. Ya que al conocer la prevalencia de estas patologías en las gestantes adolescentes podremos formar parte de bases científicas en nuestro medio que son pocas acerca del tema para investigaciones futuras que ayuden a conocer las principales complicaciones en nuestra realidad.

JUSTIFICACIÓN

Siendo las enfermedades hipertensivas del embarazo las patologías más frecuentes en nuestro medio que comprometen y complican la gestación perjudicando la salud de la madre y del producto del embarazo, por lo cual se realiza el presente estudio teniendo como objetivo conocer la prevalencia de las enfermedades hipertensivas del embarazo en gestantes adolescentes, ya que en la literatura internacional se describe las complicaciones como: hipertensión arterial crónica, hipertensión gestacional transitoria y pre eclampsia leve con el mal pronóstico materno fetal.

El presente estudio pretende constituir un elemento fundamental para determinar cuántas pacientes gestantes adolescentes tuvieron una hipertensión inducida por el embarazo. Y así constituir base para futuras investigaciones de carácter científico que aporten

conocimiento sobre estas patologías, ya que el desconocimiento de la población sobre la

enfermedad y las complicaciones de estas es grande y no permiten al médico o especialista diagnosticarlas con prematuridad.

Siendo finalmente de interés propio fundamentar con mayor claridad que en el presente trabajo de investigación la tasa de prevalencia arroja una cifra considerable y que las complicaciones de esta patología cambian el rumbo de la gestación, tanto del control como del manejo posterior.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

PROBLEMA GENERAL:

Conocer la tasa de prevalencia de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo que presentan las gestantes adolescentes del servicio de gineco – obstetricia del hospital vitarte del mes de agosto al mes de noviembre del 2017.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

¿Con que frecuencia se presentan las enfermedades hipertensivas del embarazo en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco -obstetricia del hospital vitarte?

¿Cuál es la frecuencia de gestaciones adolescentes atendidas en el servicio de gineco – obstetricia del hospital vitarte?

¿Con que patologías del embarazo se asocian mayormente la gestación adolescente?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Dar a conocer la tasa de prevalencia de enfermedades hipertensivas del embarazo presentadas por las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco – obstetricia del hospital vitarte del mes de agosto al mes de noviembre del 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer la tasa de prevalencia de enfermedad hipertensiva del embarazo presentadas por las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital vitarte del mes de agosto al mes de noviembre del 2017.
- Dar a conocer cuál es la frecuencia de gestaciones adolescentes atendidas en el servicio de gineco – obstetricia del hospital vitarte?
- Dar a conocer cuáles son las patologías del embarazo se asocian mayormente la gestación adolescente.

METODOLOGIA

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio realizado es de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo

MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Se procederá a revisar las historias clínicas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital vitarte durante los periodos agosto a noviembre del 2017.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Constituida por todos las gestantes adolescentes atendidas y hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial durante el periodo comprendido del mes de agosto al mes de noviembre del 2017 en el servicio de gineco obstetricia del hospital vitarte
- Gestantes adolescentes con diagnóstico de alguna enfermedad hipertensiva del embarazo: hipertensión arterial preexistente, preeclampsia leve, preeclampsia severa, eclampsia y preeclampsia no específica.
- Historia perinatal con información completa en la base de datos del sistema informativo perinatal

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes adolescentes que cursaron con aborto o mola hidatiforme
- Gestantes adolescentes que no presentaron hipertensión ni antes ni después del embarazo

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

El universo lo constituyen 100 mujeres que presentaron hipertensión arterial atendidas en el área de Gineco – Obstetricia del hospital vitarte del mes de agosto al mes de noviembre del 2017.

MUESTRA

Para la investigación se tomó como muestra 100 pacientes de los meses de Agosto- Noviembre del 2017 de adolescentes embarazadas de 13 a 17 años con hipertensión arterial atendidas área Gineco-Obstetricia del hospital Vitarte el mismo que se tomó de los datos obtenidos de las pacientes encuestadas y verificación de datos del departamento de estadística de esta área de salud.

TÉCNICA DE PROCESAMIENTOS DE DATOS

Con las variables consideradas en el presente estudio se elaborará una base de datos en el programa de spss 22.0.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de datos se realizará mediante estadística descriptiva con distribución de frecuencias, porcentajes y gráficos, recomendados por la metodología. Las medidas estadísticas utilizadas para el análisis fueron medidas de frecuencia relativa, entre ellas el porcentaje y la razón. Se presentará los resultados en tablas y gráficas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1

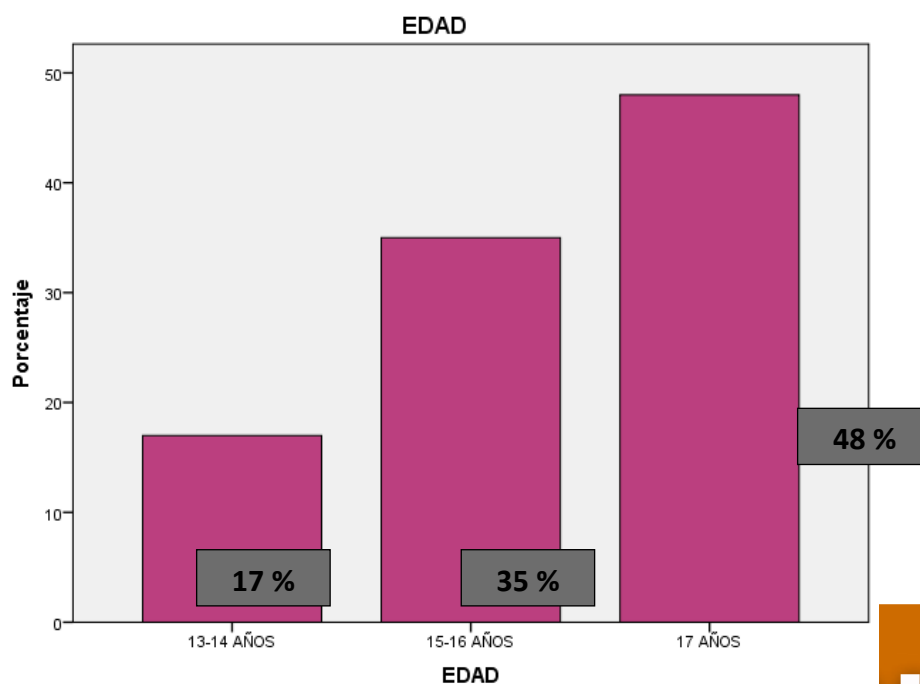
DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN EDAD POR

CATEGORIAS

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	17	17,0	17,0	17,0
2	35	35,0	35,0	52,0
3	48	48,0	48,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia



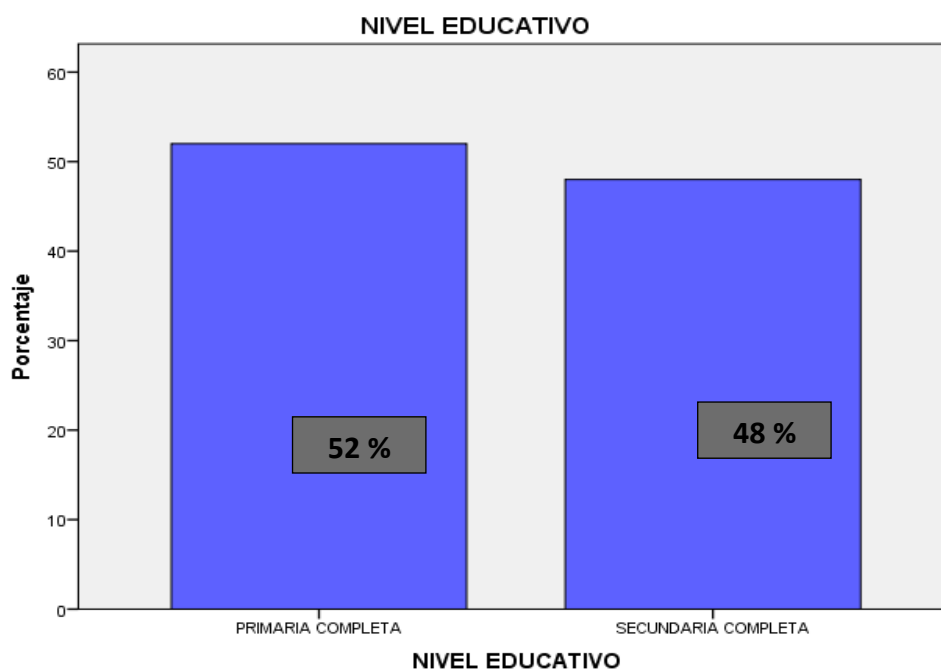
Con respecto a la distribución de la edad por categorías, de 13 a 14 años se obtuvo un 17%, de 15 a 16 años un 35% y de 17 años un 48%, siendo el mínimo de edad, 13 años y el máximo 17 años.

TABLA 2

DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO

NIVEL EDUCATIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	52	52,0	52,0	52,0
2	48	48,0	48,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Según el nivel educativo de gestantes adolescentes fue que el 52 % ha estudiado la primaria completa y el 48 % la secundaria completa.

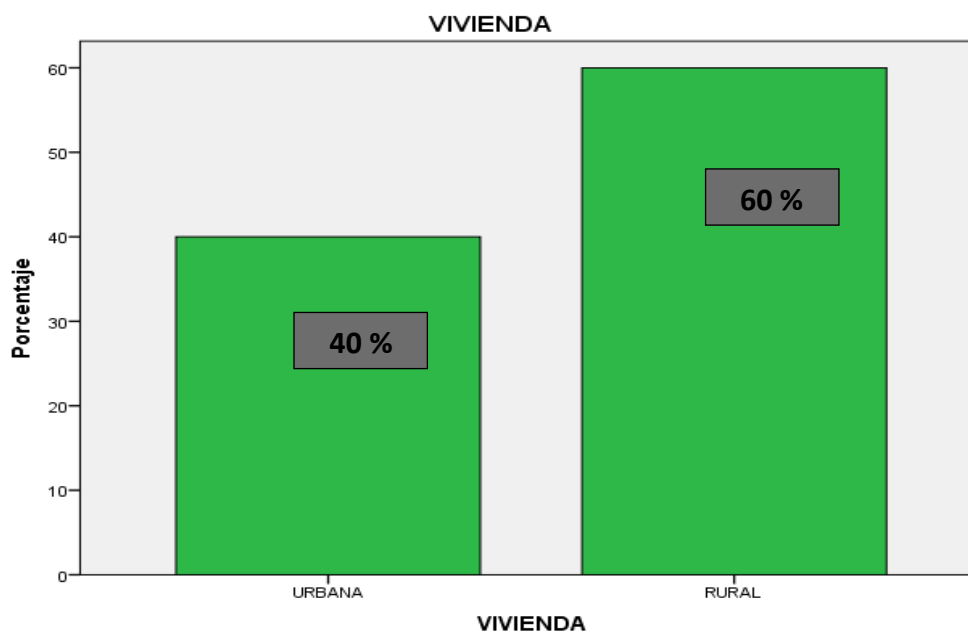
TABLA 3

DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN SU LUGAR DE RESIDENCIA

VIVIENDA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	40	40,0	40,0	40,0
2	60	60,0	60,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia



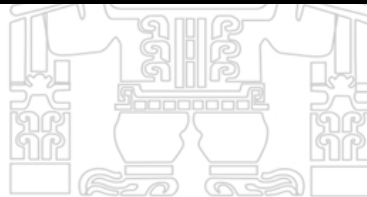
Las gestantes adolescentes que pertenecen a la zona urbana representan un 40%, mientras que en la zona rural obtuvimos un 60%.

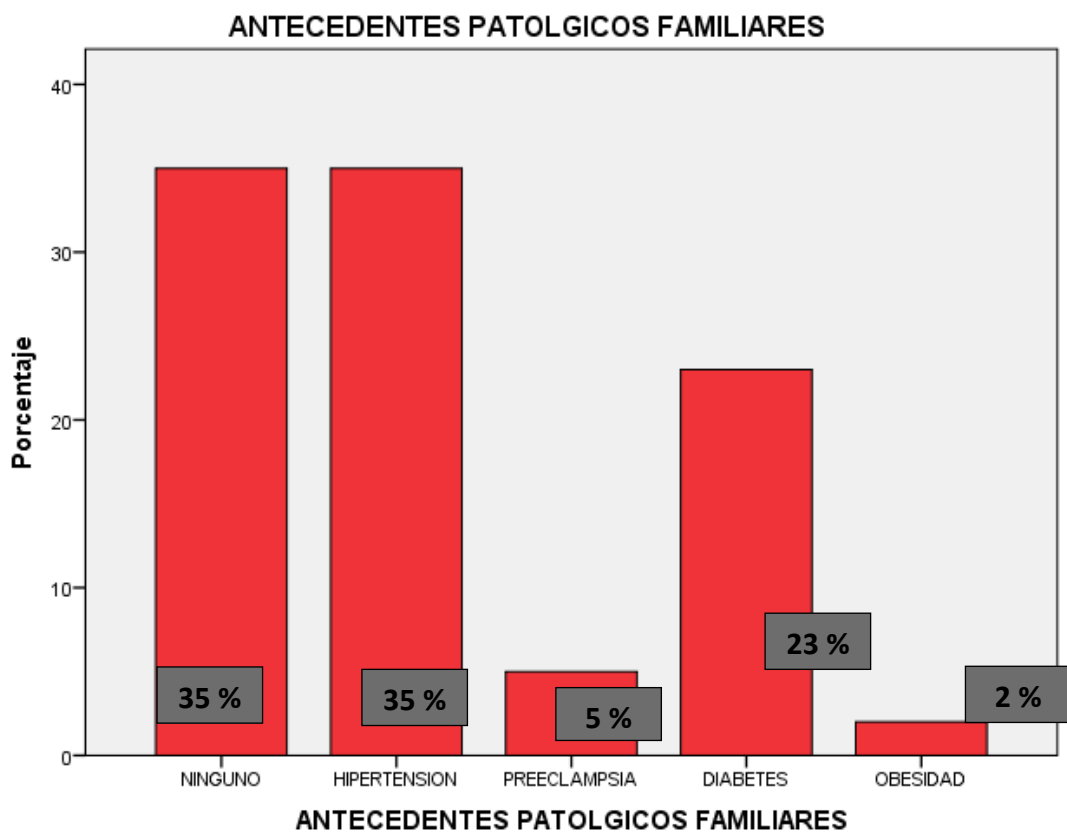
TABLA 4

DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

ANTECEDENTES PATOLGICOS FAMILIARES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	35	35,0	35,0	35,0
2	35	35,0	35,0	70,0
3	5	5,0	5,0	75,0
4	23	23,0	23,0	98,0
5	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	





Obtuvimos de los antecedentes familiares de las gestantes adolescentes que un 35% no presenta patologías, un 35% sufre de hipertensión arterial, un 5% sufrió de pre eclampsia, un 23% sufre de diabetes y un 2% sufre de obesidad.

TABLA 5

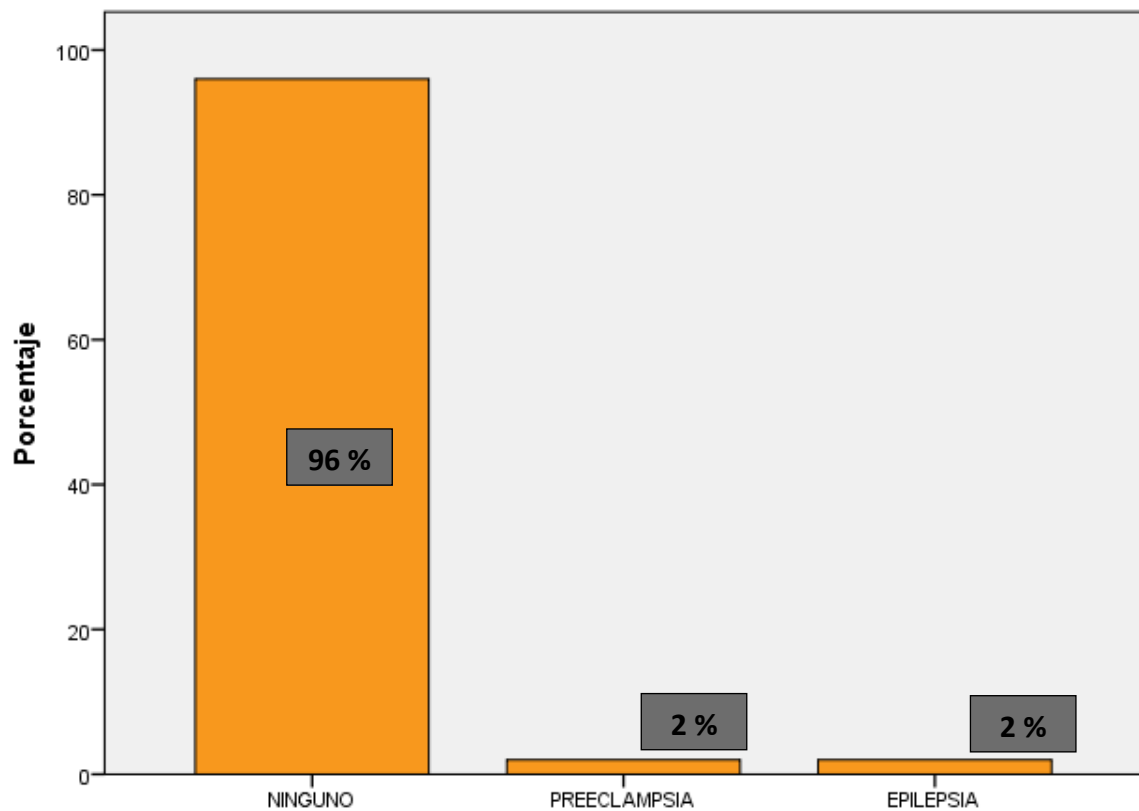
DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

ANTECEDENTES PERSONALES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	96	96,0	96,0	96,0
3	2	2,0	2,0	98,0
6	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia

ANTECEDENTES PERSONALES



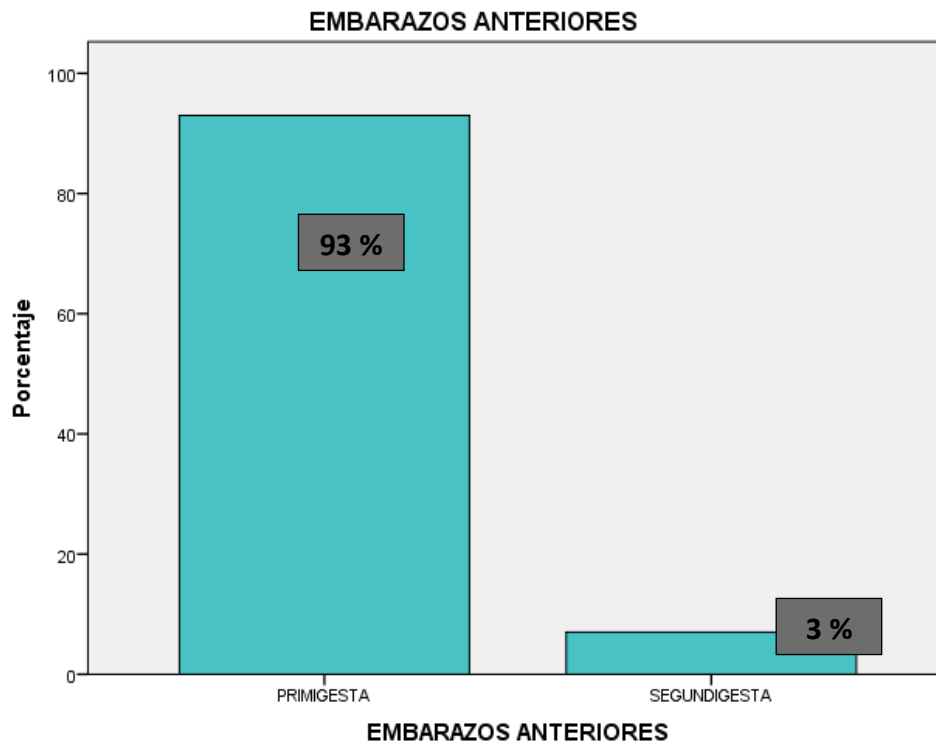
Obtuvimos de los antecedentes personales de las gestantes adolescentes que un 96% no tuvo ningún antecedente en su embarazo anterior, un 2% sufrió de pre eclampsia y un 2% sufrió de epilepsia.

TABLA 6

DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN EMBARAZO ANTERIOR.

EMBARAZOS ANTERIORES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	93	93,0	93,0	93,0
2	7	7,0	7,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Obtuvimos que las gestantes adolescentes un 93 % ser primigestas y un 3% fueron segundigestas.

TABLA 7

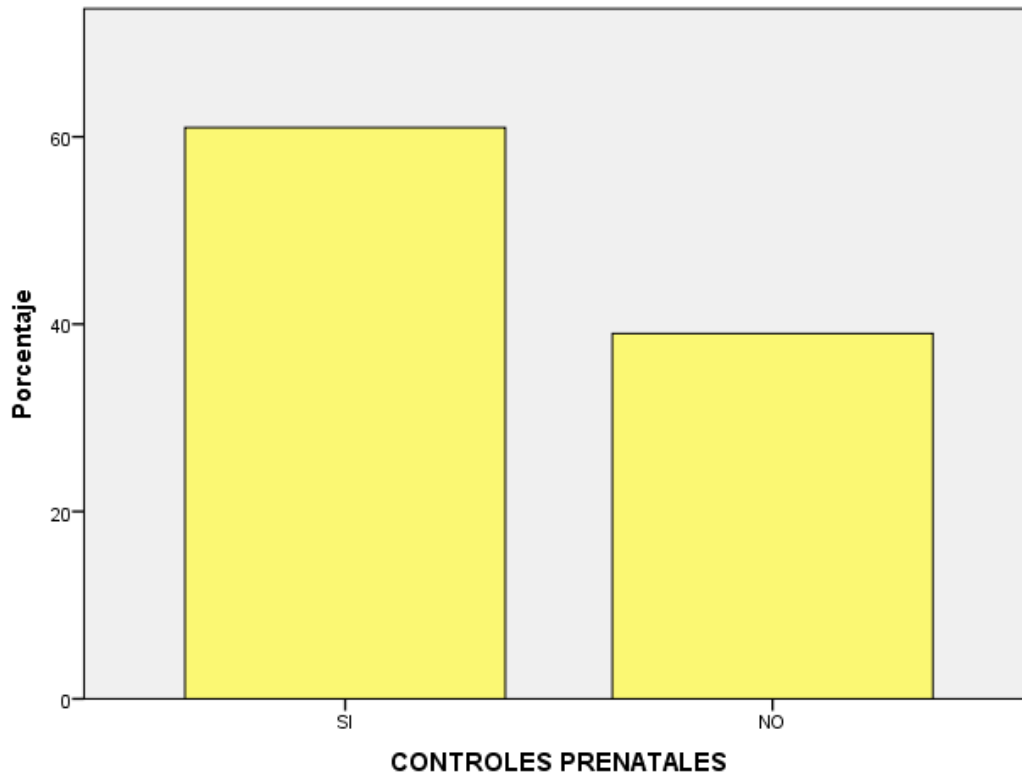
DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN CONTROLES PRE NATALES

CONTROLES PRENATALES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	61	61,0	61,0	61,0
2	39	39,0	39,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia

CONTROLES PRENATALES



Obtuvimos que las gestantes adolescentes, un 61 % si realizaron sus controles pre natales oportunos y un 39% no realizaron ningún tipo de control durante todo el embarazo.

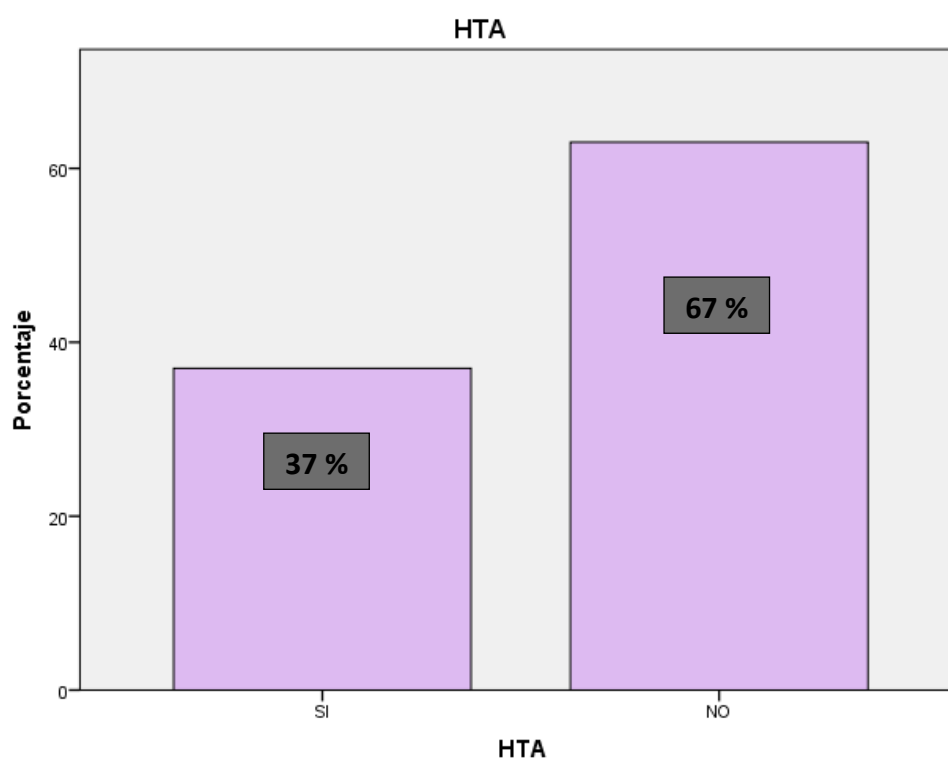
TABLA 8

DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN PATOLOGIA HIPERTENSIVA

HTA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	37	37,0	37,0	37,0
2	63	63,0	63,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia



Obtuvimos que las gestantes adolescentes, un 37 % presento hipertensión arterial y un 67 % No presento hipertensión arterial en el embarazo

TABLA 9

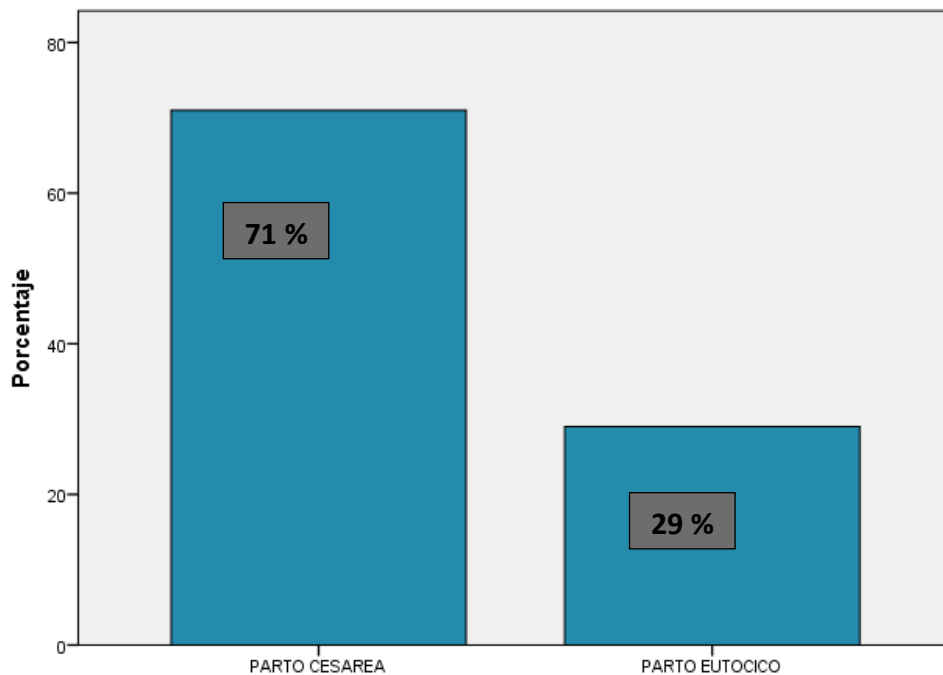
DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN EL TERMINO DEL EMBARAZO

TERMINO DE EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	71	71,0	71,0	71,0
2	29	29,0	29,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia

TERMINO DE EMBARAZO



En este cuadro se puede apreciar que el 71% de las gestantes adolescentes su termino de embarazo fue por parto por cesárea, y un 29% representaron las gestantes adolescentes que fueron atendidas por parto eutócico,

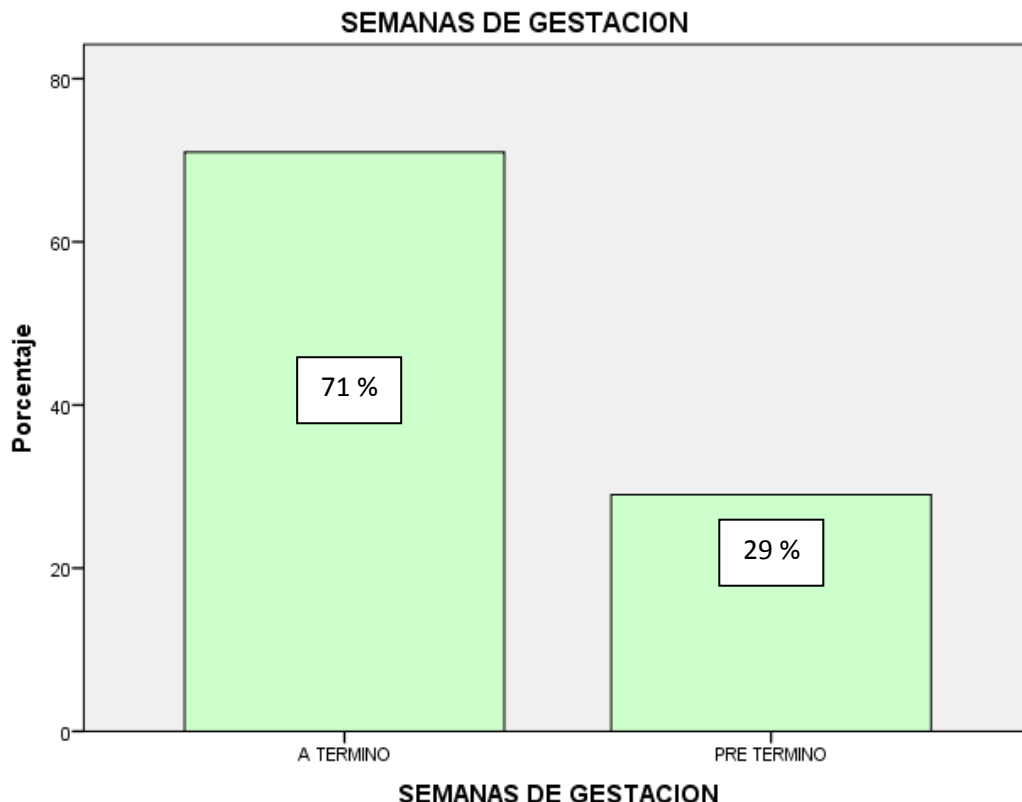
TABLA 10

DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITAR EN LOS MESES DE AGOSTO A NOVIEMBRE EN EL AÑO 2017 SEGÚN SEMANAS DE GESTACION

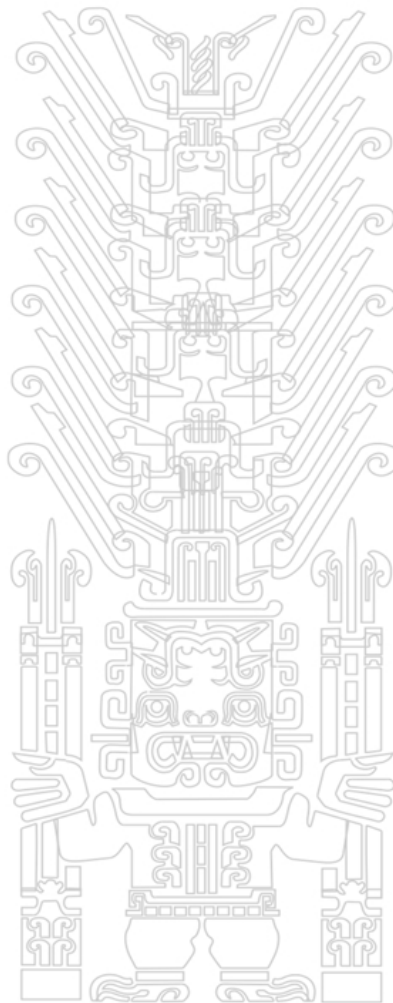
SEMANAS DE GESTACION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	71	71,0	71,0	71,0
2	29	29,0	29,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia



Se puede apreciar en el grafico que las gestantes adolescentes que su semana de gestación resulto ser A termino representa a un 71%, y un 29% de Gestantes adolescentes que su semana de Gestación resulto ser Pre termino.



DISCUSION

En nuestro estudio realizado en el hospital vitarte se obtiene que la prevalencia de enfermedad hipertensiva en adolescentes gestantes que representa el 37 % del total de la muestra estudiada siendo estos similares al estudio colombiano de Regina Domínguez-Anaya en su obra EDAD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO. Publicado en el año 2009 en donde muestra que las adolescentes de menor edad presentan mayor riesgo de preeclampsia que las de mayor edad, representado por 30,5% (OR 30,4)

También se resalta en nuestro estudio que la cantidad de gestantes adolescentes que presentaron hipertensión terminaron su gestación con mayor frecuencia por cesárea , representada por un 71% que es un hallazgo común con el estudio nacional realizado por Carlos Squizzato bullón el cual muestra que la preeclampsia aumenta en un 2.9 más la probabilidad de que la gestación termine en cesárea; estudio en donde además se recalca que la presentación más frecuente de hipertensión es la preeclampsia en gestantes adolescentes.

La relación de la presentación de hipertensión en las gestantes adolescentes con los antecedentes patológicos familiares que se describieron en las historias clínicas del hospital vitarte , muestra que el 5% de gestantes con hipertensión no presentaron ningún antecedente patológico familiar y el 5,2 % de pacientes hipertensas tuvieron como

antecedentes familiares hipertensión, en un 3% diabetes, en un 1%, preeclampsia, en un 0.4 % cardiopatías resultando un hallazgo común con el estudio presentado por José tapia en el año 2015. Con respecto a los antecedentes propios patológicos nuestro estudio nos muestra que el 12.5 % de gestantes que presentaron hipertensión no tuvieron patología previa, y que el 0.8 % tuvo como patología previa a la preeclampsia en su anterior gestación hallazgo que también es común con el estudio realizado por José tapia en donde muestra que se halló el 47% no presenta ningún tipo de patología de importancia, el 25% se encuentra obesa, el 15% ha presentado otros antecedentes tales como infecciones de vías urinarias, oligoamnios, papiloma virus etc. El 8% padece de hipertensión arterial y el 5% diabetes.

También Se observa que dentro del análisis estadístico el rango de edades tomadas en nuestro estudio muestra distintos porcentajes y mayor frecuencia de presentación de hipertensión en gestantes adolescentes de 17 años representado por un 11.5 %, en 3% en adolescentes de 15 a 16 años y 0.9 % en adolescentes de 13 a 14 años, resultado que es común en estudios nacionales e internacionales anteriores.

Además se muestra también que el 52% de gestantes adolescentes atendidas por el hospital vitarte solo tuvieron como grado de instrucción la primaria completa, el 48% secundaria completa; Publicaciones previas reportan que las adolescentes más jóvenes asisten tardíamente al control prenatal, dando como resultado mayor cantidad de complicaciones y diagnósticos tardíos de estos.

CONCLUSIONES

- Los datos presentados en nuestro estudio representan datos semejantes a los presentados en distintos trabajos nacionales y regionales de América Latina, concluyendo que la prevalencia de hipertensión en gestantes adolescentes es significativa en nuestro medio y están relacionados a distintos factores como enfermedades patológicas familiares y personales previas.
- A la vez se presentan datos estadísticos que resaltan la importancia de la prevalencia de hipertensión según los rangos de edad, en adolescentes de 17 años representados por 48%, 15-16 de 34% y de 13-14 de 18 %, con respecto a las complicaciones durante la gestación.
- Se resalta también la frecuencia de gestantes adolescentes procedentes de zona rural y zona urbana en proporción casi semejante, representada la primera como el 54% y el segundo como 46% del total de la muestra.

RECOMENDACIONES

- La educación escolar es uno de los métodos más comunes para la prestación de la educación y la información de la sexualidad en la prevención del embarazo en adolescentes. Por lo que se sugiere instaurar programas sociales intensificando el propósito de educación.
- Hacer mayor énfasis en las adolescentes embarazadas con antecedentes familiares de hipertensión arterial, preclampsia como también las de escasos recursos, para poder prevenir la aparición de problemas coadyuvantes y su término de la gestación sea normal y sin complicaciones.
- Tomar las medidas necesarias en las gestantes adolescentes y prestarle la suficiente importancia durante sus controles prenatales o en cada atención brindada para evitar complicaciones tanto durante la gestación como en el fin de la misma, que pueden ser peligrosos para la madre y feto.
- Brindar charlas informativas dictadas por médicos especialistas a las gestantes adolescentes para hacerles tomar conciencia de lo importante que es asistir a los controles prenatales para que no presenten posibles complicaciones durante su gestación y durante el momento de la atención del trabajo de parto.

Referencias Bibliográficas

A Buchbinder, BM Sibai, S Caritis. (2012). Adverse perinatal outcomes are significantly higher in severe gestacional hypertension than in mild preeclampsia. American Journal Gynecology, 66-71. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11810087>

ABALOS 2007. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Terapia con fármacos antihipertensivos para la hipertensión leve a moderada durante el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4 recuperado de:

http://www.sati.org.ar/files/obstetricia/Guia_Hipertension_con%20tapas1.pdf

ACOG 2004 AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG practice bulletin #33. American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 2004. Obstet Gynecol 2004

Bethesda, MD: Medline Plus; 2008. National Library of Medicine. Embarazo en la adolescencia. Disponible en: [http:// www.nlm.nih](http://www.nlm.nih). 13 de Abril de 2013.

churchill 2007. Churchill D, Duley L. Conducta activa versus conducta expectante para la preeclampsia severa antes de término. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4

DULEY 2000. Duley L, Henderson-Smart D. Reduced salt intake compared to normal dietary salt, or high intake, in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001687. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796269>

Ebensperger, O. (2014). *Alto Riesgo obstétrico*. Santiago: Universidad católica de Chile

Gutiérrez, M. 2007. *El embarazo adolescente*.

Recuperado de:

<http://www.monografias.com/trabajos16embarazo-en-adolescentes/embarazo-enadolescentes.Shtml>. 8 de Abril de 2013

Granger JP, Alexander BT, Llinas MT, Benett WA, Khalil RA. (2001). Pathophysiology of hypertension during preeclampsia linking placental ischemia with endothelial dysfunction. *Hypertension*, 718-722. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11566964>

Gofton EN, Capewell V, Natale R, Gratton RJ. (2001). Obstetrical intervention rates and maternal and neonatal outcomes of women with gestational hypertension. *American Journal Obstetric Gynecology* , 798-803. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11641654>

HADDAD B ,Sibai B. Expectant Management in Pregnancies with Severe Pre-eclampsia. *Seminars in Perinatology*.2009 Vol 33, 3: 143-151 Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19464504>

Leon, J. d. (2011). Williams Obstetricia. Mexico: Mc Graw Hill.

Lopez, E. (2011). Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital “homero castanier creso” en el periodo enero- diciembre 2008”. Recuperado de:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3527>

Medina, J. (2011). Diferencias y similitudes de la preeclampsia y la hipertensión gestacional. Ginecología y obstetricia Mexico, 48-53. recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom051g.pdf>

Meher S, Abalos E, Carroli G.(2005) “Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy” (Cochrane Review).The Cochrane Database of Systematic Reviews;Issue 4, 2005. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235323>

Molina, R. (1992) “Adolescencia y embarazo”. Santiago de Chile. 2. ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. pp. 83-9

Montero, A. Matamala, M. y Valenzuela, M. 1999. Principales características biosociales del embarazo y parto en adolescentes. Rev. Sogia. pp 6:10.

Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. (2015). Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? *Ginecol Obstet Mex*;83:294-301. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>

Quintero Rondón, Angy Paola; Rojas Betancur, Héctor Mauricio (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, núm. 44, pp. 222-237 Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>

Reece, Hobbins. (2010). *Obstetricia clinica*. Buenos Aires: Panamericana. Recuperado de:

<https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/3960/Obstetricia-Clinica.html>

Ruoti A. 1994. Patología Obstétrica de la adolescente embarazada. *Rev. Sogia*. N°1. Vol 29. pp 70-2.

Salomon, C. (2011). Preeclampsia-serching for the cause. *New England Journal*, 641-642.

Recuperado de:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp038241>

Vera G, Gallegos MS, Varela M. 1999. Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. *Rev. Médica Chile*. N° 127. Vol 13 Chile. pp 437-43.

VOTO 1987.Voto LS.,Margulies M.,Zin C.,Margulies,MD. Continuous ambulatory blood pressure control in normotensive pregnant women. J. Perinat. Med. 1987; 15 (S1:151).

Voto 2008. Voto lilliana s., Hipertensión en el embarazo. 1ª ed. editorial corpus. 2008. 486 pag. ISBN 978- 950-9030-69-5. Recuperado de:

http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Hipertension_en_el_Embarazo_Lilliana_Voto.pdf

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE EN EL PERIODO DE AGOSTO- NOVIEMBRE DEL 2017

EDAD

13 a 14 () 15 a 16 () 17 años ()

NIVEL DE EDUCACIÓN

Primario Completo () Secundario completo () Superior () Ninguno ()

VIVIENDA

Urbana () Rural ()

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES DE IMPORTANCIA

Ninguna () Hipertensión () Preeclampsia () Diabetes () Cardiopatías ()

ANTECEDENTES DE ALGUNA ENFERMEDAD

Ninguno () Hipertensión () Preeclampsia () Diabetes () Obesidad () Epilepsia ()

EMBARAZOS ANTERIORES

Primigesta () 1 () 2-4 () Más de 4 ()

CONTROLES PRENATALES

si () no ()

HIPERTENSION ARTERIAL (Durante el curso del embarazo >140/90 mmHg)

Si () No ()

TERMINO DEL EMBARAZO

Parto Cesárea () Parto Eutocico ()

SEMANAS DE GESTACION

Termino () Pretermino ()