



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

“PROTOSCOLOS DEL MSP EN EL MANEJO DE TRASTORNOS
HIPERTENSIVOS GESTACIONAL Y DESARROLLO DE
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN MUJERES QUE INGRESAN A
EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA,
PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014”

AUTORES:

ESPINAL PEÑA GINO PAUL.

MOREIRA ALCIVAR JONATHAN HORNALDO.

DIRECTOR:

DR. FIDEL MENDOZA MENDOZA

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2013 – 2014

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	III
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION.....	IV
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	VI
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	VII
RESUMEN	VIII
SUMMARY.....	IX
TEMA.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
JUSTIFICACIÓN	XIII
CAPÍTULO I.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Objetivos.	2
1.2 Hipótesis.....	3
1.3 Variables.....	3
2.1 Operacionalización de las Variables	4
CAPITULO II.....	10
2. MARCO TEORICO	10
2.1 Clasificación.....	11
2.2 Recomendaciones para el Diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo.	13
2.3 Recomendaciones para el tratamiento de trastornos hipertensivos de la embarazada	15
2.4 Criterios de Ingreso Hospitalario.	15
2.5 Manejo Conservador en las Embarazos Menores de 34 Semanas	15
2.6 Medidas No Farmacológicas	16
2.7 Tratamiento Farmacológico	16

2.8	Tratamiento Farmacológico En La Emergencia Hipertensiva (TA Diastólica > De 110 mm Hg)	17
2.9	Manejo del Sulfato de magnesio en la prevención de eclampsia.	18
2.10	Manejo del Sulfato de Magnesio para Tratamiento de Eclampsia.	19
2.11	Esquema Intramuscular para Prevenir la Eclampsia:	21
2.12	Monitoreo Clínico de la Gestante con uso de Sulfato de Magnesio:.....	21
2.13	Intoxicación con Sulfato de Magnesio:	21
2.14	Finalización del Embarazo en Gestantes con Trastorno Hipertensivo	22
2.15	Recomendaciones para el Manejo de Eclampsia.....	23
2.16	Síntomas y Signos de Alarma de Preeclampsia-Eclampsia.....	23
2.17	Complicaciones Maternas.....	25
2.18	Terminación de Embarazo.....	25
CAPÍTULO III		26
3.	DISEÑO METODOLÓGICO	26
3.1	Tipo de Estudio	26
3.2	Universo	26
3.3	Área de Estudio.....	26
3.4	Método	26
3.5	Técnicas	26
3.6	Recursos.....	26
CAPÍTULO IV		28
4.	PRESENTACIÓN, ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO V.....		75
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
5.1	Conclusiones.....	75
5.2	Recomendaciones	79
BIBLIOGRAFÍA		81

ANEXOS..... 86

INDICE DE TABLAS

GRAFITABLA 1: DISTRIBUCION POR EDAD EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	28
---	----

GRAFITABLA 2: DISTRIBUCION POR SEMANA GESTACIONAL DE PRESENTACION DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	30
---	----

GRAFITABLA 3: DISTRIBUCION POR PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	31
---	----

GRAFITABLA 4: DISTRIBUCION POR NIVEL ESCOLARIDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	32
--	----

GRAFITABLA 5: DISTRIBUCION ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	34
---	----

GRAFITABLA 6: ANTECEDENTES OBSTETICOS DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	36
--	----

GRAFITABLA 7: CONTROLES DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	38
--	----

GRAFITABLA 8: FACTORES PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN LAS GESTANTES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	40
---	----

GRAFITABLA 9: METODOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREECLAMPSIA ECLAMPSIA EN LAS GESTANTES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014..... 42

GRAFITABLA 10: DISTRIBUCION POR SINTOMATOLOGÍA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014..... 44

GRAFITABLA 11: TIPO DE TRASTORNO HIPERTENSIVO (DIAGNÓSTICO DE INGRESO) QUE PRESENTARON LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014..... 47

GRAFITABLA 12: TRATAMIENTO OBSTÉTRICO: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO QUE SE APLICÓ A LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014. 49

GRAFITABLA 13: MEDIDAS DE CONTROL DE LA SALUD FETAL QUE SE APLICÓ A LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014..... 51

GRAFITABLA 14: MANEJO CONSERVADOR EN EMBARAZOS MENORES DE 34 SEMANAS EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014..... 53

GRAFITABLA 15: TRATAMIENTO OBSTÉTRICO: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE SE APLICÓ A LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014 55

GRAFITABLA 16: MANEJO PREVENTIVO DE ECLAMPSIA Y MANEJO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA EN PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	57
--	----

GRAFITABLA 17: MONITOREO CLÍNICO DE PACIENTES A QUIENES SE LES ADMINISTRA SULFATO DE MAGNESIO PARA EL TRATAMIENTO DE GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	59
---	----

GRAFITABLA 18: TRATAMIENTO PARA INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO EN PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	61
--	----

GRAFITABLA 19: TOCOLISIS Y MADURACIÓN PULMONAR FETAL EN EMBARAZADAS <34 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	62
--	----

GRAFITABLA 20: VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO A QUE FUERON SOMETIDAS LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	64
---	----

GRAFITABLA 21: DIAGNÓSTICO DE EGRESO DE LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	66
--	----

GRAFITABLA 22: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DEL MSP EN LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	68
---	----

GRAFITABLA 23: COMPLICACIONES MATERNAS QUE PRESENTARON LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.....	69
---	----

GRAFITABLA 24: COMPLICACIONES FETALES QUE PRESENTARON LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	
---	--

INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO,
OCTUBRE 2013 - MARZO 2014..... 71

GRAFITABLA 25: EFICACIA QUE TUVO EL TRATAMIENTO BASADO EN
EL PROTOCOLO DEL MSP, EN LAS PACIENTES GESTANTES CON
DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO
2014. 74

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a:

Dios, que me brinda salud y las fuerzas necesarias para pasar todas las barreras y cumplir mis objetivos establecidos día a día, por haberme elegido como su instrumento para poder ayudar a los convalecientes ya que esta es la principal razón de ser de nuestra carrera, por ser el eje que guía mi camino.

A mis padres, Sra. Francisca Alcívar Rodríguez y Sr. Erdulfo Moreira Zambrano por ser ejemplos a seguir, y haberme demostrado que en base a esfuerzo y dedicación se obtiene lo que deseamos, además de su amor, apoyo confianza y consejos brindados. Por ser esa brújula que orienta mi vida.

A mis hermanos, que con su esfuerzo constante fueron los referentes para continuar mi meta. En especial a Sr. Yandri Moreira Alcívar que ha sido un apoyo constante.

A mi enamorada, Srita. Emilia Mora Suarez, por ser compañera que anima día a día a seguir con las metas trazadas, por brindarme su cariño siempre.

A mi compañero de tesis, por su constancia y dedicación que sumaron para el desarrollo del presente trabajo y ha sido una ayuda en todo momento.

JONATHAN MOREIRA ALCIVAR

DEDICATORIA

Cuando un sueño se hace realidad no siempre se le atribuye al empeño que pongamos en realizarlo; detrás de cada sueño siempre hay personas que nos apoyan y que creen en nosotros.

Son seres especiales que nos animan a seguir adelante en nuestros proyectos brindándonos, de diferentes maneras su solidaridad.

Quiero dedicarle el haber alcanzado esta meta a Dios todopoderoso, por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo.

A mis queridos padres el señor Sr. Diego Cirilo Espinal Ordoñez y a la Señora Sra. Gina Elizabeth Peña Vega, a mis abuelos Sr. Luis Peña y Sra. Carmen Vega; a quienes respeto profundamente, les dedico esta tesis por haberme brindado su comprensión y apoyo incondicional durante toda mi vida, por sus consejos que me orientaron a tomar las mejores decisiones.

A mis hermanos Sr. Luis Espinal Peña y Sr. Diego Espinal Peña, quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional, tanto como hermanos así como amigos.

Al Señor Dr. Glubis Gilces Peña, por ayudarme en mi formación como profesional.

De manera especial a mi novia Srta. Evelyn Estefania Calderón López, ya que con su apoyo y comprensión pude seguir luchando por este logro.

GINO ESPINAL PEÑA

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento es la parte principal de un hombre de bien, nuestro eterno agradecimiento a DIOS, por colmarnos de bendiciones.

A nuestros padres, hermanos, quienes han sido un apoyo contante.

A la Universidad Técnica de Manabí, que nos dio la oportunidad de formarnos como profesionales, a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, especialmente a los docentes por los conocimientos que brindaron para culminar la Carrera de Médico Cirujano y por el apoyo que recibido en el desarrollo de la investigación.

De manera especial a los Miembros del Tribunal de Tesis Dr. Hugo Loor, Dr. Fidel Mendoza, Dr. Nelson Campoverde y la Lcda. Mirian Barreto, imperecedera gratitud, por haber guiado de manera acertada el desarrollo del presente trabajo.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, por ser una fuente de conocimiento y que ha sido un pilar fundamental para formarnos como médicos y en especialmente al área de Obstetricia, por permitirnos el desarrollo del presente estudio.

A todas aquellas personas que aportaron un granito de arena para cumplir con esta meta.

Gracias a todos ellos se logró el objetivo trazado.

LOS AUTORES.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Yo, DR. FIDEL MENDOZA MENDOZA tengo a bien certificar que el trabajo de titulación “PROTOSCOLOS DEL MSP EN EL MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONAL Y DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN MUJERES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014”. De los autores: Moreira Alcívar Jonathan Hernaldo y Espinal Peña Gino Paul, se encuentra concluido en su totalidad, el mismo ha sido realizado durante el tiempo estipulado. El presente trabajo es original y ha sido ejecutado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un proyecto investigativo previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente.

DR. FIDEL MENDOZA MENDOZA.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

“PROTOSCOLOS DEL MSP EN EL MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONAL Y DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN MUJERES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014”. Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizada por los egresados de Medicina: Moreira Alcivar Jonathan Hernaldo y Espinal Peña Gino Paul, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación.

APROBADO:

Dra. Yira Vásquez Giler MN
DECANA DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD.

Abg. Abner Bello Molina
SECRETARIO ASESOR JURIDICO

Dra. Ingebord Véliz Zevallos
VICEDECANA PRESIDENTA DE
LA COMICION ACADEMICA
DE LA ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Hugo Loor Lino
PRESIDENTE DE
TRIBUNAL

Dr. Fidel Mendoza Mendoza.
DIRECTOR DE
TRIBUNAL

Dr. Nelson Campoverde Mejía.
MIEMBRO DE
TRIBUNAL

Lcda. Mirian Barreto Rosado.
MIEMBRO DE
TRIBUNAL

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

TEMA:

“PROTOCOLOS DEL MSP EN EL MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONAL Y DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN MUJERES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014”.

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR:

Dr. Hugo Loor Lino

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Nelson Campoverde Mejía

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Lcda. Mirian Barreto Rosado

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

MOREIRA ALCIVAR JONATHAN HORNALDO Y ESPINAL PEÑA GINO PAUL, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado “PROTOSCOLOS DEL MSP EN EL MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONAL Y DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN MUJERES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014”; es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director Dr. Fidel Mendoza Mendoza.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este trabajo, pertenecen exclusivamente a los autores.

Moreira Alcívar Jonathan Hernaldo

AUTOR

Espinal Peña Gino Paul

AUTOR

RESUMEN

El presente estudio se estableció como principal objetivo verificar la aplicación de protocolos del MSP en el manejo de trastornos hipertensivos gestacional en gestantes con preeclampsia-eclampsia ingresan a emergencia del hospital Verdi Cevallos Balda, desde octubre del 2013 a marzo 2014, en el periodo de estudio se evaluó un total de 49 gestantes con dicho trastorno, en las cuales se procede a revisar sus historias clínicas por medio de una investigación de tipo descriptivo prospectiva para lo cual se elaboró fichas para recolección de datos.

Gracias al presente trabajo se pudo reconocer las características generales de las gestantes con este trastorno pudiendo determinar mayor prevalencia en edades extremas de la vida sobre todo en embarazadas jóvenes, que estos trastornos se presentan en la gestantes con un desarrollo de su estado mayor a 35 semanas, que estos trastornos no diferencian procedencia, nivel de educación ni estado civil, e incluso se presenta en gestantes sin antecedentes patológicos personales ni gineco-obstétricos, sin embargo hay que resaltar los antecedente de hipertensión arterial crónica y preeclamsia previa, que la falta de controles obstétricos predispone al desarrollo de este tipo de patologías y consigo sus complicaciones, el diagnostico de ingreso con mayor frecuencia fue el de preeclamsia leve, la sintomatología más frecuente fue la cefalea y la epigastralgia, la complicación materna más importante es la preeclamsia refractaria al tratamiento y la fetal es retardo de crecimiento intrauterino.

Se evidencio que el protocolo se aplicó en casi todas las gestantes en estudio, lo cual fue de gran utilidad para un adecuado diagnóstico, además pudimos definir que a pesar de una adecuada aplicación del protocolo el mismo no fue mayormente eficaz, ya que la vía de finalización de embarazo en la mayoría de las gestantes fue la cesárea de emergencia, ya que no cedía la hipertensión a pesar de la aplicación del fármaco antihipertensivo que indica el protocolo, a esto se agrega que en la institución en mención solo se contaba con nifedipino y en escasas ocasiones alfametildopa evidenciándose así la poca disponibilidad de antihipertensivos alternos que también lo establece el protocolo como es la hidralazina, se estableció que pocas pacientes evolucionaron a eclampsia gracias al adecuado uso del sulfato de magnesio como lo indica el protocolo y no se constató ninguna mortalidad materna.

SUMMARY

This study's main objective is to verify the implementation of MSP protocols in managing gestational hypertensive disorders in pregnant women with preeclampsia-eclampsia admitted to hospital emergency Verdi Cevallos Balda, from October 2013 to March 2014, in the study period I can collect a universe of 49 people, which are reviewed their medical records through a prospective descriptive research

Chips for data collection, thanks to this work was prepared is able to recognize the general characteristics of pregnant women with this disorder may determine more prevalent in extreme ages of life especially in young pregnant women, these disorders occur in older gestational weeks to 35 weeks, these disorders do not differ provenance level of education or marital status, and even occurs in pregnant women without previous or alginic-obstetrical medical history, however you have to take importance in those with a history of chronic hypertension and previous preeclampsia, that the lack of obstetric controls predisposes to the development of such diseases, the diagnosis of income was the most frequently mild preeclampsia, the most common symptom was headache and stomachache, higher maternal complication preeclampsia is refractory to treatment and is fetal intrauterine growth retardation.

Was evident that the protocol was applied in almost all pregnant women in the study, which was very useful for proper diagnosis also could define that despite proper implementation of the protocol it was not greatly effective, since the path termination of pregnancy in most pregnant was the emergency cesarean because not yield hypertension despite the application of antihypertensive drug that indicates the protocol, it is added that the institution in question only had nifedipine in rare alphas-methyl-dopa occasions so little evidence of the availability of alternative antihypertensive also established the protocol as it is hydralazine established that few patients progressed to eclampsia through the appropriate use of magnesium as required by protocol sulfate and did not report any maternal mortality.

TEMA

“PROTOSCOLOS DEL MSP EN EL MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS
GESTACIONAL Y DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN
MUJERES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI
CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014”

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos gestacionales constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad materna como perinatal. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

En el año 2012 en Ecuador fue catalogada como la primera causa muerte materna (INEC, 2012). Los trastornos hipertensivos complican alrededor del 10% de los embarazos sobre todo en sus formas severas, la preeclampsia y eclampsia. (Dirección Nacional de Maternidad e infancia, 2010), es por ello que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado protocolos para el manejo de los trastornos hipertensivos gestacionales.

Es por lo precedido que nos motivó la realización del presente estudio, encaminados a verificar la aplicación de los protocolos del MSP en el manejo de trastornos hipertensivos gestacional y desarrollo de preeclampsia-eclampsia en mujeres que ingresan a emergencia del hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, durante el periodo octubre 2013 - marzo 2014. Además identificar las características generales de la población en estudio, confirmar el cumplimiento del protocolo en el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales, determinar el tipo de complicaciones materno-fetales que presenten las pacientes y verificar la eficacia de la aplicación del protocolo en el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales y a más de ello facilitar información mediante la entrega de libros a la biblioteca central de la Universidad Técnica de Manabí para que de esta manera presente y futuras generaciones de colegas estén armados en conocimientos para tratar este tipo de trastornos.

Se estableció como hipótesis que el personal médico del hospital Verdi Cevallos Balda aplica las normas instituidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el manejo de los Trastornos Hipertensivos Gestacionales y desarrollo de preeclampsia-eclampsia con ello es posible evitar de manera eficaz las complicaciones maternas fetales en dicha patología.

Para comprobarla fundamos realizar una investigación de tipo descriptivo prospectiva a través de la información proveniente de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en la sala de Gineco-Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda y se diseñó un formulario que incluyen las variables del estudio para la recolección de datos, obteniéndose un total de 49 gestantes con dicho trastorno.

Gracias a este estudio se pudo determinar que en dicha casa de salud si se aplica estos protocolos tal como los establece el MSP tanto para su diagnóstico, tratamiento y actuación frente a las complicaciones pero a pesar de ello debido a ciertas limitantes presentes la eficacia que se obtuvo no fue tan satisfactoria. Mediante presente se puedo acordar recomendaciones acerca de las edades de mayor presentación, en que semana gestacional hay que prestar más cuidado, las sintomatología más frecuente, los antecedentes patológico y gineco-obstétricos mayormente relacionados, los factores predisponentes y complicaciones de mayor presentación y que medidas a futuro debe de tomar el estado ecuatoriano ante esta problemática.

La aplicación de los presentes protocolos es fundamental para evitar las graves consecuencias que se presentarían al acontecer un trastorno hipertensivo del embarazo, las cuales pueden llevar a la muerte tanto del producto como materna tal como se lo establece investigaciones previas pero que felizmente no se evidencio en la nuestra.

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un importante problema de salud en el mundo. Muchos han sido los esfuerzos realizados para lograr la integridad del binomio madre-hijo en las pacientes hipertensas, además se ha observado que la hipertensión relacionada con el embarazo principal de la morbilidad materno-perinatal y estas pueden reducirse mediante una atención cuidadosa y precoz de las pacientes de alto riesgo.

Debido a que a los trastornos hipertensivos del embarazo son entidades de importancia que originan el ingreso en el área de Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda y es un motivo frecuente de complicaciones, es por ello la suma importancia de aplicar los protocolos implementados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para evitar las inminentes complicaciones ya antes mencionadas.

Además el presente estudio se encaminado a medir la eficacia de la adecuada aplicación de los protocolos en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo y su repercusión tanto materna como del producto.

También se estableció la importancia de esta investigación porque nos ayudará a conocer las principales complicaciones que pueden presentarse en el binomio materno-fetal que tengan presente dicho cuadro clínico y que no se hayan asumido la adecuada atención; y de esta manera poder promover la aplicación de los protocolos implementados por el MSP para poder evitar futuras complicaciones materno-fetales de fatalidad.

El presente estudio es factible, considerando, que existe accesibilidad a la información teórica desde muchas y variadas fuentes, el recurso humano necesario para la realización del trabajo, los recursos tecnológicos y materiales son de fácil acceso.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La preeclampsia- eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial; en Ecuador en el año 2012 fue catalogada como la primera causa de muerte materna, es por ello los innumerables esfuerzos que ha llevado el ministerio de Salud Pública para tratar de reducir las graves consecuencias que conllevan estas entidades, es por esto que el 19 de noviembre del 2012 aprobó una nueva protocolización con el nombre de GUÍA PRACTICA CLÍNICA; TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

Al Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo acuden un número importante de mujeres con un inadecuado control de su estado gravídico padeciendo indiscriminadamente uno de los trastornos hipertensivos del embarazo preeclampsia-eclampsia que incluso han conllevado a consecuencias drásticas conocidas.

Cabe preguntarnos entonces se están aplicando adecuadamente los protocolos establecidos por el MSP para el manejo de las pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales y aun aplicado que tan efectivos han sido estos.

La presente investigación es necesaria para así poder determinar si se está realizando la aplicación correcta y que grado de eficacia tiene la aplicación de estos protocolos a más de exteriorizar las graves complicaciones que se presentan durante el padecimiento de dichos trastornos para así atraer y crear conciencia de un correcto control de gestantes con trastorno hipertensivos.

Viendo esta problemática surge la interrogante:

¿Se está aplicando el protocolo del MSP en el manejo de trastornos hipertensivos gestacional y desarrollo de preeclampsia-eclampsia de mujeres que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, octubre 2013 - marzo 2014?

1.1 Objetivos.

1.1.1 Objetivo General

Verificar la aplicación de protocolos del MSP en el manejo de trastornos hipertensivos gestacional y desarrollo de preeclampsia-eclampsia en mujeres que ingresan a emergencia del hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, octubre 2013 - marzo 2014.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar las características generales de la población en estudio.

Confirmar el cumplimiento del protocolo en el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales.

Determinar el tipo de complicaciones materno-fetales que presenten las pacientes.

Verificar la eficacia de la aplicación del protocolo en el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales.

Facilitar información acerca de los trastornos hipertensivos gestacionales mediante la entrega de libros a la biblioteca central de la Universidad Técnica de Manabí.

1.2 Hipótesis

El personal médico aplica los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el manejo de los Trastornos Hipertensivos Gestacionales en el desarrollo de Preeclampsia Eclampsia, con ello es posible evitar de manera eficaz las complicaciones maternas fetales en dicha patología.

1.3 Variables

1.1.3 Variable

Protocolos del MSP en el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales

1.1.4 Variable

Desarrollo Preeclampsia-Eclampsia

2.1 Operacionalización de las Variables

Variable: Protocolos del MSP en el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales

Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnicas
Es una guía que reúne un conjunto de afirmaciones, desarrolladas de manera sistemática para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones acerca de los trastornos hipertensivos del embarazo.	Aplicación de protocolos en mujeres que tuvieron trastornos hipertensivos gestacionales ingresadas en el área de Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda. octubre 2013 – marzo 2014	Aplicación	Si No	Recolección de información en las historias clínicas
	Eficacia de la aplicación del protocolo en el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales en mujeres ingresadas en el área de Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda. octubre 2013 –marzo 2014	Eficacia	Buena Regular Mala	

Variable: Desarrollo Preeclampsia-Eclampsia

Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnicas
Se define como trastornos hipertensivos gestacionales caracterizados por una presión arterial sistólica mayor de 140mmHg o tensión arterial diastólica mayor de 90 mmHg en embarazo mayores de 20 semanas en mujeres previamente normotensas o con hipertensión arterial previa que puede ir acompañado o no de proteinuria en 24 horas menor o mayor a 300mg, tirilla reactiva negativa o positiva +++.	características generales de la población en estudio	Procedencia	Urbana Urbana marginal Rural	Toma de datos de las pacientes
		escolaridad	Primaria Secundaria Superior Ninguna	
		Estado civil	Soltera Casada Divorciada Unión libre	
		Antecedente patológico personal	HTA previa HTA gestacional previa Preeclampsia previa Diabetes mellitus previa No refiere Otros	
		Antecedentes obstétricos	Gestas Partos Cesáreas Abortos	

		Controles durante el embarazo	Si 1-2 Si 3-5 Si >6 No
		Factores predisponentes	Sobrepeso u obesidad HTA previa Edad materna avanzada Falta de control prenatal Diabetes mellitus previa
	Método diagnostico	TA inicio Tirilla reactiva Plaquetas Leucocitos HG LDH TGO TGP	>140/90-160/90 + / + / + / + <150000 >10000 <11.5 / <8 >400 >40 >40
	Clasificación según sintomatología y laboratorio	Preeclampsia leve	TA >140/90 Proteinuria +300mg/dl Tirilla reactiva positiva(++)
		Preeclampsia Severa	TA >160/100 Proteinuria +300mg/dl Tirilla reactiva positiva (++ / +++)
		Eclampsia	Convulsiones tónicoclónicas Coma

	Tratamiento obstétrico	Tratamiento no farmacológico	Dieta normosodica Reposo absoluto en cama	
		Medidas de control de la salud fetal	Ecografía Monitoreo Fetal Anteparto Doppler	
		Tratamiento farmacológico en el trastorno hipertensiva	Nifedipina Alfa Metildopa Nifedipina + Alfa Metildopa Hidralazina Nifedipina + Hidralazina	
		Manejo preventivo de eclampsia	Sulfato de magnesio 4 g IV en al menos 20 minutos luego sulfato de magnesio IV a razón de 1 g/hora	
		Manejo del sulfato de magnesio para tratamiento de eclampsia	Sulfato de magnesio 6 g IV en 20 minutos luego sulfato de magnesio IV a razón de 1,5 - 2 g/hora	
		Monitoreo clínico de la paciente con sulfato de magnesio	Diuresis mayor a 100 ml/h. Frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones / minuto Reflejo rotuliano presente	
		Intoxicación por Sulfato de Magnesio	Gluconato de Calcio una ampolla de 1g IV lento.	
		Tocolisis y maduración pulmonar fetal en embarazadas < 34 semanas	NIFEDIPINA 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración	

			pulmonar fetal o 72 horas Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).	
		Tipo finalización del embarazo	Vaginal Eutócico Vaginal Distócico Cesárea De Emergencia Cesárea Programada Ninguna	
	Complicaciones	Maternas	Anemia Trombocitopenia Coagulación intravascular diseminada Preeclampsia refractaria al tratamiento Edema Agudo de pulmón Inminencia de Eclampsia Desprendimiento prematuro de placenta. Insuficiencia renal aguda Muerte materna	
		Fetales	NORMAS Retardo del crecimiento intrauterino Prematurez Distress respiratorio Apgar bajo recuperado al	

			1 minuto Apgar bajo recuperado a los 5min Apgar bajo recuperado a los 10 min. Muerte neonatal	
--	--	--	--	--

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

Durante el embarazo los trastornos de hipertensión disponen una de las causas más relevantes en las estadísticas de morbilidad materno-fetal, tanto en países subdesarrollados y desarrollados.

En las embarazadas durante el segundo trimestre la presión arterial baja por motivos fisiológicos llegando a valores de 15 mm Hg por factores como:

- Desvío de la circulación arteriovenosa causada por la placenta en la embarazada
- La producción de las prostaglandinas aumenta
- La angiotensina II desciende su acción presora
- Aumento de las hormonas: estrógenos y progesteronas

Después de las 24 semanas de embarazo la tensión arterial aumenta o vuelve a los niveles normales. Estas variaciones y aumentos nocturnos pueden presentarse en gestantes previamente normotensas, en hipertensión crónica y en aquellas que tienen un aumento de la presión por el embarazo.

El aumento de la presión arterial se define actualmente como tensión arterial sistólica: 140 mm Hg y diastólica 90 mm Hg. Se debe comprobar la tensión arterial elevada en 2 lecturas o más con pausas de cuatro horas. (Dr. Alfredo Vázquez Vigoa, 2008)

La edad de embarazada representa un factor de riesgo, tanto en mujeres <20 y >35. (MSc. Juan Suárez González, 2012)

Los trastornos hipertensivos gestacionales se diagnostican con mayor frecuencia entre las 37 y 41,6 semanas de gestación. (Palacio & Botel, 2010)

Las alteraciones hipertensivas determinadas en el embarazo se presentan con mayor incidencia en aquellas personas de procedencia rural y urbano-marginal, y el mismo no discrimina estado civil o nivel de escolaridad de la gestante. (Carlos Altamirano Vergara, 2012)

Entre los antecedentes patológico personales a pesar de que la patología se puede presentar sin antecedentes previos hay que tomar importancia en aquellas gestantes que padecen

de hipertensión arterial crónica como lo han demostrado múltiples estudios. (Jeddú Cruz Hernández, 2007)

En lo referente a los antecedentes obstétricos no se ha marcado relación con los mismos ya que los trastornos hipertensivos gestacionales se ha presentado en el mayor número de caso en gestantes nulíparas. (Palacio & Botel, 2010)

Es fundamental el control obstétrico, ya que es de conocimiento que aquellas gestantes sin controles son las que con mayor frecuencia presentan dicha patología lo que finalmente puede llevar a complicaciones. (Jeddú Cruz Hernández, 2007)

2.1 Clasificación

2.1.1 Hipertensión Gestacional:

Se consideran a aquellas con una tensión arterial sistólica igual o superior 140 mm Hg, o una diastólica igual o superior 90 mmHg en gestantes mayor a 20 semanas en mujer anteriormente normotensa.

Proteinuria en 24 horas menor a 300 mg y/o tirilla reactiva NEGATIVA.

2.1.2 Preeclampsia:

Se ha determinado a aquellas que presenta tensión arterial sistólica igual o mayor 140 mmHg o diastólica igual o mayor a 90 mmHg en embarazadas con más de 20 semanas en mujer previamente normotensa.

Proteinuria en 24 h $\geq$ a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.

2.1.3 Preeclampsia Leve:

Se establece en aquellas con tensión arterial sistólica superior o igual a 140 y menor 160 mm Hg e igual o superior a 90 y menor 110 mm Hg en presión diastólica, en embarazadas mayores 20 semanas. Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++ y proteinuria en 24 horas POSITIVA.

Ausencia de signos, síntomas y exámenes de confirmación por laboratorio.

2.1.4 Preeclampsia Severa (incluye al síndrome de HELLP)

Se establece en aquellas con tensión arterial sistólica mayor o igual 160 mmHg y diastólica mayor o igual 110 mmHg en embarazo mayores 20 semanas. Proteína en orina mayor a 3 gramos en 24 horas o tirilla reactiva ++ / +++.

Presencia alguno d estos signos, síntomas y exámenes de laboratorio: Vasomotores: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.

Hemólisis.

Plaquetas <100000 mm³.

Disfunción hepática con aumento de transaminasas.

Oliguria menor 500 ml en 24 horas.

Edema agudo de pulmón.

Insuficiencia renal aguda.

2.1.5 Eclampsia

Tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg >20 semanas.

Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++, en 24 horas >300 mg.

Convulsiones tónico clónicas o coma.

De los trastornos hipertensivos que se presentan en la gestación, la preeclampsia es la entidad más frecuente. Los casos de preeclampsia que existen en países desarrollados oscilan en un 5 y 10%, pero esto podría aumentar hasta llegar al 18% en los países en crecimiento. La preeclampsia continúa siendo la causa principal de morbimortalidad materno-fetal en el a nivel mundial.

En varios países del tercer mundo, la preeclampsia tiene porcentajes entre el 40% y 80% de mortalidad materna. Además, la cifra de muerte neonatal multiplica en gestantes preeclámplicas, debido a partos prematuros y restricción del crecimiento intraútero.

Cerca de la mitad de las mujeres con preeclampsia severa acuden a la Unidad de Salud antes de cumplir 34 semanas embarazo, con el peso del feto aproximado en menos de 2000 gramos. Aproximadamente la mitad de las mujeres que acuden previo de sus 34 semanas de embarazo, necesitan que se establezca la finalización del embarazo, por razón de existir peligro de la vitalidad materno-fetal dentro de las 24 horas iniciales de su internación hospitalaria. El 50% de las gestantes restantes

contarán con un aproximado de 9 días más, previo a recibir indicaciones sobre el nacimiento.

Los trastornos hipertensivos en las embarazadas son causa importante de discapacidad a largo plazo, morbilidad severa, y muerte materno-fetal, siendo responsable de 200.000 decesos maternos anuales en el mundo, y se asocia con una elevación considerable de mortalidad neonatal.

La preeclampsia es habitual con una incidencia estimada en el 2.3% de las embarazadas que viven en países en crecimiento

El 25% de los decesos maternos de América Latina, han sido relacionados con las complicaciones resultantes de los trastornos hipertensivos de las gestantes; la preeclampsia y la eclampsia destacan como las principales causas de morbi-mortalidad materno-perinatal.

Estos decesos en su mayoría serían evitables con la asistencia temprana gestantes que tienen alteración del embarazo.

A pesar de no haber de manera exacta de estimar la tasa de eclampsia en embarazadas en los países en crecimiento, se estipula ser 1 ecláptica por cada 100 gestantes; y que sería de uno a dos casos de eclampsia por cada 100 gestantes con preeclampsia severa. Las embarazadas con preeclampsia que habitan en zonas de escasos recursos vitales tienen elevada probabilidad progresar a eclampsia y fallecer por ésta entidad.

2.2 Recomendaciones para el Diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo.

2.2.1 Recomendaciones para toma correcta de la tensión arterial

En las visitas preconcepcionales y prenatales, es necesario llevar un control de la presión arterial en cada consulta, pues la mayoría de las gestantes se presentan asintomáticas en un inicio. La Organización mundial de la Salud recomienda un mínimo de 5 controles prenatales.

Ya que los niveles de la tensión arterial en gestantes son esenciales para llegar al diagnóstico y conducta a seguir en los trastornos hipertensivos de las embarazadas debemos tomar a consideración las siguientes recomendaciones.

Se recomienda tomar la presión de las gestantes con estas en descanso en minutos previos, sobre una silla miembro superior izquierdo a nivel del cuarto y quinto arco costal.

Indicado un tensiómetro aerobio que se ajuste a la circunferencia del brazo de cada paciente. Las gestantes con un índice de masa corporal elevado normalmente no tienen alza en su tensión arterial, más bien existen falsos positivos por el uso inadecuado de los tamaños del brazalete del tensiómetro. Utilice un manguito acorde a su medida.

Al determinar la tensión arterial diastólica debemos guiarnos con el quinto ruido de korotkoff, que corresponde al instante en que cede el sonido de pulso.

En presencia de variaciones de la toma de tensión bilateral, hay que valorar resultado superior y en ese brazo se realizará la toma posterior.

La medición de tensión arterial diaria, podría ser de utilidad, para confirmar el diagnóstico.

La confirmación de que exista o no un trastorno hipertensivo en la embarazada debe estar sujeto a tomas de tensión arterial ya sea en hospital o consultorio

Al menos dos tomas que demuestren una tensión arterial diastólica de 90 mm Hg o mayor, es necesaria para establecer la hipertensión en la embarazada.

Cuando existe una tensión arterial sistólica de 160 mm Hg o una tensión diastólica de 110 mm Hg o más, definimos que se trata de hipertensión severa. Se repite la toma de la tensión arterial cada 15 minutos para confirmar hipertensión severa.

Cuando en el consultorio la paciente presenta una tensión arterial de 90 mm Hg, pero en el domicilio la tensión arterial es 135/85 mm Hg, nos encontramos frente a Hipertensión aislada o de Bata Blanca

2.2.2 Recomendaciones para la Determinación Cualitativa y Cuantitativa de Proteinuria.

Para diagnosticar el trastorno hipertensivo en la embarazada, junto a la proteinuria, se realiza una proteinuria en tirilla reactiva o comprobar proteinuria dentro de 24 horas.

Para comprobar proteinuria en la tirilla reactiva introducimos la tirilla en la orina de la gestantes y esperamos 30 segundos. El resultado se cataloga, en base a la coloración que muestra tirilla comparada etiqueta de colores en el envase.

2.3 Recomendaciones para el tratamiento de trastornos hipertensivos de la embarazada

Basándose en la etiología de los trastornos hipertensivos que presentan las embarazadas, las siguientes indicaciones son básicas en su tratamiento:

La terapéutica indicada es establecer el momento y el lugar adecuados para la finalización del embarazo.

El seguimiento de la mujer preecláptica consiste inicialmente en el equilibrio el bienestar fetal y neonatal, y la integridad de la madre.

2.4 Criterios de Ingreso Hospitalario.

Recomendable la internación de las gestantes que presenten alteraciones de la presión durante el embarazo, y principalmente, en las mujeres con riesgo mayor de complicaciones, como preeclampsia, pues la presencia de proteinuria por encima de 300 mg en 24 horas, es indicativa de patología crónica y marca el origen de un estado inestable en que el bienestar fetal y materna pueden deteriorarse de manera impredecible.

2.5 Manejo Conservador en las Embarazos Menores de 34 Semanas

El manejo de gestantes con embarazos pretérminos, optimiza los resultados en el nacimiento, pero hay que cumplir con el debido monitoreo del bienestar materno-fetal.

Administrar sulfato de magnesio como profilaxis en 24 horas de encontrarnos frente a preeclampsia grave.

Uso de antihipertensivos

Glucocorticoides para Maduración Fetal entre 24 - 34 Semanas

Pueden ser estimados los glucocorticoides en edad prenatal en gestantes mayores de 34 semanas de embarazo, presenten o no proteinuria, si el parto es establecido en los 7 días posteriores.

Primera elección: Betametasona, 1 ampolla de 12 mg, por administración intramuscular en región glútea, cada día, en 2 dosis en total.

Exámenes de laboratorio, incluyendo:

Hemograma completo, especificando análisis de plaquetas.

Creatinina, Urea, Ácido Úrico, pruebas hepáticas y LDH.

Proteinuria en 24 horas.

Laboratorio de rutina de la gestante (glicemia, serología, orina completa, uro cultivo, cultivo para estreptococo del grupo B., etc.)

Registro minucioso de la diuresis con sonda vesical

2.6 Medidas No Farmacológicas

2.6.1 Reposo Estricto en Cama.

Que el reposo mejore los resultados del embarazo, no tiene veracidad en ningún tipo de trastorno hipertensivo de la gestante.

2.6.2 Restricción de Sodio.

Está indicada una dieta normosódica en embarazadas con trastornos hipertensivos o preeclampsia. Pero se aplica la dieta hiposódica en mujeres hipertensas crónicas.

2.6.3 Reducción de Peso.

En la hipertensión gestacional, no está recomendada la reducción de peso en el embarazo.

2.7 Tratamiento Farmacológico

2.7.1 Alfa Metildopa

Causa disminución de la resistencia periférica por ser un agonista alfa adrenérgico central.

Es un fármaco seguro luego del primer trimestre de embarazo y mientras se conserva la lactancia

Dosis: 500 a 2000 mg por día, tabletas de 250-500 mg por 2 a 4 dosis.

2.7.2 Nifedipino

Este es un fármaco cuyo mecanismo de acción es actuar bloqueando el canal de calcio en los vasos sanguíneos.

Se recomienda los preparados de liberación lenta por vía oral. Debido al riesgo de ocasionar hipotensión arterial de manera brusca no se recomienda su administración sublingual.

Es un fármaco cuyo uso no se contraindica en el embarazo y se puede mantener durante la lactancia.

Dosis: 10-40 mg/día, capsulas de 10-20 mg.

2.8 Tratamiento Farmacológico En La Emergencia Hipertensiva (TA Diastólica > De 110 mm Hg)

El fin es disminuir la hipertensión brusca aguda, además evitar las potenciales complicaciones cerebrovasculares y cardiacas, la inminente encefalopatía hipertensiva, la hemorragia cerebral.

El labetalol es el fármaco antihipertensivo más comúnmente utilizado, este se lo indica de manera especial en aquellas gestantes con cifras tensionales igual o mayor a 110 mm Hg; a pesar de su amplia utilización a nivel del mundo en Ecuador no está disponible. A pesar de ello, el Nifedipino es un fármaco seguro, efectivo y con gran disponibilidad para este propósito.

La Nifedipina en su administración oral y por vía endovenosa el Labetalol se ha verificado su eficacia además de consigo presentarse mínimos efectos adversos tanto en la gestante como en el producto que otros fármacos aplicados con este fin.

2.8.1 Nifedipina

Capsulas en presentación de 10 o 20 mg de lenta liberación.

Se administra en dosis de 10 miligramos por vía oral cada 20 a 30 minutos dosis respuesta. Con un máximo de dosis de 60 miligramos.

Este fármaco se debe de administrar en pacientes que se encuentren consientes. Se lo contraindica en aquellos con diagnostico mayor de 10 años de evolución de diabetes mellitus y en aquellas gestantes mayores de 45 años de edad.

Puede presentarse como efecto secundario en la madre sofocos y cefalea y en feto taquicardia.

2.8.2 Hidralazina

Se la encuentra en el mercado en presentaciones de ampollas que por cada mililitro contiene 20 mg de este fármaco.

Se administra a dosis de 5 miligramos por vía endovenosa, si la tensión arterial diastólica se mantiene mayor a 110 mm Hg se debe administrar adicionalmente cada 15 a 20 minutos de 5 a 10 miligramos, con dosis tope de 40 mg endovenosa.

Se puede presentar como efectos secundario la taquicardia significativa tanto en la gestante como en el producto. Se la ha relacionado con un alto índice de desprendimiento prematuro de placenta.

2.9 Manejo del Sulfato de magnesio en la prevención de eclampsia.

2.9.1 Dosis Inicial o Impregnación Prevención de la Eclampsia:

Se debe administrar el Sulfato de Magnesio como dosis recomendada de 4 gramos por vía endovenosa en 20 minutos.

Para administrar por microgotero: se recomienda diluir sulfato de magnesio al 2% dos ampollas en 80 ml de Cloruro de Sodio al 0,9% y administrar un total de volumen de 100 mililitros a razón de 30 microgotas por minuto.

Se establece que para la administración en bomba de infusión: se debe optar un ritmo de 300 mililitros en una hora de esta manera concluir con los 100 mililitros en 20 minutos.

La paciente puede manifestar síntomas de tipo vasomotor como rubor facial y calor más sobre todo cuando la infusión es realizada en forma más rápida. En caso de presentarse este tipo de reacciones se debe disminuir la velocidad de administración.

2.9.1.1 Dosis de Mantenimiento

Para prevenir la eclampsia se recomienda utilizar sulfato de magnesio intravenoso en dosis de 1 gramo hora, para ello diluya 5 ampollas de sulfato de magnesio al 2% en 450 mililitros de Solución fisiológica y administrar el total de volumen de 500 mililitros pautando un goteo de 17 gotas minuto o 50 microgotas minuto.

Para la administración a través de bomba de infusión se debe pautar a un ritmo de 50 mililitros hora.

2.10 Manejo del Sulfato de Magnesio para Tratamiento de Eclampsia.

2.10.1 Dosis inicial o Impregnación

Se establece la administración de 6 gramos endovenosos en un lapso de 20 minutos.

Para administrar a través de microgotero se diluyen 3 ampollas de sulfato de magnesio al 2% en 70 ml de suero isotónico un total de volumen de 100 mililitros en un ritmo de 30 microgotas por minuto.

Para administra a través de bomba de infusión se pauta a un ritmo de 300 mililitros hora con el fin de completar 100 mililitros en 20 minutos.

Debe manejarse las crisis convulsivas recurrentes con una dosis extra de 2 gramos en bolo o incrementarla a 1.5 g o 2.0 gramos hora.

2.10.2 Dosis de Mantenimiento

Se recomienda administrar por vía endovenosa Sulfato de magnesio 1,5 a 2 gramos hora.

Intravenoso en venoclisis o microgotero: adminístrese un total de 10 ampollas de sulfato de magnesio al 2% diluido en 400 ml de Suero Fisiológico y administrar el volumen total de 500 ml a goteo 50 microgotas por minuto o 17 gotas por minuto.

Para la administrar a través de bomba de infusión se debe pautar a un ritmo de 50 mililitros hora.

Se indica el mantenimiento del sulfato de magnesio hasta las 24 horas posterior a la finalización del embarazo o a la última crisis, como prevención o tratamiento de la eclampsia.

2.11 Esquema Intramuscular para Prevenir la Eclampsia:

Aplique 10 gramos vía intramuscular, se recomienda 5 gramos en cada glúteo.

La administración por esta vía se ha determinado que causa mucho dolor. Únicamente recomendado en casos excepcionales, donde no es posible aplicar una vía periférica, hasta referirla de manera urgente a un nivel de mayor resolución.

2.12 Monitoreo Clínico de la Gestante con uso de Sulfato de Magnesio:

De manera preventiva se debe establecer especial cuidado en:

2.12.1 Diuresis mayor a 100 mililitros hora

La droga se elimina por vía renal, por lo que para evitar niveles tóxicos en sangre se recomienda mantener una diuresis de al menos de 30 mililitros hora, por sonda vesical. Hay que tener cuidado ante una disminución del ritmo diurético para ello se debe reducirse a la mitad la velocidad de infusión o retirarla. Estabilizada la correcta diuresis, podrá restituirse.

2.12.2 Frecuencia respiratoria > 16 respiraciones minuto

Se debe controlar cada 30 minutos. Esta comienza a disminuir con magnesemias en sangre superior a 15 mEq/litro

2.12.3 Reflejo rotuliano

Controlar cada 30 minutos. La ausencia del mismo se manifiesta con magnesemias superiores a 10-12 mEq/l.

No se recomienda realizar control de magnesemias, debe ser estricto monitoreo clínico.

2.13 Intoxicación con Sulfato de Magnesio:

Ante la sospecha clínica de la misma se debe aplicar:

Una ampolla de Gluconato de Calcio de 1 gramo intravenoso lento.

Administrar Oxígeno a 4 litros minuto por bigotera o 10 litros minuto por máscara. Control de saturación con oxímetro de pulso si se cuenta con ello. En casos de depresión respiratoria severa proceda a intubar vía endotraqueal y con asistencia mecánica.

2.14 Finalización del Embarazo en Gestantes con Trastorno Hipertensivo

La finalización del embarazo se considera el tratamiento curativo y eficaz; y es determinada por la respuesta a la instaurada con anterioridad, al grado de madurez y vitalidad fetal.

Las características de cada paciente condicionan la vía de finalización del embarazo. Se considera en una paciente estabilizada la finalización a través del parto.

En preeclámpticas leves o severas mayores a 37 semanas de gestación el parto inmediato.

Se debe realizar maduración cervical para favorecer el parto vaginal eutócico en aquellas con cuello uterino desfavorable.

El manejo con antihipertensivo debe mantenerse durante el parto para conservar la tensión arterial sistólica menor a 160 mm Hg y la diastólica menor a 110 mm Hg.

El parto en su tercera fase debe ser sostenido activamente con 10 unidades internacionales de oxitocina intramuscular, durante su primer minuto.

No se recomienda la administración de Ergometrina en ninguna de sus formas.

Con el fin de evitar el edema agudo de pulmón, los fluidos orales o intravenosos deben ser reducidos en gestantes con preeclamsia.

Se recomienda de manera particular en gestantes con niveles de plaquetas mayores a 75.000/L la anestesia regional; evitar la coadministración de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes como la heparina ante la presencia de coagulopatía.

2.15 Recomendaciones para el Manejo de Eclampsia

Se considera una terapéutica con iguales medidas al que se establece en la preeclampsia severa con algunos contrastes:

El Sulfato de magnesio está indicado como profilaxis contra la eclampsia en gestantes con preeclampsia severa, en dosis inicial o impregnación de 6 gramos en 15 a 20 minutos.

No se recomienda ante una eclampsia como profilaxis o tratamiento utilizar fenitoína o benzodiacepinas, con excepción de que el Sulfato de Magnesio este contraindicado o el mismo sea ineficaz.

No se recomienda abolir o reducir la crisis convulsiva inicial. Se debe evitar las lesiones de la gestante ante su presencia, colocando a la mujer en decúbito lateral izquierdo y aspirar durante la convulsión las secreciones en boca, para minimizar el alto riesgo de broncoaspiración.

Conservar una adecuada oxigenación.

Canalizar dos vías periféricas de gran calibre, se recomienda catéter número 16 o 14 y colocación de sonda Foley para controlar diuresis.

Control riguroso de la tensión arterial y empleo de antihipertensivos intravenosos.

Interrupción del embarazo según condición materna y fetal. Se debe procurar finalizar el embarazo antes de las doce horas de realizado el diagnóstico. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

2.16 Síntomas y Signos de Alarma de Preeclampsia-Eclampsia

Todas las pacientes deben conocer:

Dolor de cabeza.

Epigastralgia.

Náusea y vómito.

Trastornos de la visión.

Acufenos.

Irritabilidad

Dolor en hipocondrio derecho.
Hiperreflexia generalizada
Estupor

Se ha catalogado a la preeclampsia y eclampsia entre las tres principales entidades de decesos maternos y fetales en Latino América y del mundo. La incidencia se estima en 3 a 10% de mujeres embarazadas, lo que representa 15% de las causas de mortalidad materna y de 20 a 25% de las causas de mortalidad perinatal. (Dra. María Teresa Leis Márquez, 2012)

Los sistemas maternos más susceptibles al daño endotelial son el sistema nervioso central, los pulmones, el hígado, el riñón, la coagulación y el corazón, sin embargo, la placenta y el feto también están en riesgo. Entre mayor número de órganos diana involucrados, incrementa el riesgo. Entre los principales síntomas que se relacionan con alto riesgo se considera la cefalea intensa y persistente, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, epigastralgia y dolor en cuadrante superior derecho del abdomen. Dichas manifestaciones se correlacionan gravedad del padecimiento y la exigencia de una inmediata atención, ya que se asocian con complicaciones graves como eclampsia o síndrome de HELLP (Fred Morgan Ortiz, 2010).

La amaurosis cortical y la eclampsia pueden desarrollarse a partir del síndrome de leucoencefalopatía y es reversible posteriormente, enfermedad cerebral aguda debida a edema vasogénico secundario a pérdida de la autorregulación de la circulación cerebral posterior, que a su vez, es ocasionada por el daño endotelial y por una menor inervación en dicha área. El síndrome de HELLP está asociado con una elevada morbilidad materna y fetal, se considera una variante atípica de la preeclampsia severa. Está determinada por la presencia de hemólisis con hiperbilirrubinemia mayor a 1,2 miligramos decilitros, elevación de enzimas hepáticas mayor a 70 unidades internacionales litro, trombocitopenia con plaquetas menor a 100000 por milímetros cúbicos. (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012)

2.17 Complicaciones Maternas

Las principales complicaciones es el síndrome de HELLP, seguida de la coagulación intravascular diseminada, el edema agudo pulmonar cardiogénico, la insuficiencia renal aguda, el desprendimiento prematuro de placenta, el fallo hepático, la coagulopatía, la eclampsia, los eventos cerebro vasculares, la insuficiencia cardiaca congestiva.

Entre las causas de muerte en las gestantes con preeclampsia se sitúan las tres principales el evento cerebro vascular de tipo hemorrágico, el síndrome de HELLP, la coagulación intravascular diseminada. (Mora-Valverde, 2014) (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012)

2.18 Terminación de Embarazo

La finalización oportuna del embarazo se considera como tratamiento definitivo de la preeclampsia-eclampsia, que debe efectuarse cuando la paciente se encuentre hemodinámicamente estable y con personal calificado presente. Ante preeclampsia severa se recomienda la interrupción del embarazo con gestaciones de más de 34 semanas. En embarazos con viabilidad fetal y más de 34 semanas de gestación, se puede considerar el manejo expectante si la condición materno-fetal lo permite. En embarazos sin viabilidad fetal o menores de 24 semanas se debe finalizar el embarazo cuando se diagnostique preeclampsia severa. La finalización está condicionada con la presentación y condición fetal, la edad gestacional y las características cervicales. En gestaciones menores de 32 semanas, es más factible la cesárea por las condiciones cervicales desfavorables. (Sandra Hernández, 2013)

En pacientes con preeclampsia leve, la vía de finalización debe ser de preferencia vaginal, en ausencia de contraindicaciones. La decisión de efectuar cesárea debe ser individualizada. En mujeres con preeclampsia leve que tengan más de 37 semanas de gestación, se debe considerar la interrupción del embarazo. Las mujeres en trabajo de parto con preeclampsia deben contar con monitorización electrónica continua de la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal. (Sandra Hernández, 2013)

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudio

La Investigación es de tipo descriptivo prospectiva

3.2 Universo

El Universo estará constituido por las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia o Eclampsia ingresadas al Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda

3.3 Área de Estudio

Sala de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda.

3.4 Método

En esta tesis el tipo de estudio que se utilizará es el Método Investigativo a través de la información proveniente de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en la sala de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda.

3.5 Técnicas

Revisión de historias clínicas de las pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.

Diseño un formulario que contiene las variables en estudio.

Análisis de contenidos bibliográficos.

3.6 Recursos

3.6.1 Recursos Humanos

Autores de la Tesis

Director de tesis

Médicos Tratantes

3.6.2 Recursos físico

Computadora

Impresora

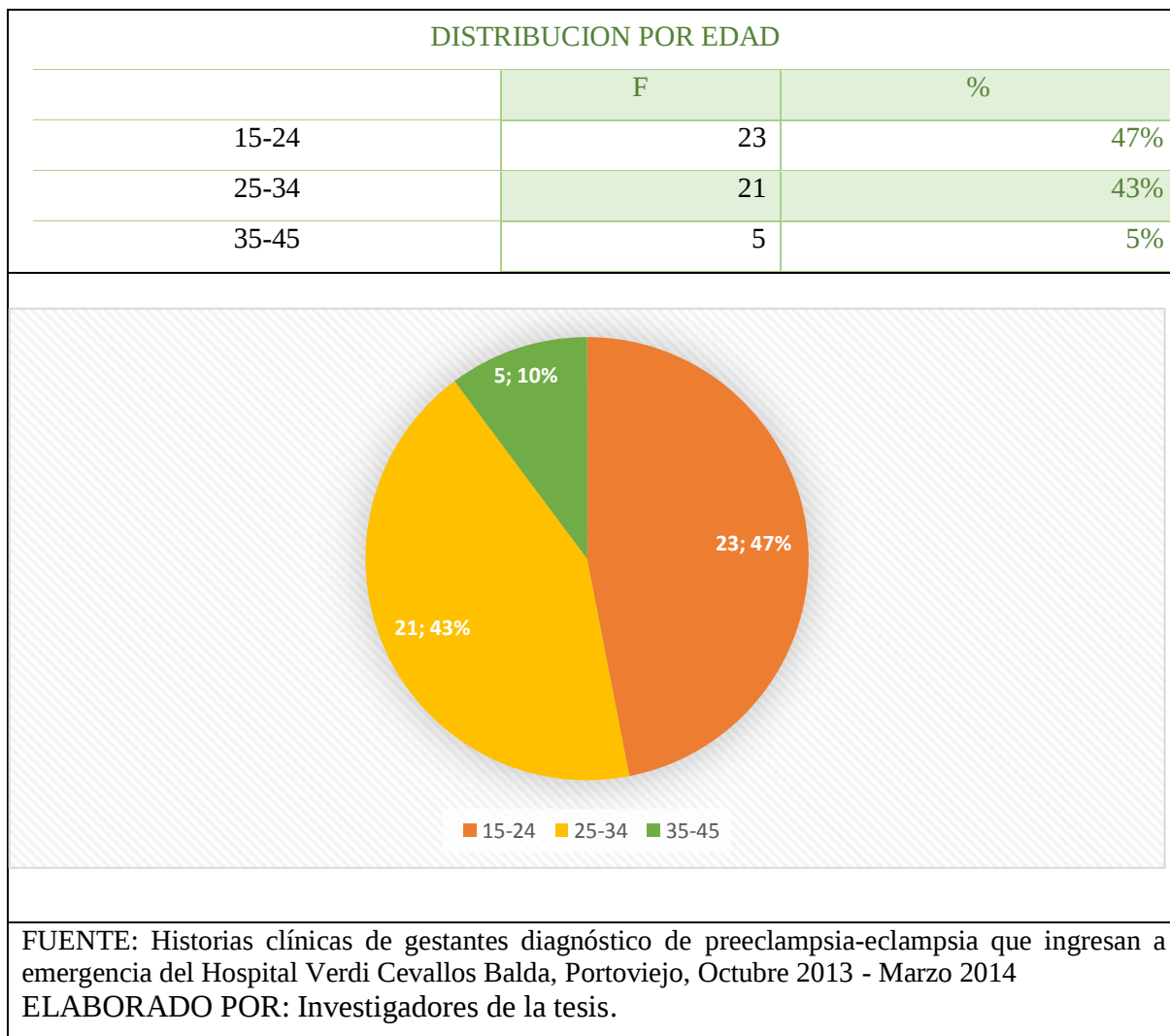
Hoja de recolección de datos

Historia clínica

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS DE RESULTADOS

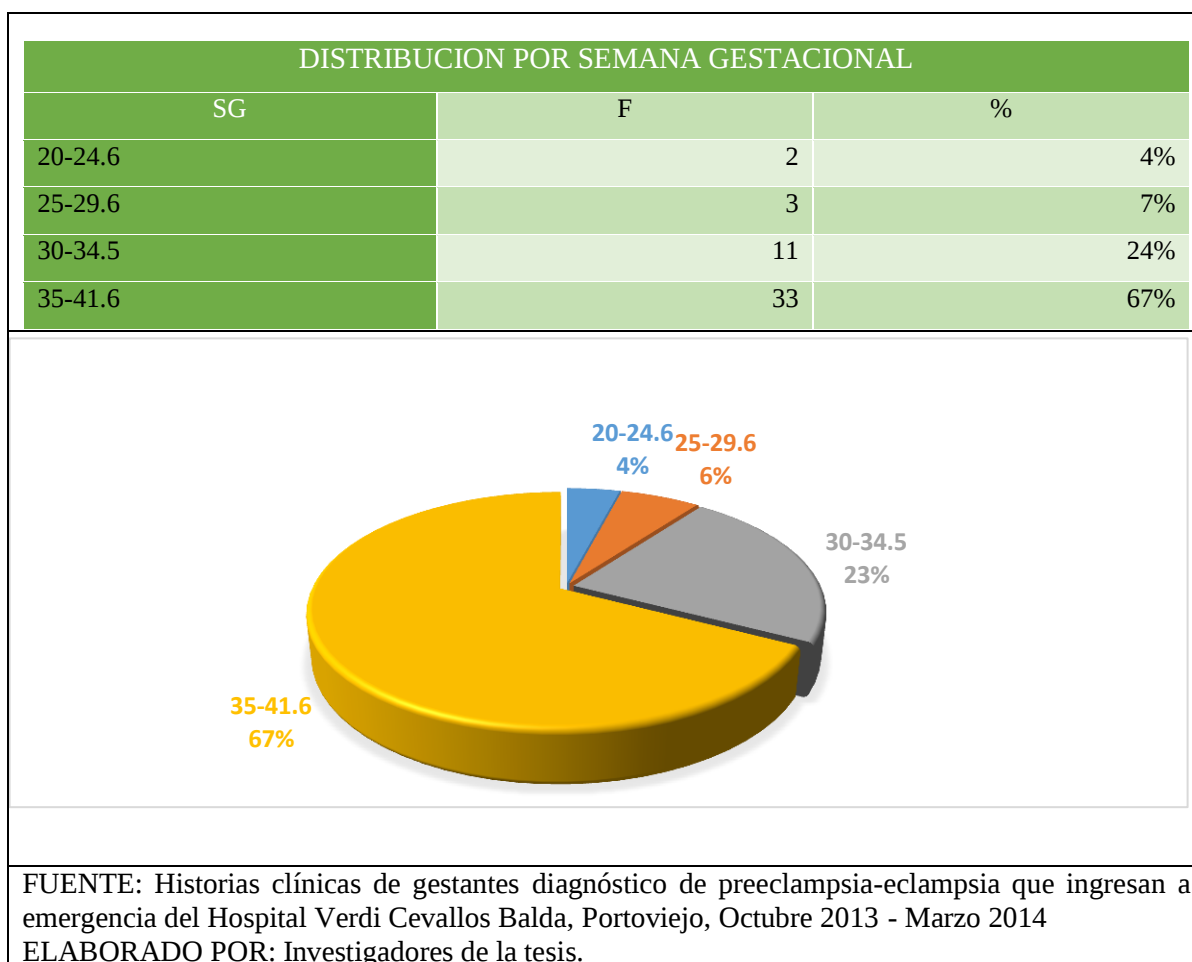
GRAFITABLA 1: DISTRIBUCION POR EDAD EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Referente a la distribución por edades de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014 se puede determinar que el mayor índice de estos trastornos gestacionales se presenta entre las edades de entre 15 a 24 años con un 47% pero no muy lejano a las edades de entre 25 años a 34 años con un 43%, a diferencia de múltiples estudios que demuestran que dichas patologías se presentan con mayor incidencia en edades extremas de la vida es decir menores de 20 mayores de 35 (MSc. Juan Suárez González, 2012) (Palacio & Botel, 2010).

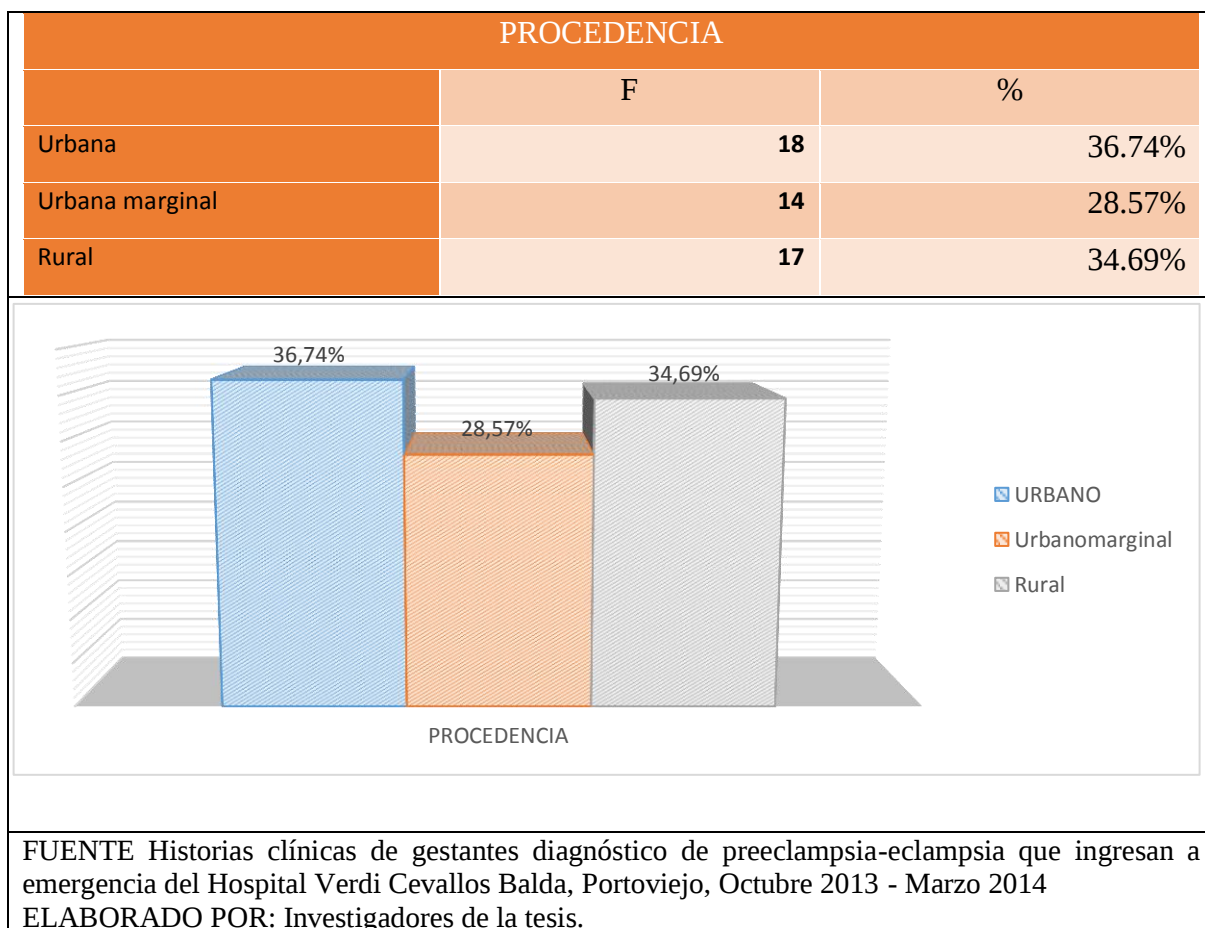
GRAFITABLA 2: DISTRIBUCION POR SEMANA GESTACIONAL DE PRESENTACION DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Con respecto a la semana gestacional con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del hospital Verdi Cevallos balda, Portoviejo, octubre 2013 - marzo 2014. Se determina que la mayor prevalencia se presenta entre las semanas 35-41.6 con 67% y la menor entre las semanas 20-24.6 con un 4%, que concuerda con estudios realizados que indican mayor prevalencia de presentación en embarazos a término (Palacio & Botel, 2010) (Mario Joaquín López Carbajal, 2012).

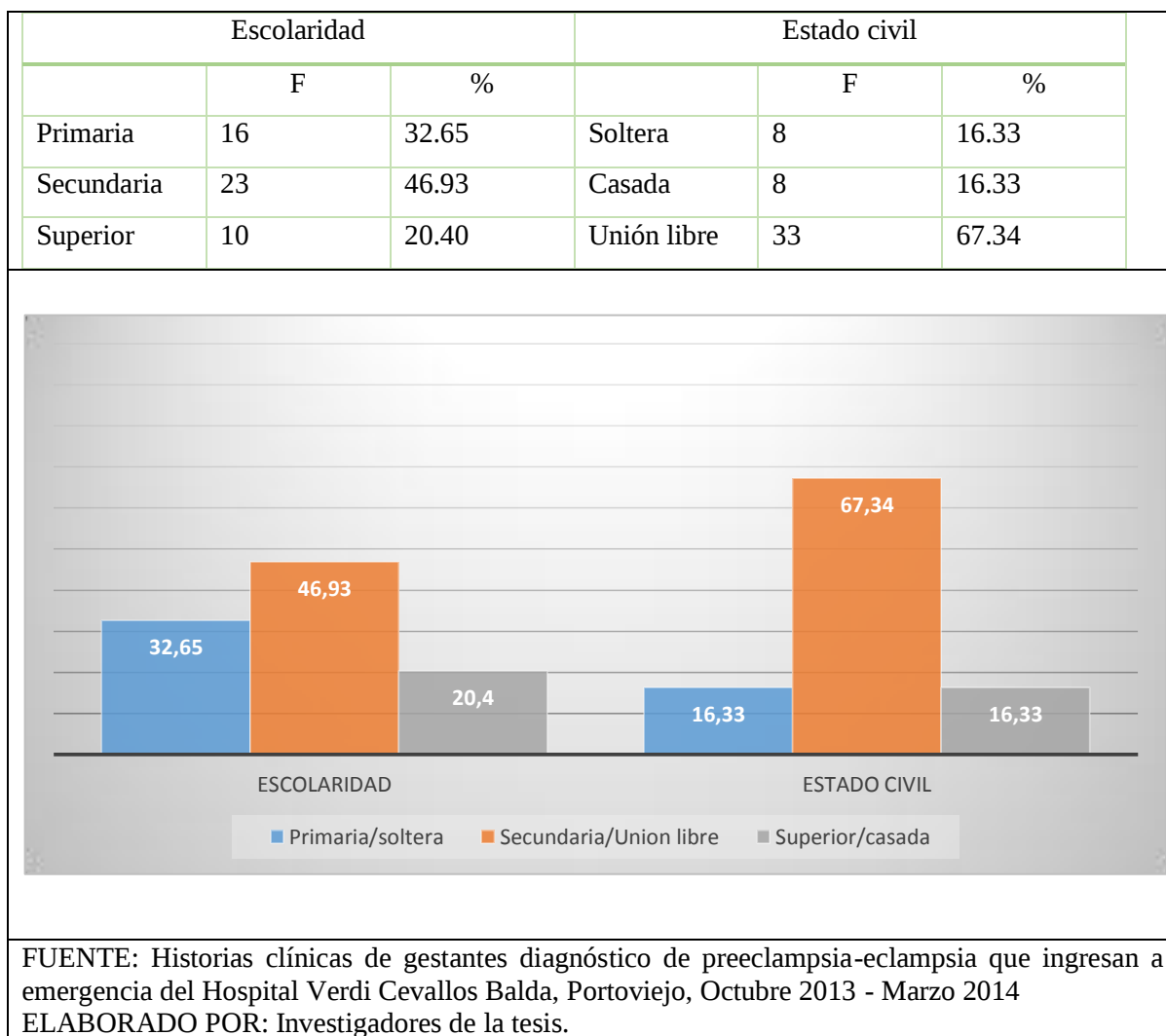
GRAFITABLA 3: DISTRIBUCION POR PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En base a la información obtenida de gestantes con trastornos hipertensivos que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014 se determinó que no existe relación significativa entre la procedencia y este tipo de trastornos en las gestantes ya que con una ligera prevalencia en la zona urbana 36.74% y la rural 34.69%, a diferencia de trabajos publicados en nuestro país que indican mayor incidencia en gestantes provenientes de áreas rurales (Carlos Altamirano Vergara, 2012) (Torre, 2010).

GRAFITABLA 4: DISTRIBUCION POR NIVEL ESCOLARIDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.

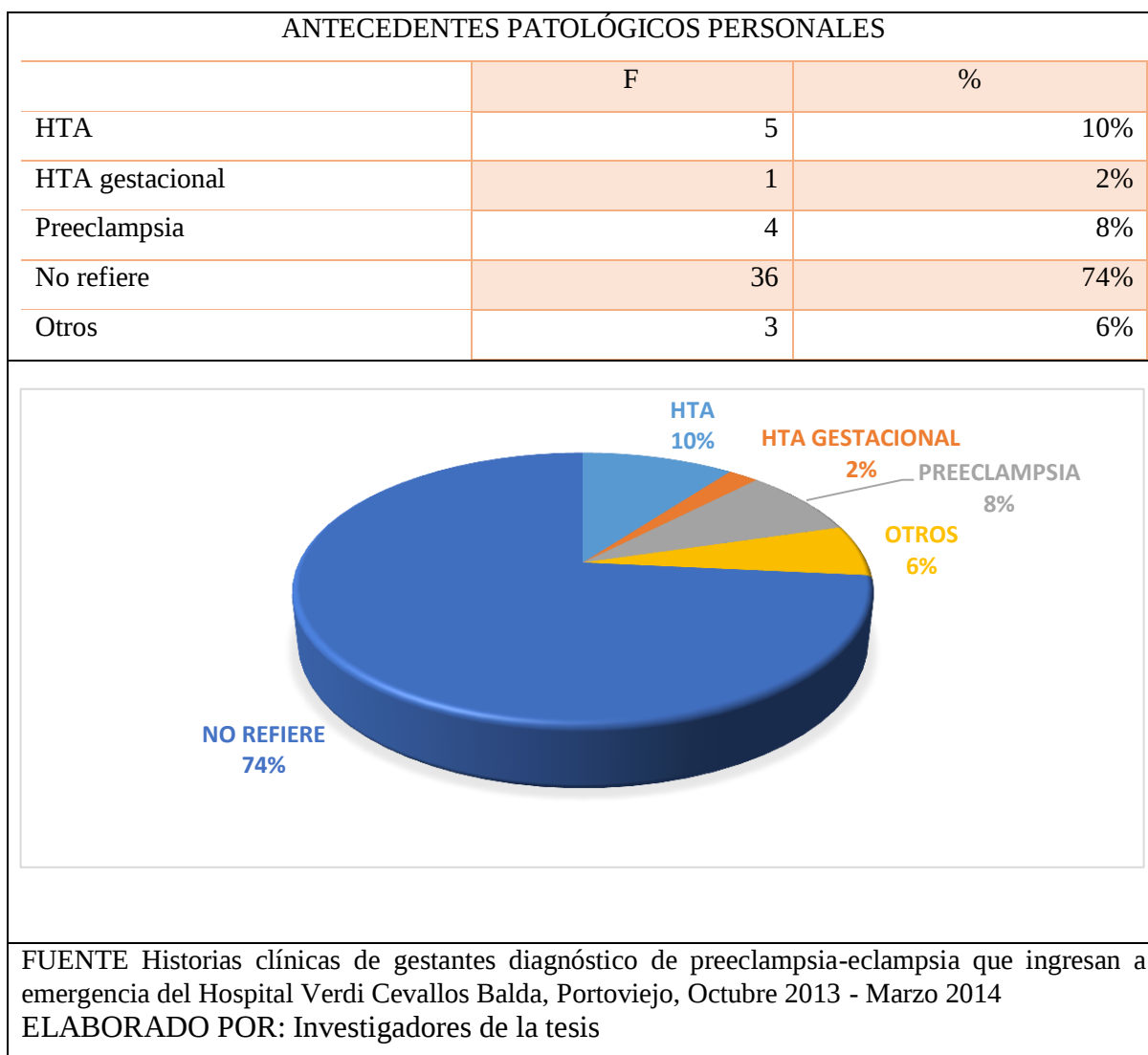


INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Referente a los datos obtenidos de gestantes con trastornos hipertensivos que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014 se establece una marcada diferencia tanto en aquellas pacientes con una educación secundaria con 46.93% de los otros nivel de educación, como en aquellas con estado civil de unión

libre con un 67,34% de los otros estado civil, que coincide con otros estudios en su prevalencia (Carlos Altamirano Vergara, 2012) (Mario Joaquín López Carbajal, 2012) .

GRAFITABLA 5: DISTRIBUCION ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014

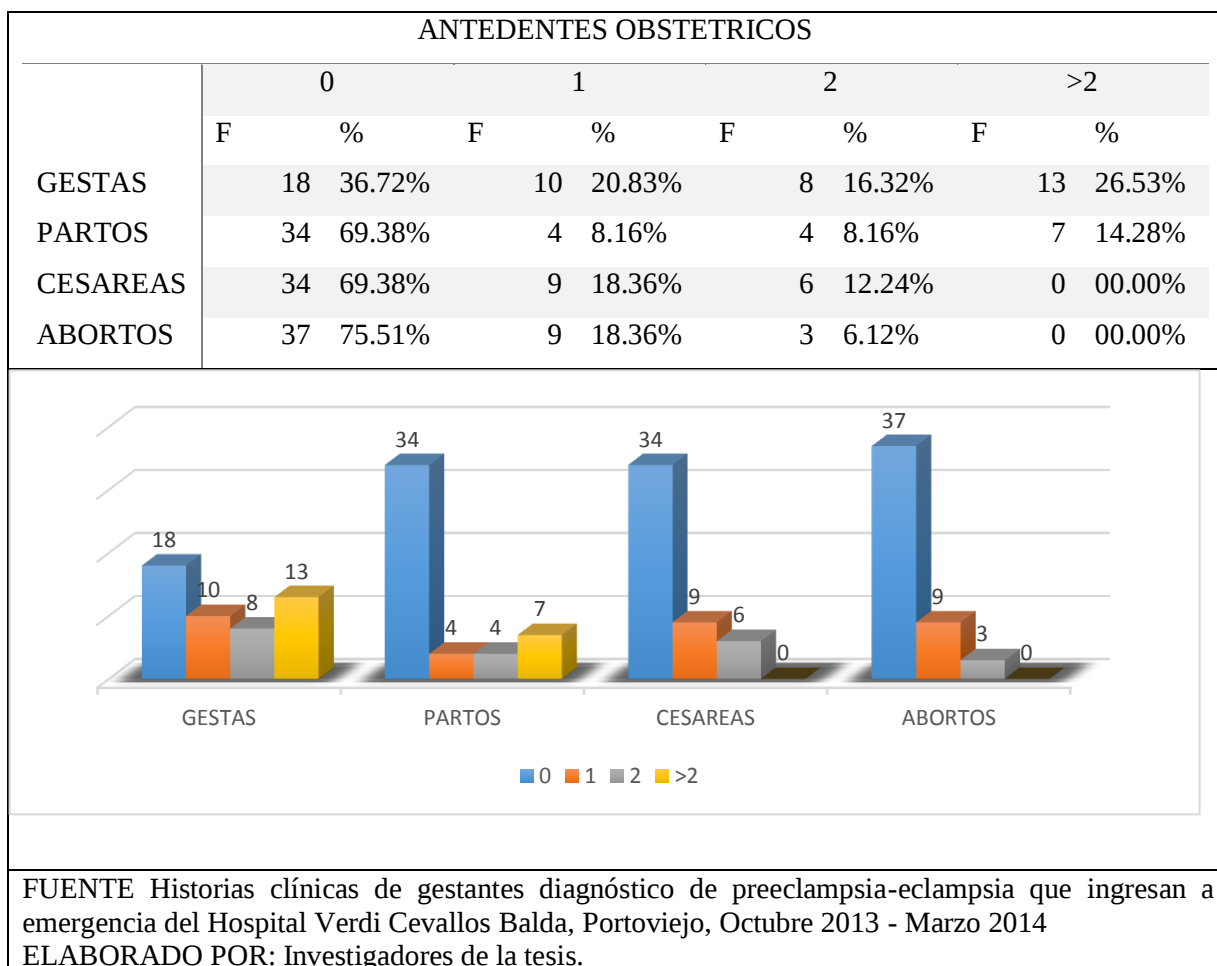


INTERPRETACION DE LA VARIABLE

La información obtenida de las gestantes con trastornos hipertensivos que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014 determina que la mayoría de las gestantes no referían antecedentes patológicos personales

en un 74% seguido de antecedentes como hipertensión arterial previa 10% preeclampsia 8% en último lugar se estableció la hipertensión arterial gestacional 2%, los antecedentes de hipertensión arterial previa(crónica) y preeclamsia al igual que en otros estudios se presenta en el primer lugar (Jeddú Cruz Hernández, 2007) (MSc. Juan Suárez González, 2012) (Ruiz, 2011).

GRAFITABLA 6: ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.

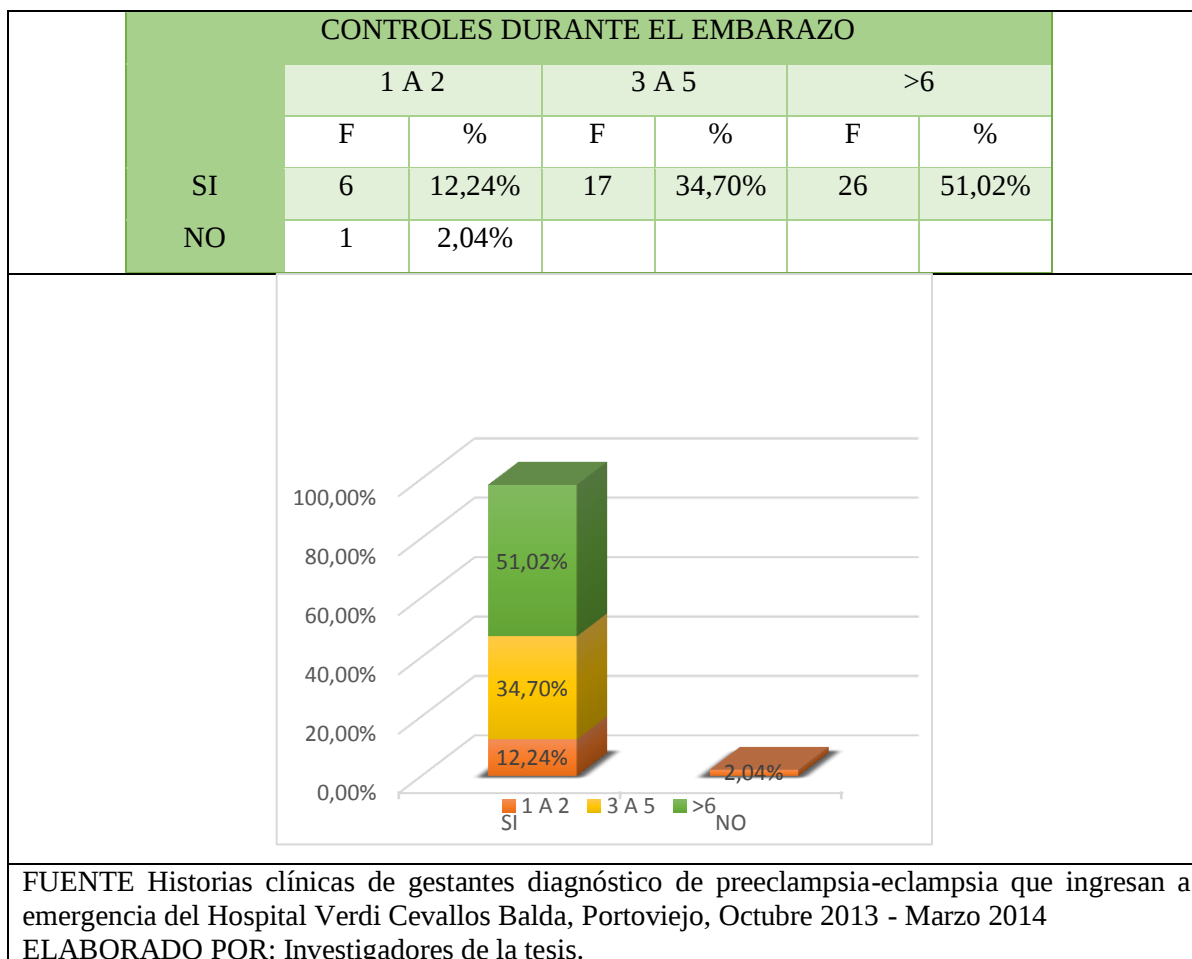


INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Los datos estadísticos de las gestantes con trastornos hipertensivos que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014 reflejan que la mayoría no habrían tenido gestas previas 36.73%, en cuanto a relación al número de partos prevalecía el de ninguno con un 69.38% seguido del de > 2 14.28%, referente a cesáreas previas la mayoría no había tenido ninguna 69.38% seguido de 1 previa 18.36%; y con respecto a los abortos se determinó que la mayoría no presentaba abortos

previos con un 75.51% seguido de aquellas que presentaban 1 con 18.36%. Estos datos estadísticos coinciden con múltiples estudios realizados en varios países (MSc. Juan Suárez González, 2012) (Palacio & Botel, 2010) (Mario Joaquín López Carbajal, 2012) (Torre, 2010).

GRAFITABLA 7: CONTROLES DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014

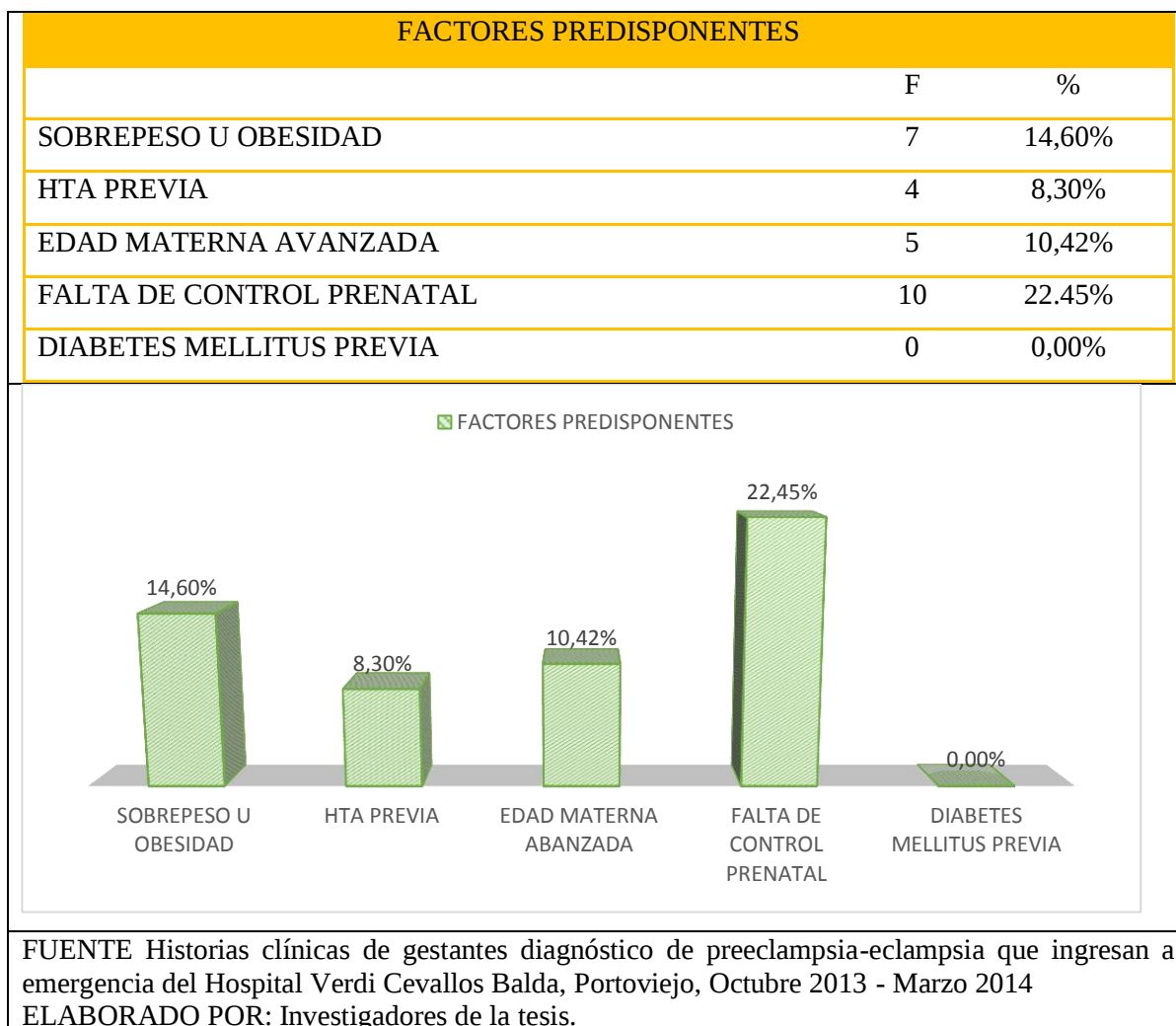


INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En lo referente a los controles obstétricos de las gestantes que ingresan por trastornos hipertensivos a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014 podemos definir que la mayor parte de ellas realizaron más de 6 controles previos con un 53.06% en contraste con estudio publicado en cuba en el año 2007 que indica que el desarrollo de este tipo de patologías va de la mano con el escaso control gestacional (Jeddú Cruz Hernández, 2007) a pesar de esto no deja de ser significativo el

número de gestantes que no realizan los controles obstétricos necesarios habiendo un 12.24% con tan solo 1 o 2 controles y un 2.04% ningún control, cabe tomar esto en cuenta para así hacer un llamado de atención a todas las gestantes a que realicen un control obstétrico adecuado.

GRAFITABLA 8: FACTORES PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN LAS GESTANTES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Entre los factores predisponentes para el desarrollo de trastornos hipertensivos en las gestantes que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014 se denota que la falta de control obstétrico 22.45% va de la mano con el desarrollo de este tipo de trastornos e incluso de sus complicaciones; seguido de la presencia de sobrepeso u obesidad en las gestantes 14.60%, que coincide con estudios

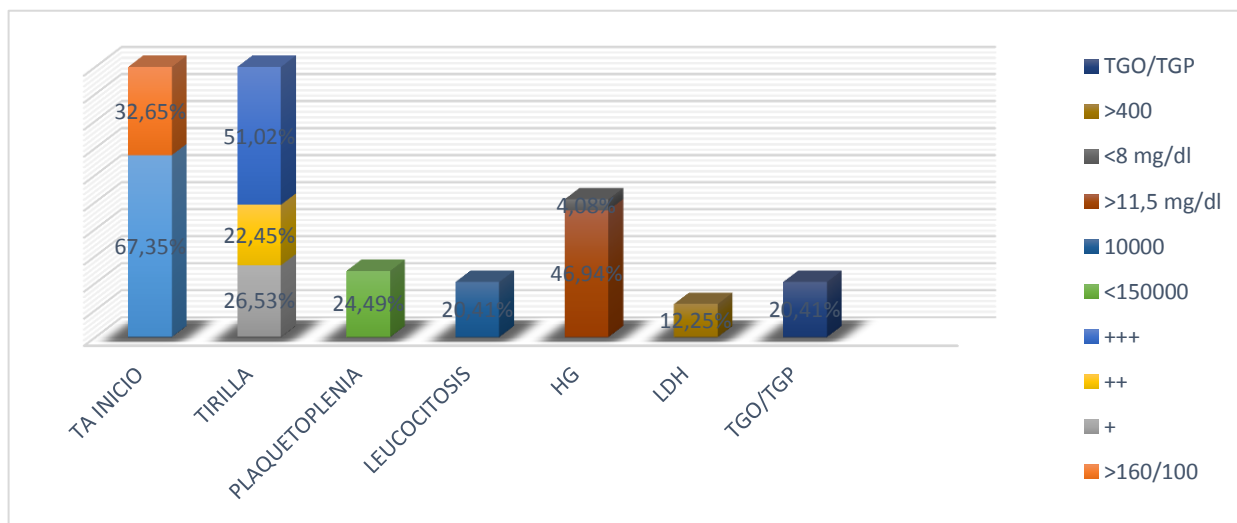
realizados colocando entre los primeros sitiales a estas dos comorbilidades (Carlos Altamirano Vergara, 2012) (Torre, 2010) (Mario Joaquín López Carbajal, 2012) (MSc. Juan Suárez González, 2012) .

GRAFITABLA 9: METODOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREECLAMPSIA ECLAMPSIA EN LAS GESTANTES QUE INGRESAN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014

	METODO DIAGNOSTICO																							
	>140/90		>160/100		+		++		+++		<150000		10000		<11,5 mg/dl		<8 mg/dl		>400		TGO/ TGP			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
TA INICIO	33	67,35 %	16	32,65 %																				
TIRILLA					13	26,53 %	11	22,45 %	25	51,02 %														
PLAQUETOPENIA											12	24,49 %												
LEUCOCITOSIS													10	20,41 %										
HG															23	46,94 %	2	4,08%						
LDH																			6	12,25 %				
TGO/TGP																					17	20,41 %		

FUENTE Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014

ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.



FUENTE Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.

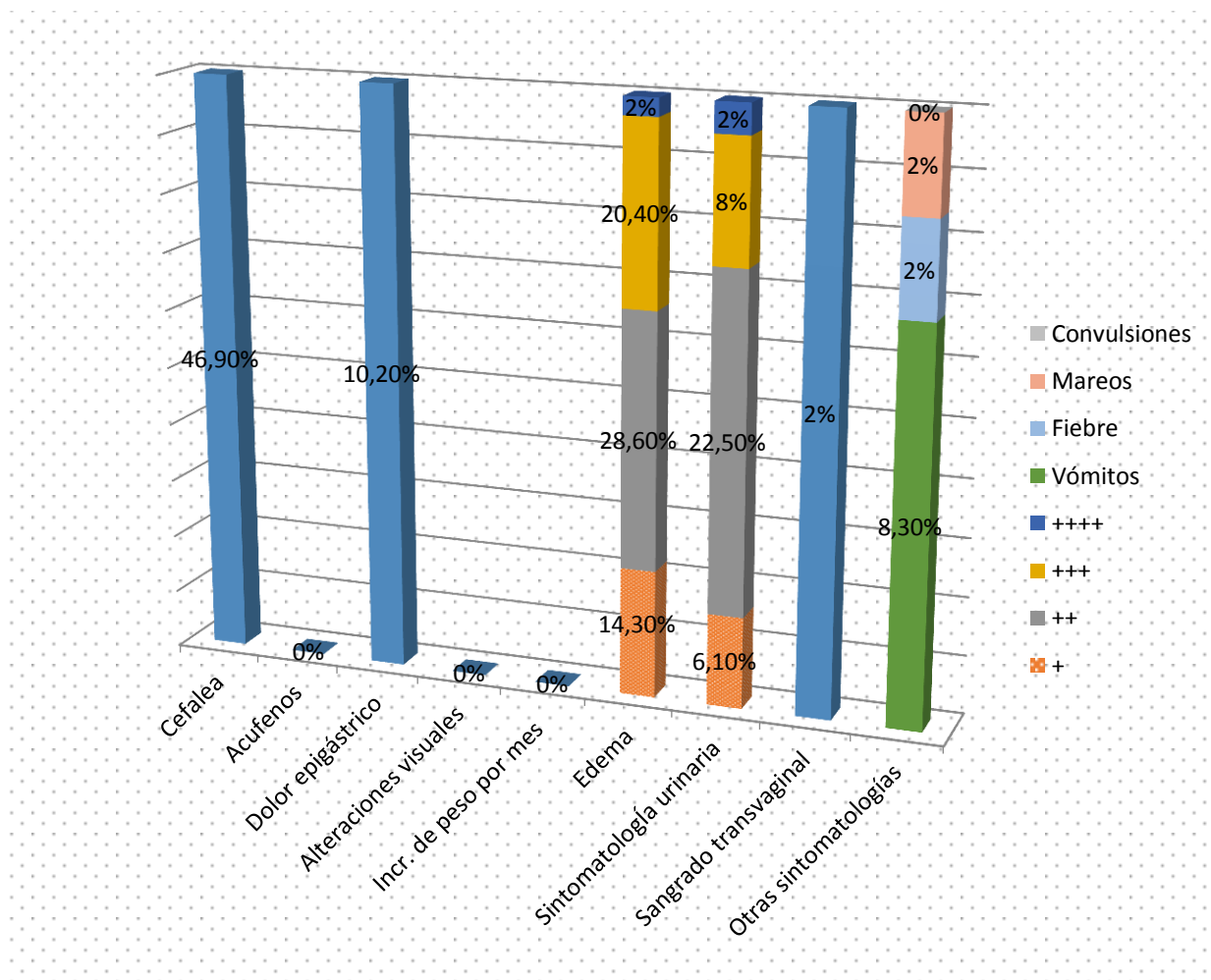
INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Para el diagnóstico de trastornos hipertensivos en las gestantes (preeclampsia-eclampsia) que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014 se tomó varios parámetros tal como lo establece la norma del Ministerio de Salud pública del Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012) entre los cuales están los siguientes: Tensión Arterial de inicio el 67,35% >140/90 a diferencia del 32,65% >160/100; tirilla reactiva entre las pacientes se presentó mayor prevalencia con 51,02% +++ seguido de 26,53% + y no muy lejano con 22,45% ++; entre las pacientes un 24,49% presentaron plaquetopenia; el 46,94% presento HG < 11,5 mg/dl y en baja proporción con 4,08% se evidencio una HG <8 mg/dl, un 12,25% presento una marcada elevación de la LDH, y el 20,45% se denoto la elevación de las enzimas hepáticas (TGO/TGP).

GRAFITABLA 10: DISTRIBUCION POR SINTOMATOLOGÍA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014

	SINTOMATOLOGÍA																																								
											+		++		+++		++++		+		++		+++		++++				VOMIT O		FIEBRE		MA REO		CONV ULSIO						
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%							
CEFALEA	23	46,9																																							
ACÚFENOS			0	0																																					
DOLOR EPIGÁSTRICO					5	10,2																																			
ALTERACIONES VISUALES							0	0																																	
INCREMENTO DE PESO POR MES									0	0																															
EDEMA											7	14,3	14	28,6	10	20,4	1	2																							
SINTOMATOLO GIA URINARIA																		3	6,1	11	22,5	4	8,2	1	2																
SANGRADO TRANSVAGINAL																									1	2															
OTROS																											4	8,3	1	2	1	2	1	2							

FUENTE: Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.

INTERPRETACION DE LA VARIABLE

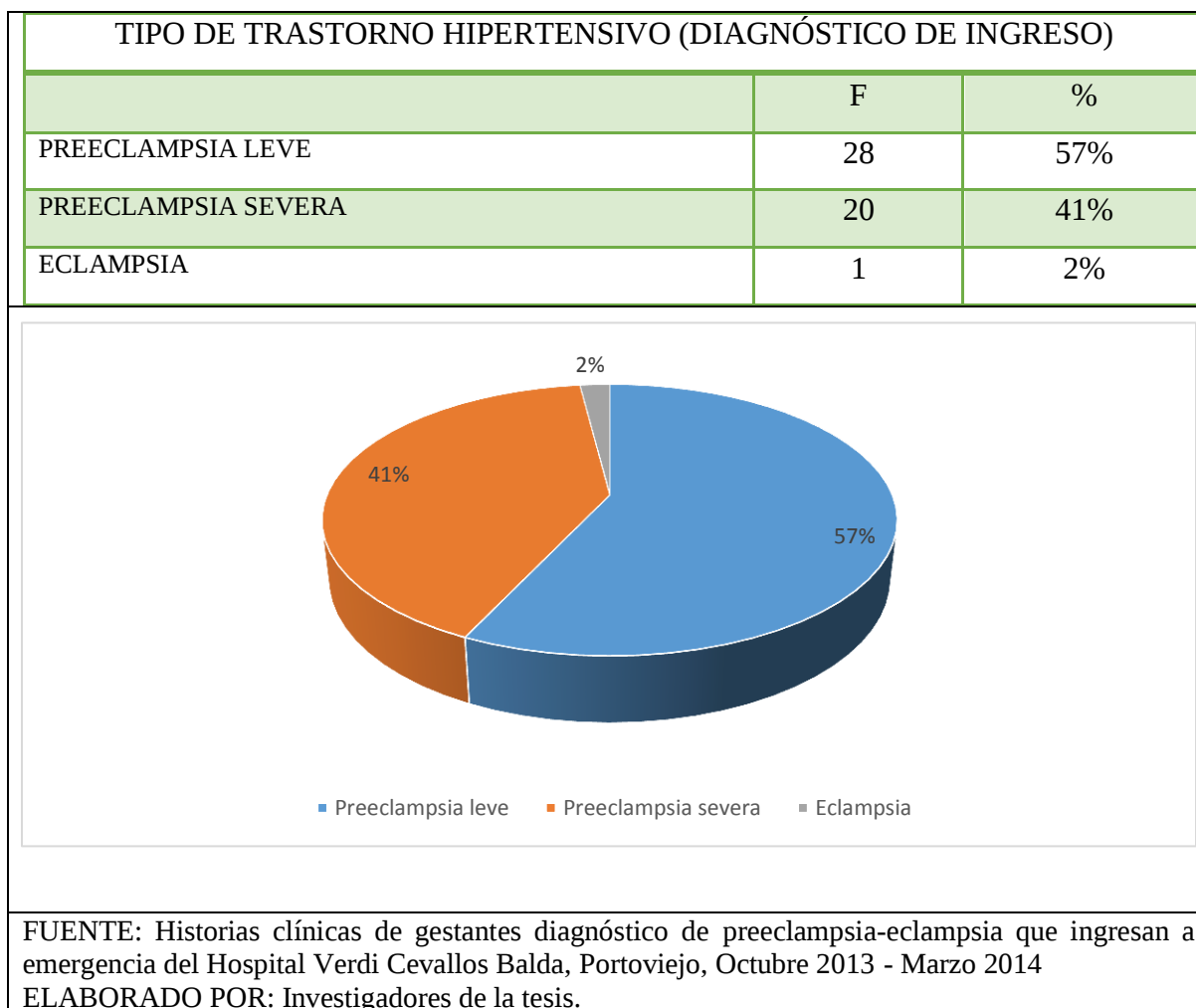
Entre las sintomatologías de los trastornos hipertensivos en las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, se valora que la cefalea está presente en el 46.9% de las pacientes; seguido por el dolor epigástrico presente en el 12.2%, y escaso porcentaje de sangrado transvaginal con un 2%; los acufenos, las alteraciones visuales y el incremento de peso por mes no destacaron en las pacientes investigadas.

En cuanto al edema destacó la presencia de ++ en 28.6% de las pacientes, el edema con +++ se presenta en el 20.4%, el edema con + en el 14.3 % y con un bajo porcentaje de edema con ++++ en el 2%.

En la sintomatología urinaria prevalecen las ++ de infección representando un 22.5% de las pacientes, el 8% está ocupado por pacientes con infección de +++, seguido por un 6.1% de los casos con infección de + y finalmente un 2% es ocupado por infección urinaria con +++,

Entre otras sintomatologías se evidenció la presencia de vómitos en el 8% de las pacientes, los mareos y la fiebre con un mínimo porcentaje de 2%, y ausencia de convulsiones. Que coincide con la literatura y la guía (Dra. María Teresa Leis Márquez, 2012) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

GRAFITABLA 11: TIPO DE TRASTORNO HIPERTENSIVO (DIAGNÓSTICO DE INGRESO) QUE PRESENTARON LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014

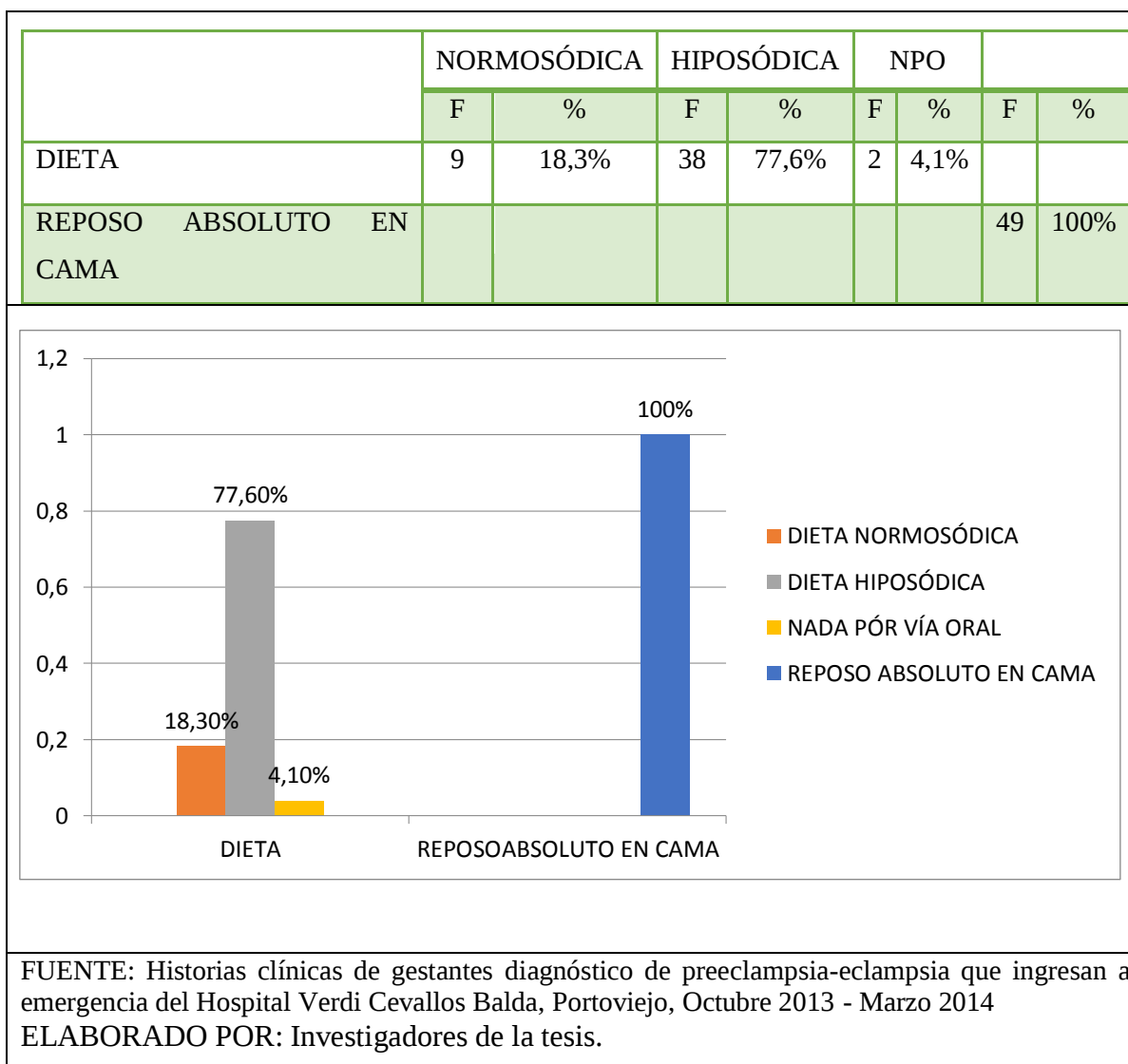


INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Entre los trastorno hipertensivo (diagnóstico de ingreso) que presentaron las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, la preeclampsia leve destacó en primer lugar con el 57% de los casos, seguido muy de cerca con el 41% preeclampsia grave y en un porcentaje menor se encuentra la eclampsia con el 2% de los casos de las gestantes;

lo que concuerda con un estudio realizado en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México (Fred Morgan Ortiz, 2010).

GRAFITABLA 12: TRATAMIENTO OBSTÉTRICO: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO QUE SE APLICÓ A LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.

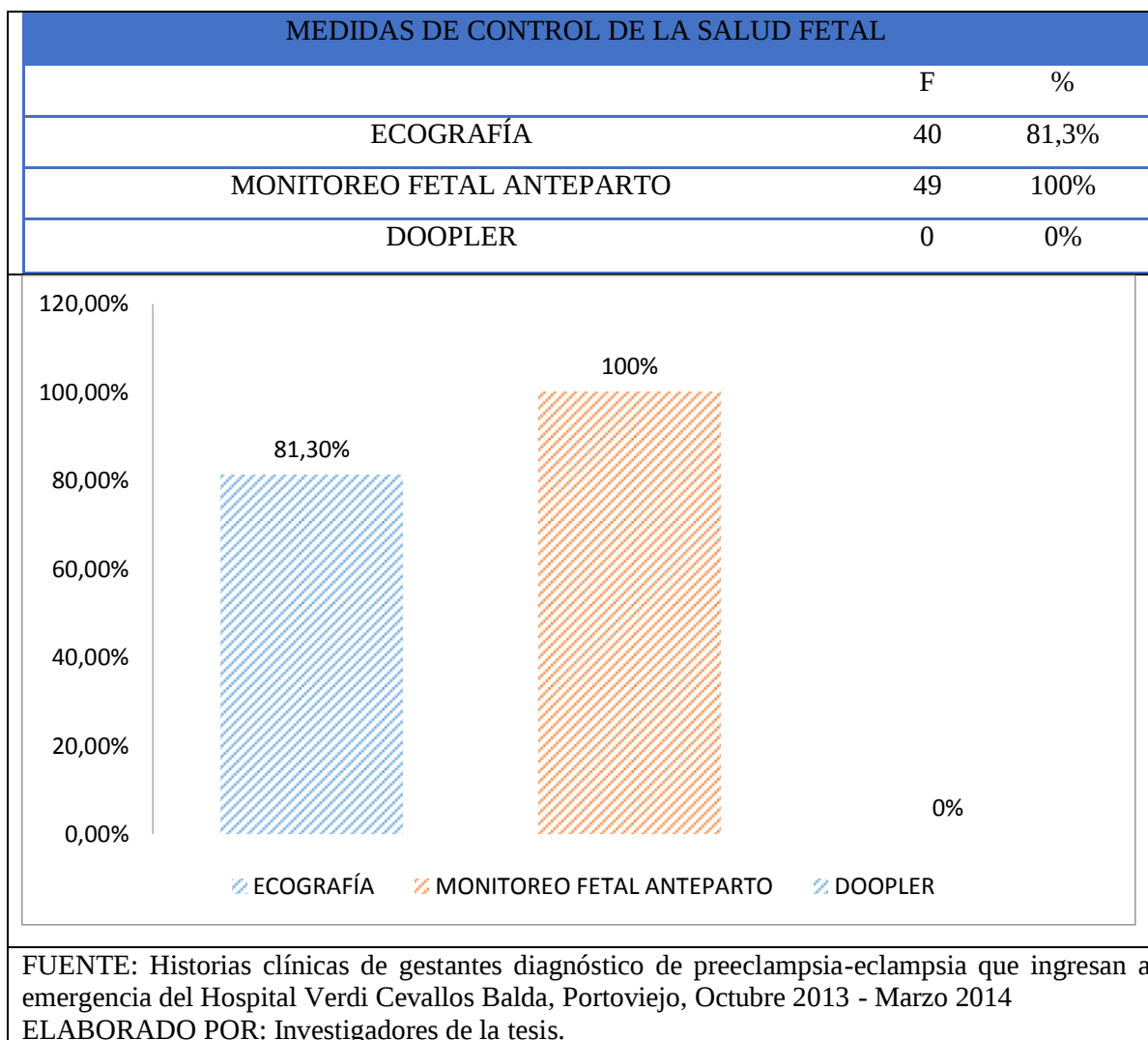


INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En cuanto al tratamiento obstétrico no farmacológico que se aplicó a las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014; En la dieta tuvo mayor relevancia la aplicación de dieta hiposódica con el 77,6%; la dieta normosódica se aplicó en menor

porcentaje en el 14,2%, mientras que la restricción de la alimentación oral (NPO) se aplicó en el 4,1%; el reposo absoluto en cama fue aplicado en el 100% de las pacientes.. Sin embargo no existen estudios que demuestren que el régimen por dieta hiposódica mejore la sintomatología de las pacientes, por el contrario lo indicado es que las pacientes se rijan por una dieta normosódica sin restricciones de sal, (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012) (Mora-Valverde, 2014) (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012).

GRAFITABLA 13: MEDIDAS DE CONTROL DE LA SALUD FETAL QUE SE APLICÓ A LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En lo referente a las medidas de control de la salud fetal que se aplicó a las pacientes gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, las ecografías fueron realizadas en el 81,3% de las pacientes; el monitoreo fetal anteparto se realizó en 100% de las gestantes, mientras que la ejecución del Doopler no obtuvo porcentaje en los

datos estadísticos recolectados. Que va en relación a lo que establece el protocolo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

GRAFITABLA 14: MANEJO CONSERVADOR EN EMBARAZOS MENORES DE 34 SEMANAS EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014

MANEJO CONSERVADOR EN EMBARAZOS MENORES DE 34 SEMANAS		
	F	%
Glucocorticoides (Betametasona, 12 mg intramuscular glútea cada 24h por un total de 2 dosis) para maduración pulmonar fetal entre 24 y 34 semanas.	15	30,6%
LABORATORIO SERIADO QUE INCLUYA: Hemograma con recuento de Plaquetas. Creatinina, Urea, Ácido Úrico, Pruebas Hepáticas y LDH. Proteinuria de 24 h. Laboratorio habitual del embarazo (Glucemia, Serología, Orina Completa).	49	100%
Control estricto de diuresis horaria con sonda vesical.	49	100%

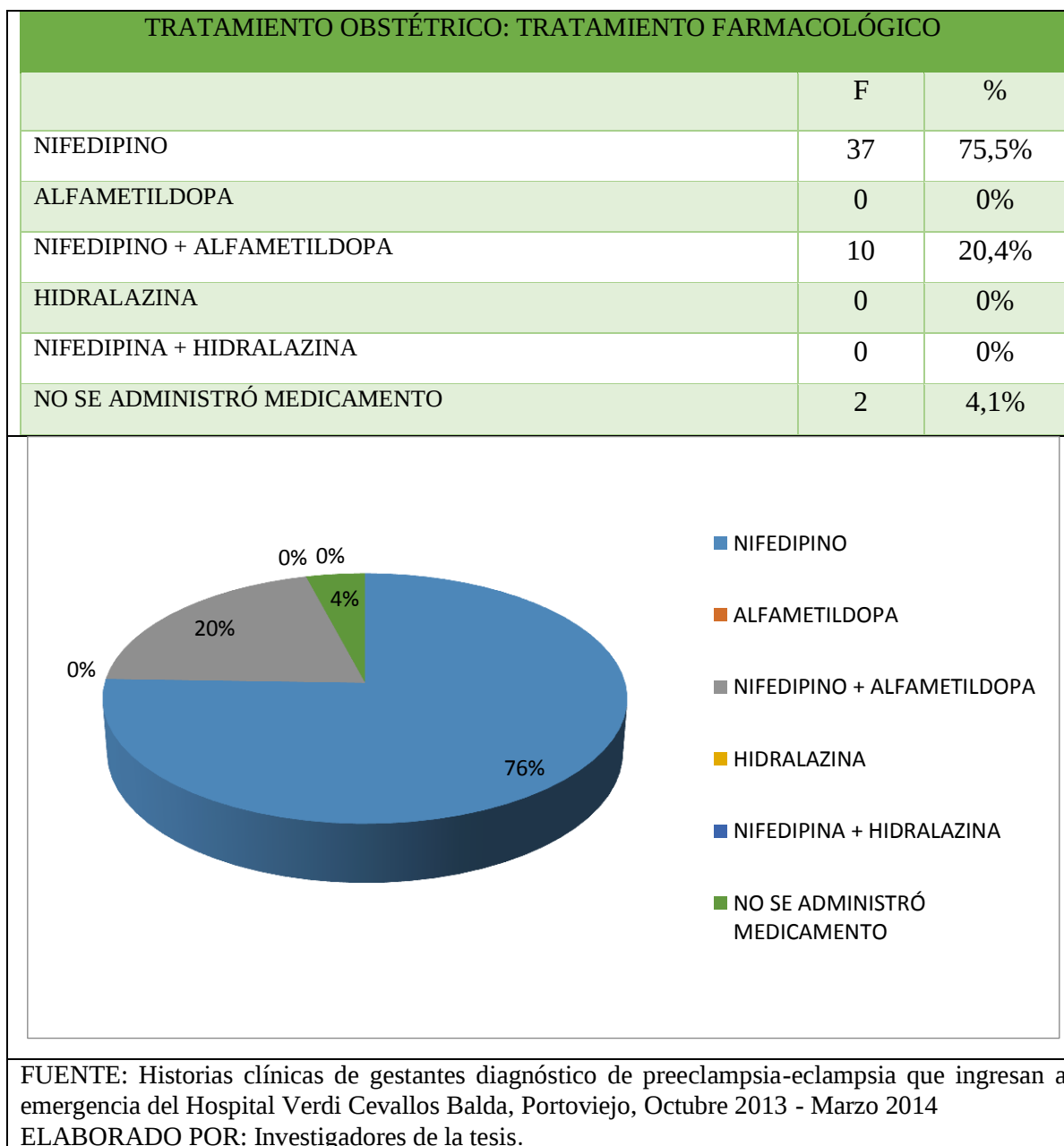
Intervención	Porcentaje
Glucocorticoides	30,60%
Laboratorio seriado	100%
Control estricto de la diuresis	100%

FUENTE: Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.

INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En el manejo conservador en embarazos menores de 34 semanas que se aplicó a las pacientes gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, la administración de glucocorticoides se realizó de manera oportuna en el 30,6% de las pacientes; la elaboración de las pruebas de laboratorio seriado y el control de la diuresis por sonda vesical de manera estricta se realizó en el 100% de las gestantes. Que va en relación a lo que establece el protocolo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

GRAFITABLA 15: TRATAMIENTO OBSTÉTRICO: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE SE APLICÓ A LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

El tratamiento obstétrico farmacológico principal que se aplicó a las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, se encuentra representado por la administración de nifedipino 10 mg vía oral (VO) cada 20 o 30 minutos según respuesta, dosis máxima 60 mg y 10 mg vía oral cada 6 horas para el mantenimiento. Tal como lo establece el protocolo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). Pero difiere de los protocolos utilizados en las Unidades de Salud de varios países Europeos (Sandra Hernández, 2013) en los cuales el uso de nifedipino no es de primera elección.

GRAFITABLA 16: MANEJO PREVENTIVO DE ECLAMPSIA Y MANEJO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA EN PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.

MANEJO PREVENTIVO Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA				
	MANEJO PREVENTIVO DE ECLAMPSIA		MANEJO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA	
	F	%	F	%
SULFATO DE MAGNESIO 4 G IV EN AL MENOS 20 MINUTOS LUEGO SULFATO DE MAGNESIO IV A RAZÓN DE 1 G/HORA	45	91.83		
SULFATO DE MAGNESIO 6 G IV EN 20 MINUTOS LUEGO SULFATO DE MAGNESIO IV A RAZÓN DE 1,5 - 2 G/HORA			2	4,1%

A bar chart with two bars. The first bar, labeled 'MANEJO PREVENTIVO DE ECLAMPSIA', is yellow with diagonal lines and has a value of 83,7. The second bar, labeled 'MANEJO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA', is green with diagonal lines and has a value of 4,1. The y-axis has horizontal grid lines but no numerical labels.

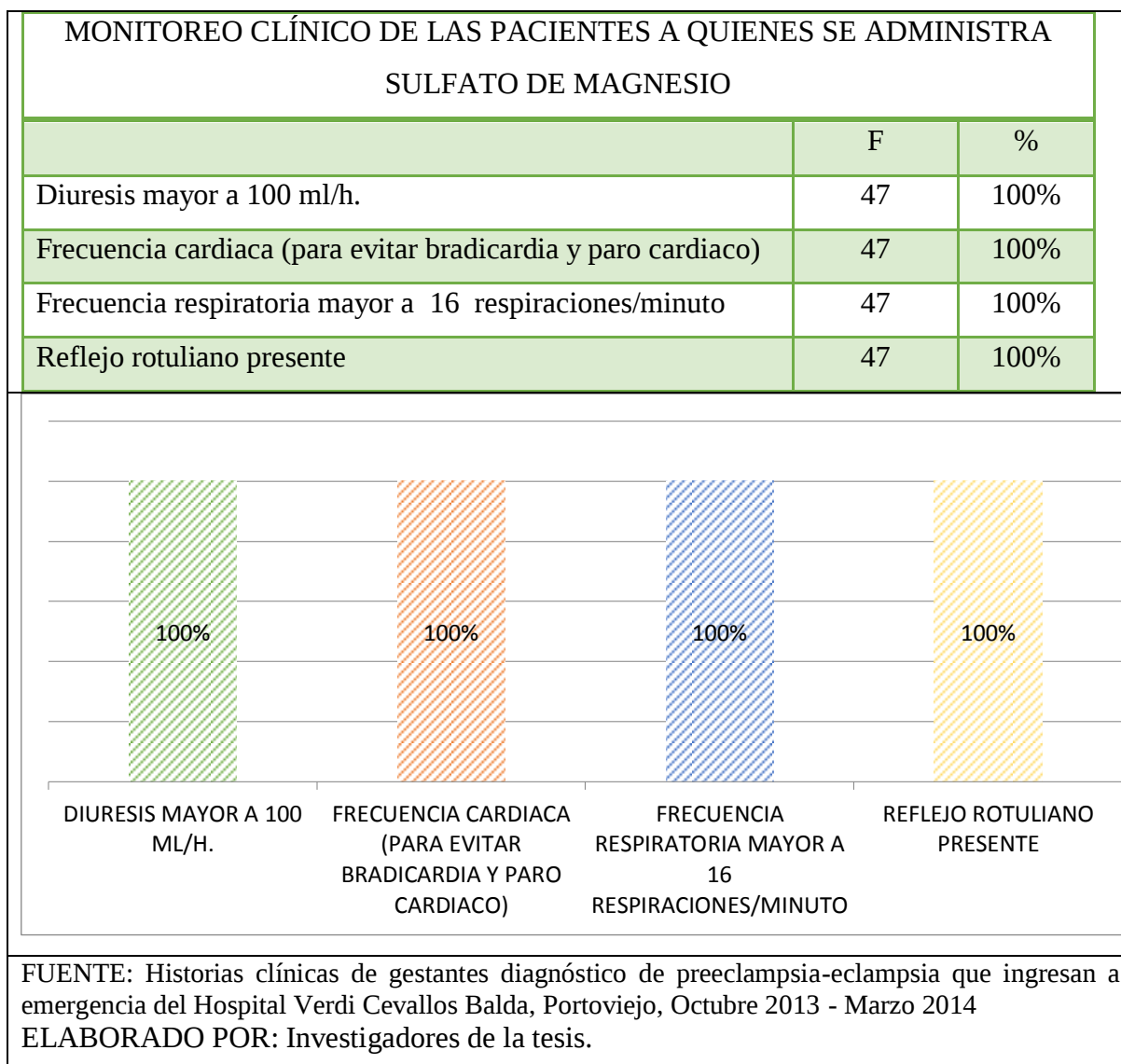
Manejo	Frecuencia (%)
Manejo Preventivo de Eclampsia	83,7
Manejo del Sulfato de Magnesio para Tratamiento de Eclampsia	4,1

FUENTE: Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
 ELABORADO POR: Investigadores de la tesis

INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En el manejo preventivo de eclampsia y manejo del sulfato de magnesio para tratamiento de eclampsia en pacientes gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, la administración de sulfato de magnesio 4 g iv en al menos 20 minutos y luego sulfato de magnesio iv a razón de 1 g/hora, se cumplió en el 91,83 % de las pacientes en estudio; mientras que la administración de sulfato de magnesio 6 g iv en 20 minutos y luego sulfato de magnesio iv a razón de 1,5 - 2 g/hora, fue necesaria aplicarla en el 4,1% de las pacientes que evolucionaron a eclampsia. Tal como lo establece el protocolo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

GRAFITABLA 17: MONITOREO CLÍNICO DE PACIENTES A QUIENES SE LES ADMINISTRA SULFATO DE MAGNESIO PARA EL TRATAMIENTO DE GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.

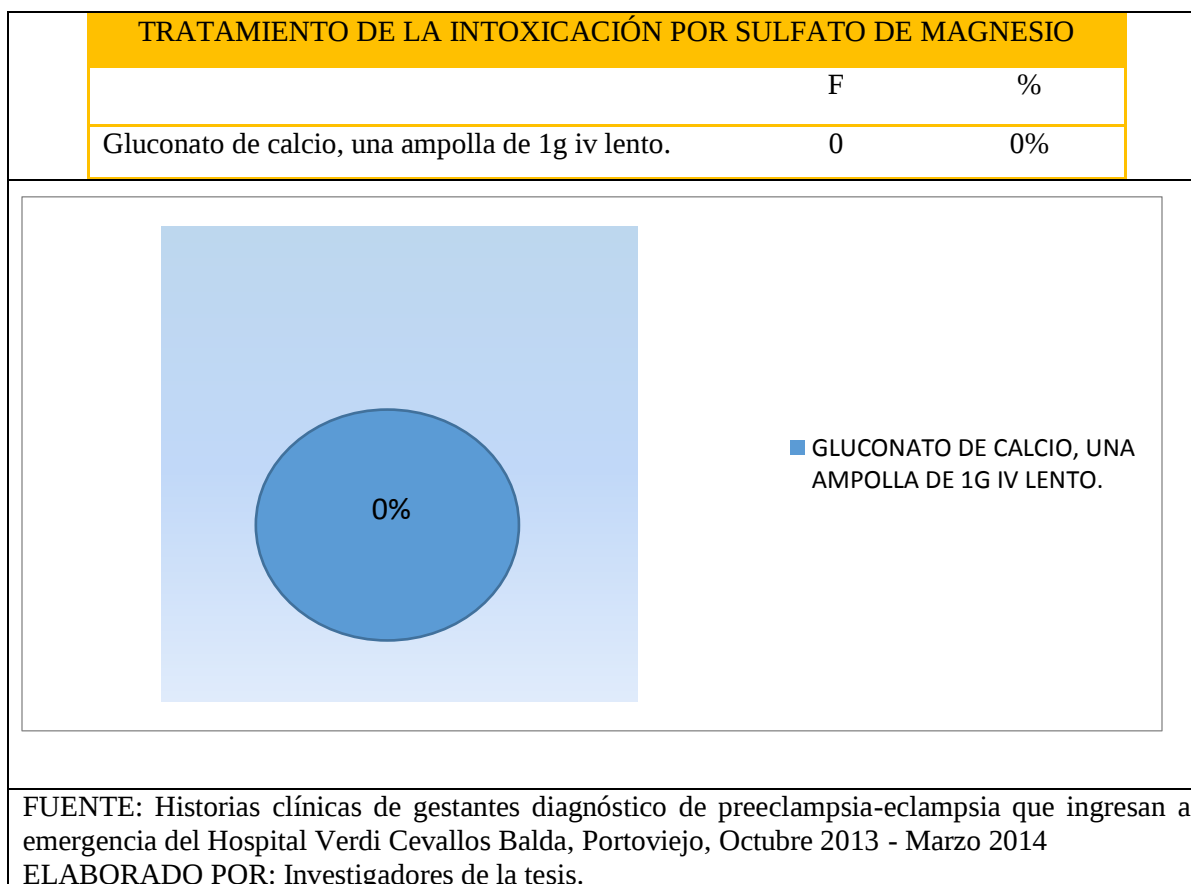


INTERPRETACION DE LA VARIABLE

EL monitoreo clínico de las pacientes a quienes se les administra sulfato de magnesio para el tratamiento de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014; se realizó control de: diuresis mayor a 100 ml/h, frecuencia cardiaca (para evitar bradicardia y

posterior paro cardiaco), frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones/minuto y reflejo rotuliano presente, se cumplió en el 100% de las pacientes en estudio. Como lo establece el protocolo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012) y en relación al monitoreo clínico realizado en otros estudios (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012) (Sandra Hernández, 2013) (Mora-Valverde, 2014)

GRAFITABLA 18: TRATAMIENTO PARA INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO EN PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

El tratamiento para la intoxicación por sulfato de magnesio en las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, no fue necesario aplicarlo ya que no hubo porcentaje de intoxicación por parte de las gestantes que sufrían el trastorno hipertensivo. Como lo establece el protocolo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

GRAFITABLA 19: TOCOLISIS Y MADURACIÓN PULMONAR FETAL EN EMBARAZADAS <34 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.

TOCOLISIS Y MADURACIÓN PULMONAR FETAL EN EMBARAZADAS < 34 SEMANAS					
GESTANTES <34 SEMANAS	F	16	MADURACIÓN PULMONAR FETAL		
	%	32.65	TOCOLISIS		
			F	%	F
Nifedipina 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.			15	93.75	
Betametasona 12 mg IM/24 horas (total 2 dosis).					15 93.75

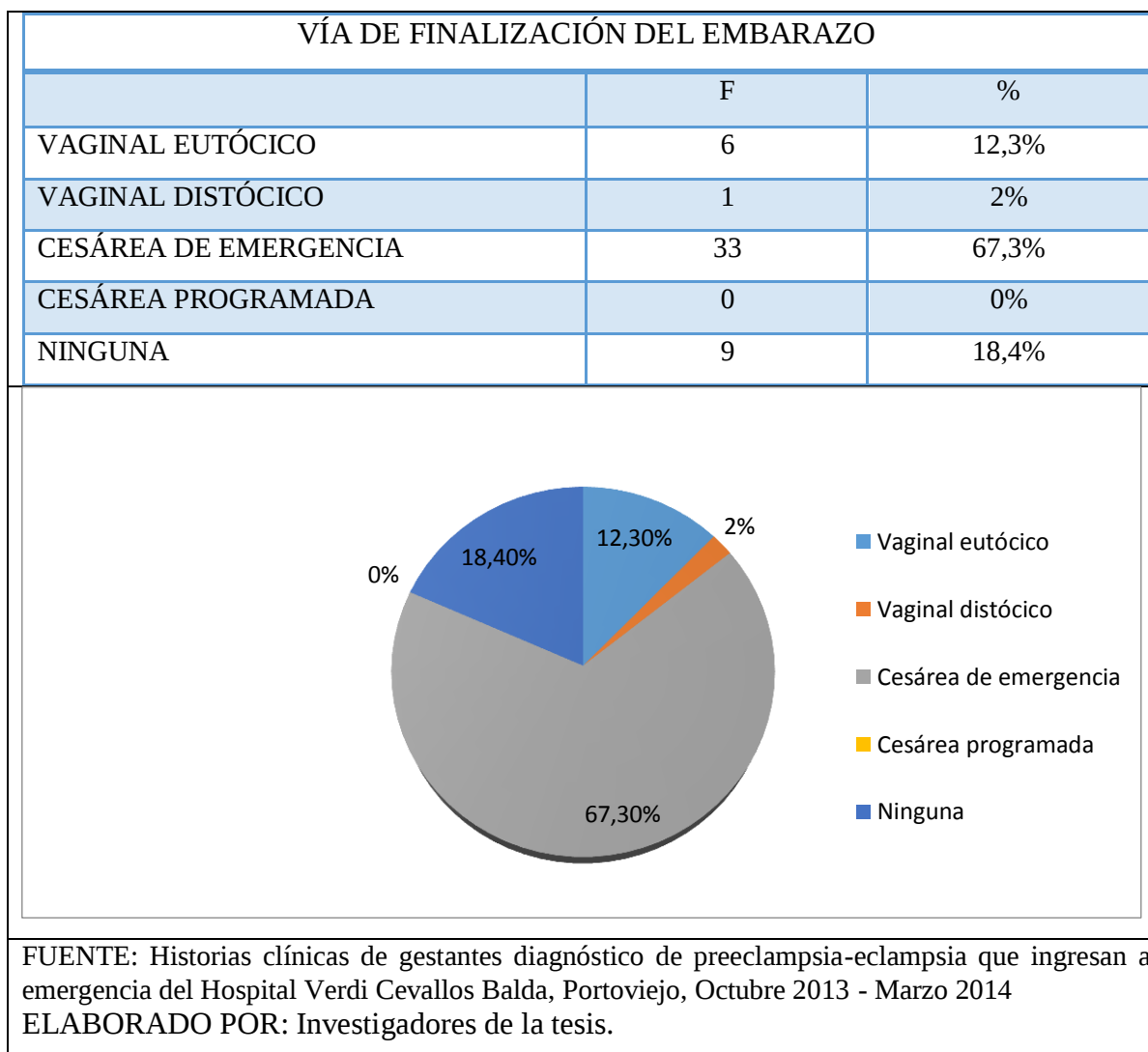
FUENTE: Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.

INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En las gestantes <34 semanas con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, La tocolisis y maduración pulmonar fetal se realizó en el 93.75% de las gestantes. Como lo

establece el protocolo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012) y concuerda con otros estudios (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012) (Sandra Hernández, 2013)

GRAFITABLA 20: VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO A QUE FUERON SOMETIDAS LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

La vía de finalización del embarazo a la cual fueron sometidas las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, tuvo mayor prevalencia en la intervención por cesárea de emergencia en el 67,3%, en segundo lugar se encuentra la vía de finalización por parto vaginal eutócico en el 12,3% de las pacientes; la vía de finalización vaginal distócico tuvo un porcentaje del 1% y la cesárea programada el 0%; en

un 18,4% de las pacientes investigadas no fue posible registrar la manera en que finalizaron su embarazo, debido a las altas a petición y fugas por parte de las pacientes y a las referencias que fueron necesarias realizar. Estas medidas se tomaron en base a lo que establece la norma. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

GRAFITABLA 21: DIAGNÓSTICO DE EGRESO DE LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO		
	F	%
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	0	0%
PREECLAMPSIA LEVE	19	38,8%
PREECLAMPSIA SEVERA	24	49%
ECLAMPSIA	2	4,1%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	1	2%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA MÁS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA	0	0%
SÍNDROME DE HELLP	3	6,1%

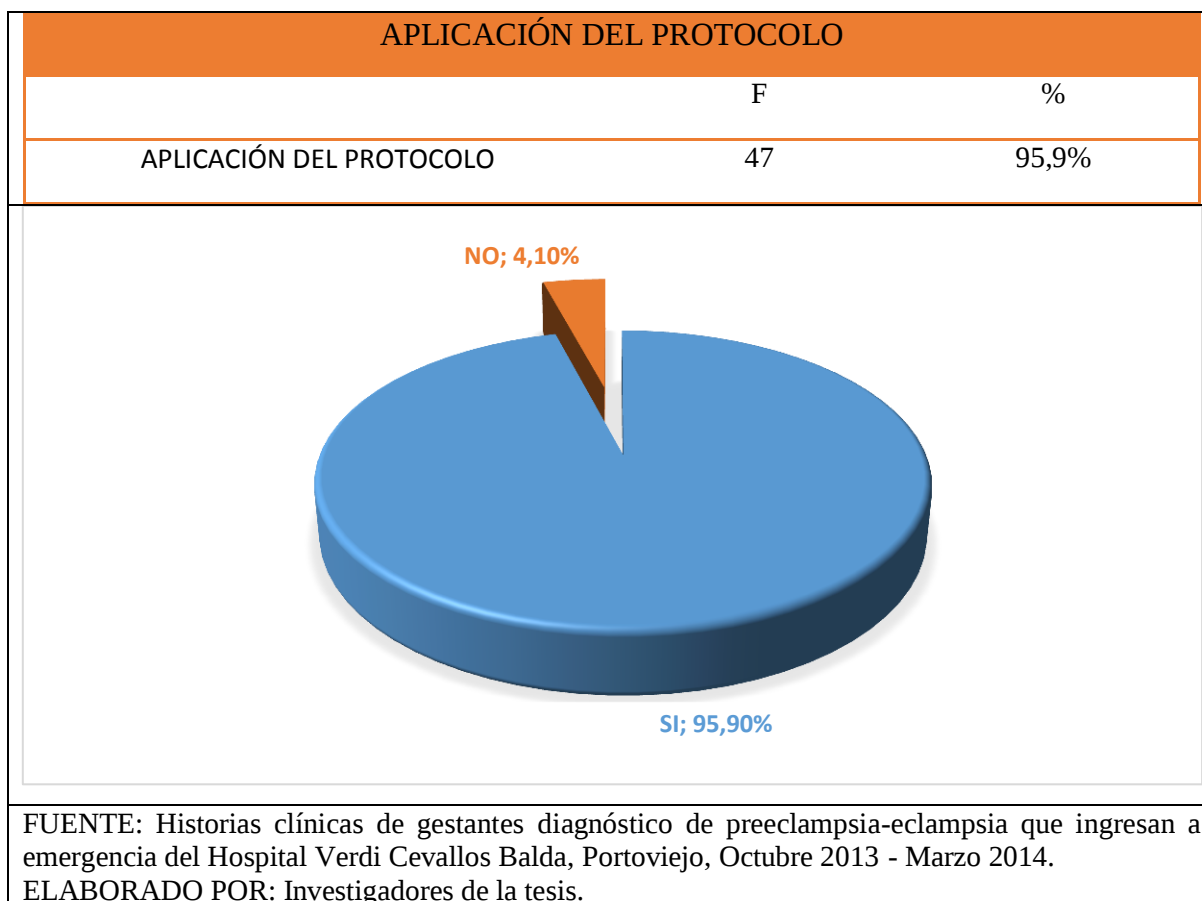
FUENTE: Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.

INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En cuanto al diagnóstico de egreso de las pacientes gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, tuvo mayor prevalencia la Preeclampsia severa

ocupando el 49%; seguido por la preeclampsia leve en el 38,8% de las pacientes; y con un mínimo porcentaje las pacientes evolucionaron a síndrome de Hellp 6,1%; la eclampsia se presentó en el 4,1%, hipertensión arterial crónica solo estuvo presente en el 2,1%. Dichos porcentajes están en relación a estudios realizados en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México. (Fred Morgan Ortiz, 2010).

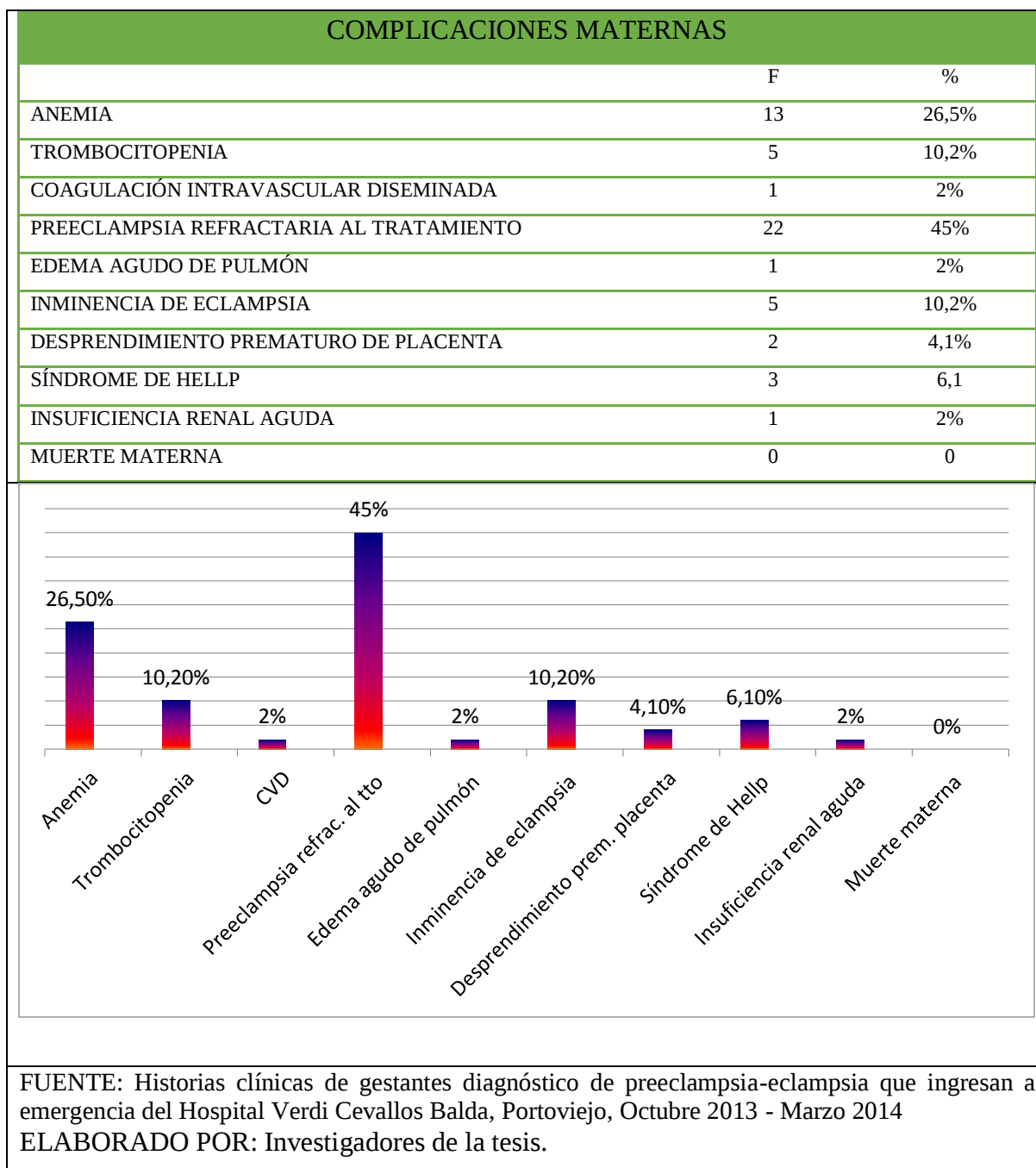
GRAFITABLA 22: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DEL MSP EN LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Con respecto al protocolo del MSP de manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo se verifico su aplicación en las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, destaca su aplicación con el 95,9% (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

GRAFITABLA 23: COMPLICACIONES MATERNAS QUE PRESENTARON LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.



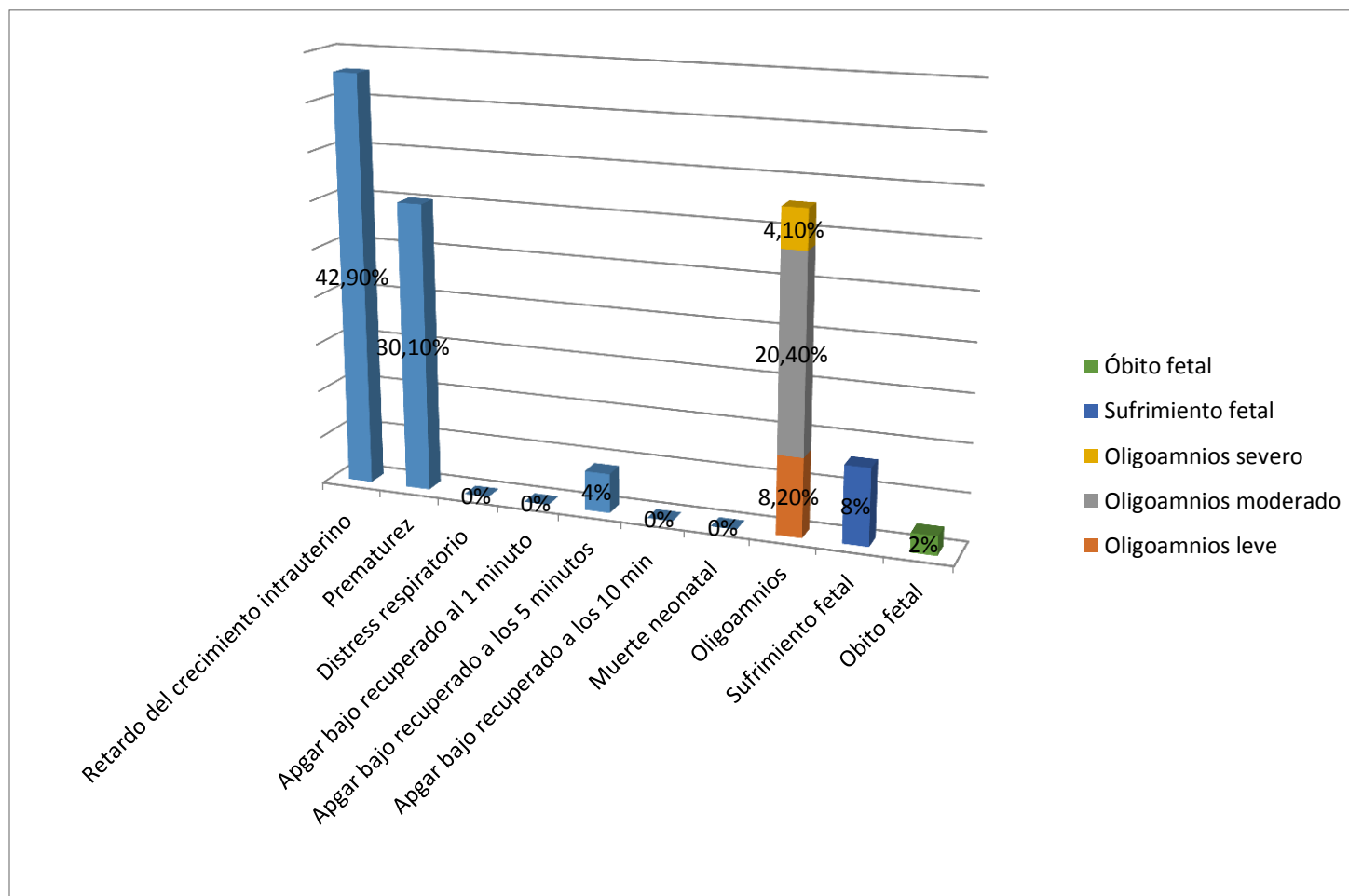
INTERPRETACION DE LA VARIABLE

En las complicaciones maternas que presentaron las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, la preeclampsia refractaria al tratamiento se encuentra representada por el 45%, seguido por la anemia en el 25%, la trombocitopenia como la inminencia de eclampsia alcanzaron ambas el 10,2%, el síndrome de Hellp y desprendimiento prematuro de placenta fueron complicaciones de menor proporción 6,1% y 4,1% respectivamente la coagulación vascular diseminada, el edema agudo de pulmón y la insuficiencia renal aguda, estas tres entidades individualmente solo complicaron al 1% afortunadamente no se reportaron muertes materna. Esto difiere de estudios realizados en otros países en los cuales el desprendimiento prematuro de placenta representa la mayor complicación seguida por la insuficiencia renal aguda y la encefalopatía hipertensiva (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012) (Malvino, 2011).

GRAFITABLA 24: COMPLICACIONES FETALES QUE PRESENTARON LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014

	COMPLICACIONES FETALES																							
															OLIGOAMNIOS LEVE		OLIGOAMNIOS MODERADO		OLIGOAMNIOS SEVERO					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO	21	42,9																						
PREMATUREZ			15	31,1																				
DISTRESS RESPIRATORIO					0	0																		
APGAR BAJO RECUPERADO 1 MINUTO							0	0																
APGAR BAJO RECUPERADO 5 MINUTOS									2	4,1														
APGAR BAJO RECUPERAD 10 MINUTOS											0	0												
MUERTE NEONATAL											0	0												
OLIGOAMNIOS															4	8,2	10	20,4	2	4,1				
SUFRIMIENTO FETAL																					4	8,2		
OVITO FETAL																							1	2

FUENTE: Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.

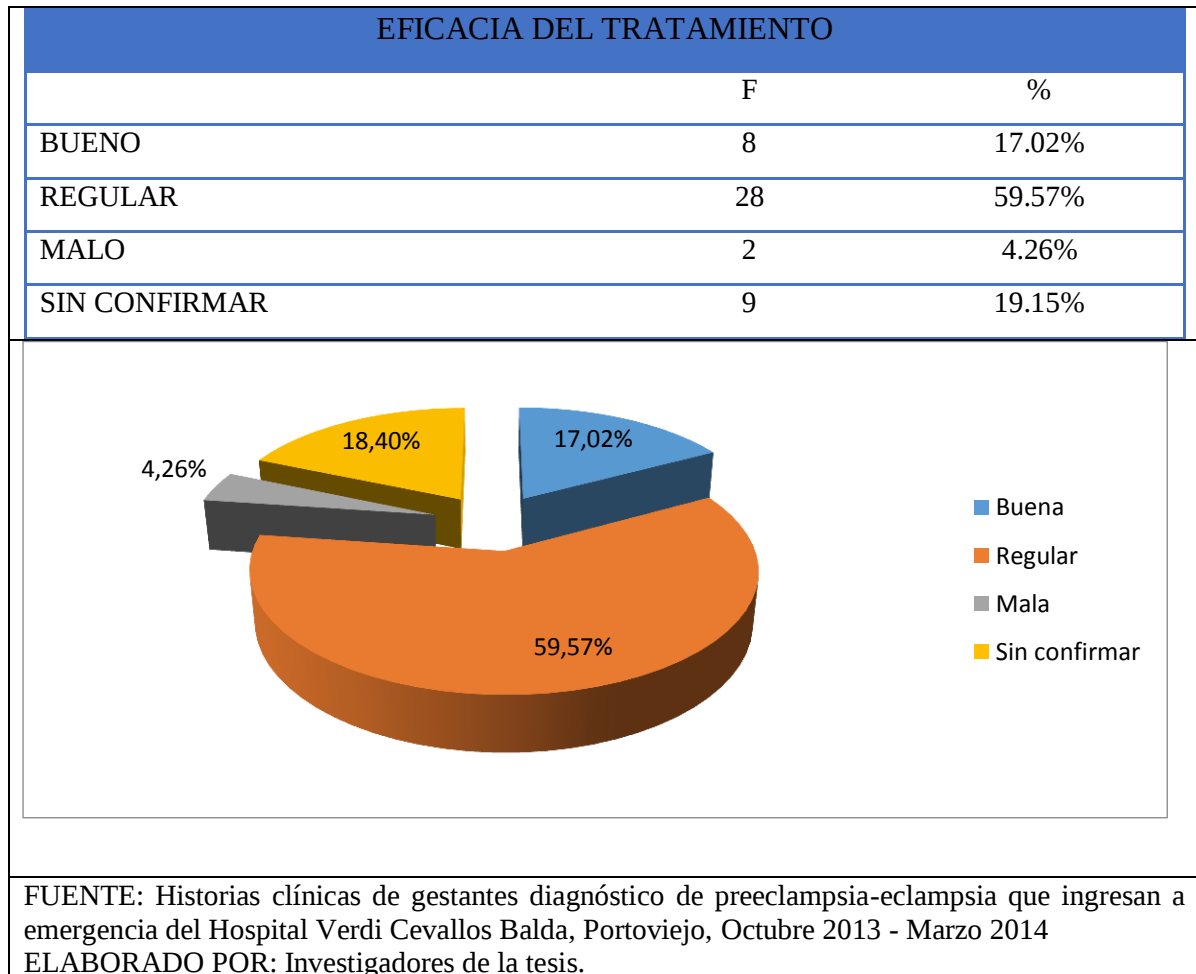


FUENTE: Historias clínicas de gestantes diagnóstico de preeclampsia-eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014
ELABORADO POR: Investigadores de la tesis.

INTERPRETACION DE LA VARIABLE

Entre las complicaciones fetales que se presentaron en las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014, en primer lugar el retardo de crecimiento intrauterino con 42,9%, seguido por la prematuridad con el 30,1%, el oligoamnios fue una complicación significativa con de 8,2% para el oligoamnios leve, 20,4% para el oligoamnios moderado y 4,1% para el oligoamnios severo; apgar bajo recuperado a los 5 minutos se presentó en el 4,1%, el sufrimiento fetal se presentó en el 8% de los casos y solo el 2% progresaron a óbito fetal; esto difiere de las investigaciones realizadas en otros países en los cuales la prematuridad tiene mayor porcentaje en las complicaciones fetales posteriores a preeclampsia (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012) (Dra. María Teresa Leis Márquez, 2012).

GRAFITABLA 25: EFICACIA QUE TUVO EL TRATAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL MSP, EN LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA INGRESADAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - MARZO 2014.



INTERPRETACION DE LA VARIABLE

La eficacia que tuvo el tratamiento de la presente investigación en el manejo de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia Eclampsia que ingresan a emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, Octubre 2013 - Marzo 2014; de manera mayoritaria fue regular en el 59.57%, buena en el 17.02%, mala en el 4.26%; no se confirmó la eficacia del tratamiento en 19.15% de las gestantes debido a que éstas fueron referidas a unidades con mayor capacidad resolutive en el área de gineco-neonatología y a que se presentaron casos de fuga y altas a petición.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En el presente estudio realizado en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo en su periodo de desarrollo octubre 2013 a marzo 2014 se identificaron 49 casos de gestante con trastorno hipertensivo gestacional preeclampsia-eclampsia; en el cual se determinó:

Las características generales que el mayor índice de estos trastornos gestacionales se presenta entre las edades de entre 15 a 24 años 47% pero no muy lejano a las edades de entre 25 a 34 años 43%, con mayor prevalencia se presenta entre las semanas 35-41.6 67% y la menor entre las semanas 20-24.6 7%, que la procedencia de las gestantes se presenta con ligera prevalencia en la zona urbana 36.74% de la rural 34.69%, que su nivel de educación con mayor frecuencia es secundaria 46.93% que predominaba el estado civil de unión libre 67,34%.

La mayoría de las gestantes no referían antecedente patológico personal 74% seguido de antecedentes como hipertensión arterial previa 10% preeclampsia 8% en último lugar se estableció la hipertensión arterial gestacional 2%. Referente a los antecedentes Gineco-Obstétricos el estudio reflejo que con mayor prevalencia no habrían tenido gestas previas 36.73%, en relación al número de partos supero el de ninguno 69.38% seguido del de > 2 14.28%, referente a cesáreas previas la mayoría no había tenido 69.38% seguido de 1 previa 18.36%; y con respecto a los abortos se determinó que la mayoría no presentaba abortos previos 75.51% seguido de aquellas que presentaban 1 con 18.36%.

En relación a los controles obstétricos se estableció que la mayor parte de ellas realizaron más de 6 controles previos con un 53.06% a pesar de esto no deja de ser significativo el número de gestantes que no realizan los controles obstétricos necesarios habiendo un 12.24% con tan solo 1 o 2 controles y un 2.04% ningún control. Entre los factores predisponentes para el desarrollo de estos trastornos denota que la falta de control obstétrico menos de 3 controles 22.45%; seguido de la presencia de sobrepeso u obesidad 14.60%, la diabetes mellitus previa no se evidencia que guarde un margen importante de relación con este trastorno durante el embarazo.

Se confirmó el cumplimiento del protocolo del Ministerio de Salud pública del Ecuador de manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo con el 95,9% a favor siendo así para el diagnóstico se tomó varios parámetros tal como lo establece el protocolo entre los cuales están los siguientes: Tensión Arterial de inicio >140/90 mm/Hg 67,35% >160/100 mm/Hg 32.65%; tirilla reactiva entre las pacientes se presentó mayor prevalencia con 51,02% +++ seguido de 26.53% + y no muy lejano con 22.45% ++; entre las pacientes un 24.49% presentaron plaquetopenia; el 46.94% presento HG < 11.5 mg/dl y en baja proporción con 4.08% se evidencio una HG <8 mg/dl, un 12.25% presento una marcada elevación de la LDH, y el 20.45% se denoto la elevación de las enzimas hepáticas (TGO/TGP).

Entre las sintomatologías se determinó que la cefalea está presente en el 46.9% de las pacientes; seguido por el dolor epigástrico presente en el 12.2%, y escaso porcentaje de sangrado transvaginal con un 2%; los acufenos, las alteraciones visuales y el incremento de peso por mes no destacaron en las pacientes investigadas. En cuanto al edema destacó la presencia de ++ 28.6% y +++ 20.4%. En la sintomatología urinaria prevalecen las ++ de bacterias en el examen microscópico de orina 22.5%. Entre otras sintomatologías se evidenció la presencia de vómitos 8%, los mareos y la fiebre con un mínimo porcentaje 2%, y ausencia de convulsiones.

En cuanto al tratamiento obstétrico no farmacológico que se aplicó tuvo mayor relevancia la dieta hiposódica 77,6%; la dieta normosódica se aplicó en menor porcentaje 14,2%, mientras que la restricción de la alimentación oral (NPO) se aplicó en el 4,1%; el reposo absoluto en cama fue aplicado en el 100% de las pacientes. En lo referente a las medidas de control de la salud fetal las ecografías fueron realizadas en el 81,3% de las pacientes; el monitoreo fetal anteparto se realizó en 100% de las gestantes, mientras que la ejecución del Doopler no obtuvo porcentaje en los datos estadísticos recolectados.

En el manejo conservador en embarazos menores de 34 semanas la administración de glucocorticoides se realizó de manera oportuna en el 30,6%; la elaboración de las pruebas de laboratorio seriado y el control de la diuresis por sonda vesical de manera estricta se realizó en el 100% de las gestantes.

El tratamiento obstétrico farmacológico se encuentra representado por la administración de nifedipino 10 mg vía oral (VO) cada 20 o 30 minutos según respuesta, dosis máxima 60 y 10 mg vía oral cada 6 horas para el mantenimiento 75.5 %; la asociación de nifedipino + alfametildopa estuvo presente en el 20,4%; y a un 4% de las pacientes. En el manejo preventivo de eclampsia y manejo de eclampsia, la administración de sulfato de magnesio 4 g iv en al menos 20 minutos y luego sulfato de magnesio iv a razón de 1 g/hora, se cumplió en el 91,83 % de las pacientes en estudio; mientras que la administración de sulfato de magnesio 6 g iv en 20 minutos y luego sulfato de magnesio iv a razón de 1,5 - 2 g/hora fue necesaria aplicarla en el 4,1% de las pacientes que evolucionaron a eclampsia.

El monitoreo clínico de las pacientes a quienes se les administra sulfato de magnesio como lo indica el protocolo se cumplió el seguimiento y control de: diuresis mayor a 100 ml/h, frecuencia cardíaca (para evitar bradicardia y posterior paro cardíaco), frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones/minuto y reflejo rotuliano presente, se cumplió en el 100%. En las gestantes <34 semanas se realizó tocolisis y maduración pulmonar fetal en el 93.75% de las gestantes no fue necesario aplicar el tratamiento para la intoxicación por sulfato de magnesio.

La vía de finalización del embarazo a la cual fueron sometidas tuvo mayor prevalencia en la intervención por cesárea de emergencia en el 67,3% en segundo lugar se encuentra la vía de finalización por parto vaginal eutócico en el 12,3% de las pacientes; la vía de finalización vaginal distócico tuvo un porcentaje del 1% y la cesárea programada el 0%; el 18,4% de las pacientes investigadas no fue posible registrar la manera en que finalizaron su embarazo, debido a la necesidad de referir a las pacientes a nivel de mayor complejidad resolutive a las altas petición y fugas

En las complicaciones maternas se evidencio que entre las principales encontramos la preeclampsia refractaria al 45%, anemia 25%, tanto la trombocitopenia como la inminencia de eclampsia alcanzaron ambas el 10,2%, el síndrome de Hellp 6,1% y desprendimiento prematuro de placenta y la eclampsia fueron complicaciones de menor proporción 4,1%; la coagulación vascular diseminada, el edema agudo de pulmón y la insuficiencia renal aguda, estas tres entidades individualmente solo complicaron al 1% de las gestantes; afortunadamente no se reportaron muertes materna debidas a las complicaciones.

En cuanto al diagnóstico de egreso tuvo mayor prevalencia la Preeclampsia severa 49%, seguido de preeclampsia leve 38,8%. Entre las complicaciones fetales se encuentra ocupando el primer lugar el retardo de crecimiento intrauterino 42,9%, seguido por la prematuridad 30,1%, oligoamnios moderado 20,4%, oligoamnios leve 8,2%, el sufrimiento fetal 8%, oligoamnios severo y el apgar bajo recuperado a los 5 minutos 4,1%, óbito fetal 2%.

La eficacia que obtuvo la aplicación del protocolo de manera mayoritaria fue valorado como regular 59.57%, esto debido que a pesar de su correcta aplicación la no disponibilidad de medicamentos antihipertensivos alternativos en el manejo de la crisis hipertensiva como la hidralazina y tan solo de nifedipino no se pudo obtener mejores resultados; la eficacia fue buena 17.02% y mala 4,26%; se obtuvo un porcentaje de casos sin confirmar su eficacia 19.15% debido a que las gestantes fueron referidas a unidades con mayor capacidad resolutive en el área de gineco-neonatología y a que se presentaron casos de fuga y altas a petición.

Se determinó facilitar información acerca de los trastornos hipertensivos gestacionales mediante la entrega de libros a la biblioteca central de la Universidad Técnica de Manabí, gracias a la beca facilitada por esta alma mater.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda prestar importancia durante los controles gestacionales a pacientes en edades extremas de la vida sobre todo en aquellas jóvenes entre 15 a 24 años, pesquisar estos trastornos durante semanas gestacionales mayores a las 35, que gracias a este estudio hemos evidenciado que estos tipos de trastornos gestacionales no diferencia procedencia, nivel de educación, estado civil e incluso se puede presentar en aquellas gestantes sin antecedentes patológicos personales ni gineco-obstétricos que por ello es necesario sospechar su presencia en todas las embarazadas, no obstante se debe prestar atención a aquellas gestantes con antecedente de hipertensión arterial crónica y preeclampsia. Referente a los antecedentes. Que es significativa la presencia de estos trastornos hipertensivos en gestantes con falta de control obstétrico y aquellas con sobrepeso u obesidad.

Gracias a este estudio se puede recomendar mantener la aplicación del protocolo de los trastornos hipertensivos gestacionales del MSP ya que gracias a estos se puede realizar un buen diagnóstico y así establecer un tratamiento adecuado, resaltamos así como también lo establece el protocolo tomar cuidado en aquellas pacientes con cefalea, epigastralgia, edema ++ ya que nuestro estudio evidencio la importante asociación de estos síntomas con estos tipos de trastornos..

Orientar a las gestantes sobre la importancia que tiene acudir a los controles mensuales de su embarazo, con la realización de estudios de imagen (ecografías), exámenes de laboratorio, control de signos vitales de manera constante; y notificar cualquier alteración o cambio que noten conforme su embarazo. Insistimos en mantener tal como lo establece el protocolo el monitoreo fetal anteparto, el manejo conservador en embarazos menores de 34 semanas con la administración de glucocorticoides el manejo preventivo de eclampsia y manejo de eclampsia con administración de sulfato de magnesio, el monitoreo clínico de las pacientes a quienes se les administra sulfato de magnesio para de esta manera evitar las complicaciones antes mencionada.

Además se recomienda al gobierno nacional y a los directivos de las diferentes entidades de salud la mayor disponibilidad de fármacos antihipertensivos como la hidralazina y alfametildopa e incluso gestionar la importación de labetalol ya que como lo refiere la guía es un fármaco muy eficaz para el tratamiento de las crisis hipertensivas, ya que tan solo en la unidad de estudio se contaba con la presencia de nifedipino que a pesar de haberse aplicado como lo establece la norma no se evidencio mayor eficacia tan solo con su utilización. También encaminar las gestiones hacia una mayor disponibilidad de las áreas de neonatología en cada provincia para aquellas pacientes que tengan que culminar su embarazo que a pesar del correcto manejo del trastorno este no sea superado.

Se recomienda la disponibilidad de estos protocolos y demás libros para el manejo de los trastornos hipertensivos gestacionales que se donó a la biblioteca central de la Universidad Técnica de Manabí, para que el personal médico y futuros colegas tenga conocimientos actualizados de los principales factores predisponentes en una mujer gestante para desarrollar ésta enfermedad, que se actúe conforme al protocolo del MSP en el manejo de preeclampsia-eclampsia, lo cual permita un manejo adecuado, oportuno y uniforme de las pacientes con estos trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

Ayala DE, H. R. (07 de Julio de 2007). *Elsevier* . Recuperado el 29 de Septiembre de 2013, de Trastornos hipertensivos del embarazo, Revista progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 70, No. 7: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/trastornos-hipertensivos-embarazo-13108003-protocolos-sego-2007>

Carlos Altamirano Vergara, H. C. (2012). *Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Recuperado el 17 de Enero de 2014, de PREECLAMPSIA: FACTORES DE RIESGO Y RESULTANTE MATERNO-NEONATAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/546/1/T-UCSG-PRE-MED-7.pdf>

Charry, A. A. (noviembre de 2012). *bdigital*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2013, de Obstetricia Integral Siglo XXI, Trastornos Hipertensivos Del Embarazo: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/12/9789584476180.10.pdf>

Dirección Nacional de Maternidad e infancia. (Septiembre de 2010). *Sociedad Argentina Hipertension en el Embarazo*. (D. A. Lapidus, Editor) Recuperado el 21 de Octubre de 2013, de Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertension en el Embarazo: http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Guia_Hipertension.pdf

Dr. Alfredo Vázquez Vigoa, D. G. (24 de Marzo de 2008). *Revista médica Cubana*. Vol 44 . Recuperado el 13 de Noviembre de 2013, de Trastornos Hipertensivos del Embarazo: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol44_3-4_05/med103-405.pdf

Dra. María Teresa Leis Márquez, D. M. (Junio de 2012). *medigraphic*. Recuperado el 16 de Enero de 2014, de Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Guías de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia-Eclampsia: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom106f.pdf>

Fred Morgan Ortiz, S. A. (2010). *medigraphic* . Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de Departamento de Tococirugía del Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México, Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2010/gom103b.pdf>

INEC. (2012). *ecuadorencifras*. Recuperado el 29 de septiembre de 2013, de Instituto Nacional de Estadísticas y Censo 2012: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (07 de Abril de 2013). *Estadísticas a propósito del Día Mundial De La Salud*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2013, de inegi: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf>

Jeddú Cruz Hernández, P. H. (23 de Abril de 2007). *bvs*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2013, de Rev Cubana Med Gen Integr 2007, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi12407.html

Juan Fernando Romero-Arauz, E. M.-B.-E.-P. (2012). *medigraphic*. Recuperado el 2 de Junio de 2014, de Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, Distrito Federal, México. Guía de práctica clínica Preeclampsia-Eclampsia: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im125v.pdf>

Malvino, D. E. (2011). *Obstetriciacritica* . Recuperado el 14 de Agosto de 2014, de Preeclampsia Grave y Eclampsia: http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf

Mario Joaquín López Carbajal, M. E. (2012). *medigraphic* . Recuperado el 15 de Diciembre de 2013, de Rev Med Inst Mex Seguro Soc Factores de riesgo asociados con preeclampsia: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im125d.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (octubre de 2013). *msp*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2013, de Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía de Práctica Clínica 2013: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf

Mora-Valverde, J. A. (2014). PREECLAMPSIA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (602)* 193-198, 2012, 195.

MSc. Juan Suárez González, M. M. (18 de Febrero de 2012). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Recuperado el 14 de Enero de 2014, de Outcomes of patient care at risk of preeclampsia-eclampsia: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin03312.htm

Palacio, M. A., & Botel, M. L. (17 de Junio de 2010). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Recuperado el 21 de Febrero de 2014, de Incidence of some risk factors in pre-eclampsia with severity signs: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n3/gin06310.pdf>

Ruiz, C. M. (2011). *Dialnet* . Recuperado el 28 de noviembre de 2013, de Revista Peruana de Epidemiología, Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994849>

Sandra Hernández, D. G. (11 de Junio de 2013). *Hospita Materno Infantil Sant Joan de Deu*. Recuperado el 14 de Mayo de 2014, de GUIAS CLÍNICAS MEDICINA MATERNO FETAL: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/hipertensi%F3n%20y%20gestaci%F3n.pdf

Torre, M. E. (2010). *Escuela Superior Politécnica de Chimborazo*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2008 A ENERO 2009: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>

Víctor Manuel Vargas, G. A. (5 de Mayo de 2012). *REV CHIL OBSTET GINECOL scielo* . Recuperado el 5 de noviembre de 2013, de La preeclampsia un problema de salud pública mundial: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n6/art13.pdf>

CRONOGRAMA PRESUPUESTADO

ACTIVIDADES	2013 / 2014																												PRESUPUESTO
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				
	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	
Elaboración y del presentación proyecto			X	X																									20,00
Aprobación del proyecto					X																								5,00
Diseño y desarrollo del marco teórico					X																								20,00
Recolección de información						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										160,00
Resultados de la información								X				X				X	X												80,00
Tabulación, elaboración e interpretación de los cuadros y gráficos estadísticos.																				X	X	X	X						100,00
Donación de protocolos y libros a la biblioteca central de la UTM																													6000,00
Elaboración y del presentación informe final.																				X	X	X	X	X				X	200,00
TOTAL																												6.585,00	

ANEXOS

FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Características generales:

Historia Clínica _____ Fecha _____ Edad _____
Edad Gestacional: _____ Procedencia: urbano _____ urbano-marginal _____ rural _____
Escolaridad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____
Antecedentes patológicos personales:

Antecedentes patológicos familiares:

Factores Obstétricos

Gestas anteriores _____ partos anteriores _____ cesáreas anteriores _____
Control de embarazo actual?
Si: _____ Cuantas veces: _____ No: _____

Factores predisponentes:

Obesidad _____ HTA previa _____ Edad materna avanzada _____ Falta de control prenatal _____

Método de diagnóstico

TA inicio: _____ Tirilla: _____ Transaminasas: _____ Plaquetas _____ BH _____
LDH: _____ proteínas en 24h _____

Sintomatología.

Cefalea _____ Acufenos _____ Dolor epigástrico _____ Alteraciones visuales _____
Incremento de peso por mes _____ Edema _____

Tipo de trastorno hipertensivo (diagnostico de ingreso)

Hipertensión gestacional _____ Preeclampsia leve _____ Preeclampsia severa _____
Eclampsia _____ Hipertensión arterial crónica _____ Hipertensión arterial crónica mas
Preeclampsia sobreañadida _____ Síndrome de Hellp _____

Tratamiento obstetrico:

Tratamiento no farmacológico cual: Control de signos vitales maternos _____ Control de frecuencia cardiaca fetal _____ Reposo absoluto _____ Dieta hiposodica

Tratamiento farmacológico cual: Antihipertensivo _____ Antihipertensivo +corticoides+ sulfato de magnesio _____ Antihipertensivo + Corticoides Antihipertensivos + oxitocina _____ Antihipertensivo + sulfato de magnesio+ Antihipertensivo + corticoides + antibióticos + sulfato de magnesio _____ Antihipertensivo + oxitocina + antibiótico.

Vía de finalización del embarazo cual: vaginal eutócico _____ vaginal distócico _____ cesárea de emergencia _____ cesárea programada

Aplicación del protocolo:

Si _____ No _____

Complicaciones:

Materna cual: Anemia _____ Trombocitopenia _____ CID _____ Preeclampsia refractaria al tratamiento _____
Edema Agudo de pulmón _____ Inminencia de Eclampsia _____ Desprendimiento prematuro de placenta _____
Insuficiencia renal aguda _____ Muerte materna _____

Fetal cuàl: Retardo del crecimiento intrauterino____ Prematurez____ Distress respiratorio____ Apgar bajo recuperado al 1 minuto____ Apgar bajo recuperado a los 5min____ Apgar bajo recuperado a los 10 min____ Muerte neonatal

Eficacia:

Buena _____ Regular _____ Mala _____



VERIFICACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO



APLICANDO EL PROTOCOLO, EN LA VALORACION DE LAS PACIENTES



CONSTATANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO



DETERMINANDO LA EFICACIA DEL PROTOCOLO



RECOLECCION DE DATOS EN EL AREA DE ESTADISTICA



APLICANDO LAS FICHAS DE RECOLECCION DE DATOS