

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TEMA

**TRASTORNOS HIPERTENSIVOS
DEL EMBARAZO Y FACTORES DE RIESGO
EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL NICOLÁS COTTO INFANTE**

TUTOR ACADÉMICO

**DR. ESCUDERO CASTRO ANDRÉS
FERNANDO**

ESTUDIANTE

CHELE CALLE JOHN ISIDRO

TITULO

**TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO
Y FACTORES DE RIESGO
EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NICOLÁS COTTO INFANTE**

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme la fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quiénes por ello soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi señor padre que en este último año de carrera estuvo más pendiente que antes, me dio el 100 % de él.

A mi señora madre que toda su vida estuvo presente, que desde el cielo me dio las fuerzas para terminar mis objetivos como estaría feliz si estuviera con vida.

A mi esposa que me ayudó incondicionalmente en todo los momentos.

A mi hijo que es mi razón de lucha para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a Dios por ser mi guía por darme la oportunidad de cumplir mis metas, a mi padre Isidro Chele ya que este proyecto de tesis no hubiera sido posible sin su ayuda a mi madre Loira que desde el cielo me envía fuerza y bendiciones para poder haber terminado este proyecto.

Y en general a los dos por todo el amor y apoyo incondicional que siempre me han dado.

Agradezco inmensamente a todas las personas que colaboraron en este proyecto, a mi tutor de tesis Andrés Escudero por su paciencia, ayuda y aporte en la realización del trabajo.

A mi compañera y madre de mi hijo por su ayuda en los momentos de tensión, a mi hijo Jhon Londres por ser la luz que ilumina mi vida.

En sí siempre estaré gradecido a Loira, Isidro, Cinthya, Jhon y mi tutor Andrés.

INDICE

Carátula	
Título	
Certificación de tutor de tesis	
Página de aprobación del Tribunal de trabajo de Titulación	
Declaración de Autoría	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Índice	
Introducción	7
Capítulo I	8
El problema	8
Planteamiento del problema	8
Justificación	8
Formulación del problema	9
Objetivos Generales	9
Objetivos Específicos	9
Capítulo II	10
Marco Teórico	11
Antecedentes	12
Concepto de Hipertensión	14
Incidencia	15
Clasificación	16
Edema pulmonar	16
Fundamentación Teórica	17
Base Legal	17
Hipótesis	26
Variables	26
Capítulo III	27
Materiales y Métodos	27
Metodología	28
Técnicas de Recolección de Datos	28
Materiales	28
Universo y Muestra	28
Viabilidad	28
Operacionalización de las Variables	29

Capitulo IV Marco administrativo	34
Talento Humano	34
Recursos técnicos y tecnológicos	34
presupuesto	35
cronograma de actividades	36
conclusiones y recomendaciones	37
Recomendaciones	38
Capítulo V	39
Propuesta	39
Bibliografía	48
Anexos	49

INTRODUCCIÓN

En nuestro país la hipertensión inducida por la gestación es una causa importante de morbilidad materno perinatal y pese a la gran importancia de los trastornos que conlleva esta patología, su etiopatogenia no ha sido aclarada y la interrupción de la gestación sigue siendo la única intervención capaz de detener el proceso fisiopatológico de la enfermedad.

En vista de que aún no se conoce la patogénesis de la preeclampsia, nuestras estrategias, nuestras estrategias para la prevención son limitadas, sin embargo el conocimiento sobre los signos y síntomas de la preeclampsia aseguraría que la gestante acuda inmediatamente al establecimiento de salud para el manejo adecuado y oportuno de esta patología, reduciendo así la morbilidad materno perinatal.

Se estima que la mortalidad materna en el Perú es de 93 por cada 100 mil nacidos vivos, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013), la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere 185 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, lo que representa un importante descenso.

Según la publicación de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, “Trenda in maternal mortality: 1990 to 2010” la razón de mortalidad materna para Perú es de 67 por 100.000 nacidos vivos; así mismo, refieren que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna.

En el año 2012 las causas directas de muerte maternas registradas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA fueron, hemorragia en 40,2 5%, HIE en 32%; aborto.

El objetivo de este trabajo de investigación es identificar los factores de riesgos que determinan la aparición de los trastornos hipertensivos en las mujeres embarazadas mediante la revisión de historia clínicas del HOSPITAL NICOLÁS COTTO INFANTE del Cantón Vinces en el período de mayo 2015 y marzo 2016 para plantear medidas de prevención.

La metodología que se llevará a cabo en este estudio es cuantitativa, transversal, retrospectiva y descriptiva porque los resultados se los realizará de manera estadística y numérica en el programa de Excel para su posterior análisis y cualitativa porque se basa en la descripción y observación de los principales factores de riesgos y trastornos hipertensivos del embarazo.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema: Identificación del Problema

En esta investigación llamada trastornos hipertensivos del embarazo y factores de riesgo al momento de plantear el problema y la identificación del mismo es necesario e importante señalar que se llevará en el Hospital Nicolás Cotto Infante ubicado en Vinces Provincia de Los Ríos de la República del Ecuador.

Señalamos que los embarazos tienen diferente tipos de riesgo como podríamos señalar muchos, pero esta investigación nos hace señalar todos los trastornos hipertensivos; trastorno que se dan en la sociedad ecuatoriana en estadística señalada de una globalizada del 70 al 80% a nivel nacional, pero como la investigación nos va a servir para la titulación de un grado académico en este caso médico sólo tenemos que tomar muestras de todos los trastornos hipertensivos que se van a dar en el Hospital Nicolás Cotto Infante ubicada en el cantón de Vinces; tomaremos una media aritmética que será medible según un censo que nos arrojará un resultado estadístico.

JUSTIFICACIÓN

El tema a investigar son los Trastornos Hipertensivos del embarazo porque esto nos permitirá identificar los factores de riesgo que determinan la aparición de los trastornos hipertensivos mediante las historias clínicas esto nos servirá para cuantificar el

porcentaje de las mujeres embarazadas del hospital Nicolás Cotto Infante del cantón Vinces

Las técnicas de recolección de información se basaron en la revisión documental (historias clínicas) y la aplicación de una encuesta previamente validada por expertos. A través de estos métodos se consignaron variables que permitieron identificar los factores en los trastornos hipertensivos de las gestantes.

Preguntas de Investigación

- 1.- ¿Cuáles son las principales causas de hipertensión en las mujeres de gestación?
- 2.- ¿Los antecedentes familiares de hipertensión aumentarán la frecuencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo?
- 3.- ¿Mediante las historias clínicas se puede determinar el porcentaje de mujeres embarazadas con hipertensión?
- 4.- ¿Será que la falta de controles en las pacientes gestantes aumentarán la regularidad de trastornos hipertensivos en el embarazo.

Formulación del Problema

¿Cómo influyen los trastornos hipertensivos del embarazo y sus factores de riesgos en el Hospital Nicolás Cotto Infante del cantón de Vinces de la Provincia de los Ríos en el año 2015-2016?

2.-OBJETIVOS GENERALES

Identificar los factores de riesgos que determinan la aparición de los trastornos hipertensivos en las mujeres embarazadas del HOSPITAL NICOLÁS COTTO INFANTE del Cantón Vinces en el período de mayo 2015 y marzo 2016 mediante la revisión de historia clínicas para plantear medidas de prevención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar las principales causas de hipertensión en las mujeres de gestación.

Identificar la frecuencia de los antecedentes familiares de hipertensión en las mujeres embarazadas.

Cuantificar el porcentaje de mujeres embarazadas con hipertensión.

Determinar la regularidad de controles prenatales en las pacientes con trastornos hipertensivos en el embarazo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En Europa los trastornos hipertensivos del embarazo son frecuentes y contribuyen al aumento de la morbilidad materno-fetal junto a otras complicaciones como hemorragias e infecciones (Cunningham, 2008).

Las referencias a las convulsiones de la mujer gestante pueden encontrarse en los escritos médicos de la antigua China, India, Egipto y Grecia. Concretamente, Hipócrates en el siglo IV aC se refirió a la gravedad que representaba la aparición de convulsiones en una embarazada. Es recién en el siglo XVII que se diferencian las convulsiones de la embarazada de la epilepsia y la palabra *eclampsia* aparece entre 1619 (Varandeu) y 1739 (De Sauvages), haciendo referencia al término griego *éklampsis* que significa brillantez, destello, fulgor o resplandor, para referirse al brusco inicio de las convulsiones. Desde entonces y hasta la actualidad, a pesar de los enormes avances en los conocimientos biomédicos, la comprensión de la etiopatogenia de la preeclampsia-eclampsia continúa siendo muy pobre.

La clasificación más difundida de los trastornos hipertensivos que se presentan en el embarazo fue realizada por el Comité de Terminología del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (1972), revisada por el grupo de trabajo sobre hipertensión en

el embarazo, del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (1990), en la cual se consideran:

1. Pacientes que cursan con HTA crónica.
2. Aquellas que presentan el síndrome preeclampsia-eclampsia.
3. Las que tienen la preeclampsia sobrepuesta con HTA crónica y, por último,
4. Las que sólo manifiestan HTA transitoria

Anormalidad	Leve	Severa
Maternal		
Presión sanguínea sistólica	< 160 mm Hg	> 160-180 mm Hg
Presión sanguínea diastólica	< 100 mm Hg	110 mm Hg o más
Proteinuria	1-2 +	3-4 +
En orina recolectada de 24 h	300 mg	5 mg
Oliguria (< 500 ml/24 h)	Ausente	Presente
Edema Pulmonar	Ausente	Presente
Trombocitopenia	Ausente	Presente
Dolor de cabeza	Ausente	Presente
Disturbios Visuales	Ausente	Presente
Elevación de enzimas hepáticas	Mínima	Marcada
Fetal		
Disminución del crecimiento	Ausente	Presente

Tabla 1
Severidad de la preeclampsia

En México la prevalencia de hipertensión arterial sistémica (HAS) es de 30% según la Encuesta Nacional de Salud en el año 2000; siendo esta baja en el grupo de mujeres entre 20 a 34 años de edad.

Sin embargo, a pesar de ser sanas en su gran mayoría, ellas pueden presentar enfermedad hipertensiva durante el embarazo en cualquiera de sus formas, por lo resulta importante la prevención primaria de la hipertensión arterial para disminuir la mortalidad materna, la cual es de 62.6 muertes maternas por cien mil nacidos vivos 2004.

Atribuible a los trastornos hipertensivos del embarazo en un 31.6% entre morbilidades reportadas en el año 2003 (por ejemplo hemorragia en el embarazo y parto).

En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas han sido asociadas con las complicaciones derivadas de los trastornos hipertensivos gestacionales; preeclampsia y eclampsia destacan como principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En Brasil, los datos demuestran que de los THE, pre-eclampsia es la complicación más frecuente durante el embarazo y el parto, alrededor del 5-10% de los embarazos, y que es la principal causa de muerte materna y fetal.

La PE es una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo, situación de la que Colombia no es ajena. La proporción de mortalidad materna que ocurrió en el 2006 por cuenta de la PE varía dependiendo de la base poblacional analizada: 23,8% en toda la población del país a 50% en las instituciones de tercer nivel. Usualmente se encuentra a la PE como la primera causa específica de muerte materna en Colombia, seguida por la hemorragia postparto. Gran parte de la documentación que existe sobre el papel de la PE en la mortalidad materna está dada por el esfuerzo que se adelanta en muchos países para reducir el problema; en Colombia, esto está representado por el Plan de Choque para Reducir la Mortalidad Materna.

En Perú los trastornos hipertensivos asociados al embarazo pueden aparecer hasta en 22% de los embarazos. La preeclampsia se presenta en cerca de 8% de los embarazos y una tercera parte son embarazos con una edad gestacional inferior a las 34 semanas. El tratamiento definitivo conocido para la preeclampsia es la interrupción del embarazo, que representa la culminación de la patología para la madre, pero puede ser de gran riesgo para el recién nacido por la prematuridad y con ella la alta morbilidad y mortalidad neonatal.

En Chile, incentivaron el desarrollo de esta investigación, la cual tuvo por objetivos identificar factores de apoyo y estrés psicosocial en adolescentes embarazadas, así como también establecer la asociación entre estos factores psicosociales y la presencia y/o

ausencia de SHE y/o SPP en puérperas adolescentes atendidas en los Hospitales (Chillan 2007).

Las políticas de salud del país definen a la preeclampsia/eclampsia como complicaciones del embarazo relacionadas con aproximadamente el 5% de los casos de muerte materna (ocupando el cuarto lugar, luego de las hemorragias, infección y aborto). La bibliografía internacional hace referencia a que la ocurrencia de los trastornos hipertensivos del embarazo oscilan entre frecuencias de 2 a 35%, dependiendo del nivel socioeconómico de los países, sin embargo, en la casuística revisada durante dos años en el Hospital La paz, solamente se encontraron 71 casos.

En 2008 las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y cirrosis), los accidentes de transporte terrestre y las agresiones fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador. La influenza y la neumonía son las únicas enfermedades transmisibles que figuraron entre las diez principales causas de muerte. Esto refleja un proceso de transición epidemiológica donde coexisten los problemas crónicos no trasmisibles y las enfermedades transmisibles. El cuadro en mujeres era similar al nacional (cuadro II). Las cuatro primeras causas de mortalidad eran la diabetes mellitus, las enfermedades hipertensivas, las enfermedades cerebro-vasculares y la influenza y neumonía, responsables de 25% de las muertes totales. En el caso de los hombres, las principales causas de muerte fueron los accidentes de transporte terrestre y las agresiones, responsables de 12% de las muertes totales (cuadro III). A estas causas le siguieron las enfermedades isquémicas del corazón, los padecimientos cerebro-vasculares, la influenza y neumonía, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales.

Según un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel, la Preeclampsia se observa en el 0,2-0,5% de todos los nacimientos y puede complicar hasta el 1,5% de los embarazos. La Preeclampsia y Eclampsia se produce anteparto en 46,3% de los casos, intraparto en un 16,4% y posparto en un 37,3%. La incidencia de preeclampsia recibe la influencia de varios factores

demográficos que incluyen paridad, atención prenatal, raza, enfermedades médicas y edad de la mujer, surge con mayor frecuencia en nulíparas y malnutridas, otros grupos de alto riesgo incluyen menores de 18 años de edad. (PÉREZ 2013)

Este estudio se realizara en la Provincia de los Ríos en el cantón Vinces de la República del Ecuador. Buscando mejorar el área de salud de este sector. Bajo la expresión de trastornos HIPERTENSIVOS de la gestación se agrupan una extensa gama de procesos que tienen de común la existencia del signo de la hipertensión.

Estos trastornos HIPERTENSIVOS constituyen un problema de salud, la tercera causa de muerte materna en los países desarrollados y la primera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, lo cual representa 4 defunciones x 100 000 nacimientos y 150 o más defunciones x 100 000 nacimientos, respectivamente. Son también causa de muerte fetal y neonatal, así como de recién nacido (RN) con bajo peso al nacer.

2 tipos principales de hipertensión durante el embarazo.

La hipertensión que aparece por primera vez durante la gestación a partir de las 20 semanas, en el trabajo de parto o el puerperio y en la que la presión se normaliza después de terminar la gestación.

El embarazo que aparece en mujeres con hipertensión crónica esencial o secundaria a otra enfermedad. La presión arterial de las embarazadas sufre cambios durante el día (ritmo circadiano) y a través de todo el embarazo.

Se han hecho algunos estudios que describen los cambios de la presión arterial durante todo el embarazo y se acepta de una forma general que la presión arterial comienza a disminuir a finales del primer trimestre, alcanza su nivel mínimo en el segundo trimestre y aumenta de nuevo al comenzar el tercero, para alcanzar su punto máximo al término del embarazo. La magnitud del incremento tensional en el tercer trimestre depende además de otros factores tales como la posición de la mujer; ruido de Korokoff que se considere; *stress*; momento del día en que se mide la TA y así, los demás factores planteados por Sibai.

Es importante señalar que las tensiones diastólicas que excedan de 75 mm Hg en el segundo trimestre y 85 mm Hg en el tercer trimestre requieren una observación cuidadosa.

Concepto de hipertensión: Se considera que existe hipertensión cuando se encuentran cifras tensionales de 140/90 mm Hg o más en tomas consecutivas con un intervalo de 6 h, o en tres tomas aisladas después de permanecer en un ambiente tranquilo; sentada durante 5 min, sin fumar o ingerir café por lo menos 30 min antes, en pacientes con 18 años o más; cifras igual o mayor de 138/88 en pacientes entre 16 y 17 años tomadas en iguales condiciones ó 136/86 en pacientes entre 13 y 15 años.

No hay uniformidad de criterio en relación con la forma en que se debe medir y el ruido de Korokoff que se debe tomar. La OMS recomienda la toma de la TA en la posición sentada y utilizando el IV ruido de Korokoff. En nuestro país se recomienda la toma de la TA en la posición sentada o acostada en decúbito lateral izquierdo, colocando el manguito en el brazo derecho a nivel de las aurículas y tomando como TA diastólica el IV ruido de Korokoff.

Incidencia: Los trastornos HIPERTENSIVOS de la gestación se consideran como las complicaciones médicas más frecuentes de la gestación. En nuestro país la incidencia encontrada en la Encuesta de Problemas Perinatales en 1973 fue del 20 %, de los cuales 12 % se clasificaron dependientes de la gestación y el 8 % como crónicas. Posteriormente en 1981 se llevó a cabo la Encuesta de Riesgo Obstétrico, encontrando en esta ocasión una incidencia de 12 % de trastornos HIPERTENSIVOS de los cuales 8 % se clasificaron como dependientes de la gestación y el 4 % crónicas.

Clasificación: Se ha intentado clasificar los trastornos HIPERTENSIVOS durante la gestación, y el Grupo de Trabajo de la OMS recomienda la clasificación del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en (1972) e identifica 4 categorías propuestas en el Manual de Procedimientos de Obstetricia en nuestro país:

- Pre eclampsia-eclampsia
- Hipertensión crónica
- Hipertensión crónica con pre eclampsia-eclampsia sobreañadida.

- Hipertensión gestacional o transitoria del embarazo.

La mortalidad y morbilidad materna y perinatal, están en relación con el grado de la enfermedad.

El síndrome de HELLP se considera una complicación del pre eclampsia o eclampsia, pero en ocasiones no guarda relación con el grado o incremento de la presión arterial, el ácido úrico y la proteinuria, de tal manera que pacientes con síndrome de HELLP del grupo I pueden presentar presiones arteriales moderadas y proteinuria ligera. La razón de esta disparidad es desconocida, pero puede reflejar el fundamento fisiopatológico entre pacientes con enfermedad típica o atípica.

El edema cerebral secundario a la hipertensión por pérdida de la autorregulación puede causar herniación cerebral de diferentes tipos, el cual puede manifestarse por déficit neurológico focal, focos de enlentecimiento en el electroencefalograma, alteraciones de la conciencia o hipertensión intracraneal.

En ocasiones el edema cerebral progresivo puede estar asociado con una bien intencionada terapéutica de líquidos para corregir la oliguria en el puerperio inmediato.

Edema pulmonar: El edema pulmonar no surge como complicación aislada en el pre eclampsia, sino que aparece comúnmente junto con múltiples disfunciones de órganos.

La lesión vascular miocárdica siempre es un posible riesgo en pre eclampsia. Los cambios encontrados en la microvasculatura del corazón, similares a los encontrados en el endotelio del lecho placentario, los vasos limítrofes uterinos y los glomérulos renales, así como los recientes cambios en la estructura mitocondrial celular del músculo liso de pacientes con pre eclampsia, pueden hallarse también en las células musculares del corazón. Esto aclara también que no toda fisiopatología del fallo congestivo en el pre eclampsia es consecuencia de un aumento de la resistencia vascular periférica.

FACTORES DE RIESGO

Entre los pre-concepcionales tenemos 4 subtipos:

Primero: Nuliparidad, por lo general la pre-eclampsia es una enfermedad del primer embarazo. En estudios realizados por Robillard en 1994, se estableció que un embarazo normal disminuía la posibilidad de HAIE en los próximos embarazos, incluso, el antecedente de aborto previo, provee alguna protección a este respecto (27).

Segundo: Los antecedentes de pre-eclampsia previa, predisponen a HAIE en futuros embarazos, en particular cuando la pre-eclampsia se presenta antes de las 30 semanas de gestación, si fue grave, o si se vinculó con bajo peso al nacer del producto de la concepción, de acuerdo a un estudio noruego realizado por Sammour (28).

Sibai (29), relaciona la edad con la alta incidencia de la enfermedad, siendo más frecuente en menores de 20 años y en mayores de 35 años. El antecedente familiar de pre-eclampsia se vincula con un triple riesgo de padecer y cuádruple de que sea de la presentación grave de pre-eclampsia, (29,30).

En cuanto a la paridad, Campbell (31), realizó un estudio donde encontró que la pre-eclampsia es una patología mucho más frecuente en primigestas y es 15 veces más frecuente en las nulíparas en relación con las multíparas, si el primer embarazo se complica con pre-eclampsia, entonces la incidencia de la pre-eclampsia en un segundo embarazo después de un aborto, es similar a la del primero, además de la incidencia de pre-eclampsia un segundo embarazo después de un aborto espontáneo tardío se reduce significativamente.

La incidencia de pre-eclampsia después de un aborto espontáneo o inducido temprano (13 semanas) es similar a la incidencia de la población en un primer embarazo. (31).

Tercero: La presencia de antecedentes de enfermedades subyacentes, especialmente referidos a hipertensión arterial crónica y nefropatía, fue demostrada por Sibai (29), refiriendo que a mayor presión arterial o peso pre gestacional, mayor el riesgo de pre-eclampsia.

La incidencia de pre-eclampsia agregada, es mucho mayor en pacientes con nefropatía crónica, en especial cuando también coexiste hipertensión (27,29).

La diabetes gestacional se relaciona con una alta incidencia cuando existe intolerancia a la glucosa, y la diabetes sacarina de tipo I, se vincula con mayor incidencia de pre-eclampsia, especialmente cuando se complica con cambios vasculares (30).

Cuarto: Los factores, entre los cuales tenemos el tabaquismo, si la enfermedad se presenta en fumadoras, su gravedad será mayor (32).

El stress y la tensión psicosocial vinculada con el trabajo, producen un aumento de la incidencia de pre-eclampsia en comparación con mujeres que no trabajan, y es mucho mayor cuando el empleo genera altas presiones y un margen estrecho para la toma de decisiones.

De los factores dietéticos, uno de los más estudiados es la deficiencia de calcio, así, mujeres con nivel de calcio altos en sangre, tienen menor incidencia de hipertensión inducida por el embarazo (27,29).

Dentro de los factores de riesgo vinculados al embarazo, en primer lugar tenemos embarazo múltiple. Skyalrven (30), lo relaciona con una alta incidencia y gravedad de la pre-eclampsia y si el embarazo es triple el riesgo es aún mayor que si es gemelar.

Se cree que se debe al aumento del tejido placentario.

Las mujeres con HAIE presentan notables cambios que les permiten adaptar su organismo al producto de la concepción en evolución. Los cambios son muy intensos en el aparato cardiovascular, riñón y útero.

A nivel del aparato cardiovascular, hay reducción del volumen plasmático y baja perfusión, por ende, en casi todos los órganos, dado el intenso espasmo vascular por incremento de la sensibilidad de la vasculatura a cualquier agente vasopresor (33).

Durante el embarazo en el sistema endocrino, se producen cambios dramáticos en el c/e renina-angiotensina. Estas anormalidades pueden ser factores causales en la pre-eclampsia sugeridas por:

- 1) El potente efecto constrictor de la angiotensina II;
- 2) El efecto de la angiotensina II sobre la secreción de aldosterona y su consiguiente retención de sodio.

También se produce lesión renal que se denomina endoteliosis capilar glomerular, que causa proteinuria que se manifiesta por escape de proteínas de gran peso molecular (34).

Adicionalmente se observan lesiones del sistema nervioso central expresado por convulsiones en casos graves (eclampsia), desprendimiento de retina, alteración de la función hepática, incluso ruptura hepática, con afectación de otros órganos como riñón y encéfalo constituyen el llamado Síndrome HELLP (35).

En caso de pre-eclampsia severa existe deterioro del bienestar materno-fetal, convirtiéndose esta patología en un problema de salud con serias consecuencias en la morbilidad materno-fetal.

CONTROLES PRENATALES EN EL EMBARAZO

El control prenatal durante el embarazo consiste en la atención que recibe la embarazada desde la primera vez que acude al médico hasta el momento del parto. Dicho control debe ser completo, integral, periódico, en un ambiente tranquilo y acogedor debiendo ser realizado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo y que esté en capacidad de prever complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo.

Aunque es recomendado realizar una visita al médico de manera pre-concepcionales, es decir antes de quedar embarazada, para diagnosticar cualquier enfermedad que se tenga y que hasta ese momento no se haya manifestado, o que se pueda desencadenar con el embarazo, y así proteger la vida de su hijo y la de la madre.

El control prenatal óptimo y eficiente y pre-concepcionales es el tratamiento preventivo por excelencia. La prevención es lo mejor y lo primero para prevenir los riesgos y complicaciones de un trastorno hipertensivo. El primer control óptimo de un embarazo debe de ser antes de las 12 semanas de gestación. Mucho mejor hacerlo antes del embarazo lo que se denomina control pre-convencional, con una calidad de vida, para calidad de células sexuales de óvulo y espermatozoide y obtener una concepción de calidad.

El control periódico del embarazo debe ser cada 4 semanas hasta las 32 semanas del embarazo; luego cada 15 días. Total el número óptimo es de 10 controles del embarazo durante las 40 semanas, cuando llega a término; esto es lo normal. Pero un embarazo de riesgo el número de controles es variable. El control prenatal eficiente comprende también un régimen nutricional de alimentos sanos, para embarazos sanos; eliminando los malos hábitos en las comidas y bebidas. También se debe incluir la salud mental, pues la mujer embarazada necesita psicoterapia en todo momento, para un embarazo sano y el nacimiento de un niño sano. Por otra parte, el control prenatal permite conocer los riesgos de farmacotoxicidad de los fármacos para evitar mal formaciones fetales y trastornos funcionales al bebé.

Es importante diagnosticar o saber a tiempo si estamos cursando con alguna enfermedad como Diabetes, Presión alta, problemas de tiroides, artritis reumatoide, enfermedades 30

La enfermera tomará sus datos completos, y signos vitales incluido: tensión arterial, temperatura, peso y talla, estos datos serán registrados en un carnet de control prenatal, el cual usted debe llevar a todos sus controles subsiguientes. Gracias a este registro se puede ver número de controles realizados, detectar alteraciones en el peso (desnutrición, sobrepeso u obesidad), cambios en la presión arterial (hipertensión e hipotensión), medicación recibida, infecciones que hayan sido diagnosticadas.

Se examinará de manera integral a la madre y su hijo, detectara alteración de latido fetal, problemas en el crecimiento adecuado de su hijo, es decir evaluara el bienestar del bebe.

Se aconsejará alimentación adecuada durante el embarazo, vestimenta cómoda, horas necesarias de descanso, ambiente tranquilo en el trabajo y el hogar, se recomienda multivitamínico y se indican los signos de alarma que pueden poner en peligro su vida y la de su hijo. Entre estos son de importancia: presencia de sangrado vaginal, dolor intenso en el vientre, dolor de cabeza, hinchazón de piernas, eliminación de líquido vaginal, disminución de los movimientos del bebe, etc.

Con todo lo descrito anteriormente, podemos ver que el control prenatal es muy importante para todas las embarazadas y sus bebés. Todos queremos el bienestar de nuestros hijos, que nazcan sin complicaciones, estén sanos y no lamentarnos por complicaciones que pudieron ser evitadas, valoradas y tratadas a tiempo por un especialista.

del corazón entre otras. El tocólogo deberá llevar un estricto control para evitar complicaciones futuras que pongan en riesgo la vida de nuestro hijo y la de nosotras y si es necesario se pedirá la valoración conjunta con un especialista para su enfermedad.

TRASTORNO METABOLICO INDUCIDO EN EL EMBARAZO

La diabetes mellitus gestacional se define como grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o reconoce por primera vez durante el embarazo, independientemente del tipo de tratamiento o si el padecimiento persiste después de la gestación.

Más allá de que la diabetes mellitus gestacional corresponde, en ocasiones, a diabetes mellitus tipo 2 hasta entonces no diagnosticada, entre ambas afecciones existen semejanzas en sus características epidemiológicas, fisiopatológicas y manifestaciones clínico-bioquímicas.

La diabetes mellitus gestacional afecta de 1 a 14% del total de embarazos, con variaciones dependientes del tipo de población y de los criterios utilizados para diagnosticarla

La importancia de este trastorno metabólico radica en su asociación con mayor morbilidad fetal, incluida la macrosomía, óbito fetal, ictericia y síndrome de dificultad respiratoria.

Además, las mujeres en quienes se diagnostica diabetes mellitus gestacional representan un grupo de alto riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en etapas posteriores de su vida. (38)

Se ha reportado ampliamente la asociación entre diabetes mellitus gestacional y el incremento en la frecuencia de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, lo que aumenta de manera importante el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Diversas líneas de investigación apuntan a la resistencia a la insulina como el punto de encuentro fisiopatológico de ambos trastornos.

EDADES EXTREMAS E HIPERTENSIÓN INDUCIDA EN EL EMBARAZO

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre-adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años.

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T en el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. (40, 41) Sin embargo un trabajo realizado el año 2000 en Temuco, reveló una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres. (42) Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades.

Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %).

Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes.

Con respecto a la morbilidad materno fetal. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para los trastornos hipertensivos.

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. (46) La anemia y el trastorno hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes.

El embarazo en las mujeres de edad avanzada ha tenido siempre a través de los tiempos una gran repercusión tanto en la opinión pública en general, como en el gremio médico en particular.

Para los primeros por su curiosidad y temor porque “la mujer está muy madura para la procreación”, mientras que para los segundos por el interés que representa esta situación en la mujer de edad avanzada al conllevar a todo un cúmulo de riesgos tanto para la madre como para su producto, y que a veces escapan en buena medida a los más solícitos cuidados obstétricos.

Nuestro país en vías de desarrollo presenta en la actualidad un incremento en la incidencia de mujeres gestantes de edad avanzada, situación generalizada en los países más desarrollados debido al deseo del mejoramiento de la mujer en edad madura, por la competitividad profesional y laboral a la cual está sometida.

Junto a ello se presenta una situación nueva en particular en la última década con relación al desarrollo de las técnicas de fertilidad asistida para las parejas que no han logrado su sueño de formar una familia por diversas causas de infertilidad.

Esto hace que la búsqueda de un hijo, en muchos casos el primero, esté diferida hasta edades mayores de los 35 años.

Dentro de los distintos sistemas de definición del riesgo obstétrico, cuantificado a través de una puntuación, están las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, por la probable asociación con afecciones propias de estas edades, con una evolución del embarazo más comprometida, mayor índice de morbimortalidad perinatal, mayor incidencia de intervenciones y resultados más desfavorable; derivados de los cambios que la biología impone a la madre de edades extremas.

b.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En un artículo se indica que

La hipertensión arterial es una condición clínica multifactorial caracterizada por elevados y sustentados niveles de presión arterial. Asociada, frecuentemente, a alteraciones funcionales y/o estructurales de los órganos como el corazón, encéfalo, riñones y vasos sanguíneos y las alteraciones metabólicas, con consecuente aumento de riesgo para problemas cardiovasculares fatales y no fatales.

Investigadores postularon que el bajo peso al nacer está muy relacionado con los trastornos hipertensivos del embarazo, que la mayor incidencia la encontraron entre embarazadas preeclámpticas y en las pacientes hipertensas crónicas. En el presente estudio, el bajo peso al nacer estuvo muy relacionado con los trastornos hipertensivos del embarazo, con mayor incidencia entre embarazadas con preeclampsia grave. (Vásquez 2012).

BASE LEGAL

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. Sección quinta Niñas, niños y adolescentes.

2.- HIPÓTESIS

Los trastornos hipertensivos del embarazo predisponen los factores de riesgos como preeclampsia, eclampsia, hipertensión crónica, antecedente familiar de hipertensión arterial, factores ambientales.

3.- VARIABLES

Variable Independiente: Trastorno Hipertensivo en el embarazo.

Variable Dependiente: Factores de Riesgo.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ejecutó un estudio en el Hospital Nicolás Cotto Infante del Cantón Vinces en la Provincia de los Ríos, en un período de mayo 2015- marzo 2016. Se incluyeron a las mujeres embarazadas que fueron atendidas en esta casa asistencial donde se diagnosticaron un porcentaje considerable con trastorno hipertensivo. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas que se encuentra en el departamento de estadística.

METODOLOGÍA

Es cuantitativo, retrospectiva, transversal y descriptiva porque los resultados se los realizará de manera estadística y numérica en el programa de Excel para su posterior análisis y cualitativo porque se basa en la descripción y observación de los principales factores de riesgos y los trastornos hipertensivos del embarazo.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se utilizó la encuesta a los moradores del sector, entrevista a los directivos del hospital y un Cuestionario sencillo para las mujeres embarazadas con trastornos hipertensivos.

MATERIALES

POBLACIÓN QUE SE ESTUDIARÁ, MUESTRA

Caracterización de la zona Nacional, Zonal, Provincial, Cantonal y Local

Este estudio se lo realizó en el Hospital Nicolás Cotto Infante de la ciudad de Vinces Provincia de Los Ríos de la República del Ecuador.

Universo y Muestra

Universo: El estudio estuvo orientado a todas las mujeres embarazadas con trastornos hipertensivos y sus factores de riesgo que fueron atendidas en el Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces de la Provincia de Los Ríos en el período de mayo del 2015 – marzo del 2016

Muestra.-Embarazo con diagnóstico clínico de Trastornos Hipertensivos del recibiendo atención en el Hospital Nicolás Cotto Infante del Cantón Vinces de la Provincia de los Ríos en el periodo de mayo 2015 – marzo 2016. La muestra que se extrajo fue de 100 personas mediante el cálculo operacional de la formula ya establecida. Así:

N = Universo de Estudio n = muestra PQ = Varianza media de la población (0.25) E = Margen de error (5% = 0.05) K = Coeficiente de relación que se aplica a las poblaciones (2)
FORMULA: $n = PQ.N. (N-1) E^2 / K^2 + PQ$ $n = 0.25 (100). (100-1) (0.05)^2 / (2)^2 + 0.25$ $n = 34,25. (99) 0,0025/4 + 0,25$ $n = 34,25. (99) 0,000625 + 0,25$ $n = 34,25 = 102.2$ 0,335 $n=102$ personas es el resultado que se obtiene como la muestra 62

Viabilidad

La factibilidad de llevar a cabo esta tesis se sustenta, en primer lugar por la autorización de las autoridades del Hospital Nicolás Cotto Infante del Cantón Vinces de la Provincia de los Ríos para la recolección de casos clínicos y de la información necesaria que aseguran el cumplimiento de los objetivos planteados en este proyecto. También el desarrollo de esta tesis es viable porque se contó con la asesoría y orientación del tutor legal designado, además de contar con los recursos materiales, bibliográficos y tecnológicos de mucha importancia para realizar una investigación de este tipo. Todos los objetivos planteados y la metodología permiten la identificación real de los principales factores predisponentes de los trastornos hipertensivos en las mujeres embarazadas, ayudando así a la prevención, detección oportuna y disminución de muertes fetales y maternas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

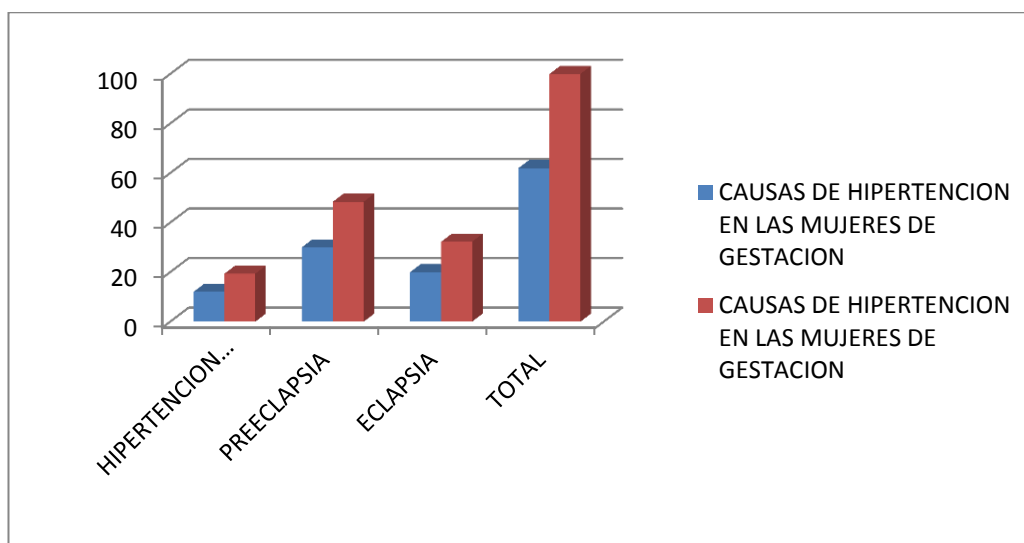
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
V. INDEPENDIENTE Trastorno hipertensivo en el embarazo	Se refiere a un aumento de la presión sistólica de 30mm de Hg. También como mínimo de la diastólica sobre los niveles previamente conocidos, o bien a la comprobación de una presión arterial de 140/90 cuando menos de dos veces consecutivas durante un intervalo de 6 Hr o más.	Hipertensión Gestacional Preeclampsia Eclampsia Hipertensión Crónica	Cuantitativa Nominal	Historia Clínica
V. DEPENDIENTE Factores de riesgo	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona en contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Partos anteriores Complicaciones en el embarazo actual	Normal, abortos, Cesáreas, Edema en las extremidades Superiores e inferiores sangrado vaginal. Cefalea.	Historia Clínica

1.- Determinar las principales causas de hipertensión en las mujeres de gestación.

CAUSAS DE HIPERTENSION	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
HIPERTENSION CRONICA	12	19,35
PREECLAPSIA	30	48,39
ECLAPSIA	20	32,26
TOTAL	62	100

Autor: Jhon Isidro Chele Calle

Fuente: Historia Clínica del Hospital Nicolás Cotto Infante



Autor: Jhon Isidro Chele Calle

ANÁLISIS

Entre las causas estudiadas encontramos que el 19,35 % representan a 12 casos con hipertensión crónica en las mujeres de gestación, la preeclampsia se manifiesta con un

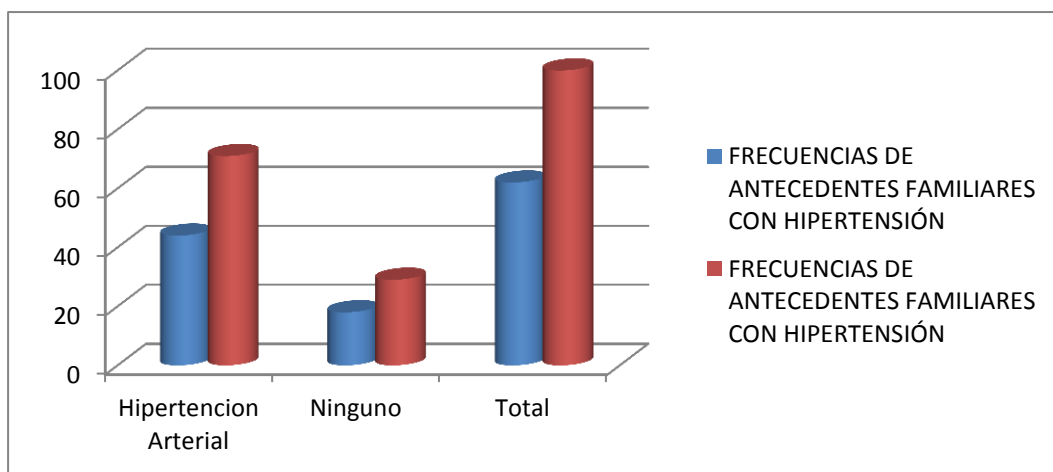
48,39 % siendo un porcentaje mayor entre las causas es decir 30 mujeres padecen de esta enfermedad, el 32,26 presenta la eclampsia con un total de 20 casos.

2.- Frecuencia de antecedentes familiares con hipertensión arterial atendida en el Hospital Nicolás Cotto Infante de mayo 2015 y marzo 2014

Antecedentes familiares	Número de casos	Porcentaje
Hipertensión Arterial	44	70,97
Ninguno	18	29,03
Total	62	100

Autor: Jhon Isidro Chele Calle

Fuente: Nicolás Cotto Infante



Autor: Jhon Isidro Chele Calle

ANÁLISIS

En la tabla 2, de acuerdo al cuadro y gráfico estadístico en cuanto a los antecedentes con hipertensión se encontró que presentaron antecedentes familiares con esta patología con 44 casos siendo un porcentaje del 70,97 %, mientras que el 29,03 % no presentan familias con hipertensión arterial siendo 18 casos de antecedentes familiares de HTA incrementa el riesgo a desarrollar Trastornos Hipertensivos en algún embarazo.

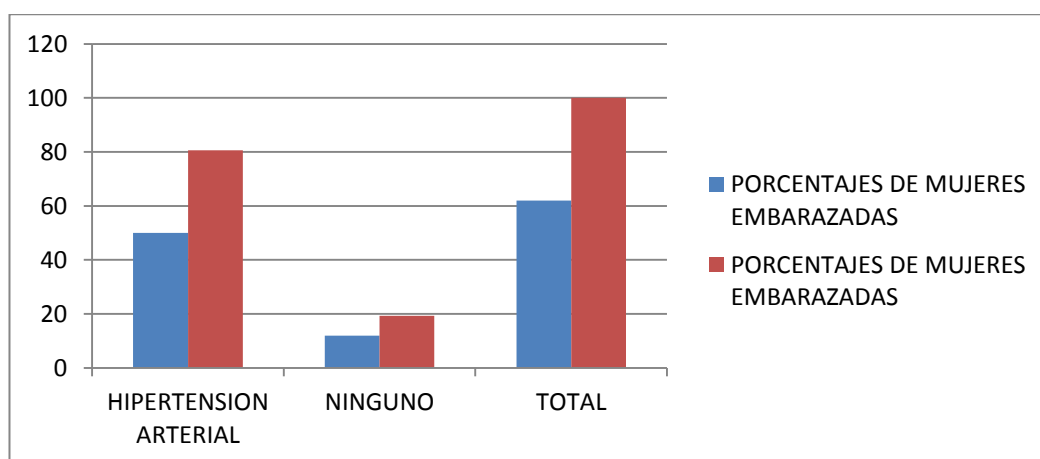
Según el estudio realizado en el Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces, en el período de mayo 2015 y marzo 2016 se logró comprobar que los antecedentes familiares de hipertensión se los conoce como un riesgo en la aparición de la Preeclampsia.

3.- Determinar el porcentaje de mujeres embarazadas con hipertensión mediante

Las historias clínicas del hospital Nicolás Cotto Infante

MUJERES EMBARAZADAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJES
HIPERTENSION ARTERIAL	50	80,65
NINGUNO	12	19,35
TOTAL	62	100

Autor: Jhon Isidro Chele Calle
Fuente: Nicolás Cotto Infante



Autor: Jhon Isidro Chele Calle

ANÁLISIS:

En la tabla 3 , de acuerdo al cuadro y gráfico estadístico en cuanto a los antecedentes con hipertensión se encontró que presentaron antecedentes familiares con esta patología con 44 casos siendo un porcentaje del 70,97 %, mientras que el 29,03 % no presentan familias con hipertensión arterial siendo 18 casos de antecedentes familiares de HTA incrementa el riesgo a desarrollar Trastornos Hipertensivos en algún embarazo.

Según el estudio realizado en el Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces, en el período de mayo 2015 y marzo 2016 se logró comprobar que los antecedentes familiares de

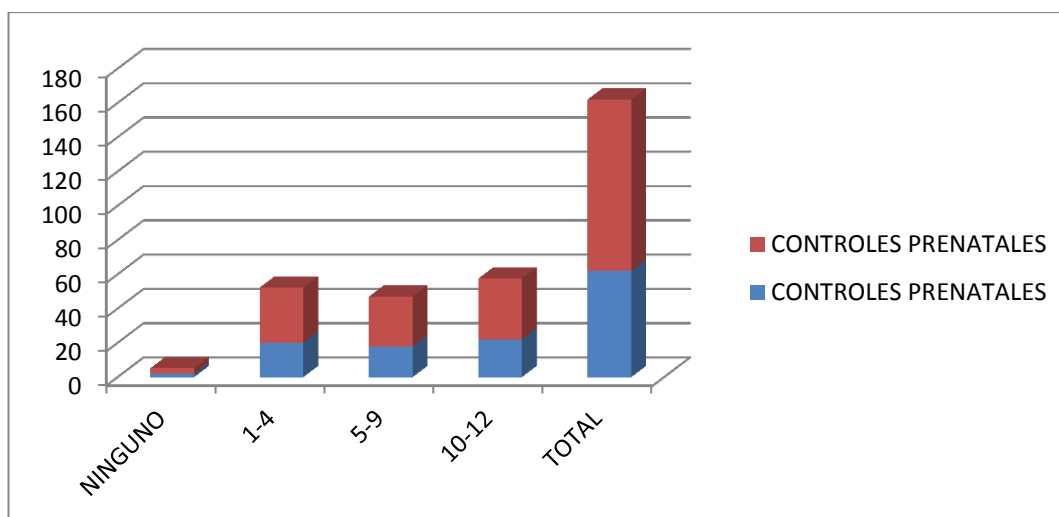
hipertensión se los conoce como un riesgo en la aparición de la Preeclampsia de acuerdo a las historias clínicas se encuentran en el departamento de estadística.

4.- Distribución de pacientes según controles prenatales atendidas en el Hospital Nicolás Cotto Infante.

CONTROLES PRENATALES	NUMEROS DE CASOS	PORCENTAJES
NINGUNO	2	3,23
1-4	20	32,26
5-9	18	29,03
10-12	22	35,48
TOTAL	62	100

Autor: Jhon Isidro Chele Calle

Fuente: Estadística del Hospital Nicolás Cotto Infante



Autor: Jhon Chele Calle

ANÁLISIS

En la tabla 4 de acuerdo al cuadro y gráfico estadístico de pacientes investigados se ha realizado un promedio de controles según los 60 casos que representan la mayoría en un porcentaje de 96,79 según el estudio realizado en la en el período de mayo 2015 a marzo 2016 de las pacientes investigadas el promedio es por medio del control, los datos se correlacionan con los obtenidos en esta investigación.

El control prenatal no se puede prevenir la aparición de los trastornos hipertensivos en el embarazo, puede evitar las complicaciones de modo que resaltan su importancia nunca será suficiente.

CAPÍTULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

4.1.- Talento Humano

Mujer embarazada

Personal de salud

Director de tesis

Responsable de la investigación

4.2.- Recursos Materiales

Historias clínicas

Encuestas

Carpetas

Hojas de papel A4

Impresiones

Copias Xerox

Tinta de impresora

Materiales de escritorio

4.3.- Recursos Técnicos y Tecnológico

Computadora

Impresora

Escáner

Internet

Flash memory, CDs

4.4.- Presupuesto

Recursos	Valor unitario	Cantidad	Total
Hojas de papel	\$ 5	3	\$ 15
CDs	\$ 1	5	\$ 5
Impresiones	\$ 0,10	200	\$ 20
Anillado	\$ 10	3	\$ 30
Tinta de impresora			
Copias Xerox			
Carpeta de cartón			
Material de escritorio			
Imprevistos	\$ 30		\$ 30
Internet			
Transporte y alimentación	\$ 50		\$ 50
TOTAL			\$ 150

4.5.- Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES/ MES	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABRI	MAY
Aprobación del anteproyecto de tesis	X														
Capítulo I: Planteamiento del problema	X														
Capítulo II: Marco Teórico		X													
Capítulo III: Metodología		X													
Elaboración de las encuestas		X													
Aplicación de las encuestas		X													
Capítulo IV: Análisis e interpretación de datos		X													
Elaboración del primer borrador			X												
Elaboración del informe final			X												
Defensa de tesis			X												

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Se identificó 100 casos de mujeres embarazadas con Trastornos Hipertensivos atendidas durante el periodo de estudio en el Hospital Nicolás Cotto Infante.
2. Se determinó que la Preeclampsia es muy común en nuestro medio.
3. Se determinó que los trastornos hipertensivos en el embarazo están relacionados con la edad, en este estudio se obtuvo que el grupo de edades extremas 14-19 años presentó mayor incidencia.
4. Se detectó que la hipertensión arterial como antecedente familiar no predominó en los casos estudiados.
5. De acuerdo a la paridad el grupo de multíparas obtuvo un mayor predominio que en mujeres nulíparas.
6. En esta investigación se comprobó que la mayoría de las pacientes se realizan más de 5 controles prenatales.
7. Se identificó que el 84,07% de los casos no estuvo ligada a antecedentes patológicos personales.
8. El conocimiento y control, de los factores de riesgo modificables, es la clave para disminuir la incidencia de los trastornos hipertensivos en las embarazadas

RECOMENDACIONES

1. Continuar investigaciones sobre los trastornos hipertensivos en el embarazo para así contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materna y fetal en nuestro medio.
2. Iniciar precozmente los controles prenatales, teniendo en cuenta que el primer control debe ser antes de la concepción, pues es ahí donde se identifica factores de riesgo para su entidad.
3. Educar a la población y sobre todo a las mujeres embarazadas sobre lo que es su estado y la importancia de los controles y riesgos que pueden presentar durante el embarazo mediante el folleto ilustrativo.
4. Que el nivel de educación en salud y los avances en medicina aumenten para que estén al alcance de toda la población mejorando así la calidad de vida de las mujeres de nuestra sociedad.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

FOLLETO ILUSTRATIVO SOBRE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO Y FACTORES DE RIESGO

ANTECEDENTES

En la investigación realizada sobre el estudio de este tema como propuesta no se tiene folletos ilustrativos que informen de forma eficaz sobre la temática de estudio como son los trastornos hipertensivos en el embarazo y sus factores de riesgo.

Por esta razón y tomando en cuenta la información obtenida mediante la historias clínicas que nos proporcionó el departamento de estadística del Hospital Nicolás Cotto Infante se aporta en algo como una alternativa para tratar de disminuir los factores de riesgos de los trastornos hipertensivos.

Se trata de informar mediante este folleto ilustrativo a la comunidad en general sobre la importancia de los controles prenatales para disminuir la muerte de la madre en estado de gestación.

JUSTIFICACIÓN

El estudio realizado se manifestó que se debe de informar ilustrativamente a la comunidad sobre temas o enfermedades de los riesgos de los trastornos hipertensivos no sólo con atención médica y los diferentes tratamientos sino ayudar a la población vincenteña en concienciar sobre la importancia de las mujeres embarazadas y lo que conlleva los riesgos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un folleto ilustrativo para concienciar a la población vinceña sobre los trastornos hipertensivos y factores de riesgos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Ilustrar a las pacientes que asisten al Hospital Nicolás Cotto Infante.
- Involucrar al personal del hospital, pacientes y familia en general para fomentar prácticas que conlleven a detectar y prevenir a tiempo los riesgos por los trastornos hipertensivos en el embarazo mediante el folleto ilustrativo.

ANEXOS

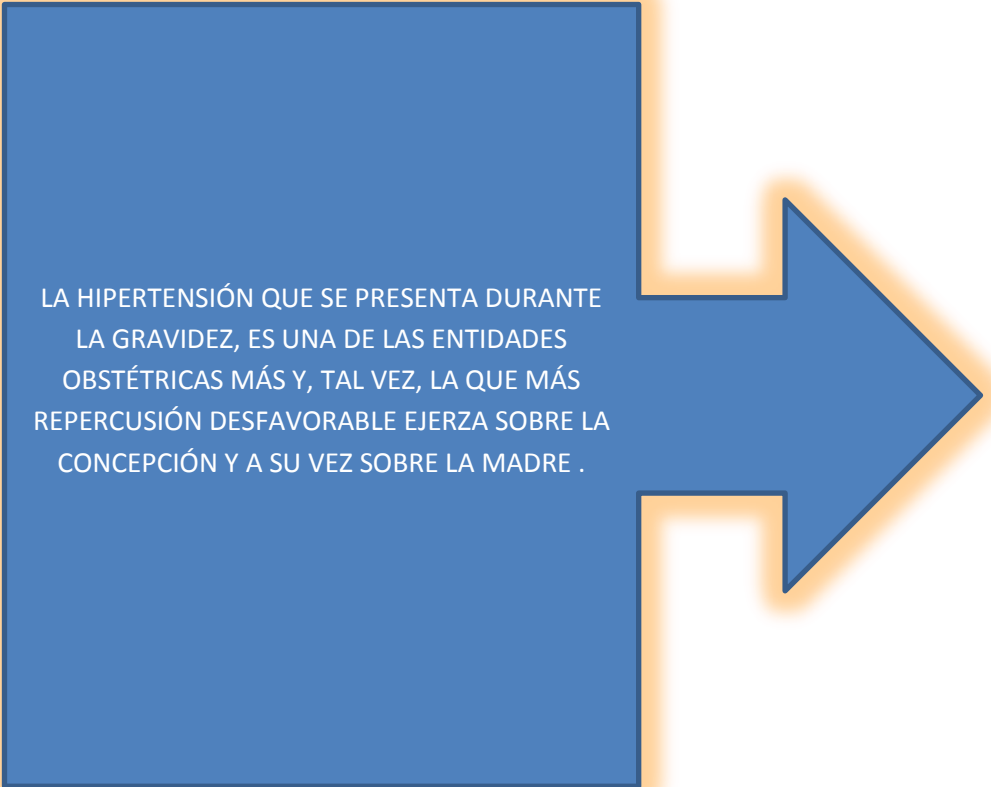
FOLLETO ILUSTRATIVO

**TRASTORNO HIPERTENSIVOS EN EL
EMBARAZO Y FACTORES DE RIESGO**

AUTOR: JHON CHELE CALLE

EL EMBARAZO ES EL PERÍODO QUE TRANSCURRE ENTRE LA IMPLANTACIÓN DEL CIGOTO EN EL ÚTERO, EL MOMENTO DEL PARTO EN CUANTO A LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE SE PRODUCEN EN LA MUJER ENCAMINADOS A NUTRIR EL FETO COMO LA INTERRUPCIÓN DE SU CICLO MENSTRUAL, EL AUMENTO DEL TAMAÑO DE LAS MAMAS PARA PREPARAR LA LACTANCIA.





LA HIPERTENSIÓN QUE SE PRESENTA DURANTE LA GRAVIDEZ, ES UNA DE LAS ENTIDADES OBSTÉTRICAS MÁS Y, TAL VEZ, LA QUE MÁS REPERCUSIÓN DESFAVORABLE EJERZA SOBRE LA CONCEPCIÓN Y A SU VEZ SOBRE LA MADRE .

EL EMBARAZO ES UN FENÓMENO ÚNICO ES UN PROCESO PATOLÓGICO QUE SE PRESENTA EN LA SEMANA 20 DE GESTACIÓN, O DURANTE EL PARTO O PUERPERIO QUE SE CARACTERIZA POR LA ELEVACIÓN DE LAS CIFRAS TENSIONALES, ACOMPAÑADAS POR PROTEINURIA Y EDEMA



SINTOMAS



PRESIÓN ELEVADA

DOLOR DE CABEZA SEVERA

MAREOS

VISIÓN DOBLE

SOMNOLENCIA

TIMBRE O ZUMBIDOS EN
LOS OÍDOS

DOLOR DE ABDOMEN

VISIÓN BORROSA

LATIDOS DEL CORAZÓN
RÁPIDO

FACTORES DE RIESGO



ANTECEDENTES
FAMILIARES
CON ALGUN
TRASTORNO
HIPERTENSIVO

EL NÚMERO
DE HIJOS

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, M. D. (2013). *Frecuencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo Hospital Infante de San Lorenzo de la Miña Odalis*. San Lorenzo.
- CEPAL, I. (2013). *INEC Anuario de Estadística Vitales. Inec CEPAL (Citado el 25 de Sept del 20139)* www.inec.go.ec.
- Chillan, G. G. (2007).
- Di Marco I, B. M. (2010). *Guía de práctica clínica: Estados hipertensivos del embarazo. Revista del Hospital Materno Infantil*, 70-93.
- Escoto A. (2012). *Preeclampsia grave: Manejo conservador y su relación con resultados maternos perinatales. Hospital Materno infantil Fernando Vélez Paíz* . Nicaragua: Tesis Doctoral.
- Grunauer. (2012).
- Guttmacher, i. (2009). *Documento Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe, en Singh S. et al., Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress, Nueva York: Guttmacher Institute, 2009 - en español-*. Nueva York.
- Issler, J. R. (2001). *Embarazo en la adolescencia*.
- Jorge de Ballesteros, A. R. (2011). *Obstetric Ginecología*. Cuba.
- Nación, M. d. (2010). Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en Segunda Edición. *Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión*, Segunda Edición.
- Nación, R. d. (2010). *República de Argentina Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en Segunda Edición*. . Obtenido de .
- OMS. (2013). *Embarazos en adolescentes, un problema culturalmente completo*.
- Perez. (2013).
- Present problems and controversies concerning pregnant adolescents. Open Access Journal of Contraception* . (2011).

ANEXOS

1.- Identificación

Historia clínica:

Edad: de 20 -- 20-29-- 30-39—40 y más

Lugar de residencia: Urbano--- Rural ---

2.- Antecedentes personales patológicos

Preeclampsia en embarazo anterior: --

Embarazo múltiple: --

Mola hidatiforme: --

Diabetes: --

Polihidramnios: --

Hipertensión arterias crónica: --

Nefropatías: --

3.- Antecedentes ginecológicos

Paridad: 1-- 2 y más --

Control prenatal: SI--- NO---

4.- Examen físico y estudio paraclínico

Edad gestacional

Tensión arterial: PREHIPERTENSIÓN GRADO 1 ---- GRADO 2 ----

5.- Otros

Convulsiones: SI ---- NO ---

CUADRO No.- 1 FORMULARIO RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta de satisfacción de usuarios

Fecha de aplicación: _____

Marque con una X en la raya al lado derecho de la opción.

Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____

Edad: 10-13: _____ 14-17: _____ 18-en adelante: _____

Subraye la respuesta elegida por usted.

1.- ¿Está embarazada?

- 1. Si
- 2. No

2. ¿Sabe usted que es la Hipertensión?

- 1. Si
- 2. No

3. ¿Padece de Hipertensión?

- 1. Si
- 2. No

4.. ¿Qué tipo de Hipertensión tiene usted?

- 1. HIPERTENSION CRONICA
- 2. PRECLAMSIA
- 3. ECLANSIA
- 4. OTROS

5.. ¿Sabe lo que es la HIPERTENSION CRONICA?

- 1. Si
- 2. No

6.. ¿Sabe lo que es la PRECLAMSIA?

- 1 Si
- 2 No

7.. ¿Sabe lo que es la ECLAMSIA?

- 1 Si
- 2 No

8.. ¿Se está haciendo tratar de su enfermedad?

- 1 Si
- 2 No

9.. ¿Dónde se está haciendo tratar de su enfermedad?

- 1 Sector Público**
- 2 Sector Privado**
- 3 No se está haciendo tratar**

10.. ¿Sabe usted si HIPERTENSION CRONICA es hereditaria?

- 1 Si**
- 2 No**

11.. ¿Sabe usted si la PRECLAMSIA es hereditaria?

- 1 Si**
- 2 No**

12.. ¿Sabe usted si la ENCLAMSIA es hereditaria?

- 1 Si**
- 2 No**

13.. ¿Sabe usted si alguno de sus familiares sufre o sufrió de esta enfermedad?

- 1 Si**
- 2 No**

14.. ¿Sabe usted la edad en que sus familiares comenzaron a padecer dicha enfermedad?

- 1 Si**
- 2 No**

15.. ¿Si su respuesta es sí, cuantos miembros de su familia padeció esta enfermedad?

- 1.- De 1-3**
- 2.- De 4-7**
- 3.- Más de 8**

16.. ¿Alguno de sus familiares que padecieron de esta enfermedad murió por causa de ella?

- 1 Si**
- 2 No**

Con el fin de solicitar su colaboración para llenar esta encuesta, con la seguridad de que ella nos será de gran utilidad. Su colaboración es totalmente voluntaria y todo lo que se diga será tratado de manera confidencial. GRACIAS.