

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA, HOSPITAL REGIONAL SANTA TERESA 2015.

Hypertensive disorders of pregnancy: clinical and epidemiological Regional Hospital Santa Teresa 2015.

Allan Iván Izaguirre González^{1*}, Jaime Jahaziel Cordón Fajardo², Josué Alexander Vásquez Alvarado²,
Ninoska Isamar Meléndez Rodríguez², Orlando José Durón Rivas², Rolando Josué Torres Mejía²,
Oscar Orlando Durón Rivas², Rubén Darío Fernández Serrano³, Maura Carolina Bustillo Urbina⁴.

¹Doctor en Medicina y Cirugía, Centro Integral en Salud (CIS) – Amigos de las Américas (ONG), Región # 7, Trojes, El Paraíso, Honduras.

²Médico en Servicio Social, FCM, UNAH.

³Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, sala de USG y Monitoreo Fetal.

Hospital Escuela Universitario – Médico de Guardia – Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.

⁴Jefe Servicio de Obstetricia. Hospital Escuela Universitario. Profesor titular III.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. Honduras.

Resumen. Antecedentes: El Hospital Santa Teresa (HRST) es un hospital regional de segundo nivel con capacidad de brindar un mayor nivel de resolución a procesos mórbidos, pese a que está limitado por sus características de infraestructura, equipamiento, personal y en la capacidad para el manejo de complicaciones en las gestantes. Es necesario determinar las características de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo para fortalecer su capacidad de atención. **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los trastornos hipertensivos del embarazo de la sala de labor y partos del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, durante el año 2015. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo. En este período ingresaron 6,090 gestantes, de las cuales 361 (5.9%) presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo. Se estimó un tamaño de muestra de 186 (51.5%, IC95%). Las variables incluyeron datos sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos, manifestaciones clínico-laboratoriales, diagnóstico, manejo terapéutico y complicaciones. La información recolectada fue ingresada en base de datos Epiinfo versión 7.1.5 (CDC, Atlanta). Los resultados se presentan como frecuencias, porcentajes, rangos y promedios. La información personal de los casos se manejó confidencialmente. **Resultados:** El 58.6%(109) tenían entre 19 a 35 años, 65.1% (121) con ≥ 5 controles prenatales. El signo clínico más frecuente edema 37.1%(69), laboratorialmente lactato deshidrogenasa 69.9%(130). La vía de parto más frecuente fue vaginal 63.4%(118), 45.1%(84) ameritó uso de antihipertensivos, 25.8%(48) anticonvulsivantes. El trastorno hipertensivo más frecuente fue la preeclampsia-eclampsia con un 65.1%(121) y la complicación más frecuente síndrome HELLP 3.7%(7). **Discusión:** La prevalencia de los trastornos hipertensivos fue de 5.9% respectivamente.

Palabras Clave: Hipertensión Inducida en el Embarazo. Parto Obstétrico. Preeclampsia. Eclampsia. Edad Gestacional.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Hipertensivos del embarazo (THE) representan un problema de salud pública con elevada morbi-mortalidad materna, sobre todo en países en vías de desarrollo. En Honduras, las principales causas de mortalidad materna son: la hemorragia (45%); seguido por trastornos hipertensivos (18%) y en tercer lugar las infecciones (12%).^{1,2}

Los THE son un conjunto de desórdenes que acontecen durante la gestación, parto o puerperio, cuya característica en común es la presencia de hipertensión arterial, entendiendo como tal una presión arterial sistólica mayor o igual a 140

mmHg o diastólica mayor o igual a 90 mmHg, acompañada por signos y síntomas que permiten clasificarla según su severidad.³⁻⁵ Se clasifican en 4 categorías: preeclampsia-eclampsia, hipertensión crónica (de cualquier causa), hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada e hipertensión gestacional.⁶⁻⁸ Los trastornos hipertensivos gestacionales son multisistémicos y de causa desconocida; se caracterizan por una atribuible placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica.⁹

Los hospitales de segundo nivel son aquellos que brindan un mayor nivel de resolución para procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo,¹⁰ y en vista que no se cuenta con un antecedente referente a esta patología, el objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los trastornos hipertensivos del embarazo de la sala de labor y parto del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, durante el año 2015.

Recibido para publicación el 05/2016, aceptado el 06/2016

Dirección para correspondencia: Dr. Allan Iván Izaguirre González,
correo electrónico a1_izaguirre@hotmail.com
Dr. Jaime Jahaziel Cordón Fajardo,
correo electrónico jaime_cordon@hotmail.com

Conflicto de interés. Los autores declaramos no poseer conflictos de interés en relación a este artículo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo ingresadas a la sala de labor y parto del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, Honduras, en el período del mes de enero a diciembre de 2015. En este período ingresaron 6,090 gestantes, de las cuales 361 (5.9%) presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo. Se estimó un tamaño de muestra de 186 (51.5%, IC95%).

La fuente de información la constituyeron los expedientes clínicos y libro de registros de la sala de labor y partos. El muestreo fue no probabilístico, se seleccionaron los expedientes disponibles en el área de archivo hasta completar la muestra. Se incluyó a todas las gestantes que ingresaron a la sala de labor y parto que presentaron diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo. Se excluyó a las embarazadas con edad gestacional menor a 20 semanas, referidas a hospital de tercer nivel y que no presentaba datos clínico-laboratoriales completos y consignados en el expediente clínico.

Se utilizó un instrumento que registró información sobre características sociodemográficas, antecedentes gineco-obs-tétricos, manifestaciones clínicas-laboratoriales, diagnóstico, manejo terapéutico y complicaciones. Se realizó validación del instrumento por un grupo de ginecólogos-obstetras y a su vez, prueba piloto con 10 expedientes, para adaptar el instrumento al medio de estudio. Se corroboraron datos de los libros de la sala de labor y partos y de la Unidad de Gestión de la Información. La información recolectada fue ingresada en una base de datos, la cual se diseñó con el programa Epi Info™ versión 7.1.5 (CDC, Atlanta), seguido del análisis univariado. Los resultados se presentan como frecuencias, porcentajes, rangos y promedios.

Se solicitó permiso institucional para la revisión de los expedientes clínicos del área de archivo y estadística, la cual fue manejada solamente por el equipo de investigadores, mismos que garantizaron la confidencialidad de la información e identificación de las pacientes, en base a los principios éticos en investigación. En vista que la fuente de información es secundaria, los investigadores se capacitaron mediante las buenas prácticas clínicas del Collaborative Institutional Training Initiative (CITI) de la Universidad de Miami (www.citiprogram.org), y The Global Health Network (OMS).

RESULTADOS

Las características sociodemográficas se presentan en el Cuadro 1. El 58.6%(109) eran gestantes de 19 a 35 años, con una edad media de 26.2 y un rango de 13 y 43 años. 73.1%(136) procedía de área rural, el estado civil más frecuente fue el de unión estable con 71.0%(132). Asimismo 73.6%(70) cursaron educación básica incompleta y el 81.7%(152) eran amas de casa respectivamente.

Con relación a los antecedentes ginecológicos y obstétricos (Cuadro 2.), el 52.1%(97) eran múltiparas, (Rango=0-15, \bar{X} =2), 53.7%(100) tenían período intergenésico mayor de 1 año,

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las gestantes con enfermedad hipertensiva del embarazo, Sala de Labor y parto, Hospital Regional Santa Teresa, 2015, N=186

Características	N (%)
Edad	
< 19 años	43 (23.1)
19-35 años	109 (58.6)
>35 años	34 (18.3)
Promedio	26.2
Rango	13-43
Procedencia	
Rural	136 (73.1)
Urbana	50 (26.9)
Estado civil	
Casada	33 (17.7)
Soltera	21 (11.3)
Unión estable	132 (71.0)
Escolaridad	
Escolaridad básica completa	48 (25.8)
Escolaridad básica incompleta	70 (37.6)
Escolaridad media completa	13 (7.0)
Escolaridad media incompleta	32 (17.2)
Escolaridad superior incompleta	3 (1.6)
Analfabeta	20 (10.8)
Condición laboral	
Ama de casa	152 (81.7)
Auto-empleado	4 (2.2)
Dependiente	16 (8.6)
Empleado	2 (1.1)
Estudiante	6 (3.2)
No empleado	6 (3.2)
Raza	
Blanca	6 (3.2)
Indígena	2 (1.1)
Mestiza	178 (95.7)

la edad gestacional parto fue a término con 70.4%(131), (Rango=26.1 - 42.4, \bar{X} =38.1). El 37.1%(69) presentaron índice de masa corporal normal, (Rango=16.9-45, \bar{X} =23.3) respectivamente. 65.1% (121) asistieron 5 o más consultas prenatales (Rango:0-15, \bar{X} =5), 87.6%(163) no utilizaban métodos anticonceptivos y 21%(39) presentaron antecedentes personales patológicos (preeclampsia, HTA crónica, epilepsia, diabetes, enfermedad pulmonar, tuberculosis y eclampsia).

Se encontró que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron el edema de miembros inferiores 37.1%(69), cefalea 29.0%(54), cambios visuales 14.5%(27), dolor en epigastrio 10.7%(20), Tinnitus e hiperreflexia 18%(9.7) respectivamente. En cuanto a los resultados laboratoriales; la biometría hemática presentó nivel leucocitario normal en 82.0%(44.1), niveles de hemoglobina entre 12-16 g/dl en 61.8%(115), y recuento plaquetario normal 85.0%(158) respectivamente. Asimismo, la química sanguínea mostró que 43.0%(80) presentaron niveles normales de ácido úrico, 60.8%(113) niveles elevados de Lactato deshidrogenasa y 69.9%(130) proteinuria cualitativa. (Cuadro 3).

Cuadro 2. Antecedentes ginecológicos y obstétricos de las gestantes con enfermedad hipertensiva de la sala de labor y parto, Hospital Regional Santa Teresa, 2015. N=186

Características	N (%)
Paridad	
Gran múltipara	18 (9.7)
Múltipara	97 (52.1)
Nulípara	71 (38.2)
Promedio	2
Rango	0-15
Período Inter-genésico	
< de 1 año	12 (6.5)
> de 1 año	100 (53.7)
No aplica	74 (39.8)
Edad gestacional preparto	
< 31 semanas	1 (0.5)
32 a 34 semanas	2 (1.1)
35 a 37 semanas	41 (22.0)
38 a 41 semanas	131 (70.4)
> 42 semanas	7 (3.8)
No consignado	4 (2.2)
Rango	26.1-42.4
Promedio	38.1
Índice de masa corporal	
Bajo peso (< 18.5)	3 (1.6)
Normal (18.5 – 24.9)	69 (37.1)
Sobrepeso (25.0 – 29.9)	41 (22.0)
Obesidad grado I (30.0 – 34.5)	32 (17.2)
Obesidad grado II (35.0 – 39.9)	14 (7.5)
Obesidad mórbida (> 40)	5 (2.7)
No consignado	22 (11.8)
Rango	16.9 - 45
Promedio	23.3
Controles prenatales	
01	5 (2.7)
02	17 (9.1)
03	12 (6.4)
04	24 (12.9)
≥ 05	121 (65.1)
Ninguno	7 (3.8)
Rango	0-15
Promedio	4.9
Métodos anticonceptivos	
DIU	1 (0.5)
Hormonal	15 (8.1)
Natural	4 (2.2)
No usaba	163 (87.6)
No consignado	3 (1.6)
Antecedentes personales patológicos	
Ninguna	147 (79.0)
Preeclampsia	15 (8.2)
Hipertensión Arterial Crónica	15 (8.2)
Epilepsia	3 (1.4)
Diabetes Gestacional	2 (1.1)
Enfermedad Pulmonar	2 (1.1)
Tuberculosis	1 (0.5)
Eclampsia	1 (0.5)

Cuadro 3. Características clínicas y laboratoriales de las gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo de la sala de Labor y Parto del Hospital Regional Santa Teresa, 2015. N=186

Características	N (%)	
Manifestaciones clínicas		
Edema de miembros inferiores	69 (37.1)	
Cefalea	54 (29.0)	
Cambios visuales	27 (14.5)	
Dolor en epigastrio	20 (10.7)	
Tinnitus	18 (9.7)	
Hiperreflexia	18 (9.7)	
Estado mental alterado	7 (3.8)	
Náuseas	7 (3.8)	
Convulsiones	6 (3.2)	
Vómitos	3 (1.6)	
Sangrado transvaginal	1 (0.5)	
Otros*	8 (4.3)	
Manifestaciones laboratoriales		
Hemograma:		
	< 10,000	83 (44.6)
Leucocitos	10,000 – 15,000	82 (44.1)
	> 15,000	21 (11.3)
Hemoglobina	< 12 g/dl	71 (38.2)
	12-16 g/dl	115 (61.8)
	< 150,000	27 (14.5)
Plaquetas	150,000 – 450,000	158 (85)
	> 450,000	1 (0.5)
Química sanguínea:		
	< 150	1 (0.5)
LDH	150 – 200	19 (10.2)
	>200	113 (60.8)
	No consignado	53 (28.5)
	< 2.4	1 (0.5)
Ácido úrico	2.4 – 6.0	80 (43.0)
	>6.0	78 (41.9)
	No consignado	27 (14.5)
	+	41 (22.0)
	++	29 (16.0)
	+++	23 (12.4)
Proteinuria cualitativa	++++	9 (5.0)
	Trazas	28 (14.3)
	Negativa	56 (30.1)

*Otros: disuria, mareos, hipoxia, SLA, bradipsiquia

En cuanto al inicio del trabajo de parto, el 52.1%(97) fue de forma espontánea. Un 47.9%(89) ameritó uso de uterotónicos para iniciar TDP, de los cuales, la oxitocina fue la más utilizada en un 36.6%(68). La vía de parto más frecuente fue vaginal con 63.4%(118) (Figura 1). A su vez, en el manejo terapéutico 45.1%(84) ameritaron uso de antihipertensivos (Figura 2), 25.8%(48) anticonvulsivantes y 3.8%(7) inductores de maduración pulmonar. El trastorno hipertensivo más frecuente fue la preeclampsia-eclampsia con un 65.1%(121) (Figura 3) y las complicaciones se presentaron en 18.8%(35), de las cuales, el síndrome HELLP se presentó con mayor frecuencia 3.7%(7) (Figura 4).

Figura 1. Vía de Terminación del Embarazo en Gestantes con Enfermedad Hipertensiva, Sala de LyP HRST. N=186

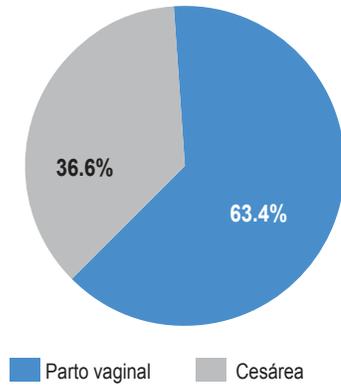
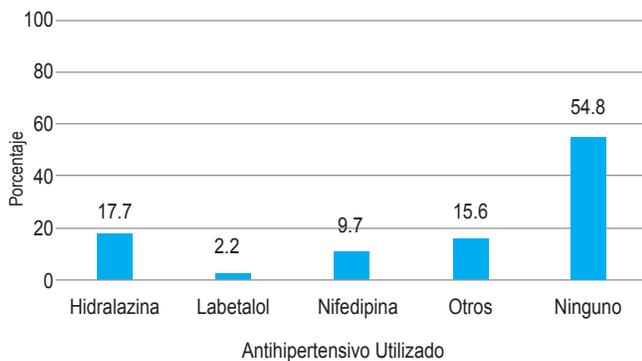


Figura 2. Manejo Terapéutico con Antihipertensivos en Pacientes con THE, N=186



Otros: Alfa-metil dopa, enalapril, furosemida, atenolol.

DISCUSIÓN

En este estudio la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo fue de 5.9%, resultado similar al de un estudio realizado en la sala de labor y parto del Hospital Escuela, por Bojórquez & cols., donde se encontró una prevalencia de 7.8%,¹¹ a su vez, dichos resultados coinciden con estudios realizados en países desarrollados (5-8%) y subdesarrollados (4-15%).^{12,13-16}

El rango de edad más frecuente fue entre 19 y 35 años con un 58.6%(109), y el trastorno hipertensivo más frecuente fue la pre-eclampsia-eclampsia en un 65.1%(121) seguido de hipertensión gestacional 28.5%(53); comparado a un estudio realizado por Rodríguez & Lezama en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, donde los rangos de edad más frecuentes fueron entre 18-34 años y dentro de los trastornos hipertensivos más frecuentes se encontró la hipertensión gestacional con 84.6%, seguido por hipertensión crónica 24.5%.¹⁷ Sin embargo, los estudios demuestran que la mayor incidencia de THE se producen en mujeres jóvenes y en la tercera década de la vida.^{14,18-21}

Figura 3. Frecuencia de Trastornos Hipertensivos del Embarazo, Hospital Regional Santa Teresa, 2015

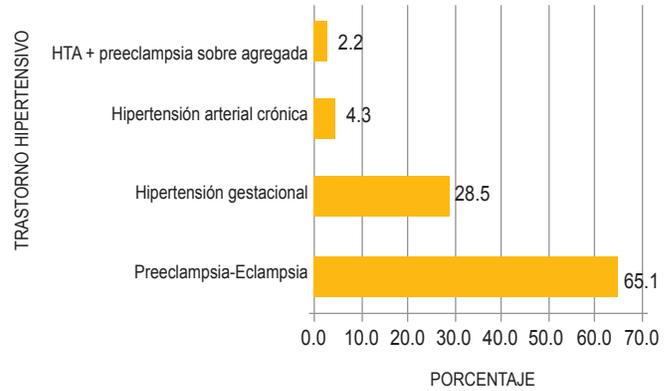
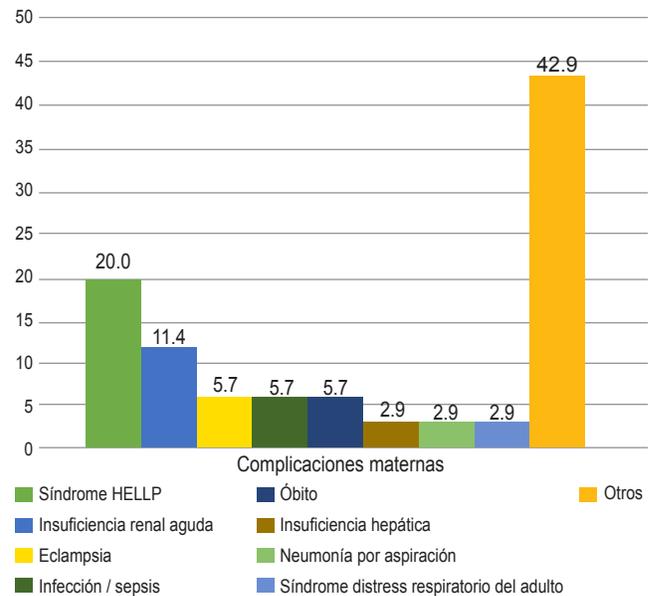


Figura 4. Complicaciones de las Gestantes con THE, Sala de Labor y Partos, HRST 2015. N=186



*Otros: anemia, retención de restos placentarios, Corioamionitis, desgarro perineal, hemorragia postparto, shock hipovolémico, parto prematuro, hemorragia intracraneal, desprendimiento de retina.

Distintos factores de riesgo predisponen a las gestantes a desarrollar enfermedad hipertensiva del embarazo, dentro de las que se mencionan la nuliparidad, período intergenésico corto o largo (< 24 o > 60 meses), un inadecuado control prenatal, alteraciones nutricionales (sobrepeso), anticoncepción de barrera como método único, entre otros.^{11,12,14,22-25} En este estudio se encontró que la mayoría de las embarazadas eran multiparas 52.1%(97), tenían período intergenésico mayor de 1 año 53.7%(100), 65.1% (121) asistieron 5 o más consultas prenatales, y 87.6%(163) no utilizaban métodos anticonceptivos.

El inicio de trabajo de parto fue de forma espontánea en 97 pacientes (52.1%), a diferencia de de un estudio en Venezuela donde el (55.5%) de las pacientes culminó la gestación por cesárea y una menor proporción lo hizo por parto vaginal

(14.8%)¹⁷. La vía de terminación del embarazo que predominó en este estudio fue el parto vaginal con un 63.4% (118) y vía abdominal (cesárea) con un 36.6% (68). En contraste a un estudio realizado en un Instituto materno infantil de Colombia por Barriga-Moreno & cols., donde 15.5% (76) tuvieron indicación de cesárea por causa de trastorno hipertensivo del embarazo.²⁶ Dichas causas podrían ser atribuidas, ya que en los casos de complicación aguda de la preeclampsia (eclampsia, síndrome Hellp, rotura hepática), se debe proceder a terminar la gestación de forma inmediata por cesárea. Para prevenir los riesgos maternos de la cesárea, se toman medidas para el parto, ya que después de una convulsión casi siempre se inicia en forma espontánea. No se obtiene la curación inmediata después del parto por ninguna vía, pero la morbilidad menos grave es menos frecuente en el puerperio de las mujeres con parto.²⁷

Los resultados de laboratorio evidenciaron que el 43% (80) de las pacientes con THE presentaron niveles de ácido úrico entre 2.4-6 mg/dl, dato que según Vásquez-Rodríguez y cols., se aproxima a un valor estándar de 6.7 mg/dl en pacientes con complicaciones de preeclampsia- eclampsia. Pese a que la media de concentración sanguínea de ácido úrico de mujeres embarazadas sanas es de 3.8 mg/dl.²⁸ A su vez los resultados demostraron que los niveles de LDH fueron mayores de 200 U/l en 60.8% (113), comparado a un estudio donde Gassó & cols., valoraron la determinación de LDH en los THE, encontrando que el subtipo LDH-5 es un indicador de valía, ya que representa una fuerte correlación con este cuadro.²⁹ Este estudio reveló que el 69.8% (130) de las pacientes presentaron proteinuria cualitativa positiva, dato similar a un estudio analítico realizado por Conde Altamirano & cols., quienes encontraron

que el 70.4% (50) presentaron proteinuria cualitativa positiva.³⁰

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron edema de miembros inferiores 37.1%(69), cefalea 29.0%(54), cambios visuales 14.5%(27), dolor en epigastrio 10.7%(20) tinnitus e hiperreflexia con 9.7%(18). En cuanto al manejo terapéutico los antihipertensivos más utilizados fueron la hidralazina 17.7% (33) y otros 15.6% (15) (alfa metil dopa, enalapril, furosemida, atenolol). El anticonvulsivante más utilizado fue el sulfato de magnesio en un 23.7% (44). Datos similares a un estudio realizado por Sánchez-Saravia & cols., en la ciudad de Oaxaca México, donde demostraron que la mayoría de pacientes presentó varios síntomas en forma simultánea: edema 85%(108), cefalea 73%(93), hiperreflexia 69%(88), fosfenos 73% (31), ascitis. Los antihipertensivos utilizados fueron hidralazina, nifedipina 96%(122), y metildopa en 18%(23). En la prevención de las crisis convulsivas y en las eclámpicas el sulfato de magnesio fue el anticonvulsivante de primera elección.³¹

La complicación más frecuente fue el síndrome HELLP 20%(7), coincidiendo en un estudio por Elizalde Valdés & cols., en México, donde se observó que el síndrome HELLP fue la complicación de preeclampsia más frecuente (42,6%), seguido de la lesión renal aguda y la trombocitopenia severa aislada, presentes cada una en el 31,3% de los casos.³² Sin embargo, otro estudio realizado por Gonzalez Navarro & cols., reveló manifestaciones de edema cerebral incluyendo cefalea (78 a 83% de los casos), náusea y vómito, fenómenos visuales consistentes con disfunción del lóbulo occipital y por último convulsiones.³³ El síndrome HELLP varía de 2–19% en pacientes con preeclampsia–eclampsia, porcentaje que se asocia a una mayor morbimortalidad.^{34,35}

REFERENCIAS

1. Torres S, Sequeira S. Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras. Tegucigalpa: INAM; 2003.
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio Tercer Informe. Honduras: SNUH; Sept 2010. Disponible en: http://hn.one.un.org/content/dam/unct/honduras/publicaciones/Informe_ODM_2010_Completo.pdf
3. Beltrán L, Benavides P, López J, Onatra W. Estados Hipertensivos en el embarazo: Revisión. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 2014;17(2):311-323.
4. Sepúlveda Á, Hasbún J, Salinas H, Valdés E, Parra M. Serie guías clínicas: Manejo de la preeclampsia. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2013;24: 246-60.
5. García M, Pagés G (ed). Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo. Obstetricia Moderna. 3era ed. Venezuela. McGraw-Hill-Interamericana. 2012. p343-354 http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_27.pdf
6. Sáez Cantero VC. Preeclampsia y Eclampsia de presentación atípica. Prog obstet ginecol. 2012;55(7):326-328.
7. Robert JM, August PA, Bakris G, Barton JR, Bernstein IM, Druzin M, et al. Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstetrics & Gynecology. Nov 2013; 122(5): 1122-1131.
8. Lagunes AL, Ríos B, Peralta ML, Cruz PR, Sánchez S, Sánchez JR, et al. Enfermedad hipertensiva del embarazo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011;49(2):213-224.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica. Ecuador; La Caracola Ed. 2013. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf (último acceso 22 julio 2016).
10. Ministerio de Salud Pública. Gobierno de Misiones. Categorización de Hospitales según nivel de atención. Misiones Salud 2011. Disponible en: <http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php/red-sanitaria/hospitales/item/592-categorizacion-de-hospitales> (último acceso 21 julio 2016).
11. Castellanos MdJ, Wong Aguilar MR, Borjas BA, Perdomo Zelaya CM, Muñoz García EE, Lara Salgado LM, et al. Trastornos Hipertensivos Del Embarazo En La Sala De Labor Y Parto Del Hospital Escuela. Rev. Fac. Cienc. Méd. 2013;10(1):30-37.
12. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Cabrera Delgado MR, Corrales Gutiérrez A, Salazar ME. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011;37(2):154-161.
13. Sáez Cantero V, Pérez Hernández MT, Agüero G, Gonzalez García H, Dávila AA. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Rev cub Ginecol & Obstet. 2012; 38(1):36-44.
14. Khosravi S, Dabiran S, Lotfi M, Asnavandy M. Study of the Prevalence of Hypertension and Complications of Hypertensive Disorders in Pregnancy. Open J Prev Med. 2014;4:860-867.
15. Vigil-Gracia P. Síndrome de Hellp. Rev Ginecol Obstet Mex. 2015;83(1):48-57.

16. Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalpö. Global causes maternal death; a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2:323-332.
17. Lezama S, Rodríguez D. Epidemiología de los trastornos hipertensivos del embarazo en el Instituto Hondureño De Seguridad Social (IHSS). período Julio 2005-Julio 2007. *Rev Méd Post Grad Med UNAH*. 2008;11(1):69-70.
18. Cabrera C, Martínez MA, Zambrano G. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 2009 – 2013. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014;74(3):154-161.
19. Sosa L, Guirado M. Estados hipertensivos del embarazo. *Rev Urug Cardiol*. 2013;(28(2):285-298.
20. Diaz Jara FA. *Hipoalbuminemia como marcador pronóstico de Preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital regional de Loreto en enero a diciembre del 2014*. Tesis de grado. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
21. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Rev Cub Obst y Ginec*. 2013;39(2):120-127.
22. Anonymous. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183(1):1-52.
23. Ochoa Bayona HC. Efecto del ácido fólico sobre la incidencia de trastornos hipertensivos en el embarazo del Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León, México. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2015.
24. Domínguez L, Vigil P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Clin Invest Gin Obst*. 2005 Sept; 32(3):122-126.
25. Instituto Nacional De Estadística. Encuesta Nacional De Demografía Y Salud (ENDESA). Maryland; Sesal. 2013 Disponible en: www.inec.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine/67-endesa-2011-2012 (último acceso 21 julio 2016).
26. Barriga A, Bautista J, Navarro J. Indicación de cesárea en el Instituto materno Infantil Bogota - Colombia. Serie de Casos. *Rev Fac Med*. 2012; 60(2).
27. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL (eds). *Williams Obstetrics*. 24ª ed. USA. McGraw-Hill. 2014; 1434-1531.
28. Vázquez-Rodríguez JG, Rico-Trejo. El papel del ácido úrico en la preeclampsia-eclampsia. *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(5):292-297.
29. Gassó M, Gómez-Arias J, Romero M, Camacho MV. Valoración de la determinación de la enzima lactato deshidrogenasa en los trastornos hipertensivos del embarazo. *Clin Invest Gin Obst*. 2005;32(4):145-149.
30. Conde V, Paz S, Guarachialaro M, Pelaez M, Vargas S. Comparación clínico - laboratorio en pacientes con hipertensión inducida por el embarazo. *Rev Med La Paz*. 2010;16(1):5-10.
31. Sánchez E, Gómez J, Morales V. Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico. *Rev Fac Med UNAM*. 2005;48(4):145-150.
32. Elizalde Valdés VM, Téllez Beceril GE, López Aceves LJ. Construcción y validación de una escala de factores de riesgo para complicaciones de Preeclampsia. *Clin invest Gin Obst*. 2015;13:1-12.
33. Gonzalez Navarro P, Martinez Salazar GG, García Nájera O, Sandoval Ayala OÍ. Preeclampsia, Eclampsia y HELLP. *Rev Mex Anestesiología*. 2015;38(1):118-127.
34. Soto F, Rivera L, Estévez M, Ayala V, Cabrera C. Síndrome HELLP: morbilidad-mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014;74(4):244-251.
35. Curiel E, Prieto M, Muñoz J, Ruiz M, Galeas J, Quesada G. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. *Med Intensiva*. 2011;35(8):478-483.

ABSTRACT. Background: Santa Teresa hospital (HRST) is a second level regional hospital with ability to provide a higher level of resolution to disease processes, although it is still limited by the characteristics of infrastructure, equipment, staff and the capacity to manage complications in pregnant women. It is necessary determine the characteristics of patients with hypertensive disorders of pregnancy to strengthen the attention capability. **Objective:** Describes the clinical and epidemiological characteristics of pregnancy hypertensive disorders of the labor and delivery room of Regional Hospital Santa Teresa, Comayagua during the year 2015. **Methodology:** Descriptive observational study. During this period, 6,090 pregnant women were admitted, of which 361 (5.9%) had pregnancy hypertensive disease. A sample size of 186 (51.5%, 95% CI) were estimated. The variables included sociodemographic data, gynecological and obstetric history, clinical and laboratory manifestations, diagnosis, therapeutic management and complications. The information collected was entered in a database Epiinfo version 7.1.5 (CDC, Atlanta). The results are presented as frequencies, percentages, ranges and averages. The personal information of cases was handled confidentially. **Results:** The 58.6% (109) were between 19 to 35 years, 65.1% (121) with greater than or equal 5 prenatal visits. The most common clinical edema sign 37.1 % (69), lactate dehydrogenase laboratorial 69.9 % (130). The most common of delivery mode was vaginal 63.4% (118), 45.1% (84) merited use of antihypertensive drugs, 25.8% (48) anticonvulsants. The most common hypertensive disorder was preeclampsia -eclampsia with a 65.1% (121), and the most frequent complication was HELLP syndrome with 3.7% (7). **Discussion:** The prevalence of hypertensive disorders was 5.9% respectively.

Keywords: Hypertension, Pregnancy-Induced. Delivery, Obstetric. Pre-Eclampsia. Eclampsia. Gestational Age.