



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA: “Incidencia de trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza Sucumbíos 2020”

Trabajo de grado, previo a la obtención del título de licenciatura de enfermería.

AUTOR: Escobar Recalde Luis Andrés.

DIRECTOR: Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa.

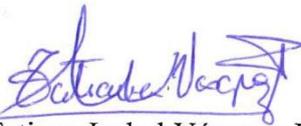
IBARRA – ECUADOR. 2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**Incidencia de trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza Sucumbíos 2020**” de autoría de Escobar Recalde Luis Andrés para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de Octubre de 2021.

Lo certifico:



Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

C.C: 1002120432

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100351450-0		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Escobar Recalde Luis Andrés		
DIRECCIÓN:	Urbanización Gustavo Pareja		
EMAIL:	laescobarr@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	062-631-859	TELÉFONO MÓVIL:	0997906157
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	Incidencia de trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza Sucumbíos 2020		
AUTOR (ES):	Escobar Recalde Luis Andrés		

FECHA:	20/10/2021
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Tatiana Vásquez.

CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de Octubre de 2021.



Escobar Recalde Luis Andrés.

C.C.: 100351450-0

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 20 de Octubre del 2021

Escobar Recalde Luis Andrés, “Incidencia de trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza Sucumbíos 2020”

TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 20 de Octubre del 2021

DIRECTORA: Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar la incidencia de trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos 2020.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Conocer las características sociodemográficas de pacientes embarazadas con trastornos hipertensivos que acuden al hospital Marco Vinicio Iza.
- Determinar los principales factores para presentar trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza.
- Identificar los diferentes tipos de trastornos hipertensivos que se presentan en las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza.
- Elaborar un poster científico sobre la Prevención de Trastornos Hipertensivos en el embarazo, con el fin de orientar oportunamente al grupo de mujeres en edad fértil

Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

Directora

AGRADECIMIENTO

Los resultados de esta investigación están dedicados a todas aquellas personas que de alguna forma, son parte de su culminación, por este motivo quiero agradecer de una manera muy especial y sincera a la Msc. Tatiana Vásquez por aceptar la realización de esta investigación bajo su dirección y asesoría.

Quien con su apoyo, paciencia, confianza y capacidad de guiar fue posible la culminación de esta tesis.

Agradecer a Dios, y a todas las personas que participaron y estuvieron presentes en todo momento y de alguna u otra forma aportaron con esta tesis.

Escobar Recalde Luis Andrés.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a Dios, porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar. A mi madre, que es un pilar fundamental en mi vida, y fuente de apoyo constante e incondicional. A mi familia por estar presentes en cada momento importante, y más aún en los momentos más duros de mi carrera. A todas las personas que forman parte de mi vida en especial a mi novia por brindar un apoyo incondicional. A todos ellos dedico este proyecto por ser una parte indispensable para mí.

Escobar Recalde Luis Andrés

INDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	ii
CONSTANCIAS.....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vii
INDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE GRAFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMARY	xiv
TEMA.....	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
1.5. Preguntas de la Investigación	7
CAPÍTULO II	8
2.MarcoTeórico	8
2.1. Marco Referencial	8

2.1.1.	Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos	8
2.1.2.	Hipertensión en el embarazo.	9
2.1.3.	Biomarcadores para el diagnóstico de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo.	9
2.1.4.	Trastornos hipertensivos en gestantes adolescentes atendidas en el hospital general docente de Riobamba.	10
2.2.	Marco Contextual	12
2.3.	Marco Conceptual	14
2.3.1.	Presión arterial alta en el embarazo	14
2.3.2.	Pre-eclampsia.	14
2.3.3.	Eclampsia.	15
2.3.4.	Síndrome de hellp.	15
2.3.5.	Hipertensión gestacional.	16
2.3.6.	Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo.	16
2.3.7.	Hipertensión Crónica	18
2.3.8.	Hipertensión Gestacional (hipertensión inducida por el embarazo)	19
2.3.9.	La pre-eclampsia grave	19
2.3.10.	Eclampsia	19
2.3.11.	Cuidados generales prenatales	23
2.3.12.	Control de la hipertensión	24
2.3.13.	Prevención y control de las convulsiones	25
2.3.14.	Fármacos utilizados en el tratamiento de la hipertensión en el embarazo.	26
2.3.	Marco Legal	27
2.3.1.	Constitución Nacional del Ecuador 2018	27

2.3.2.	Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.	29
2.3.3.	Norma para el cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud.	29
2.3.5.	Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva del Ecuador 2017-2021.	30
2.4.	Marco Ético	31
2.4.1.	Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la Profesión de Enfermería.	31
CAPÍTULO III.....		39
	Metodología de la Investigación	39
2.1.	Diseño de la Investigación	39
2.2.	Tipo de la investigación	39
2.3.	Localización y ubicación del estudio	40
2.4.	Población	40
2.4.1.	Universo	40
2.4.2.	Muestra	40
2.4.3.	Criterios de inclusión	40
2.4.4.	Criterios de Exclusión	40
2.5.	Métodos de Recolección de la Información	41
2.6.	Operacionalización de variables	42
CAPÍTULO IV		50
4.	Resultados de la Investigación	50
4.1.	Factores Sociodemográficos	50
4.2.	Factores de riesgo	52
2.7.	Prescripciones médicas	56
2.8.	Tipos de trastornos hipertensivos	62

CAPÍTULO V.....	64
5.Conclusiones y recomendaciones	64
5.1. Conclusiones	64
5.2. Recomendaciones	65
Bibliografía	66
ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

Gráfico 1 Factores sociodemográficos.....	51
Gráfico 2 Factores de riesgo	52
Gráfico 3 Gestaciones previas.....	54
Gráfico 4 Conductas de riesgo.....	55
Gráfico 5 Prescripción médica.....	56
Gráfico 6 Exámenes confirmatorios	58
Gráfico 7 Controles prenatales.....	60
Gráfico 8 Ganancia de peso adecuado	61
Gráfico 9 Tipos de trastornos hipertensivos	62
Tabla 1 Hipertensión según la severidad	20
Tabla 2 Operalización Objetivo 1	43
Tabla 3 Operacionalización Objetivo 2.....	47
Tabla 4 Operacionalización Objetivo 3.....	49
Imagen 1 Hospital Marco Vinicio Iza.....	12
Ilustración 1 Poster informativo.....	76

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos 2020.

Metodología: La metodología que se utilizó en la presente investigación fue de abordaje cuantitativo y no experimental.

Esta investigación fue de tipo descriptivo y retrospectivo en donde se revisó y levanto información sobre la situación actual del objeto de estudio.

Para el presente estudio se recogió información de 520 mujeres gestantes que fueron atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza, de las cuales 143 fueron ingresadas en esta casa de salud por presentar alguno de los trastornos hipertensivos mencionados en esta investigación. Dando así el 26.6% de las mujeres en estudio.

Resultados: En el presente estudio se puede evidenciar en mayor parte todo lo que las bibliografías afirman de los trastornos hipertensivos, tanto así que el principal grupo de riesgo son mujeres mayores de 35 años con el 55% y menores de 20 años con el 29%, esta afectación también es relevante en mujeres con una instrucción académica escasa con un 52% de estas mujeres que solo tienen una instrucción primaria, también es predominante en mujeres que se autodenominaron mestizas.

Entre los factores que predisponen a las patologías encontramos con el 55% a pacientes con hipertensión arterial previa a la gestación y como principal factor familiar tenemos de igual manera a la Hipertension arterial con el 39%. En los antecedentes obstétricos tenemos una contrariedad a la mayoría de bibliografías porque en el presente estudio el grupo predisponente fue las primigestas con el 52% de mujeres gestantes diagnosticadas con algún trastorno hipertensivo, y dentro de la patología más representativa en este estudio se encontró que es la pre-eclampsia con el 62%.

Conclusión: En la presente investigación se pudo corroborar una incidencia en las trastornos hipertensivos manifestados por distintos factores que predisponen a las patologías aquí presentadas.

Palabras claves: Trastornos hipertensivos, pre-eclampsia, primigestas, multigestas, nuliparidad.

SUMMARY

Objective: To determine the incidence of hypertensive disorders in pregnant women treated at the Marco Vinicio Iza hospital in the province of Sucumbíos 2020.

Methodology: The methodology used in this research was quantitative and not experimental.

This research was descriptive and retrospective in which information was reviewed and raised on the current situation of the object of study.

For the present study, information was collected from 520 pregnant women who were treated at the Marco Vinicio Iza hospital, of which 143 were admitted to this health home for presenting any of the hypertensive disorders mentioned in this research. Thus giving 26.6% of the women in study.

Results: In the present study it is possible to show in most part everything that the bibliographies affirm of hypertensive disorders, so much so that the main risk group are women over 35 years with 55% and under 20 years with 29%, this affectation is also relevant in women with a scarce academic instruction with 52% of these women who only have a primary education , it is also predominant in women who called themselves mestizo. Among the factors that predispose to pathologies we find with 55% patients with arterial hypertension prior to pregnancy and as the main family factor we have in the same way arterial hypertension with 39%. In the obstetric antecedents we have a contradiction to the majority of bibliographies because in the present study the predisposing group was the primigestas with 52% of pregnant women diagnosed with a hypertensive disorder, and among the most representative pathology in this study it was found that it is pre-eclampsia with 62%.

Conclusion: In the present research it was possible to corroborate an incidence in hypertensive disorders manifested by different factors that predispose to the pathologies presented here.

Keywords: Hypertensive disorders, pre-eclampsia, primigestas, multigestas, nuliparidad.

TEMA.

Incidencia de trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital

Marco Vinicio Iza Sucumbíos 2020.

CAPÍTULO I

1. Problema de Investigación

1.1.Planteamiento del Problema

Estudios realizados anteriormente determinan que mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. La mayoría de estas muertes maternas corresponden a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado, se estima que la incidencia de trastornos hipertensivos es siete veces mayor en los países en desarrollo con el 2,8% de los nacidos vivos, que, en las naciones desarrolladas, que no superan el 0,4% de los nacidos vivos. (1).

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son complicaciones muy frecuentes consideradas causa importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal. Sobre el manejo de la hipertensión durante la gestación, las diversas guías actuales coinciden en tratar la presión arterial si es $\geq 160/105-110$ mmHg por el elevado riesgo de accidente cerebrovascular (stroke) asociado, y en normalizar la presión a $< 140/90$ si hay compromiso de órgano blanco. (2)

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre las clases sociales a la que corresponde cada paciente. Hay causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. (3).

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. (4).

En Ecuador, los trastornos hipertensivos en el embarazo en la actualidad constituyen, una relevante problemática de salud pública caracterizada por su alta prevalencia en

las mujeres gestantes, y un gran impacto en la morbimortalidad perinatal y materna. (4).

A pesar que el cuadro clínico se conoce con detalle desde hace un siglo, la pre eclampsia constituye una causa relevante de mortalidad materna y perinatal. Según la OMS esta afecta entre el 3 al 10% de los embarazos, es la principal causa de muerte materna en el mundo, la primera causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia intensiva, según la secretaria de salud, la mortalidad por complicaciones del embarazo ocupa el 15° lugar en la mortalidad hospitalaria, en general la hipertensión arterial durante el embarazo es una de las complicaciones más comunes de la gestación, ocurriendo en aproximadamente el 5 al 10% de todos los embarazos siendo la segunda complicación medica de la gestación, después de la anemia; es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en multíparas de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. La eclampsia es mucho menos común, afectando solamente una de cada 1500 mujeres embarazadas. (5)

Se considera que la principal causa de la eclampsia, es la pre-eclampsia provocando cada 3 minutos la muerte de una mujer en el mundo. (6). Con estos antecedentes deseo realizar esta investigación en la provincia de Sucumbíos cantón Lago Agrio específicamente en el hospital Marco Vinicio Iza, con el fin de dar a conocer sobre esta problemática que va en aumento, en esta casa de salud. Por medio de esta tesis aportaré con datos e información relevante que ayuden a un correcto control y diagnóstico de las diferentes patologías relacionadas con los trastornos hipertensivos que se presentan con gran incidencia dentro de esta casa de salud. Es de vital importancia el conocimiento de cada una de estas patologías para así poder dar una mejor intervención como profesionales de la salud a este grupo vulnerable de la provincia de Sucumbíos específicamente del cantón Lago Agrio.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la Incidencia de Trastornos Hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza sucumbíos 2020?

1.3. Justificación

El presente estudio que tiene por objeto el análisis de los factores asociados a los trastornos hipertensivos que, según estudios similares en localidades cercanas, es muy frecuente y afecta hasta el 10% de la población de mujeres embarazadas teniendo así una gran incidencia y prevalencia de este tipo de patologías, dando como resultado complicaciones materno fetales y provocando una gran cantidad de problemas asociados a este tipo de patologías. En todo caso si no se identifica de manera oportuna los trastornos hipertensivos, puede generar complicaciones para la madre y su hijo y en algunos de los casos llegar a la muerte.

Se entiende necesario estudiar los factores de riesgo asociados a los trastornos hipertensivos de manera singular aplicables a las condiciones locales para que la población de familias disponga de acceso a información y de esta manera se prevenga los trastornos hipertensivos, en algunas investigaciones las poblaciones pobres, rurales o un nivel económico disminuido, son las más afectadas y con mayor recurrencia, especialmente debido a factores ambientales y de conocimiento.

El estudio de la incidencia de los trastornos hipertensivos se realiza entonces por que es necesario disminuir el nivel de incidencia en la localidad o entender al menos cuales son los factores a gestionar para poder disminuir posteriormente el número de casos en el año, beneficiando de esta manera directamente a las mujeres gestantes del cantón Lago Agrio que son atendidas en el hospital general Marco Vinicio Iza. Los resultados incorporarían un estudio propositivo cuyo alcance pueda ser transferido hacia las futuras pacientes. Además, implica un beneficio social, que podría repercutir con el cuidado de salud general, prevención y planificación familiar, conocimientos asociados a los antecedentes, incremento en la salud de las mujeres y niños.

Los beneficiarios indirectos de esta investigación constituyen, el personal de enfermería de esta casa de salud, al recibir datos reales para así ayudar a

implementar medidas de prevención y control oportuno de este tipo de patologías. También un grupo muy importante de beneficiarios indirectos, son los estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica del Norte que en cumplimiento de su año de internado rotativo, prestan su servicio en esta importante casa de salud de la provincia de Sucumbíos. Teniendo en cuenta su conocimiento previo y fortaleciéndolo con nuevos datos de importancia, que se presentan en esta investigación, obteniendo como resultado el correcto manejo y una oportuna intervención de las patologías en mención.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la incidencia de trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos 2020.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de pacientes embarazadas con trastornos hipertensivos que acuden al hospital Marco Vinicio Iza.
- Establecer los principales factores de riesgo para presentar trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza.
- Identificar la incidencia de los
- trastornos hipertensivos que se presentan en las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza.
- Elaborar un poster informativo sobre medidas preventivas asociadas a los trastornos hipertensivos en el embarazo.

1.5.Preguntas de la Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres embarazadas en estudio del Hospital Marco Vinicio Iza?
- ¿Cuáles son los principales factores para presentar trastornos hipertensivos en las mujeres embarazadas en el Hospital Marco Vinicio Iza?.
- ¿Para qué identificar la incidencia de los trastornos hipertensivos que se presentan en el embarazo en las mujeres que fueron atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza?
- ¿Un poster informativo ayudaría a las mujeres en periodo de gestación a determinar la clasificación y las medidas de prevención de los trastornos hipertensivos en el embarazo?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo conforman un grupo heterogéneo de condiciones clínicas cuyo factor común es el hallazgo de cifras tensionales elevadas en gestantes a partir de la semana 20 de embarazo o en mujeres en puerperio. Pueden ser clasificados en cuatro subgrupos: pre-eclampsia con o sin criterios de severidad, hipertensión gestacional, hipertensión arterial crónica e hipertensión crónica con pre-eclampsia sobre agregada.

La pre-eclampsia afecta entre el 5-8% de los embarazos y es causa de aproximadamente 50 mil muertes maternas anuales en todo el mundo.

Los factores de riesgo ya establecidos son: la edad materna, la nuliparidad, la primiparidad, el antecedente de pre-eclampsia en gestaciones previas o el antecedente familiar de pre-eclampsia, entre otros.

Para la realización del presente estudio se analizaron 181 historias clínicas; la edad de las pacientes osciló entre 14 y 44 años; el 43,7% eran primigestantes; el 40,3% tuvo un control prenatal inadecuado y el 27,5% tenía antecedente de trastorno hipertensivo en gestaciones previas. El 75,1% de las pacientes fueron clasificadas como pre-eclampsia, 18,2% con hipertensión gestacional, 4,4% con hipertensión más pre-eclampsia sobre agregada y 2,2% con hipertensión crónica. El 16,9% de las pacientes con pre-eclampsia debutaron antes de la semana 34, de las cuales el 91,3% tenían criterios de severidad. (7)

2.1.2. Hipertensión en el embarazo.

Según un estudio clínico realizado por Alfonso Bryce Moncloa. Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son complicaciones muy frecuentes consideradas causa importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal.

Sobre el manejo de la hipertensión durante la gestación, las diversas guías actuales coinciden en tratar la presión arterial si es $\geq 160/105-110$ mmHg por el elevado riesgo de accidente cerebrovascular (stroke) asociado, y en normalizar la presión a $< 140/90$ si hay compromiso de órgano blanco.

Sobre el tratamiento de la hipertensión leve-moderada, la evidencia concluye que reduce el riesgo de desarrollar hipertensión no controlada, pero no previene la pre-eclampsia.

Si bien la fisiopatología de la hipertensión arterial durante la gestación aún está en estudio, se acepta que uno de los puntos centrales es la disfunción placentaria que tendría su origen en un defecto de la invasión trofoblástica, lo cual conllevaría a un defecto de invasión y remodelación de las arterias espirales maternas, con reducción de la perfusión uteroplacentaria e isquemia placentaria, de la cual se generan cambios.

(8)

2.1.3. Biomarcadores para el diagnóstico de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo.

Los estados hipertensivos del embarazo engloban una serie de manifestaciones clínicas en las que su característica principal es la aparición la hipertensión arterial, lo que a su vez tiene graves consecuencias para la salud de la mujer gestante y el feto.

La pre-eclampsia constituye el desorden hipertensivo más severo que acompaña al embarazo y resulta ser la entidad clínica de mayor prevalencia.

La pre-eclampsia se asocia a una elevada morbimortalidad materna y fetal, restricción de crecimiento intrauterino, parto pre término y asfixia perinatal.

Su causa actualmente no se conoce pero el tratamiento sigue siendo el mismo, terminar el embarazo por parto o cesárea.

Este tipo de patologías, y en específico la pre-eclampsia tiene una prevalencia, aproximadamente del 68% de las mujeres en periodo de gestación alrededor del mundo. Esta patología es más frecuente en los países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud revisa de forma sistemática la mortalidad materna en todo el mundo, en los países desarrollados el 16% de las muertes maternas se debe a este trastorno. Es importante señalar que más del 50% de los fallecimientos relacionados con la hipertensión eran evitables.

En Ecuador, debido a su gran diversidad y diferentes regiones podemos observar mediante este estudio, que las mujeres embarazadas que pertenecen a la región sierra están propensas a padecer pre-eclampsia en un 15% más que las mujeres embarazadas de la región costa. (9).

2.1.4. Trastornos hipertensivos en gestantes adolescentes atendidas en el hospital general docente de Riobamba.

Los trastornos hipertensivos son considerados como la principal causa de morbimortalidad materna y fetal a nivel mundial. En Ecuador la pre-eclampsia y la eclampsia son reportadas como la principal causa de muerte materna por más de una década.

Para este estudio existió una población de mujeres embarazadas con promedio de edad de 16 a 32 años, con un predominio de nulíparas (62,65%). El 19,84% de las adolescentes presento pre-eclampsia y el 3,11% eclampsia, de ellas el 77,97% presentaba comorbilidades, siendo la hipertensión arterial con el 44% y la diabetes mellitus con el 22% las más representadas. El 88,83% de las madres presentó complicaciones durante el parto. El parto pretérmino fue la de mayor frecuencia de presentación con el 67,80%. El 64,41% de los fetos presentó complicaciones con un 14% de muerte fetal.

Por medio de este estudio pudimos evidenciar que existió un elevado índice porcentual de adolescentes con pre-eclampsia y eclampsia.

Las complicaciones maternas más representadas fueron el parto pre-término, la cefalea y el edema en miembros inferiores. Mientras que el sufrimiento fetal, el CIUR y la prematuridad fueron las complicaciones determinantes en los neonatos.

Los factores de riesgo para pre-eclampsia y eclampsia que mayor representatividad tuvieron fueron la nuliparidad y la presencia de comorbilidades asociadas. (10)

2.2.Marco Contextual



Imagen 1 Hospital Marco Vinicio Iza

Hospital General Marco Vinicio Iza

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Entidad Contratante: MSP

Intervención: Adecantamiento

Horario de atención: 24 horas

Beneficiarios

Directos: 215499 **Indirectos:** 39453

Beneficiarios totales: 254952

Cartera de servicios.

Emergencia: 16 camas en observación: 4 pediatría y 12 adultos. 4 box atención rápida. 1 box shock y trauma: 2 camillas. 1 box cirugía: 2 camillas. 1 box procedimientos. Traumatología: 1 camilla. 1 box de procedimientos generales: 1 camilla. 1 box de pediatría: 1 camilla. 1 box de gineco-obstetricia- monitoreo: 3 puestos. 1 box de ginecología de atención de emergencia.

Consulta externa (35 consultorios):Pediatría, Genética, Psiquiatría, Neurología, Neurocirugía, Psicología, Dermatología, Cardiología, Nefrología, Gastroenterología, Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Vascular, Ginecología, Obstetricia, Traumatología, Nutrición Clínica, Maxilofacial, Rehabilitación y Terapia física, Psiquiatría, Unidad de atención integral (atención de VIH), Oftalmología.

Hospitalización (107 camas habilitadas): Dotación normal de 160 camas. Ginecología y obstetricia 64 camas. Medicina Interna 32 camas. Pediatría 32 camas. Traumatología 16 camas. Cirugía 16 camas. Camas funcionales 107.Ginecología y obstetricia 34 camas. Medicina Interna 26 camas. Pediatría 15 camas. Traumatología 16 camas. Cirugía 16 camas

Cuidados Críticos: Neonatología: 8 básicos, 4 aislamiento (infectados), 5 intermedios, 4críticos (intensivos)

Cuidados intensivos: 7 camas

Servicios de Apoyo Diagnóstico: Laboratorio clínico LAC 2 (de emergencia las 24 horas)

Servicio de medicina transfusional (24 horas).

Imagenología: 24 horas. Rx: 2 Equipos portátiles

Tomografía 24horas (Funciona en instalaciones de Hospital antiguo) Ecografías 12horas de lunes a sábado

Centro Obstétrico: 1 sala de labor con 5 camas, 1 de recuperación con 9 camas y 2 quirófano obstétricos (no funcionales por falta de personal)

Centro Quirúrgico 4 quirófanos: 2 quirófanos 8 horas, 1 quirófano emergencia 24 horas y 1 no operativo por falta de talento humano.

Recuperación 10 camillas. Inducción de anestesia 3 camillas.

Rehabilitación Física: Rehabilitación fisiatría

Audiología

Terapia física (Gimnasia, onda corta, ultrasonido, laser terapia, magneto)

Terapia del lenguaje

Terapia ocupacional

Otros servicios de Apoyo: Hemodiálisis 16 unidades y una sala de procedimientos. (11).

2.3.Marco Conceptual

2.3.1. Presión arterial alta en el embarazo

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. La presión arterial alta, o hipertensión, es cuando esta fuerza es demasiado alta, esta presión arterial alta se puede clasificar en dos clases. Hipertensión gestacional, Es la presión arterial alta que desarrolla mientras está embarazada. Comienza después de las 20 semanas de embarazo. Por lo general, no tiene otros síntomas. En muchos casos, no le hace daño a usted ni a su bebé, y desaparece durante las 12 semanas después del parto. Sin embargo, aumenta el riesgo de hipertensión en el futuro. A veces puede ser grave, lo que puede provocar bajo peso al nacer o nacimiento prematuro. Algunas mujeres con hipertensión gestacional terminan desarrollando pre-eclampsia. Hipertensión crónica, Es la presión arterial alta que comienza antes de la semana 20 del embarazo o antes de quedar embarazada. Algunas mujeres pueden haberla tenido antes de quedar embarazadas, pero no lo supieron hasta que chequearse la presión arterial en su visita prenatal. (12)

2.3.2. Pre-eclampsia.

La pre-eclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones. Generalmente, la pre-eclampsia comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal. Si no se trata, la pre-eclampsia puede desencadenar complicaciones graves, incluso mortales, tanto para ti como para tu bebé. Si tienes pre-eclampsia, el tratamiento más efectivo es dar a luz a tu bebé. Incluso luego del parto, sentirte mejor puede llevarte un tiempo. Si se te diagnostica pre-eclampsia en el embarazo demasiado temprano para dar a luz a tu bebé, tú y el médico enfrentan a una tarea difícil. Tu bebé necesita más tiempo para madurar, pero debes evitar ponerte a ti o a tu bebé en riesgo de sufrir complicaciones graves. En raras ocasiones, la pre-eclampsia se desarrolla después del parto, una enfermedad que se conoce como pre-eclampsia posparto. (13)

2.3.3. Eclampsia.

La eclampsia es una enfermedad que aparece en el embarazo y que se caracteriza por la aparición de una o más convulsiones generalizadas que no pueden ser atribuidas a otra causa y/o la aparición de un coma en el contexto de una pre-eclampsia. La eclampsia puede aparecer en cualquier momento, desde el segundo trimestre de la gestación hasta el puerperio. Hace tiempo se pensaba que era el resultado final de la pre-eclampsia (de ahí su nombre), sin embargo, en la actualidad se considera que las convulsiones son una manifestación de una pre-eclampsia grave, más que una enfermedad diferente. La eclampsia continúa siendo una causa frecuente de mortalidad materna. Aparece en 1 de cada 1000 embarazos y en 2 de cada 100 pre-eclampsias graves si la mujer no recibe profilaxis anti-convulsivante (tratamiento preventivo para evitar las convulsiones). La incidencia de eclampsia en las pre-eclampsias moderadas es del 0,5%. Es raro que la eclampsia se presente antes de las 20 semanas de gestación. Un 50 % de los casos se produce entre las semanas 20 y 37, un tercio después de la semana 37, durante el parto y en las primeras 48 horas tras el parto y el resto de los casos a partir de transcurridas 48 horas del parto. (14)

2.3.4. Síndrome de hellp.

Síndrome hellp es una serie de síntomas que conforman un síndrome que puede afectar a las mujeres embarazadas. Síndrome de hellp se piensa que es una variante de la pre-eclampsia, pero puede ser una entidad por su propia cuenta. Todavía hay muchas preguntas acerca de la enfermedad grave del síndrome hellp. La causa aún no está claro para muchos médicos y con frecuencia el síndrome hellp se diagnostica erróneamente. Se cree que el síndrome hellp afecta a alrededor del 0,2 a 0,6 por ciento de todos los embarazos.

El nombre HELLP significa:

H- hemólisis (destrucción de los glóbulos rojos)

EL- enzimas hepáticas elevadas (función hepática)

LP – los recuentos de plaquetas bajas (plaquetas ayudan a la coagulación de la sangre).

A menudo se asume que el síndrome hellp siempre se producirá en el marco de la pre-eclampsia, pero hay momentos en los que los síntomas de hellp se producirán sin un diagnóstico de pre-eclampsia está haciendo. Acerca de 4-12% de las mujeres con pre-eclampsia diagnosticado desarrollará el síndrome hellp. Por desgracia ya que los síntomas del síndrome hellp pueden ser el primer signo de pre-eclampsia, esto es lo que a menudo puede conducir a unos diagnósticos erróneos. Los síntomas de hellp pueden causar errores de diagnóstico de otras enfermedades como la hepatitis, enfermedad de la vesícula, o idiopática púrpura trombótica / trombocitopenia (ITP), que es un trastorno de la coagulación. (15)

2.3.5. Hipertensión gestacional.

La hipertensión gestacional es la presión arterial alta durante el embarazo. Se presenta en alrededor de 3 de cada 50 embarazos. Esta afección es diferente de la hipertensión crónica. La hipertensión crónica se presenta cuando una mujer tiene presión arterial alta antes de quedar embarazada. También es diferente de la pre-eclampsia y la eclampsia. Estos son otros problemas relacionados con la presión arterial en el embarazo. Este problema suele comenzar en la segunda mitad del embarazo. Normalmente desaparece después del nacimiento de su bebé. Los médicos no saben cuáles son las causas de esta afección. Las siguientes situaciones pueden aumentar su riesgo: Tener presión arterial alta antes del embarazo o en un embarazo anterior. Tener enfermedad renal. Tener diabetes. Ser menor de 20 años o mayor de 40 años. Tener un embarazo múltiple, como mellizos o trillizos. Ser afroamericana. (16)

2.3.6. Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son uno de los problemas médicos obstétricos más comunes y son asociados a una alta morbilidad materna y fetal. Las muertes maternas por pre-eclampsia y eclampsia están en aumento y según la Encuesta Confidencial sobre Muertes Maternas del Reino Unido, la tasa de mortalidad para el trienio 2006-2008 fue de 0,83 cada 100.000 maternidades (22 muertes), comparadas con 0,66 (15 muertes) en el trienio 2003-2005. La hemorragia cerebral sigue siendo la causa más frecuente de muerte en este grupo y por lo tanto se destaca en este informe el tratamiento rápido y eficaz de la hipertensión para prevenir el accidente cerebrovascular hemorrágico. Como su etiología es, en gran parte desconocida, y se carece de herramientas de detección, el tratamiento se dirigirá al control de las manifestaciones clínicas. (8)

Los antiguos griegos creían que la pre-eclampsia era causada por el desequilibrio de los fluidos corporales (sangre, flema, bilis amarilla y negra). Más tarde se pensó que los síntomas de la enfermedad podrían ser debidos a la piel extremadamente porosa de la mujer y también al “vientre errante”, que el útero andaba errante por el cuerpo y causando estragos en el hígado, el bazo, el cerebro y los pulmones. El tratamiento temprano estaba destinado a la sangría y se trataba a la mujer con un baño caliente en un ambiente tranquilo y oscuro. Sin embargo, desde un momento temprano de la historia se reconoció la importancia de acelerar el parto. (8)

- Fisiopatología.

Se han conseguido importantes avances en la comprensión de la fisiopatología de los trastornos hipertensivos del embarazo en el siglo 20, cuando se identificó la pobre invasión de las células trofoblásticas de la placenta por las arterias espirales maternas como componente importante de la enfermedad. Esto se traduce en alta resistencia muscular de los pequeños vasos, en lugar de los grandes lagos de baja resistencia, lo que lleva a la distensibilidad limitada de las arterias espirales y a restringir el flujo sanguíneo a la placenta y el feto. (17)

- Patogenia

Se ha descrito un proceso de dos etapas de la patogénesis. Placentación anormal junto con disfunción endotelial, da lugar al espectro de la enfermedad. (17)

Etapa I

Placentación anormal y la remodelación vascular produce disminución de la perfusión placentaria Los factores maternos:

Genética

Comportamiento

Ambiental

Etapa II.

Síndrome de pre-eclampsia materna con la disfunción endotelial

El síndrome de pre-eclampsia se caracteriza por la disminución de la perfusión debido a vaso espasmo y a la activación de la cascada de coagulación con la formación de micro-trombos y al final en daño orgánico.

Resulta una disfunción endotelial que produce un desequilibrio de factores pro y anti-angiogénicos, con un aumento de los factores anti-angiogénicos. Cabe señalar que estos biomarcadores no tienen suficiente valor predictivo positivo cuando se utilizan solos. (17)

2.3.7. Hipertensión Crónica

Si la hipertensión está presente en el momento de la confirmación del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación) o si la mujer ya está en tratamiento antihipertensivo. La disminución fisiológica de la presión arterial en el embarazo temprano puede enmascarar el diagnóstico de esta condición y puede ser aparente sólo en el período post-parto cuando la presión arterial no se normaliza.

Esta condición dificulta del 3 al 5% de los embarazos y duplica el riesgo de pre-eclampsia. (18)

2.3.8. Hipertensión Gestacional (hipertensión inducida por el embarazo)

Nueva presentación de hipertensión después de 20 semanas de gestación sin proteinuria significativa, que por lo general se resuelve dentro de las 6 semanas después del parto.

Se presenta en el 6-7% de los embarazos y de 15 a 25% de estas mujeres procede a desarrollar pre-eclampsia. Tiende a repetirse en embarazos posteriores.

Proteinuria significativa: Creatinina de proteína en orina (PCR) > 30 mg/mmol (o) una excreción de proteína total ≥ 300 mg por 24 horas de recolección de orina (o) 2 muestras de orina recolectada ≥ 4 h aparte con $\geq 2+$ en la tira reactiva de proteínas.

2.3.9. La pre-eclampsia grave

La pre-eclampsia con hipertensión grave con o sin síntomas y asociada a deterioro bioquímico y hematológico.

La triada clásica de la hipertensión, proteinuria y edema en el diagnóstico de la pre-eclampsia ha sido utilizada ya. (19)

2.3.10. Eclampsia

Estado convulsivo asociado con pre-eclampsia. En el Reino Unido, la eclampsia ocurre en el 1-2% de los embarazos con pre-eclampsia. (20)

Grados de hipertensión según la severidad

TERMINOLOGIA	PRESION ARTERIAL mmHg
Hipertensión leve	140-149 / 90-99
Hipertensión moderada	150-159 / 100-109
Hipertensión severa	>160 / >110

Tabla 1 Hipertensión según la severidad

- Síntomas y Participación del Sistema Asociado en la pre-eclampsia grave

Síntomas.

Dolor de cabeza

Alteraciones visuales – desenfoque / destellos

Dolor abdominal superior

Nauseas – vómitos

Hinchazón repentina de la cara, pies, manos

Reflejos tendinosos profundos

Deterioro hematológico

Trombocitopenia

Alteración de la coagulación

Hellp – hemolisis, plaqueta bajas, enzimas hepáticas elevadas

Deterioro bioquímico

Riñón

Alteración de la urea, creatinina, sodio y potasio, aumento de urato sérico, proteinuria, PCR elevada en orina.

Hígado

Albúmina baja, glucosa baja en los casos graves, enzimas hepáticas elevadas, bilirrubina $>1,2\text{mg / dl}$.

- Factores de riesgo.

Factores asociados con el embarazo.

- Primer embarazo
- Embarazo múltiple
- Inseminación donante
- Embarazo molar
- Anomalías cromosómicas

Factores maternos

- >35 años
- <25 años
- Historia familiar de pre-eclampsia
- Antecedentes de presión arterial diastólica de 80mmHg o más
- Diabetes asociada, obesidad, hipertensión crónica y enfermedad renal
- Anticuerpos anti fosfolípidos

Factores paternos

- Padre por primera vez
- Anterior historia de pre-eclampsia

La pre-eclampsia es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares en las mujeres. Se ha demostrado el doble riesgo de cardiopatía isquémica, accidente

cerebrovascular y los eventos tromboembólicos venosos en los cinco a quince años después de un embarazo con pre-eclampsia. Es de destacar que tanto la pre-eclampsia y la cardiopatía isquémica están asociadas a la dislipidemia, resistencia a la insulina y la disfunción endotelial. (20)

- Complicaciones.

Materna

1. Sistema cardiovascular.

Generalizada vasoconstricción y disminución del volumen circulante

Insuficiencia ventricular izquierda

Aumento de la permeabilidad vascular y edema

2. Sistema nervioso

Dolor de cabeza, alteraciones visuales, vómitos, confusión, hiperreflexia debido a la alteración de la perfusión cerebral.

Hemorragia cerebral debido a la severa hipertensión sistólica

Convulsiones debido a la irritabilidad cerebral

3. Sistema respiratorio

Edema generalizado con edema de las vías respiratorias superiores

Edema pulmonar no cardiaco debido a la fuga capilar

4. Sistema renal

Endotelios capilares glomerular y microtrombos

Tasa de filtración glomerular reducida

Reducción del aclaramiento de urea y ácido úrico en suero aumentado – marcador de la gravedad.

Proteinuria e hipo proteinuria

- Manejo

El manejo de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo se puede agrupar en los siguientes ítems:

Cuidado de preconcepción:

Dado que los riesgos de la pre-eclampsia y la hipertensión gestacional se incrementan con la elevación del IMC, debe fomentarse la pérdida de peso en las mujeres con sobrepeso antes de la concepción.

Las mujeres con hipertensión crónica deben ser evaluadas para descartar cualquier causa secundaria de hipertensión. Se les debe garantizar un control óptimo antihipertensivo, se recomienda discutir los riesgos crecientes de pre-eclampsia, y educarlas sobre la necesidad de retirar drogas, como inhibidores del ECA (IECA) y bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA), debido a los efectos fetotóxicos de estos fármacos.

Las mujeres con malos resultados obstétricos previos, debidos a pre-eclampsia severa deben ser aconsejadas y se les debe ofrecer tratamiento profiláctico con baja dosis aspirina.

Debido a la hipótesis de que la pre-eclampsia implica disfunción endotelial y estrés oxidativo, se cree que la suplementación con antioxidantes vitamina C y E mejora los marcadores bioquímicos de activación endotelial. Un ensayo multicéntrico de 10.000 mujeres nulíparas mostró que la suplementación no afectó materialmente ni a la madre ni al feto. (21)

2.3.11. Cuidados generales prenatales

Materno

Las mujeres embarazadas y con hipertensión, requieren vigilancia prenatal más estrecha para ayudar a la identificación temprana de pre-eclampsia con medición regular de la presión arterial normal y análisis de sangre y orina. Estas mujeres deben tener tempranamente una clínica de anestesia obstétrica como referencia. No sólo están con mayor riesgo de intervención obstétrica, que requiera anestesia, sino que también el tratamiento de la enfermedad en sí puede incluir el bloqueo regional y esto debe ser discutido en el período prenatal.

Es necesario admitir todas las mujeres embarazadas con pre-eclampsia o hipertensión gestacional con hipertensión grave ($> 160/110$ mmHg), independientemente del momento de gestación. (22)

Fetal

Monitoreo fetal en forma de crecimiento fetal y perfil biofísico con ecografías para detectar RCIU,

El control del volumen de líquido amniótico y la velocimetría doppler de la arteria umbilical deben ser realizados cada 4 semanas después de las 24-26 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de pre-eclampsia.

Los Umbrales Doppler anormales de la arteria umbilical, incluyen un índice de pulsatilidad

de la arteria > 2 desviaciones estándar y ausencia o reversión del flujo diastólico final. (21).

2.3.12. Control de la hipertensión

Debe iniciarse el tratamiento de la hipertensión para reducir el riesgo de hemorragia intracraneal materna.

Labetalol Oral y metildopa son los fármacos de primera línea recomendados cuando la presión arterial sistólica alcanza 150-160 mmHg. Si hay pre-eclampsia severa (con presiones sistólicas muy altas), el tratamiento puede ser con labetalol, ya sea oral o intravenoso, nifedipino oral, hidralazina intravenosa o una combinación de fármacos para mantener una MAP de <125 mmHg. En el tratamiento antihipertensivo el exceso de celo puede causar compromiso fetal debido a la mala perfusión placentaria. (11).

- Drogas

Se asume que todos los fármacos antihipertensivos atraviesan la placenta y entran en la circulación fetal. En la mayoría de los medicamentos comúnmente utilizados no se han encontrado efectos teratogénicos, aunque los inhibidores de ECA y los BRA son fetotóxicos. El uso de estos medicamentos puede resultar en retraso del crecimiento intrauterino, oligohidramnios, contracturas articulares, hipoplasia pulmonar, displasia tubular renal, insuficiencia renal, anuria neonatal hipocalcemia en el feto. El pilar del tratamiento de la hipertensión en el embarazo es el de proteger a la mujer de un nivel extremadamente peligroso de presión y permitir la máxima madurez fetal. (1)

2.3.13. Prevención y control de las convulsiones

Las convulsiones eclámpticas complican el 1-2% de los embarazos con pre-eclampsia. Aunque es poco común, la eclampsia es una condición debilitante que requiere directrices de manejo claras para permitir un rápido y eficaz tratamiento. Puede ayudar al tratamiento, ensayar su manejo mediante la formación multidisciplinaria de simulación o simulacros de enseñanza.

El sulfato de magnesio es ahora el fármaco de elección para reducir el riesgo de convulsiones en la pre-eclampsia severa, para el control de nuevas crisis de inicio y para reducir el riesgo de que se repitan. Se cree que el efecto vasodilatador

característico del magnesio revierte el vasoespasmo cerebral y aumenta el flujo sanguíneo cerebral, evitando así las convulsiones.

La dosis de sulfato de magnesio se deriva de la pauta de “Collaborative Eclampsia Trial régimen” – bolo 4g más de 10 min seguido de 1g/hr infusión hasta 24 horas después del parto. Esta dosis de mantenimiento se detiene o se disminuye a 0.5g/hr si la paciente está oligúrica, o si los niveles de magnesio en suero son más altos que el rango terapéutico. En el caso de convulsiones recurrentes, se puede administrar un bolo adicional de 2-4g a lo largo de 10 minutos.

Si se producen más ataques a pesar de lo anterior, informar a la unidad de cuidados intensivos como convulsión que requiere tratamiento adicional. Puede ser necesario que requiera el apoyo de la vía aérea y la ventilación. El 44% de las crisis eclámpticas ocurren después del parto, por lo tanto, la vigilancia post-natal es esencial, aunque la enfermedad se resuelve espontáneamente en todos excepto unos pocos casos. (23)

2.3.14. Fármacos utilizados en el tratamiento de la hipertensión en el embarazo.

Metildopa:

La metildopa se ha empleado bajo cuidadosa supervisión médica y obstétrica para el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo, no encontrándose evidencia clínica de que causara anomalías fetales o afectara al recién nacido. La metildopa atraviesa la barrera placentaria y aparece en la sangre del cordón umbilical. De todas maneras, para su utilización en mujeres que están o pueden quedar embarazadas se deben sopesar los beneficios con los posibles riesgos para el feto.

Labetalol:

Hipertensión arterial, hipertensión arterial en el embarazo, angina de pecho con hipertensión arterial coexistente. Hipertensión arterial grave, episodios hipertensivos tras infarto agudo de miocardio, anestesia cuando esté indicado técnica hipotensora.

Nifedipino:

No se debe utilizar nifedipino durante el embarazo a no ser que las condiciones clínicas de la mujer requieran el tratamiento. con nifedipino. Nifedipino debe reservarse para mujeres con hipertensión arterial grave que no respondan a un tto. estándar. No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. La información disponible no es suficiente para descartar efectos adversos del medicamento en el feto y en el neonato.

2.3. Marco Legal

2.3.1. Constitución Nacional del Ecuador 2018

En la Constitución del Ecuador se establece que “La salud es un derecho que garantiza

el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua...”, se asegura además que:

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

En el **Art. 358** se declara que la finalidad del sistema nacional es el de desarrollar, proteger y recuperar de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral y que se regirá por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

En el **Art. 359** se otorga las dimensiones y alcances del sistema nacional de salud en el que se asegura que comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcando todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizando la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles

En el **Art. 360** se establece que el sistema garantizará, mediante las instituciones que lo integran, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria. Describe también la conformación de la red pública integral de salud la cual forma parte del sistema nacional de salud y se conforma conformada los establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores de salud que pertenecen al Estado.

De la misma manera se establece en el **Art. 362** que los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención, comprendiendo además todos los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, dotación de medicamentos y rehabilitación necesarios para asegurar la salud del paciente.

El **numeral 6 del artículo 363.-** describe que el Estado es responsable de asegurar acciones y servicios para preservar la salud sexual y reproductiva, garantizar la salud integral de los ecuatorianos y la vida de las mujeres, en especial durante el periodo del embarazo, parto y postparto.

2.3.2. Objetivos del desarrollo sostenible.

Objetivo 3. Declara la necesidad de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, manifestando además en la meta 3.1 que para 2030, se reducirá la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 de los nacidos vivos. Análisis realizados dentro del Plan Nacional de Salud en el 2017, se establece la importancia de los trastornos hipertensivos gestacionales como los causantes de al menos el 20% de las muertes maternas totales del Ecuador

2.3.3. Norma para el cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud.

La norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial asume como estrategia ofertar según el nivel de complejidad por los establecimientos del Sistema Nacional de Salud en forma coordinada su relación de referencia, contra referencia, referencia inversa y derivación, en concordancia con los Principios del Modelo de Atención Integral de Salud del Sistema Nacional de Salud y establece que en su nivel operativo básico coordinado y de competencia del personal de salud, que la atención durante el embarazo comprenderá entre otras cosas el manejo de antihipertensivos, sulfato de magnesio en el caso de pre-eclampsia, antibióticos en caso de ruptura prematura de membranas, uteroinhibidores y corticoides en amenaza de parto prematuro de hasta 35 semanas, y la atención del aborto en curso o inevitable sea este completo, incompleto y diferido

2.3.4. Ley Orgánica de Salud.

En el Art. 21 el Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública y por tanto constituye un compromiso del estado garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

2.3.5. Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva del Ecuador 2017-2021.

Se menciona en el Plan de Acción de Salud sexual y reproductiva del Ecuador la creación de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) lo cual incluye la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC), a los cuales se añade el componente neonatal.

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La meta 3.1 dice: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”.

Objetivo 5: en la meta 5.6, expresamente se manifiesta la necesidad de “Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen”.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 aborda la problemática actual relacionada con la vivencia de la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos en el marco del derecho a la salud integral, reconociendo que son derechos humanos fundamentales que deben ser garantizados y efectivizados por parte del Estado, como lo menciona la Constitución y los instrumentos internacionales.

2.4. Marco Ético

2.4.1. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la Profesión de Enfermería.

Los cuatro elementos del Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería que ponen de relieve las normas de conducta ética:

La Enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Proporcionando: cuidados, respeto, brindando información y confidencialidad.

La Enfermera y la práctica: La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal a fin de fomentar confianza. Empleará tecnología y avances científicos.

La Enfermera y la profesión: La enfermera aplicará normas de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuyendo al desarrollo de conocimientos profesionales.

La Enfermera y la profesión: La enfermera aplicará normas de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuyendo al desarrollo de conocimientos profesionales.

En forma particular algunas de las reglas del código sugieren que:

- La/el Enfermera/o reconoce la libertad e igualdad de todos los seres humanos.
- Proteger al paciente de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.
- Respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.
- Respetar el consentimiento del paciente, obtenido siempre con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o.
- Gestionarlo a través de los familiares en caso de que el paciente no se encuentre en capacidad de hacerlo.
- Nunca se empleará medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente.
- Mantener informado al enfermo.
- Informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones.
- Valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud.
- Salvaguarda los Derechos Humanos
- Adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente.
- Defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales.
- Asumir la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual deben

tomar en el ejercicio de su profesión.

- Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.
- No aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que nos sea de su competencia.
- Nunca delegar funciones que le son propias.
- Actualizar constantemente sus conocimientos
- Denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente.
- Las relaciones con sus colegas y con otros profesionales deberán basarse en el respeto mutuo.
- Colaborar diligentemente con los otros miembros del equipo de salud.
- Solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros del equipo de salud, de forma que asegure al público un servicio de mejor calidad.
- Compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos
- El trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.
- Nunca practicar la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes.
- No aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega.

2.4.2. Código de Ética del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Con el objetivo de promover principios, valores, responsabilidades y compromisos éticos en relación con la conducta; proporcionando la creación de espacios para la reflexión personal y colectiva sobre la importancia y necesidad de aplicar principios y valores éticos en la práctica del servicio público de salud.

En el Artículo 2. se señala sobre el ámbito de Aplicación, el cual señala que: Los valores y las directrices éticas descritas en este Código, serán asumidos y cumplidos de manera obligatoria por todos los servidores del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional y de sus Entidades Adscritas, en todos los espacios de la Institución en que se desempeñen.

En el Artículo 3. se habla sobre los valores de: Respeto, Inclusión, Vocación de servicio, Compromiso, Integridad, Justicia, Lealtad.

En el Artículo 4. El procedimiento ético comprende los siguientes compromisos: Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población; administrar correctamente los bienes del Ministerio de Salud Pública; concientizar que el talento humano está al servicio de la población en general; cumplir rigurosamente los protocolos y normativas en los diferentes procedimientos técnicos; respetar las diferencias de los usuarios que presentan diversas necesidades; brindar un servicio de alta calidad técnica y humana; demostrar una conducta intachable y justa; garantizar la atención con calidad y calidez

2.4.3. Análisis del Código de Ética de la F.E.D.E.

La Federación de Enfermería del Ecuador, en consideración del desarrollo científico tecnológico como una realidad y un requerimiento actual, declara que:

Tomando en cuenta la pérdida de valores y el incremento de la corrupción, es necesario que el personal de enfermería deba guiarse en el ejercicio profesional por normas y principios que se fundamenten en la ética y moral. Es por eso que se realiza este Código de Ética para enfermeras/os del país. Conforme al Código de Ética

Valores

Los valores orientadores sobre los que se sustentarán las interrelaciones, decisiones y prácticas de los/as servidores/as del Ministerio de Salud Pública son:

Respeto: Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión: Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad.

Vocación de servicio: La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción.

Compromiso: Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.

Integridad: Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada.

Justicia: Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

Lealtad: Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

2.4.4. Compromisos.

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado.

Administrar, utilizar y rendir cuentas del uso de los bienes del Ministerio de Salud Pública.

Concientizar que la principal riqueza del Ministerio de Salud Pública constituye el talento humano que está al servicio de la población en general.

Cumplir rigurosamente los protocolos y normativas en los diferentes procedimientos técnicos y administrativos que sean pertinentes.

Respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades.

Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada.

Demostrar una conducta intachable y justa, alineándose a la misión y visión de la Institución.

Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública.

2.4.5. Declaración de Helsinki.

La declaración de Helsinki adoptada por la Asamblea Médica Mundial, en Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada por la Asamblea Médica Mundial número 29 realizada en Tokio, Japón, octubre de 1975; la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983; la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989; la 48 Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996; la 52 Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000; Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM (Asociación Médica Mundial), Washington 2002; Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 69 Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 declara que:

“El médico tiene como misión salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia se dedican al cumplimiento de esta misión. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la siguiente aseveración: “La salud de mi paciente será mi empeño principal”, y el Código internacional de Ética Médica declara que “cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente”

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica aplicada a seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes: Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código

Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica". 61 el progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

La metodología que se utilizó en la presente investigación fue de abordaje cuantitativo y no experimental.

Cuantitativa: Esta investigación tiene como propósito el adquirir conocimientos fundamentales y la elección del modelo más adecuado que nos permita conocer la realidad de nuestro problema de una manera más profunda, ya que recogeremos y analizaremos los datos a través de los conceptos y de las variables.

3.2. Tipo de la investigación

Esta investigación fue de tipo descriptivo y retrospectivo en donde se revisó y levanto información sobre la situación actual del objeto de estudio.

Descriptivo: Porque cogió, proceso y analizó características o fenómenos que se dieron en personas del grupo seleccionado, a fin de obtener datos reales sobre un determinado problema y con ello conseguir información sobre las variables de estudio.

Retrospectivo: Rescatar la información basada a las historias clínicas.

Documental: Porque para su elaboración se remite a fuentes documentales y bibliográficas, digitales y de internet, necesarias para la estructuración del marco teórico en todas sus fases, seleccionando autores cuyas opiniones y criterios son reconocidos en el contexto de los servicios de salud, como fuentes válidas para enriquecer el tema de investigación

3.3. Localización y ubicación del estudio

El presente estudio fue realizado en el hospital general Marco Vinicio Iza de la Provincia de Sucumbíos.

Lugar donde habitan las mujeres gestantes que fueron atendidas en la mencionada institución.

3.4. Población

3.4.1. Universo

Conformada por mujeres gestantes diagnosticadas con trastornos hipertensivos, que fueron atendidas en el hospital general Marco Vinicio Iza, durante el periodo Enero del 2020-septiembre 2020.

3.4.2. Muestra

Para el presente estudio se recogió información de 520 mujeres gestantes que fueron atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza, de las cuales 143 fueron ingresadas en esta casa de salud por presentar alguno de los trastornos hipertensivos mencionados en esta investigación. Dando así el 26.6% de las mujeres en estudio.

3.4.3. Criterios de inclusión

Mujeres embarazadas que fueron atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza que presentaron algún tipo de patología relacionada a los trastornos hipertensivos en la gestación en el periodo mencionado.

3.4.4. Criterios de Exclusión

Mujeres gestantes sin ningún tipo de trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital general Marco Vinicio Iza.

Historias clínicas incompletas

3.5. Métodos de Recolección de la Información

Revisión documental: Mediante la revisión a profundidad de las historias clínicas de la muestra de la población en estudio se recogió la mayor cantidad de información de las variables a medir, donde se elaboró el listado de las historias clínicas de las mujeres gestantes con diagnóstico de algún trastorno hipertensivo mediante su embarazo, para cubrir la muestra de estudio y luego pasar a una ficha de registro.

Recolección de información bibliográfica científica: Se utilizaron información de la biblioteca virtual de la Universidad Técnica del Norte dentro de revistas y páginas científicas tales como: Scopus, Lilacs, Ebsco, Scielo, y otros. Revistas Científicas, Documentación Bibliográfica primaria, secundaria y terciaria.

3.6. Operacionalización de variables

- **Objetivo 1:** Conocer las características sociodemográficas de pacientes embarazadas con trastornos hipertensivos que acuden al hospital Marco Vinicio Iza.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Técnicas	Instrumento
Características Sociodemográfica	Son el conjunto de características biológicas, sociales, culturales, geográficas, políticas del estudio de la población humana y que se ocupa en su dimensión, estructura y evolución, consideradas desde el punto de vista cuantitativo.	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 20 • 20 a 35 • Mayor a 35 	Revisión documental de historias clínicas	Ficha de registro
		Nivel de instrucción	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Técnico o Superior 		

		Grupo racial	Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Blanca • Mestiza • Afro • Indígena 		
		Zona donde vive	Lugar de residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	Revisión documental de historias clínicas	Ficha de registro

Tabla 2 operacionalización Objetivo 1

- **Objetivo 2:** Identificar los principales factores para presentar trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el hospital
Marco Vinicio Iza.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Técnicas	Instrumento
Factores de Riesgo trastornos hipertensivos	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	% de respuestas afirmativas	Antecedentes Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • HTA • Diabetes • Pre-eclampsia 	Revisión documental de historias clínicas	Ficha de registro
			Antecedentes Personales	<ul style="list-style-type: none"> • HTA • Diabetes 		
		% de respuestas	Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Multigesta 		
Conductas de riesgo	En medicina, más que a la conducta observable se refiere a la presencia de	% de respuestas afirmativas	Fumadora Activa o Pasiva	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Revisión documental de historias	Ficha de registro
		% de respuestas afirmativas	Drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		

	hábitos que perjudique la salud	% de respuestas afirmativas	Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	clínicas	
Exámenes de Laboratorio	Corresponde a las anotaciones encontradas dentro de las historias	Momento en el que se realizó el examen de glucemia.	<20 sem. >20 sem.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Revisión documental de historias clínicas	Ficha de registro

	clínicas que hacen referencia a exámenes y prescripciones Medicas	Momento en el que se realizó el examen de hemoglobina	<20 sem. >30 sem.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
Prescripciones Medicas	Es un acto por el cual un médico indica a su paciente las recomendaciones que debe seguir para curarse.	% de respuestas afirmativas	Folatos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
		% de respuestas afirmativas	Calcio	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
		% de respuestas afirmativas	Ácido Acetil Salicílico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
Controles Prenatales	Asistencia durante el tiempo de gestación a revisiones periódicas en un centro de salud.	Número de controles realizados al momento de la Consulta	Controles Prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 a 4 • 5 o mas 	Revisión documental de historias clínicas	Ficha de registro
		Ganancia de peso adecuado		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		

Presencia de examen confirmatorio	Describe la presencia de un examen confirmatorio		Proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
Planificación familiar.	permite a las personas tener el número de hijos que desean.	% de respuestas afirmativas	Métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		

Tabla 3 Operacionalización Objetivo 2

- **objetivo 3.** Identificar las diferentes clases de trastornos hipertensivos que se presentan en las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza.

. Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Técnicas	Instrumento
Clases de trastornos hipertensivos en el embarazo.	Son un conjunto de desórdenes que acontecen durante la gestación cuyo nexo común es la hipertensión. Deben ser destacados dadas su implicación en la morbimortalidad materna y neonatal.	% respuestas afirmativas	Hipertensión transitoria	- si - no	Revisión documental de historias clínicas	Ficha de registro
		% respuestas afirmativas	Hipertension crónica.	- si - no		
		% respuestas afirmativas	Hipertensión crónica con proteinuria sobre agregada	- si - no		

		% respuestas afirmativas	Pre-eclampsia	- si - no		
		% respuestas afirmativas	Eclampsia	- si - no		
		% respuestas afirmativas	Síndrome de hellp	- si - no		

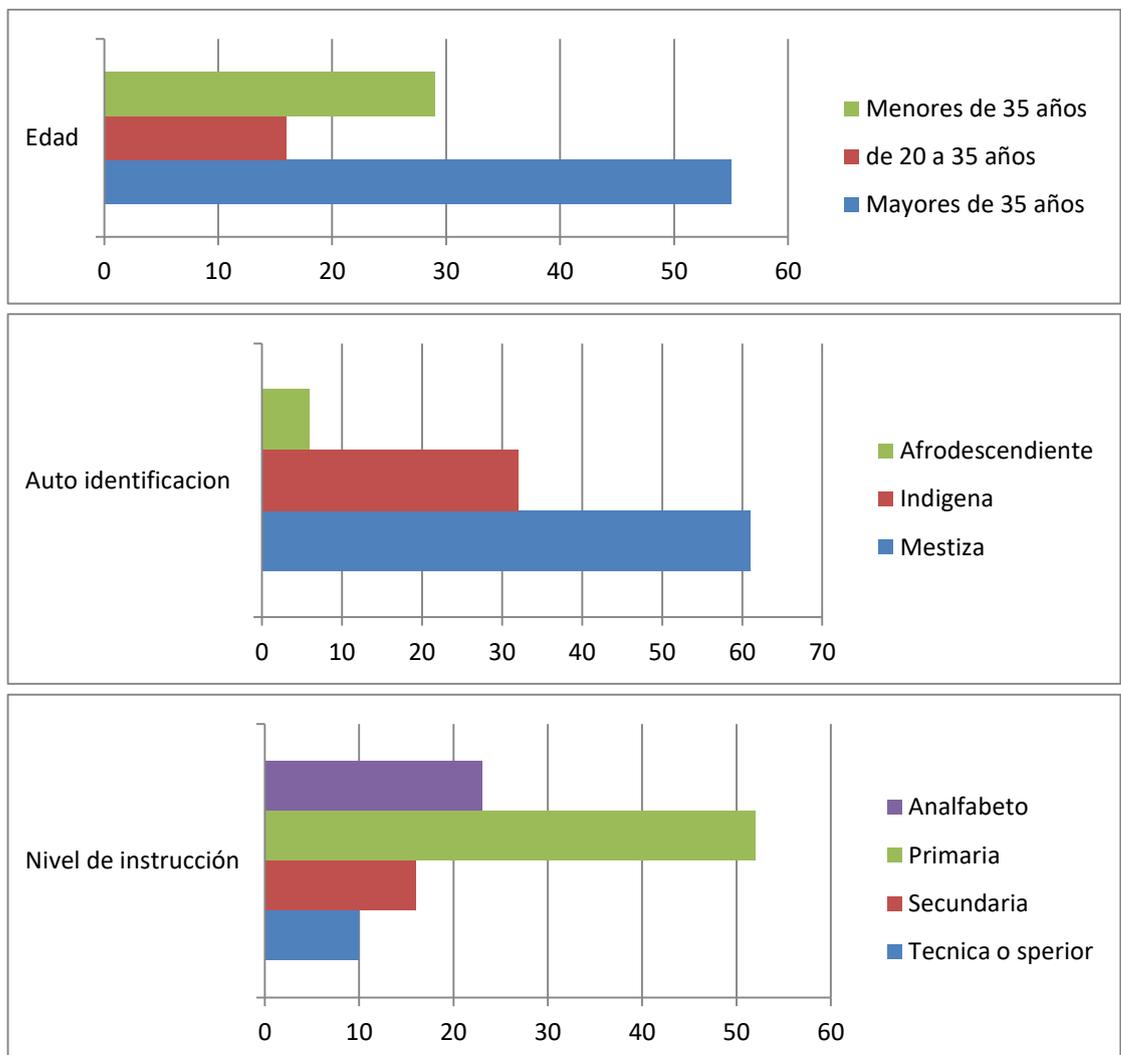
Tabla 4 Operacionalización Objetivo 3

CAPÍTULO IV

Resultados de la Investigación

4.1. Factores Sociodemográficos

Gráfico 1. Características sociodemográficas de pacientes embarazadas con trastornos hipertensivos que acuden al hospital Marco Vinicio Iza.



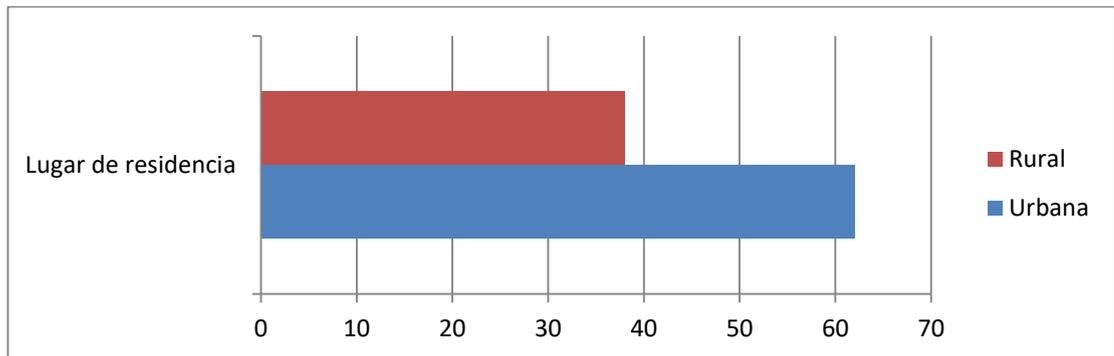


Gráfico 1 Factores sociodemográficos

El 55% de los casos de trastornos hipertensivos involucra a mujeres mayores de 35 años, seguido por las mujeres que tenían menos de 20 años con el (29%); el grupo menos frecuente fue el que correspondía a las madres gestantes entre 20 y 35 años con el (16%).

En cuanto al nivel de instrucción se determinó que existía analfabetismo en el 23% de los casos y que la mayor parte de las madres en estudio poseían al menos la instrucción primaria (52%).

La mayoría (61%) de las madres se auto identificaron como mestizas, el 32% como indígenas y el 6% como afrodescendientes.

En relación al lugar de residencia de las mujeres en estudio se puede observar que el (62%) viven en la zona urbana de la ciudad y el (38%) de las mujeres gestantes viven en la zona rural.

De la misma manera convencionalmente se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de los trastornos hipertensivos; incluso se ha evidenciado que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia una implantación inadecuada de la placenta, de acuerdo a los datos presentados en esta investigación, podemos corroborar lo que dice las bibliografías en cuanto a la mala implantación placentaria y el grupo de edad de las mujeres embarazadas.

Los datos presentados como resultado de esta investigación en contexto a las características sociodemográficas concuerdan con el estudio presentado por Alfonso Bryce Moncloa en el artículo científico publicado en el año 2018, diciendo que la población de mujeres gestantes mayores de 35 años y menores de 20 años, son más propensas a adquirir algún tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo, haciendo referencia también que las mujeres con una escasa escolaridad tienen este mismo problema. (8)

4.2. Factores de riesgo

Gráfico 2. Antecedentes de las madres gestantes que presentaron trastornos hipertensivos en el hospital Marco Vinicio Iza.

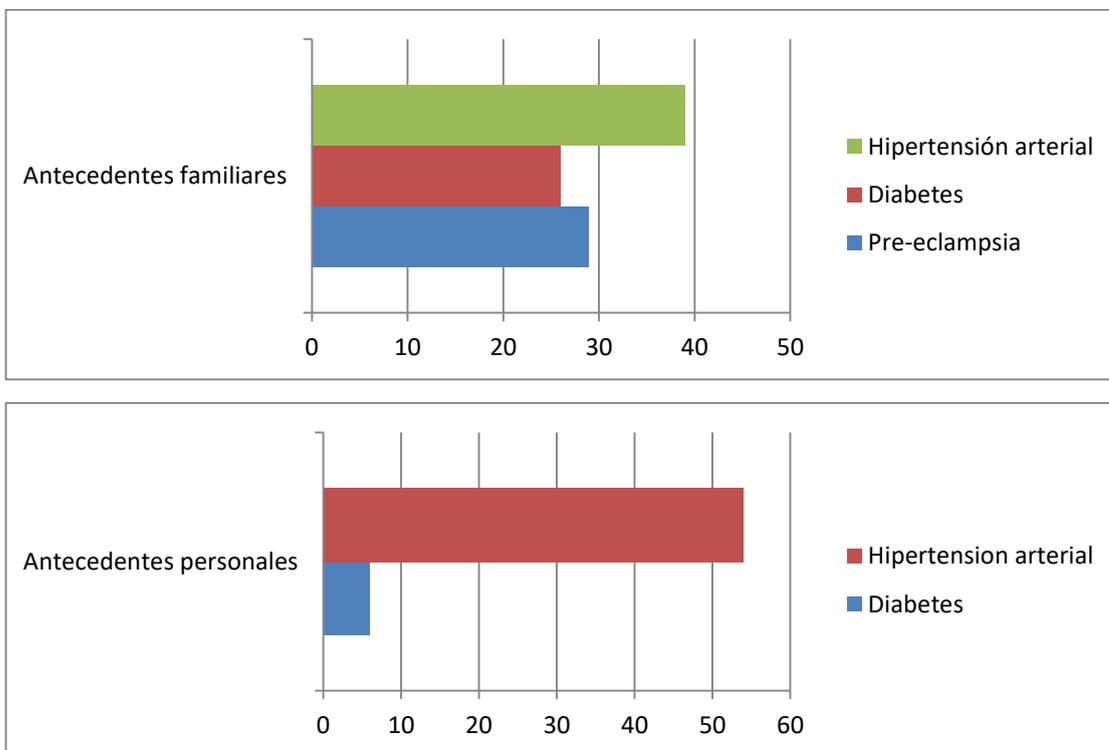


Gráfico 2 Factores de riesgo

Las pacientes que presentaron algún tipo de trastorno hipertensivo describen un 39% de madres con antecedentes de familiares con hipertensión arterial, pre-eclampsia en el 29% de los casos; diabetes en 26%. De la misma manera en el caso de los antecedentes personales el grupo estuvo conformado por madres con Hipertensión Arterial previa a la gestación en un 54,84% y diabetes en un 6,45%.

Algunos estudios han reportado la asociación significativa que la hipertensión arterial tiene con respecto a la heredabilidad genética. (24)

Reportes como los planteados en Perú durante el 2019, proponen que la hipertensión por si sola debe considerarse una condición recurrente en el embarazo (Síndrome Hipertensivo del Embarazo), asociándose al 13,8% de los embarazos y se asocia fuertemente con el apareamiento de pre-eclampsia (6,7% de las madres estudiadas).

En la presente investigación se alcanza un 39% de madres con pre-eclampsia que aseguraron presentar antecedentes familiares relacionados con la hipertensión arterial, y que seguramente heredaron o pudieron haber predispuesto a la paciente a padecer la condición. Si bien es cierto no se ha encontrado una asociación directa en la que se pueda admitir que existe una condición heredada que predisponga a la madre a padecer algún trastorno hipertensivo, tampoco es descartable. De hecho, se ha logrado establecer una fuerte relación entre los cuadros hipertensivos y su heredabilidad, asociándolo también en muchos casos con ciertos grupos raciales (raza negra y las mujeres filipinas) y otras condiciones consideradas como heredables como la diabetes Tipo I de la cual se cuenta incluso con marcadores genéticos bien identificados.

Los resultados de la presente investigación apuntan a que puede existir una relación entre los factores de hipertensión arterial, Diabetes y pre-eclampsia como antecedentes familiares de las pacientes, aunque tal vez esto no sea debido a la condición genética, sino más bien a la asociación que existe de las condiciones y los cuadros hipertensivos, como tal. (23).

Gráfico 3. Gestaciones previas de mujeres que presentaron algún tipo de trastorno hipertensivo en el periodo enero – septiembre 2020

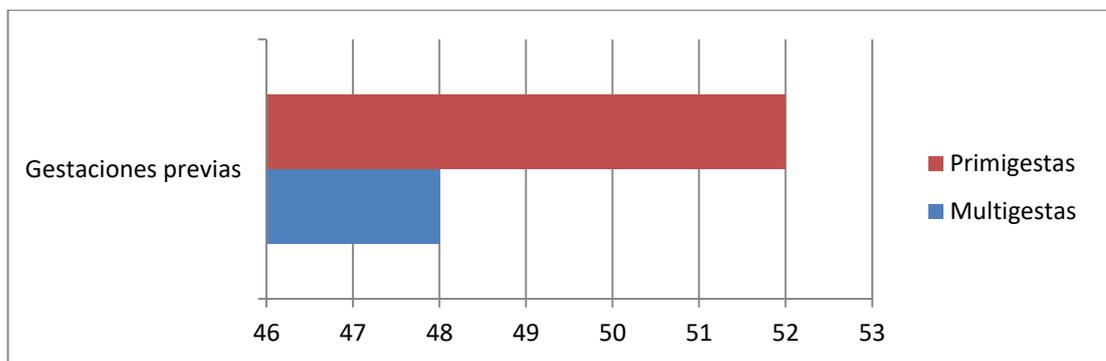


Gráfico 3 Gestaciones previas

En términos generales no existe mayor diferencia entre el número de madres primigrávidas que alcanzaron un 52% y aquellas que ya han tenido hijos anteriormente 48%. Aunque algunos datos como los expuestos por Cuba, J. en el 2019, describe que hasta un 85% de los casos de pre-eclampsia ocurren en primigrávidas (24).

En el presente trabajo no se puede encontrar asociación significativa entre la primigravidez y la condición de pre-eclampsia debido a que los resultados obtenidos son similares.

Teniendo en cuenta estudios realizados con anterioridad y bibliografías, nos hacen referencia que la multiparidad es la principal desencadenante de los trastornos hipertensivos, y también hay varias investigaciones que hacen referencia a los resultados aquí expuestos teniendo con mayor porcentaje a mujeres primigestas.

A pesar de que algunas fuentes bibliográficas refieren a la multiparidad como un factor de riesgo para presentar trastornos hipertensivos, en este estudio podemos identificar que las principales afectadas con estas patologías fueron mujeres primigestas.

Gráfico 4. Conductas de riesgo de las madres gestantes que presentaron trastornos

hipertensivos desde enero a septiembre 2020.

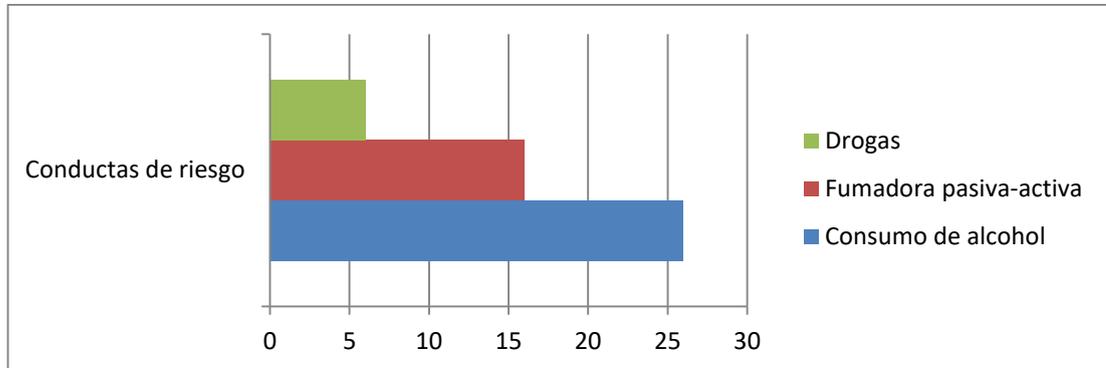


Gráfico 4 Conductas de riesgo

Dentro de la población estudiada existieron tres conductas de riesgo de las cuales se encontraron referencia, la primera conformada por el consumo de alcohol en un 26 % de los casos, la condición de fumadora pasiva y activas en 16 % de los casos y el uso de drogas en un 6%.

El consumo de alcohol parece ser recurrente en el caso de las mujeres embarazadas, estudios como los de Mina en el 2016 realizados en la provincia de Esmeraldas, describen que el consumo de alcohol en las madres embarazadas alcanza hasta un 20% en sectores como los de San Lorenzo situación similar a los datos encontrados en el sector de Lago Agrio donde se alcanzó el 26 % de madres que habían consumido bebidas alcohólicas durante el embarazo (25).

En la investigación realizada por Mina en el 2016, existe un índice alto de conductas inadecuadas de las mujeres gestantes, al igual que el estudio aquí presentado.

Dando a notar así que el comportamiento inadecuado en cuanto a las conductas de riesgo sigue siendo un factor importante que considerar, sobre todo por la significancia del grupo que consume cigarrillo, alcohol y drogas durante el embarazo.

3.7. Prescripciones médicas

Gráfico 5. Prescripciones médicas

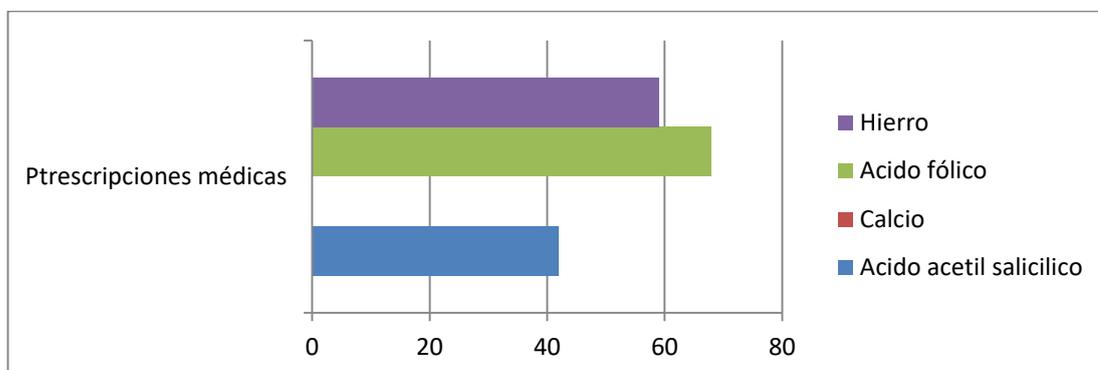


Gráfico 5 Prescripción médica

En el análisis de las historias clínicas de las madres con trastornos hipertensivos; se evidencio que la mayoría (68%) de las madres consumían Ácido Fólico, un 59% Hierro y el 42% Ácido Acetil Salicílico, ninguna de las madres se encontraba consumiendo ningún suplemento de calcio.

Estudios como los de Furness en el 2018 han relacionado el déficit de folatos durante el embarazo con una serie de complicaciones como la pre-eclampsia, el aborto espontáneo, el bajo peso al nacer, la prematurez y malformaciones del tubo neural, incluyendo espina bífida y anencefalia (26).

La relación entre el consumo de folatos frente a trastornos hipertensivos no es diferenciable en el presente trabajo, sin embargo, existe un considerable porcentaje de madres que no los consumen, hecho que pudiera aún más en riesgo al niño al gran número de complicaciones descritas previamente en el párrafo anterior.

Para el caso del consumo de hierro, existe evidencia de que este no se relaciona como se creía inicialmente con el aumento de radicales libres que se encuentran involucrados en la fisiopatología de enfermedades como la pre-eclampsia. De hecho, por los cambios a los que se enfrenta la madre y su futuro hijo se considera un limitante importante que algunas madres (41% de las madres estudiadas) no se encuentren consumiendo un suplemento de hierro como el sulfato ferroso.

Los resultados del presente trabajo distan de los obtenidos por Cabrera y Jiménez en el 2017, en donde al menos el 38% de las madres gestantes con pre-eclampsia y 62% de las madres sin pre-eclampsia consumían sulfato ferroso (21).

Estudios como los de Cunil-López, María Elena; Sanabria-Negrín, Jose G.; González, Amarilys en el 2017 (27) demostraron que en las pacientes tratadas con aspirina la frecuencia de remisión de la enfermedad se incrementó, especialmente en los grupos que recibieron dosis de 90 y 120 mg diarias.

Dentro del presente trabajo, las dosis administradas de aspirina correspondían a prescripciones médicas previas, lo cual nos permite asociarla al padecimiento de hipertensión arterial previas al embarazo y por lo tanto a la pre-eclampsia.

Gráfico 6. Exámenes confirmatorios y rutinarios

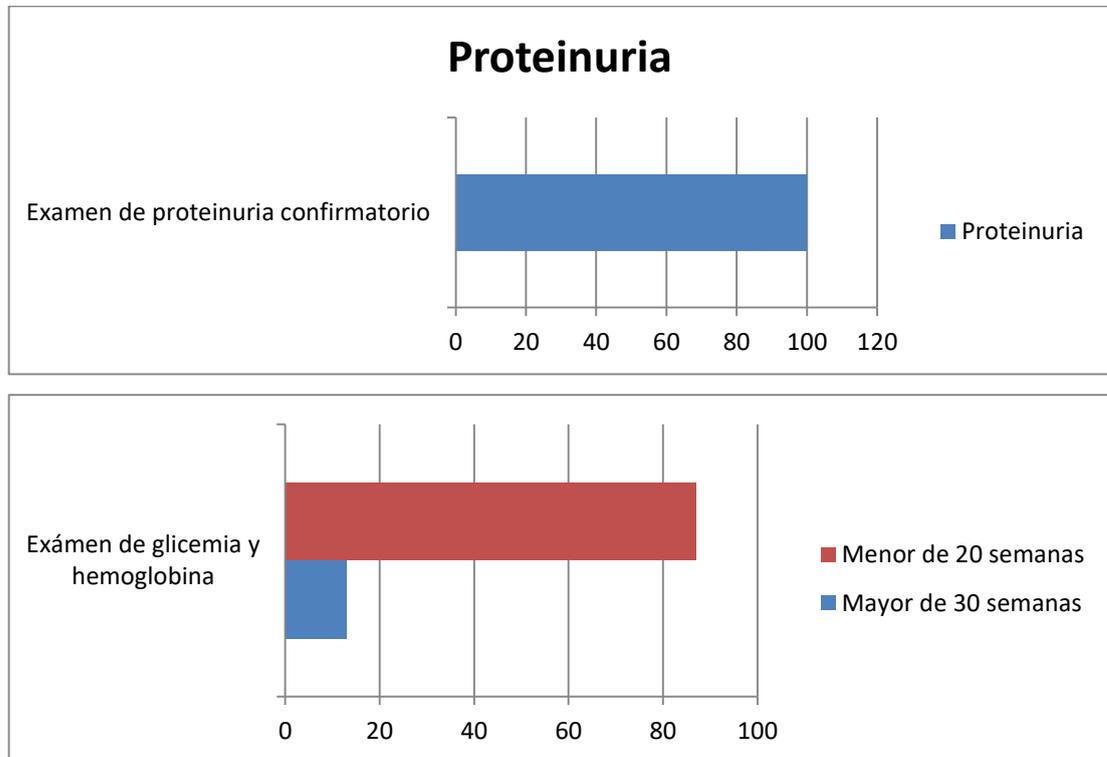


Gráfico 6 Exámenes confirmatorios

En el mismo análisis de los historiales clínicos de las madres con trastornos hipertensivos en la unidad, se evidencia, que tanto los exámenes para Glicemia y Hemoglobina fueron realizados al mismo tiempo, de los cuales la gran mayoría (87%) fueron realizados durante las primeras 20 semanas de embarazo como lo establece la norma (2) (17).

El tratamiento de la pre-eclampsia actualmente se fundamenta en el diagnóstico y tratamientos oportunos, la prevención de las convulsiones y la interrupción del embarazo. Sin embargo, generalmente los síntomas empiezan a partir de la semana 20, aunque en la actualidad, la triada Hipertensión, Proteinuria y Edema, ya no son considerados necesarios para su diagnóstico. Actualmente el hecho de que una madre

presente una hipertensión severa, es considerado actualmente ya como pre-eclampsia, al menos como diagnóstico inicial y confirmado por el nivel de proteinuria y en algunas veces edema (21) (17)

Los resultados obtenidos del análisis de la población estudiada reflejan una detección oportuna de la condición de pre-eclampsia en al menos un 87,10% de los casos y por lo tanto se presume que el diagnóstico completo y el tratamiento fueron administrados oportunamente.

Gráfico 7. Controles prenatales

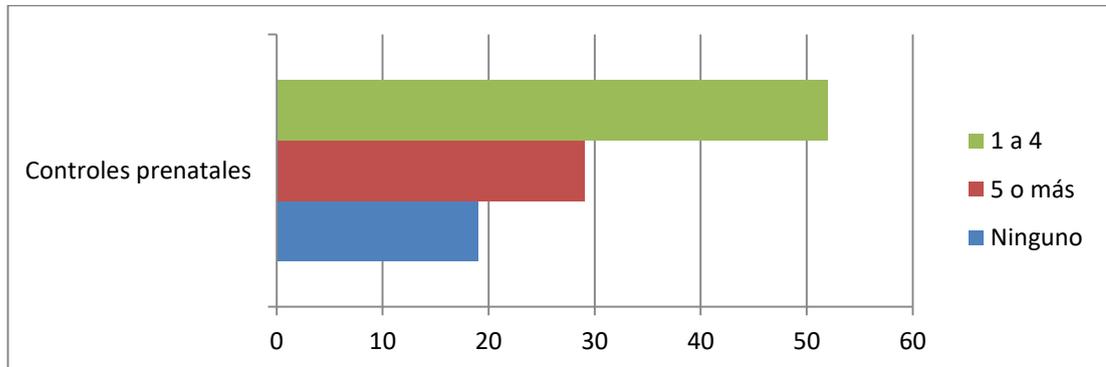


Gráfico 7 Controles prenatales

Más de la mitad de las madres estudiadas no se realizaron el número de controles mínimos recomendados constituyéndose en otro factor de riesgo para la salud materno-infantil en general. Es alarmante que 2 de cada 10 madres no acuden a control prenatal sino hasta cuando ya se ha presentado el problema de algún tipo de trastorno hipertensivo, lo que influye directamente en la mortalidad materna (23).

En el Ecuador la muerte materna ha tendido a disminuir, según se evidencia durante los últimos 16 años (1999 - 2015) según se evidencia en las estadísticas presentadas por el MSP, alcanzando una baja del 23% en 10 años, esto se debe a un cambio a nivel cultural y educativo, al igual que las campañas emprendidas por las autoridades en salud (23).

Pese a que mucho se ha avanzado en el proceso de la reducción de la muerte materna, existe al menos en el hospital Marco Vinicio Iza un 19,35% que no considera los controles prenatales como una prioridad, sea por descuido o desconocimiento, lo cual dificultaría en todo caso la detección oportuna de la pre-eclampsia o algún otro tipo de trastorno hipertensivo y por lo tanto su tratamiento. Otro estudio como los de Barreto en el 2017 aseguran que cerca del 50% de las madres no habían realizado los controles en una frecuencia considerada como adecuada, mientras que en los resultados obtenidos poco más del 70% de las madres no tenían una frecuencia considerada como adecuada (24).

Los resultados del presente trabajo son similares a los expuestos por Barreto (2017), principalmente si consideramos sumar los resultados de las mujeres sin controles y las que tuvieron como máximo 4 controles.

Gráfico 8. Ganancia de peso adecuado

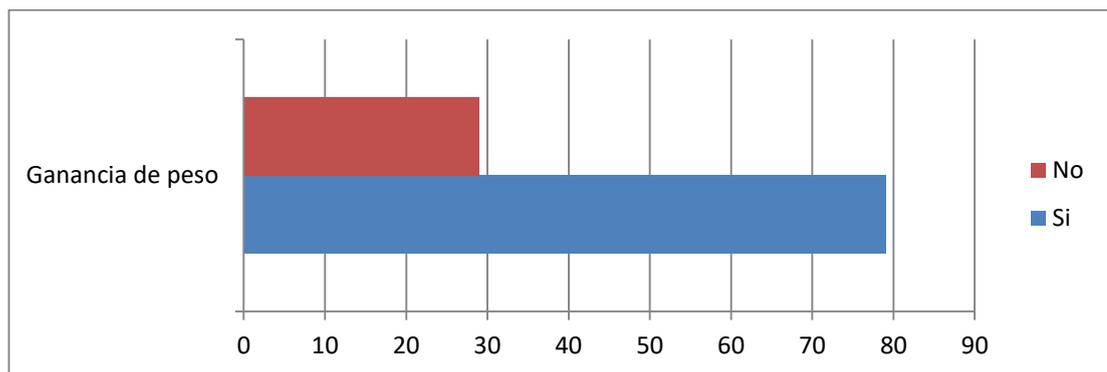


Gráfico 8 Ganancia de peso adecuado

Con respecto a la ganancia de peso, se logró evidenciar que 3 de cada 10 madres diagnosticadas con algún tipo de trastorno hipertensivo, tenían una ganancia de peso inadecuado.

La ganancia de peso inadecuada sea por sobrepeso, obesidad o bajo peso, se asocian a complicaciones en el embarazo principalmente en embarazos con la presencia de pre-eclampsia y una edad avanzada en el momento del embarazo.

Pese a que el porcentaje de madres con un aumento de peso inadecuado es inferior al de las madres con aumento normal, este se puede considerar un factor de riesgo adicional a la enfermedad, más que como un factor predisponente.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo son inferiores a los encontrados por otros investigadores como los presentados por Zonana, Abraham; Baldenebro, Rogelio & Ruiz, Marco donde se encontró una relación de matemática RM: 2,2 (69% aproximadamente) (19).

3.8. Clasificación de trastornos hipertensivos

Grafico 10. Clases de trastornos hipertensivos que se presentan en las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza.

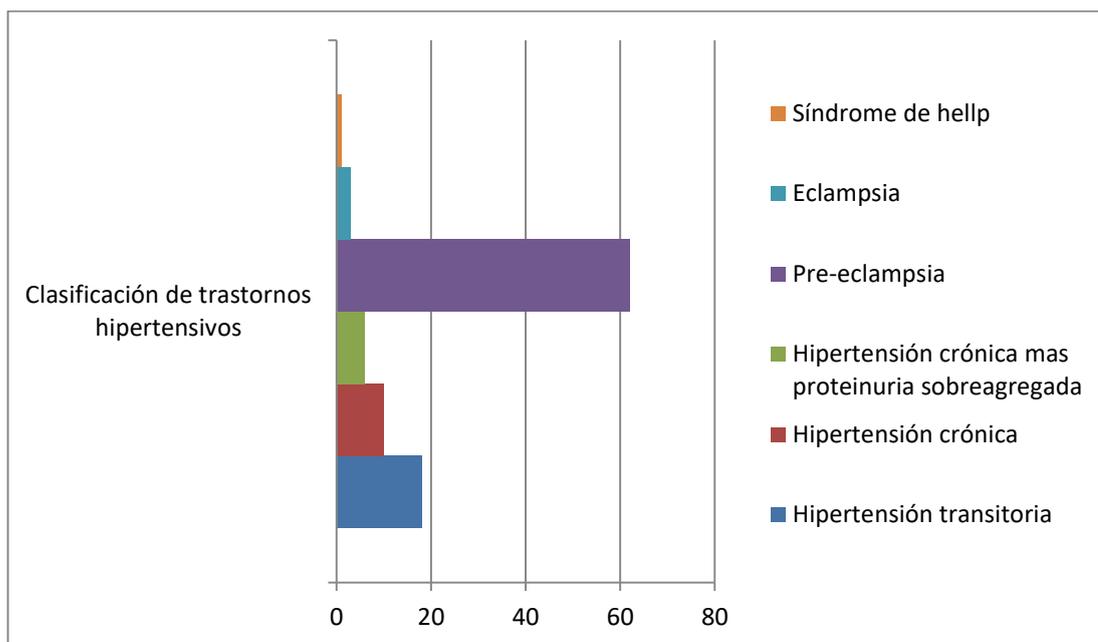


Gráfico 9 Tipos de trastornos hipertensivos

Dentro del periodo de la realización de esta investigación se pudo evidenciar que existe un incremento significativo de trastornos hipertensivos presentados por mujeres gestantes que fueron atendidas en la provincia de Sucumbíos cantón Lago Agrio, hospital Marco Vinicio Iza. Dando como principal patología presentada a la pre-eclampsia con un 62% en mujeres gestantes. Este dato revela una incidencia representativa en pacientes atendidas en esta casa de salud. Tomando como referencia la investigación de David Gaus, Alicia Guevara, Diego Herrera. que dice que la pre-eclampsia es la principal patología desarrollada por mujeres en periodo de gestación, así como la principal en complicar el parto, y desarrollar anomalías en el desarrollo del feto (28).

Como en segundo lugar con una incidencia del 18% podemos encontrar la hipertensión arterial transitoria, como otras patologías relacionadas a los trastornos hipertensivos se pudo evidenciar que existe con un 10% la hipertensión previa, con un 6% la

hipertensión previa más proteinuria sobre agregada. Con un porcentaje menor se encuentra la eclampsia con un 3% de casos nuevos atendidos en esta casa de salud, el síndrome de hellp está presente de igual manera, pero con un porcentaje no muy significativo 1%.

En estos resultados obtenidos con la investigación se puede comprobar que existe una gran incidencia de casos en mujeres en periodo de gestación con algún tipo de trastorno aquí presentado, tomando en cuenta la presencia de pre-eclampsia como principal patología adquirida en este grupo de estudio.

Estos datos hacen referencia y tienen una similitud a la investigación publicada por Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart, que hace referencia a la incidencia de los tipos de trastornos hipertensivos en Perú. Dando como resultados de esta investigación que la pre-eclampsia ocupa el primer lugar de casos nuevos en aquel país (29).

De esta manera y con este resultado se puede evidenciar que en la provincia de Sucumbíos cantón Lago Agrio, hospital Marco Vinicio Iza, existe un incremento en casos nuevos con alguna patología relacionada a los trastornos hipertensivos dando así, validez al tema presentado en esta investigación.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Los casos de trastornos hipertensivos se presentaron con un índice elevado en mujeres con una edad mayor a 35 años, seguidas por adolescentes. En la mayoría fueron mestizas y con bajo nivel de instrucción.
- Dentro de los factores de riesgo que predisponen a la aparición de alguna clase de trastorno hipertensivo encontramos como principal factor familiar a la hipertensión arterial y de igual manera como principal factor personal a la hipertensión arterial previa al embarazo dejando en segundo lugar a una pre-eclampsia anterior. En el caso de las conductas de riesgo se evidenció un porcentaje muy significativo en relación al consumo de alcohol, cigarrillo y drogas durante el embarazo y si esto le asociamos a un precario conocimiento y control prenatal evidenciamos que esta población en estudio es de alto riesgo para adquirir las patologías aquí mencionadas.
- Se evidencia que, aunque existe un número significativo de madres que realizan sus controles de forma oportuna, existe un 19% de madres que no se había realizado ningún control hasta el diagnóstico con algún trastorno hipertensivo. situación que complicaría la detección oportuna de los mismos.
- En cuanto al aporte de suplementos durante el embarazo se observó que el de mayor prescripción fue el ácido fólico en 7 de cada 10 madres, y apenas 2 de cada diez, el hierro. 3 de cada 10 de las madres que se atendieron en la unidad

de salud presentaron un aumento de peso inadecuado, lo cual podría conllevar un mayor riesgo de complicaciones adicionales a los trastornos hipertensivos. El calcio no fue prescrito en ninguno de los casos, y el ácido acetil salicílico en el 42% de casos, como medidas de prevención y control.

5.2.Recomendaciones

- Pese a que no se ha encontrado evidencia estadística de la asociación entre los factores sociodemográficos y los trastornos hipertensivos, se recomienda al personal de salud considerar los mismos en las estrategias de prevención y detección temprana de todos los tipos de hipertensión en el embarazo, con énfasis en madres menores de 25 años y mayores de 35 años de edad, así como las condiciones socioeconómicas e instrucciones bajas; para poder establecer cambios sostenibles e intervenciones de alto impacto en este problema de salud.
- A los proveedores de salud de todos los niveles de atención y de la red tanto pública como privada, coordinar acciones que permitan el registro y monitoreo permanente de todas las madres gestantes tanto aquellas que no presentan complicaciones como aquellas que las desarrollaron, llevando así una adecuada vigilancia epidemiológica de los trastornos hipertensivos durante el embarazo y su impacto sobre la mortalidad materno-infantil.
- A los actores comunitarios, gubernamentales y no gubernamentales fortalecer los programas intersectoriales del Ministerio de Salud Pública y otros, de disminución acelerada de muerte materna y el de infancia plena; buscando la sensibilización y corresponsabilidad materna en el autocuidado de un embarazo saludable, así como la detección y control oportunos de factores de riesgo asociados a los trastornos hipertensivos y otras patologías relacionadas a la gestación.
- A los internos de enfermería de la universidad técnica del norte, se les

recomienda informarse mas sobre medidas preventivas y así ayudar al personal del hospital Marco Vinicio Iza a elaborar estrategias que ayuden a disminuir los casos de trastornos hipertensivos presentados en esta casa de salud, tomando en cuenta desde el ámbito preventivo y no curativo.

Bibliografía

1. Anderson Díaz Pérez¹ ARP,GOD,PCG,ENQ. interaccion dinamica de factores de riesgo epidemiologicos presentes en los trastornos hipertensivos del embarazo. revista salud uninorte. 2017 Apr; 33(1).
2. Alfonso Bryce Moncloa EAVGV. Hipertensión en el embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018 julio; 2(64).
3. Alfonso Bryce Moncloa EAVGV. hipertension en el embarazo. scielo. 2018 Apr; 2(64).
4. Alfonso Bryce Moncloa EAVGVR CALVJUCMGSMSM. hipertension en el embarazo. simposio de hipertensión arterial en gestante. 2016 May; 5(1).
5. Isabel Silva-Ocas JGOTGOLTVGFPJCC. pre-eclampsia y defecto cardiaco fetal. revista chilena de obstetricia y ginecologia. 2016 Jul; 81(05).
6. Alfonso Bryce Moncloa EAVGV. Rev Peru Ginecol Obstet. hipertension en el embarazo. 2018 Jul; 2(64).
7. María Angélica Mendoza Cáceres LCMP,CHBMLADM. Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2020 Jul; 84(1).
8. Alfonso Bryce Moncloa 1 aEAVGV. Hipertensión en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018 julio; 2(64).
9. Elianis del Rosario Navarro Pupo NNOBGAVIENL. Biomarcadore para el diagnóstico de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo. La ciencia al servicio de la salud y la nutrición. 2018 nov; 9(2).
10. Evelyn Lizeth Vallejo Ochoa KECCTSYSJLLCNMGG. Trastornos hipertensivos en gestantes adolescentes atendidas en el hospital general docente de Riobamba. revista de investigación talentos. 2019 julio-diciembre; 6(2).

11. publica Mds. Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social. [Online].; 2016 [cited 2021 03 29. Available from: <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-marco-vinicio-iza/>.
12. MedlinePlus. biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos. [Online].; 2020 [cited 2021 03 29. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressureinpregnancy.html>.
13. clinic M. 1998-2021 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). [Online].; 2019 [cited 2021 03 29. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>.
14. Sanitaria. redacción médica. [Online].; 2020 [cited 2021 03 29. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/eclampsia>.
15. association AP. Copyright © 2021 Asociación Americana del Embarazo | Web site by Your-Web-Guys.com. [Online].; 2016 [cited 2021 03 29. Available from: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-complications/hellp-syndrome-867/>.
16. Foundation. SMSUSHCLP. © 2021 STANFORD CHILDREN'S HEALTH. [Online].; 2021 [cited 2021 03 29. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hipertensi-ngestacional-90-P05594>.
17. ecuador mdspd. plan nacional de salud sexual y reproductiva. PRIMERA ed. Center AM/D, editor. Quito- ECUADOR: Andrea Moreno / Digital Center; 2017-2021.

18. Rockville Pike BM2. MADLINE PLUS. [Online].; 2021 [cited 2021 07 13. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressureinpregnancy.html>.
19. Alfonso Bryce Moncloa EAVGVRICALVJUCMGSM. Scielo Articulos científicos. [Online].; 2018 [cited 2021 07 10. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200006.
20. aEAVGVRICALVJUCMGSM ABM1. hipertension en el embarazo. scielo. 2018 Apr; 2(64).
21. César Antonio Larrauri Vigna JUC. Scielo Articulos científicos. [Online].; 2020 [cited 2021 07 12. Available from: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>.
22. madrid INdGS. manual basico de ginecologia y obstetricia. cuarta ed. Lara JMV, editor. madris: : © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017.
23. Juana María Vázquez Lara.Rocío Palomo Gómez.María Romeu Martínez.María Auxiliadora Jiménez García.Luciano Rodríguez Díaz.Carmen Rivero Gutiérrez.Marina Vega Gómez.Nieves Martínez Alsina.David Rodríguez Díaz.Juan Antonio Arroyo Molina. manual básico de obstetricia y ginecología. In Riera. ASP, editor. manual básico de obstetricia y ginecología. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2019. p. 160-174.
24. pregnancy a. american pecnanci association. [Online].; 2019 [cited 2021 07 17. Available from: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-complications/gestational-hypertension/>.
25. Cuba J aS. Scielo articulos científicos. [Online]. Cuba ; 2019 [cited 2021 07 13. Available from:

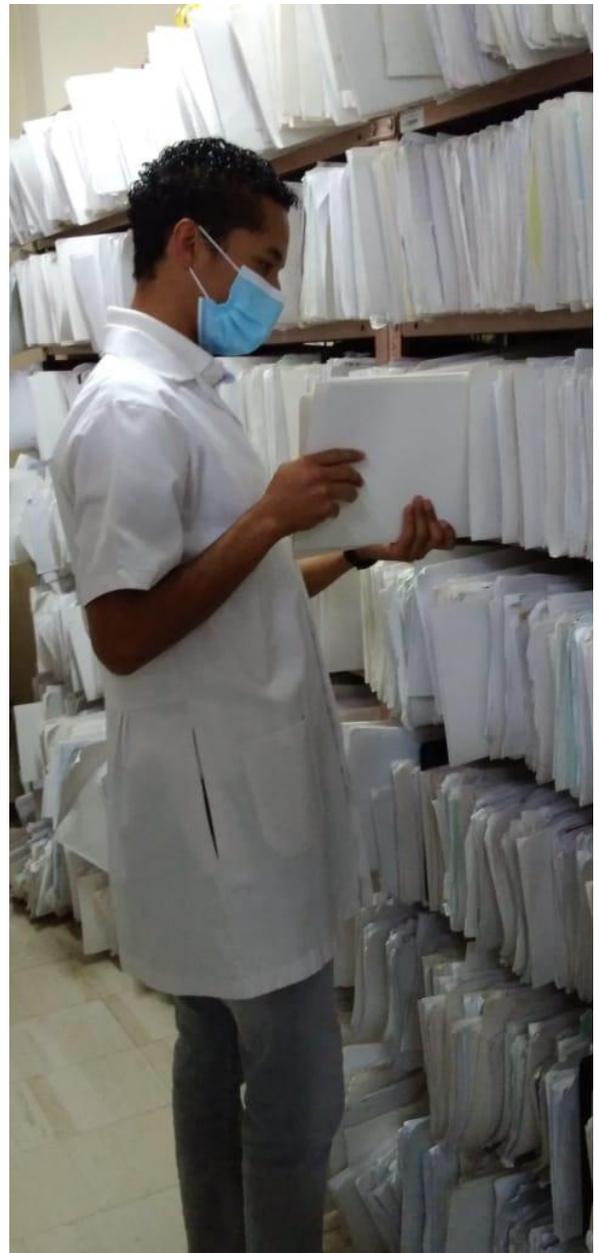
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000200021.

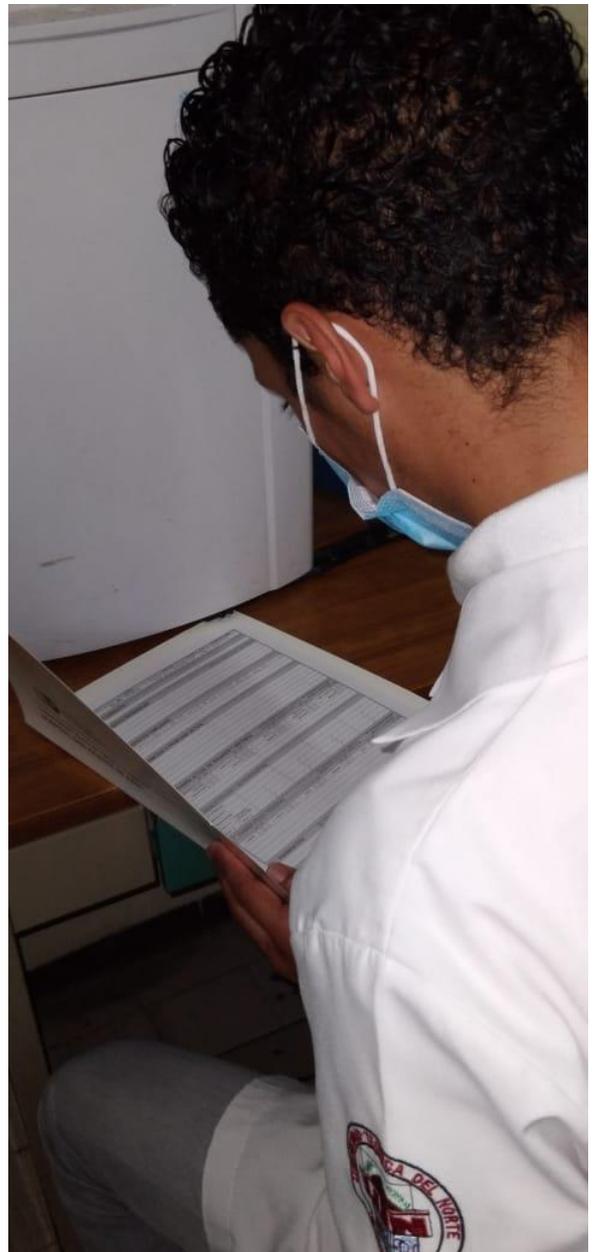
26. hernandez m. scielo. [Online].; 2016 [cited 2021 07 13. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200006.
27. Liliana Susana MGUKEPGVRDLTM. Gestational Hypertension. University of Utah Health care. Health Library. [Online].; 2020 [cited 2021 07 13. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hipertension-gestacional/>.
28. cunil-Lopez MENGGGA. Scielo articulos científicos. [Online].; 2017 [cited 2021 07 12.
29. David Gaus AGDH. Articulos de revision, Andean Health and Development. [Online].; 2019 [cited 2021 07 13. Available from: <file:///C:/Users/YADIRA%20CARRERA/Downloads/Dialnet-PreeclampsiaEclampsia-7527382.pdf>.
30. Abalos E DLSDHSD. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). [Online].; 2018 [cited 2021 07 13. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-trastornos-hipertensivos-del-embarazo-13108003>.
31. PhD* LCVJ. Revista Lasallista de Investigación. [Online].; 2009 [cited 2019 11 08. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/695/69522600014.pdf>.
32. PhD* LCVJ. Revista Lasallista de Investigación. [Online].; 2009 [cited 2019 11 08. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/695/69522600014.pdf>.
33. Alfonso Bryce Moncloa 1 aEAVGVR CALVJUCMGSM. hipertension en el embarazo. scielo. 2018 Apr; 64(2).

34. Alfonso Bryce Moncloa 1 aEAVGVRCALVJUCMGSMSM. hipertension en gestantes. simposio de hipertension en gestantes. 2016 Aug; 5(1).
35. Isabel Silva-Ocas1 2JGOTGOLTVGFPJCC3. pre eclampsia y defecto cardiaco fetal. revista chilena de obstetricia y ginecologia. 2016 Jul; 81(5).

ANEXOS.







TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO.



son un conjunto de patologías, en las cuales se produce un aumento de la tensión arterial de la madre, a causa del embarazo, o en madres que previamente sufren de Hipertensión arterial antes de quedar embarazadas

¿Cuáles son los factores que influyen para presentar algún tipo de trastorno hipertensivo?

- EDAD:

mujeres mayores de 35 años y mujeres menores de 20 años.

- ANTECEDENTES PERSONALES:

Hipertensión arterial previa al embarazo, Pre-eclampsia anterior.



- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Hipertensión arterial, diabetes, pre-eclampsia.

- CONDUCTAS DE RIESGO:

Consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, consumo de drogas.



¿SIGNOS DE ALARMA?

Dolor de cabeza constante, mareos, vómitos, hinchazón de pies y rostro, alteraciones visuales, zumbidos en oídos. Dolor en la parte superior del abdomen.

CONDUCTAS QUE BENEFICIAN EN EL DIAGNÓSTICO Y CONTROL TEMPRANO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS.

- Controles prenatales completos (5 o más)
- Alimentación saludable
- Control y toma de medicamentos de acuerdo con la indicación del médico.
- actividad física acorde a la etapa de gestación
- acudir al médico cuando experimente algún signo de alarma.
- Mantener un peso adecuado a la edad gestacional

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

- Hipertensión transitoria
- Hipertensión crónica
- Hipertensión crónica más proteinuria sabregregada
- Pre-eclampsia
- Eclampsia
- Síndrome de hellp