UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACION

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

MÉDICO CIRUJANO

"MANEJO DE LA PREECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP EN PACIENTES GESTANTES INGRESADAS EN EL AREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE OCTUBRE 2013 A MARZO 2014"

AUTORAS:

MENDOZA LINO BLANCA ANDREINA

RIVADENEIRA ASTUDILLO JENNIFFER GEMA

DIRECTORA:

DRA. CARMEN CAMPUZANO

PORTOVIEJO- MANABI- ECUADOR

2015

Dedicatoria

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente a través de su infinita bondad y amor.

A mis amados padres, por darme una vida llena de amor, de valores, por estar a mi lado en todo momento, por acompañarme en cada madrugada a estudiar, a Uds. Les dedico este logro por todo el esfuerzo que hicieron para que yo culmine mi carrera profesional.

A mis hermanos por apoyarme en cada momento, gracias por quererme y estar conmigo siempre, los adoro.

A mis cuñadas, a mis sobrinos que a través de su inocencia y amor me han dado fuerza para no decaer y seguir adelante y para que vean en mí un ejemplo a seguir.

A mi novio Carlos que ha estado conmigo desde que inicie mi carrera, gracias por apoyarme, por estar conmigo en mis noches de desvelos aunque desde lejos pero siempre ayudándome, te amo mi futuro esposo.

A mi tío Ángel por sus consejos que me dio en sus últimas horas de vida, a mi madrina María por salvarme en mis trabajos impresos gracias infinitas.
Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de la tesis.

Andreina Mendoza Lino

Dedicatoria

El presente trabajo de exposición se lo dedico ante todo a dios por haberme dado dedicación, paciencia y entrega, pero sobre todo los conocimientos para poder culminarla con éxito.

A mis padres Ing. Leonis Rivadeneira Andrade y la Lcda. Gina Astudillo Segovia, quienes son el pilar fundamental en mi vida, por lo que sin su ayuda y fortaleza no hubiese sido posible, iluminando día a día mi existencia y alimentando mi anhelo de superación , a mi hermano Jefferson Leonis Rivadeneira Astudillo, que con su apoyo ayudo a hacerme los días duro en convertirlos más fáciles y llenos de alegría.

Por ultimo agradecerle a la Universidad Técnica de Manabí como mediadora para la culminación de mis estudios superiores, siendo testigo de mis objetivos propuestos y mis resultados obtenidos, esperando que nuestro presente trabajo sea de mucha ayuda a la comunidad médica, o para quien lo necesite para el desarrollo de sus conocimientos.

Jenniffer Rivadeneira Astudillo

Agradecimiento

Nuestro presente trabajo de tesis se lo agradecemos a Dios por bendecirnos en cada paso que dimos, porque hizo realidad nuestro sueño anhelado de llegar a ser médicos.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina por abrirnos sus puertas y darnos la confianza necesaria para triunfar y transmitir sabiduría para nuestra formación profesional.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación por la ayuda brindada en las correcciones y sus acertados consejos. Al Hospital Napoleón Dávila Córdova, que contribuyó a pulir nuestras enseñanzas para aplicar nuestros conocimientos en salud, transmitirlos y utilizarlos de la manera correcta y cuidadosa.

Al Hospital Verdi Cevallos Balda por permitirnos la realización del presente estudio para poder culminarlo.

Las autoras

Certificaciones

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Certifico que este trabajo de Tesis titulado "MANEJO DE LA PREECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP EN PACIENTES GESTANTES INGRESADAS EN EL AREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE OCTUBRE 2013 A MARZO 2014" ha sido dirigido, asesorado supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y doy constancia de que es original de los autores: MENDOZA LINO BLANCA ANDREINA Y RIVADENEIRA ASTUDILLO JENNIFFER GEMA.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

Dra. Carmen Campuzano

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de tesis Titulado: "MANEJO DE LA PREECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP EN PACIENTES GESTANTES INGRESADAS EN EL AREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE OCTUBRE 2013 A MARZO 2014" se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Dr. Hugo Loor Lino PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS	Dra. Carmen Campuzano DIRECTOR DE TESIS
Dr. Nelson Campoverde MIEMBRO DEL TRIBUNAL	Dr. Fidel Mendoza MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

"MANEJO DE LA PREECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP EN PACIENTES GESTANTES INGRESADAS EN EL AREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE OCTUBRE 2013 A MARZO 2014"

Trabajo de titulación sometida a consideración del honorable consejo directivo, requisito previo a la obtención del título de: medico-cirujano.

Aprobado:

Dra. Yira Vásquez, MN DECANO DE LA FACULTAD	Abg. Abner Bello Molina SECRETARIO ASESOR JURIDICO
Dra. Ingerbord Véliz Zevallos, Mg PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	Dra. Carmen Campuzano DIRECTOR DE TESIS
Dr. Hugo Loor Lino PRESIDENTE	Dr. Nelson Campoverde MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Fidel Mendoza
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Declaración de autoría

MENDOZA LINO BLANCA ANDREINA Y RIVADENEIRA ASTUDILLO JENNIFFER GEMA, Egresados de la Escuela de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el presente trabajo de investigación "Manejo de la Preeclampsia y Síndrome de Hellp en pacientes gestantes ingresadas en el área de obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de octubre 2013 a marzo 2014", es de autoría propia y como tal será protegido por las leyes establecidas en el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establece en los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por lo tanto la falta de los permisos correspondientes o su mal uso será penalizado por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

_____

Mendoza Lino Blanca Andreina

CI. 131240823-8

_____

Rivadeneira Astudillo Jenniffer gema

CI. 131085720-4

INDICE

Dedicatoria II
Agradecimiento IV
Certificaciones V
Declaración de autoría II
Resumen 4
Summary 5
CAPITULO I 6
1. INTRODUCCIÓN 6
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN 7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 8
3.1. Descripción del Problema 8
4.1. Objetivo general 9
4.2. Objetivos específicos 9
CAPITULO II 10
5. MARCO TEORICO 10
Definición 10
Etiopatogenia 11
Epidemiologia 12
Factores de preeclampsia 12
Signos y síntomas 14
Complicaciones 14
Diagnostico 15
Tratamiento según la guía de práctica clínica trastornos hipertensivos del embarazo 16
6. VARIABLES 23
6.1. Variables Dependiente 23
6.2. Variables Independiente 23
7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES 24
7.1. Variable Dependiente: Complicaciones 24
7.2. Variable independiente: Preeclampsia 26
CAPITULO III 35

8. DISEÑO METODOLOGICO 35
CAPITULO IV 38
9. GRAFITABLAS 38
GRAFITABLA #1 38
GRAFITABLA #2 40
GRAFITABLA #3 42
GRAFITABLA #4 44
GRAFITABLA #5 46
GRAFITABLA #6 48
GRAFITABLA #7 50
GRAFITABLA #8 52
GRAFITABLA #9 54
GRAFITABLA #10 56
GRAFITABLA #11 58
10. CONCLUSIONES 60
11. RECOMENDACIONES 61
CAPITULO V 62
12. PROPUESTA 62
13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 75
14. BIBLIOGRAFÍA 76
15. ANEXO 78

TEMA

"MANEJO DE LA PREECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP EN PACIENTES GESTANTES INGRESADAS EN EL AREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE OCTUBRE 2013 A MARZO 2014"

Resumen

La presente investigación toma lugar en la ciudad de Portoviejo en el Hospital Verdi Cevallos Balda, en el área de Ginecología con las pacientes gestantes en un periodo desde octubre del 2013 hasta marzo del 2014, padeciendo de preeclampsia y eclampsia y una de sus complicaciones el síndrome de Hellp.

Las historias clínicas que son 22 para el estudio a realizarse son proporcionadas por el departamento de estadística del mismo hospital tabulando los datos con los principales puntos de distribución a considerarse:

- Edad
- Edad gestacional
- Número de gestas
- Procedencia
- Factores de riesgo
- Espacio intergenésico

Del 100% de casos se dividen en pacientes con Eclampsia 5%, con Preeclampsia 82% y con Síndrome de Hellp 14% de los cuales se notó la falta de control prenatal de parte de las gestantes.

Una de las manifestaciones clínicas que prevaleció en un aproximado del 85% de los pacientes fue el edema en miembros inferiores.

Palabras claves: Preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP

Summary

This research takes place in the city of Portoviejo in Verdi Cevallos Balda Hospital in the area of Gynecology with pregnant patients in a period from October 2013 until March 2014, suffering from preeclampsia and eclampsia and its complications syndrome HELLP.

Medical records that are 22 to study to be performed are provided by the statistics department of the same hospital tabulating the data with major distribution points to consider:

• Age
• Gestational Age
• Number of deeds
• Hometown
• Risk Factors
• Intergenesic Space

100% of cases fall into patients with Eclampsia 5%, 82% Preeclampsia and HELLP Syndrome 14% of which lack of antenatal care of pregnant women was noted.

One of the clinical manifestations that prevailed in approximately 85% of patients was lower limb edema.

Keywords: Preeclampsia, Eclampsia and HELLP Syndrome

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido, multifactorial. Generalmente ocurre después de las 20 semanas de gestación, casi siempre en el tercer trimestre, cuando ocurre antes de las 32 semanas del embarazo, se llama preeclampsia de inicio temprano, de hecho también puede ocurrir en el periodo de postparto. Se define a la hipertensión en este caso, cuando las cifras de presión arterial mínima (diastólica) son iguales o mayores a 110 mm/Hg en una determinación única, o una cifra igual o mayor a 90 mm/Hg en dos o más determinaciones consecutivas, con 4 horas o más de diferencia entre cada medición.

La OMS en el año 2013 estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, entre el 4 y el 14% desarrollan síndrome HELLP, aunque al menos un 20% de las pacientes afectadas no presentan hipertensión en el momento del diagnóstico, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vía de desarrollo, siendo Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33% encontrándose mujeres con preeclampsia severa hasta el 20% pueden desarrollar el síndrome de HELLP.

El presente trabajo investigativo pretende dar a conocer el manejo de la Preeclampsia y su complicación síndrome de Hellp, teniendo en cuenta la guía práctica clínica, en pacientes embarazadas que ingresan al servicio de Gíneco-Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La Preeclampsia es un trastorno hipertensivo multisistémico exclusivo en las gestantes, complica aproximadamente el 10% de todos los embarazos con una incidencia ligeramente mayor, constituye una de las principales causas de muerte materna en el mundo entero y la primera en países latinoamericanos como Ecuador y Paraguay.

En nuestro país las complicaciones dadas por la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo siguen siendo una de las principales causas de morbimortalidad materna y neonatal, de ahí la importancia de identificar sus principales factores desencadenantes que pueden ser evitados a través de consultas prenatales.

El presente estudio fue factible porque se cuenta con el formulario de cumplimiento de la guía práctica clínica de la preeclampsia, además, de los recursos necesarios y la disposición personal para así poder ejecutar nuestra investigación, también se cuenta con la ayuda del personal de salud que labora en el hospital y de la factibilidad de las autoridades universitarias para la elaboración del tema, tiene como beneficiarios directos a las gestantes ya que cuenta con atención e información gratuita en los diversos centros de salud, indirectamente se beneficiara el personal de salud; ya que, crecerán sus conocimientos del correcto manejo de este caso, y pondrán en práctica todos los protocolos del MSP.

Por lo tanto es de relevancia invertir tiempo con el propósito de mejorar el conocimiento de la patología e implementar medidas que contribuyan a su descenso, que seguro será considerado para disminuir la tasa de incidencias.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. Descripción del Problema

La preeclampsia es uno de los problemas más común de salud pública y una de las principales causas de muerte materna, la incidencia mundial varía entre 2% y 25%, siendo causa contribuyente para numerosas complicaciones graves durante el embarazo, entre ellas el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, mortalidad fetal y neonatal, parto pre término y test de Apgar bajo; en la madre ocasiona consecuencias muy graves, tales como la insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, coagulación intravascular diseminada y shock, entre otros.

En el Ecuador se encontró la incidencia de preeclampsia y eclampsia del 22% del total de mujeres embarazadas. En el 2012 se reportaron 5.407 egresos hospitalarios con diagnóstico de preeclampsia, encontrándose el 37.3% de casos en el grupo etario de 14 -19. Y eclampsia 541 casos con el 31.9% de pacientes se encuentran entre las edades de 15-25 años. (INEC, 2013)

Al Hospital Verdi Cevallos Balda acuden gestantes referidas de los diferentes centros de salud, las cuales no se le ha realizado un manejo correcto. Por lo que conlleva a producir diversas complicaciones maternofetal. Con todas las características mencionadas es posible formular el problema de la siguiente manera:

¿Cuál sería el manejo adecuado de la preeclampsia y síndrome de HELLP en las gestantes ingresadas en obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda?

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar el manejo de Preeclampsia /Eclampsia y sus complicaciones en gestantes ingresadas en obstetricia del HVCB de octubre 2013 marzo 2014.

4.2. Objetivos específicos

Establecer la incidencia de Preeclampsia y Síndrome de HELLP en las Gestantes ingresadas en el área de obstetricia del HVCB en el periodo Octubre 2013-Marzo 2014.

Establecer las características socio demográficas y factores de riesgo en el grupo de estudio.

Verificar el cumplimiento de la" Guía Clínica Practica de la Norma del MSP" en el manejo de los estados Hipertensivos del Embarazo.

Identificar las complicaciones maternas fetales de Preeclampsia/Eclampsia en las gestantes.

Implementar un plan educativo que valide la importancia precoz y oportuna del Control Prenatal así como el reconocimiento de signos y síntomas de alarma de la patología hipertensiva en las gestantes.

CAPITULO II

5. MARCO TEORICO

PREECLAMPSIA

Definición

La organización mundial de la salud la define cuando las cifras de la TA es igual o > a 140 milímetro de mercurio de presión sistólica y/o 90 milímetro de mercurio de presión diastólica, en la cual se la puede realizar en 2 tomas en intervalos por lo menos 4 a 6 horas. (Votta, 1992)

Los trastornos hipertensivos en las gestantes se los puede clasificar en los siguientes:

Preeclampsia leve.- Es dada cuando la tensión arterial es de 140/90 milímetro de mercurio o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, con proteinuria de más de 300 mg en 24 horas.

Preeclampsia severa.- Se la define con la tensión arterial va de 160/110 milímetro de mercurio o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gr en 24 horas, presencia de cefalea, edema generalizado.

Eclampsia.- Es cuando la presión arterial es mayor de 185/115 milímetro de mercurio, proteinuria mayor a 10 gr en 24 horas, acompañado de estupor, pérdida parcial o total de la visión, dolor epigástrico en barra, hiperreflexia generalizada y convulsiones y/o estado de coma, después de la semana 20 hasta 30 días posparto. (Sibai & Ramandam, 2005)

Síndrome de Hellp.- Es aquella complicación que presenta hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. (Bravo, 2008)

Etiopatogenia

Debemos de conocer que la preeclampsia no tiene una etiología definida, muchos autores creen, que es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una pérdida del funcionamiento del epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal. Lo cual se asocia a una falta de irrigación placentaria, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. (Fernández, R., & Colaboradores, 2010)

La falta de oxigenación puede ser a causa de un déficit placentario en la que no se produciría la habitual sustitución de capas como la muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable lo cual van aumentando la circulación sanguínea asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad feto-placentaria. Cuando empieza el proceso de que se implante el embrión, las células trofoblásticas se van desplazando, lo cual se van sustituyendo las células epiteliales, y luego se invade directo a la membrana basal y del estroma. (Fernández del castillo, & Sánchez c., 2011)

Como sabemos la activación de plaquetas representa un papel muy importante en esta patología ya mencionada, como lo demuestra el recuento de plaquetas, un aumento del volumen plaquetario medio y las concentraciones plasmáticas elevadas de beta-trombo globulina y el factor plaquetario 4 en estas pacientes, la trombocitopenia precede a la aparición de las manifestaciones clínicas de la preeclampsia. (Hayasi, 1999)

Epidemiologia

En algunos países subdesarrollados, esta patología abarca un porcentaje de 40 y 80 de la mortalidad materna, aumentando cinco veces más la mortalidad perinatal a causa de la restricción de crecimiento intrauterino y partos pre términos. (Sibai & Ramandam, 1993)

En países latinoamericanos la mortalidad materna ha sido asociada con las complicaciones de los trastornos hipertensivos gestacionales como es la Preeclampsia y eclampsia siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad materno fetal, pudiéndose evitar estar muertes en su mayoría con la atención eficiente y oportuna a las mujeres que presenten esta complicación. (Oyarzún & Valdés, 2012)

La incidencia exacta de preeclampsia aún es incierta, estimando en los países desarrollados un caso de Preeclampsia por cada 100 mujeres, y en 100 mujeres con eclampsia de 1 a 2 casos. Determinándose que las mujeres que vives en lugares con escasos recursos tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia y fallecer a causa de esta patología (Vance, C., & Colaboradores, 2013)

Factores de preeclampsia

Se considera muy importante la detección de factores de riesgo en la adolescente embarazada, por que determina el riesgo, no sólo por la edad, sino también por otros factores, así, como son los socio-económicas, culturales, clínicas y patológicas previas, permitiendo el reconocimiento de un embarazo que implique un grave riesgo tanto para la salud materna como fetal. (Rojas, J., 2008)

Tenemos los siguientes factores de riesgo preconcepcionales:

Edad materna en menor de 20 años por formación de placenta anómala, y mayor de 35 años; Raza negra, antecedentes obstétricos familiares negativos, esto determina un riesgo 4 a 5 veces mayor en la presentación de esta patología. (Marumoto & Kaibara, 1989)

Estudios realizados acerca de los Antecedentes obstétricos personales, nos refiere que el 50% de gestantes diagnosticadas con preeclampsia en el embarazo anterior, tienen un alto riesgo de padecerla nuevamente. (Fernández C., 2011)

Siendo una enfermedad crónica la Hipertensión Arterial, al no permitir una buena oxigenación por el daño placentario del trofoblasto, la obesidad causando un aumento en la expansión de volumen sanguíneo con aumento de la frecuencia cardiaca, (Gómez, 2013) diabetes mellitus tipo I y II al producir una microangiopatía, con un aumento del estrés oxidativo y un daño endotelial, afectando el stress oxidativo y la perfusión uteroplacentaria, enfermedad renal provocando igualmente una implantación de placenta anómala ,afectando los vascularización uterina y renal. Todo esto en relación con la gestación en curso si presenta embarazo molar en nulípara, embarazo gemelar, polihidramnios, oligohidramnios y primigrávidez. (Agudelo, 2006-2008)

Guías clínica elaboradas en el Reino Unido: PRECOG, NICE, (Ver cuadro 1, anexos), realizaron un estudio en la cual el riesgo de padecer esta enfermedad, es siete veces mayor en gestantes con antecedente de preeclampsia.

Siendo cuatro veces mayor cuando hay antecedentes de diabetes; tres veces mayor con antecedentes patológicos familiares de preeclampsia, un IMC mayor o igual a 35, ser primigrávida y haber tenido un embarazo gemelar; duplicándose con una de edad mayor o igual a 40 años, tensión arterial sistólica mayor o igual a 130 o un IMC mayor o igual a 35 en la primera consulta. Aumentando dramáticamente en gestantes con un intervalo intergenésico mayor o igual a 10 años, hipertensión y nefropatía preexistentes (Leis, 2009)

Signos y síntomas

Evidencia de síntomas como la cefalea, fotofobia, en una gestante con preeclampsia constituyen los principales factores de riesgo para que se produzca la eclampsia. La epigastralgia, la náusea y vómitos son complicaciones graves, el edema se lo considera una manifestación clínica de la preeclampsia mas no un diagnóstico para la misma; la guía de práctica clínica no lo considera como tal ya que muchas veces es considerado un signo clínica en una gestación sin riesgo, cabe recalcar que el edema en manos y cara si es considerado como un signo de preeclampsia.

Las gestantes deberían conocer los siguientes signos de alarma: Cefalea, epigastralgia, nausea y vómito, escotomas, acufenos, Irritabilidad, Hiperreflexia, Estupor. (Leis, 2009)

Según la normativa materna fetal del MSP los signos y síntomas se encuentran los siguientes:

Vasomotores: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.

Hemólisis.

Plaquetas <100000 mm3.

Daño hepático con aumento de transaminasas.

Oliguria menor 500 ml en 24 horas.

Edema agudo de pulmón.

Insuficiencia renal aguda. (MSP Ecuador, Chang, c., & Colaboradores., 2013)

Complicaciones

Las complicaciones presentes en esta patología como es la preeclampsia son las siguientes:

Coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, neumonía por aspiración, edema pulmonar y falla cardiaca, hematoma subcapsular hepático, DPPNI, desbalance hidroelectrolítico, alteraciones visuales, shock hipovolémico, falla renal, muerte y parto pretérmino, y las más frecuentes esta la eclampsia y síndrome de Hellp. (Rojas, J., 2008)

Síndrome Hellp se lo puede como la presencia de hemólisis intravascular (HE), aumento de las enzimas hepáticas (EL) y plaquetopenia severa (LP) en una gestante hipertensa o no. Su incidencia va entre el 4 y el 12 del porcentaje de todas las Preeclampsias severas y entre el 30 y el 50 de los porcentajes de las eclampsias. (Álvarez, N., 2006)

Se lo define como un síndrome grave de comienzo insidioso, en el que pueden confluir diversas etiologías, pero que lo más habitual es que aparezca en el contexto de una preeclampsia, aunque a veces no se manifiesta aún en el momento de su aparición, y que suele acompañarse de epigastralgia y/o hipocondrio derecho y malestar general. Ello causa que a veces se retrase su diagnóstico pensando en una hepatitis, virosis, o una gastroenteritis. (Bravo, 2008)

Los límites analíticos para el diagnóstico fueron establecidos por Sibai en:

Plaquetas < 100.000.

GOT >70 UI.

LDH >600UI.

Bilirrubina >1,2 mg/dL o esquistocitos en el frotis de sangre.

Diagnostico

En esta patología, en este caso la preeclampsia, el diagnóstico será clínico, el mismo que se ira analizando con laboratorio. Para realizar un buen diagnóstico para confirmar la eclampsia, será por lo que se muestre en este caso las convulsiones, por lo que en una

gestante que presente preeclampsia > de 20 semanas o postparto (48 horas), se debe de tomar en cuenta cuando se presente, epigastralgia, cefalea, fotofobia, visión borrosa, hiperreflexia. (Peralta, 2004)

Durante las visitas prenatales, es necesario el control de la tensión arterial en todas las consultas, ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente. Se considera hipertensión al registro de dos tomas de TA igual o > a 140/90 milímetro de mercurio, por seis horas. (Leis, 2009)

La realización de una buena historia clínica es muy importante ya que podemos hacer la anamnesis orientada a valorar esta patología como son los signos vitales, aparato cardiopulmonar, presencia de edema, varices, reflejos osteotendinosos, palpación abdominal; además de aportar con buena evaluación obstétrica. (Peralta, 2004)

Para complementar un buen diagnóstico se debe de llevar a cabo exámenes como son los de laboratorio, tanto en función renal, estados hematológicos, función hepática. (Ver cuadro 2, anexos)

Tratamiento según la guía de práctica clínica trastornos hipertensivos del embarazo

Criterios de ingreso

Cualquier gestante con cuadro clínico que refiera a trastornos hipertensivos ingresara al área de hospitalización, sobre todo en aquellas con complicaciones graves, ya que con resultados de proteinuria mayor a 300 mg/24 h, nos manifiesta la aparición de una enfermedad avanzada y el inicio de una inestabilidad maternofetal que puede llevarnos a un pronóstico impredecible. (Ver cuadro 3, anexos)

Gestantes con menor de 34 semanas de gestación: Tratamiento conservador

El tratamiento conservador puede tener buenos resultados perinatales, sobre todo en embarazos prematuros, todo esto si se tiene un buen y cuidadoso monitoreo materno fetal.

En los casos de preeclampsia grave aplicar como dosis profiláctica Sulfato de magnesio por 24 h

Uso de antihipertensivos

En embarazos menores de 35 semanas aplicar maduración fetal con Glucocorticoides entre las 24 y 34 semanas, y 6 días.

Para las gestantes con menos de 34 semanas (con o sin proteinuria o signos de gravedad) si el parto se contempla dentro de los próximos siete días pueden ser considerados como elección los siguientes corticoesteroides: Primera elección: betametasona, 1 ampolla de 12 mg (6 mg de fosfato + 6 mg de acetato) intramuscular glútea (IM) cada 24 horas, por un total de dos dosis. (MSP Ecuador, Chang, c., & Colaboradores., 2013)

Parámetros de laboratorio seriado que incluya: Hemograma, con recuento de plaquetas, Creatinina, úrea, ácido úrico, pruebas hepáticas y HDL, Proteinuria de 24 h, Laboratorio habitual del embarazo (glucemia, serología, orina completa, urocultivo, cultivo estreptococo B, etc.). Diuresis horaria con control estricto, con sonda vesical.

Medidas no farmacológicas

No se ha encontrado evidencia clínica satisfactoria que nos indique que el Reposo estricto en cama, muestre alguna mejoría en el desarrollo de cualquier trastorno hipertensivo. Control en la ingesta de sodio. Una adecuada nutrición en base a una dieta normosódica en gestantes con diagnóstico de trastornos hipertensivos o preeclampsia. Continuar este tipo de dieta en gestantes diagnosticadas previamente con hipertensión crónica. Reducción de peso. No es recomendable bajar de peso en el curso de la gestación para prevenir la hipertensión en el embarazo.

Medidas de control de la salud fetal

Entre los procedimientos diagnósticos por imagen podemos encontrar: ecografía, evaluación de crecimiento fetal y índice de líquido amniótico, monitoreo fetal, doppler, evaluación de arterias umbilical, cerebral media y uterina.

Tratamiento farmacológico en la emergencia hipertensiva con tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mm/Hg

Al tratar la hipertensión severa aguda el principal objetivo es prevenir y disminuir las fatales complicaciones como son las cerebrovasculares y cardiovasculares como la encefalopatía, la hemorragia cerebral y la insuficiencia cardíaca congestiva.

El Labetalol, fármaco antihipertensivo, mayormente utilizado y recomendado en gestantes con tensión diastólica igual o mayor a 105 - 110 mm Hg; recalcando que en Ecuador no se encuentra disponible este medicamento. Por otra parte el Nifedipino es efectivo, seguro, conveniente, ampliamente disponible y sobre todo con la misma función y efectividad que el Labetalol.

Nifedipina: 10 miligramos vía oral cada 20 o 30 minutos a dosis respuesta, con una dosis máxima 60 miligramos

Hidralazina: 5 miligramos intravenosa (si la tensión arterial diastólica persiste mayor de 110, continuar con 5 - 10 miligramos intravenoso cada 15 - 20 minutos), con una dosis máxima de 40 miligramos.

Diuréticos: Las tiazidas no se pueden recomendar para la prevención de la eclampsia y las complicaciones que se lleguen a tener.

Tratamiento preventivo para eclampsia

El riesgo de sufrir muerte materna en la eclampsia disminuye en más de la mitad con la administración de sulfato de magnesio al ejercer su acción como bloqueador de los receptores de N- Metil aspartato en el cerebro.

Tratamiento preventivo para eclampsia

El riesgo de Preeclampsia disminuye en más de la mitad, con la administración de sulfato de magnesio, reduciendo de igual forma la mortalidad materna, ejerciendo de esta manera su acción como bloqueador de los receptores de N- Metil Aspartato en la región del cerebro. En cuanto a los efectos secundarios un cuarto de las mujeres los padecen especialmente sofocos, sin asociar la exposición al sulfato de magnesio con aumento de la mortalidad materna ni discapacidad en niños hasta los 18 meses. (CONASA, 2013)

En prevención de la eclampsia la dosis de impregnación del sulfato de magnesio es de 4 gramos intravenosa en 20 minutos.

Se lo administra por vía intravenoso en mcg: se empieza a diluir 2 amp, de MgSO4 en 80 ml de s.s., y luego le coloca el volumen total de cien ml en mcg, mantener a 30 mcg*minuto. Y si se lo hace con bomba de infusión, se le aplica 300 ml*h. para así poder cumplir los 100ml en 10 min., las pactes. Pueden presentar sintomatología vasomotora y estos aparecen mar rápido cuando la bomba lo hace con micro gotero rápido.

En referencia a la prevención de la eclampsia la dosis de mantenimiento es con MgSO4 intravenoso es de 1 gramos/h.

La administración intravenosa por venoclisis se lo realiza colocando 5 amp. De sulfato de magnesio en 450 ml s.s. y luego se le coloca el vol. Total que es de 500 ml a 17gts*min. Por vía intravenosa en bomba se coloca 50 ml/h., no se debe exceder más de 150 ml.

Tratamiento con MgSO4 para eclampsia

Se impregna en vía intravenosa con 6 gramos en 20 min de MgSO4, y en micro gotero se administra 3 amp. De MgSO4 en 70 ml de s.s. y se aplica el vol. total de 100 ml a 30 mcg*min., para infusión se coloca 300ml/h. para así terminar con los 100ml en 10 min. Cuando las convulsiones son frecuentes se debe pasar un bolo de 2 gramos este es adicional. Se debe de mantener con 1.5 – 2 gramos/h, y cuando se lo aplica por venoclisis es con 10 amp en 400ml de s.s. a 17 gts*min. Y por infusión se coloca 50 ml/h.

Debemos de tener en cuenta que el MgSO4 para prevenir eclampsia es solo hasta 24 h después del parto o cesárea. La dosis por vía IM es de 10 g colocando 5 g en cada glúteo, esta es muy dolorosa; solo se aplicara en casos excepcionales, si no se puede colocar venoclisis.

El tto eficaz para terminar esta patología es cuando se finaliza la gestación, ya que van a presentar una buena respuesta por el tto colocado inicialmente y por la maduración y vitalidad del feto. Cuando es vía vaginal se da por cada caso que se presente individualmente, y aun así cuando las gestantes sean > de 37 SG y tenga preeclampsia leve a severa el parto vaginal debe ser considerado inmediatamente.

Cuando hay gestante que han sido valorada por médicos en sus controles y le han dicho que pueden tener un parto vaginal, pero si el cuello del útero no le ayuda, se debe hacer una maduración cervical para así obtener lo esperado.

Los tratamientos para bajar la presión arterial se debe considerar mantenerlos durante el parto, solo en el caso de tener una tensión arterial sistólica menos de 160 milímetro de mercurio y una diastólica a mayor de 110 milímetro de mercurio.

La etapa 3 del parto se debe administrar oxitocina intramuscular 10 unidades, dentro del primer minuto, en particular en presencia de trombocitopenia o coagulopatía.

Tratamiento del síndrome HELLP

No se recomienda transfundir preventivamente plaquetas, incluso antes de la cesárea, si es >50.000/L y no hay sangrado excesivo o disfunción plaquetaria.

Se debería considerar arreglar los manejos sanguíneos, incluyendo PLT, cuando el contaje de plaquetas va <50.000/L, el recuento de plaquetas esté cayendo rápidamente, y/o si hay coagulopatía.

La transfusión de plaquetas se debe considerar seriamente antes del parto vaginal cuando el recuento de plaquetas es <50.000/Litro

La transfusión de plaquetas se recomienda pre cesárea si es menos de 50.000/Litro

Los corticosteroides se los administra cuando hay contaje de plaquetas <50.000/Litro

La cirugía exploratoria se la realiza ante la sospecha clínica y/o diagnóstico ecográfico de rotura espontánea de hematoma subcapsular hepático (shock, hemoperitoneo), con asistencia de cirujano general (deseable), sostén hemodinámico y así poder tener una transfusión saludable para así poder recuperar la vida de la gestante (empaquetamiento, lobectomía, ligadura de pedículos hepáticos).

6. VARIABLES

6.1. Variables Dependiente

Complicaciones

6.2. Variables Independiente

Preeclampsia

7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

7.1. Variable Dependiente: Complicaciones

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICAS
Grupo de síntomas que se presentan como complicación en las mujeres embarazadas con HTA: • (H de "hemolysis" en inglés): hemólisis (la descomposición de glóbulos rojos) • (EL de "elevated liver enzymes" en inglés): enzimas hepáticas elevadas (LP de "low platelet count" en inglés): conteo de	COMPLICACIONES	Síndrome de HELLP Edema Agudo de Pulmón Insuficiencia Renal Aguda Hematoma Subcapsular	SI – NO SI- NO SI- NO SI- NO	Revisión Estadística y de Historias Clínicas

plaquetas bajo.				
		DPPNI	SI- NO	
		Coma	SI- NO	
	COMPLICACIONES	Hemorragia intraventricular	SI- NO	Revisión Estadística y de Historias Clínicas
		Desprendimiento prematuro de retina	SI- NO	

7.2. Variable independiente: Preeclampsia

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADOR	TÉCNICAS
La OMS estima la incidencia de la preeclampsia en 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo. En Latinoamérica, la morbilidad	1.INCIDENCIA CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Preeclampsia Eclampsia Síndrome de HELLP Edad	SI- NO SI- NO SI- NO 15 - 19 años 20-25 años 26-30 años 31-35 años >35 años	Revisión Estadística y de Historias Clínicas

perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%. La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones	FACTORES DE RIESGO	Procedencia Nivel de instrucción Estado Civil Espacio Intergenésico	Urbana Rural Primaria Secundaria Superior Ninguna Soltera Unión Libre Casada <10 años >10 años	Lista de Chequeo

sobre la madre y el recién nacido, es motivo de hospitalizaciones prolongadas y repercusiones económicas para la familia, los establecimientos de salud y el sistema de salud del país. Este trastorno hipertensivo multisistémico		IMC Numero de Gestación Número De Controles Prenatales	Ninguno Normal Sobrepeso No datos Primigesta Secundigesta Multigesta <5 >5 Ninguno	Lista de Chequeo

exclusivo del ser humano complica aproximadamente el 10% de todos los embarazos con una incidencia ligeramente mayor en los países en desarrollo, constituye una de las principales causas de muerte materna de causa		Antecedentes Patológicos Personales Antecedentes Obstétricos	HTA Crónica Controlada HTA Crónica No Controlada Obesidad Diabetes Mellitus Tipo 1-2 Enfermedad Renal Lupus Eritematoso Artritis Reumatoide Ninguna HTA Oligohidramnios Embarazo Molar Ninguna	Lista de Chequeo

obstétrica y es responsable de una alta morbimortalidad fetal.	CUMPLIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA	EMERGENCIA Edad Gestacional Tensión Arterial Proteinuria Auscultación de F.C.F.	<20 SG >20 SG Ninguna SI N0 SI N0 SI N0	Lista de Chequeo

	CUMPLIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA	MANEJO TERAPEUTICO Impregnación con Sulfato de Magnesio Nifedipino (TD>110) Transferencia inmediata a nivel II o III	SI NO SI NO SI NO	Lista de Chequeo

	CUMPLIMIENTO DE LA GUIA DEPRACTICA CLINICA	HOSPITALIZACION Tensión Arterial Frecuencia Cardiaca Materna Frecuencia respiratoria Reflejo Rotuliano	SI NO SI NO SI NO SI NO	Lista de Chequeo

	CUMPLIMIENTO DE LA GUIA DEPRACTICA CLINICA	Control de Ingesta y Excretas	SI NO	Lista de Chequeo
		MANEJO TERAPEUTICO Valoración de Especialista	SI NO	
		Administración de Nifedipino(TAD>110mmhg	SI NO	
		Administración de Sulfato de Magnesio(1-2gr) en 24h EV	SI NO	
		Maduración Pulmonar	SI NO	

		Terminación del embarazo independiente de la semana de gestación	Cesárea Vaginal	

CAPITULO III

8. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Prospectivo: De Octubre 2013 a Marzo del 2014, tomando en cuenta datos actuales y relacionados con el manejo identificado en el Hospital Verdi Cevallos Balda.

Descriptiva: Porque se investiga el manejo de las pacientes con preeclampsia/ eclampsia y Síndrome de HELLP.

Bibliográfica: Ya que se realizó la revisión de textos de obstetricia, normas materna, revistas, manual de FASGO, folletos, así como artículos de páginas electrónicas, que permitieron completar la información requerida.

Documental: Debido a que el documento final se constituye en la base de las memorias de la investigación.

Línea de investigación:

Cumplimiento de las normas del MSP de la guía clínica práctica en H.V.C.B.

Estudio comparativo

Población: 1125 Muestra: 22

Criterios de inclusión

Podrán participar todas las gestantes que fueron ingresadas en el área de hospitalización de Gineco-obstetricia en el centro Hospitalario mencionado.

Criterios de exclusión

No ingresarán al estudio pacientes que no fueron ingresadas en el año antes mencionado, ni aquellas que fueron atendidas en el área de consulta externa de la unidad hospitalaria.

Técnica

Formulario de la guía práctica clínica en las pacientes.
Revisión de los registros estadísticos de las pacientes (H.C.).
Se utilizó el programa de anti-plagio para corroborar la autenticidad de la investigación

Recursos humanos

Director de tesis
Tribunal de revisión de tesis
Investigadores

Recursos institucionales

Profesionales de salud
Talento humano
Gestantes ingresadas en el área de hospitalización del área de gineco-obstetricia del Hospital Verdi Cevallos balda

Recursos Materiales

Historias clínicas.
Multimedia

Equipos de Oficina.

Componente Normativo Materno del MSP del Ecuador

Texto de obstetricia

Material electrónico.

Cámara fotográfica

Scanner

Impresoras

Papelería

Encuadernación

Recursos Económicos

La investigación y su desarrollo tienen un costo aproximado de 1767 dólares que son cubiertos en su totalidad por los investigadores.

Gastos de internet	$	50,00
Gastos Papelería	$	30,00
Gasto Cds	$	10,00
Gasto memorias de almacenamientos extraíbles	$	30,00
Gastos de tarjetas telefónicas	$	20,00
Gastos de comida	$	40,00
Gastos de arreglos florales	$	30,00
Gastos de impresiones	$	200,00
Gastos de fotocopias	$	120,00
Transporte	$	100,00
Gastos de encuadernación	$	90,00
Propuesta	$	67,00
Imprevistos	$	60,00
TOTAL	$	847,00

CAPITULO IV

9. GRAFITABLAS

GRAFITABLA #1

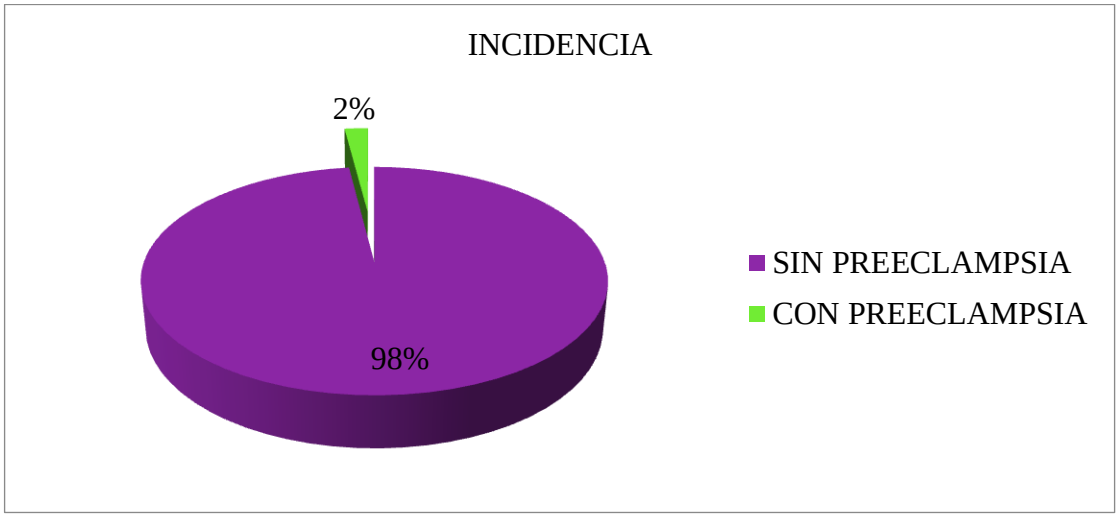
INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

INCIDENCIA	F	%
SIN PREECLAMPSIA	1103	98
CON PREECLAMPSIA	22	2
TOTAL	1125	100

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

Según la grafitabla #1 la incidencia de los trastornos hipertensivos en el Hospital Verdi Cevallos Balda durante el periodo de estudio se comportó de la siguiente manera:
De 1125 de pacientes ingresadas en el área de ginecobstetricia, 22 desarrollaron HTA, siendo la incidencia del 2%. En relación con lo que establece la OMS que la incidencia mundial para trastornos hipertensivos es del 5-10 % estima que existen anualmente más de 166 mil muertes. (OMS, 2013)

En el Ecuador según datos la incidencia de preeclampsia y eclampsia es del 22% del total de mujeres embarazadas datos que no concuerda con el obtenido en la investigación, posiblemente por el tamaño de la población de estudio. (INEC, 2013)

GRAFITABLA #2

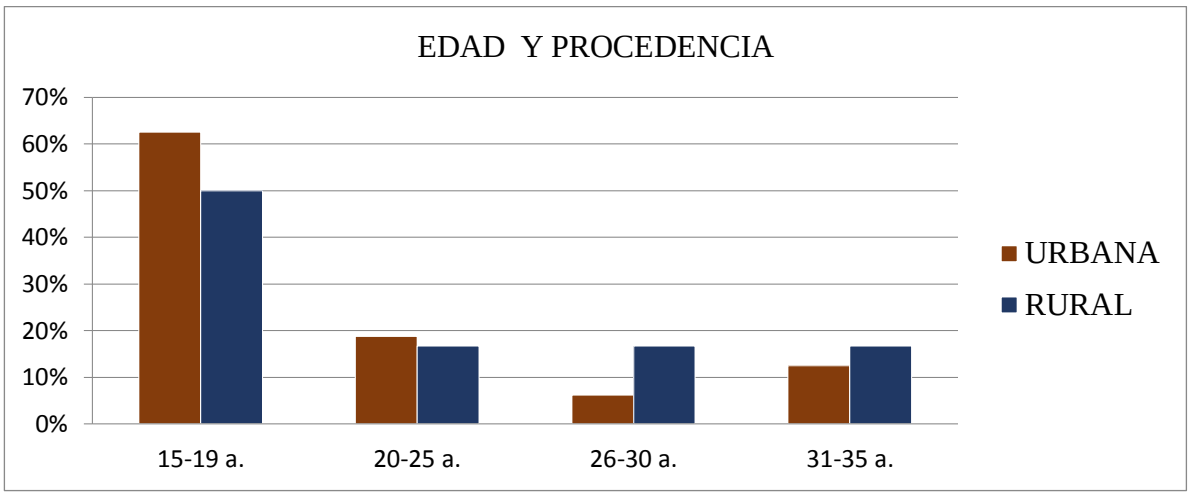
PREECLAMPSIA ECLAMPSIA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y PROCEDENCIA

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA.

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

PROCEDENCIA / GRUPO DE EDAD	URBANA		RURAL		TOTAL
	F	%	F	%	
15-19 a.	10	63	3	49	13
20-25 a.	3	19	1	17	4
26-30 a.	1	6	1	17	2
31-35 a.	2	12	1	17	3
TOTAL	16	100	6	100	22

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

Según la grafitabla #2, se observa, que tanto para el área urbana como rural la edad de presentación estuvo entre 15-19 años con un 63% de las pacientes diagnosticadas con Preeclampsia.

La estadística del MSP Ecuador para el año 2012 reporta 5.407 egresos hospitalarios con diagnóstico de Preeclampsia, encontrándose el 37.3% de casos en el grupo etario de 14 -19. Y eclampsia 541 casos con el 31.9% de pacientes se encuentran entre las edades de 15-25 años, concordando con los datos encontrados en el estudio en mención.

GRAFITABLA #3

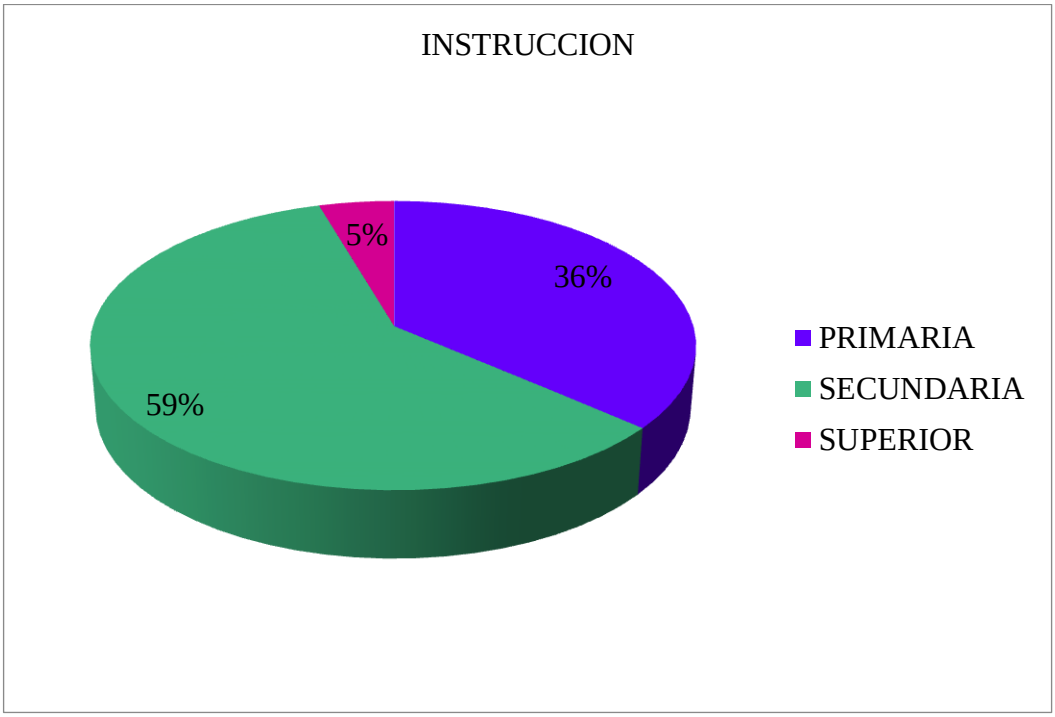
PRECLAMPSIA ECLAMPSIA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

INSTRUCCION	F	%
PRIMARIA	8	36
SECUNDARIA	13	59
SUPERIOR	1	5
TOTAL	*22*	100

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

En la grafitabla #3 con respecto a la instrucción el 59% de las gestantes tuvieron instrucción secundaria, el 36% han terminado la primaria, el 5% son de instrucción superior.

Un estudio realizado por el SIISE en el año 2011 establece que el promedio de años estudiados influye directamente en la presencia de complicaciones de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, esto es dado principalmente por el desconocimiento de la mujer gestante respecto a dicha patología; En la investigación aun cuando predomina la escolaridad secundaria posiblemente la edad menor a 18 años sea un impedimento para el reconocimiento de los cuidados necesarios en el prenatal para disminuir la posibilidad de trastornos hipertensivos.

GRAFITABLA #4

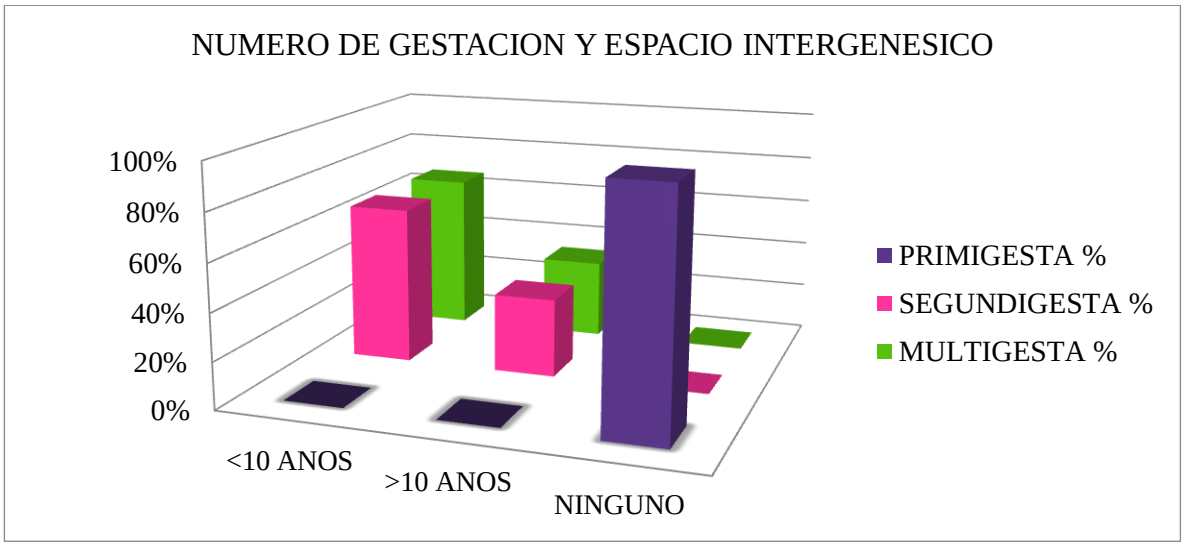
PREECLAMPSIA ECLAMPSIA SEGÚN ESPACIO INTERGENESICO Y NUMERO DE GESTACION

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

NUMERO DE GESTACION / ESPACIO INTERGENESICO	PRIMIGESTA		SEGUNDIGESTA		MULTIGESTA		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	F
<10 ANOS	-	-	2	67	4	67	6
>10 ANOS	-	-	1	33	2	33	3
NINGUNO	13	100	-	-	-	-	13
TOTAL	13	100	3	100	6	100	22

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

Según la grafitabla #4, se aprecia que al analizar el número de gestación y espacio intergenésico de las 22 pacientes con preeclampsia, eclampsia solo 9 tuvieron más de 1 una gestación, observando que el 67% las pacientes secundigestas y multigestas presentaron espacio intergenésico menor de 10 años mientras que para el espacio intergenésico mayor de 10 años las secundigestas y multigestas les correspondió 33%.

De acuerdo al estudio de cohorte realizado en el 2013, en la Universidad Peruana San Marcos se concluye que es importante identificar el período intergenésico exacto de las pacientes desde el primer control prenatal, con el fin de saber si este período es de riesgo para el embarazo y realizar promoción y prevención oportuna ya que el período intergenésico prolongado es factor de riesgo para la madre en el desarrollo de preeclampsia.

Para los trastornos hipertensivos del embarazo encontramos como factores de riesgo la nuliparidad que en nuestro estudio corresponde 13 embarazadas con él 100% y al espacio intergenésico mayor de 10 años le corresponde el 33%, por lo tanto existe un factor de riesgo considerable para la instauración de la patología hipertensiva.

GRAFITABLA #5

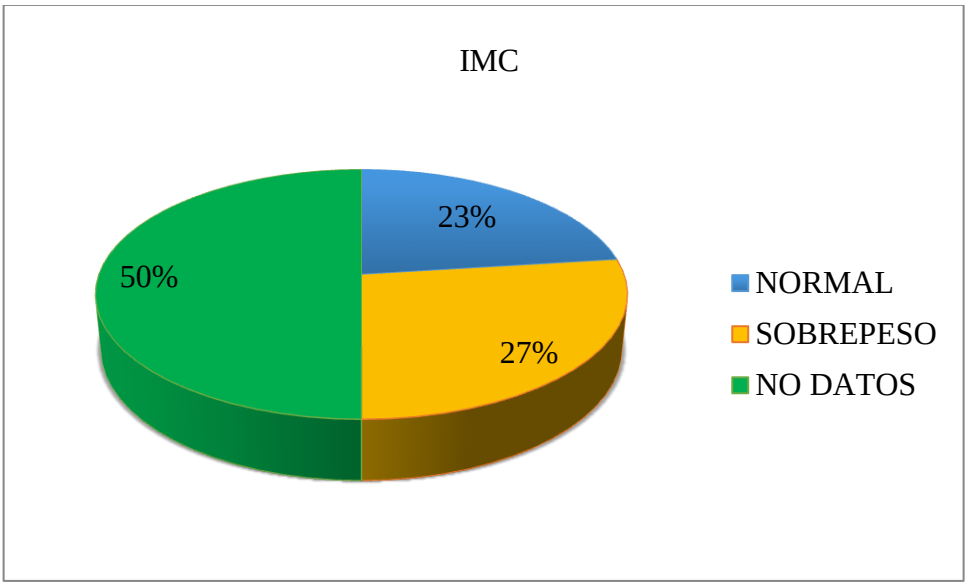
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

IMC	F	%
NORMAL	5	23
SOBREPESO	6	27
NO DATOS	11	50
TOTAL	22	100

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

De acuerdo a la grafitabla #5, Índice de Masa Corporal, pudimos encontrar que el 50% de las gestantes con preeclampsia objeto del estudio no contaban con el registro de este parámetro, presentando el 27% de las que registraban el dato sobrepeso (IMC mayor a 23)

La Asociación de Dietistas Americanos y la Sociedad Americana de Nutrición refieren del asesoramiento que deben recibir estas pacientes antes del embarazo, durante el embarazo y en el período intergenésico en cuanto a nutrición y actividad física para aminorar los resultados adversos.

El IMC pre-gestacional tiene relación directa con la salud materna y fetal independientemente de la ganancia de peso en el embarazo.
El componente materno 2008 del MSP indica como factor de riesgo el IMC mayor a 35, si bien en el estudio no tuvimos ninguna gestante con obesidad existió un 27 % de embarazadas con preeclampsia e IMC 19-23, es decir sobrepeso, contribuyendo este factor a riesgo cardiovascular y específicamente en las gestantes a trastornos hipertensivos.

GRAFITABLA #6

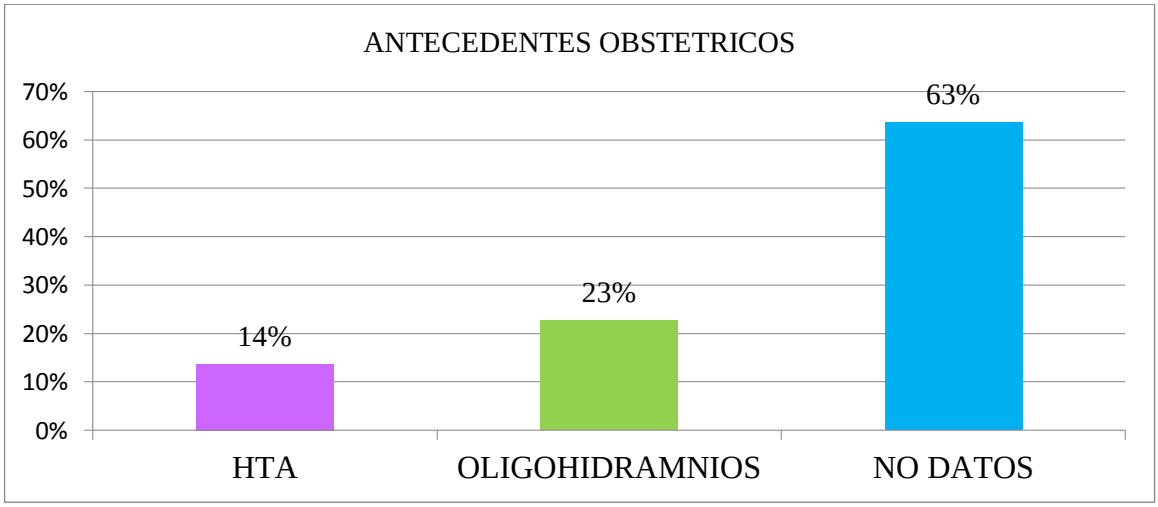
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA SEGÚN ANTECEDENTES OBSTETRICOS DESFAVORABLES

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	F	%
HTA	3	14
OLIGOHIDRAMNIOS	5	23
NO DATOS	14	63
TOTAL	22	100

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

De acuerdo a la grafitabla #6 ,se observa que de las 22 pacientes con preeclampsia eclampsia solo el 37% tuvieron antecedentes obstétricos desfavorables, correspondiéndole al oligohidramnios el 23%, y un 14% con hipertensión arterial- crónica más Preeclampsia.

Según la Revista Chilena de Postgrado de la Vía de Catedra médica del 2005; en la presentación del estudio hipertensión gestacional, expresa que el Oligohidramnios es una disminución de líquido amniótico menor a 500 ml, implica la posibilidad de alteraciones en el crecimiento fetal. Se demostró que la hipertensión, el embarazo prolongado, el retardo de crecimiento intraútero y el asma se relacionan con Oligohidramnios severo y que esto influye en la vía del parto no eutócico, asociado con múltiples condiciones obstétricas, entre las que se encuentran: sufrimiento fetal crónico dado por el crecimiento intrauterino retardado y embarazo prolongado, malformaciones fetales, dificulta el parto y eleva la posibilidad de tener complicaciones con el cordón umbilical.
Relacionándose además con condiciones maternas como hipertensión arterial, anticuerpos antifosfolipídicos, enfermedades del colágeno, diabetes.

GRAFITABLA #7

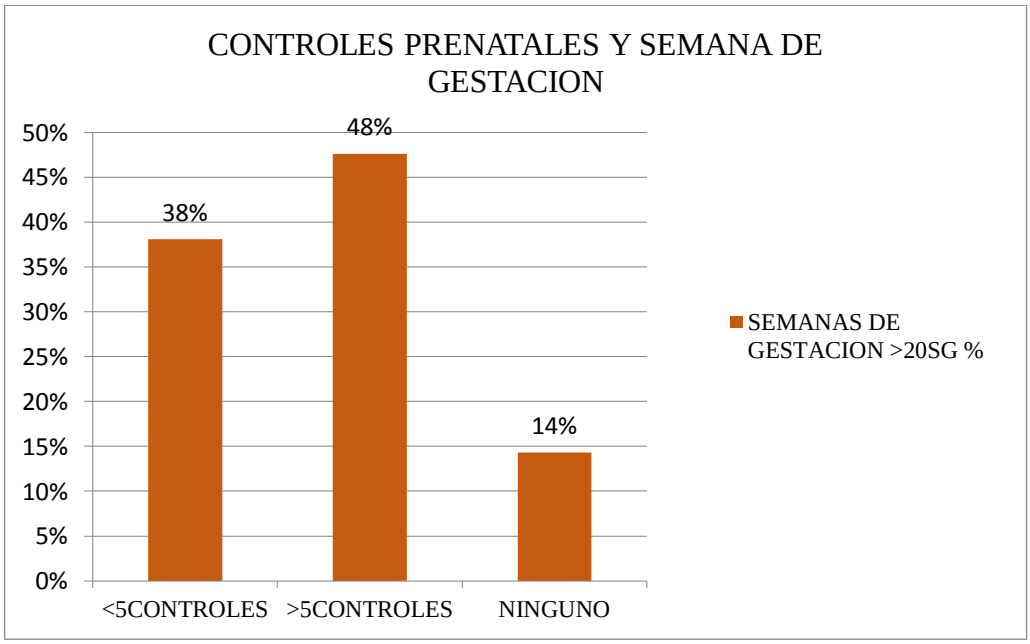
PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA SEGÚN NUMERO DE CONTROLES PRENATALES Y EDAD GESTACIONAL

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

CONTROLES PRENATALES	SEMANAS DE GESTACION >20SG	
	F	%
<5CONTROLES	8	38
>5CONTROLES	10	48
NINGUNO	3	14
TOTAL	21	100

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

Con respecto a la grafitabla #7, se pudo observar que en las gestantes que presentaron preeclampsia-eclampsia el 14% no tuvo ningún control prenatal el 48% tuvieron más de 5 controles y el 38% menos de 5 controles.

El MSP en el informe del 2012 menciona que en el cumplimiento de la normativa de atención a gestantes por preeclampsia eclampsia de preeclampsia eclampsia, complicación potencialmente peligrosa para la madre, feto y el recién nacido, las madres que concurren a tener su parto a los servicios de maternidad de nuestro país, en su gran mayoría, no han recibido ningún control prenatal y dentro de las que han concurrido, solo el 15 al 20 %, han tenido su primer control en el primer trimestre cumpliendo con la normativa del MSP.

GRAFITABLA #8

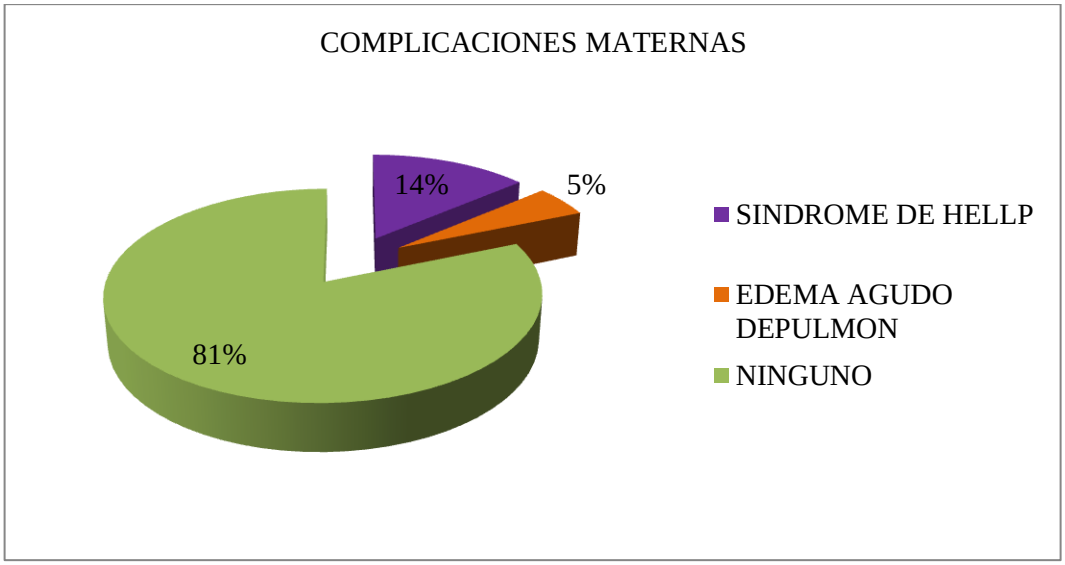
COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

COMPLICACIONES MATERNAS	F	%
SINDROME DE HELLP	3	14
EDEMA AGUDO DEPULMON	1	5
NINGUNO	18	81
TOTAL	22	100

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

El reporte de la grafitabla #8, Complicaciones Maternas, de las 22 gestantes motivo del estudio con preeclampsia eclampsia el 81 % no presentaron complicaciones, mientras, las cuatro gestantes (19%) que presentaron complicaciones, al síndrome de Hellp le correspondió el 14% y al edema agudo de pulmón 5% .

El síndrome HELLP es una complicación que puede ocurrir hasta en el 20% de las mujeres con preeclampsia severa o eclampsia, y se asocia con un incremento en el riesgo de resultados adversos incluyendo DPPNI, insuficiencia renal, hematoma hepático subcapsular, y aun muerte fetal o materna.

El edema agudo de pulmón es una complicación rara y potencialmente fatal durante el embarazo Las gestantes con preeclampsia tienen un incremento en el riesgo de desarrollar esta patología debido al daño endotelial subyacente y a la disminución de la presión osmótica, encontrándose como factor desencadenante la edad materna, paridad e hipertensión crónica preexistente.

En las pacientes en estudio se pudo comprobar como antecedente preeclampsia en el primer embarazo, datos que concuerdan con nuestra investigación.

GRAFITABLA #9

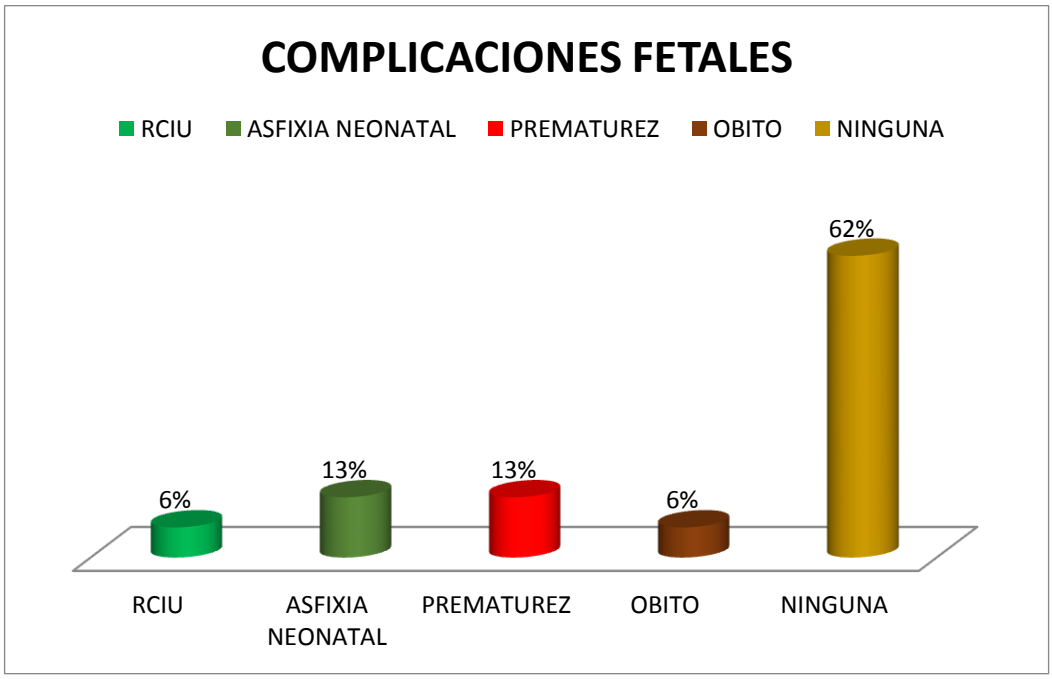
GESTANTES CON PREECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP SEGÚN COMPLICACIONS FETALES

DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

COMPLICACIONES FETALES	F	%
RCIU	1	6%
ASFIXIA NEONATAL	2	13%
PREMATUREZ	2	13%
OBITO	1	6%
NINGUNA	10	62%
TOTAL	16	100%

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

Según la grafitabla #9 de complicaciones fetales que presentaron los neonatos de madres con preeclampsia y síndrome de Hellp se comportaron de la siguiente manera: de los 16 nacidos hijos de madres con preeclampsia- eclampsia, 6 neonatos que representan el 19% presentan patologías tales como asfixia y prematurez cada una con el 13%, y RCIU y óbito fetal un 6%.

Según el Protocolo de los Trastornos Hipertensivos 2013 MSP de Ecuador nos refiere, a la preeclampsia como uno de los factores más influyentes en la prematuridad, tanto espontánea como inducida, con los problemas que esto conlleva para el niño de bajo peso al nacer y alteraciones de todo tipo: respiratorias, metabólicas, cardiacas, inmunitarias, digestivas, oftalmológicas, auditivas.

En México se estima que 8% de las mujeres embarazadas cursan con algún grado de preeclampsia-eclampsia. En el Centro Médico "La Raza" para el año 2006, por cada 100 nacimientos fallecen cinco niños en la etapa perinatal y otros cinco son mortinatos; tres de los que fallecen en las primeras 24 horas es por prematurez extrema y asfixia perinatal y los otro dos, que mueren después de las primeras 24 horas, es por inmadurez prematurez por el síndrome de dificultad respiratoria por deficiencia del factor surfactante o por hemorragia pero ventricular.

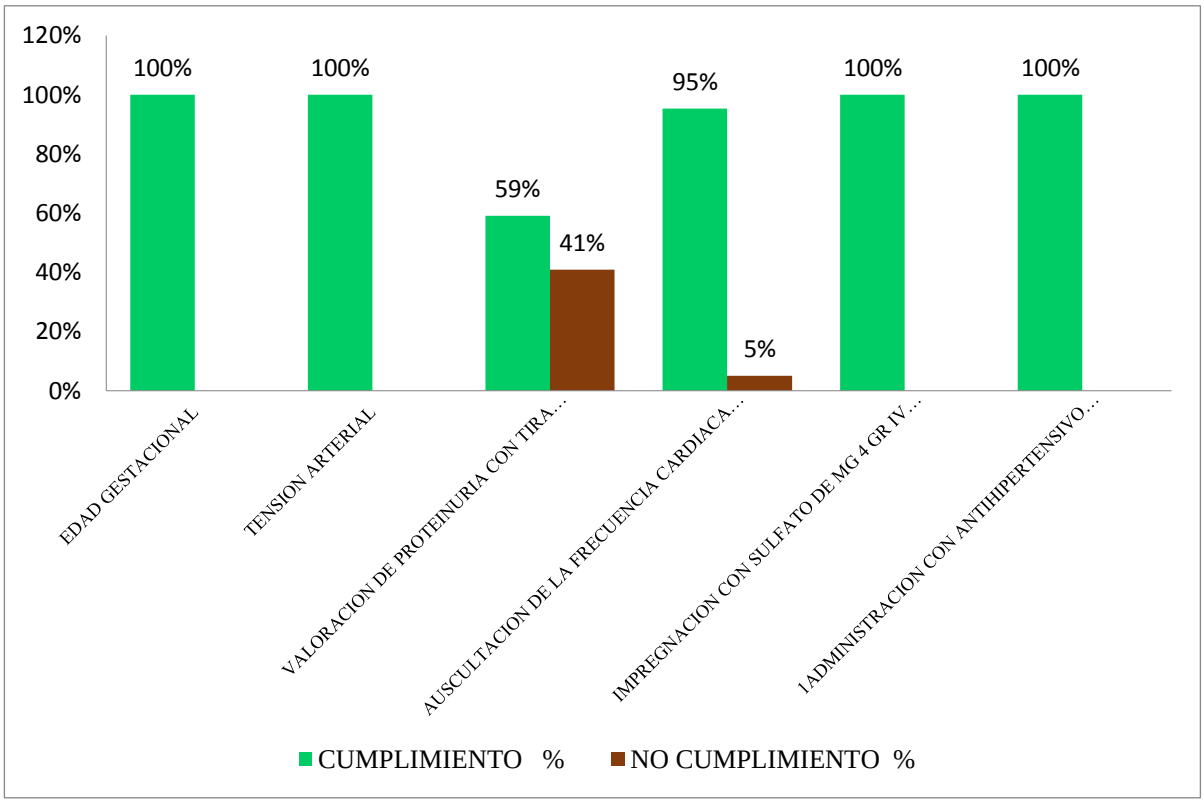
Siendo los datos estadísticos de nuestra investigación acorde con los resultados obtenidos en este parámetro.

GRAFITABLA #10

CUMPLIMIENTO DE LA GUIA PRACTICA CLINICA EN EL SUBPROCESO DEL AREA DE EMERGENCIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA OCTUBRE 2013- MARZO 2014

MANEJO CLINICO EN EMERGENCIA HOSPITALARIA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	CUMPLIMIENTO		NO CUMPLIMIENTO		TOTAL
	F	%	F	%	F
EDAD GESTACIONAL	21	100	-	-	21
TENSION ARTERIAL	22	100	-	-	22
VALORACION DE PROTEINURIA CON TIRA REACTIVA	13	59	9	41	22
AUSCULTACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL	20	95	1	5	21
IMPREGNACION CON SULFATO DE MAGNESIO	21	100	0	0	21
ADMINISTRACION CON ANTIHIPERTENSIVO NIFEDIPINO SOLO SI LA PRESION DIASTOLICA ES MAYOR 110MMHG	2	100	20	NA	22

FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

Según la grafitabla #10, el cumplimiento de la guía de práctica clínica en el manejo de la preeclampsia y eclampsia en el subproceso de emergencia, NO se cumplió por falta de valoración de los siguientes parámetros.

- Valoración de proteinuria con tira reactiva
- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal

La guía de estándares indicadores de manejo de la patología preeclampsia eclampsia establece que debe cumplirse todos los parámetros ya que el incumplimiento de uno de ellos implica l calificación negativa para el cumplimiento de la norma.

GRAFITABLA #11

CUMPLIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA

PREECLAMPSIA ECLAMPSIA

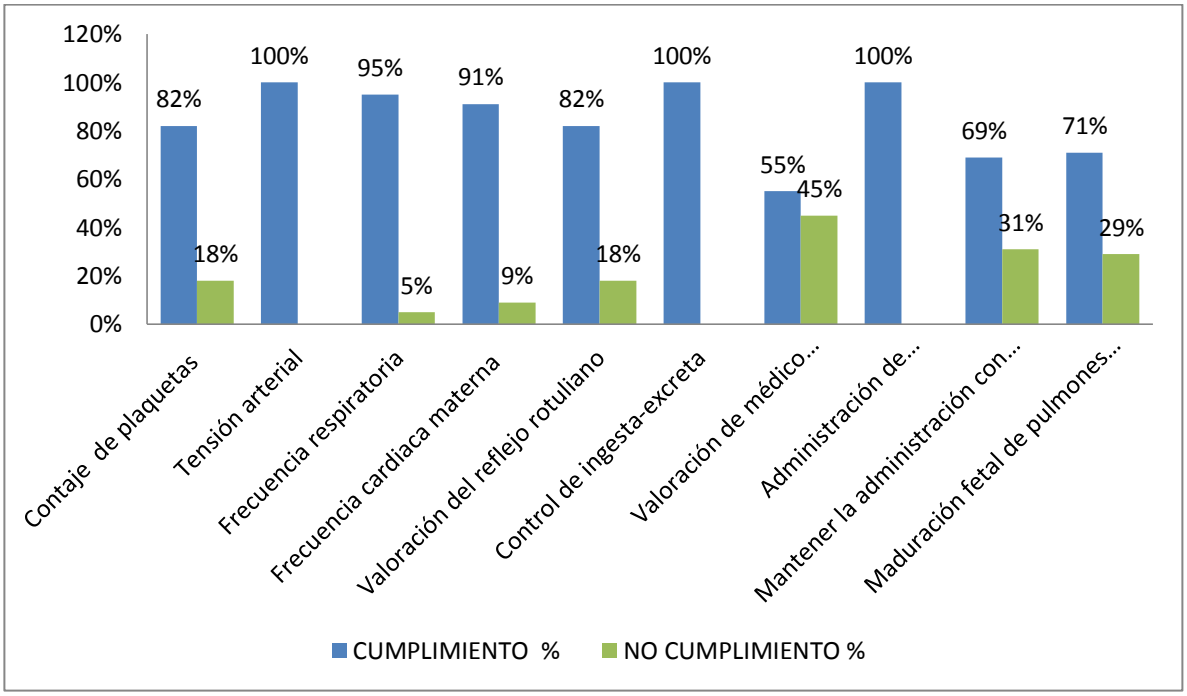
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

OCTUBRE 2013- MARZO 2014

MANEJO DE LA PACIENTE CON PRECLAMPSIA- ECLAMPSIA HOSPITALIZACION	CUMPLIMIENTO		NO CUMPLIMIENTO		TOTAL
	F	%	F	%	F
Contaje de plaquetas	18	82	4	18	22
Tensión arterial	22	100	-	-	22
Frecuencia respiratoria	21	95	1	5	22
Frecuencia cardiaca materna	20	91	2	9	22
Valoración del reflejo rotuliano	18	82	4	18	22
Control de ingesta-excreta	22	100	-	-	22
Valoración de médico especialista en el área de GO	12	55	10	45	22
Administración de antihipertensivo Nifedipino si la TA diastólica es mayor de 110 mmhg	2	100	20	NA	22
Mantener la administración con sulfato de magnesio de mantenimiento de 1-2 gr EV hasta 24 horas post parto	11	69	5	31	16
Maduración fetal de pulmones con 12 mg de Betametasona cada 12 horas por dos días o Dexametasona 6 mg IM c-12h por 4 dosis si el embarazo esta entre 26-34 SG	5	71	2	29	7

FUENTE: Formulario

INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira



FUENTE: Formulario
INVESTIGADORES: Andreina Mendoza, Jenniffer Rivadeneira

Análisis e interpretación

Según la grafitabla #11, el cumplimiento de los estándares mínimos para el manejo de hospitalización en el manejo de la preeclampsia-eclampsia, NO se cumplió en su totalidad, siendo aquellos con puntuación negativa los siguientes parámetros.

- Contaje de plaquetas
- Frecuencia respiratoria
- Frecuencia cardiaca materna
- Valoración del reflejo rotuliano
- Valoración de médico especialista en el área de G-O a la media hora del ingreso.
- Mantener la administración con sulfato de magnesio 24 horas post parto
- Maduración fetal de pulmonar

10. CONCLUSIONES

En el trabajo de investigación manejo de la preeclampsia eclampsia se concluye lo siguiente:

La incidencia de preeclampsia fue del 82%, eclampsia fue del 4% y del Síndrome de Hellp el 14%.

Las características generales de las pacientes fueron: la edad de mayor presentación fue de 15-19 años de procedencia tanto urbana como rural con el 63 %, además se concluyó que tanto secundigesta y multigesta presentaron un espacio intergenésico < de 10 años con un 67% y >10 años con un 33%, en la escolaridad predomino la secundaria con el 59%, mientras que el 50% de las gestantes no presento ningún dato para medir el IMC y solo el 27% tenían sobrepeso es decir un IMC mayor a 23, los antecedentes obstétricos desfavorables tenemos la hipertensión arterial crónica más preeclampsia con el 14% y oligohidramnios con un 23%, las gestantes que ingresaron al hospital antes mencionando presentaron un 48% de > de 5 controles en gestantes < 20SG

No se cumplió con los estándares mínimos de manejo de la preeclampsia eclampsia tanto en la emergencia como en hospitalización.

Entre las complicaciones maternas preeclampsia encontramos al síndrome de HELLP con el 14 % y al edema agudo de pulmón con el 5%, mientras que entre las complicaciones fetales tenemos a la asfixia neonatal y prematurez cada una con el 13%.

11. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas, podemos realizar las siguientes recomendaciones.

Que los sub-centros de salud ejecuten programas de capacitación hacia las gestantes para que reconozcan la importancia del control prenatal precoz y oportuno con la finalidad de identificar riesgos que permitan la intervención oportuna de la patología

Que las unidades de salud capaciten al personal de salud sobre la necesidad del cumplimiento de la normativa mínima de atención a la preeclampsia-eclampsia para que se minimice el riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Que las unidades de salud realicen programas de capacitación a las gestantes de la comunidad sobre la patología hipertensiva que les permita reconocer signos y síntomas de riesgo para que garantice la atención oportuna de la patología.

Para el Hospital Verdi Cevallos balda que se monitoree el cumplimiento de estándares mínimo de atención que permita el cumplimiento de la norma y posiblemente minimice las complicaciones.

CAPITULO V

12. PROPUESTA

TEMA

Implementación de material educativo, acerca de los trastornos hipertensivos, para las gestantes atendidas en el área de consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda

LOCALIZACIÓN

Área de consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda, ubicado en la calle 12 de Marzo entre Rocafuerte y Eloy Alfaro de la ciudad de Portoviejo.

INSTITUCIÓN EJECUTORA

Hospital Verdi Cevallos Balda

DESTINATARIO Y COBERTURA

Gestantes que acuden a la consulta externa de gineco – obstetricia.

TIEMPO

Dos días

JUSTIFICACIÓN

En la investigación prospectiva que pudimos realizar como trabajo de titulación encontramos como resultados significativos la falta de controles prenatales posiblemente por el desconocimiento de los factores de la preeclampsia, por lo que se propone elaborar un material educativo para que las gestantes se informen sobre la importancia del control prenatal para detectar oportunamente riesgo obstétrico y de manera especial aquellos signos y síntomas de la patología.

FUNDAMENTACIÓN

El Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo ante la alta demanda de usuarias con esta morbilidad, va encaminada su accionar a la resolución de esta problemática, extendiéndose así lo que es la prevención en todas las usuarias.

Siendo los trastornos hipertensivos como es la Preeclampsia y su complicación síndrome de HELLP, el tema a tratar en este trabajo de titulación presentan una alta prevalencia, debido a diversos factores, los cuales resaltan como son su mal estilo de vida, nivel socioeconómico bajo, todo esto acompañado de un mal estado nutricional que las pacientes llevan, lo cual va a limitar sus expectativas de vida así mismo un inadecuado desarrollo en su gestación, creando así un mayor problema en la atención de salud pública,

Cuando su diagnóstico es precoz, es indispensable que las usuarias sean atendidas de inmediato, por médicos especialistas, para que obtenga un buen tratamiento evitando así futuras complicaciones.

OBJETIVO GENERAL

Impartir conocimientos a las gestantes que acuden a la consulta externa de gineco – obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda a través de trípticos educativos.

OBJETIVO ESPECÍFICOS.

Fomentar la importancia sobre el número de controles durante la gestación.

Identificar signos y síntomas de alarma de la patología preeclampsia

BENEFICIARIAS

Los beneficiarios de esta propuesta serán las pacientes que acuden al el sub proceso del área de consulta externa de Gineco-Obstetricia del HVCB.

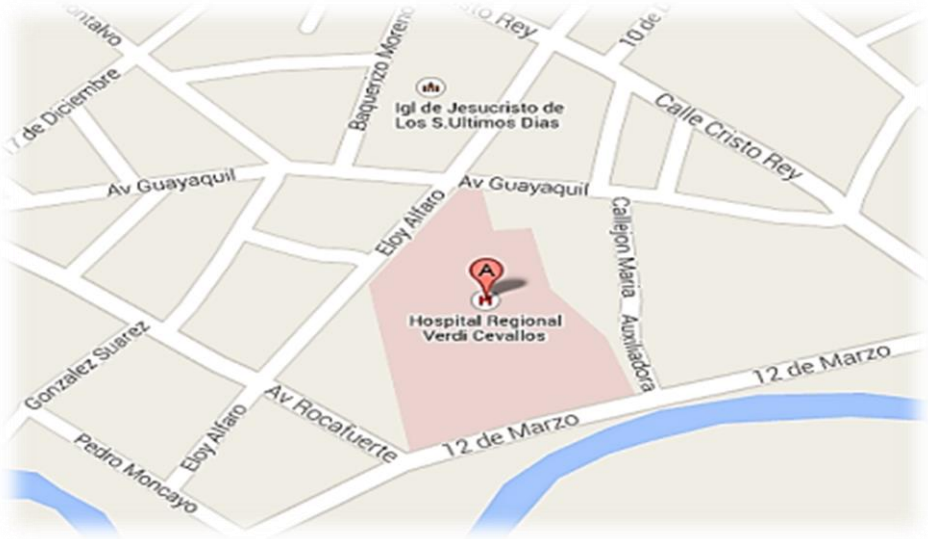
RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesto son los egresados de la facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, Srta. Mendoza Lino Blanca Andreina y Srta. Rivadeneira Astudillo Jenniffer Gema.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FISICA

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Provincial Dr. Hospital Verdi Cevallos Balda en la elaboración de un programa informativo basado en la realización de charlas educativas mediante apoyos didácticos, dirigido a las gestantes atendidas en el sub proceso de Consulta externa del Área de Gineco-Obstetricia.

Mapa Referencial:



FACTIBILIDAD

Esta propuesta fue factible porque se contó con el apoyo de las autoridades principales del Hospital Verdi Cevallos Balda dirigido a las gestantes que acuden al servicio de consulta externa ya que se constató la falta de conocimientos sobre la patología, de ahí la importancia de informar mediante apoyo didácticos material audiovisual, acerca del control prenatal y el estilo de vida.

ACTIVIDAD

Entrega de material didáctico, como trípticos, que permite conocer acerca de la prevención y la importancia acera de esta patología.

DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS HUMANOS

Director y Gerente del Hospital Verdi Cevallos Balda

Enfermera

Autores de la investigación.

Pacientes que fueron atendidas en el área de Gineco – obstetricia en el Hospital Verdi Cevallos Balda

RECURSOS MATERIALES

Escritorio

Trípticos

Plumas

Papel

INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del subproceso de consulta externa área de ginecobstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda.

ACTIVIDAD Y RECURSOS	ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	DIRIGIDO A	REALIZACIÓN	DURACIÓN	EJECUTORES
Educación mediante La entrega de Trípticos	Preeclampsia y Síndrome de HELLP	Gestantes que acuden a la consulta externa del área de gineco - obstetricia	Tercera semana de marzo del 2014.	1 hora	Rivadeneira Astudillo Jenniffer Gema
Educación mediante La entrega de Trípticos	Prevención				Rivadeneira Astudillo Jenniffer Gema
Educación mediante	Tratamiento				Mendoza Lino Blanca

La entrega de Trípticos					Andreina
Educación mediante La entrega de Trípticos	Cuidados en estilo de vida y nutrición				Mendoza Lino Blanca Andreina

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES:

La educación y entrega de trípticos fue realizada con una asistencia favorable de las gestantes del área de consulta externa de Gineco – obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda.

PRESUPUESTO

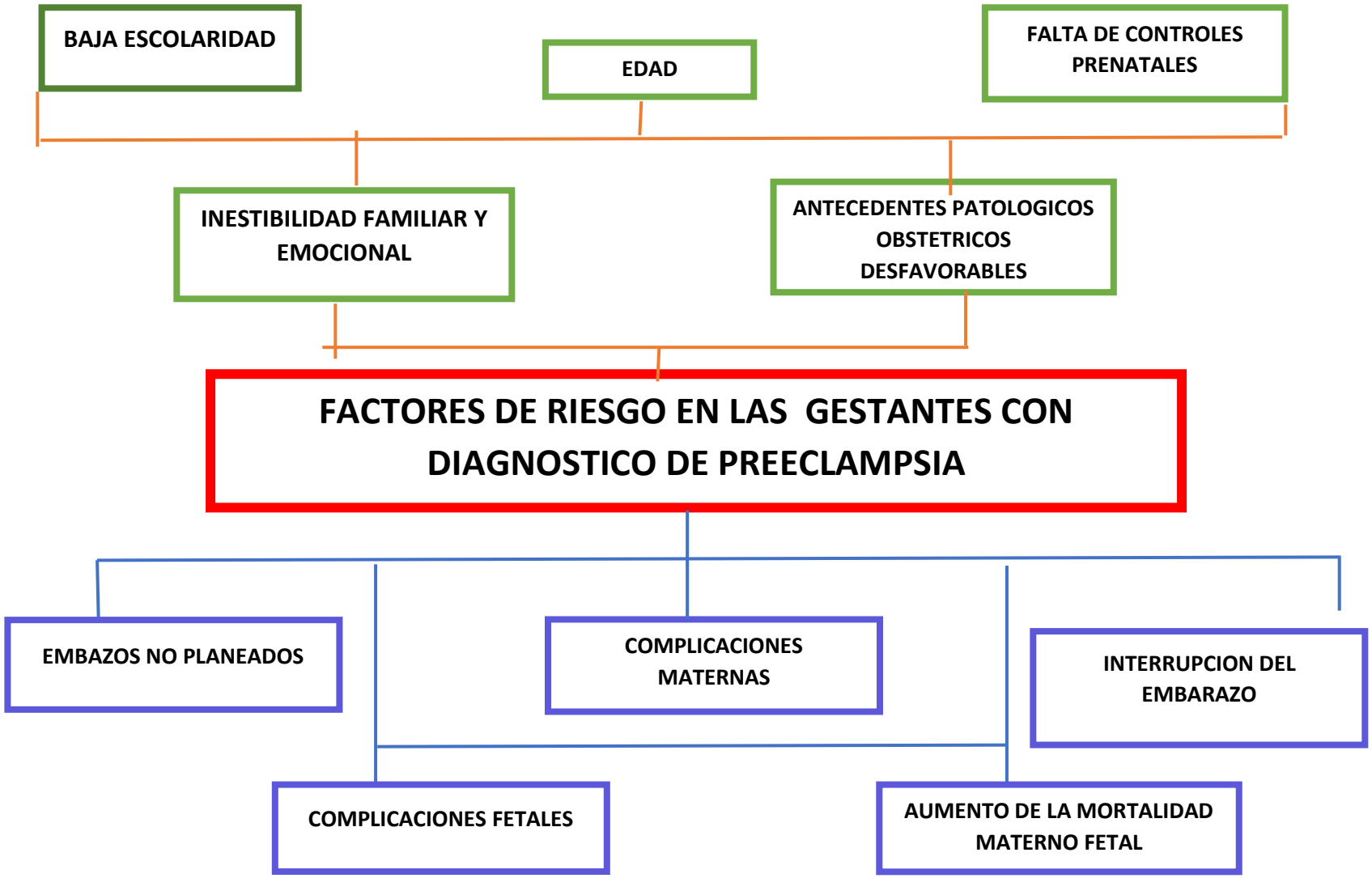
El presupuesto de la presente Tesis, se obtendrán de recursos económicos propios de los responsables del estudio.

Rubro	Cantidad	Unidad de Medida	Costo unitario	Costo total	Fuente de financiamiento autofinanciamiento
Papel	2	resma	3.00	6,00	6.00
Fotocopias	400	unidad	0.03	12.00	24.00
Tinta	2	cartuchos	18.00	36.00	36.00
Movilización	30	movilización	2.00	60.00	60.00
Elaboración de informe				60.00	60.00
Varios				50. 00	100.00
Total					$ 286.00

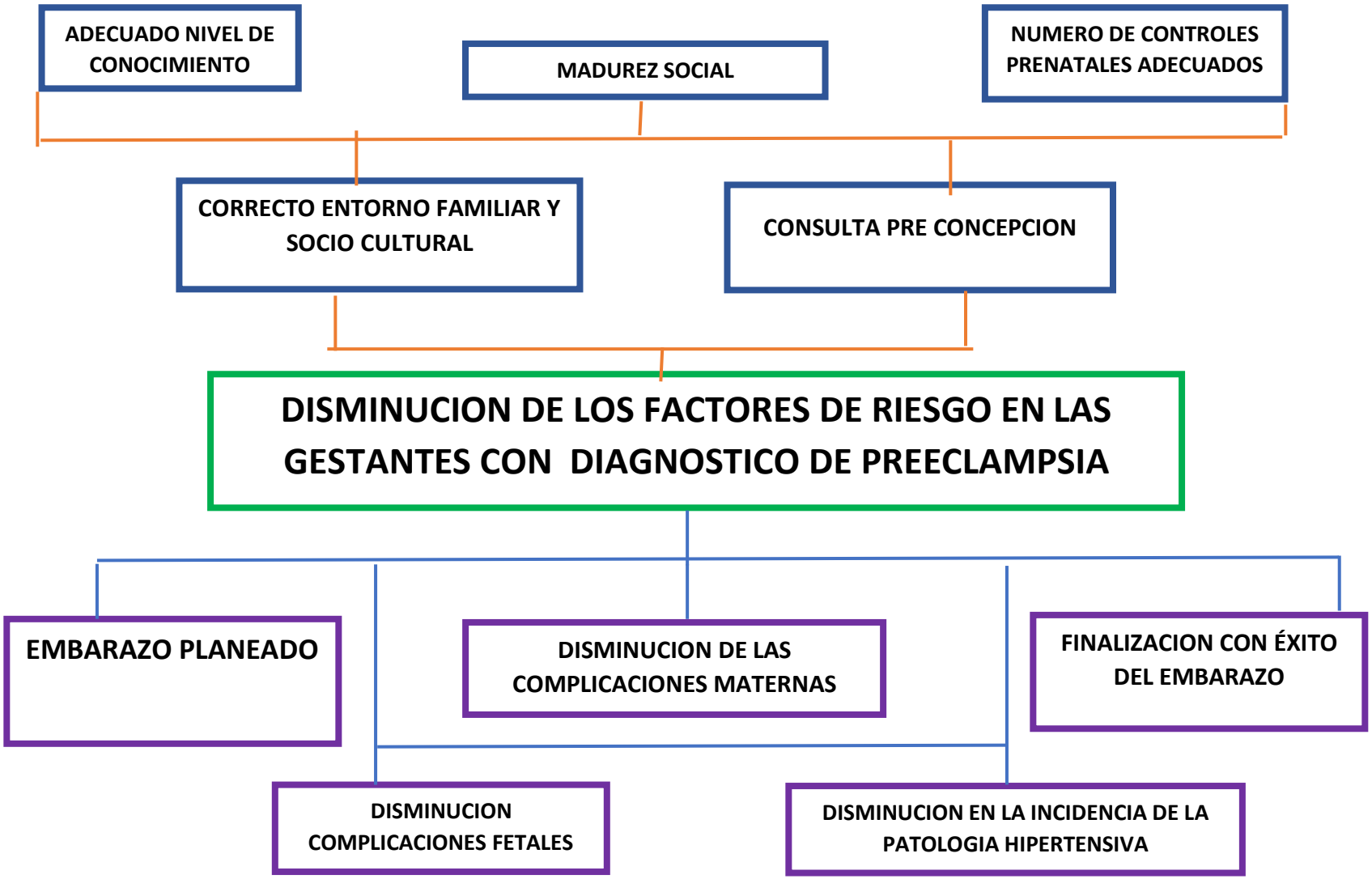
F.O.D.A.

F	✓ La unidad hospitalaria cuenta con los medios de valoración diagnostica indispensables para determinar la presencia de las patologías y evaluar la efectividad del tratamiento aplicado ✓ Existe supervisión médica jerárquica al momento de realizar los procedimientos para evaluar la tensión arterial. ✓ Esta casa de salud posee ciertos fármacos para contrarrestar los signos y síntomas de la pre eclampsia y llevar a cabo la finalización con éxito del embarazo ✓ Diagnóstico, Tratamiento del mismo en el área de emergencia y hospitalización. ✓ Cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica en el manejo de Preeclampsia y Síndrome de Hellp ✓ Se cuenta con el apoyo de médicos especialista, lo cual aportan para el tratamiento y así poder evitar futuras complicaciones
O	✓ La existencia de un sistema de Abastecimiento de Insumos Médicos por parte del Ministerio de Salud Publica ✓ Convenio con otras Unidades Médicas para el apoyo de exámenes adicionales para confirmación de diagnósticos. ✓ Proporciona un diagnostica oportuno y atención inmediata médica para mejorar la calidad de vida de las pacientes
D	✓ No se cuenta con reactivos de laboratorios necesarios para el diagnóstico de esta patología. ✓ Falta de capacitación e información sobre la prevención oportuna de esta patología. ✓ NO cumplimiento de los estándares mínimos de atención para las patologías hipertensivos ✓ Llenado incompleto de las diferentes hojas de registro de las usuarias para la facilitar el dx oportuno y su tratamiento. ✓
A	✓ Falta de presupuesto adecuado para la obtención de la medicación adecuada y requerida por las guías de práctica clínica para el manejo y tratamiento de esta patología ✓ La falta de insumos en la casa de salud representa una desventaja para el usuario debido a los altos costos en la compra de los medicamentos de manera privada

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



ANALISIS DE LOS INVOLUCRADOS

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS RECIBIDOS
USUARIAS AFECTADAS	Diagnóstico clínico de las usuarias atendidas	RECURSOS: Humanos y Materiales MANDATOS: Crear material didáctico para el buen entendimiento de la información	• Baja Escolaridad • Desconocimiento de esta patología • Inadecuada calidad de vida.
PERSONAL DE SALUD	Manejo Adecuado de las Pacientes con Preeclampsia	RECURSOS: Humanos y Materiales MANDATOS: Revisión de Protocolos y Guía de Práctica Clínica sobre los trastornos Hipertensivos en el embarazo	• Falta de Insumos • Ausencia de Datos en las diferentes hojas de evolución y registro de las pacientes.
COMUNIDAD	Fomentar el conocimiento en las gestantes.	RECURSOS: Humanos y Materiales MANDATOS: Difusión de la información en las gestantes para lograr la expansión de la misma	• Escasez de información
AUTORIDADES DE LA UTM	Profundizar los protocolos de manejo de los trastornos hipertensivos en el embarazo	RECURSOS: Humanos y Materiales MANDATOS: Los alumnos de la materia de Ginecología basen sus conocimientos en las Guías de Práctica Clínica y en el Protocolo de Manejo de los Trastornos Hipertensivos en el embarazo	• Falta de conocimiento actual sobre esta enfermedad
INVESTIGADORES	Mejorar la calidad de vida de las usuarias con Preeclampsia	RECURSOS: Humanos y Materiales MANDATOS: Fortalecer mediante el desarrollo de conocimientos y destrezas con ejecución de proyectos sobre esta patología	• Poco acceso para dialogar con personal directivo y de salud

OBJETIVO GENERAL	INDICADORES	LINEA BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACION
Fomentar e impartir conocimientos mediante la entrega de trípticos sobre los trastornos hipertensivos, a las gestantes que acuden a la consulta externa de gineco – obstétricos del Hospital Verdi Cevallos Balda	Descripción de las medidas de prevención de la Preeclampsia a través del material didáctico impartido dirigidas a las usuaria que se atienen en el subproceso de Consulta Externa del Hospital Verdi Cevallos Balda Difundir en el ambiente hospitalario el uso del Protocolo de los trastornos hipertensivos en el embarazo y la utilización de la Guía de Práctica Clínica	Ausencia o controles prenatales incompletos	Mejorar el conocimiento en cada una de las gestantes para que reconozcan la patología hipertensiva un factor de riesgo importante para morbi-mortalidad materno fetal.	Guía de Práctica Clínica del Manejo de Preeclampsia y Eclampsia en los subprocesos del área de emergencia y hospitalización de la casa de salud mencionada. Registro de las Historias Clínicas con Diagnostico de Preeclampsia investigadas en el Periodo Marzo2013- Octubre del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADORES	LINEA BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACION
Fomentar la importancia sobre el número de controles durante la gestación. Identificar signos y síntomas de alarma de la patología preeclampsia	Informar a las usuarias acerca del conocimiento de esta patología, mediante la visualización de materiales didácticos. Revisar la guía práctica clínica de los trastornos hipertensivos. Enseñar por medio del tríptico, los diferentes factores de riesgo de esta patología.	Dado que el mayor porcentaje que corresponde a esta investigación es de gestantes que se atiende en el subproceso del área de consulta externa del Hospital Verdi Cevallos balda, siendo esta patología una de la más importante.	Ejecución correcta de la guía práctica clínica Aplicar el protocolo del manejo de la preeclampsia Disminuir la incidencia de casos de Preeclampsia en adolescentes. Concientizar a la población sobre las futuras complicaciones de esta patología sino tienen un control prenatal adecuado.	Distribución de material didáctico como es el tríptico Impartir conocimiento educativo a usuarios del área de consulta externa y al personal de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Se procedió a fomentar conocimientos acerca de esta patología mediante el apoyo de material didáctico como son los trípticos para mejorar y facilitar el entendimiento del tema a tratar, como es el trastorno hipertensivo, preeclampsia.

Contando con la intervención de los autoras de este trabajo de titulación, y la cual fue dirigida a las pacientes gestantes en la consulta externa en el Hospital Verdi Cevallos Balda con 20 pacientes aproximadamente donde se impartieron conocimientos que abarcaron conceptualización, factores de riesgo, signos de alarma, prevención y que deben de hacer cuando esta patología se presenta. Por lo tanto podemos decir que fue realizada con éxito, y con buena aceptación.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año	2013-2014																											
Meses	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Abril				Mayo			
Actividades semanales	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación del Proyecto.																												
Primera Reunión Corrección del título Formulación del problema.							X																					
Segunda Reunión: Problematización Modificación de los Objetivos.																												
Tercera Reunión: Elaboración de Marco Teórico Diseño Metodológico																												
Cuarta Reunión: Operacionalización de variables Elaboración de Test de valoración clínica Elaboración de la matriz de recolección de datos																												
Quinta Reunión: Análisis de los resultados Conclusiones																												
Sexta Reunión: Recomendaciones Introducción.																												
Presentación del Primer borrador del Informe final																												
Presentación de correcciones																												
Entrega de Tesis																												

14. BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, M., & Castaño, J., (Colombia, 2006-2008). Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres embarazadas controladas en Assbasalud E.S.E. Manizales, 310, pp. 48-50.

Álvarez, N. (2006). Manejo de la preeclampsia grave- eclampsia. Agosto 2012, de F.A.S.G.O. Sitio web: www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/coneclampsia.pdf

Bravo, E., & Colaboradores. (2008). Complicaciones neonatales. 2014, de © asociación española de pediatría sitio web: www.aeped.es/protocolos

Fernández, C. (2011). Obstetricia de México. Revista de ginecología obstétrica, tomo I, 6-10.

Fernández del Castillo, & Sánchez C. (2011, junio 30). Interpretación clínica de la biometría hemática de las gestantes. Revista de ginecología y obstetricia de México, volumen 79, pp.5-10.

Fernández, R., & Colaboradores. (2010). Patogenia de la preeclampsia. Octubre 28, 2014, de colegio mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia sitio web: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom106f.pdf

Gómez, G.. (2013). Preeclampsia y sus complicaciones. Revista internacional, 45, p. 34

Hayashi, M., & Mitsuya, K.,. (Agosto, 1999). Changes in platelet ATP secretion and aggregation during pregnancy and in preeclampsia. 2013, de Departament of obstetrics and Gynecology, Koshigaya Hospital, Bikkyo University School Medicine, Japan Sitio web: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2584819

Leis, M.. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia - eclampsia. Revista de especialidades, 120, 5-10.

Marumoto, Y., & Kaibara, M. (1989). Hemorheological studies on platelet counts and size in normal pregnancy and pregnancies with preeclampsia and intrauterine growth retardation. 2012, de national institutes of health sitio web: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2584817

MSP Ecuador, Chang, C., & Colaboradores. (2013). Trastornos hipertensivos. En componente normativo materno neonatal (páginas. 47 - 57). Quito: quito.

Oryarzún, & Valdés. (2012). Sindrome hipertensivo en el embarazo. Revista de Barcelona, Volumen 130, pp. 48-53.

Peralta Pedrero, ML., Guzmán Ibarra, MA., Cruz Alvear, A., & Martínez García, M.C. (2004, enero 13). “utilidad para establecer el diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes de la paciente preeclámptica.”. Gaceta médica de México , volumen 140, pp. 513-517.

Rojas, J. (2008). Preeclampsia. En ginecología y obstetricia (43). España: S.A.

Scharcz RL., Duverges CA., Díaz AG., & Fescina RH.. "Obstetricia". 5ta edición. Editorial el ateneo, Bs. As. 1995. Páginas. 621-625

Sibai BM, & Ramadam MK. Maternal morbidity and morbidity in 442 pregnancies with hemolysis elevated liver enzymes, and low platelets (hellp syndrome). Missouri, U.S.A... Obstetgynecolclin. 1993: 169:1000-6.

Sibai, A., & Ramandam, U. (2005). Trastornos hipertensivos. En ginecología (169-170). U.S.A.: Missouri.

Vance, C., & Colaboradores. (Octubre, 2013). Guía práctica clínica de los trastornos hipertensivos. Mayo, 2014, de ministerio de salud pública del Ecuador sitio web: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/guias/guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf

Votta AR., Parada OH.. "Ginecología Obstétrica". 6ta edición. López libreros editores. Bs As. 1992. Página. 686

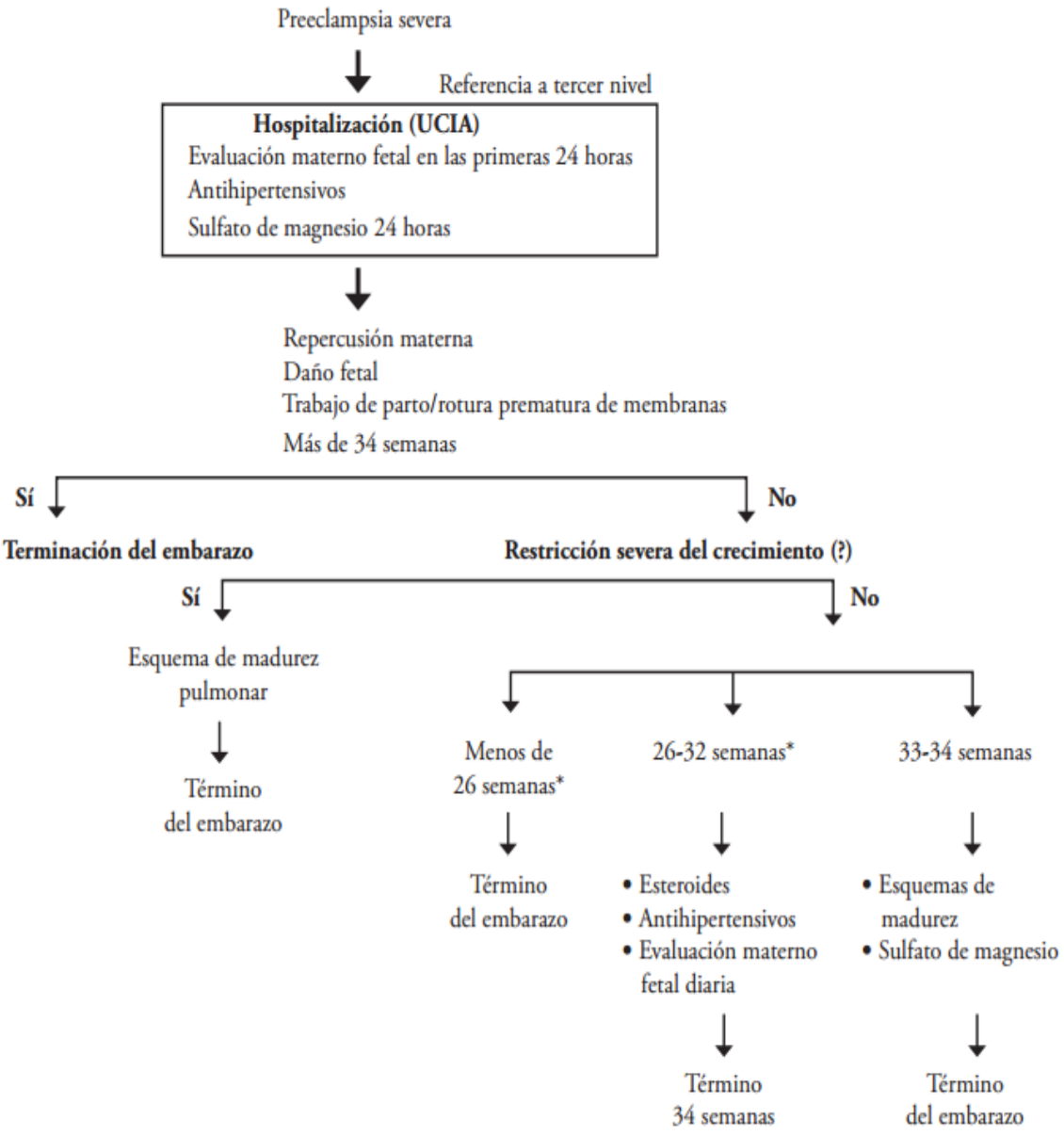
15. ANEXO

Cuadro 1. Factores de riesgo para preeclampsia

	Riesgo relativo	
Historia clínica	**No ajustado (IC 95%)**	**Nivel de evidencia**
Edad materna*		
≥ 40 multípara	1.96 (1.34-2.87)	IIa
≥ 40 primípara	1.68 (1.23-2.29)	IIa
Primigrávida	2.91 (1.28-6.61)	IIa
Preeclampsia previa	7.19 (5.85-8.83)	IIa
Antecedentes familiares (madre)	2.90 (1.70-4.93)	IIa
IMC ≥ 35 preembarazo	2.47 (1.66-3.67)	IIa
Embarazo gemelar	2.93 (2.04-4.21)	IIa y IIb
Condiciones médicas preexistentes		
Diabetes tipo I	3.56 (2.54-4.99)	IIa
Anticuerpos antifosfolipídicos	9.72 (4.34-21.75)	IIa
Examen físico		
IMC ≥ 35 en 1T 1.55 (Peso > 100 g en 1T)	(1.28-1.88)	IIa (III)
Presión arterial sistólica ≥ 130 mmHg	2.37 (1.78-3.15)	IIb
Presión arterial diastólica ≥ 80 mmHg	1.38 (1.01-1.87)	IIb

IMC: índice de masa corporal; PA: presión arterial; 1T: primer trimestre.
*En adolescentes no se logró determinar una fuerza de asociación conocida, por falta de una muestra adecuada de pacientes.
Fuentes: Guía de Precog 2005; Revisión sistemática (BMJ 2005;330;565-7).

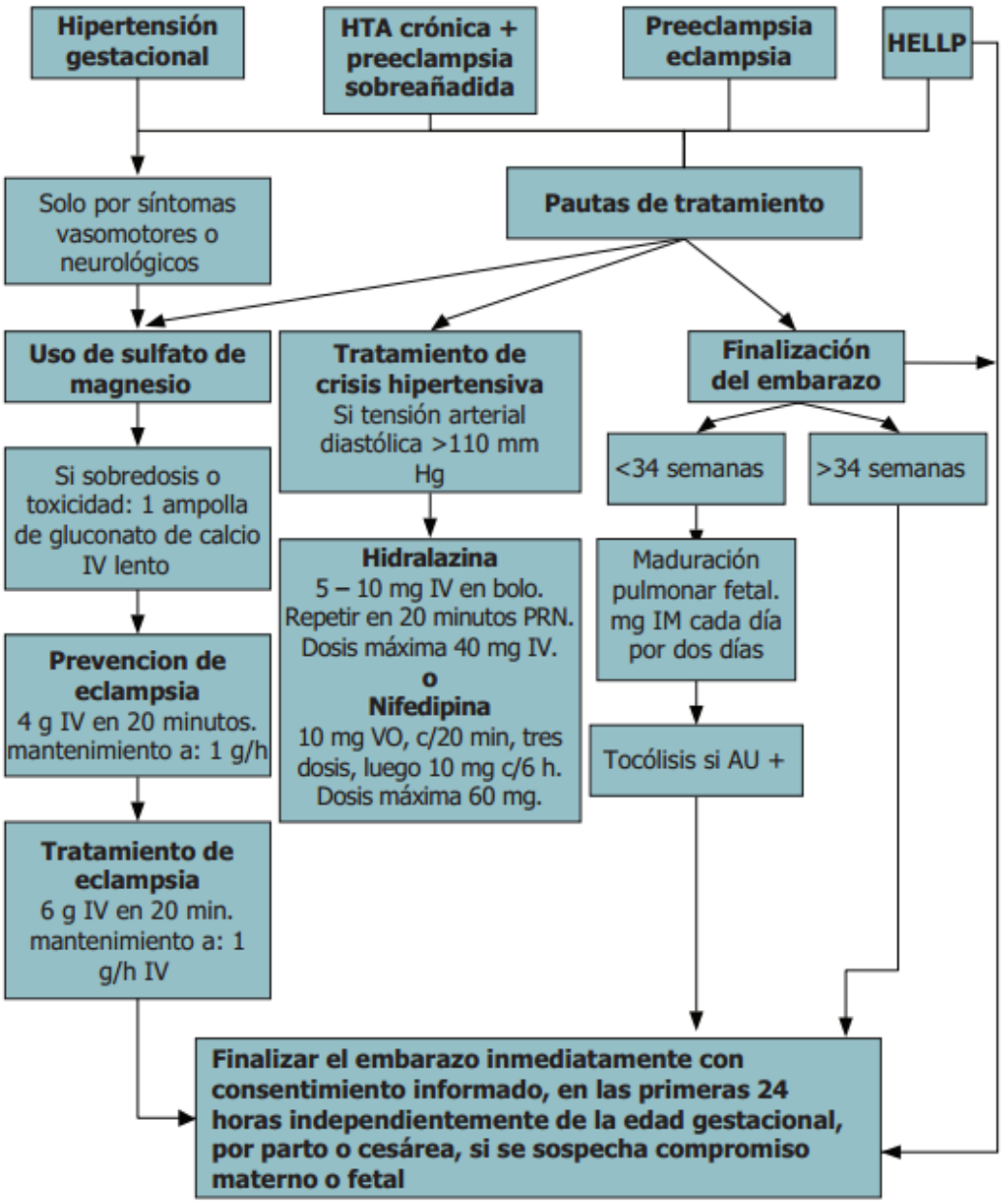
Figura 1


Preeclampsia severa
Referencia a tercer nivel
Hospitalización (UCIA)
Evaluación materno fetal en las primeras 24 horas
Antihipertensivos
Sulfato de magnesio 24 horas
Repercusión materna
Daño fetal
Trabajo de parto/rotura prematura de membranas
Más de 34 semanas
Sí
No
Terminación del embarazo
Restricción severa del crecimiento (?)
Sí
No
Esquema de madurez pulmonar
Término del embarazo
Menos de 26 semanas*
26-32 semanas*
33-34 semanas
Término del embarazo
• Esteroides
• Antihipertensivos
• Evaluación materno fetal diaria
• Esquemas de madurez
• Sulfato de magnesio
Término 34 semanas
Término del embarazo

Cuadro 2

	DETERMINACIÓN	INTERPRETACIÓN	VALORES NORMALES EN EMBARAZO
FUNCIÓN RENAL	Creatinina plasmática	Valor elevado o en aumento es marcador de PE.	Hasta 0,8 mg%
	Uricemia	Su aumento progresivo es frecuente. Se asocia con retardo de crecimiento intrauterino	≤ 4 mg %
	Proteinuria de 24 hs	La presencia de ≥ 300 mg/día Hace diagnóstico de PE	< 300 mg/día.
	Sedimento de orina en fresco	La presencia de cilindros granulosos indica daño renal.	
ESTUDIOS HEMATOLÓGICOS	Hematocrito	La hemoconcentración (Hto. >37%) es característica de la patología. Los niveles pueden descender en caso de hemólisis (Grado de recomendación D).	≤ 37%
	Recuento plaquetario	Recuentos ≤ 100.000, corresponden con la severidad del cuadro (síndrome HELLP) (Grado de recomendación C).	De 150.000 a 300.000 / mm³
	Coagulograma con fibrinógeno	Hipofibrinogenemia sólo en casos severos, con aumento de los productos de degradación del fibrinógeno (PDF), especialmente complicado con DPNI o CID.	Los valores normales de fibrinógeno aumentan durante el embarazo normal hasta en un 50% (200 - 400 mg%)
	Frotis de sangre periférica	Pueden aparecer esquistocitos que indican la magnitud de daño endotelial con la presencia de hemólisis.	Serie y morfología normal. Discreta leucocitosis.
FUNCIÓN HEPÁTICA	GOT y GPT	Su aumento sugiere PE con compromiso hepático	No se modifican en un embarazo normal GOT: 8-33 UI / L* GPT: 4-36 UI / L* * estos valores podrán variar según metodología y tecnología de cada laboratorio
	LDH	Niveles elevados se asocian con hemólisis y daño hepático.	Hasta 230 UI/L

Cuadro 3


Hipertensión gestacional
HTA crónica + preeclampsia sobreañadida
Preeclampsia eclampsia
HELLP
Solo por síntomas vasomotores o neurológicos
Pautas de tratamiento
Uso de sulfato de magnesio
Tratamiento de crisis hipertensiva
Si tensión arterial diastólica >110 mm Hg
Finalización del embarazo
<34 semanas
>34 semanas
Si sobredosis o toxicidad: 1 ampolla de gluconato de calcio IV lento
Hidralazina
5 – 10 mg IV en bolo. Repetir en 20 minutos PRN. Dosis máxima 40 mg IV.
o
Nifedipina
10 mg VO, c/20 min, tres dosis, luego 10 mg c/6 h. Dosis máxima 60 mg.
Maduración pulmonar fetal. mg IM cada día por dos días
Prevencion de eclampsia
4 g IV en 20 minutos. mantenimiento a: 1 g/h
Tocólisis si AU +
Tratamiento de eclampsia
6 g IV en 20 min. mantenimiento a: 1 g/h IV
Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, en las primeras 24 horas independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno o fetal

FORMULARIO

"MANEJO DE PREECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP EN GESTANTES INGRESADAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE OCTUBRE 2013 MARZO 2014".

Características socio demográficas y factores de riesgo:			
Edad:	Procedencia:	Nivel de Instrucción:	Estado civil:
15-19 años ☐ 20-25 años ☐ 26-30 años ☐ 31-35 años ☐ >35 ☐	Urbana ☐ Rural ☐	Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Ninguna ☐	Soltera ☐ Casada ☐ Unión libre ☐ Viuda ☐ Dicorciada ☐
Raza:	Espacio internegesico:	I.M.C.:	Gestacion:
Blanca ☐ Mestiza ☐ Negra ☐	< 10 años: ☐ >10 años: ☐ ninguno ☐	<35: ☐ >35: ☐	Primigesta: ☐ Secundigesta: ☐ Multigesta: ☐

Antecedentes familiares de preeclampsia y eclampsia:		
Madre: Si ☐ No ☐	Hermana: Si ☐ No ☐	Ninguno: ☐

Antecedentes patológicos personales:		
HTA crónica: Si _____ No _____ Controlada: : Si ☐ No ☐	Obesidad: Si___ No ___ Enfermedad renal: Si ___ No ___ Artritis reumatoide: Si___ No ___	Diabetes mellitus tipo 1: Si___ No___ Diabetes mellitus tipo 2: Si___ No ___ Lupus eritematoso: Si ___ No ____

Antecedentes Obstétricos:		
HTA: Si ___ No___	oligohidramnios: Si ___ No___	Embarazo molar: Si ___ No___
Edad Gestacional: ☐	Control prenatal: Si ☐ No ☐	Cuantos: _____ ☐ ☐

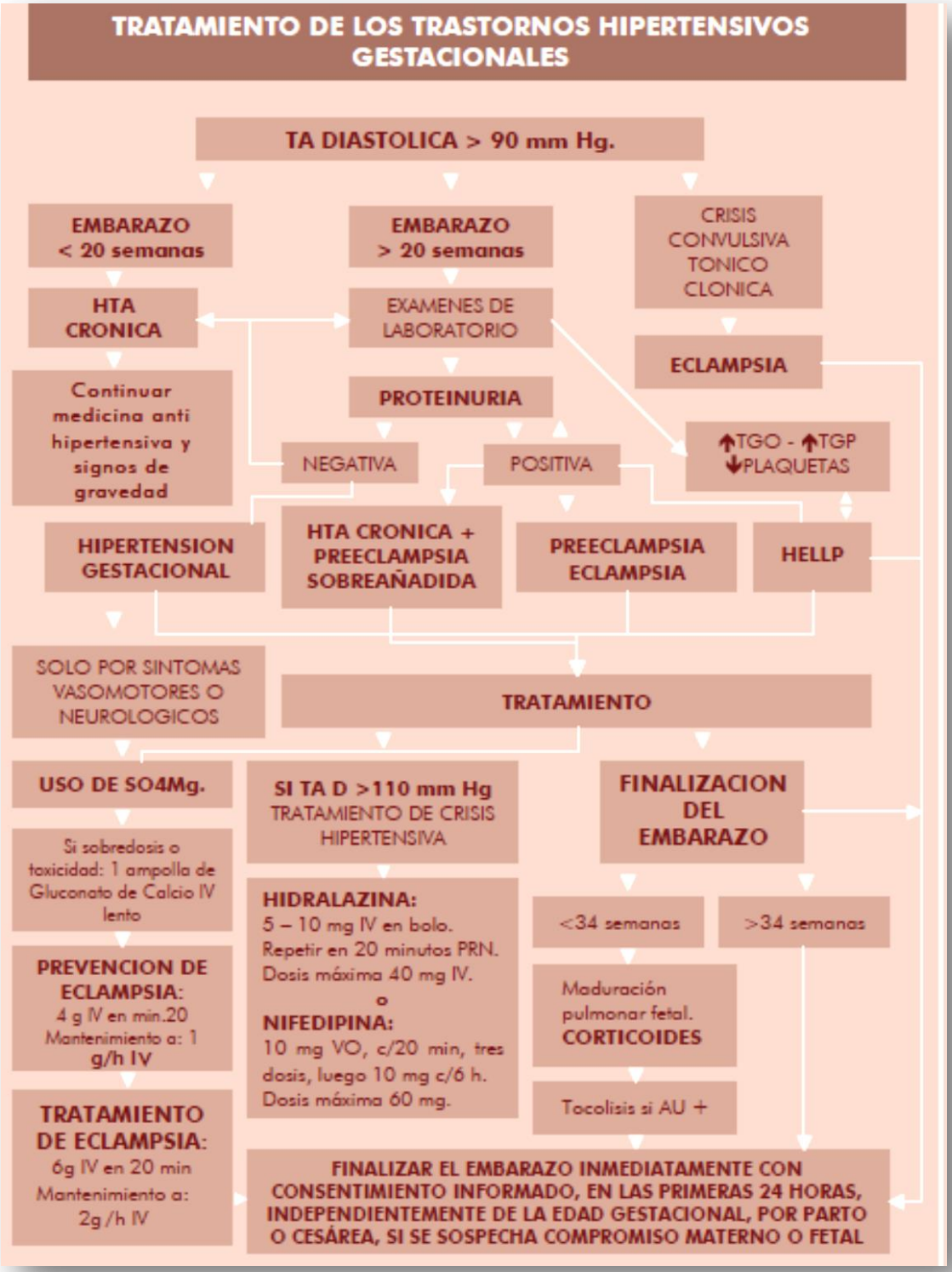
Complicaciones materno:			
Sindrome de HELLP: SI ☐ NO ☐ Edema Agudo de Pulmón: ☐ ☐	Insuficiencia Renal Aguda: : SI ☐ NO ☐ Hematoma Subcapsular: SI ☐ NO ☐	DPPNI: SI ☐ NO ☐ DPR: SI ☐ NO ☐	Hemorragia intraventricular: SI ☐ NO ☐ Coma: SI ☐ NO ☐ Otras: SI ☐ NO ☐

Complicaciones fetales:			
RCIU: SI ☐ NO ☐ ASFIXIA NEONATAL: SI ☐ NO ☐	PREMATURIDAD: SI ☐ NO ☐ OVITO.: SI ☐ NO ☐	SEPSIS: SI ☐ NO ☐ MUERTE FETAL : ☐ NO ☐	INFECCIONES: SI ☐ NO ☐ Otras: SI ☐ NO ☐

FORMULARIO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS					
N° de historia clinica					
Manejo clinico INICIAL EN HOSPITAL BASICO (CANTONAL) O EN EMEGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la Pre-eclampsia - Eclampsia:				Total	Porcentaje
1. Edad gestacional.					
Determinar al menos una vez: 2. Tensión Arterial					
3. Valoración (presencia o ausencia) de protenuria (en la tira reactiva).					
4. Auscultación de Frecuencia Cardiaca Fetal (si aún no se ha producido el parto).					
Manejo Terapeutico 5. Impregnacion de sulfato de magnesio (4 gr. Intravenoso lento o por microgotero).					
6. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastolica es mayor a 110 mm. Hg.					
7. Transferencia inmediata a nivel II o III (según corresponda) u orden de la hospitalización.					
Continuar el llenado si la paciente fue hospitalizada Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con la Preeclampsia, eclampsia					
Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso): 8. Coagulación contaje de plaquetas.					
Determinar cada turno (TID): 9. Tensión arterial					
10. Frecuencia cardiaca o pulso materno.					
11. Frecuencia respiratoria.					
12. Valoración de reflejo rotuliano (Mientras se administra sulfato de Mg)					
13. Control Ingesta / Excreta.					
Manejo Terapeutico 14. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia en GO. (no Interno Rotativo) maximo media hora despues del ingreso.					
15. Administracion de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastolica es mayor a 110 mm. Hg.					
16. Mantener administración de sulfato de magnesio de mantenimiento (de 1 a 2 gr/h. endovenoso) hasta 24 horas post parto (ver Nro 12)					
17. Maduración fetal de pulmones con 12 mg IM de Betame-tasona cada 12 horas por 2 dias o Dexametasona 6 mg IM c/12h por 4 dosis, si embarazo esta entre 26 o 34 semanas 6 dias.					
18. Terminar el embarazo por parto o cesárea independien-temente de la edad gestacional, con consentimiento infor-mado en las primeras 24 horas. Si presenta uno o más signos deberá terminar el embarazo en las primeras 12 horas: a. Comvulsiones (eclampsia) b. TA. Diastolica mayor o igual a 110 nm./Hg. o TA. Sistolica mayor o igual a 160 mm.Hg. mantenidas a pesar de tratamiento hasta 6 horas. c. oliguria (diuresis menor a 1cc/kg/h) d.proteinuria mayor a 3gr. /24h o 3 a 4 + en tirilla. e. sindrome de HeIlp					
¿Cumple el estandar de los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la unidad de salud? Marque + si cumple y - si no cumple.					

ALGORITMO DE LA NORMATIVA MATERNO NEONATAL



NUTRICION ADECUADA PARA EVITAR LA OBESIDAD

PREVENCIÓN

La preeclampsia es difícil de prevenir.

Controles prenatales es clave para evitar mayores complicaciones.

Tus citas mensuales, tu médico te toma la presión arterial, anota tu peso, examina cualquier hinchazón y realiza una prueba de orina.

Estos cuatro controles pueden revelar la preeclampsia en su fase inicial, para así tomar las medidas preventivas necesarias a tiempo.

Si sufres presión arterial elevada antes del embarazo, debes consultarle a tu médico antes de intentar quedar embarazada

AUTORAS

MENDOZA LINO ANDREINA

RIVADENEIRA ASTUDILLO JENNIFFER

MANEJO DE PREECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP

PORTOVIEJO-MANABI - ECUADOR

RECUERDA DISMINUIR EL COSUMO DE SAL, TOMAR ACIDO FOLICO DURANTE EL EMBARAZO Y EVITAR EL TABACO

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

FACTORES DE RIESGO

No se sabe a ciencia cierta qué causa la preeclampsia, pero sí se han identificado varios factores que te ponen en mayor riesgo de padecerla:

Si has sufrido preeclampsia en embarazos anteriores

Embarazos múltiples

Primer embarazo

Deficiencias en tu nutrición durante el embarazo

Obesidad

Mama o Hermana con presiones altas.

Si tu edad esta entre los 35 años o eres menor de 18

Diabetes e hipertensión arterial antes del embarazo

Síndrome de ovario poliquístico

SÍNTOMAS DE LA PREECLAMPSIA

Quizás no te des cuenta que la padeces Sus síntomas suelen confundirse con molestias comunes del embarazo:

Presión sanguínea alta – puede ser leve (140/90) o severa (más de 160/110).

Manos, pies, tobillos y cara hinchadas (más de lo que considerarías normal para ti), en especial alrededor de los ojos

Náuseas y vómitos

Dolor en la boca del estómago

Aumento de peso súbito. Recuerda que es normal aumentar alrededor de una libra por semana después del cuarto mes de embarazo.

Dificultad o poca frecuencia urinaria

Presencia de proteína en tu orina

Dolor de cabeza constante y pulsante que no disminuye con medicamentos

Pulso alterado

Dolor en la parte derecha del abdomen y hombro derecho

Cambios extraños en la vista, como ver puntos brillantes o borroso,

Confusión mental

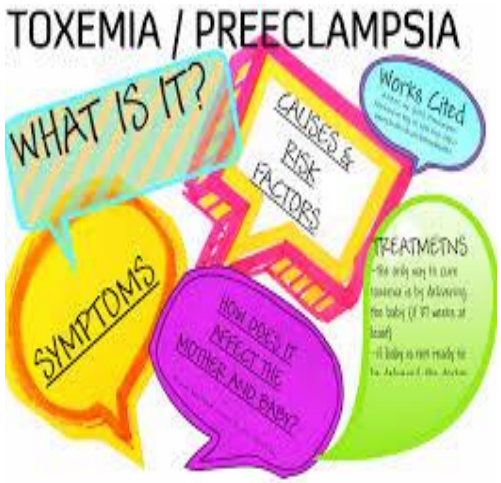
En tu bebé, poco crecimiento y bajo peso para su edad gestacional

Convulsiones

RECUERDA TOMARTE LA TENSION ARTERIAL EN TUS CONTROLES

QUE ES LA PREECLAMPSIA?

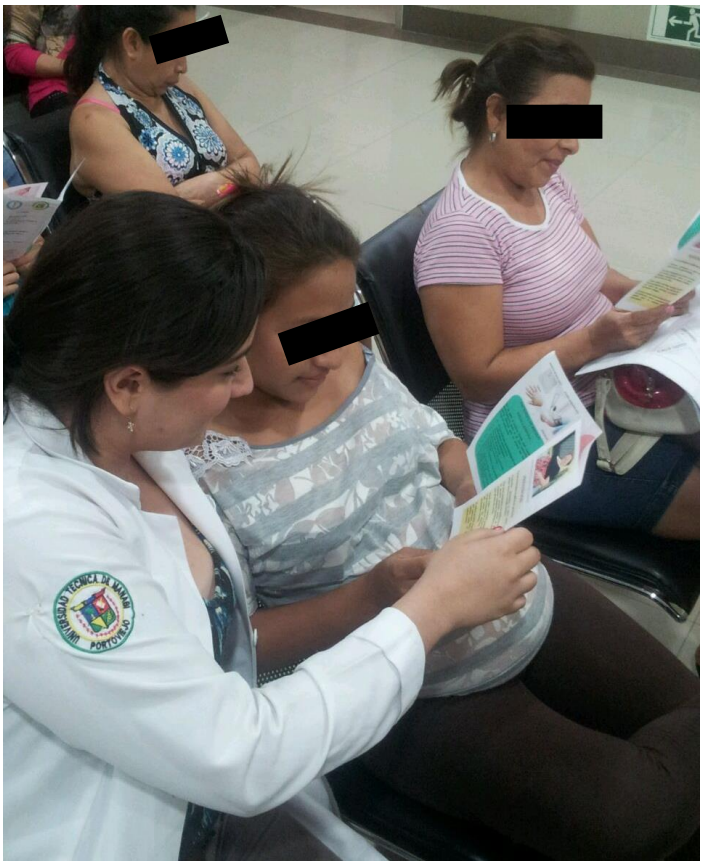
La preeclampsia es una condición que combina presión arterial elevada (más de 140/90) y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre. Entre un 5% y 8% de las mujeres embarazadas la padecen



IMPARTIENDO CONOCIMIENTO A GESTANTES DE LA CONSULTA EXTERNA

ENTREGA DE TRÍPTICOS

RESPONDIENDO DUDAS DE GESTANTES



USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

USUARIAS INFORMANDOSE DE LA ENTREGA DE TRIPTICOS

EXPLICANDOLE LAS DUDAS QUE TIENEN LAS USUARIAS