



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

**"INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PRENATAL EN LA
DETECCIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL
EMBARAZO. CENTRO DE SALUD NRO 2 "HUGO
GUILLERMO GONZÁLEZ" CIUDAD DE LOJA. PERIODO
AGOSTO – SEPTIEMBRE 2013"**

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Janeth Stefania Lanche Pardo

DIRECTOR:

Dr. Colón Ortega Gutiérrez

Loja - Ecuador
2013

CERTIFICACIÓN.

Dr. Colón Ortega Gutiérrez

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

DIRECTOR DE TESIS

Certifico

Que el trabajo de investigación titulado: "INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PRENATAL EN LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO. CENTRO DE SALUD NRO. 2 "HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ" CIUDAD DE LOJA" Periodo Agosto – Septiembre de 2013 elaborado por la Srta. Janeth Stefania Lanche Pardo, ha sido revisado y se ajusta a los requisitos legales exigidos por la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana, por lo que autorizo su presentación.

Loja, Octubre del 2013.



Dr. Colón Ortega Gutiérrez.

DIRECTOR DE TESIS.

AUTORIA

Yo, Janeth Stefania Lanche Pardo declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autor: Janeth Stefania Lanche Pardo

Firma:.....

Cédula: 1104128929

Fecha: 4 de Noviembre del 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.

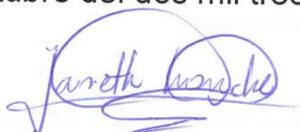
Yo, Janeth Stefanía Lanche Pardo, declaro ser autora de la tesis titulada: **“INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PRENATAL EN LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO. CENTRO DE SALUD NRO 2 “HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ” CIUDAD DE LOJA. PERIODO AGOSTO – SEPTIEMBRE 2013”**. Como requisito para optar el grado de Médico General, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los 31 días del mes de octubre del dos mil trece, firma el autor.

Firma:



Autor: Janeth Stefanía Lanche Pardo.

Cédula: 1104128929

Correo electrónico: janethlp_88@yahoo.es **Teléfono:** 2564071

Dirección Domiciliaria: Barrio Pucará, calle Pucará y González Suarez.

Director de Tesis: Dr. Colón Ortega Gutiérrez.

Tribunal de Tesis:

Presidente: Dr. Marco Medina

Miembro del tribunal: Dr. Luis Orellana.

Miembro del tribunal: Dr. José Miguel Sánchez.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a ti Dios mío, por darme la oportunidad de existir; por mi vida, que la he vivido junto a ti. Gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero

A mis padres, Sonia y Carlos porque gracias a ellos sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo. Cuyo vivir me ha demostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos. Por su incondicional apoyo, tanto al inicio como al final de mi carrera; por estar pendientes de mí a cada momento.

A mis hermanos, por el incondicional abrazo que me motiva y recuerda que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas. Gracias por su paciencia, gracias por compartir su vida, pero sobre todo gracias por estar en otro momento tan importante de mi vida.

A mi familia, ustedes queridos abuelitos, tíos y primos, porque de una u otra forma, con su apoyo moral me han incentivado a seguir adelante, a lo largo de toda mi vida.

A todos, mis amigos y amigas que me han brindado desinteresadamente su valiosa amistad, a mi amiga Gaby por el gran apoyo incondicional para la realización del presente trabajo.

Janeth S. Lanche P.

AGRADECIMIENTO.

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi director de tesis, Dr. Colón Ortega por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades. Le agradezco a mis hermanos el amor que sin eso no hubiera podido ser lo que soy. A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos.

A todos ellos, muchas gracias.

Janeth S. Lanche P.

TITULO

“Influencia de la educación prenatal en la detección de trastornos hipertensivos del embarazo. Centro de salud Nro. 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja. Periodo Agosto - Septiembre 2013”

RESUMEN

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue estudiar la influencia de la educación prenatal en la detección de trastornos hipertensivos del embarazo en la población gestante que acude a los controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Loja. Agosto – Septiembre 2013 con la finalidad de obtener datos confiables, reales y actuales

Considerando su prevalencia es indispensable abordar de forma oportuna a aquellas pacientes que se consideren en riesgo de presentar dicho problema, así como reforzar la educación prenatal. Las embarazadas durante sus controles prenatales deben de adquirir los conocimientos necesarios de los signos y síntomas de alarma de toxemia, para detectarla a tiempo.

Se realizó un estudio descriptivo utilizando cuestionarios en 80 mujeres embarazadas y se pudo observar que la mayoría de pacientes están entre 21 y 30 años de edad, amas de casa, que todas han tenido por lo menos 3 controles prenatales y que en un gran porcentaje de pacientes desconocen dichos signos y síntomas de alarma; además, se determinó que la mayoría de la población estudiada identifica 2 o 4 signos o síntomas de alarma y los síntomas que más se relacionaron con la enfermedad fue la cefalea, edema de pies y cara. El 25% de las pacientes tiene antecedentes familiares de preeclampsia. Se encontró también que el 70% de pacientes que ya habían tenido embarazos previos no presentaron problemas hipertensivos del embarazo. Además, muchas de ellas tienen como fuente de información al personal de salud e internet; sin embargo, la calidad de información no es la ideal a pesar de que su mayor fuente fue el personal médico.

ABSTRACT

The aim of this study was to study the influence of prenatal education on detection of hypertensive disorders of pregnancy in pregnant population that comes to prenatal care in the Health Center No. 2 "Hugo Guillermo Gonzalez" Loja. August – September 2013 in order to obtain reliable data, real and current

Considering its prevalence is essential to address in a timely manner those patients who are considered at risk for this problem and strengthen prenatal education. Pregnant women during prenatal checkups should acquire the necessary knowledge of the signs and symptoms of toxemia alarm to catch it early.

A descriptive study was conducted using questionnaires in 80 pregnant women and it was observed that most patients are between 21 and 30 years old, housewives, they all have had at least 3 antenatal care and that a large percentage of patients are unaware of the signs and symptoms of alarm, in addition, it was determined that the majority of the study population identifies 2 or 4 alarm signs or symptoms and the symptoms that the disease was related to headache, edema of feet and face. The 25 % of patients have a family history of preeclampsia. It was also found that 70 % of patients who had had previous pregnancies had no problems hypertensive pregnancy. In addition, many of them have as a source of health information to staff and internet, but information quality is not ideal although their main source was the medical staff.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

El embarazo es considerado un proceso fisiológico en la mujer, sin embargo muchas mujeres están expuestas a diversos tipos de morbilidades, como las obstétricas severas. Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, junto con las hemorragias e infecciones, lo cual los convierte en la primera causa de muerte materna según la OMS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en el quinto objetivo de Desarrollo del Milenio, “mejorar la salud de las madres y reducir en el año 2015, tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna”. Es por ello que la mortalidad materna es un indicador internacionalmente aceptado para evaluar los progresos en la lucha por eliminar la desigualdad social.¹

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, fetos y recién nacidos. En África y en Asia, casi una decima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, en América Latina y el Caribe, una cuarta parte de las muertes maternas, que corresponden al 26%, se relaciona con estas complicaciones.²

En América Latina la morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado. Debido al aumento de la pobreza, la falta de recursos económicos para acceder a los servicios y falta de adaptación hace que las mujeres embarazadas recurran a su cultura y costumbres utilizando los servicios de parteras empíricas no calificadas para detectar los riesgos.³

¹ GUÍAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN DE LAS PRINCIPALES MORBILIDADES OBSTÉTRICAS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer. San Salvador, 2004.

² PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA; Resumen de las Recomendaciones; Departamento de Salud reproductiva e investigaciones conexas; OMS; 2011

³ Sánchez Mayra; FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA; Riobamba 2009; Tomado de <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>

Si bien se realizan esfuerzos con el fin de garantizar el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y oportuno de estos desórdenes, las medidas de promoción y prevención en el nivel primario de salud siguen ocupando un lugar importante en el control de estas enfermedades. En este sentido, el desarrollo y la puesta en marcha de pesquisas activas que garanticen la detección oportuna de personas con factores de riesgo y el nivel de conocimiento, sobre todo en la etapa preconcepcional, que elevan la probabilidad de padecer estos trastornos durante la gestación, podría constituir una medida efectiva para prevenirlos, actuando sobre los factores de riesgo potencialmente modificables.⁴

Sin embargo las oportunidades de educación en muchas comunidades son menores para las mujeres, y su proyecto de vida no va más allá de formar la familia y criar hijos. Además, el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud. La falta de educación y el analfabetismo hacen que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud.⁵

Las pacientes jóvenes son las mas afectadas en los trastornos hipertensivos que tienen baja escolaridad esto se relaciona con la información obtenida en la literatura nacional como internacional en donde se menciona un conocimiento deficiente y un menor nivel escolar como factores de riesgo para desarrollar trastornos hipertensivos. Muchas veces ocurre por falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, parto o

⁴ Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.3 Ciudad de La Habana IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTACIÓN jul.-sep. 2009 tomado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300008

⁵ Organización Panamericana de la Salud. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNA: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington OPS, 2003. Tomado de <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenos/documentos/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>

puerperio. A pesar de los avances logrados en las últimas décadas en mejorar los métodos diagnósticos, la educación en materia de salud no ha tenido el crecimiento esperado comparado con el desarrollo tecnológico, por lo cual la detección temprana de los trastornos hipertensivos del embarazo queda limitada exclusivamente al personal de salud sin una participación activa de la población gestante.⁶

Por ello algunos países como Colombia tienen como objetivo reducir la mortalidad materna y perinatal la misma que es una prioridad de Salud Pública en Colombia. Por ello fijó como metas impulsar estrategias y lineamientos dirigidos a la detección oportuna de dichos trastornos en los controles prenatales, educar a la población gestante y así reducir la mortalidad materna en el país.⁷

México señala que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas mejorando la sobrevivencia materno-infantil, calidad de vida las mismas que contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.⁸

Según el Dr. Francisco Vallejo, Subsecretario de Gobernanza de la Salud Pública del Ecuador; señala que los trastornos hipertensivos deben ser prevenidos mejorando las condiciones sociales y culturales de cuidado de la salud, situaciones que responden a la desinversión histórica en el sector salud que este gobierno está corrigiendo.⁹

⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica para el Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal. San Salvador: Ministerio de Salud Pública; 2009.

⁷ VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTERNA; Edgar Iván Ortiz Lizcano; Bogotá D.C. Diciembre de 2010; Dirección General de Salud Pública

⁸ CONTROL PRENATAL; Gobierno del Estado de México; 2009

⁹ Ministerio de Salud Pública; Tomado de <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-lleva-a-cabo-plan-de-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>

En Ecuador se creó la correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador viene ejecutando el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal implementando un monitoreo y evaluación mensual del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención materno infantil. Entre ellos el control prenatal, el mismo que permite detectar a tiempo estos trastornos, y así poder dar un tratamiento oportuno y reducir la mortalidad.¹⁰

Por otro lado el nivel escolar no adecuado concuerda con los resultados de otros autores donde el inadecuado nivel educativo hace más susceptibles a las gestantes a padecer la enfermedad ya que la mayoría termina sus estudios primarios y secundarios y por lo tanto no aplican cuidados básicos en el embarazo.¹¹

Los trastornos hipertensivos del embarazo son problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia.¹² Se relaciona con un serie de factores predisponentes: edades extremas de la vida, evaluación nutricional, nuliparidad, nivel socioeconómico bajo y hábito de fumar.

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de promoción

¹⁰ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD; Carina Vance; MSP; 2012.

¹¹ Eduardo Javier Terán Paz. Artículo Científico. FACTORES QUE INCIDEN EN LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN GESTANTES. Hospital Docente San Vicente de Paúl de Ibarra.

¹² Roberto Ariño; PREVALENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO; Cuenca 2013; Tomado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4009/1/MEDGO16.pdf>

y educación, dirigidas a la disminución de la presión arterial impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Solo cuando se identifiquen los factores causales de la enfermedad hipertensiva gestacional en la comunidad, se podrá hacer un verdadero intento por prevenirlo.¹³

Dado que este problema de salud no es despreciable al ocupar un lugar importante en las causas de morbimortalidad a nivel nacional y que en cada embarazo se estima la aparición de esta complicación entre un 5% y 30% de los casos, debería existir un registro de los factores predisponentes más comunes en la población atendida ya que constituye un riesgo latente que amerita ser vigilado y controlado por el personal de salud, además de reforzar la educación en las mujeres en cuanto a esta problemática.

Por lo que, con esta investigación, se pretende determinar como influye la educación prenatal sobre los conocimientos que poseen las embarazadas que asisten a controles prenatales mediante la recolección de información necesaria sobre los aspectos más importantes a vigilar en la población que atienden. Y específicamente: 1) Establecer el perfil demográfico de las embarazadas que acuden a control; 2) Identificar los factores de riesgo, síntomas y signos de alarma que las embarazadas relacionan frecuentemente con los Trastornos Hipertensivos del embarazo; 3) Conocer las fuentes de información que tienen las pacientes sobre los signos y síntomas de alarma de los Trastornos Hipertensivos en el embarazo, y 4) Elaborar y difundir información educativa sobre factores de riesgo, síntomas y signos relacionados con los Trastornos hipertensivos en el embarazo a las gestantes y población en general que acude al Centro de Salud Nro 2 del MSP, mediante un Tríptico de fácil manejo y comprensión.

¹³ PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA; Resumen de las Recomendaciones; Departamento de Salud reproductiva e investigaciones conexas; OMS; 2011.

REVISIÓN DE LITERATURA

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

1. GENERALIDADES.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo y en especial la preeclampsia son las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Se calcula que anualmente mueren en el mundo 50 000 mujeres por preeclampsia. La hipertensión arterial (HTA) es la complicación médica más frecuente durante el embarazo. Se presenta en el 8-10% de todas las gestaciones y es la principal causa de mortalidad materna en el mundo.

En América Latina y el Caribe, la preeclampsia, constituye la principal causa de muerte materna (mayor de 25 %). Para pacientes sin factores de riesgo su incidencia mundial se calcula en 3 a 8 % y en mujeres con factores de riesgo en 15 a 20 %. De acuerdo con la Secretaría de Salud en México, representa 34 % de las muertes maternas, constituyéndose en la primera causa de muerte asociada con complicaciones del embarazo.

La identificación de factores de riesgo para el desarrollo de este padecimiento, permiten en el primer nivel de atención, por un lado, tipificar grupos de riesgo y, por otro, modificar los factores susceptibles para disminuir la morbilidad y mortalidad.

2. DEFINICION

Es un desorden de etiología desconocida que se caracteriza por: hipertensión, edema y proteinuria. Casi siempre se encuentran los tres síntomas, pero el primero de ellos es el más importante para el diagnóstico. Se presenta después de la vigésima semana de la gestación y en la forma grave, puede culminar con convulsiones o coma. Se excluyen de esta definición las embarazadas que tienen a la vez una enfermedad renal o vascular previa.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador define lo siguiente:

HIPERTENSION GESTACIONAL

- TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo >20 semanas en mujer previamente normotensa.
- Proteinuria en 24 h $<$ a 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA.

PREECLAMPSIA

- ✓ TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa.
- ✓ Con proteinuria 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva con $\geq 2++$ TA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- ✓ Proteinuria en 24 h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva $++$.

PREECLAMPSIA LEVE

- TA sistólica ≥ 140 y < 160 mm Hg.
- TA diastólica ≥ 90 y < 110 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- Proteinuria en tirilla reactiva positiva $++$.
- Proteinuria en 24 horas POSITIVA.
- Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa).

PREECLAMPSIA SEVERA (INCLUYE AL SINDROME DE HELLP)

- ❖ TA sistólica ≥ 160 mm Hg.
- ❖ TA diastólica: ≥ 110 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- ❖ Proteinuria $>3g$ en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva $++ / +++$.
- ❖ Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio: Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- ❖ Hemólisis.
- ❖ Plaquetas < 100000 mm³.
- ❖ Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- ❖ Oliguria menor 500 ml en 24 horas.

- ❖ Edema agudo de pulmón.

ECLAMPSIA

- TA \geq 140/90 mm Hg en embarazo $>$ 20 semanas.
- Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ , en 24 horas $>$ 300 mg.
- Convulsiones tónico clónicas o coma. ¹⁴

3. FACTORES DE RIESGO.

- Nuliparidad.
- Adolescencia.
- Edad mayor de 35 años o menor de 15 años
- Embarazo múltiple
- Obesidad.
- Historia familiar de preeclampsia-eclampsia
- Preeclampsia en embarazos anteriores
- Arterias uterinas anormales entre las 18 a 24 semanas por estudio Doppler.
- Diabetes Mellitus pregestacional.
- Presencia de trombofilias.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedades autoinmunes.
- HTA crónica
- Nefropatía previa
- Presencia de anticuerpos antifosfolípido. ¹⁵

¹⁴ **COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL**; MSP del Ecuador; 2010 Tomado de: <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>

¹⁵ SCHWARCZ-SALA-DUVERGES; **ENFERMEDADES MATERNAS INDUCIDAS POR EL EMBARAZO O QUE LO COMPLICAN**; Obstetricia; 6ta edición; CAP 9; 303pp.

4. MANIFESTACIONES CLINICAS.

PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.

Preeclampsia leve: TA mayor o igual de 140/90 mmHg o incremento de 30 y 15 mmHg en la TAS y TAD respectivamente. Proteinuria mayor o igual de 30 mg/dl o mayor o igual de 1 cruz en las tiras reactivas, hiperuricemia mayor o igual de 5,4 mg/dl o mayor de 2 DS para esa edad gestacional. La TA vuelve a la normalidad tras 12 semanas postparto.

Preeclampsia grave: TAS mayor o igual de 160 mmHg y TAD mayor o igual de 110 mmHg, proteinuria mayor de 5 g/en orina de 24hs. Oliguria menos de 400 ml/24hs. Trombocitopenia, elevación de las transaminasas (síndrome HELLP), dolor epigástrico, edema pulmonar, alteraciones visuales.

Dentro de estos criterios de adversidad se encuentran aspectos clínicos y paraclínicos a tomar en cuenta. No es infrecuente que el síndrome HELLP debute con signos poco específicos como náusea (40%), dolor epigástrico (80%), cefalea (30%-40%) o dolor del hipocondrio derecho con frecuencias entre el 36%-86%. El dolor abdominal parece estar en relación a la obstrucción al flujo sanguíneo en los sinusoides hepáticos, producido por el depósito de fibrina intravascular, determinando edema y distensión capsular.

Dentro de los síntomas prodrómicos también puede presentarse: alteraciones visuales, sangrado fácil frente a traumas menores, ictericia, diarrea, dolor cervical o del hombro. Otras manifestaciones de severidad son signos irritativos del sistema nervioso (fosfenos, hiperreflexia, cefalea) o hipertensión, pudiendo esta última estar ausente hasta en el 15% de las pacientes. Es esencial la cuantificación de la diuresis, puesto que la oliguria es un signo ominoso de fallo renal y la primera manifestación de la hipovolemia (presente en todas las pacientes preeclámpticas).

SINDROME DE HELLP.

Como es aceptado por la mayoría, el síndrome HELLP, con sus características particulares, parece constituir una etapa progresiva de la

preeclampsia/eclampsia, y las formas de presentación dependen de la extensión del daño endotelial y la deposición de fibrina.

Las manifestaciones clínicas son muy variadas y no son patognomónicas del síndrome; van desde formas menos graves: debilidad, fatiga, vómitos, hasta muy severas como dolor abdominal intenso, fundamentalmente en el cuadrante superior derecho y epigastrio. La ictericia es detectable en un gran número de pacientes, así como cefalea, dolor en región cervical derecha, generalmente asociado con hemorragias hepáticas, alteraciones visuales permanentes, encefalopatía, edema pulmonar. Otro grupo de pacientes presentan formas raras y pocos comunes como son: hemiparesia, hemorragia intracraneal y el síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible.¹⁶

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL SINDROME DE HELLP	INCIDENCIA %
Dolor en cuadrante superior derecho de abdomen	86-92
Ictericia	90
Nausea y vómitos	45-86
Cefalea	33-61
Dolor en hombro derecho y cuello	5
Alteraciones visuales	17
Manifestaciones hemorrágicas	5

5. DIAGNOSTICO

ANAMNESIS

- Embarazo mayor de 20 semanas. Si embarazo menor de 20 semanas sospeche de hipertensión arterial crónica.
- Antecedentes de trastornos hipertensivos gestacionales en embarazos previos o hipertensión arterial crónica.

¹⁶ Castillo Dunia; SINDROME HELLP; Revista Cubana; 2006; Tomado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol23_01_07/hih03107.htm

- Asintomática o sintomática variable: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito, ictericia.
- Convulsiones tónico clónicas o coma.

Factores de riesgo adicionales:

- ✓ Primer embarazo.
- ✓ ≥ 10 años de diferencia desde el último parto.
- ✓ Edad ≥ 40 años.
- ✓ IMC ≥ 35 .
- ✓ Historia familiar de preeclampsia (madre o hermana).
- ✓ Condiciones patológicas subyacentes: Hipertensión, enfermedad renal o diabetes preexistente, presencia de Ac antifosfolipídicos.

EXAMEN FISICO

- TA diastólica >90 mm Hg en dos tomas separadas por 4 horas. Si el parto es un hecho o hay criterios de gravedad se acepta un intervalo menor en las dos tomas.
- Reflejos osteotendinosos positivos: escala de 0 a 5.
- Edema de miembros inferiores no es un signo diagnóstico de preeclampsia, puede estar o no presente; el 70% de las embarazadas sin patología lo presentan.
- Actividad uterina presente o no.

EXAMENES DE LABORATORIO

EVALUACION MATERNA:

- Evaluación hematológica: hematocrito, hemoglobina, (Anemia hemolítica con esquistocitosis) recuento plaquetario ($<150.000/mm^3$), grupo y factor, TP, TTP, HIV (previo consentimiento informado).
- Evaluación de la función renal: creatinina, urea, ácido úrico, EMO, Urocultivo, proteinuria en tirilla reactiva, si es positiva solicite proteinuria en 24 horas.

- Evaluación hepática: transaminasas (TGO, TGP > 40 U/L), bilirrubinas, (>1.1 mg/dl. a expensas de la indirecta) deshidrogenasa láctica (LDH: >600 U/L).
- Evaluación metabólica: Glucosa.
- Ecografía hepática en sospecha de hematoma subcapsular.
- Electrocardiograma, ecocardiograma, fondo de ojo, clearance de creatinina en hipertensión crónica.

EVALUACION FETAL:

- Perfil Biofísico y/o flujometría doppler en >28 semanas.
- Monitoreo fetal Electrónico a partir de 28 semanas.¹⁷

6. TRATAMIENTO.

7.1 MEDIDAS GENERALES.

- Las medidas no farmacológicas (incluyendo el reposo en cama, el apoyo psicosocial, y el manejo del stress) no reducen la TA, ni reducen el riesgo de complicaciones en la preeclampsia.
- No hay evidencia a la fecha que sugiriera que la recomendación del reposo en cama mejora el resultado del embarazo en preeclampsia y si puede aumentar complicaciones tromboembólicas.
- No se recomienda la reducción de peso durante el embarazo, inclusive en las mujeres obesas. Aunque la obesidad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, no hay evidencia que limitando la ganancia de peso se reduzca su ocurrencia.
- No se recomienda la restricción de sodio, la dieta debe ser normosódica y normoproteica.
- El uso de alcohol y tabaco durante el embarazo debe desaconsejarse. El consumo del alcohol excesivo puede empeorar la hipertensión materna, y fumar se asocia con restricción del crecimiento de fetal.

¹⁷ COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL; MSP del Ecuador; 2010 Tomado de: <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>

- El control prenatal realizado por un médico general que remita al especialista en caso del primer indicio patológico ha permitido diagnosticar tempranamente las complicaciones de la enfermedad y disminuir mortalidad.
- Actualmente se ha otorgado gran importancia a la administración gestacional de antioxidantes y grasas poliinsaturadas para prevenir preeclampsia. Los esquemas con antioxidantes utilizados son: 400 U de vitamina E y 1 g de vitamina C, no han demostrado disminuir complicaciones de preeclampsia.

7. CONTROL PRENATAL.

Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales.¹⁸ El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

Los componentes que abarca el control prenatal son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

¹⁸ Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil ENDEMAIN -2004. Ecuador 2005

ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL

1. Completo e integral

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.
- ATENCION DE:
 - ✓ riesgo nutricional.
 - ✓ detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
 - ✓ maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
 - ✓ infecciones de transmisión sexual.
 - ✓ consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
 - ✓ enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

2. Precoz

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

3. Enfoque intercultural

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

4. Periódico

- Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.
- NIVEL MINIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES.
 - Uno en las primeras 20 semanas.

- Uno entre las 22 y 27 semanas.
- Uno entre las 28 y 33 semanas.
- Uno entre las 34 y 37 semanas.
- Uno entre las 38 y 40 semanas

5. Afectivo

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del MSP, para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado

PARAMETROS:

- Apertura de historia clínica perinatal base y el carné perinatal: Llene de forma correcta y completa todos los casilleros. Clasifique por riesgo para

la correspondiente atención por niveles. Instruya a la gestante para que lleve el carné a todas las consultas de cualquier servicio de salud a nivel nacional.

- Detección de factores de riesgo: Promueva los dos primeros controles prenatales antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías: Entre ellas los trastornos hipertensivos tales como las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, obesidad, multiparidad e historia, familiar de preeclampsia o eclampsia, Se han identificado factores tales como la mola hidatiforme, el hydrops fetal, hidramnios, multigestas fecundadas por un nuevo matrimonio y el tabaquismo. Otros han observado la asociación de enfermedades crónicas con esta enfermedad, entre ellas la diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, antecedente familiar de hipertension arterial, cardiopatías y epilepsia. Determine la necesidad de referencia y contrarreferencia al nivel superior.
- Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas, examen físico general: Realice un examen clínico general en decúbito dorsal en todos los controles, más exhaustivo en la primera consulta. Diagnóstico y tratamiento o referencia de patología obstétrica. Manejo de las molestias propias del embarazo.
- Estimación de la edad gestacional o diagnóstico (<12 sem): Cálculo de las semanas de amenorrea por FUM, Regla de Naegele, tabla obstétrica o ultrasonido si amerita.
- Determinación de la presión arterial: Si TA mayor a 140 la tensión sistólica o mayor a 90 la presión diastólica.

Se define como una TA igual o superior a 140/90 mms Hg de sistólica y diastólica, respectivamente, sin sintomatología ni alteraciones graves en los valores del laboratorio ni en las pruebas de salud fetal, en una

embarazada con más de 20 semanas de gestación sin antecedentes de hipertensión crónica.

Si los valores de presión arterial igualan o superan los 160/100 mms Hg., aún en ausencia de proteinuria, el cuadro es considerado severo y tratado como se indica al referirnos a la preeclampsia. El control clínico-obstétrico se efectúa cada quince días en forma ambulatoria, e incluye la realización de los estudios maternos y fetales

En este grupo de pacientes no existe indicación para la interrupción del embarazo antes de alcanzado el término, salvo que el cuadro clínico empeore, o se presente alguna complicación obstétrica que así lo justifique.

El diagnóstico de preeclampsia está dado por la presencia de hipertensión más proteinuria. Cualquier embarazada con cifras de tensión arterial iguales o superiores a 140 mm Hg.

El diagnóstico de hipertensión severa se define con niveles de tensión arterial diastólica iguales o superiores a 100 mm Hg. y sistólica por encima de 160 mm Hg.

- Medición del peso: Registre el peso en cada consulta prenatal en el Normograma que consta en el carné perinatal para determinar desviaciones de la curva normal. Considere sobrepeso, Preeclampsia, Embarazo múltiple o polihidramnios si la ganancia es exagerada. Considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal si es menor a lo esperado.
- Medición de la talla: Tallas menores a 1.40 m hacen sospechar la probabilidad de desproporción céfalo pélvica.
- Evaluación del estado nutricional: Clasifique la relación Peso/Talla de la mujer (%) que consta en el Normograma del carné perinatal para ubicar

a la embarazada en las zonas: A: bajo peso, B: Normal, C: sobrepeso, D: obesidad. Si no es adecuada considere suplementación.

- Examen de mamas: Indique cuidados apropiados del pezón y las mamas: no cepillado, no cremas, no jabones. Informe sobre promoción de lactancia materna.
- Toma de Papanicolau: En la primera consulta independientemente de la edad gestacional.
- Evaluación clínica de la pelvis: Determine una vez sobre la semana 36 la relación céfalo pélvica. Descarte desproporción céfalo pélvica según valoración de la pelvis femenina
- Medir la altura uterina: Use la cinta métrica perinatólogica para medir desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. De semana 18 a semana 30 tiene mayor sensibilidad esta medida, sobre esta semana disminuye su valor. Si la medida es menor a la edad gestacional, considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal. Si la medida es mayor a la edad gestacional considere error de cálculo, embarazo múltiple o polihidramnios.
- Diagnóstico de la situación, posición, presentación fetal y condiciones cervicales: Realice maniobras de Leopold. Aplique la evaluación del cuello con el Índice de Bishop. Desde la semana 36 es necesario anticipar un plan de parto por cesárea según desviaciones de la normalidad.
- Auscultar latidos cardíacos fetales: Normal entre 120 a 160 latidos por minuto. Ausculte con doppler desde las 12 semanas. Ausculte con estetoscopio o corneta de Pinard desde la semana 18 – 20. Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal. Confirme por ecografía.

- Movimientos fetales (>20 semanas): Valore por percepción materna certera o por el examen del proveedor desde semana 20. Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal. Valorar bienestar fetal por cualquier medio: registro de FCF, monitoreo electrónico fetal, ultrasonografía.
- Evaluación ecográfica: En embarazo de bajo riesgo solicite entre las 20 y 24 semanas. De tener disponibilidad entre las 11 y 14 semanas, entre las 20 y 24 semanas y entre las 32 y 34 semanas.
- Determinación de Hb, Hto, biometría hemática: Determine anemia y/o parámetros hematológicos de infección. Solicite antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas.
- Determinación TP, TTP, Plaquetas: Si están alterados sospeche Síndrome de HELLP o discrasias sanguíneas.
El aumento de las enzimas hepáticas TGO – TGP representan el daño del hepatocito. Para identificar a las pacientes con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, el laboratorio es muy útil. Una LDH mayor a 1400UI/L, TGO > 150 UI/L, TGP > 100UI/L, ácido úrico >7.8mg/dL
- Determinación de creatinina, urea: Valoración de la función renal, si alterados sospeche trastorno hipertensivo gestacional o nefropatía.
- Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh: Sospeche incompatibilidad o isoimmunización si la embarazada es Rh negativa y tiene un recién nacido/a Rh positivo, o en aborto de madre Rh negativa. Solicite test de Coombs indirecto en estos casos.
- Detección de diabetes gestacional: Medición del nivel de glicemia una hora después de administrar una sobrecarga de 50 g. de glucosa. Puede

ser tomado a cualquier hora del día. En la primera consulta y entre las semanas 24 a 28 y 32 a 35.

- Detección de sífilis. Si VDRL positivo solicite prueba confirmatoria de laboratorio (RPR).
- Prueba de ELISA o prueba rápida para VIH. Previo consentimiento informado, si resultado es positivo remita a nivel III de especialidad según Protocolo de VIH y Embarazo.
- Proteinuria en tirilla. Si nitritos +, sospeche infección urinaria. Si proteinuria +, sospeche trastorno hipertensivo gestacional.
Proteinuria se define como el hallazgo de 300 mg o más de proteínas en orina de 24 horas o bien 1 gr/l o más en dos muestras aisladas tomadas aleatoriamente con al menos 4 horas de diferencia. El hallazgo de hipertensión y/o proteinuria antes de la 20 semana en ausencia de enfermedad trofoblástica se considera como hipertensión crónica o enfermedad renal crónica
- Ig M – IgG STORCH. Si positivos sospeche compromiso fetal.
- Consejería en estilos de vida saludables: ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad y recreación:
 - LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de apoyo a la lactancia materna.
 - EJERCICIO: mantener un nivel de ejercicio moderado, bajo la recomendación y dirección de un/una proveedor/a de salud calificado en psicoprofilaxis del parto.
 - REPOSO: Preferir durante el descanso el decúbito lateral izquierdo.
 - NUTRICION: mantener alimentación rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales.
 - SEXUALIDAD: coito permitido excepto en embarazo de riesgo.

- **RECREACION:** Uso obligatorio de cinturón de seguridad que sujete hombros y cadera durante el uso de automotores. Viajes bajo autorización médica. Prendas de vestir cómodas, no ajustadas. Evitar la automedicación.¹⁹

Reducir el riesgo de trastornos hipertensivos en el embarazo

Se debe informar a las mujeres embarazadas acerca del riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos durante el embarazo (en particular, preeclampsia) y de la necesidad de buscar consejo a un profesional de la salud si experimentan síntomas de preeclampsia (dolor de cabeza severo; problemas de visión, como visión borrosa; dolor severo justo debajo de las costillas; vómitos; hinchazón repentina de la cara, manos o pies). Aconseje a las mujeres con al menos un factor de alto riesgo para la preeclampsia o por lo menos dos factores de riesgo moderado de preeclampsia a tomar 75 mg de aspirina todos los días desde las 12 semanas hasta el nacimiento del bebé (*basado en evidencia de alta calidad de meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados y un modelo económico*).

Aunque varios medicamentos (liberadores de óxido nítrico, progesterona, diuréticos y heparina de bajo peso molecular), vitaminas y suplementos nutricionales (como la vitamina C, vitamina E, ácido fólico, magnesio, aceites de pescado, aceites de algas, y el ajo) han sido estudiados como tratamientos preventivos para los trastornos hipertensivos, estos no han mostrado beneficios y no se deben indicar para este propósito. La evidencia de la adición de calcio en la prevención de los trastornos hipertensivos es contradictoria y confusa, y se necesita más investigación en esta área.

Hipertensión crónica

Cuidados pre-concepcionales

- ✓ Informar a las mujeres que toman inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y bloqueantes del receptor de angiotensina II que consumir estos medicamentos durante el embarazo aumenta el riesgo de anomalías congénitas, y que deberían discutir otros tratamientos

¹⁹ COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL; MSP del Ecuador; 2010 Tomado de: <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>

antihipertensivos con el profesional de la salud si están planeando un embarazo.

- ✓ Informar a las mujeres que toman diuréticos tiazidicos que consumir estos medicamentos durante el embarazo aumenta el riesgo de anomalías congénitas y complicaciones neonatales, y que deberían discutir otros tratamientos antihipertensivos con el profesional de la salud si están planeando un embarazo.

- ✓ Reasegure a las mujeres que toman tratamientos antihipertensivos distintos de los inhibidores de la enzima convertidora, bloqueantes de los receptores de angiotensina II, o diuréticos tiazidicos, dado que la evidencia disponible no ha revelado un mayor riesgo de malformaciones congénitas con estas drogas.

Cuidados pre-natales

- El tratamiento antihipertensivo ofrecido dependerá de los tratamientos pre-existentes, del perfil de efectos secundarios, y de la teratogénesis.
- Si las mujeres que toman inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueantes de los receptores de angiotensina II queda embarazada, deberá dejar de tomar estos medicamentos y se le deberá ofrecer alternativas antihipertensivas.
- Se tendrá como objetivo mantener la presión sanguínea por debajo de 150/100 mmHg en mujeres embarazadas con hipertensión crónica sin complicaciones, sin reducir la presión arterial diastólica a menos de 80 mm Hg.
- Programar consultas prenatales adicionales según las necesidades de la mujer y del bebé.
- No se recomienda ofrecer adelantar el nacimiento a las embarazadas de menos de 37 semanas de gestación si la presión arterial es menor que 160/110 mm Hg, con o sin tratamiento antihipertensivo.

Hipertensión de aparición durante el embarazo

Evaluación de la proteinuria

- ❖ Para diagnosticar preeclampsia y distinguirla de la hipertensión gestacional, use tiras reactivas de lectura de proteínas en orina o calcule el cociente proteína/creatinina en orina spot.
- ❖ Si la tira reactiva para detectar proteinuria arroja un resultado de 1 + o más, cuantifique la proteína en una muestra de orina de 24 hs o calcule el cociente proteína/creatinina en orina sino lo hizo antes.
- ❖ La medición de proteinuria resulta clínicamente relevante cuando el cociente proteína/creatinina en orina es mayor que 30 mg/mmol, o cuando la cuantificación de proteína en orina de 24 horas es mayor a 300 mg.
- ❖ Cuando se utiliza la recolección de orina de 24 horas para cuantificar la proteinuria debería asegurarse que la recolección haya sido completa.²⁰

8. PREVENCIÓN.

- Los suplementos de calcio ayudan a prevenir la preeclampsia, disminuyen el riesgo de muerte para las mujeres o que las mismas presenten problemas graves
- La revisión de los ensayos encontró que los suplementos de calcio durante el embarazo son un medio seguro y relativamente barato de reducir el riesgo de preeclampsia en las mujeres con alto riesgo, y en las mujeres de comunidades con calcio dietético bajo. Las mujeres tenían también menos probabilidad de morir o presentar problemas graves debidos a la preeclampsia. No se han encontrado efectos adversos pero

²⁰ Revista Evidencia; MANEJO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS See more at: http://www.evidencia.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=3014&origen=2#sthash.62LhESqh.dpuf

se necesitan investigaciones adicionales sobre la dosis ideal para la administración de los suplementos.²¹

- Diversas estrategias se han desarrollado para prevenir la preeclampsia, incluyendo restricción de sodio, uso de diuréticos, dietas con alto contenido proteico, que no han tenido el resultado esperado.
- En la pasada década considerables estudios se han centrado en el uso de dosis bajas de aspirina y de suplementos de calcio. La baja ingesta de calcio ha sido implicada en la patogénesis de preeclampsia; un meta-análisis con catorce estudios randomizados controlados mostraron una significativa reducción de la presión arterial en pacientes preeclámpicas cuando ellas recibieron suplemento de calcio (carbonato de calcio 2 g./día). Sin embargo un estudio multicéntrico con 4589 mujeres del National Institute of Health de EEUU (NHI) no confirmó este hallazgo. Una posible explicación de las diferencias estaría en la distinta ingesta de calcio de las poblaciones estudiadas.
- En el estudio del NIH tanto el grupo placebo como tratado la ingesta basal de calcio superaba los 1000 mg/día. En contraste los estudios en los cuales el calcio ha demostrado efectos benéficos, las poblaciones estudiadas tienen ingestas de calcio inferiores a las recomendaciones. Entonces, la suplementación de calcio puede ser beneficiosa en mujeres con baja ingesta de calcio, pero puede no ser necesaria en mujeres con una ingesta adecuada. En la prevención de la preeclampsia también se ha incluido aceite de pescado, antioxidantes (vitamina E y C) y magnesio con resultados que requieren de mayores estudios antes de su recomendación.
- La nutrición durante el embarazo es un tema controvertido, muchas veces ignorado por los obstetras o abordado en forma equivocada. Ello, puede deberse por una parte a un conocimiento insuficiente del tema y

²¹ <http://summaries.cochrane.org/es/CD001059/suplementos-de-calcio-durante-el-embarazo-para-la-prevencion-de-los-trastornos-hipertensivos-y-problemas-relacionados#sthash.RD6BagNi.dpuf>

por otra, a que los conceptos están en revisión y no debidamente comprobados. Esta tarea ha sido asumida por matronas y nutricionistas lo que también ha facilitado que los obstetras se despreocupen de él. Además es difícil para los médicos traducir la teoría en recomendaciones prácticas, cotidianas y accesibles. No es raro entonces, que un pilar del control gestacional haya sido relegado en la práctica obstétrica a lugares secundarios.

- Los consejos nutricionales para la mujer embarazada han variado con el tiempo. Anteriormente, las mujeres eran estimuladas a tener modestos incrementos de peso durante la gestación y a consumir dietas hipocalóricas. En otros momentos, fueron incentivadas a “comer por dos”, lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas, con mayor patología materna y fetal. Hoy comprendemos mejor las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos en esta etapa de la vida.
- El desafío de los profesionales de la salud es ayudar a establecer conductas saludables con relación a alimentación y actividad física y prevenir la exposición a sustancias tóxicas durante todo el ciclo vital y en forma muy prioritaria durante el embarazo, período de máxima vulnerabilidad.
- **Energía.** La necesidad adicional de energía, para una embarazada con estado nutricional normal se consideraba alrededor de 300 Kcal diarias. Estudios recientes demuestran que con frecuencia disminuye la actividad física durante el embarazo y el gasto energético por este factor. A la vez existen mecanismos de adaptación que determinan una mejor utilización de la energía consumida.
- **Proteínas.** La necesidad adicional de proteínas se estima en 10 gramos diarios, cantidad que se puede satisfacer con dos tazas de leche adicionales. De acuerdo a los patrones alimentarios de la población

chilena las proteínas no representan un nutriente crítico y en general son adecuadamente cubiertas en la alimentación.

- **Grasas.** Deben aportar no más del 30% de las calorías totales. Es importante incluir ácidos grasos esenciales de la familia "omega-6" presentes en aceites vegetales (maíz, maravilla, pepa de uva) y de la familia "omega-3" que se encuentran fundamentalmente en los aceites de soya, raps (canola), y en alimentos como el pescado, almendras y nueces. Estos ácidos grasos son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema utero-placentario, el desarrollo del sistema nervioso y la retina del feto durante el embarazo y del niño durante la lactancia.
- **Hierro.** Las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Ello lleva a la necesidad de utilizar suplementos en forma rutinaria, aunque el grado de cumplimiento real de esta medida es bajo, por lo que deben buscarse mecanismos que mejoren la adherencia al tratamiento. Las principales fuentes de hierro son las carnes, leguminosas, semillas, algunos vegetales y pan y cereales fortificados.
- **Calcio.** Las necesidades de calcio en el embarazo se estiman en 1.000 mg por día, cantidad difícil de cubrir con la dieta habitual de la mujer chilena. Durante el tercer trimestre se produce un importante traspaso de calcio materno al feto, que si no es obtenido de la dieta es movilizado desde el tejido óseo materno, lo que puede tener un efecto negativo en etapas posteriores de la vida de la mujer. Existen algunas evidencias que el déficit de calcio determina mayor riesgo de hipertensión y parto prematuro. El uso de alimentos fortificados y/o suplementos es una alternativa para mejorar la ingesta. Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos (leche, queso, quesillo, yogurt).

- **Zinc.** También presenta una baja ingesta en la población chilena y su déficit se ha asociado a bajo peso al nacer y parto prematuro. Las principales fuentes de zinc son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.
- **Vitamina A.** Es uno de los pocos nutrientes cuyo requerimiento no aumenta respecto a mujeres adultas en edad fértil. Existen evidencias de que altas dosis diarias de vitamina A (superiores a 10.000 UI) consumidas las dos semanas previas al embarazo o en las 6 primeras semanas del embarazo pueden tener un efecto teratogénico. Especial cuidado debe tenerse con los preparados de ácido retinoico o sus derivados para uso cutáneo ya que estos tienen una potencia 100 a 1000 veces mayor que el retinol.
- **Ácido fólico.** Propuestas recientes han aumentado la recomendación de ingesta diaria en la mujer en edad fértil a 400 µg/día (más del doble de la cifra previa) y a 600 µg/día en la embarazada. Su uso en altas dosis (4,0 mg/día) es especialmente importante en mujeres con antecedentes previos de hijos con DTN desde 6 a 8 semanas antes de la concepción hasta completar el primer trimestre del embarazo. La fortificación del pan con ácido fólico a partir del año 2.000 se espera contribuirá a reducir la prevalencia de esta patología y posiblemente de otras malformaciones. Las principales fuentes de ácido fólico son hígado, leguminosas, maní, espinaca, betarraga cruda y palta.²²

²² Uauy Ricardo; ALIMENTACION Y NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO; Universidad de Chile; Tomado de: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/estrategiaintervencion/AlimentacinEmbarazo.pdf>

MATERIALES Y MÉTODOS.

METODOLOGÍA.

Lugar y Tiempo:

El presente trabajo investigativo se realizó en el Centro de Salud Nro. 2 “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja durante el periodo Agosto – Septiembre del 2013.

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio de tipo descriptivo - prospectivo de corte transversal que se realizó a las maternas que acudieron a los controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2.

Universo:

Todas las embarazadas que acudieron a realizarse los controles prenatales en el mencionado Centro de Salud. (Total 140 pacientes)

Muestra:

Se constituyó por las embarazadas seleccionadas al azar que acudieron a realizarse los controles prenatales.

- Criterios de inclusión:
 - ✓ Todas las embarazadas escogidas al azar de cualquier edad gestacional que acudieron a los controles prenatales en el Centro de Salud Nro. 2.
 - ✓ Paciente cuya condición médica y mental no imposibilite la realización de esta investigación.

- Criterios de exclusión:
 - ✓ Pacientes embarazadas que no deseen colaborar con este estudio.

Fuente de información:

Se obtuvo de las embarazadas escogidas al azar (80 pacientes) que colaboraron con este trabajo investigativo.

Técnicas de obtención de la información:

La información se obtuvo por medio de un cuestionario previamente elaborado y validado, el mismo que fue aplicado a las pacientes.

Procedimiento:

Previa autorización del Director del Centro de Salud Nro. 2 “Hugo Guillermo González” se realizó la recolección de datos de las pacientes que acudieron a los controles prenatales.

El universo fue 140 pacientes; que acudieron a la consulta prenatal en el centro de salud “Hugo Guillermo González”; de las mismas se constituyó una muestra al azar de 80 pacientes.

Con el objetivo de dar respuestas a los objetivos de la presente investigación, y en función de la operacionalización de variables, se diseñó una encuesta validada por el asesor metodológico de la tesis que permitió recoger la información necesaria de las pacientes gestantes que acuden a sus controles prenatales durante el periodo en estudio.

El formato de esta encuesta consta de 18 preguntas, 14 primeras se refieren al perfil demográfico, la siguiente se refiere al nivel de conocimiento sobre trastornos hipertensivos que consta de 5 categorías: nada, poco, muy poco, suficiente, bastante, y presentaron la siguiente puntuación:

Nada: 1 – 4 puntos

Poco: 5 – 8 puntos

Muy poco: 9 – 12 puntos

Suficiente: 13 – 16 puntos

Bastante: 17 – 20 puntos

Esta puntuación se la obtuvo de la pregunta siguiente: signos y síntomas de los trastornos hipertensivos, valorada en 20 puntos esta puntuación se obtuvo de la suma de cada ítem como se indica a continuación.

- Signos y síntomas de alarma: Dolor de estómago, pies y piernas hinchadas 3 puntos cada una; dolor de cabeza, mareos, náuseas y/o vómito, alteraciones de la conciencia 2 puntos cada uno; zumbido de oídos o sordera, problemas visuales, orina poco,

aumento exagerado de peso, cansancio fácil y respiración profunda, pulso acelerado 1 punto cada uno; gusto alterado, olfato afectado, fiebre, color amarillo de la piel 0 puntos cada uno.

Luego se valoró el nivel de conocimiento de los factores de riesgo relacionados con los trastornos hipertensivos; se realizó a las 33 pacientes que tuvieron el siguiente nivel de conocimiento sobre los trastornos hipertensivos: (30 pctes muy poco, 2 suficiente, 1 bastante) que consta de 5 categorías: nada, poco, muy poco, suficiente, bastante, y presentaron la siguiente puntuación:

Nada: 1 – 4 puntos

Poco: 5 – 8 puntos

Muy poco: 9 – 12 puntos

Suficiente: 13 – 16 puntos

Bastante: 17 – 20 puntos

Esta puntuación se la obtuvo de la pregunta siguiente: Factores de riesgo relacionados con los trastornos hipertensivos, valorada en 20 puntos esta puntuación se obtuvo de la suma de cada ítem como se indica a continuación.

- Factores de riesgo: Edad <15 y >36 años, presión alta en embarazo anterior, 3 puntos cada uno; diferencia de años entre los embarazos, presión alta antes del embarazo, mamá o hermana con presión alta en sus embarazos 2 puntos cada uno; nivel escolar, nivel socioeconómico, peso, número de embarazos, embarazo de gemelos o más, tener hijos de diferentes padres, diabetes o azúcar alta, problemas en el riñón 1 punto cada uno; hábitos tóxicos, comidas cargadas de sal 0 puntos.

La siguiente pregunta se refirió a las fuentes de información que las pacientes han obtenido sobre los trastornos hipertensivos.

Luego de la realización de la encuesta se capacito a las pacientes, a través de una charla personal y la entrega de un tríptico de fácil manejo y comprensión

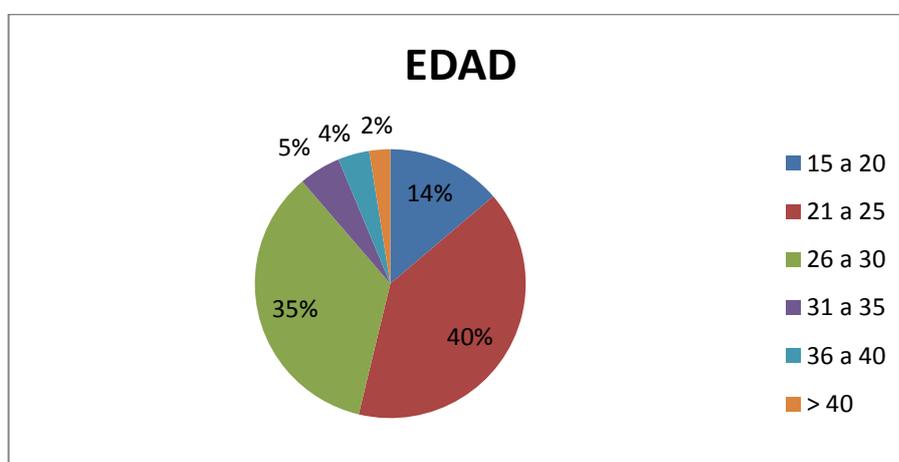
señalando sus factores de riesgo, signos y síntomas, y como prevenir los trastornos hipertensivos del embarazo.

Se realizó la tabulación de datos, análisis e interpretación de resultados, mediante cuadros y gráficos estadísticos en el programa de Microsoft Excel 2007 como: barras, pasteles según la elaboración de los objetivos planteados dentro de la investigación.

RESULTADOS

Tabla 1: Grupos etáreos de las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

EDAD	Fr	%
15 a 20	11	14
21 a 25	32	40
26 a 30	28	35
31 a 35	4	5
36 a 40	3	4
> 40	2	2
TOTAL	80	100

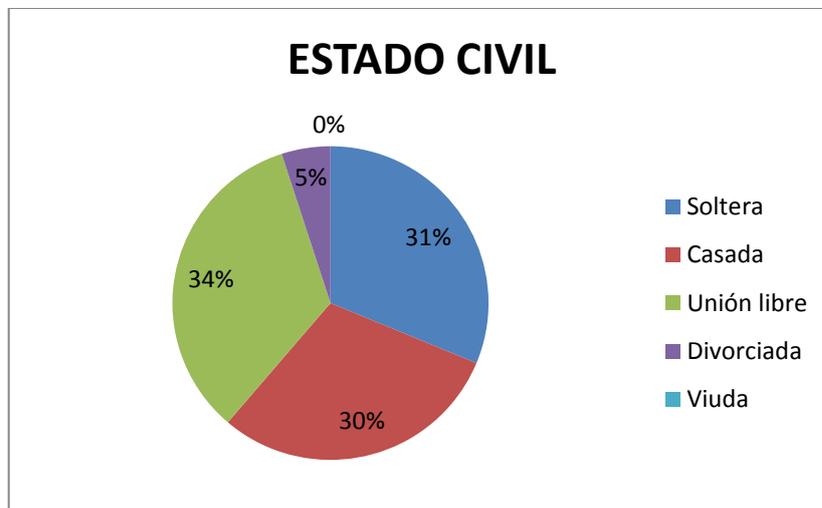


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En el gráfico 1 se observa que la edad más frecuente de las embarazadas representa el 40% al grupo de 21 - 25 años de edad, seguido por el grupo de 26 a 30 años con el 35% de casos, luego con el 14% en pacientes menores de 20 años y finalmente le continúan con un 11% en las edades mayores a 31 años.

Tabla 1.1: Estado civil de las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

ESTADO CIVIL	Fr	%
Soltera	25	31
Casada	24	30
Unión libre	27	34
Divorciada	4	5
Viuda	0	0
TOTAL	80	100

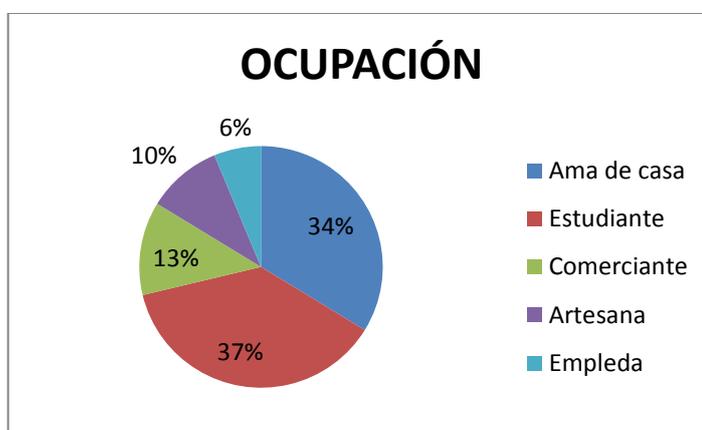


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

El gráfico 1.1 muestra que el 34% de las embarazadas tienen unión libre, el 31% son solteras, seguidas del 30% que son casadas y sólo el 5% divorciadas.

Tabla 1.2: Ocupación de las pacientes que acudieron a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

OCUPACIÓN	Fr	%
Ama de casa	27	34
Estudiante	30	37
Comerciante	10	13
Artesana	8	10
Empleada	5	6
TOTAL	80	100

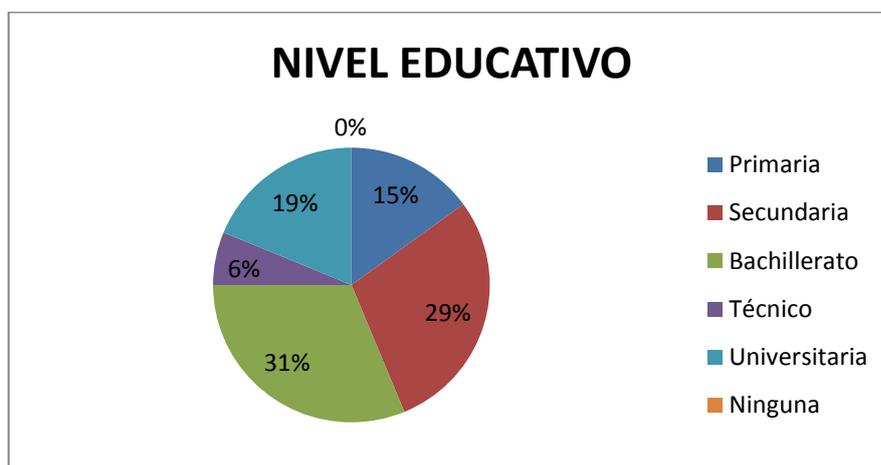


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En el gráfico 1.2, observamos que el 37% de las pacientes son estudiantes, el 34% son amas de casa, el 13% son comerciantes, el 10% son artesanas y sólo el 6% son empleadas.

Tabla 1.3: Nivel educativo de las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

NIVEL EDUCATIVO	Fr	%
Primaria	12	15
Secundaria	23	29
Bachillerato	25	31
Técnico	5	6
Universitaria	15	19
Ninguna	0	0
TOTAL	80	100

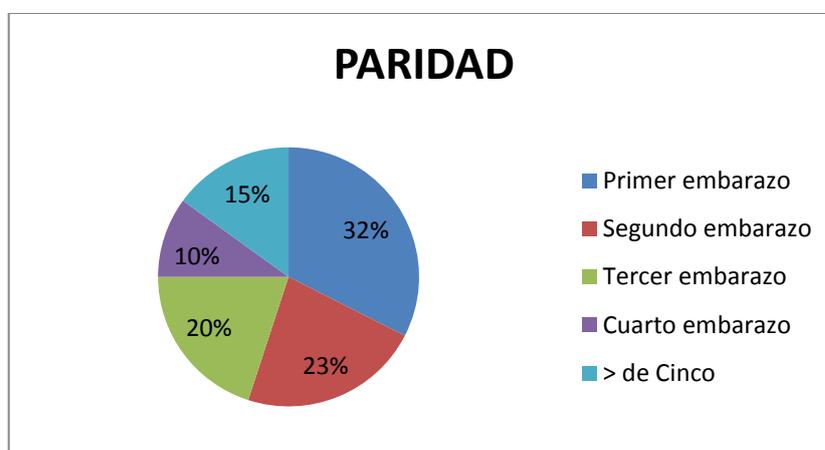


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En el gráfico 1.3 se observa que el mayor porcentaje del nivel educativo de las embarazadas es el 31%, de la secundaria completa, seguidas por el nivel secundario incompleto con un 29%, continúan las universitarias con un 19%, las pacientes que alcanzaron una educación primaria representa el 15% y un 6% lo ocuparon aquellas con formación técnica.

Tabla 1.4: Paridad de las pacientes que acudieron a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

PARIDAD	Fr	%
Primer embarazo	26	32
Segundo embarazo	18	23
Tercer embarazo	16	20
Cuarto embarazo	8	10
> de Cinco	12	15
TOTAL	80	100

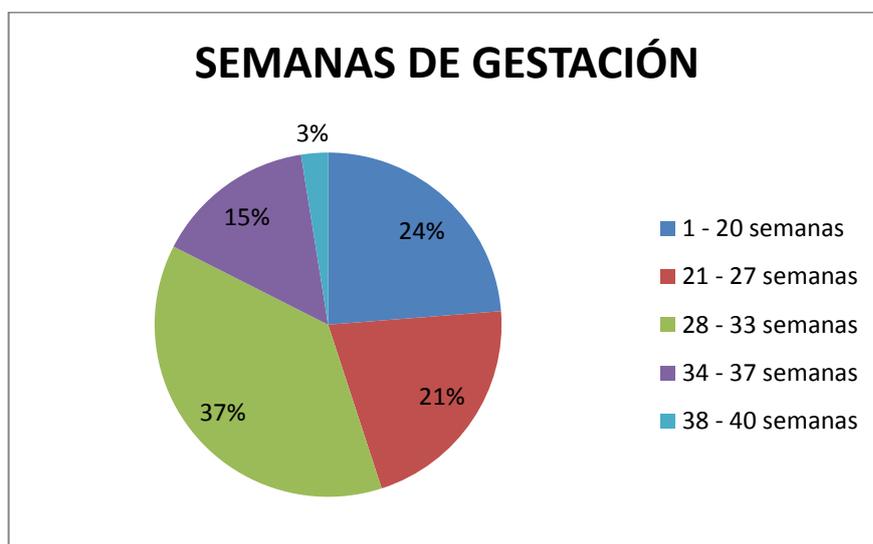


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En el gráfico 1.4 muestra que el 32% de las pacientes son primigestas, el 23% segundigestas, el 20% de las pacientes corresponde a su tercer embarazo, seguido con un 15% de pacientes mayor o igual a cinco gestas, y sólo con el 10% de las pacientes que es su cuarta gesta.

Tabla 1.5: Semanas de gestación de las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

SEMANAS DE GESTACIÓN	Fr	Porcentaje
1 - 20 semanas	19	24
21 - 27 semanas	17	21
28 - 33 semanas	30	37
34 - 37 semanas	12	15
38 - 40 semanas	2	3
TOTAL	80	100

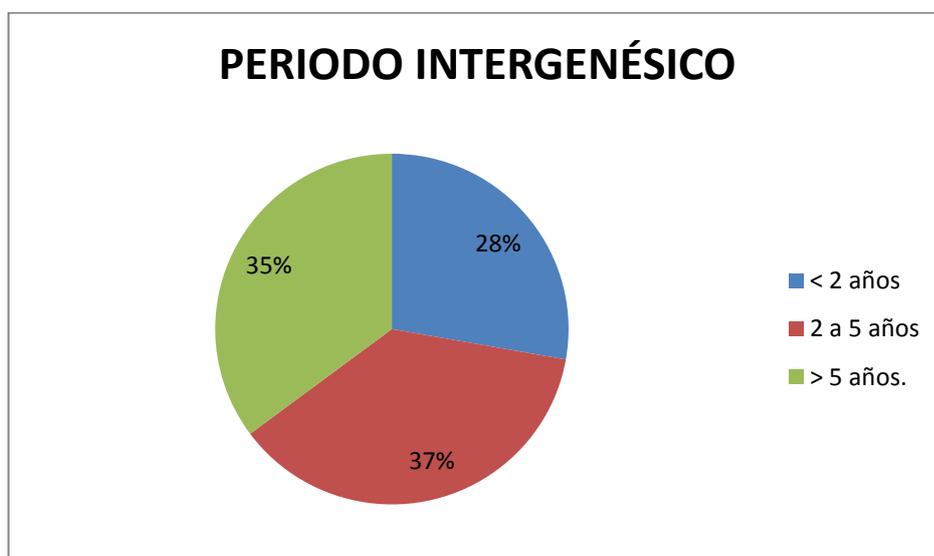


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

El gráfico 1.5 representa que la mayoría de embarazadas con un 37% están entre 28 – 33 semanas de gestación, con un 24% entre 1 – 20 semanas respectivamente, el 21% indica entre 21 – 27 semanas, seguido con un 15% entre 34 – 37 semanas de gestación. Y solo 2 pacientes con un 3% se encuentran > a 38 semanas.

Tabla 1.6: Período intergenésico de las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

PERDIODO INTERGENÉSICO	Fr	%
< 2 años	15	28
2 a 5 años	20	37
> 5 años.	19	35
TOTAL	54	100



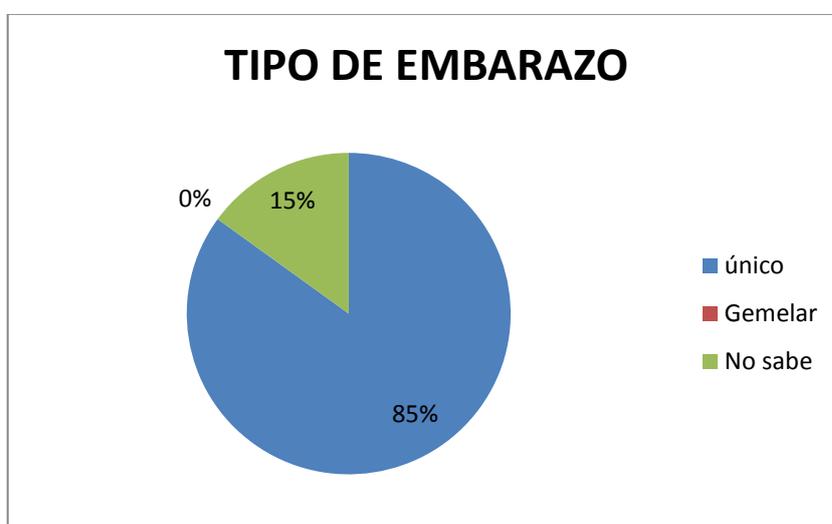
FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2

AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En la gráfica 1.6 se observa que un 37% de las pacientes tenían de 2 a 5 años entre el embarazo actual y el anterior, el 35% tenían más de 5 años y el 28% menos de 2 años. Es importante mencionar que de las 80 pacientes encuestadas 26 son primigestas.

Tabla 1.7: Tipo de embarazo de las pacientes que acudieron a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

Nro. DE PRODUCTOS FETALES.	Fr	%
único	68	85
Gemelar	0	0
No sabe	12	15
TOTAL	80	100



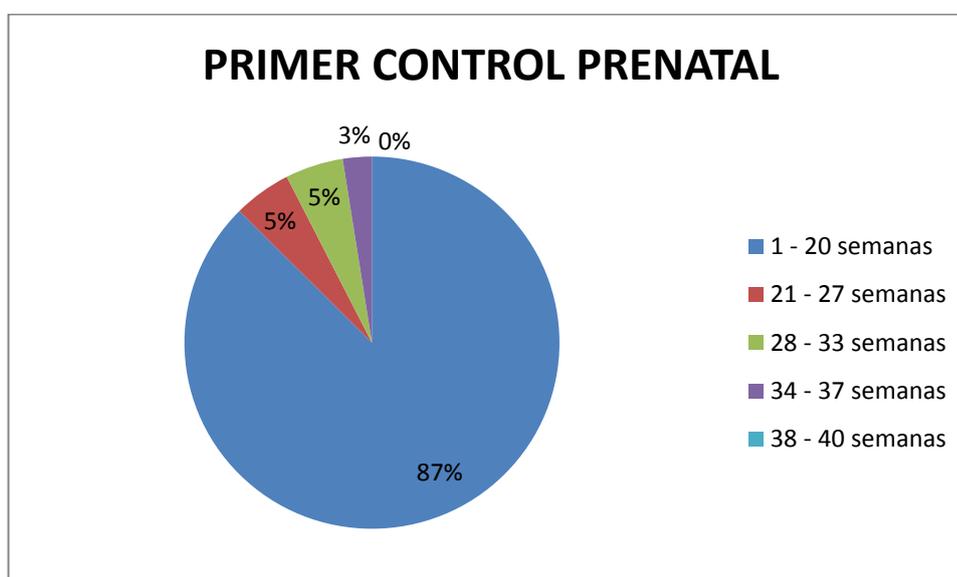
FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2

AUTOR: Janeth S. Lanche P.

Se observa en el gráfico 1.7 que el 85% de las pacientes presenta un embarazo único, el 15% no sabían precisar si se trataba de un embarazo único o múltiple.

Tabla 1.8: Edad gestacional del primer control prenatal de las pacientes que acudieron a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

PRIMER CONTROL	Fr	Porcentaje
1 - 20 semanas	70	87,5
21 - 27 semanas	4	5
28 - 33 semanas	4	5
34 - 37 semanas	2	2,5
38 - 40 semanas	0	0
TOTAL	80	100

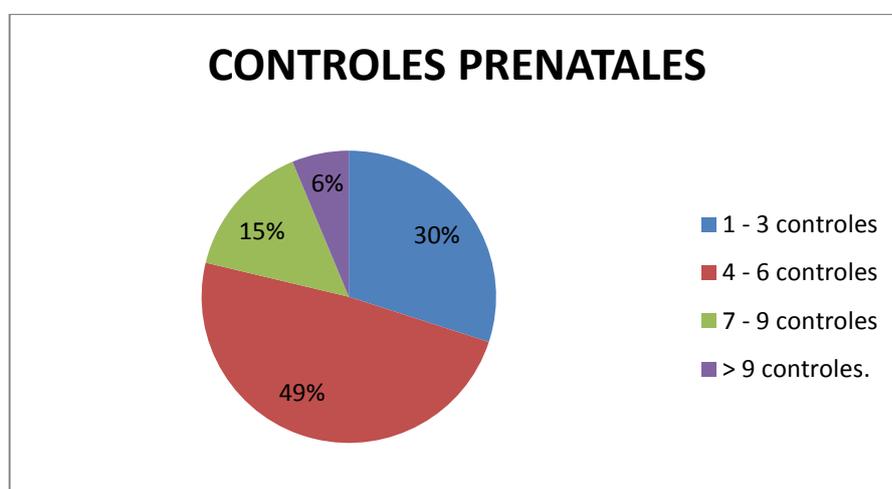


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En el gráfico 1.8, se observa que la mayoría de pacientes acudieron a su primer control prenatal con un 87% desde la 1 – 20 semanas de gestación, seguido de un 10% de 21 – 33 semanas, un 2.5 % de 34 a 37 semanas respectivamente.

Tabla 1.9: Número de controles del embarazo recibidos por las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

CONTROLES PRENATALES.	Fr	%
1 - 3 controles	24	30
4 - 6 controles	39	49
7 - 9 controles	12	15
> 9 controles.	5	6
TOTAL	80	100

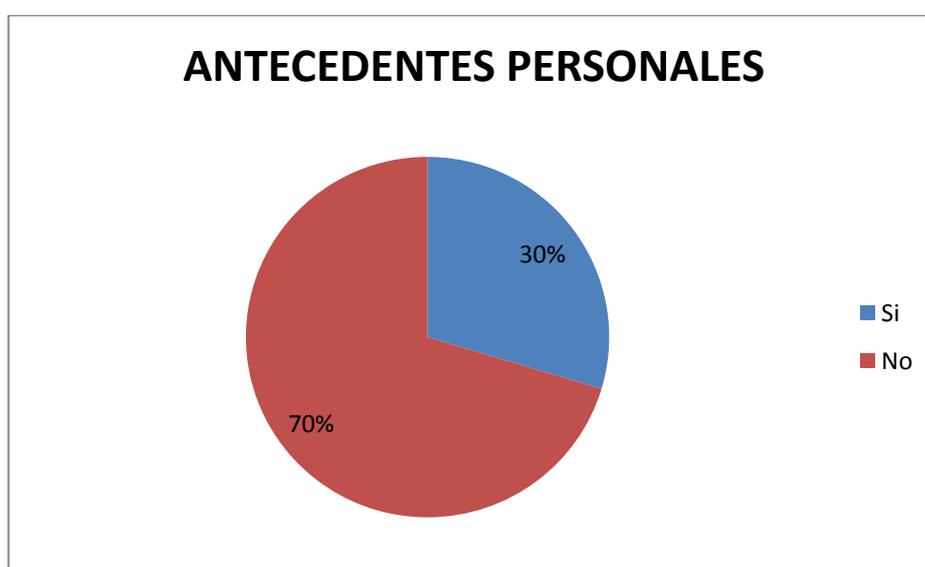


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

La gráfica 1.9 señala que el 49% de las embarazadas han recibido de 4 a 6 controles al momento de la encuesta, el 30% de 1 a 3 controles y el 21% recibieron más de 7 controles.

Tabla 1.10: Antecedentes Personales de Trastornos Hipertensivos en embarazos anteriores en las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

ANTECEDENTES PERSONALES	Fr	%
Si	16	30
No	38	70
TOTAL	54	100

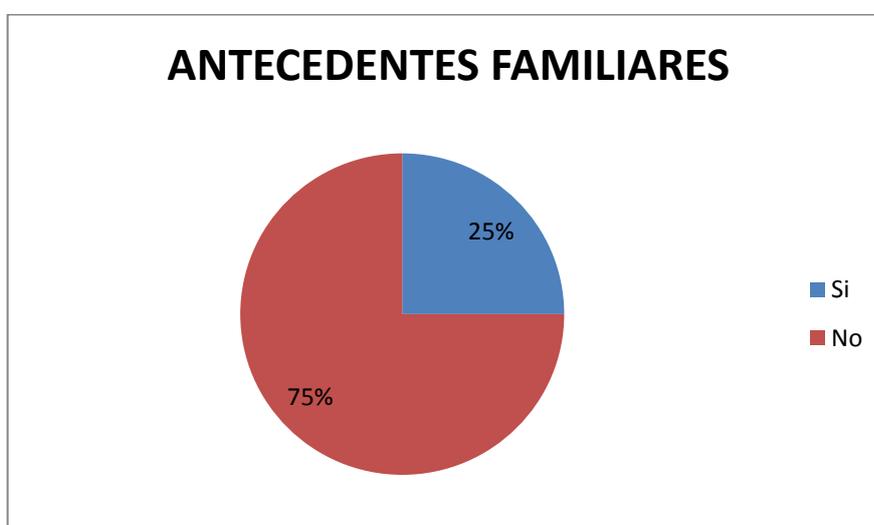


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En la gráfica 1.10 se observa que un 30% de las pacientes presentó este antecedente, mientras que el 70% no tuvieron antecedentes de trastornos hipertensivos.

Tabla 1.11: Antecedentes familiares de Trastornos Hipertensivos en pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

ANTECEDENTES FAMILIARES	Fr	%
Si	20	25
No	60	75
TOTAL	80	100



FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En la gráfica 1.11, observamos que un 25% si poseían esos antecedentes familiares, sin embargo un 75% de las embarazadas no presentan en su familia antecedentes de Preeclampsia.

Tabla 2: Síntomas y signos relacionados con los Trastornos Hipertensivos por las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	Fr	%
Cefalea	40	50
Mareos	20	25
Náusea y vómito	30	37,5
Edema de pies, manos y cara	49	61,25
Disnea	8	10
Aumento de peso	15	18,75
Taquicardia	4	5
Epigastralgia	2	2,5
Alteraciones visuales	9	11,25
Fiebre	1	1,25
Ictericia	0	0
Alteraciones del estado de conciencia	3	3,75



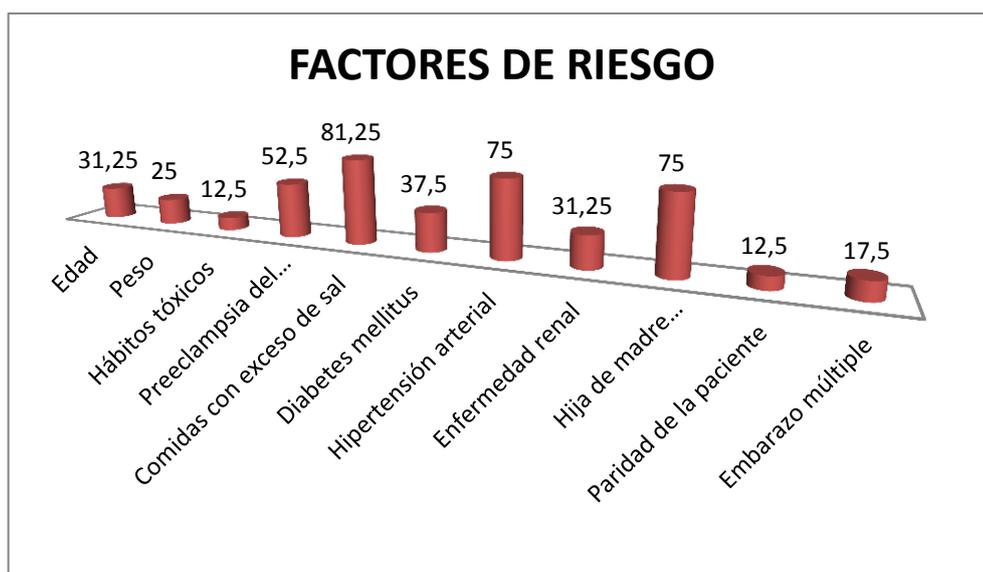
FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2

AUTOR: Janeth S. Lanche P.

La gráfica 2 muestra aquellos síntomas que las embarazadas más frecuentemente asociaron con los trastornos hipertensivos del embarazo: el edema de pies, manos y cara con un 61.25%, la cefalea con un 50%, náusea y vómito con un 37.5%, mareos con un 25%, el aumento de peso con un 18.75%, alteraciones visuales con un 11.25%, seguido de disnea con un 10%. Los otros síntomas como taquicardia, epigastralgia, alteraciones de la conciencia, fiebre e ictericia son poco reconocidos por las pacientes. Se recalca que los criterios son compartidos.

Tabla 2.1: Factores de riesgo relacionados con los Trastornos Hipertensivos por las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

FACTORES DE RIESGO	Fr	%
Edad <15 y > 36	25	31,25
Peso	20	25
Hábitos tóxicos	10	12,5
Preeclampsia del embarazo anterior	42	52,5
Comidas con exceso de sal	65	81,25
Diabetes mellitus	30	37,5
Hipertensión arterial	60	75
Enfermedad renal	25	31,25
Hija de madre preecláptica	60	75
Paridad de la paciente	10	12,5
Embarazo múltiple	14	17,5

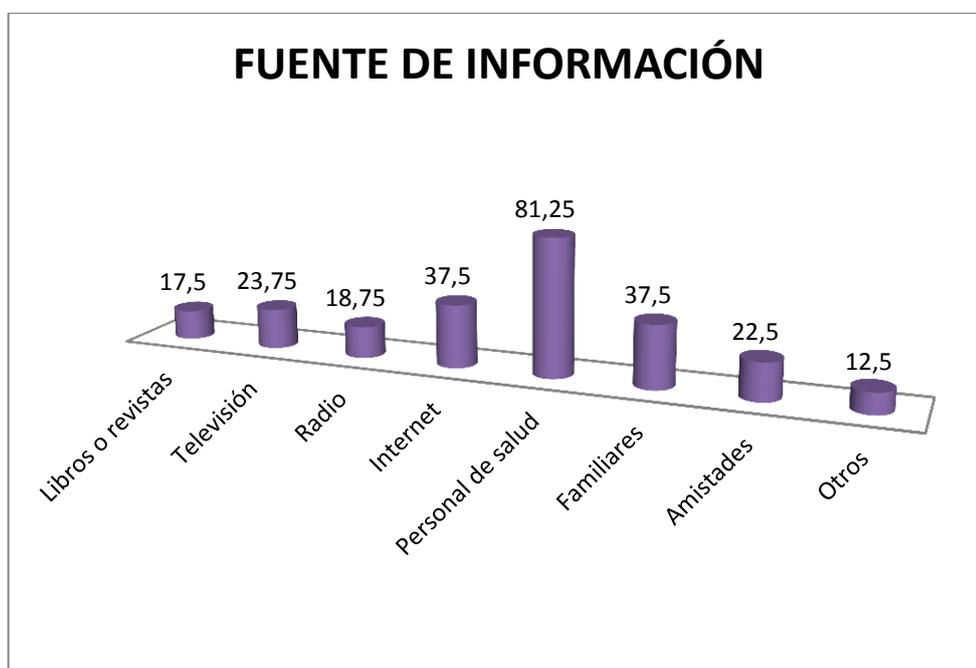


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En el gráfico 2.1, observamos los factores de riesgo más comúnmente asociados por las pacientes a los trastornos hipertensivos, encontrando los siguientes: comidas con exceso de sal con el 81.25%, HTA e hija de madre preecláptica e HTA con el 75.7%, preeclampsia del embarazo anterior con un 52.5%, edad <15 y > 36 años y enfermedad renal con el 31.25%, el peso con el 25%, Otros factores relacionados por las pacientes los constituyó el embarazo múltiple, la paridad de la paciente y hábitos tóxicos. Igualmente son criterios compartidos.

Tabla 3: Fuente informativa de las pacientes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

FUENTE INFORMATIVA	Fr	%
Libros o revistas	14	17,5
Televisión	19	23,75
Radio	15	18,75
Internet	30	37,5
Personal de salud	65	81,25
Familiares	30	37,5
Amistades	18	22,5
Otros	10	12,5

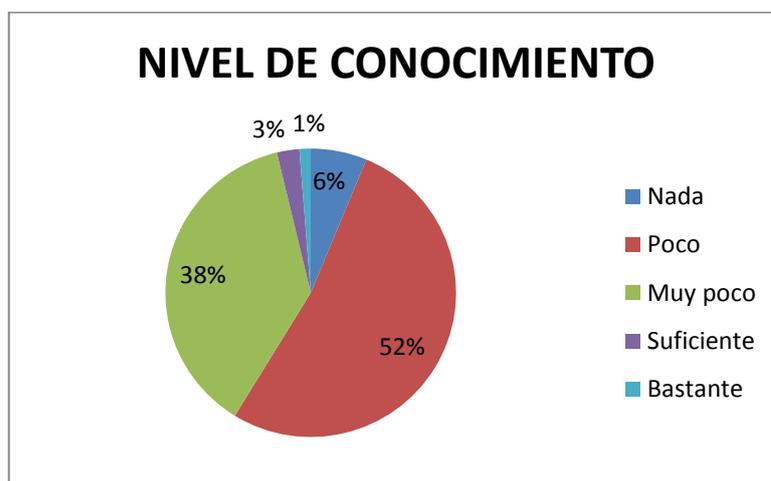


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

En el gráfico 3 observamos que el 81.25% de las gestantes obtuvieron información sobre los trastornos hipertensivos por parte del personal de salud, un 37.5% por internet y familiares, el 23.75% lo obtuvo de la televisión, el 22.5% de las embarazadas lo escucharon de sus amistades, seguido de un 18.75% de la radio, libros y revistas fue la fuente del 17.5% de las pacientes y con un 12.5% se informaron de otra fuente.

Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre los Trastornos Hipertensivos de las pacientes embarazadas que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Fr	%
Nada	5	6
Poco	42	52
Muy poco	30	38
Suficiente	2	3
Bastante	1	1
TOTAL	80	100

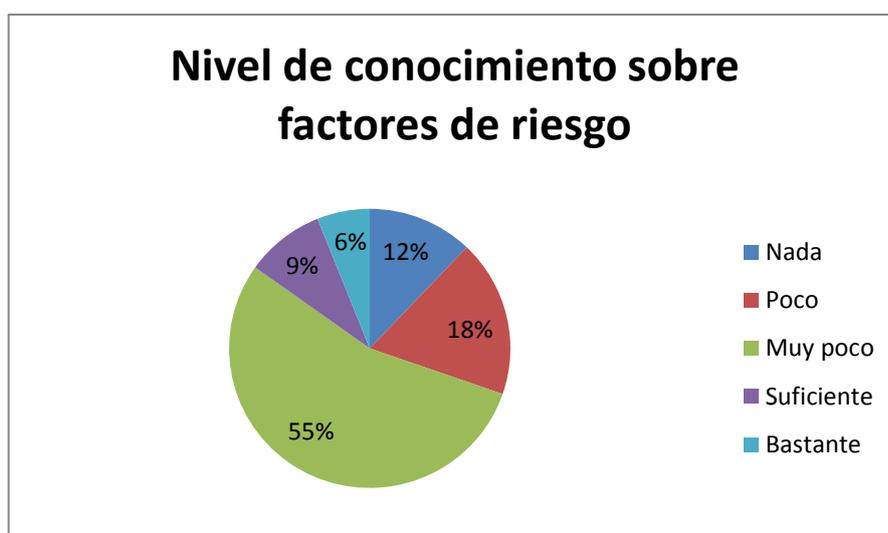


FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

La gráfica 4 demuestra que el 52% de las pacientes conoce poco sobre la existencia de trastornos hipertensivos durante el embarazo, un 38% muy poco, un 6% no conoce y sólo el 4% conoce lo suficiente.

Tabla 4.1: Nivel de conocimiento de los Factores de Riesgo relacionados con los Trastornos Hipertensivos de las pacientes embarazadas que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud Nro 2 “Hugo Guillermo González” Ciudad de Loja.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO	FR	%
Nada	4	12
Poco	6	18
Muy poco	18	55
Suficiente	3	9
Bastante	2	6
TOTAL	33	100



FUENTE: Encuesta a pacientes embarazadas: Centro de Salud Nro.2
AUTOR: Janeth S. Lanche P.

La gráfica 4.1 muestra que el 55% de las pacientes conocen muy poco sobre los factores de riesgo, 9% suficiente y un 6 % bastante. Se obtuvo de las 33 pacientes que tuvieron un nivel de conocimiento adecuado sobre trastornos hipertensivos en el embarazo.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN.

Se estudiaron 80 pacientes que acudieron al Centro de Salud Nro 2 "Hugo Guillermo González" Loja, a su control prenatal. Se encontró que el 42% de las embarazadas tiene poco conocimiento sobre la existencia de trastornos hipertensivos durante el embarazo, un 38% muy poco y sólo el 4% conoce lo suficiente. Nuestro estudio se relaciona con un estudio realizado en El Salvador en el 2011, se encontró que el 71% de las pacientes conocían poco sobre la existencia de trastornos hipertensivos durante el embarazo sólo el 12% dijo conocer lo suficiente, confirmándose nuestro estudio con la literatura médica. Muchas veces ocurre por falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, parto o puerperio. Además, el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información de dichos trastornos y a los servicios de salud. La falta de educación y el analfabetismo hacen que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud.²³

Además se evidenció que el 55% de las pacientes conocen muy poco sobre los factores de riesgo, 9% suficiente y un 6 % bastante. La mayor parte de las pacientes relacionaron como factores de riesgo el consumo con exceso de sal, antecedente de hipertensión arterial, hija de madre preecláptica, preeclámpsia del embarazo anterior. Sin embargo en un estudio realizado por López (2012) se encontró múltiples factores de riesgo asociados con preeclampsia los mismos que algunos se relacionan con nuestro estudio como el sobrepeso, obesidad, control prenatal irregular, período intergenésico corto o prolongado, antecedente de cesárea o preeclampsia en embarazo previo, en el caso de antecedente de preeclampsia se observó que este antecedente en embarazos previos se asoció 24 veces más con el riesgo de desarrollar

²³ Organización Panamericana de la Salud. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNA: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington OPS, 2003. Tomado de <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenos/documentos/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>

nuevamente dicha patología.²⁴ Sin embargo se indica que el consumo excesivo de sal no es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos hipertensivos en el embarazo.

El mayor porcentaje de las pacientes se encontraban entre los 21 y 30 años de edad. El embarazo en edades extremas aumenta la incidencia de los Trastornos Hipertensivos del embarazo; en la población estudiada se logro determinar que, por lo cual si solo tomamos en cuenta la edad de las embarazadas, nuestras pacientes tendría pocas probabilidades de presentar este problema obstétrico. Sin embargo existieron pacientes en edades extremas en porcentaje mínimo, un 14% entre 15 y 20 años, y un 6% mayor a 36 años de edad.

El 31% de las embarazadas entrevistadas refirieron haber recibido un nivel educativo encontrando que eran bachilleres en su mayoría. Pero un 29% de las pacientes tuvieron una educación secundaria incompleta, se relaciona con un estudio realizado por Mayorga llevado a cabo en Ambato para describir la influencia del nivel de educación en los trastornos hipertensivos del embarazo encontró que la media de educación fue de 10.01 años, el 31% de pacientes presentaron complicaciones hipertensivas en su embarazo y concluye esta autora exponiendo que “ los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, esta dado principalmente por el desconocimiento de la mujer gestante respecto a dicha patología, lo que se relaciona con el número de controles prenatales y la identificación de signos de alarma”²⁵

Las primigestas constituyeron el 32% de las pacientes encuestadas, recordemos que éstas tienen un riesgo mayor (3:1) de presentar Trastornos Hipertensivos en comparación con aquellas que ya tuvieron un embarazo previo según algunos investigadores. Por lo que no es despreciable la cantidad

²⁴ http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/3010/1/centeno_hg.pdf

²⁵ Myorga M. Influencia del nivel de educación en las complicaciones de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en el hospital provincial docente de Ambato en el periodo julio – diciembre del 2010. Disponible en <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/926>

de gestantes que se encuentran en riesgo mayor de presentar esta complicación en su embarazo.²⁶

El embarazo gemelar aumenta el riesgo de 5:1 en relación a los Trastornos Hipertensivos, aunque en éste estudio no se identificó ningún caso. Sin embargo en estudios realizados en el 2011 en El Salvador se identifico el 2.5% con embarazo gemelar.²⁷

El 67% de las encuestadas acudieron a su primer control prenatal durante el primer trimestre, el resto de pacientes iniciaron de forma tardía sus controles prenatales, lo cual implica un factor de riesgo para éste último grupo de presentar alguna complicación de su embarazo.

Se encontró que el 35% de las gestantes tuvieron hace más de 5 años su último embarazo, lo cual se relaciona con el riesgo de presentar Trastornos Hipertensivos del embarazo. Se describe que el riesgo aumenta en 1.5 veces por cada 5 años del último parto; además un periodo intergenésico mayor de 10 años se comporta igual que una nulípara generando 3 veces más riesgo de tener preeclampsia. Se relaciona con un estudio realizado en Panamá en el 2008 en 1044 pacientes se identifico que el mayor porcentaje de las pacientes tenían un periodo intergenésico >49 meses indicativo de factor de riesgo para el desarrollo de trastorno hipertensivo en el embarazo.²⁸

El 30% de nuestras pacientes poseen antecedentes personales de Preeclampsia, algunos autores mencionan que existe riesgo en el 27% de mujeres con éste antecedente de manifestarlo en nuevas gestaciones y de 10:1 si el trastorno fue grave. Además, se encontró que el 70% de las pacientes no poseen antecedentes personales de Preeclampsia.

Se pudo observar que el 20% de las embarazadas poseen antecedentes de madre o hermana preecláptica, la presencia de éste antecedente familiar se

²⁶ Lim KH, Friedman SA, Ecker JL, Kaoh, Kilpatrick SJ,. La utilidad clínica de la medición de ácido úrico en suero en la enfermedad hipertensiva en el embarazo Am J Obstet Gynaecol 1998; 105: 422-429

²⁷ www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman.

²⁸ zl.elsevier.es/es/revista/clinica-e-investigacion...obstetricia-7/pdf/.../S300/

relaciona con un 24% hasta un 38% de desarrollar Trastornos Hipertensivos del embarazo. Se realaciona con un estudio realizado en 102 pacientes en Latacunga en el 2009 se encontró a 10 pacientes con antecedente familiar el cual multiplica 3-7 veces la probabilidad de padecer preeclampsia-eclampsia en las hijas de madres que sufrieron una enfermedad hipertensiva durante el embarazo.

Los síntomas frecuentemente atribuidos por las pacientes a los Trastornos Hipertensivos del embarazo están relacionados en gran medida con la sintomatología observada en la hipertensión crónica, tales como: la cefalea, edema, náusea y vómito.

Las embarazadas encuestadas refirieron en su mayoría que habían obtenido información a través del personal de salud, el Internet y familiares. Como podemos ver en nuestro estudio el mayor porcentaje que recibió la información fue el personal de salud, lo cual se cree conveniente que los programas de educación hacia las pacientes sea mas continuo y eficaz de tal manera que mejore la información hacia ellas y de esta forma prevenir los trastornos hipertensivos y reducir la morbilidad y mortalidad materno - fetal.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

- La mayoría de las mujeres embarazadas están entre la edad de 21 y 30 años de edad; no obstante existió un mínimo porcentaje de pacientes en edades extremas un 14% entre 15 y 20 años, y un 6% mayor a 36 años de edad. Mismas son estudiantes, amas de casa, su estado civil corresponde a solteras, casadas y unión libre respectivamente. La mayoría corresponde a primigestas, y que han iniciado sus controles prenatales durante el primer trimestre del embarazo.
- La población estudiada solamente puede reconocer más de 2 síntomas de toxemia, y los que más relacionan con dichos trastornos son la cefalea, edema de pies y cara, náusea y vómito. Los factores predisponentes para los Trastornos Hipertensivos del embarazo que más identificaron fue el consumo excesivo de sal, preeclampsia en el embarazo anterior, hija de madre preecláptica, hipertensión arterial y edad.
- La mayor parte de las pacientes obtienen la información del personal de salud e internet, pero a pesar de ello el nivel de conocimiento no es suficiente. Esto se puede relacionar con el nivel educativo de las madres embarazadas que es secundaria completa y secundaria incompleta.
- El 90% de las embarazadas tiene poco conocimiento sobre la existencia de trastornos hipertensivos durante el embarazo, un 6% no conoce y sólo el 4% conoce lo suficiente. Sin embargo debo mencionar que se proporcionó información mediante un tríptico al culminar la encuesta a cada paciente participante del estudio.
- El 55% de las pacientes conocen muy poco sobre los factores de riesgo para desarrollar trastornos hipertensivos, 9% suficiente y un 6 % bastante, esto se relaciona con el resultado del nivel de conocimiento sobre estos trastornos hipertensivos en el embarazo.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES.

- Promover y facilitar la inscripción temprana de las pacientes a los controles prenatales por personal médico, ya sea en consulta externa, unidad de emergencia y hospitalización, así como la asistencia periódica a dichos controles.

- Iniciar la educación temprana sobre los signos y síntomas de toxemia, por parte del personal de salud, apoyándose en técnicas de reforzamiento de la información para obtener mejores resultados, ya que en el presente estudio se evidencio un poco conocimiento de trastornos hipertensivos en las gestantes.

- Crear grupos de educación continua para gestantes, impartiendo temas de interés como las principales complicaciones obstétricas, fisiología del parto, psicoterapia del parto, promoción de la lactancia materna y cuidados del recién nacido, entre otros.

- Identificar oportunamente a las mujeres que presentan factores de riesgo de preeclampsia como el antecedente de preeclampsia encontrado en nuestro estudio, deben ser vigiladas estrechamente durante las atenciones prenatales para así poder detectar de manera oportuna los signos y síntomas de esta enfermedad, previniendo las posibles complicaciones de esta patología.

- Implementación de programas educativos que tengan como propósito la prevención de los trastornos hipertensivos así como también su detección oportuna y cuyo fin sea reducir la mortalidad materno – infantil.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

- 1) **GUÍAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN DE LAS PRINCIPALES MORBILIDADES OBSTÉTRICAS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer. San Salvador, 2004.

- 2) Sánchez Mayra; **FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA;** Riobamba 2009; Tomado de
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>

- 3) Roberto Ariño; **PREVALENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO;** Cuenca 2013; Tomado de
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4009/1/MEDGO16.pdf>

- 4) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica para el Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal. San Salvador: Ministerio de Salud Pública; 2009.

- 5) GOMEZ Sosa Elva; **TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO;** Revista cubana de Gineco-obstetricia; Habana Cuba; 2008; 99-114pp; tomado de:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol26_2_00/gin06200.htm

- 6) HARRISON; **TRASTORNOS MÉDICOS DURANTE EL EMBARAZO;** Principios de Medicina Interna; 17ª edición; CAP 7; 44-45pp.

- 7) **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA;** Resumen de las Recomendaciones; Departamento de Salud reproductiva e investigaciones conexas; OMS; 2011.

- 8) MIREN Iranzo; **HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EMBARAZO**; Unidad de Nefrología e Hipertensión; Centro Médico Asturias Oviedo; Nefroplus 2011; Tomado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P-E/P-E-S-A10997.pdf>
- 9) Peralta María Luisa; **ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO**; Guía de práctica clínica; Instituto Mexicano de Seguridad Social; México 2011; Tomado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112t.pdf>
- 10) BOTERO JAIME; **PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA**; Obstetricia y Ginecología; 7ª edición, 2004; Colombia; CAP 18; 212-213pp.
- 11) **COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL**; MSP del Ecuador; 2010 Tomado de: <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>.
- 12) G. Valdés E. Oyarzún J. Corthorn; **SINDROMES HIPERTENSIVOS Y EMBARAZO**; Cap 41; Tomado de http://www.mediterraneo.cl/documentos/catalogo/extracto_978-956-220-314-2.pdf
- 13) Serrano María Garcina; **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO**; Obstetricia Moderna; Cap 27; Tomado de: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_27.pdf
- 14) Carputo Raffaele; **FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA**; Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Granada; Mayo 2013; Tomado de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf

- 15) WILLIAMS y colaboradores; **TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO**; Obstetricia; 22ª edición; CAP 34; SECCION VII; 2007; México; 768 pp.
- 16) SCHWARCZ-SALA-DUVERGES; **ENFERMEDADES MATERNAS INDUCIDAS POR EL EMBARAZO O QUE LO COMPLICAN**; Obstetricia; 6ta edición; CAP 9; 303pp.
- 17) Ramos Miguel, Quintana Paola Natalia; **PREECLAMPSIA**; Revista de Posgrado de la VIA Cátedra de Medicina; Noviembre; 2008; Tomado de <http://med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.PDF>
- 18) Castillo Dunia; **SINDROME HELLP**; Revista Cubana; 2006; Tomado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol23_01_07/hih03107.htm
- 19) <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2005/ms054c.pdf>
- 20) MIREN Iranzo; **HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EMBARAZO**; Unidad de Nefrología e Hipertensión; Centro Médico Asturias Oviedo; Nefropluss 2011; Tomado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P-E/P-E-S-A10997.pdf>
- 21) GOMEZ Sosa Elva; **TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO**; Revista cubana de Gineco-obstetricia; Habana Cuba; 2008; 99-114pp; tomado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol26_2_00/gin06200.htm
- 22) <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P-E/P-E-S-A10997.pdf>
- 23) **PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA**; Resumen de las Recomendaciones; Departamento de Salud reproductiva e investigaciones conexas; OMS; 2011,

- 24) <http://summaries.cochrane.org/es/CD001059/suplementos-de-calcio-durante-el-embarazo-para-la-prevencion-de-los-trastornos-hipertensivos-y-problemas-relacionados#sthash.RD6BagNi.dpuf>
- 25) Uauy Ricardo; **ALIMENTACION Y NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO**; Universidad de Chile; Tomado de: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/estrategiaintervencion/AlimentacinEmbarazo.pdf>
- 26) Myorga M. **INFLUENCIA DEL NIVEL DE EDUCACIÓN EN LAS COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS INDUCIDOS POR EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE DE AMBATO EN EL PERIODO JULIO – DICIEMBRE DEL 2010**. Disponible en <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/926>
- 27) Lim KH, Friedman SA, Ecker JL, Kaoh, Kilpatrick SJ. La utilidad clínica de la medición de ácido úrico en suero en la enfermedad hipertensiva en el embarazo Am J Obstet Gynaecol 1998; 105: 422-429
- 28) www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman.
- 29) zl.elsevier.es/es/revista/clinica-e-investigacion...obstetricia/7/pdf/.../S300/
- 30) <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>
- 31) http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/3010/1/centeno_hg.pdf

ANEXOS

ENCUESTA

La presente encuesta está dirigida a las embarazadas que acuden a los controles prenatales en el Centro de Salud Nro. 2 Hugo Guillermo González. La información aquí recogida es de carácter confidencial y sólo será utilizada con fines investigativos, teniendo como propósito determinar el grado de conocimiento y el riesgo que poseen las embarazadas para desarrollar hipertensión en el embarazo. Edad: _____ años.

1. Estado civil:

- Soltera Divorciada
- Casada Viuda
- Unión libre.

2. Ocupación:

- Ama de casa Desempleada
- Profesional Empleada
- Comerciante Obrera
- Artesana Campesina
- Estudiante Otros _____

3. ¿Este es su primer embarazo?

- Sí No

¿Qué número de embarazo es este? _____ embarazo

4. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted en este momento? _____ meses

5. ¿Hace cuántos años fue su último embarazo? (si lo tuvo anteriormente)

- Menos de 2 años 2 a 5 años más de 5 años

6. ¿Usted sabe si en este embarazo tendrá un solo bebé o serán más?

- uno más de uno no sabe

7. ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía usted cuando recibió el primer control? semanas

.....

8. ¿Cuántos controles de embarazo ha recibido usted hasta el momento?controles.

9. ¿Sabe usted si presentó presión alta en sus embarazos anteriores?

- Sí No

10. ¿Conoce si su mamá o hermana tuvieron alta la presión en alguno de sus embarazos?

Sí No

11. ¿Tiene usted algún hábito tóxico?

Sí, ¿cuál es? _____ No

¿Acostumbra usted a fumar o beber licor con su embarazo?

Muy poco Poco Mucho

12. ¿Usted padece de hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, lupus o problemas de tiroides?

Sí, ¿cuál? _____ No

13. ¿Cuál es su nivel educativo?

Ninguna Primaria Secundaria
 Bachillerato Técnico Universitaria

14. ¿Ha usted escuchado sobre la presión alta en el embarazo?

Sí No

15. ¿Cuánto cree usted que conoce sobre la presión alta en el embarazo?

Nada Poco Suficiente
 Muy poco Bastante

16. Marque los síntomas que usted pudiera relacionar con problemas de presión alta durante el embarazo:

- Dolor de cabeza
- Zumbido de oídos o sordera
- Mareos
- Náuseas y/o vómitos
- Dolor de estómago
- Gusto alterado
- Problemas visuales
- Olfato afectado
- Alteraciones de la conciencia
- Fiebre
- Orina poco
- Pies y piernas hinchadas
- Color amarillo de la piel
- Aumento exagerado de peso

- Cansancio fácil y respiración rápida
- Pulso acelerado

17. Marque los factores que usted crea que puedan contribuir a elevar la presión en el embarazo:

- Edad <15 años o > 36 años.
- Nivel escolar
- Nivel socioeconómico
- Peso
- Número de embarazos
- Diferencia de años entre los embarazos
- Embarazo de gemelos o más
- Tener hijos de diferentes padres
- Presión alta en embarazo anterior
- Hábitos tóxicos
- Comidas cargadas de sal
- Diabetes o azúcar alta
- Presión alta antes del embarazo
- Problemas en el riñón
- Mamá o hermana con presión alta en sus embarazos

18. Marque los medios de comunicación o personas a través de las cuales usted ha escuchado u obtenido información sobre esta enfermedad:

- Libros Revistas o periódicos Televisión
 Radio Internet Personal de salud
 Familiares Amistades Otros _____

▶ QUE ES....???

Se denomina hipertensión al aumento en exceso de la presión arterial, es decir, de la fuerza que ejerce la sangre contra el interior de las arterias. La **presión alta** o **hipertensión** es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo, y conlleva el riesgo de derivar en preeclampsia, un cuadro grave durante la gestación.



FACTORES DE RIESGO

- Adolescencia.
- Primer embarazo
- Edad < de 15 y > de 35 años.
- Embarazo múltiple.
- Obesidad
- Historia familiar de preeclampsia
- Preeclampsia (Hipertensión arterial) en el embarazo anterior.
- Hipertensión arterial crónica.
- Diabetes Mellitus.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

- Tener un embarazo de 20 o más semanas con una presión arterial de 140/90 o superior.
- Visión borrosa.
- Problemas en la respiración.
- Disminución en la cantidad de orina.
- Sentir mucha pereza.
- Subir entre 3 y 5 libras (entre 1.4 y 2.3 kg) de peso en una semana (7 días).
- Tener un dolor muy severo en el estómago o debajo de las costillas.
- Ver puntos o centellas ante sus ojos.
- Hinchazón **súbita** de su rostro, manos o pies.
- Dolores de cabeza muy severos.
- Vómito.



COMO PREVENIR...

- **No fumar:** el tabaco aumenta las cifras de tensión arterial al dañar los vasos sanguíneos.
- **Mantener un peso adecuado:** el sobrepeso y la obesidad favorecen las alteraciones metabólicas que producen hipertensión arterial y diabetes gestacional.
- **Dieta rica en calcio:** consumir dos o tres gramos de calcio diarios a partir del primer trimestre de embarazo parece que disminuye el riesgo de padecer preeclampsia.
- **Complementos de ácido fólico:** esta sustancia es capaz de reducir el riesgo de preeclampsia.
- **Ejercicio físico.**

ACUDE A TODOS TUS CONTROLES PRENATALES.



RECUERDA:

Si presentas estos signos y síntomas acude lo más pronto a una casa de salud más cercana.

La vida tuya y la de tu hijo esta en peligro.



Usted puede tener este tipo de hipertensión, si su presión arterial era normal, pero comenzó a subir a partir de la 20^{ava} semana de embarazo. Esta hipertensión durante el embarazo significa más que el sólo hecho de tener la presión arterial alta



HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO



Sabías que:

La hipertensión arterial esta presente en el embarazo y los riesgos que conllevan para la madre y el bebé son muy variables, llegando a ser, en algunos casos, muy graves.



▶ CADA MADRE CUENTA...!!

INFORMATE CONOCE... SE CONSCIENTE DE TU SALUD...!!!

INDICE.

CONTENIDOS	Pág.
Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización de tesis.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Título.....	1
Resumen.....	3
Summary.....	5
Introducción.....	6
Revisión Literaria.....	12
Materiales y Métodos.....	35
Resultados.....	40
Discusión.....	58
Conclusiones.....	63
Recomendaciones.....	65
Bibliografía.....	67
Anexos.....	72
Índice.....	77