

Guayaquil, 01 de diciembre del 2015

Doctor  
Raúl Intriago López  
**DIRECTOR**  
**ESCUELA DE GRADUADOS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
Presente.-

*Dec 02-2015  
Informada  
al interesado.  
R. Intriago*

De mis consideraciones:

Por medio de la presente tengo a bien a informas a usted que en mi calidad de revisora de la tesis de grado **“PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES DE 20 A 49 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, PERIODO 2013-2015”** de la Licenciada **MARIA FERNANDA ALAVA ROMERO**, egresada en la **Maestría de Salud Pública**, he revisado el mismo y reúne los requisitos de orden teórico y metodológico, razón por la cual autorizo su presentación para el trámite legal correspondiente y que pueda continuar con el proceso de Titulación.

Atentamente,

HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAY  
Dra. Martha Gonzaga Figueroa  
GINECO OBSTETRA  
Libro II Folio 710 del 2015

*Martha*  
Dra. Martha Gonzaga Figueroa  
**REVISORA**

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS

FECHA: *02/12/2015*

HORA: *09h58*

RECIBIDO POR: *Javilla*



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS  
TELEFAX: 042-288086  
Guayaquil - Ecuador

Of. EG#050-2015/ PROY

Abril 01 de 2015

Licenciada  
Fernanda Álava Romero  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

**“PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA ESMERALDAS. PERIODO 2011 - 2014”.**

Ha sido modificado:

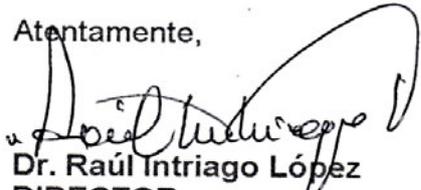
**“PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS EN GESTANTES DE 20 A 49 AÑOS TENDIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA. PERIODO 2013 - 2015”.**

Tutor: Dr. Emilio Pérez Souto.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 26 de Marzo del 2015, por lo tanto puede continuar con la ejecución del BORRADOR FINAL.

Revisor: Dra. Martha Gonzaga Figueroa.

Atentamente,

  
Dr. Raúl Intriago López  
DIRECTOR  
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado:	Srta. Daniela Ibarra R.

Santo Domingo de los Tsachilas, 30 de noviembre del 2015

Doctor  
Raúl Intriago López  
**DIRECTOR**  
**ESCUELA DE GRADUADOS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente tengo a bien a informas a usted que en mi calidad de tutor de la tesis de grado **"PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES DE 20 A 49 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, PERIODO 2013-2015"** de la Licenciada **MARIA FERNANDA ALAVA ROMERO**, egresada en la **Maestría de Salud Pública**, he revisado el mismo y reúne los requisitos de orden teórico y metodológico, razón por la cual autorizo su presentación para el trámite legal correspondiente y que pueda continuar con el proceso de Titulación.

Atentamente,



Dr. Emilio Pérez Souto  
PEDIATRA MSP: 313295  
SNESCYT: CU-09-1475  
INH: 170804093

Dr. Emilio Pérez Souto  
**TUTOR APROBADO**

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA  
CLINICA SANTIAGO. VIA QUITO Y ORANZONAS  
TEL. 0995909005  
e-mail: [lorena.perez1958@yahoo.es](mailto:lorena.perez1958@yahoo.es)

HOSPITAL CIVIL DELFINA TORRES DE CONCHA

Esmeraldas, 1 de Diciembre del 2015

Doctor:  
Sr. Raúl Intriago López  
**DIRECTOR DE ESCUELA DE GUADUADOS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
PRESENTE

De mis consideraciones

Por medio de la presente tengo el bien informarle que la Lic. María Fernanda Alava Romero, con No. De Cédula 0802375667, egresada de la maestría de Salud Pública, realizó la investigación **“Prevalencia en Preclampsia y Principales factores de riesgo en gestantes de 20 a 49 años atendidos en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas período 2013-2015”** en esta casa de salud en el presente año.

Para los fines pertinentes, se extiende esta certificación, el 1 de diciembre del 2015.

Atentamente

Dr. Nelson G. Montalvan  
**EPIDEMIÓLOGO DEL HDTC**





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS

TÍTULO

“PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA Y PRINCIPALES  
FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES DE 20 A 49 AÑOS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE  
CONCHA, PERÍODO 2013 – 2015”

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL  
GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

AUTORA

LIC. MARÍA FERNANDA ALAVA ROMERO

TUTOR

DR. EMILIO PÉREZ SOUTO

AÑO 2016

GUAYAQUIL - ECUADOR



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT  
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,  
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS

**TÍTULO Y SUBTÍTULO: “PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES DE 20 A 49 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, PERÍODO 2013 – 2015”**

**AUTORA: LIC. MARÍA FERNANDA ALAVA ROMERO**

**TUTOR: DR. EMILIO PÉREZ SOUTO  
REVISOR: DRA. MARTHA GONZAGA FIGUEROA**

**INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**FECHA DE PUBLICACIÓN: 12 DE ABRIL DE 2016**

**No. DE PÁGS: 83**

**ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD**

**PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS, PRESIÓN, ESCALA, BRADEN, PREVALENCIA**

**RESUMEN:** La preeclampsia se deriva de un componente en la placenta que provoca difusión endotelial en los vasos sanguíneos, siendo el signo más notorio una elevada presión arterial, junto al de proteinuria en la orina, lo que puede desembocar en una eclampsia con daño del endotelio materno, riñones e hígado. El presente proyecto tiene como finalidad indicar los riesgos de padecer hipertensión arterial durante el embarazo, a las gestantes de esta casa de salud, los mismos que cada vez son más frecuentes en mujeres de edades extremas, la investigación se realizó a pacientes que tienen control médico en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, mediante observación directa de campo, en un lapso estimado de siete meses (de Septiembre del 2011 hasta abril del 2014). Los resultados obtenidos de esta investigación, servirá para un programa de concienciación a base de prevención, orientación y seguimiento de pacientes preeclampsia, la muestra de los usuarios nos permitió conocer en el HOSPITAL DEL FINA TORRE DE CONCHA el grupo de edades que se afectan es 15 a 20 años con un 80% para un 66%, no asisten a charlas de planificación familiar 88% tienen condición socio económico bajo 73% con un 75% por un 62% no planifico cuantos hijo tener con un 102 no realizan el respectivo control médico 84% con un 78 no realizan los respectivo análisis de laboratorio por un 64% con un 82 a veces siguen las instrucciones del médico 68% con un 95 no cumple la dieta que indica el médico 79% con un 85 no saben los riesgo que presenta una mujer gestante con un 70% con un 85 sufren de presión alta 70% con un 78 no sabe que es la preeclampsia 64% con un 93 no sabe cómo tratar la preeclampsia 77% con un 89 no padecen presión alta en la familia 74% con un 94 siempre siguen un control médico necesario en caso de embarazo con un 58 presentan dificultades durante el embarazo 48%. Con un 62 siempre indican a sus pacientes los riesgo que se presentan en el embarazo 51% con un 97 siempre controlan la presión arterial con un 80% con un 80 la raza negra predomino más 30% con un 97 la preeclampsia es leve 80% con un 73 tienen relación conflictiva 60% con un 121 pacientes si se controla los signos vitales y los síntomas a las pacientes con preeclampsia 100% con un 121 si se registran las complicaciones urgente con preeclampsia 100% con un 115 si se realiza los cuidado de enfermería 100% con un 118 son muy eficiente los registro de las pacientes con preeclampsia 98%.

**No. DE REGISTRO (en base de datos):**

**No. DE CLASIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN URL (tesis en la web):**

**ADJUNTO PDF:**

SI

NO

**CONTACTO CON AUTOR/ES:**

Teléfono: 0981375276

E-mail: fermaalava@hotmail.com

**CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:**

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2- 288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

## RESUMEN

La preeclampsia se deriva de un componente en la placenta que provoca difusión endotelial en los vasos sanguíneos, siendo el signo más notorio una elevada presión arterial, junto al de proteinuria en la orina, lo que puede desembocar en una eclampsia con daño del endotelio materno, riñones e hígado. El presente proyecto tiene como finalidad indicar los riesgos de padecer hipertensión arterial durante el embarazo, a las gestantes de esta casa de salud, los mismos que cada vez son más frecuentes en mujeres de edades extremas, la investigación se realizó a pacientes que tienen control médico en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, mediante observación directa de campo, en un lapso estimado de siete meses (de Septiembre del 2011 hasta abril del 2014). Los resultados obtenidos de esta investigación, servirá para un programa de concienciación a base de prevención, orientación y seguimiento de pacientes preeclampsia. La muestra de los usuarios nos permitió conocer en el HOSPITAL DEL FINA TORRE DE CONCHA el grupo de edades que se afectan es 15 a 20 años con un 80 para un 66 %, no asisten a charlas de planificación familiar 88 tienen condición socio económico bajo 73% con un 75 por un 62% no planifico cuantos hijo tener con un 102 no realizan el respectivo control médico 84 % con un 78 no realizan los respectivo análisis de laboratorio por un 64% con un 82 a veces siguen las instrucciones del médico 68% con un 95 no cumple la dieta que indica el médico 79% con un 85 no saben los riesgo que presenta una mujer gestante con un 70% con un 85 sufren de presión alta 70% con un 78 no sabe que es la preeclampsia 64% con un 93 no sabe cómo tratar la preeclampsia 77% con un 89 no padecen presión alta en la familia 74% con un 94 siempre siguen un control médico necesario en caso de embarazo con un 58 presentan dificultades durante el embarazo 48%. Con un 62 siempre indican a sus pacientes los riesgo que se presentan en el embarazo 51% con un 97 siempre controlan la presión arterial con un 80% con un 80 la raza negra predomina más 30% con un 97 la preeclampsia es leve 80% con un 73 tienen relación conflictiva 60% con un 121 pacientes si se controla los signos vitales y los síntomas a las pacientes con preeclampsia 100% con un 121 si se registran las complicaciones urgente con preeclampsia 100% con un 115 si se realiza los cuidado de enfermería 100% con un 118 son muy eficiente los registro de las pacientes con preeclampsia 98%.

**PALABRAS CLAVE:** PRE ECLAMPSIA – DIFUSION ENDOTELIAL – TRASTORNO HIPERTENSIVO – ENDOTELIO - PROTEINURIA EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

## SUMMARY

The preeclampsia comes from the components in the placenta that provoke endothelial diffusion in the blood vessel, the most known preeclampsia signal is the highest blood pressure near the proteinuria in the urine, that is can permit to cause eclampsia with damage in the maternal endotelio, kidney and liver . The finality of the present project is to indicate the risks to have high blood vessel during pregnancy to the pregnant women of this healthy place, those that actually are more frequent in women with extreme ages, the research was taken place with patients who have date in the Delfina Torres de Concha Hospital in Esmeraldas city through the direct field observation in seven months ( from September 2011 to April 2014 ) The getting results of the research will be to promote an awarness raising program trhough prevention, orientation and the following of patients with preeclam, the sample of the users permitted me to know that in the DELFINA TORRES HOSPITAL the group´affected ages is 15 to 20 years old with 80 to 66% of patients don't attend familiar planification speeches, 88 are in the low social- economic condition, 73 % with 75 by 62% didn't plan how many children to have with 102 don't do the respective medical control date 84 % with 78 don't do the laboratory examinations by 64 % with 82 sometimes follow the doctor's instructions, 68% with 95 don't follow the diet that the doctor 79% with 85 don't know the the risks that a pregnant women presents with 70% with 85 with 78 don't know what preeclampsia is ? 64% with 93 don't know to treat preeclampsia, 77% with 98 don't if there are relatives with high blood vessel 74% with 94 always follow the necessary medical date in case of pregnancy 51% with 97 always control the high blood vessel with 80% with 80 the black race 74% con un 94 siempre siguen un control médico necesario en caso de embarazo con un 58 prestan dificultades durante el embarazo 48%. Con un 62 siempre indican a sus pacientes los riesgo que se presentan en el embarazo 51% con un 97 siempre controlan la presión arterial con un 80% con un 80 la raza negra predomino más 30% con un 97 la preeclampsia es leve 80% con un 73 tienen relación conflictiva 60% con un 121 pacientes si se controla los signos vitales y los síntomas a las pacientes con preeclampsia 100% con un 121 si se registran las complicaciones urgente con preeclampsia 100% con un 115 si se realiza los cuidado de enfermería 100% con un 118 son muy eficiente los registro de las pacientes con preeclampsia 98%.

KEYWORDS: PRE ECLAMPSIA –ENDOTELIAL DIFUSION –HIPERTENSIVE RISKS – ENDOTELIO - PROTEINURIA HIGH RISKS.

	<b>INDICE</b>	<b>PAGINA</b>
	Resumen	III
	Summary	IV
	Índice	V
	INTRODUCCIÓN	1
1.1.	Planteamiento del problema	4
1.1.1	Determinación del Problema	4
1.1.2	Preguntas de Investigación	4
1.1.3	Justificación	5
1.1.4	Viabilidad	6
1.2	Formulación de objetivos	6
1.2.1	Objetivo General	6
1.2.2.	Objetivos Específicos	6
1.3	Hipótesis	7
1.4	Variables	7
2.	MARCO TEÓRICO	8
2.1	Gestación o embarazo	8
2.1.1	Tipos de embarazo	8

2.1.1.1	Embarazo ectópico	9
2.1.1.2	Embarazo Psicológico	9
2.1.1.3	Embarazo en adolescente	9
2.1.1.4	Embarazo no deseado	10
2.2.	Pre eclampsia	10
2.2.1	Definición	10
2.2.1.2	Origen de la pre eclampsia	11
2.2.1.3	Clasificación de la pre eclampsia	12
2.2.1.3.1	Pre eclampsia leve	12
2.2.1.3.2	Pre eclampsia grave	13
2.2.1.3.3	Pre eclampsia sobreimpuesta a Hipertensión arterial crónica	13
2.2.1.3.4	Importancia de prevención de la Pre eclampsia	14
2.2.1.3.5	Pronóstico de pre eclampsia	14
2.2.1.3.6	Trastorno en la Pre eclampsia	14
2.2.1.3.7	El Síndrome de HELLP	16
2.1.1.3.8	Factores que predisponen a pacientes a la Pre eclampsia	18
2.2.1.3.9	Síntomas de la Pre eclampsia	19
2.2.1.3.10	¿ Por qué se produce la Pre eclampsia?	20

2.2.1.3.11	Tratamiento para la Pre eclampsia	21
2.3	Glosario	33
3.	MATERIALES Y MÉTODOS	36
3.1.	Materiales	36
3.1.1 .	Lugar de investigación	36
3.1.2.	Localización geográfica	36
3.1.3.	Periodo de Investigación	36
3.1.4.	Recursos empleados	36
3.1.5.	Universo y muestra	37
3.2	Métodos	37
3.3	Tipo de investigación	38
3.3.2	Diseño de investigación	39
3.3.3.	Manejo de la investigación	39
3.3.4	Criterios de inclusión y exclusión	39
3.3.5.	Aspectos éticos	40
3.3.6	Aspecto legal	40
3.4	Operacionalización de las variables	41
3.5	Cronograma	42
4.	Resultados y discusión	43

4.1	Análisis de datos	43
4.2	Encuesta a pacientes	43
5.	Conclusiones y recomendaciones	68
5.1.	Conclusiones	68
5.2.	Recomendaciones	69
6.	Bibliografía	71
	Anexos #1	75
	Encuesta a pacientes	75
	Encuesta a médicos	78
	Encuesta a enfermeras	81
	Fotos de pacientes en cita médica	82

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia (también conocida como toxemia hipertensión inducida por el embarazo) está caracterizada por provocar alta presión sanguínea y retención de líquidos que comienzan a aparecer durante la segunda mitad del embarazo, acompañados de la presencia de proteínas en la orina.

La misma puede llegar a ser leve o severa; en su forma más severa, puede pasar a transformarse en síndrome de HELLP. Los casos más graves pueden llegar a restringir el flujo de sangre que se dirige a la placenta. Si el flujo de sangre que se dirige a la placenta fuera restringido u obstruido, la vida del feto podría correr grandes riesgos.

La preeclampsia en la mayor parte de los casos se desarrolla en los primeros embarazos y cuando se ha sobrepasado la semana 20 de gestación. A pesar de que la preeclampsia es una rara complicación que puede ocurrir en los embarazos, si usted se asegura de que está cumpliendo con todos los cuidados prenatales adecuados y de que está asistiendo a las consultas médicas prenatales de rutina; lo más probable es que su doctor de cabecera pueda tratar su problema a tiempo, y así logre solucionarlo.

La preeclampsia o toxemia gravídica, es una enfermedad propia del embarazo que puede afectar del 5% al 8% de las mujeres embarazadas. El diagnóstico de preeclampsia se establece cuando aparecen hipertensión arterial, edemas (retención de líquidos) junto a proteínas en la orina luego de las 20 semanas de gestación, en el momento del parto o incluso después del nacimiento.

Con menos frecuencia, la preeclampsia aparece antes de las 20 semanas de embarazo, como en los casos de enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) o síndrome antifosfolipídico (trombofilias).

La preeclampsia puede ser leve, moderada o severa, dependiendo de las cifras de presión arterial y pérdida de proteínas en la orina y su progresión puede ser muy lenta o aparecer bruscamente al final del embarazo.

La preeclampsia se soluciona con el nacimiento, que deberá programarse basándose en la edad gestacional y el estado de salud materno fetal.

El método que se utilizó para realizar esta investigación es explicativa.

También se utilizó la técnica indirecta, no participante y la observación no estructurada. Con la realización de esta investigación se logró hacer que las mujeres embarazadas de Esmeraldas de entre 14 y 49 años tomen las debidas precauciones sobre un embarazo sin riesgo.

En todo el mundo, los trastornos hipertensión constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad.

Tanto materna cuanto perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

Un análisis sistémico de la OMS sobre las causas de muerte materna ha mostrado que los trastornos hipertensivos contribuyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo especialmente en Africa, América Latina, y El Caribe. Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados debido a la hipertensión como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia.

Los problemas con el manejo de la hipertensión en el embarazo se encuentran no solo en su etiopatogenia desconocida, sino también en la variación de sus definiciones, medidas y calificaciones utilizadas para categorizar la hipertensión en las embarazadas.

La preeclampsia- eclapmsia es una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal mundial; en el año 2010, en el Ecuador, fue catalogado como la primera causa de muerte materna neo natal ( INEC 2010 )

Optimizar la atención de la salud y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos en un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacionales ( Objetivos del desarrollo del milenio 2015 ) planteados en el Plan nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal .

De los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia es la forma más común. La tasa de preeclampsia varía entre un 5% y un 10% en los países desarrollados, pero esta cifra podría elevarse hasta alcanzar un 18% en algunos países en vías de desarrollo. La preeclampsia persiste como una causa principal de morbimortalidad materna y perinatal en todo el mundo.<sup>22</sup> En algunos países en vías de desarrollo, la preeclampsia representa entre un 40% y un 80% de las muertes maternas.<sup>23</sup> Además, la mortalidad perinatal se quintuplica en las mujeres con preeclampsia con frecuencia debido a la restricción del crecimiento intrauterino y a los partos pretérminos.<sup>23</sup> Alrededor de la mitad de las mujeres con preeclampsia severa se presentan en el centro de salud antes de las 34 semanas de gestación, con un peso fetal estimado de menos de 2000 g. Aproximadamente la mitad de las que se presentan antes de las 34 semanas de gestación requieren que se determine la finalización de su embarazo por razones fetales o maternas dentro de las 24 horas del ingreso al hospital. La mitad restante contará con un promedio de nueve días más antes de que reciban indicación de nacimiento.<sup>23-24</sup> Los trastornos hipertensivos del embarazo son una importante causa de morbilidad severa, discapacidad a largo plazo y muerte entre madres embarazadas y sus bebés; aún sigue siendo responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo, y se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal. <sup>25-26</sup> La preeclampsia es frecuente con una prevalencia estimada en un 2,3% de todos los embarazos en los países en vías de desarrollo.<sup>27</sup>

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1. Determinación del Problema**

La preeclampsia afecta aproximadamente al 6-8% de todos los embarazos en todo el mundo, con la aparición de los síntomas finales del segundo trimestre o término tercer trimestre de gestación, por lo general después de la semana 32. Algunas mujeres experimentan preeclampsia de gestación ya en 20 semanas, aunque esto es raro. Es mucho más común en mujeres que están embarazadas por primera vez, y su frecuencia se reduce significativamente en los futuros embarazos. El cambio de la paternidad en un embarazo posterior es ahora parecen reducir el riesgo, salvo en aquellas personas con antecedentes familiares de hipertensión del embarazo, ya que a mayor edad materna, aumenta el riesgo, ha sido difícil evaluar cómo el cambio significativo es en realidad paternidad y los estudios están proporcionando datos contradictorios al respecto.

En la actualidad más mujeres a nivel mundial están padeciendo de esta anomalía que pone en riesgo tanto la vida de la madre como la del feto, debido que el estilo de vida moderna nos conlleva a cambiar las costumbres sobre todo de tener una alimentación adecuada y poca costumbre de llevar un control médico de forma periódica para planificar cuando tener hijos y que esto no implique grandes riesgos, también puede ocurrir en el inmediato post-parto. Esto se conoce como "post-parto preeclampsia". El momento más peligroso para la madre después del parto es de 24-48 horas y puede ocurrir hasta las seis semana posterior al parto representa un riesgo crítico para la madre casi 80% de las mujeres que mueren a causa de la preeclampsia fallecen durante el periodo de posparto.

### **1.1.2 Preguntas de investigación**

- 1.- ¿Qué conocimiento tiene las gestantes atendido en el Hospital Delfina Torre de Concha de Esmeralda sobre los trastorno hipertensión durante el embarazo?
- 2.- ¿Qué tratamientos debe aplicarse a gestantes con preeclampsia?

3.- ¿Qué tipo de dieta sería la más apropiada en pacientes con preeclampsia como medida de manejo. ?

4.- ¿Cuál es la vía de elección para culminar el embarazo en pacientes preeclámpicas?

5.- ¿Cuál es el rango de edad más vulnerable de presentar preeclampsia?

6.- ¿Cuál es el pronóstico de las preeclampsia en el puerperio?

7.- ¿Cuánto tiempo debe esperar una mujer para volver a embarazarse, después de haber presentado preeclampsia en el embarazo anterior?

### **1.1.3 Justificación**

La preeclampsia es una de los trastornos hipertensivos que amenazan el bienestar neonatal representa un problema de salud pública a nivel mundial, con mayor énfasis en países subdesarrollado razón principal por la que he seleccionado este tema de investigación.

Es de vital importancia educar a la mujer en edad fértil debido a conocer los diferentes factores de riesgo y signos complicaciones de alarma sobre los trastornos de hipertensión. Sería de gran ayuda para el profesional que ejerce salud ya que trabajar en conjunto aportaría en la dedicación precoz de preeclampsia. Por tal motivo considero importante establecer programas de información preventiva de preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, con la finalidad detectar a tiempo cualquier patología que complique el adecuado progreso del embarazo.

Es así que el presente proyecto tiene como finalidad ser utilizado por aquellos que se interesen en concienciar a mujeres en edad fértil, por lo cual será presentado a parejas, estudiante, padres de familia, profesores, autoridades de los planteles educativos, en los respectivos lugares de salud y en los departamentos médicos de colegios.

#### **1.1.4. VIABILIDAD**

El presente trabajo investigativo es viable porque se cuenta con:

- 1** Autorización de las respectivas autoridades del hospital Delfina Torre de Concha.
- 2** Aprobación y colaboración de médicos tratantes del área de ginecología.
- 3** Información correspondiente libros, folletos, revistas, útiles en el desarrollo del trabajo investigativo.
- 4** Recursos económicos necesarios para solventar el respectivo gasto del trabajo.
- 5** Guía y colaboración del tutor asignado.

#### **1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS**

##### **1.2.1 Objetivo General**

Crear un Programa de Prevención y las complicaciones en gestantes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas.

##### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- 1** Identificar el grupo etario más vulnerable a presentar preeclampsia.
- 2** Verificar los síntomas y tratamiento de pre eclámpticas atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas.
- 3** Determinar el nivel socio económico cultural de las gestantes preeclampsia que acuden del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas.
- 4** Establecer en qué edad gestacional es más común el desarrollo de preeclampsia.
- 5** Investigar las complicaciones más frecuentes en el binomio madre feto como consecuencia de preeclampsia.
- 6** Establecer las medidas de prevención en las gestantes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas para evitar complicaciones por preeclampsia.

### **1.3 HIPÓTESIS**

El Programa de Prevención de preeclampsia en gestantes entre 20 a 40 años de edad ayudará a disminuir los riesgos de preeclampsia en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas,

### **1.4 VARIABLES**

#### **1.4.1 Variable dependiente:**

Preeclampsia en gestante de 20 a 49 años de edad

#### **1.4.2 Variable independiente:**

- ❖ Edad gestacionar.
- ❖ Paridad.
- ❖ Hábitos.
- ❖ Nivel socio económico.

**1.4.3 Variable interviniente:** Los síntomas más frecuentes que se observan en una mujer embarazada son:

- Presión arterial elevada.
- Presencia de proteína en la orina.
- Edemas
- Náuseas, vómitos.
- Dolor en la epigastralgia.
- Acufenos.
- Fotopsia.
- Pulso alterado.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Gestación o Embarazo**

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto

Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte

#### **2.1.1. Tipos de embarazo**

Existen varios tipos de embarazo en las mujeres, tales como: Embarazo ectópico, embarazo psicológico, embarazo adolescente, embarazo no deseado, embarazo múltiple, embarazo prolongado

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento

#### **2.1.1.1 Embarazo ectópico**

Se denomina embarazo ectópico extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio).

#### **2.1.1.2. Embarazo psicológico**

También llamado imaginario, (**Síndrome de Rapunzel utópico** o **pseudociesis**) se da cuando una mujer cree estar embarazada sin estarlo realmente y presenta, además, la mayoría de los signos y síntomas gestacionales. Es un problema psicológico en el que el principal desencadenante suele ser el deseo desmedido de ser madre. La pseudociesis también puede darse en varones aunque con una frecuencia mucho menor, así como también en animales de compañía.

#### **2.1.1.3 Embarazo en adolescente o embarazo precoz**

El embarazo precoz es el que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La

mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido, en éste último caso de manera legal o ilegal dependiendo de legislación de cada país.

**2.1.1.4 El embarazo no deseado** (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno)

Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre coitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

## **2.2 PRE ECLAMPSIA**

**2.2.1. Definición de Pre eclampsia:** La Preeclampsia se diagnostica a partir de las 20 semanas de gestación.  $TA \geq 140/90$  mm Hg con presencia de proteinuria por excepción antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica es una complicación medica del embarazo también llamada toxemia o hipertensión inducida por embarazo y asociada a elevados niveles de proteína en la orina.

Debido a que la pre eclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para dicho trastorno. Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos en mujeres susceptibles.

Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado . Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (presión sanguínea, hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades.

Uno de los siguientes criterios son suficientes para el diagnóstico de Hipertensión:

a) Aumento de la Presión sistólica 30 mm. Hg ó mayor

b) Aumento de la Presión diastólica 15 mm. Hg ó mayor

Ambos valores comparados con respecto a los previos a las 20a. semanas.

Si éstos valores previos no se conocieran, un registro > a 140/90 son suficientes para considerar el criterio de presión para definir la Pre eclampsia.

Debe tenerse en cuenta que embarazadas muy jóvenes pueden no llegar a requerir tener presiones > de 140/90 para el diagnóstico de Pre eclampsia.

La otra determinación necesaria para el diagnóstico de Pre eclampsia es la Proteinuria. Esta se define como la excreción de 300 mgrs. ó más de Proteína en una examen aislado de orina de 24 hrs.

La proteinuria es en general un signo de aparición tardío en el curso de la Pre eclampsia y aunque no es específica, su aparición refuerza el diagnóstico. El edema se hace evidente clínicamente ó por el rápido incremento de peso aún sin evidencia de edema.

#### **2.2.1.2 Origen de la Pre eclampsia:**

Una investigación que se viene desarrollando desde el 2005 con el apoyo del Fondo Sectorial del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México, pretende descubrir cuál es el motivo de la pre eclampsia, se habían centrado en el estudio de la mujer, han evaluado el material genético de los bebés.

La placenta cuenta con una importante carga genética del futuro papá, por eso se debe conocer si contribuye en el desarrollo de la pre eclampsia.

El estudio llevado a cabo por médicos del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), encabezado por el genetista del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Carlos Galaviz, también investiga la presencia y efectos que ciertos genes puedan tener sobre la fijación de la placenta al útero, ya que parece ser que la incorrecta fijación de la placenta puede ser ocasionada por una regulación inadecuada de ciertos genes y restringe el flujo de sangre que llega al feto.

El especialista indica que las mamás primigestas son más propensas a la pre eclampsia debido a que es la primera vez que se exponen y que en el segundo embarazo la mujer ya reconoce la genética de su pareja y no vuelve a desarrollar la pre eclampsia. No sería el mismo caso si el segundo embarazo no es con la misma pareja.

**2.2.1.3 Clasificación de la preeclampsia:** la pre eclampsia se clasifica de la siguiente manera:

**Presentación antes de las 20 semanas**

- Hipertensión arterial crónica
- Hipertensión arterial crónica sobreañadida

**Presentación después de las 20 semanas**

- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia
- Eclampsia

**2.2.1.3.1 Pre eclampsia leve:** tensión arterial (TA) 140/90 - 159/109 mmHg + proteinuria menor de 5g/24h. 1

**Cuadro clínico:** La pre eclampsia leve es un síndrome que puede presentar los siguientes signos y síntomas:

- Presión arterial de 140/90mmHg
- Edema de cara y manos
- Alteración de la función hepática y visual

→Presencia de proteína en la orina

**2.2.1.3.2. Pre eclampsia grave:** TA mayor o igual a 160/110 + proteinuria mayor o igual a 5g/24h. La preeclampsia severa presenta los siguientes signos y síntomas:

→Oliguria menor de 400ml/24h

→Trastornos mentales

→Dolores epigástricos (en puñalada, intensos)

→Edema pulmonar o cianosis

→Aumento de peso de más de 2 kg en una semana

→Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz. Cefaleas intensas y persistentes.

### **2.2.1.3.3. Preeclampsia sobre impuesta a Hipertensión arterial crónica**

El diagnóstico de ésta condición se hace sobre la base del incremento de los valores tensionales ( $>30$  mm. Hg. de Presión sistólica ó  $> 15$  mm. Hg de Presión diastólica) junto a la aparición de Proteinuria y Edema generalizado en una paciente portadora de Hipertensión crónica previa. Es la forma clínica de peor pronóstico fetal.

El diagnóstico de pre eclampsia sobre impuesta es particularmente difícil, sobre todo en mujeres que reciben medicación antihipertensiva. Esta puede enmascarar ascensos tensionales que suceden en las primeras fases de la pre eclampsia sobre impuesta y que transcurren sin proteinuria evidente. Una ayuda en el diagnóstico pueden constituirlo el descenso del recuento plaquetario y el aumento progresivo de los niveles de ácido úrico y fundamentalmente evidencias de afectación de órganos blanco por la HTA crónica previa.

**Hipertensión Transitoria:** se llama al desarrollo de presión arterial elevada durante el embarazo ó en las primeras 24 hrs. post-parto sin otros signos de pre eclampsia ó hipertensión preexistente en la paciente que lo presenta. Se considera a la Hipertensión transitoria como una fase "Preproteinúrica de la pre

eclampsia " y a veces una recurrencia de la hipertensión crónica con cifras disminuidas hacia la mitad del embarazo, de la gestante. A menudo la Hipertensión transitoria impresiona ser una manifestación de una Hipertensión arterial latente puesta de manifiesta por el embarazo. La Hipertensión transitoria tiene un elevado grado de recurrencia en embarazos sucesivos, y es probablemente la base para un diagnóstico erróneo de pre eclampsia en pacientes múltiparas.

**2.2.1.3.4. Importancia de prevención de la Preeclampsia :** Esta es un área que necesita de atención oportuna , en países como el nuestro.

→Son la principal causa de partos prematuros.

→Aproximadamente el 10% de embarazadas con pre eclampsia grave desarrolla trastorno

#### **2.2.1.3.5 Pronóstico de Preeclampsia**

Por lo regular, la hipertensión arterial, la proteína en la orina y otros efectos de la pre eclampsia desaparecen por completo al cabo de 6 semanas después del parto. Sin embargo, algunas veces, la hipertensión arterial empeorará en los primeros días posteriores al parto.

Una mujer con antecedentes de pre eclampsia está en riesgo de padecer la afección de nuevo en embarazos futuros. Con frecuencia, no es tan grave en embarazos posteriores.

Las mujeres que tienen problemas de hipertensión arterial durante más de un embarazo tienen un mayor riesgo de padecerla cuando envejezcan.

La muerte de la madre causada por pre eclampsia es rara en los Estados Unidos. El riesgo de muerte del bebé depende de la gravedad de la preeclampsia y de qué tan prematuro nace el bebé.

#### **2.2.1.3.6 Trastorno en la Pre eclampsia**

→La frecuencia de aparición es de un caso cada 2.000 embarazos.

Prácticamente el 100% de los casos se curan totalmente, ya que las células que lo forman son muy sensibles al tratamiento médico y también se preserva la capacidad reproductiva.

### **Tratamiento**

Si el bebé está lo suficientemente desarrollado (por lo regular 37 semanas o después), es posible que el médico necesite sacarlo para que la pre eclampsia no empeore. Usted puede recibir diferentes tratamientos para ayudar a inducir el parto o puede ser necesaria una cesárea.

Si el bebé no está totalmente desarrollado y usted tiene pre eclampsia leve, la enfermedad con frecuencia puede manejarse en casa hasta que su bebé tenga una buena probabilidad de sobrevivir después del parto. El médico probablemente recomendará lo siguiente:

- ✓ Descansar en cama en la casa, acostándose sobre el lado izquierdo la mayor parte o todo el tiempo
- ✓ Tomar vasos de agua extra al día y consumir menos sal
- ✓ Asistir a controles con el médico con más frecuencia para verificar que usted y su bebé estén evolucionando bien
- ✓ Tomar medicamentos para bajar la presión arterial (en algunos casos)
- ✓ Inmediatamente llame al médico si aumenta de peso o tiene nuevos síntomas.

En algunos casos, una mujer embarazada con pre eclampsia es hospitalizada, de manera que el equipo médico pueda vigilar de cerca al bebé y a la madre.

El tratamiento puede involucrar:

- a) Medicamentos administrados por vía intravenosa para controlar la presión arterial, al igual que prevenir convulsiones y otras complicaciones
- b) Inyecciones de esteroides (después de 24 semanas) para ayudar a acelerar el desarrollo de los pulmones del bebé

Usted y su médico continuarán hablando sobre el momento más seguro para dar a luz al bebé, considerando:

Cuán cerca está usted de la fecha probable de parto. Cuanto más avanzada esté usted en el embarazo antes de dar a luz, mejor será para su bebé.

La gravedad, la pre eclampsia tiene muchas complicaciones graves que pueden causarle daño a la madre.

Qué tan bien esté evolucionando el bebé en el útero.

Es necesario sacar al bebé si usted tiene signos de pre eclampsia severa, lo cual incluye:

Exámenes (ecografía, perfil biofísico) que muestren que su bebé no está creciendo bien o no está recibiendo suficiente sangre y oxígeno

Se confirma que el número inferior de la presión arterial de la madre está por encima de 110 mmHg o es mayor a 100 mmHg de forma constante durante un período de más de 24 horas

Pruebas de la función hepática anormales

Dolores de cabeza intensos

Dolor en el área ventral (abdomen)

### **Síndrome**

Conteo plaquetario bajo (trombocitopenia)

Disminución en la función renal (cantidad baja de orina, gran cantidad de proteína en la orina, aumento en el nivel de creatinina en la sangre)

#### **2.2.1.3.7. El síndrome HELLP**

Es una enfermedad rara y muy grave que ocurre durante el embarazo. Puede comenzar rápidamente, incluso en el postparto, aunque es más frecuente durante el último trimestre de gestación.

HELLP son las siglas en inglés de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas. Las mujeres que lo padecen pueden tener problemas de sangrado, hepáticos y de presión sanguínea, inconvenientes éstos que pueden hacer mucho daño tanto a la madre como al bebé.

Los síntomas del Síndrome HELLP son: náuseas, vómitos, dolores de cabeza, agotamiento, hinchazón (especialmente en la cara y las manos) y dolor en la zona abdominal superior derecha; rara vez se nota un sangrado de las encías.

Aproximadamente el 10 por ciento de las embarazadas con pre eclampsia grave desarrolla este trastorno, aunque también puede darse sin pre eclampsia entre 2 y 7 días antes del parto. Es probable que si la mujer embarazada presenta este síndrome durante un embarazo, vuelva a desarrollarlo durante el siguiente; la segunda vez, por lo general, es menos grave.

Las estadísticas indican que quienes tienen mayores probabilidades de tener esta enfermedad son las mujeres blancas y mayores de 25 años de edad, así como también aquellas mamás que ya tuvieron niños o las que anteriormente han tenido un problema con algún embarazo.

El tratamiento principal para el síndrome HELLP es dar a luz al bebé. Esto puede tener que suceder antes de la fecha prevista para el parto. Un par de días después de dar a luz, la mayoría de las mujeres que padecen la enfermedad comienzan a sentirse mejor. Posiblemente el médico recete un esteroide. En caso de sangrado, puede requerir transfusiones sanguíneas.

No existe un tratamiento preventivo para esta enfermedad. Lo mejor que puedes hacer, como siempre te recomendamos, es visitar al médico con regularidad.

El síndrome de distrés respiratorio agudo en el adulto es otra complicación que aparece después de una pre eclampsia aunque no se ha determinado si la causa sea el soporte respiratorio hospitalario de la paciente o si es por razón de la pre eclampsia misma.

Es probable que la pre eclampsia sea un factor de riesgo para la aparición de epilepsia en la vida adulta de los hijos de madres con ese trastorno.

## **Síndrome del túnel carpiano**

El dolor y el adormecimiento de las manos durante el embarazo está asociado a una alteración llamada síndrome del túnel carpiano. Se produce por la compresión del nervio mediano en su trayecto a nivel de la articulación de la muñeca. Debido a que el nervio mediano proporciona funciones tanto motoras como sensoriales al pulgar y a los tres dedos del medio, esto puede provocar muchos síntomas y molestias en esta región

### **2.2.1.3.8. Factores que predisponen a pacientes a la pre eclampsia:**

- ✓ Primigesta
- ✓ Herencia
- ✓ Embarazo Gemelar
- ✓ Diabetes
- ✓ Enfermedad Renal
- ✓ Inhibidor Lupico
- ✓ Edad ( 21 Ó 35 Años )
- ✓ Herencia
- ✓ Obesidad
- ✓ Hipertensión Crónica
- ✓ Antecedentes De Preepclamsia

Las Primigrávidas son 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas.

El embarazo gemelar incrementa el riesgo 5 veces . Las mujeres que han tenido pre eclampsia ó eclampsia como multíparas usualmente tienen algún factor predisponente, a menudo hipertensión crónica

Las mujeres con mayor predisposición a desarrollar Pre eclampsia son aquellas que : tienen una historia de Hipertensión Arterial crónica en los 4 años previos; han tenido Pre eclampsia durante un embarazo anterior ó han tenido Presiones Diastólicas mayores a 100-110 mm. Hg. desde el comienzo del embarazo. En

éstas pacientes la recurrencia de pre eclampsia sobre impuesta es muy alta ;>del 70 %.

- ✓ Antecedentes familiares de Pre eclampsia.
- ✓ La existencia de una mola hidatiforme incrementa el riesgo 10 veces.
- ✓ La presencia de Diabetes Mellitus en un potente factor de riesgo.
- ✓ La existencia de " Hidrops fetal " incrementa el riesgo 10 veces.
- ✓ Contrariamente a la creencia popular, la clase socio-económica no predispone a la pre eclampsia.
- ✓ La presencia de Inhibidor Lúptico aumenta la incidencia de abortos en el primer trimestre y de pre eclampsia - eclampsia al final de la gestación.

El cuadro de la pre eclampsia presenta un amplio espectro que va desde formas leves a extremadamente severas con elevada morbimortalidad materno fetal.

En muchos casos la progresión del cuadro es lenta y nunca pasa de una forma leve. En otros, la minoría, la enfermedad progresa rápidamente a formas graves en el transcurso de días ó semanas. En algunos la progresión a formas severas y Eclampsia se hacen en horas.

Por ésta razón desde el punto de vista del manejo clínico, la Pre eclampsia debería ser " Sobre diagnosticada" ya que muchas veces un manejo preventivo y agresivo evita las erráticas evoluciones a formas graves y la Eclampsia.

#### **2.2.1.3.9. Síntomas de la pre eclampsia**

Los síntomas iniciales de la pre eclampsia pueden pasar desapercibidos debido a que se confunden con los síntomas propios del embarazo, como el aumento de peso y la retención de líquidos (edema). La forma de detectarla es mediante el control de la presión arterial en todas las consultas prenatales y un estudio en orina para detectar proteínas (proteinuria). Por esta razón es fundamental un buen control obstétrico y asistir a todas las consultas.

Se considera hipertensión arterial cuando tu presión sistólica es mayor de 140 mm. y la diastólica de más de 90mm. hg. Es normal que la presión varíe a lo largo del día, por lo cual se necesitan tres controles de presión arterial por encima de los valores normales para considerar hipertensión arterial.

El test en la orina se realiza con una tira reactiva, similar al test de embarazo casero, que se sumerge en la orina. El resultado también puede variar durante el día, por lo que si se sospecha que puede haber un problema deberás recoger la orina durante 24 hs. para realizar el test nuevamente

Debes tener en cuenta que la preeclampsia puede aparecer en el intervalo entre tus consultas prenatales, por lo cual debes estar atenta a los síntomas iniciales:

- ✓ Aumento de peso de más de 2 kg. en una semana.
- ✓ Hinchazón de cara, párpados, manos, pies o tobillos.
- ✓ Alteraciones en la visión: Visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz.
- ✓ Dolores abdominales intensos, vómitos o náuseas importantes.
- ✓ Cefaleas intensas y persistentes.

#### **2.2.1.3.10. ¿Por qué se produce la pre eclampsia ?**

Se desconoce el mecanismo final de la aparición de esta enfermedad. Se especula que puede existir una predisposición genética hereditaria acerca de una intolerancia inmunológica al embarazo, pero son teorías que todavía no se han confirmado.

Sí se sabe que esta enfermedad es más frecuente en mujeres que padecen de hipertensión arterial, diabetes, en casos de enfermedades de la coagulación previas (trombofilias), enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso, embarazos múltiples, ser madre primeriza o en los extremos de la vida fértil. También si en embarazos anteriores has tenido pre eclampsia antes de cumplir las 30 semanas de embarazo tendrás un 40% de riesgo de desarrollarla nuevamente en otro embarazo

Si se tienes presión arterial elevada previa al embarazo o durante la primera mitad del embarazo se diagnosticará una hipertensión crónica. Si este fuera el caso se te realizarán controles obstétricos más frecuentemente y se controlará muy de cerca tu presión arterial y el crecimiento de tu bebé. Seguramente recibirás una medicación específica y una dieta lo más saludable posible asociada con más horas de reposo del habitual.

Si usted tiene cualquiera de estos síntomas, llame a su médico de inmediato:

Dolor de cabeza severo

Mareos timbre o zumbido en los oídos

Somnolencia

Visión doble

Ceguera de golpe

Vomitando sangre

Hinchazón excesiva de los pies y las manos

Pequeñas cantidades de orina o nada de orina

Visión borrosa

Sangre en su orina

Latidos del corazón rápidos

Náusea excesiva

Vómitos excesivos

Fiebre

#### **2.2.1.3.11. Tratamiento para la pre eclampsia**

Dar a luz al bebé es la mejor manera de protegerla y proteger a su bebé. Esto no siempre es posible, porque el bebé puede ser demasiado pequeño para poder vivir fuera del vientre de la madre.

Si el parto no es posible debido a que es el embarazo es muy temprano, se pueden tomar pasos para controlar la pre eclampsia hasta que el bebé esté listo para salir al mundo. Estos pasos incluyen bajar la presión arterial, con descanso en cama o

medicamentos, y mantener a usted y a su bebé muy bien observados. En algunos casos, será necesaria la hospitalización.

Una manera de controlar la presión alta cuando uno no está embarazada es cortar la cantidad de sal en su comida. Esta no es una buena idea si tiene presión alta durante el embarazo. Su cuerpo necesita la sal para mantener el fluido de los líquidos en su cuerpo, así que es necesario que coma una cantidad de sal normal. Su doctor le indicará cuanta sal debe comer cada día y cuánta agua necesita beber al día.

El tratamiento dependerá del grado de severidad de la pre eclampsia y de la edad gestacional. En general se indica inicialmente internación de la paciente para realizar un estudio completo materno-fetal de monitoreo constante que incluye laboratorio en sangre y orina, electrocardiograma materno, ecografías, doppler obstétrico y monitoreo fetal.

Si la enfermedad es leve y estás en tu semana 37 o más, seguramente se indique una inducción del parto, que es lo único que previene complicaciones más severas.

En casos donde se sospecha que el bebé no va a soportar el parto por falta de maduración completa, lo más aconsejable es practicar oportunamente una cesárea, para evitar riesgos posteriores, si se espera el momento del parto normal. Si todavía no has llegado a la semana 37 del embarazo, la enfermedad es leve y no hay afectación del bebé, seguramente se indique reposo, dieta, medicación anti-hipertensiva y un control constante y estricto de la salud fetal.

El reposo es uno de los pocos tratamientos que ha demostrado su eficacia en la mayoría de las pre eclampsias leves. No es necesario un reposo en cama 24 hs. porque aumentaría el riesgo de trombosis venosa en miembros inferiores (coágulos de sangre venosos).

Deberás realizar controles de presión arterial frecuentes (al menos una vez al día), estudios de sangre y control de proteinuria, además de los controles del bebé:

ecografía, monitoreo, Doppler, etc... Si la enfermedad avanza, seguramente requieras internación y adelantamiento del parto.

El tratamiento más frecuente para la pre eclampsia durante la internación es la administración de sulfato de magnesio endovenoso, asociado con drogas anti-hipertensiva si no se logra normalizar la presión arterial. En casos severos esta medicación debe continuarse después del parto para prevenir complicaciones como la eclampsia post parto (convulsiones).

#### a) La Proteinuria

La proteinuria es la presencia de proteínas en la orina, en valores superiores a 150 mg en la orina de 24 horas. La misma puede ser transitoria, permanente, ortostática, monoclonal o de sobrecarga

La aparición de un nivel elevado de proteinuria es un indicador de que el sistema de filtro de los riñones presenta algún daño. Es normal que el médico decida hacerte un análisis para chequear el funcionamiento de los riñones y determinar si estos están amenazados por alguna enfermedad. También es normal que durante el embarazo algunas mujeres experimenten un aumento de proteínas en la orina debido a que durante este período los riñones trabajan con más intensidad

→ **Causas** : La proteinuria se produce al dañarse los filtros de los riñones (estos filtros retienen lo indispensable para el organismo y descartan lo innecesario). Significa que los riñones no pueden contener las macromoléculas de las proteínas y estas se filtran en la sangre.

La afección se produce por enfermedades que afectan directamente a los riñones, o por enfermedades que afecten otros órganos vinculados a su funcionamiento. Algunas de las principales causas pueden ser provocadas por: diabetes, lupus, mieloma múltiple e intoxicación con medicamentos.

Otras posibles afecciones que provocan la proteinuria son: pielonefritis bacteriana, tumor en la vejiga, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome de Goodpasture, envenenamiento por metales pesados, síndrome nefrótico, enfermedad

poliquística del riñón, entre otras. Sin embargo la causa más frecuente de proteinuria durante el embarazo es la pre eclampsia

Otra causa puede ser una infección urinaria. En este caso es probable que el médico indique un análisis de orina para confirmar su diagnóstico y de ser así, conocer de qué tipo se trata. Por lo general su tratamiento es con antibióticos. Si los niveles de proteinuria continúan aumentando en controles posteriores, puede ser un síntoma de pre eclampsia. Debes prestarle atención a los siguientes síntomas: hipertensión arterial, hinchazón de pies, rostro y dedos. La preeclampsia puede manifestarse con todos estos síntomas o con solo uno de ellos

**Diagnóstico:** Su diagnóstico se realiza mediante un análisis de orina para detectar proteínas o bien con una tira reactiva, similar al test de embarazo casero. El resultado también puede variar durante el día, por lo que si se sospecha que puede haber un problema deberás recoger la orina durante 24 hs. para realizar el test nuevamente.

En análisis de orina los valores normales son menores de 150 mg en la orina de 24 horas o de 0 a 8 mg/dl si se determina por medio de una prueba rápida con tira reactiva.

**Tratamiento:** Al no ser una enfermedad propiamente dicha, la proteinuria se trata combatiendo a la enfermedad que la provocó. El médico decidirá cuál es el tratamiento más adecuado para cada paciente

b) Anticuerpos Antifosfolipídico

Son un conjunto de anticuerpos en la sangre materna. Los más comunes son:

- ✓ Anticoagulante lúpico
- ✓ Anticuerpo anticardiolipina
- ✓ Anticuerpo Anti-b2-glicoproteínaI

El test de mayor sensibilidad es el de detección de anticuerpos anticardiolipina. Se produce Como consecuencia de la presencia de estos anticuerpos antifosfolipídico

durante el embarazo, la mujer embarazada puede tener problemas circulatorios, así como puede afectarse la circulación placentaria, comprometiendo de esta forma al bebé.

También se originan alteraciones de coagulación que se manifiestan por una disminución de las plaquetas maternas (sustancias imprescindibles para la coagulación sanguínea) y trombosis (obstrucción de vasos sanguíneos) sobre todo en la placenta. El síndrome antifosfolipídico no es una enfermedad contagiosa que se puede adquirir o transmitir ni tampoco es una enfermedad terminal. Muchas personas pueden padecerla y ni siquiera lo saben.

Alrededor del 2% de las mujeres la padecen y no significa que todas ellas sufran de algún problema asociado.

**Problemas:** La presencia de anticuerpos antifosfolipídicos en la circulación sanguínea materna se asocia con los siguientes problemas:

- Trombosis arterial o venosa
- Interrupción de embarazo
- Retardo en el crecimiento fetal intrauterino
- Partos prematuros
- Hipertensión arterial materna severa durante el embarazo (pre eclampsia).

Un tratamiento adecuado durante el embarazo disminuye las complicaciones materno-fetales

**Diagnóstico:** Debe sospecharse la existencia de este problema y detectarse mediante una serie de test en sangre materna, cuando una mujer tiene antecedentes de:

- Una o más pérdidas de embarazo antes o después de las 10 semanas sin causa aparente.
- Uno o más partos prematuros alrededor de las 34 semanas como resultado de hipertensión severa o insuficiencia placentaria (retardo de crecimiento del bebé).

- Aborto habitual o recurrente (tres o más abortos espontáneos consecutivos antes de las 10 semanas).

Los test detectan anticuerpos o miden funciones de coagulación:

- Anticoagulante lúpico

Se llama así porque en un principio se lo reconocía en pacientes con una enfermedad llamada Lupus Eritematoso Sistémico.

- Inmunoglobulina G y M para anticardiolipinas.

- KPTT y tiempo de Quick

Que miden la coagulación.

- Nivel de plaquetas en sangre

- VDRL positivo (sin tener sífilis)

Es una reacción cruzada por la presencia de estos anticuerpos.

Sólo si has tenido antecedentes de los problemas antes mencionados durante el embarazo (abortos a repetición o muerte fetal sin causa aparente, hipertensión arterial o crecimiento inadecuado del bebé intraútero) corresponde investigar la presencia de este tipo de anticuerpos para diagnosticar esta enfermedad. No debe solicitarse de rutina a todas las mujeres embarazadas o con deseos de embarazo, pues afortunadamente es un problema poco frecuente.

**Tratamiento:** Es importante que se acuda en las etapas más tempranas del embarazo al obstetra para comenzar el tratamiento. Con el tratamiento adecuado el 75% de los casos evoluciona favorablemente. El mismo consiste en:

- Aspirina en bajas dosis 80 mg/día
- Anti coagulación con Heparina
- Corticoides como la Predispone

En las pacientes en que el tratamiento no resulta eficaz se sugiere un tratamiento en base a gammaglobulina endovenosa aplicada mensualmente durante todo el

embarazo, corticoides asociados a ácido acetilsalicílico (aspirina), y como último recurso plasmaferésis.

c) ETG

La **enfermedad trofoblástica gestacional**, también conocida como mola hidratiforme, es una enfermedad que se origina por la formación anormal del tejido placentario o trofoblasto. Comprende varias entidades llamadas mola parcial, mola completa, mola invasiva y el corioncarinoma. Se caracteriza por la transformación del tejido placentario en otro tejido que forma vesículas o quistes y en los estadios más avanzados, se asemeja a un racimo de uvas.

**Síntomas:** El comienzo es similar a cualquier embarazo, pero posteriormente se manifiesta por hemorragia genital, con el útero de un tamaño mucho mayor al habitual. A veces también aparecen síntomas exagerados de embarazo como vómitos excesivos, hipertensión arterial o preeclampsia.

**Diagnóstico:** En los últimos años, gracias al avance de la tecnología médica, el diagnóstico se realiza en las primeras etapas de la enfermedad. Hoy en día, gracias al uso de la ecografía transvaginal y la cuantificación de hormona del embarazo (HCG), el diagnóstico es muy precoz, incluso mucho antes de que aparezca ningún síntoma.

El diagnóstico se realiza por el cuadro clínico y de laboratorio: HCG superior a 100.000 U.I. y ecografía que demuestre la presencia de imágenes quísticas que son la característica de la enfermedad, puede haber embrión (mola parcial) o no (mola completa). En el caso de la mola parcial o embrionada, este embrión tiene alteraciones cromosómicas incompatibles con la vida..

Cuando se produce un aborto espontáneo, es de fundamental importancia el efectuar un estudio histopatológico del material expulsado, pues su correcta evaluación puede establecer la presencia de esta enfermedad.

**Tratamiento:** Cuando se presume una ETG, es necesario evacuar el útero mediante un legrado y el estudio anatomopatológico y la evolución del descenso de la HCG. Además se determinará si es necesario algún tratamiento posterior. El

control posterior al tratamiento se realiza mediante controles en sangre de la hormona HCG, que deben ser negativos en los 30 días ulteriores a la intervención quirúrgica.

Una de las características de esta enfermedad es que se comporta como un tumor, y eventualmente puede producir metástasis a distancia de focos de tejido placentario molar, esto quiere decir que se desprenden porciones del tejido placentario enfermo y viajan por el torrente sanguíneo a órganos distantes del útero. La mayoría de las veces estos tejidos desaparecen y se curan con la evacuación del útero, pero en raros casos requieren de un tratamiento con drogas citostáticas para su erradicación. El sitio más común de metástasis es el pulmón que con placas radiográficas pueden diagnosticarse fácilmente.

La mola invasora es una forma más agresiva de la enfermedad muy poco frecuente. Se diferencia de la mola habitual ya que el tejido enfermo de la mola invasora "invade" el músculo de las paredes del útero y en muy raros casos puede incluso atravesarlo. Estos casos deben ser tratados con drogas citostáticas, previa o posteriormente a la evacuación uterina.

El corioncarinoma es un tumor extremadamente infrecuente. Tiene la capacidad de provocar metástasis muy rápidamente, lo que determina la necesidad de utilizar drogas citostáticas.

Afortunadamente, la ETG no es muy frecuente, pero debe tenerse en cuenta siempre ante la presencia de alteraciones ecográficas o hemorragia genital en un embarazo.

#### d) Las Várices

Normalmente las venas son las encargadas de transportar la sangre que ha sido utilizada por nuestro cuerpo para alimentarse y oxigenarse, de vuelta hacia el corazón para volver a oxigenarse en su pasaje por los pulmones.

En el caso de nuestras piernas, éstas deben trabajar en contra de la gravedad, porque la sangre hace un recorrido "hacia arriba", motivo por el cual disponemos

de un sistema de válvulas en nuestras venas para que el recorrido siempre sea unidireccional, hacia el corazón.

Cuando estas válvulas están enfermas o no existen, como ocurre en algunas personas, la sangre tiende a estancarse en las venas que más soportan el peso de la gravedad (piernas, recto y a veces la vulva) obteniendo como resultado la aparición de las odiosas várices o hemorroides, que técnicamente hablando son várices en el recto.

**Aparición :** Esta enfermedad es más frecuente en las personas con exceso de peso, y es 4 veces más frecuente en la mujer que en el hombre. En la mujer que tiene una predisposición especial, las várices hacen su "debut" durante el embarazo. Favorecen su aparición el aumento de la presión del útero sobre las venas pelvianas, el aumento del volumen de sangre que circula en el cuerpo, y las hormonas del embarazo, que relajan las fibras musculares presentes en las paredes de las venas. Aparte de su molestia por motivos estéticos, causa dolores musculares, pesadez o calambres.

**Prevención :** Todas las mujeres embarazadas corren el riesgo de aparición de estas desagradables alteraciones venosas, que además pueden complicarse con enfermedades como la trombosis o tromboflebitis (formación de un coágulo en el interior de las venas con o sin infección local asociada). Lo mejor en estos casos es la prevención.

Hay que considerar que en esta enfermedad tienen mucha importancia los antecedentes familiares, y en estos casos es muy difícil evitar algo que ya está en nuestros genes. De todas formas puede mejorarse mucho su aspecto y evitar complicaciones médicas. A continuación te damos algunos consejos:

- Evita el exceso de peso

Es indispensable evitar el exceso de peso, ya que aumenta el riesgo de aparición.

- Utiliza medias especiales

Es recomendable utilizar medias-bombacha "panty" de descanso, especiales para várices. Son las elásticas o las de Lycra bien ajustadas.

- Evita estar sentada o parada por mucho tiempo

Si debes estar parada es mejor caminar, aunque sea tramos cortos. También, si trabajas sentada, debes levantarte y caminar por lo menos una vez por hora, o levantar y bajar tus talones periódicamente para evitar que la sangre de tus piernas quede atrapada en las venas.

- No utilices ropa ajustada en las piernas, los muslos o la cintura

Afecta la circulación de la sangre en las venas y predispone la aparición de las várices.

- Evita el uso de tacos muy altos, lo ideal es un máximo de 5 centímetros.
- No levantes cosas muy pesadas, especialmente en el último trimestre del embarazo que además no es recomendable.
- Evita la constipación, haz una dieta alimentaria que prevenga la constipación.
- No fumes

Evita el tabaco, que está asociado con aumento en la incidencia de várices ya que además de inhibir la absorción de vitaminas, perjudica la circulación sanguínea.

- En lo posible evita la exposición al sol directo

El calor del sol dilata las venas y si tienes predisposición a las várices, aparecerán mucho más rápidamente.

- Recuéstate con los pies elevados

Durante las horas de reposo nocturno debes elevar los miembros inferiores por lo menos 15 centímetros, colocando tacos de madera o libros en las patas de los pies de la cama. Esto favorece la circulación de la sangre de tus venas en los miembros inferiores.

- Realiza ejercicios de prevención

Puedes realizar ejercicios para prevenir y reducir las várices antes de acostarte, que favorecen el vaciamiento de la sangre de las venas de las piernas.

- Realiza actividad física

Si puedes, realiza caminatas diarias de por lo menos 20 minutos, que mejoran la circulación en la mitad inferior de tu cuerpo.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

- ✓ El objetivo principal del manejo de la preeclampsia deberá siempre estar orientado a la seguridad materna reducción de los factores de riesgo, detección oportuna de complicaciones obstétricas.
- ✓ En la consulta prenatal de todas las embarazadas después de las semana 20 de gestación debe inducirse la determinación de la presión arterial y la proteinuria.
- ✓ Posterior a las 20 semanas de gestación, en cada evaluación prenatal se debe identificar la presencia de hipertensión, proteinuria, cefalea, alteraciones visuales, dolor epigástrico, vomito, disminución de los movimientos fetales y retardo en el crecimiento fetal.
- ✓ Las enfermeras deben aprovechar toda oportunidad apropiada para tomar la presión arterial de los adultos con el fin de facilitar la detección precoz de la hipertensión.
- ✓ Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el diagnóstico, riesgo de la alteración de la aliada materno fetal, se recomienda revisar el historial obstétrico para valorar factores de riesgo de preeclampsia, determinar el grado de conocimiento que la paciente su patología fomentar la expresión de sentimientos y miedos a cerca del bienestar fetal y seguridad personal, instruir a la paciente en técnicas de auto cuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable, recomendar que asista a la atención médica inmediata cuando detecte disminución de movimientos fetales 4 o más contracciones por hora antes de los 37

semanas de gestación, cefalea, trastorno visuales, dolor epigástrico rápida ganancia de peso con edema y enseñar a contar los movimientos fetales.

- ✓ La enfermera debe atención prenatal debe generar una relación de confianza y estimular la participación de la familia, como red social de apoyo.
- ✓ En la consulta prenatal, la vigilancia de las pacientes con riesgo, incluidas las primigravidas, debe ser al menos cada tres semanas entre las 24 y 32 semanas.
- ✓ Se debe promover el adiestramiento del personal que realiza la toma de la presión arterial, para asegurar el apego a la técnica correcta y valorar periódicamente la variabilidad inter observador.
- ✓ Al momento de toma la precisión arterial de las pacientes, las enfermeras deben utilizar la técnica correcta, el tamaño apropiado del brazalete y un equipo correctamente calibrado.
- ✓ Entre las intervenciones efectivas en el segundo nivel para pacientes de riesgo moderado esta la evaluación DOPPEL de las arterias uterinas si se cuentan con recurso de calidad y la vigilancia del crecimiento fetal.

## 2.3. GLOSARIO

### **Anticardiolipina**

Afinidad de 1mg / ml de anticuerpos anticardiolipina. Los criterios clínicos para realizar la prueba de la anticardiolipina son episodios trombóticos o trombocitopenia

**Anticuerpos antifosfolípidos** también conocidos como **aFL** son un grupo heterogéneo de autoanticuerpos de tipo IgG, IgM e IgA dirigidos contra diferentes tipos de fosfolípidos y proteínas de unión a fosfolípidos

### **Contrarreferencia**

Es el proceso inverso a la referencia , es decir, la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente

### **Diagnóstico**

al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

### **Embriología**

La embriología humana estudia la formación y desarrollo del embrión y del feto en la especie humana. Se encuadra, junto con la anatomía, dentro de las ciencias morfológicas y es materia de estudio dentro de la medicina. Comprende el estudio de los nueve meses de gestación, desde su concepción hasta su forma final antes del parto.

### **Encefalopatía**

El término encefalopatía significa desorden o enfermedad del encéfalo. En el uso moderno, encefalopatía refiere a un síndrome de disfunción cerebral, el cual puede ser causado por múltiples etiologías. Alteración patológica del encéfalo.

Alteración neurológica producida por priones en la que el cerebro adquiere aspecto esponjoso. Es propia del ganado bovino y transmisible al hombre.

### **Enfermedad antifosfolipídica gestacional**

La enfermedad trofoblástica gestacional consiste en un grupo de trastornos que tienen en común la proliferación del trofoblasto gestacional, el tejido

### **Fisiológicos**

Pertenciente o relativo a la fisiología. es la ciencia que estudia las funciones de los seres multicelulares (vivos). Es una de las ciencias más antiguas del mundo. Muchos de los aspectos de la fisiología humana están íntimamente relacionadas con la fisiología animal, en donde mucha de la información hoy disponible ha sido conseguida gracias a la experimentación, pero sobre todo gracias a las autopsias.

### **Gestación**

El término gestación se usa en zoología cuando un animal vivíparo del sexo femenino lleva y sustenta a una cría embrionaria o fetal dentro de su vientre hasta el momento del nacimiento.

**Hipertensión arterial (HTA):** TAS <sup>3</sup> 140 mmHg y/o TAD <sup>3</sup> 90 mm Hg, en dos tomas separadas seis horas tras 10 minutos de reposo con la gestante sentada, los pies apoyados y el brazo a la altura del corazón.

### **OMS**

Organización Mundial de la Salud

### **Pielonefritis**

La pielonefritis o infección urinaria alta es una inflamación del riñón que involucra el parénquima renal (las nefronas), la pelvis renal y los cálices renales. Normalmente, los microorganismos ascienden desde la vejiga hasta el parénquima.

### **Poliquística**

Enfermedad poliquística renal (PKD siglas en inglés). Es una enfermedad genética progresiva de los riñones. Ocurre en los seres humanos y otros animales

Inhibidor lúdico

### **Placenta**

es un órgano efímero presente en los mamíferos placentarios y que relaciona estrechamente al bebé con su madre, satisfaciendo las necesidades de respiración, nutrición y excreción del feto durante su desarrollo.

### **Proteínas**

Las son moléculas formadas por cadenas lineales de aminoácidos. Sustancia constitutiva de las células y de las materias vegetales y animales.

### **Síndrome de Hellp**

síndrome HELLP es una complicación obstétrica severa considerada como una variedad de preeclampsia. Esta condición aparece durante la etapa tardía

### **Útero**

El útero, también denominado 'matriz', es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino de la mayoría de los mamíferos, incluyendo los humanos. Es un órgano muscular, hueco, en forma de pera Matriz de la mujer y de las hembras de los mamíferos.

**Embriología humana** es la parte de la embriología que estudia la formación y desarrollo del embrión y del feto en la especie humana. Se encuadra, junto con la anatomía, dentro de las ciencias morfológicas y es materia de estudio dentro de la medicina. Comprende el estudio de los nueve meses de gestación, desde su concepción hasta su forma final antes del parto.

## **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1. Materiales**

#### **3.1.1 Lugar de la investigación**

La presente investigación se realizó en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas

#### **3.1.2. Localización geográfica**

El Hospital Delfina Torres De Concha está ubicado en la parte norte de la ciudad de Esmeraldas en las calles Avenida Libertad Manabí, 24 de Mayo y Pedro Vicente Maldonado en el sector de la Parada 8 Presta atención primaria a una población anual de más o menos 50.480 habitantes, según datos proporcionados por INEC, preferentemente al grupo materno infantil, Siendo el grupo de las mujeres en edad fértil un total de 12.300 con programas de prevención y fomento, además de la atención de tipo curativa del primer nivel de las patologías más frecuentes (42%) entre ellas las preeclampsia.

#### **3.1.3 Período de la investigación**

La investigación se realizó en el período comprendido de Enero 2013 a Abril del 2015.

#### **3.1.4. Recursos empleados**

Talento Humano

- ✓ La investigadora: Maestrante en Salud Pública
- ✓ Tutor: Magister en Salud Pública
- ✓ Director del hospital
- ✓ Enfermeras
- ✓ Familiares de gestantes
- ✓ Embarazadas

### Recursos tecnológicos

- ✓ Computador
- ✓ Cámara
- ✓ Grabadora ( grabar encuestas )

### Otros recursos

- ✓ Encuestas
- ✓ Hojas de papel bond
- ✓ Bolígrafos, lápices
- ✓ Proyector de multimedia

### 3.1.5 Universo y Muestra

El universo lo integran

LUGAR: HOSPITAL DELFINA TORRES DEE CONCHA		
Nº DE PACIENTES	121	PERIODO: 2013- 2015
Nº DE MEDICOS	121	
Nº DE ENFERMERAS	121	
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	

### Tamaño y muestra

Como la población es pequeña, accesible para la investigadora, el estudio se realizó con todas las gestantes sin necesidad de sacar una muestra.

### 3.2. MÉTODOS

Los métodos utilizados en la realización del presente proyecto son los siguientes:

- ✓ **Inductivo:** En el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, se atienden alrededor de unas 1,800 gestantes de entre 15 A 49 años, de diferentes tipos étnicos, algunas de ellas presentan trastornos en el

embarazo, de entre estos tenemos LA PREECLAMPSIA, por lo que se realizó la respectiva investigación con relación a periodos anteriores a la fecha de la misma, para determinar las causas que lo provocan.

- ✓ **Deductivo:** Una vez determinadas las causas de la preeclampsia en las gestantes de Esmeraldas, se propone establecer un plan de prevención, el mismo que será socializado en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, con la finalidad de disminuir los riesgos en el embarazo.
- ✓ **Analítico:** Es el proceso que divide el todo en sus diferentes partes, para un mejor estudio. Este método permitirá dividir el trabajo en los diferentes capítulos y sub-temas de estudio, para su mayor entendimiento; además permitirá realizar el análisis de la información bibliográfica y de campo que se obtenga, para su procesamiento y redacción.
- ✓ **Sintético:** Es un proceso contrario al anterior, pues une las partes en un todo, para convertirlo en solo cuerpo. Será de mucha utilidad para la realización de las conclusiones y recomendaciones finales de la presente investigación.

#### **Técnica:**

La técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta, que es un cuestionario que se realizó para obtener información de las pacientes investigadas, se aplicó a 25 mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Delfina Torre de Concha de la ciudad de Esmeraldas.

#### **3.3 .1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

- **Diagnóstica:** Porque permite a la autora del proyecto tener una primera visión de la realidad de los trastornos en el embarazo como la preeclampsia
- **Descriptiva.-** Porque se encuentra orientada fundamentalmente a describir la realidad que existe sobre los trastornos que padecen las mujeres en etapa de gestación, como la preeclampsia, en el Hospital Delfina Torres de Concha de la Ciudad de Esmeraldas.

**Exploratoria.-** Porque pone a la autoridad del proyecto en contacto con la realidad, donde se ha verificado una problemática de la escasa información sobre la preeclampsia.

➤ **Explicativa.-** Porque explica la relación que existe entre el problema planteado, los mecanismos y técnicas para la investigación y el planteamiento de las alternativas de solución, dentro de un proceso coherente y científico.

### **3.3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

▪ **No experimental:** Porque no se trata de realizar experimento alguno, sino verificar la realidad, existente en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas

### **3.3.3 MANEJO DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio se inicio en el mes de enero del 2013 con la recolección de las informaciones bibliográficas en las bibliotecas de la localidad y de campo, con la aplicación de las encuestas a las gestantes de entre 20 y 49 años que se atendieron en el Hospital Delfina Torre de Concha de la ciudad de Esmeraldas.

Dichos datos fueron, seleccionados y procesados adecuadamente, para luego proceder a la elaboración del informe de la investigación.

### **3.3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.3.4.1. Criterios de Inclusión**

Para llevar a cabo la investigación, cumplir con los siguientes parámetros.

- ✓ Las gestantes de la Preeclampsia 20 a 49
- ✓ Paciente preeclámpicas atendidas en el Hospital Delfina Torre de Concha.
- ✓ Gestante que presentaron complicaciones a causa de Preeclampsia.

#### **3.3.4.2 Criterios de exclusión**

De la misma manera la investigación requiere que se apliquen los siguientes

criterios de exclusión

- ✓ Ser menor de 14 años y mayores de 49.
- ✓ No estar embarazada.
- ✓ Paciente que no presenten preeclampsia.
- ✓ .Gestante que presentan complicaciones por otra causa.

### **3.3.5. ASPECTOS ÉTICOS**

Referente a lo ético, a través de conversación con el Director del Hospital Delfina torres de Concha y otros profesionales interesados en el tema, tales como médicos, obstetrices, trabajadora social, enfermeras profesionales entre otras; se consideró que la investigación y su aplicación es de vital importancia para dar una atención de calidad a los usuarios que acuden al hospital , lo que permitió que se autorice el pedido para que realice la investigación requerida .

### **3.3.6 ASPECTO LEGAL**

La presente investigación se realizó en el cumplimiento de la Ley de la Salud Pública además de la Ley de Educación del Ecuador, con la finalidad de informar y Prevenir en adolescentes embarazos no deseados. Con la guía de esta investigación se pretende ayudar a las mujeres en edad fértil a prevenir los riesgos, del embarazo.

### 3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	TÈCNICA
DEPENDIENTE				
Mujeres con PRE ECLAMPSIA	Hipertensión arterial  Síndrome de HELLP	Grupo de mujeres con PRE ECLAMPSIA  Grupo de mujeres con PRE ECLAMPSIA	Número de casos registrados con PRE ECLAMPSIA	Historia clínica
INDEPENDIENTE				
Factores de riesgo de mujeres con PRE ECLAMPSIA	Toda situación que aumenta las posibilidades de una persona de padecer esta dificultad enfermedad	Grupo de mujeres con factores de riesgo de PRE ECLAMPSIA	Proporción de factores de riesgos de PRE ECLAMPSIA	Historia clínica

### 3.5CRONOGRAMA

MESES										
ACTIVIDADES	JUN	JULI	AG	SEP	OCT	NO	DIC	ENE	FEB	MAR
	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2011	2011	2011
1. Revisión bibliográfica	_____									
2. Confección y presentación del protocolo				_____						
3. Elaboración de instrumentos						_____				
4. Recolección de datos						_____				
5. Procesamiento y análisis de la información							_____			
6. Confección del informe final								_____		
7. Entrega del informe final								_____		
8. Presentación y defensa										

## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. ANÁLISIS DE DATOS**

La información se ingresó en una base de datos, donde se obtendrán los resultados, que fueron tabulados, sacadas las frecuencias y elaborado los gráficos porcentuales para su mejor comprensión; además se realizarán a cada una de las preguntas los debidos análisis e interpretación de la información obtenida.

### **4.2 ENCUESTA A PACIENTES**

La siguiente encuesta tiene la finalidad de orientar a las mujeres en edad fértil sobre complicaciones durante el embarazo

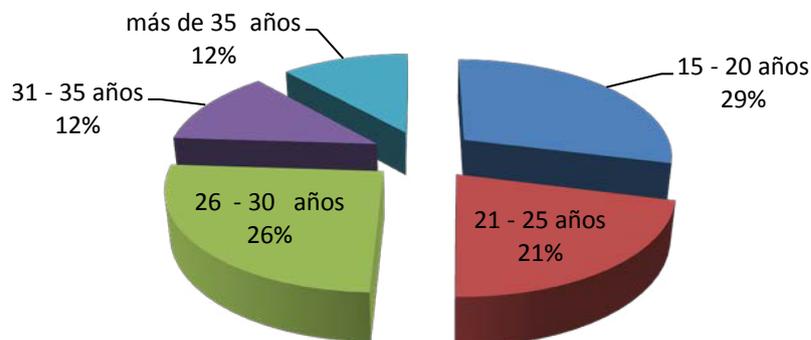
1.- USTED ESTA EN EL GRUPO DE: .....

TABLA N° 1

ITEMS	FRECUENCIA	%
15- 20 años	35	29%
21 - 25 años	26	21%
26 - 30 años	31	26%
31 – 35 años	15	12%
más de 35 años	14	12%
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 1



El 29 % de las pacientes está entre 15 -20 años de de edad, el 21 % se encuentra en el grupo de 21 - 25 años, el 26 % de pacientes se encuentra en el grupo de 26 - 30 años de edad, el 12 % de pacientes tienen de entre 31 -35 años y el 12 % de ellas está en el grupo de más de 35 años de edad.

2.- ¿ALGUNA VEZ USTED HA ASISTIDO A CHARLAS DE PLANIFICACION FAMILIAR?

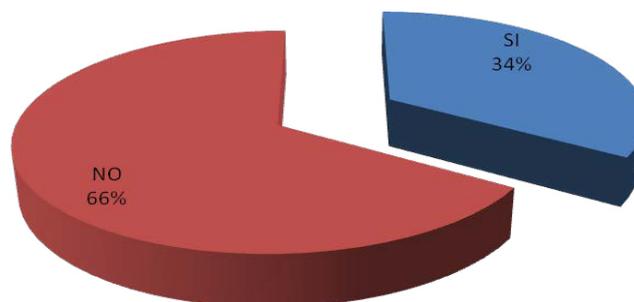
TABLA N° 2

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	41	34 %
NO	80	66 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 2



El 66 % de las pacientes no han asistido a charlas acerca de planificación familiar y el 34 % de las gestantes si han asistido a charlas de planificación familiar.

Esto quiere decir que las mujeres en edad fértil no asiste a charlas de planificación familiar.

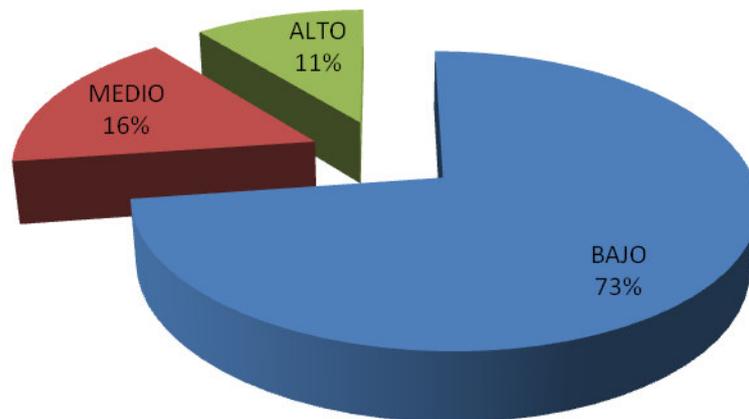
### 3.- ¿CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA ES?

TABLA N° 3

ITEMS	FRECUENCIA	%
BAJO	88	73 %
MEDIO	20	16 %
ALTO	13	11%
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 3



Esto quiere decir que las condiciones socio económicas desfavorables proporcionan el incremento y la prevalencia de las enfermedades 73 % encontramos nivel socio económico bajo con un 16 % de ellas dice que se encuentran nivel socio económico medio con un 11%. Se encuentran nivel socio económico alto.

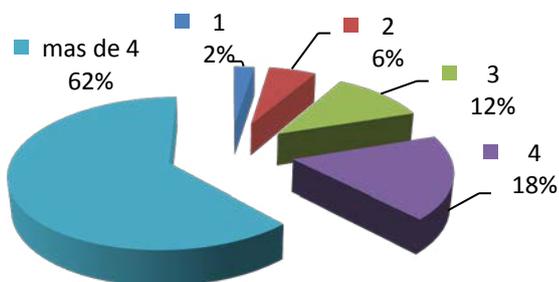
#### 4.- ¿CUÁNTOS HIJOS TIENE?

TABLA N° 4

ITEMS	FRECUENCIA	%
1 hijo	3	2 %
2 hijos	7	6 %
3 hijos	14	12 %
4 hijos	22	18 %
Más de 4 hijos	75	62 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 4



El 2 % de las pacientes manifiesta que tiene 1 hijo, el 6 % de las gestantes dice tener 2 hijos, el 12 % de ellas comenta que tiene 3 hijos, el 18 % de ellas manifiesta tener 4 hijos y el 62% de las pacientes dicen tener más de 4 hijos.

Esto quiere decir que por la forma que las mujeres tienen sus hijos no hacen un verdadera planificación familiar.

5.- ¿CUANDO USTED CONOCE QUE ESTA EMBARAZADA, REALIZA EL RESPETIVO CONTROL MÉDICO?

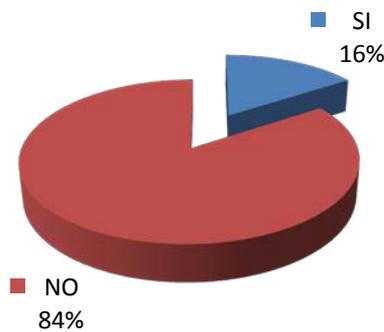
TABLA N° 5

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	19	16 %
NO	102	84 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 5



El 16 % de pacientes dice que sigue un control médico cuando sabe que está embarazada y el 84 % manifiesta que no sigue control médico de embarazo.

Esto quiere decir que las gestantes no hacen conciencia de los riesgos de salud que corren durante el periodo de gestación.

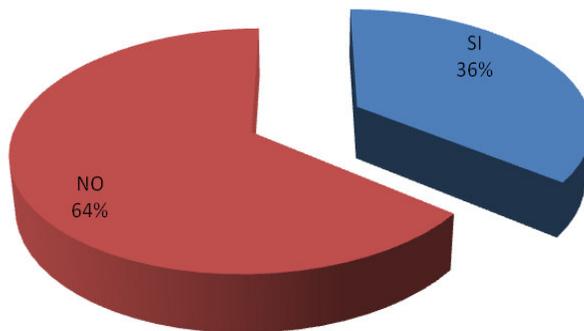
6.- ¿EN CADA EMBARAZO USTED SE REALIZA LOS RESPECTIVOS ANÁLISIS DE LABORATORIO?

TABLA N° 6

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	43	36 %
NO	78	64 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 6



El 36 % de las gestante manifiestan que realizan los respectivos análisis de laboratorio cuando el médico lo solicita y el 64 % de ellas comenta que no se realizan los análisis clínicos de laboratorio cuando el médico le indica que está embarazada.

Esto quiere decir que muchas pacientes no le dan importancia a esto.

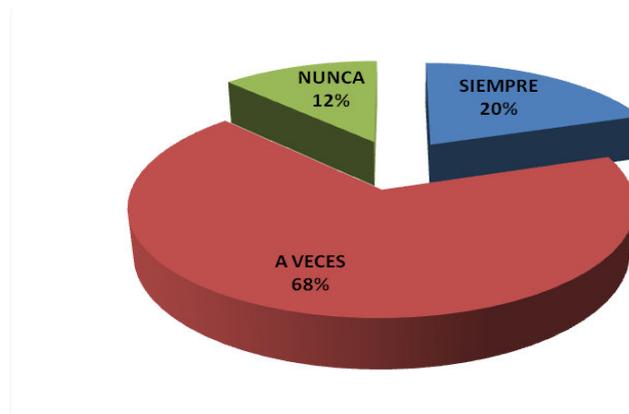
## 7.- ¿SIGUE LAS INSTRUCCIONES QUE LE INDICA EL MÉDICO?

TABLA N° 7

ITEMS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	24	20%
A VEECES	82	68 %
NUNCA	15	13 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 7



El 20 % de las gestantes comenta sigue las instrucciones que le indica el médico, el 68 % las pacientes dicen que a veces siguen las indicaciones médicas y el 13 % de ellas manifiestan que no siguen las indicaciones del médico.

Esto nos indica que hay que concienciar a las mujeres embarazadas para que sigan las indicaciones médicas.

## 8.- ¿ SIGUE LA DIETA QUE LE INDICA EL MÉDICO?

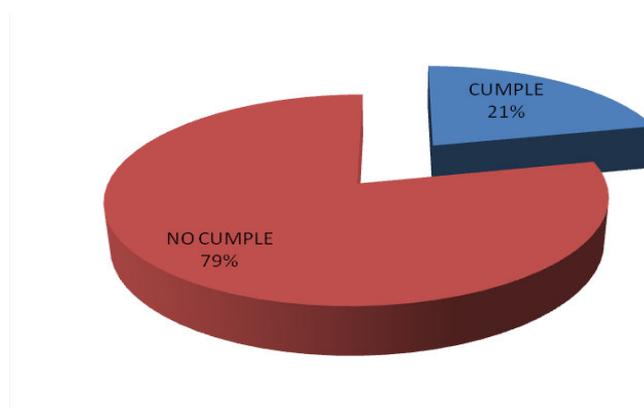
TABLA N° 8

ITEMS	FRECUENCIA	%
CUMPLE	26	21 %
NO CUMPLE	95	79 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 8



21 % de embarazadas comenta que siempre se alimentan de acuerdo a las indicaciones del médico, 79 % de las pacientes dice que nunca se alimentan según lo indica el médico.

Esto nos indica que aquellas que no lo hacen deberían hacer un esfuerzo por alimentarse adecuadamente para no tener complicaciones.

9.- ¿SABE USTED CUÁLES SON LOS RIESGOS QUE PRESENTA LA MUJER EN ETAPA DE GESTACIÓN?

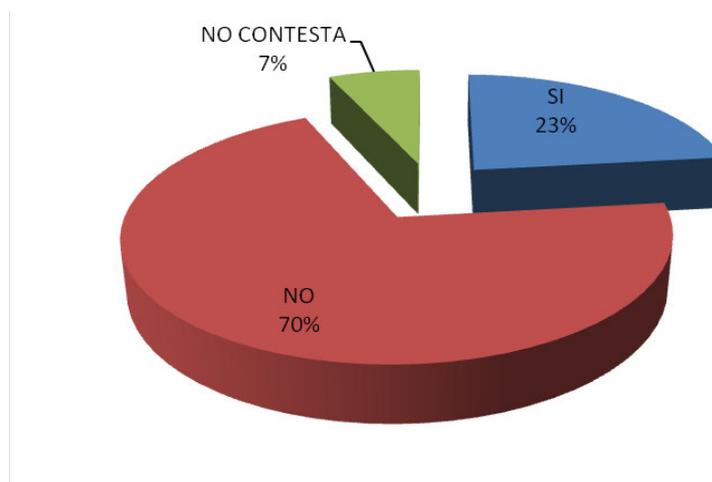
TABLA N° 9

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	28	23%
NO	85	70%
NO CONTESTA	8	7%
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 9



El 70 % de gestantes dice que no sabe acerca de los riesgos del embarazo, el 23 % de pacientes comenta que si sabe cuáles son los riesgos del embarazo y el 8 % de ellas no contesta.

Esto nos da a entender que no todas las mujeres en edad fértil corren riesgos al salir embarazada.

10- ¿SUFRE USTED DE PRESIÓN ALTA?

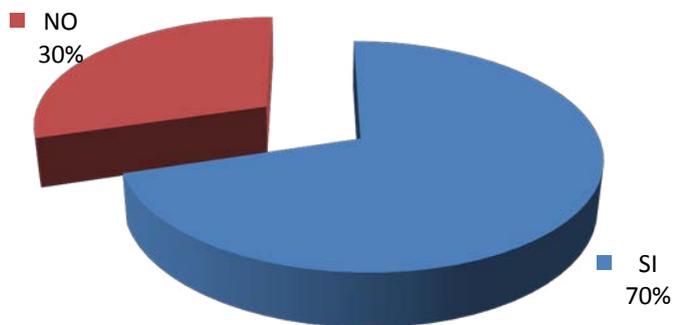
TABLA N° 10

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	85	70 %
NO	36	30 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 10



El 70 % de embarazadas comenta que sufre de presión alta y el 30 % de ellas dice que no sufre de presión alta.

Esto nos indica que algunas mujeres cuando están embarazadas, siguen su control médico para evitar complicación durante la gestación.

## 11- ¿SABE USTED QUÉ ES LA PREECLAMPSIA?

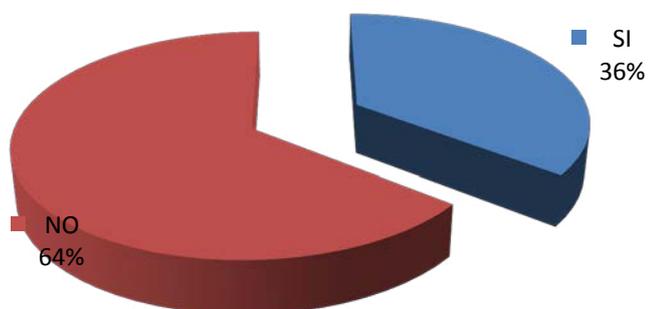
TABLA N° 11

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	43	36 %
NO	78	64 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 11



El 36 % de gestantes tiene conocimiento sobre la Preeclampsia y el 64 % de ellas no sabe acerca de esta patología.

Lo que nos indica que la población gestante no tiene conocimiento de la dificultad en la etapa de gestación.

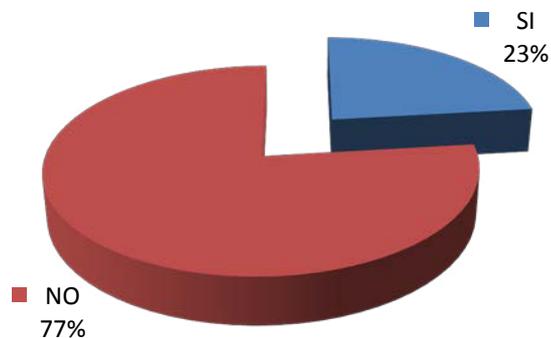
## 12.- ¿SABE USTE COMO TRATAR LA PREECLAPSIA?

TABLA N° 12

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	28	23 %
NO	93	77 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 12



El 23 % de pacientes si sabe cómo tratar la preeclampsia y el 77 % de gestantes manifiesta que no saben cómo tratar la preeclampsia.

Lo que nos muestra claramente que las mujeres en edad fértil no tienen conocimiento de los riesgo que corre toda mujer gestante ni cómo tratarse .

13.- ¿HAY MIEMBROS DE SU FAMILIA QUE PADECEN DE PRESIÓN ALTA?

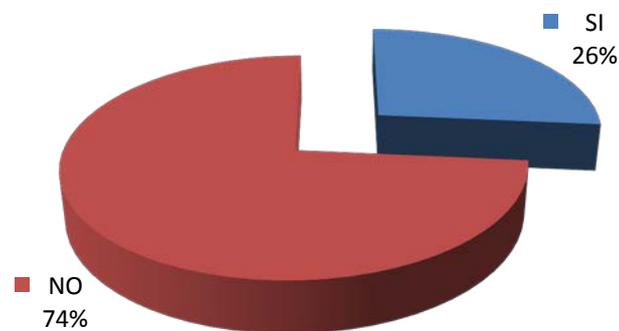
TABLA N° 13

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	32	26 %
NO	89	74 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRAFICO N° 13



El 26 % de mujeres embarazadas si tienen conocimiento de familiares que sufre de presión alta y el 74 % de pacientes dice que no saben si tienen familiares que sufre de presión alta.

Esto nos indica que la gente no tiene la costumbre de tratar las enfermedades de la familia.

### 4.3 ENCUESTA PARA MÉDICOS

LA SIGUIENTE ENCUESTA TIENE LA FINALIDAD DE ORIENTAR A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL SOBRE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO,

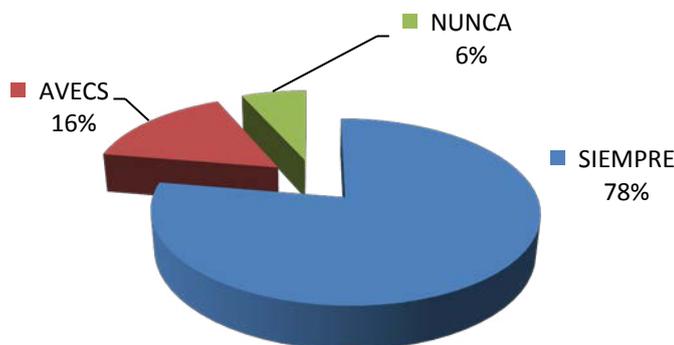
14.- SUS PACIENTES SIGUEN EL CONTROL MÉDICO NECESARIO EN CASO DE EMBARAZO

TABLA N° 14

ITEMS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	94	78 %
A VECES	19	16 %
NUNCA	8	6 %
TOTAL	<b>121</b>	100 %

Fuente: Encuesta a médicos  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 14



E 78 % de los galenos comentan que sus pacientes siempre siguen el control médico, el 16 % de los doctores manifiesta que sus pacientes a veces siguen el control médico y el 6 % de ellos dice que sus pacientes nunca siguen el control médico.

Esto nos indica que una vez que las mujeres se enteran que están embarazadas si llevan un control de su embarazo.

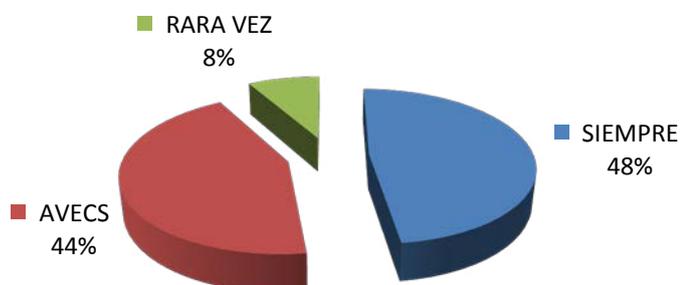
15.- PRESENTAN SUS PACIENTES DIFICULTADES DURANTE EL EMBARAZO.

TABLA N° 15

ITEMS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	58	48 %
A VECES	53	44 %
RARA VEZ	10	8 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 15



El 48 % de médicos comenta que sus pacientes siempre presentan dificultades en su etapa de embarazo, el 44 % de doctores indican que las mujeres embarazadas que ellos atienden a veces presentan dificultades en la etapa de gestación y el 8% de ellos dice que sus pacientes rara vez presentan dificultades durante el embarazo.

Esto nos indica que existe una alta población de mujeres embarazadas que se atienden en esta casa de salud padecen de dificultades durante su embarazo.

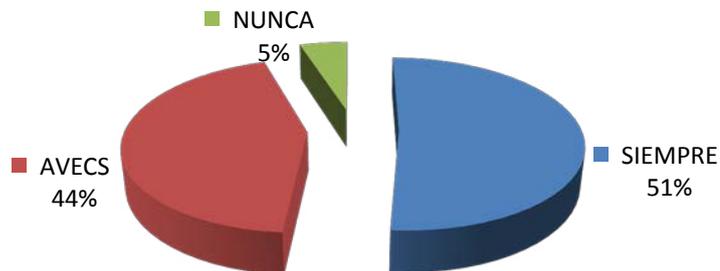
16.-INDICA A SUS PACIENTES LOS RIESGOS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL EMBARAZO

TABLA N° 16

ITEMS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	62	51 %
A VECES	53	44 %
NUNCA	6	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 16



El 51 % de médicos comentan que siempre indican a sus pacientes acerca de los riesgos que se presentan en una mujer en estado de gestación, el 44 de % doctores indican que a veces indican a sus pacientes a cerca de los riesgos del embarazo y el 5 % de ellos dice que nunca indican a sus pacientes sobre los riesgos que se presentan en la etapa del embarazo.

Esto nos indica que es importante que los médicos indiquen a las mujeres embarazadas sobre los riesgos que se presentan en esta etapa.

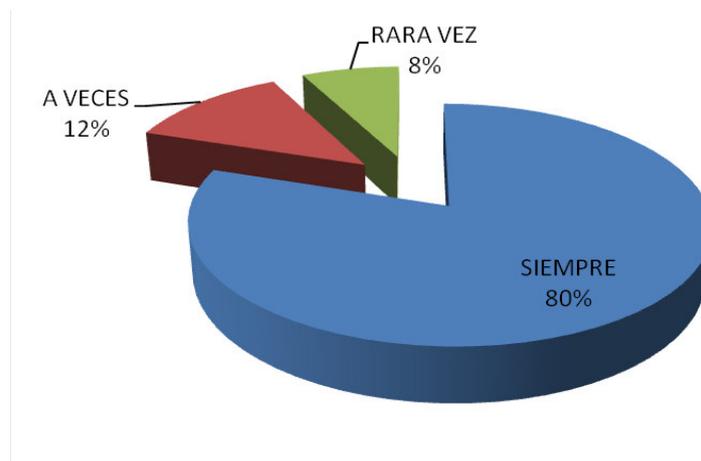
## 17.- CONTROLA LA PRESIÓN ARTERIAL DE SUS PACIENTES

TABLA N° 17

ITEMS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	97	80 %
A VECES	15	12 %
RARA VEZ	9	8 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 17



El 80 % de médicos indican que si toman la presión arterial a las pacientes en estado de gestación que ellos atienden. 12 % de los médicos a veces toman la presión de sus paciente en estado de gestación y 8 % rara vez toma la presión de sus paciente en gestación.

Esto nos indica que los médicos tienen presente la importancia de tomar la presión arterial a sus pacientes en estado de gestación.

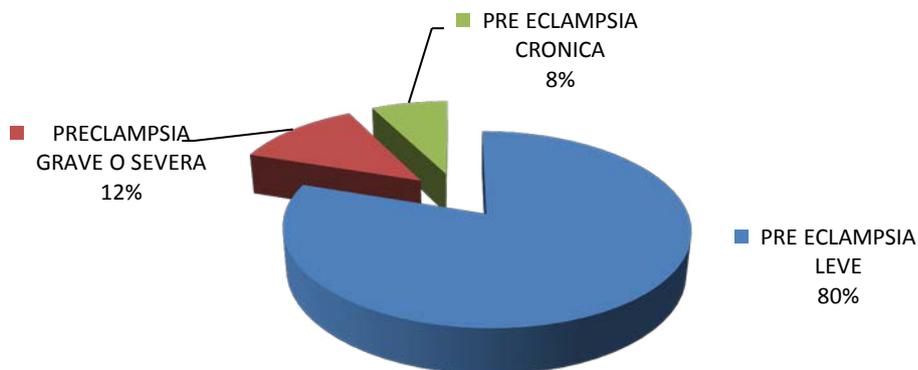
18.- LAS CAUSAS Y COMPLICACIONES DE SUS PACIENTES SON:

TABLA N° 18

ITEMS	FRECUENCIA	%
PRE ECLAMPSIA LEVE	97	80%
PRE ECLAMPSIA GRAVE O SEVERA	15	12%
PRE ECLAMPSIA CRONICA	9	8 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 18



El 80 % de paciente que los médicos atienden sufren de Preeclampsia leve, el 12 % de gestantes sufren de Preeclampsia grave o severa y el 8 % de las embarazadas padecen de Preeclampsia crónica.

Esto demuestra que una gran cantidad de mujeres en estado de gestación sufren de Pre eclampsia.

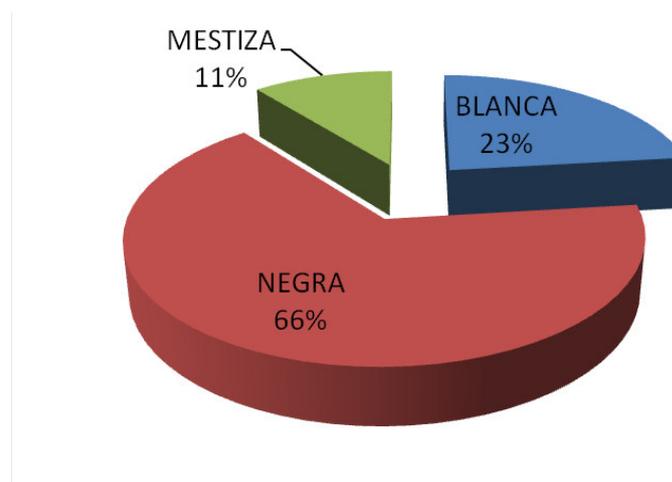
19.- LAS PACIENTES QUE USTED TRATA Y QUE PADECEN DE PRESIÓN ALTA SON DE RAZA.

TABLA N° 19

ITEMS	FRECUENCIA	%
BLANCA	28	13%
NEGRA	80	30%
MESTIZA	13	57%
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 19



El 13 % de pacientes que se atienden en esta unidad médica son de raza blanca que padecen de presión alta son de raza blanca, el 30 % de gestantes son de raza negra con presión alta y el 57 % de embarazadas son de raza mestiza.

Lo que nos indica que existe una gran cantidad de pacientes que padece de este mal.

#### 4.4 ENCUESTA PARA ENFERMERAS

LA SIGUIENTE ENCUESTA TIENE LA FINALIDAD DE ORIENTAR A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL SOBRE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

. VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

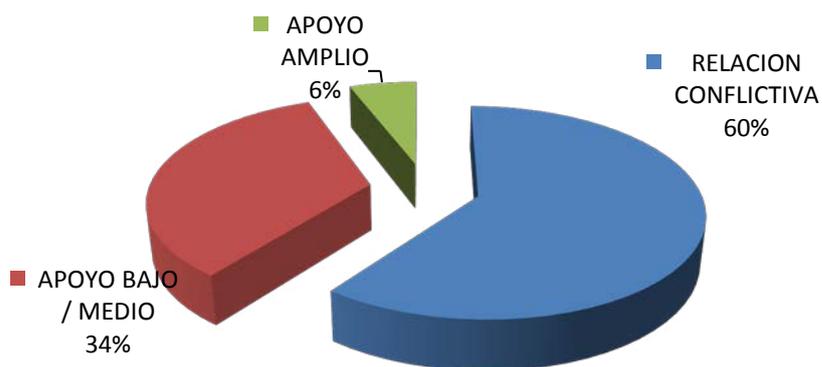
20.- CALIDAD DE LA RELACIÓN FAMILIAR DE LAS PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA PRESENTAN

TABLA N° 20

ITEMS	FRECUENCIA	%
RELACION CONFLICTIVA	73	60 %
APOYO BAJO / MEDIO	41	34 %
APOYO AMPLIO	7	6 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos  
Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 20



El 60 % de la relación familiar tiene relación conflictiva y el 34 % hay un apoyo socio económico medio y el 6 % hay un apoyo amplio.

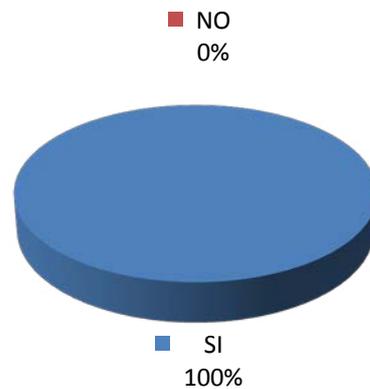
21.- ¿CONTROLA LOS SIGNOS VITALES Y LOS SINTOMAS A LAS PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA ?

TABLA N° 21

ITEMS	FRECUENCIA	%
Si	121	100 %
NO	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos  
 Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 21



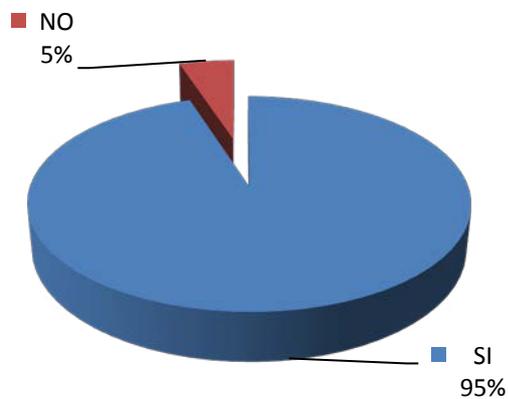
El 0 % no se cubre en los cuidados de enfermería porque se cubre el 100 % de las pacientes que se les controla la presión arterial porque es muy importante para el periodo de gestación.

22.- ¿SE LE REALIZA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA MAS FRECUENTES APLICADO A LAS PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA

TABLA N° 22

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	115	100 %
NO	6	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

GRÁFICO N° 22



El 0 % no se realiza la toma de signos vitales porque cubrimos 100 % de la gestante que tiene que tener los cuidados de enfermería por la importancia dicha patología.

23.- ¿ REGISTRA LOS CASOS IDENTIFICADOS LAS COMPLICACIONES URGENTES EN PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA?

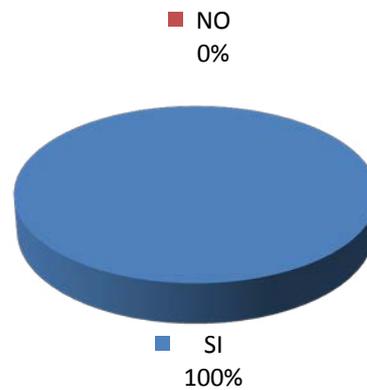
TABLA N° 22

ITEMS	FRECUENCIA	%
SI	121	100 %
NO	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 22



Se cubre el 100 % en el registro de los caso de preeclampsia por la complicación que presentan las pacientes en gestación.

24.- EL REGISTRO DE LOS PACIENTE CON PRE ECLAPMSIA ES:

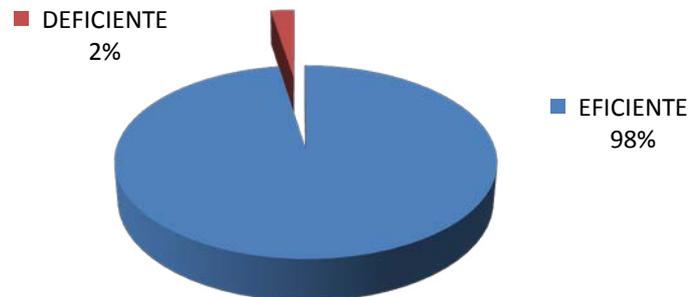
TABLA N° 22

ITEMS	FRECUENCIA	%
EFICIENTE	118	98 %
DEFICIENTE	3	2 %
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta a médicos

Elaborado por: Lic. María Fernanda Álava

GRÁFICO N° 2



El 98% es muy eficiente en el registro de los pacientes con preeclampsia con un 2% es deficiente el registro de los paciente

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

1. De los 121 pacientes investigados pudimos concluir que este tipo de patología es más frecuentes con preeclampsia leve con 97 paciente con un 80 %, y el 66 pacientes no planifican su familia con un 80 %, 88 pacientes tienen su condición socio económica baja con un 73 %, 75 pacientes tienen más de 4 hijos con un 62 % esto se da por su cultura.
2. 19 paciente con un 16 % realiza el respectivo control médico y el 102 de ellas con 84 % no lo hace. 43 pacientes se realiza los análisis de laboratorio con un 36 % y el 78 de ellas no lo hace con un 64 %. 24 pacientes siempre sigue las instrucciones del médico con un 20 %, 82 pacientes a veces sigue el tratamiento que le indica el médico con un 68 % y 15 pacientes nunca sigue las instrucciones del médico un 13%
3. 85 pacientes embarazadas comenta que sufre de presión alta con un 70 % y 36 pacientes de ellas dice que no sufre de presión alta o no lo sabe con un 30 %. 43 Pacientes si sabe lo que es la pre eclampsia con un 36 % y 78 pacientes no lo sabe si tiene pre eclampsia en estado de gestación con un 64 %, 28 pacientes si sabe cómo tratar la pre eclampsia con un 23 %, 93 pacientes no sabe cómo tratar este mal con un 77 %. 32 pacientes comenta que tienen familiares que sufren de presión alta con 26 %, 89 pacientes no sabe con un 80 %. 28 pacientes sabe del riesgo que presenta las mujeres en gestación con 23%. 85 pacientes no tiene conocimiento de los riesgo de esta patología. 26 paciente siguen la dieta que indica el médico. 95 pacientes no cumple la dieta ya que es importante en paciente con pre eclampsia.
4. 94 médicos manifiestan que sus pacientes siempre siguen control médico en caso de embarazo un 78 %, 19 médicos informa que a veces siguen el control médico 16 % y 8 pacientes el médico dice que sus pacientes nunca siguen el control médico con 6 %. 58 médicos manifiestan que siempre

encuentran dificultades en sus pacientes un 48 %, 53 de ellos en un 44 % dicen que a veces encuentran dificultades en sus pacientes, rara vez presentan dificultades durante el embarazo sus 10 paciente con un 8% . 62 médicos le informa a sus pacientes siempre de los riesgos durante el embarazo con 51%, 53 médicos a veces indican a los pacientes riesgos durante el embarazo un 44%. 6 pacientes con un 5% no indican los riesgo que se presentan durante el embarazo Los 97 médicos encuestados toman la presión arterial a sus pacientes porque muy importante en su periodo de gestación con un 80 %. A veces no se toma la presión arterial con 15 pacientes con un 12%, y rara vez no se toma la presión arterial a los 9 pacientes con un 8%. 97 pacientes tienen preeclampsia leve con un 80%, 15 pacientes tienen preeclampsia grave o severa con un 12%, y preeclampsia crónica hay 9 pacientes un 8%

5. 73 pacientes tienen una calidad de relación familiar conflictiva 60 % presenta 41 paciente un apoyo bajo en la relación familiar con un 34 % 7 pacientes reciben apoyo amplio con un 6%, las enfermeras controlan 121 pacientes los signos vitales y los síntomas de la preeclampsia con un 100%, se realiza los cuidados de enfermería 115 pacientes con preeclampsia con un 100%, no se realiza los cuidado 6 pacientes con un 0%, 121 pacientes se registran las causas y complicaciones urgente de preeclampsia cumpliendo 100%, 118 pacientes se les registran de preeclampsia y son muy eficientes con un 98% es deficiente 3 pacientes con un 2%.

## **5.2 Recomendaciones**

1. Se sugiere implementar el fortalecimiento de la promoción de estilo de vida saludable con la atención primaria en salud y sus actividades específicas incluyendo la vinculación con la comunidad como son las visitas domiciliarias, a través de promotores de salud que realicen específicamente esta acción.

2. Crear programas de información en Hospitales y Centros de Salud para que las gestantes vayan a su control médico y sigan las indicaciones como indica el médico, con la finalidad de disminuir los casos de pre eclampsia en mujeres embarazadas.
3. Mediante convenio entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación, promover en los colegios programas de práctica de primeros auxilios, prevención de embarazos no deseados por los riesgos y peligros que podrían presentarse durante la etapa de gestación y que las personas tengan como costumbres investigar acerca de enfermedades de las que padecen sus familiares y así saber si ellos también las podrían padecer para tratarlas a tiempo y evitar riesgos.
4. Realizar un estudio profundo en hospitales y sub-centros a cerca de mujeres que han padecido de pre eclampsia con resultados estadístico y analizarlos mediante charlas con las pacientes en gestación.
5. Concienciar a las gestantes la importancia de realizar los exámenes de laboratorio y del control médico, así como también de tomarse la presión en cada visita al médico, y en caso de padecer de pre eclampsia seguir las indicaciones como indica el médico.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- 1 Aller Juan y Pagés Gustavo - Fundación Aller para Estudios de Fertilidad (enero de 2007). «Diagnóstico de Embarazo» (en español). Consultado el 29 de enero de 2008
- 2 AL-MUFTI, R; HAMBLEY H.; ALBAIGES G.; LEES C.; NICOLAIDES K. H. (2000). «Increased fetal erythroblasts in women who subsequently develop pre-eclampsia». Human reproduction 15 (7): pp. 1624-1628. ISSN 0268-1161. Consultado el 20 de diciembre de 2007.
- 3 Blanco Anesto J, Sócrates Suárez MM, González HernandezD, LISEA
- 4 BLANCO, Mario, VASQUEZ, Manuel, TRIAS, Yalitze et al. Efecto de Metoclopramida en Mujeres Hipertensas en Puerperio Inmediato. AVFT. [online]. Jan. 2000, vol.19, no.1 [citado el 20 December 2007], p.62-64. Disponible en la World Wide Web: [4]. ISSN 0798-0264.
- 5 Botero Uribe, Jaime; Alfonso Júbiz Hazbún y Guillermo Henao (2004). «Capítulo 38: Parto pretérmino» (en español). Obstetricia y Ginecología (7ma edición). Corporación para Investigaciones Biológicas (7ma edición). Elsevier España
- 6 Burne, Jerome (30 de enero de 2006). Give Sperm a Fighting Chance. The Times.
- 7 CENETEC SSA-155-08 Guía de práctica clínica:Prevención, diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas. (Guía de referencia rápida) México:Secretaría de Salud 2008.
- 8 Courtney Reynolds, MD, William C. Mabie, MD, & Baha M. Sibai, MD (2006). «Pre eclampsia». Armenian Medical NetworkPregancy -

Hypertensive Disorders. Consultado el 23-11-2006.

- 9 Drife JO, Magowan (eds). *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, chapter 39, pp 367-370. ISBN 0-7020-1775-2.
- 10 Epstein F, Sukhatme V, Karumanchi S (2003). «Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction, hypertension, and proteinuria in pre eclampsia.». *J Clin Invest* 111 (5): pp. 649-58. PMID 12618519.
- 11 .González-Merlo, Jesús (2006). «Capítulo 38: Parto pretérmino» (en español). *Obstetricia* (5ta ed.
- 12 Hjartardottir S, Leifsson BG, Geirsson RT, Steinhorsdottir V. (2004). "Paternity change and the recurrence risk in familial hypertensive disorder in pregnancy.". *Hypertens Pregnancy* 2004;23(2):219-25. PMID 15369654
- 13 Issler Juan R., Embarazo en la adolescencia *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001* Página: 11-23
- 14 LOPEZ-JARAMILLO, P., CASAS, JP y SERRANO, N. Pre eclampsia: a partir de las observaciones epidemiológicas a los mecanismos moleculares. *Braz J Med Biol. Res.* [en línea]. 2001, vol. 34, no. 10 [citado 2007-12-20], pp 1227-1235. Disponible en: [2]. ISSN 0100-879X. doi: 10.1590/S0100-879X2001001000001
- 15 Maynard S, Min J, Merchan J, Lim K, Li J, Mondal S, Libermann T, Morgan J, Sellke F, Stillman I, Epstein F, Sukhatme V, Karumanchi S (2003). «Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction, hypertension, and proteinuria in pre eclampsia.». *J Clin Invest* 111 (5): pp. 649-58. PMID 12618519.

- 16 Matthew Warden; Brian Euerle (7 de mayo de 2005). «Pre eclampsia (Toxemia of Pregnancy)» (en inglés). eMedicine - Obstetrics/gynecology. Consultado el 20 de diciembre de 2007
- 17 Medline Plus (noviembre de 2008). «Pre eclampsia raises risk of epilepsy in offspring» (en inglés). Enciclopedia médica en español. Consultado el 12 de noviembre de 2008.
- 18 Moffett A, Hiby SE. (2007). "How does the maternal immune system contribute to the development of pre-eclampsia?". *Placenta* 2007 Apr;28 Suppl A:S51-6. PMID 17292469
- 19 Molina, S. Marta y otros (2004) Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica de Chile*. 132: 65-70 Naciones Unidas (1995) Plataforma de acción mundial de la IV conferencia de la mujer. Beijing – China 1..
- 20 ARANDA, X. 1985 “ La mujer joven en Chile: datos y estudios en Mujeres jóvenes” en “América Latina, Aportes para una discusión”. CEPAL, Ed. Ara/foro juvenil, Montevideo. 2. DESCHAMPS, Y. P., 1979 “Embarazo Maternidad en Adolescentes”, Ed. Herder, Barcelona
- 21 PACHECO ROMERO, José. Disfunción endotelial en la pre eclampsia. *An. Fac. med.* [online]. ene./mar. 2003, vol.64, no.1 [citado 20 diciembre de 2007], p.43-54. Disponible en la World Wide Web: [1]. ISSN 1025-5583.
- 22 Redman C Douglas K (1994). «Eclampsia in the United Kingdom». *BMJ* 309 (6966): pp. 1395-400. PMID 7819845.
- 23 Rigol, Orlando. «Atención prenatal». *Obstetricia y ginecología*. ECIMED. ISBN 959-7132-98-2
- 24 Robbins y Cotran, base patológica de la enfermedad, 7ª ed.

- 25 Rodríguez Cerrillo M.; Mateos Hernández P.; Fernández Pinilla C.; N. Martell Claros; M. Luque Otero. (ó . «Crisis hipertensiva: prevalencia y aspectos clínicos»(PDF). Rev Clin Esp (España: Elsevier) 202 (5): pp. 255-8. PMID12060538. Consultado el 28-12-2011.
- 26 Rondon Nucete Miguel (05/22/2006). «ALTERACIONES DE LA PLACENTACIÓN E ISQUEMIA Patogenia de la pre eclampsia. Avances recientes.. Consultado el 20 de diciembre de 2007. «Una atención considerable se ha focalizado recientemente sobre los factores implicados en la angiogenesis como el VEGF, las angiopoietinas y la familia de las efrinas. De manera interesante ha sido mostrado que los trofoblastos exprimían VEGF, PlGF, VEGF-C y sus receptores.».
- 27 Solano Sánchez, Salvador Rafael; Patricia Maldonado Miranda y Eduardo Ibarrola Buen Abad (2005). «Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Estudio de casos y controles en el Centro Médico ABC» (en español). MG An Med Asoc Med Hosp ABC 50 (2): pp. 58-61. Consultado el 6 de mayo de 2009.
- 28 Tortora GJ y Grabowski SR. 1998. El aparato cardiovascular: el corazón. En: Principios de anatomía y fisiología. Editorial Harcourt Brace de España, S.A. Madrid
- 29 Venkatesha, S; Toporsian M, Lam C, Hanai J, Mammoto T, Kim YM, Bdolah Y, Lim KH, Yuan HT, Libermann TA, Stillman IE, Roberts D, D'Amore PA, Epstein FH, Sellke FW, Romero R, Sukhatme VP, Letarte M, Karumanchi SA. (2006). «Soluble endoglin contributes to the pathogenesis of pre eclampsia». Nat Med 12 (6): pp. 642-9. PMID 16751767
- 30 Zhang J. (2007). "Partner change, birth interval and risk of pre-eclampsia: a paradoxical triangle.". Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Jul;21 Suppl 1:31-5 PMID 17593195

## ANEXOS

### ANEXO # 1

#### ENCUESTA PARA PACIENTES

LA SIGUIENTE ENCUESTA TIENE LA FINALIDAD DE ORIENTAR A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL SOBRE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO, POR FAVOR CONTESTE CON SINCERIDAD SUBRAYANDO LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE ES LA MEJOR. GRACIAS POR SU COLABORACION. LE DESEO QUE TENGA UN EXELENTE DIA.

1.- USTED ESTA EN EL GRUPO DE: .....

15 – 20 años \_\_\_\_\_

21 – 25 años \_\_\_\_\_

26 – 30 años \_\_\_\_\_

31 – 35 años \_\_\_\_\_

más de 35 \_\_\_\_\_

2.- ¿ ALGUNA VEZ USTED HA ASISTIDO A CHARLAS DE PLANIFICACION FAMILIAR?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

3.- ¿COMDICION SOCIO ECONOMICA?

BAJA \_\_\_\_\_

MEDIA \_\_\_\_\_

ALTA \_\_\_\_\_

4.- ¿CUANTOS HIJOS TIENE?

1 HIJO \_\_\_\_\_

2 HIJO \_\_\_\_\_

3 HIJO \_\_\_\_\_

4 HIJO \_\_\_\_\_

MAS DE 4 \_\_\_\_\_

5.-¿ CUANDO ESTA EMBARAZADA, REALIZA EL RESPETIVO CONTROL MEDICO?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

6.- ¿ EN CADA EMBARAZO USTED SE REALIZA LOS RESPECTIVOS ANALISIS DE LABORATORIO?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

7.- ¿ SIGUE LAS INTRUCCIONES QUE LE INDICA EL MEDICO?

SIEMPRE \_\_\_\_\_

AVECES \_\_\_\_\_

NUNCA \_\_\_\_\_

8.- ¿SIGUE LA DIETA QUE LE INDICA EL MEDICO?

CUMPLE \_\_\_\_\_

NO CUMPLE \_\_\_\_\_

9.- ¿ SABE USTED CUALES SON LOS RIESGOS QUE PRESENTA LA MUJER EN ETAPA DE GESTACION ?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

NO CONTESTA \_\_\_\_\_

10.- ¿SUFRE USTED DE PRESION ALTA?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

.12- ¿SABE USTED QUE ES LA PREECALMPSIA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

13.- ¿SABE USTE COMO TRATAR LA PRE EPCLAMSIA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**ANEXO # 2**

**ENCUESTA PARA MEDICOS**

LA SIGUIENTE ENCUESTA TIENE LA FINALIDAD DE ORIENTAR A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL SOBRE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO, POR FAVOR CONTESTE CON SINCERIDAD SUBRAYANDO LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE ES LA MEJOR. GRACIAS POR SU COLABORACION. LE DESEO QUE TENGA UN EXELENTE DIA

1.- LAS PACIENTES QUE USTED ATIENDE ESTAN EN EL GRUPO DE :

15 – 20 años \_\_\_\_\_

21 – 25 años \_\_\_\_\_

26 – 30 años \_\_\_\_\_

31 – 35 años \_\_\_\_\_

más de 35 \_\_\_\_\_

2.- SUS PACIENTES SIGUEN EL CONTROL MEDICO NECESARIO EN CASO DE EMBARAZO \_\_\_\_\_

SIEMPRE \_\_\_\_\_

NUMCA \_\_\_\_\_

NUNCA \_\_\_\_\_

3.- SUS PACIENTES SE REALIZAN LOS ANALISIS DE LABORATORIO CUANDO USTED LO SOLICITA?

SIEMPRE \_\_\_\_\_

AVECES \_\_\_\_\_

NUNCA \_\_\_\_\_

4.- PRESENTAN SUS PACIENTES DIFICULTADES DURANTE EL EMBARAZO.

SIEMPRE \_\_\_\_\_

AVECES \_\_\_\_\_

RARA VEZ \_\_\_\_\_

5.-PRESENTAN SUS PACIENTES LOS RIESGOS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL EMBARAZO

SIEMPRE \_\_\_\_\_

AVECES \_\_\_\_\_

RARA VEZ \_\_\_\_\_

6.- INDICAN A SUS PACIENTES LOS RIESGOS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL EMBARAZO.

SIEMPRE \_\_\_\_\_

A VESES \_\_\_\_\_

RARA VEZ \_\_\_\_\_

7.- CONTROLA PRESION ARTERIAL.

SIEMPRE \_\_\_\_\_

A VESES \_\_\_\_\_

NUNCA \_\_\_\_\_

8.- LOS CASOS DE PRESION ALTA QUE USTED HA TRATADO SON:

a) PRE ECLAMPSIA LEVE \_\_\_\_\_

b) PRE ECLAMPSIA GRAVE O SEVERA \_\_\_\_\_

c) HIPERTENSIÓN CRÓNICA \_\_\_\_\_

9.- LOS PACIENTES QUE USTED TRATA Y QUE PADECEN DE PRECION

ALTA SON RAZA.

BLANCA \_\_\_\_\_

NEGRA \_\_\_\_\_

MESTIZA \_\_\_\_\_

**ANEXO # 3**

**ENCUESTA PARA EMFERMERIA LA SIGUIENTE ENCUESTA TIENE LA FINALIDAD DE ORIENTAR A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL SOBRE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO, POR FAVOR CONTESTE CON SINCERIDAD SUBRAYANDO LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE ES LA MEJOR. GRACIAS POR SU COLABORACION. LE DESEO QUE TENGA UN EXELENTE DIA**

1.- CONTROLAN LOS SIGNOS VITALES Y LOS SINTOMAS DE LAS PACIENTES COM PREECLAMPSIA.

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

2.- SE REALIZAN LOS CUIDADOS DE EMFERMERIA MAS FRECUENTES APLICADOS A LOS PACIENTES COM PREECLAMPSIA.

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

3.- RESGRISTRAN LOS CASOS IDENTIFICADO DE LAS COMPLICACIONES URGENTES EN PACIENTE COM PREECLAMPSIA.

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- EL REGRISTRO DE LOS PACIENTES EN PREECLAMPSIA ES.

EFICIENTE \_\_\_\_\_

DEFICIENTE \_\_\_\_\_

SOLICITAN LOS EXAMENES DE LABORATORIO

## ANEXO # 4

### FOTOS DE PACIENTES EN CITA MÉDICA



