

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**TRATAMIENTO APLICADO A GESTANTES CON
TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
HUANCAMELICA - 2018**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. CHÁVEZ LÓPEZ, Sonia Irida

Bach. ÑAHUIN HUAROC, Yesenia Karol

HUANCAMELICA – PERÚ

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 11 días del mes de Diciembre a horas 10:00 am del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del Bachiller: Chavez Lopez Sonia Iraida

Siendo los Jurados Evaluadores:

PRESIDENTE : Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos
SECRETARIO : Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo
VOCAL : Lic. Rafael Reginaldo Huamani

Cuyo ASESOR es : Dra. Alicia Vargas Clemente

Para Calificar la Sustentación de la Tesis Titulada:

"Tratamiento Aplicado a Gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo Atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018".

Presentado por el Bachiller: Chavez Lopez Sonia Iraida

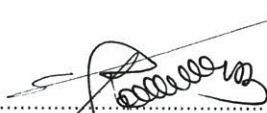
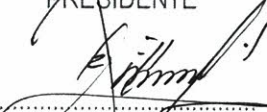
Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o Observaciones por parte de los miembros del Jurado, concluyendo a las 11:30 am. horas. Acto seguido los Jurados Deliberan en secreto llegando al Calificativo de:

Aprobado Por mayoría

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad Universitaria 11 de diciembre 2018


PRESIDENTE

VOCAL

Vº.Bº. DECANATURA


SECRETARIO

ASESOR

Vº.Bº. SECRETARIA DOC.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 11 días del mes de Diciembre a horas 10:00 am del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del Bachiller: Nahuin Huaroc Yesenia Karol

Siendo los Jurados Evaluadores:

PRESIDENTE : Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos
SECRETARIO : Dra. Charo Jacqueline Jauregui Suelto
VOCAL : Lic. Rafael Reginaldo Huamani

Cuyo ASESOR es : Dra. Alicia Vargas Clemente

Para Calificar la Sustentación de la Tesis Titulada:

"Tratamiento Aplicado a Gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo Atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018".

Presentado por el Bachiller: Nahuin Huaroc Yesenia Karol

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o Observaciones por parte de los miembros del Jurado, concluyendo a las 11:30 horas. Acto seguido los Jurados Deliberan en secreto llegando al Calificativo de:

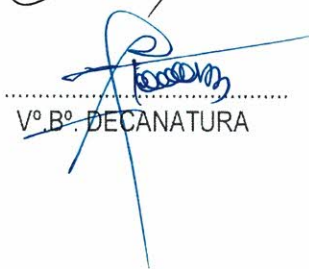
Aprobado Por mayoría

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad Universitaria 11 de diciembre 2018


PRESIDENTE

VOCAL

Vº Bº DECANATURA


SECRETARIO

ASESOR

Vº Bº SECRETARIA DOC.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**TRATAMIENTO APLICADO A GESTANTES CON
TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
HUANCAMELICA - 2018**

JURADOS

PRESIDENTE :

Dr. César Cipriano, ZEA MONTESINOS

SECRETARIA :

Dra. Charo Jacqueline, JAUREGUI SUELDO

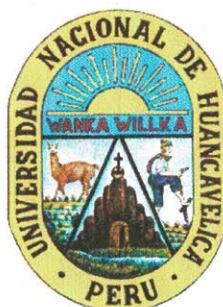
VOCAL :

Lic. Rafael, REGINALDO HUAMANI

HUANCAMELICA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**TRATAMIENTO APLICADO A GESTANTES CON
TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
HUANCAMELICA - 2018**

ASESORA:

.....
Dra. Alicia VARGAS CLEMENTE

HUANCAMELICA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A toda mi familia y en especial a mis padres quienes son mi motivo para seguir adelante quienes me apoyaron incondicionalmente todos estos años de estudios.

Yesenia.

A mis padres por su apoyo incondicional y a todas las personas que de una u otra forma me ayudaron durante toda mi carrera universitaria.

Sonia

AGRADECIMIENTO

- ❖ En primer lugar, agradecemos a Dios por darnos la existencia y gozar de sus bendiciones junto a nuestra familia.
- ❖ En esta página queremos expresar nuestra gratitud a quienes fueron nuestros maestros durante los estudios realizados en esta Facultad, y de manera especial a los jurados y asesor, quienes nos apoyó en la realización de este trabajo, orientándonos con dedicación en su rol de jurados y asesor de la presente Investigación.
- ❖ Al Director del Hospital Departamental de Huancavelica “Zacarías Correa Valdivia” y así mismo a los trabajadores del área de admisión, quienes generosamente aceptaron colaborarnos en la aplicación del Instrumento.
- ❖ A nuestros padres y familiares, así como a aquellas personas que de una manera u otra nos impulsaron a seguir adelante y nos estimularon para lograr la culminación de este trabajo de investigación.

Las autoras

ÍNDICE

PORTADA.....	I
ACTA DE SUSTENTACION	II
HOJA DE JURADOS	II
HOJA DE ASESOR	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMEINTOS.....	V
ÍNDICE.....	VI
INDICE DE TABLAS	VIII
INDICE DE FIGURAS.....	IX
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	XI
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICOS	6
1.4. JUSTIFICACIÓN	7
CAPITULO II.....	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1. ANTECEDENTES	9
2.2. BASES TEÓRICAS	13
2.2.1. Teoría de la hipertensión arterial.....	13
2.2.2. Teoría de enfermería	14
2.2.3. TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	16
2.2.4. Tratamiento del trastorno hipertensivo del embarazo	22
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:.....	31
2.4. DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES E INDICADORES ..	33
CAPITULO III.....	34
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	34

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:	34
3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:	35
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	35
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	36
3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	36
CAPITULO IV	37
RESULTADOS	37
4.1. PRESENTACIÓN DE DATOS.....	37
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	53
ANEXOS	57
ANEXO N° 01.....	A
Matriz de consistencia	A
ANEXO N° 02.....	B
Guía de análisis documental	B
ANEXO N° 03.....	D
Validez	D
ANEXO N° 04.....	F
Confiabilidad	F
ANEXO N° 05.....	H
imágenes de ejecución	H

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01. Tratamiento frente a preclamsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.....	38
Tabla N° 02. Tratamiento frente a preeclampsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.....	39
Tabla N° 03. Tratamiento frente a eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.....	40
Tabla N° 04. Tratamiento frente a síndrome de Hellp en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.....	41

INDICE DE FIGURAS

Grafico N° 01. Tratamiento frente a preclamsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.....	38
Grafico N° 02. Tratamiento frente a preeclampsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.....	39
Grafico N° 03. Tratamiento frente a eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.....	40
Grafico N° 04. Tratamiento frente a síndrome de Hellp en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.....	41

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

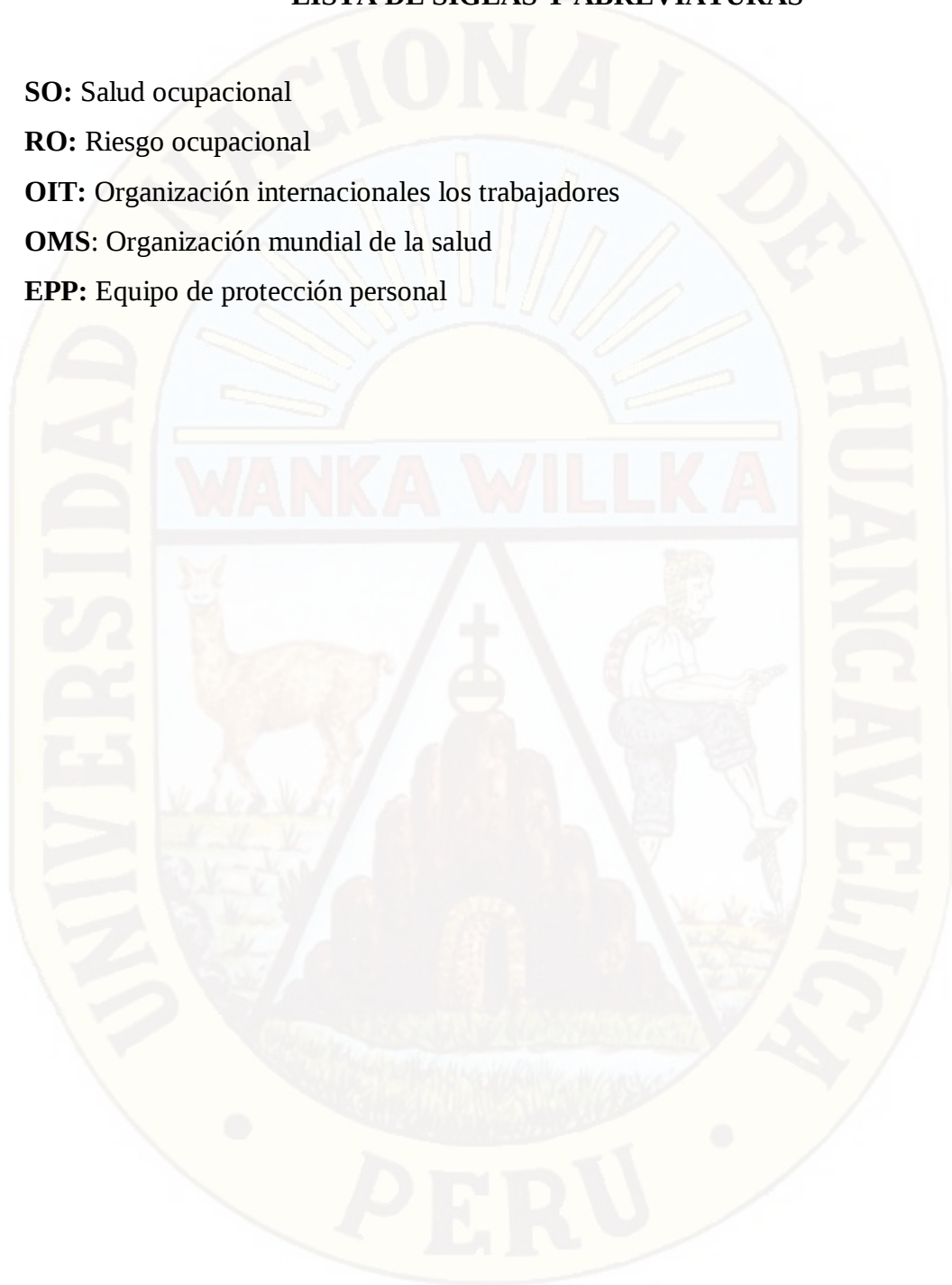
SO: Salud ocupacional

RO: Riesgo ocupacional

OIT: Organización internacionales los trabajadores

OMS: Organización mundial de la salud

EPP: Equipo de protección personal



RESUMEN

Objetivo: Determinar el tratamiento aplicado a gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018.

Material y método: investigación de tipo básico; el estudio corresponde al nivel descriptivo, el método utilizado es el inductivo, deductivo, estadístico; el diseño utilizado corresponde al no experimental, la muestra estuvo conformado por 50 gestantes. Para la recolección de datos se utilizó una guía de observación constituida por 17 ítems.

Resultados: El trastorno hipertensivo durante el embarazo se presentó como preeclampsia leve con 47,10% y la preeclampsia severa con 39,20%.

El reposo en decúbito lateral izquierdo se utilizó en el 47,10% de embarazadas con preeclampsia leve y en el 35,30% en la preeclampsia severa. Se dio tratamiento de dieta hiposódica y normosódica en el 37,30% de embarazadas con preeclampsia leve y al 27,50% con preeclampsia severa. La administración de oxígeno, solo se utilizó en el 3,90% de embarazadas con preeclampsia severa y en 2% con eclampsia. La administración de cloruro de sodio intravenosa, fue utilizada en el 37,30% de embarazadas con preeclampsia severa y en el 3,90% de eclampsia. La administración de sulfato de magnesio se dio solo 9,80% que tenían preeclampsia severa. El tratamiento con metildopa se administró en el 33,3% de embarazadas con preeclampsia severa y en el 3,90% con eclampsia. El tratamiento con nifedipino se utilizó en el 31,40% de embarazadas que presentaron preeclampsia severa. La inducción al aborto se realizó en 9,80% de embarazadas que presentaron síndrome de Hellp.

Conclusión: El tratamiento de mayor uso entre las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018, fue el reposo decúbito lateral izquierdo y el que menos uso tuvo fue el aborto inducido.

Palabras clave: trastorno hipertensivo del embarazo, preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp.

ABSTRACT

Objective: To determine the treatment applied to pregnant women with hypertensive disorder of pregnancy treated in the Hospital Departmental de Huancavelica - 2018.

Material and method: basic research; the study corresponds to the descriptive level, the method used is the inductive, deductive, statistical; the design used corresponds to the non-experimental, the sample consisted of 50 pregnant women. For data collection, an observation guide consisting of 17 items was used.

Results: Hypertensive disorder during pregnancy presented as mild preeclampsia with 47.10% and severe preeclampsia with 39.20%.

Rest in left lateral decubitus was used in 47.10% of pregnant women with mild preeclampsia and in 35.30% in severe preeclampsia. Treatment of sodium and sodium diet was given in 37.30% of pregnant women with preeclampsia and 27.50% with severe preeclampsia. The administration of oxygen was only used in 3.90% of pregnant women with severe preeclampsia and in 2% with eclampsia. The administration of intravenous sodium chloride was used in 37.30% of pregnant women with severe preeclampsia and in 3.90% of eclampsia. The administration of magnesium sulfate was given only 9.80% who had severe preeclampsia. Treatment with methyldopa was administered in 33.3% of pregnant women with severe preeclampsia and in 3.90% with eclampsia. Treatment with nifedipino was used in 31.40% of pregnant women who had severe preeclampsia. The induction to abortion was performed in 9.80% of pregnant women who had Hellp syndrome.

Conclusion: The treatment of greatest use among pregnant women with hypertensive disorder of pregnancy treated at the Departmental Hospital of Huancavelica - 2018, was the left lateral decubitus repose and the one that had the least use was induced abortion.

Key words: hypertensive disorder of pregnancy, preeclampsia, eclampsia, Hellp syndrome.

INTRODUCCIÓN

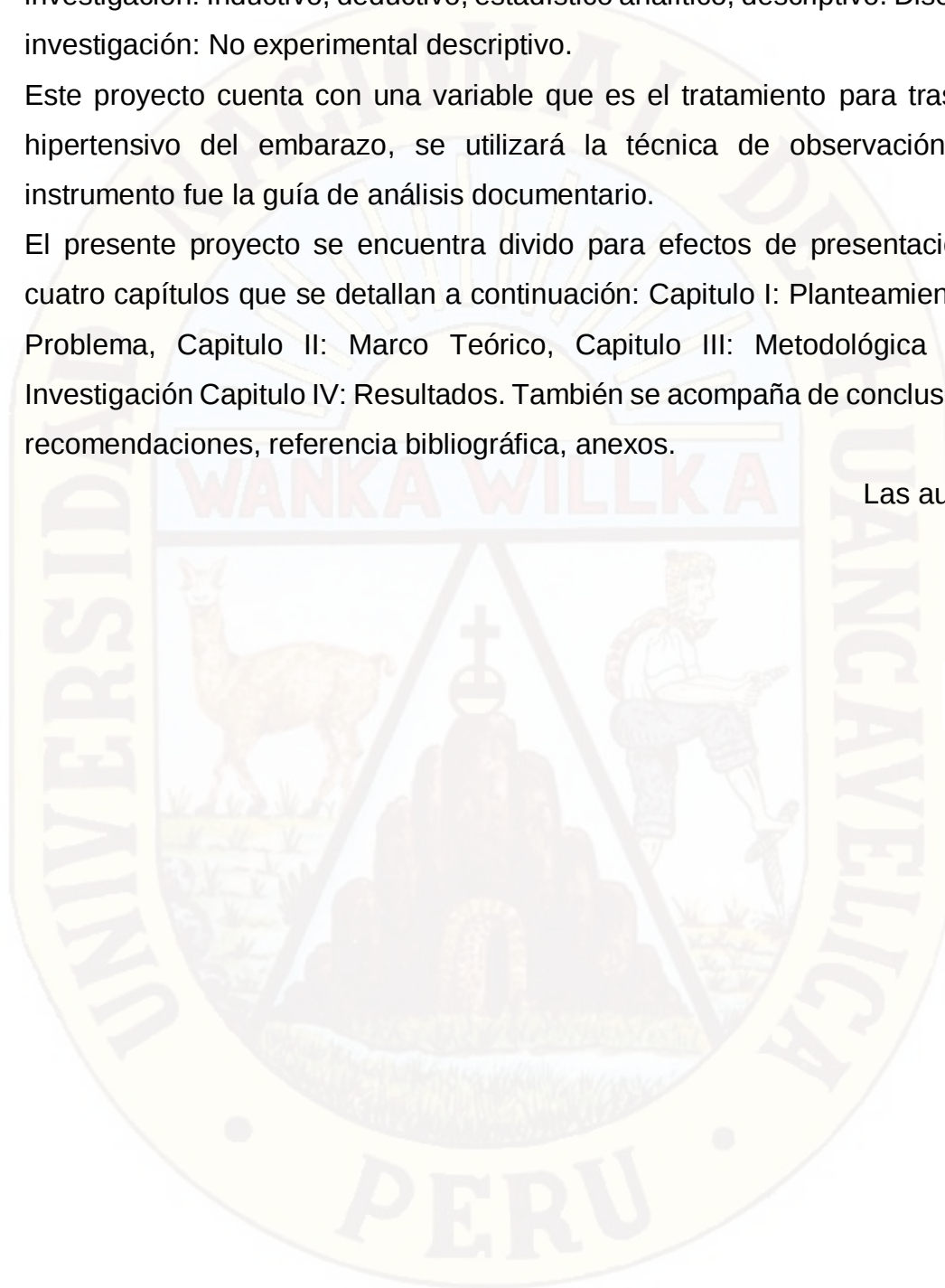
La mortalidad materna en nuestro país, como en muchos otros del mundo en desarrollo, constituye un problema de salud pública, motivo de gran preocupación para los gobiernos, las instituciones y la sociedad. Los trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materna fetal, por los efectos y consecuencias que ocasiona en órganos y sistemas como el nervioso central, hígado, corazón, riñón y en la coagulación. En los trastornos hipertensivos del embarazo, la prevención juega un papel muy importante; para evitar la muerte por esta patología, para ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de auto cuidado que permitan la detección oportuna para realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Los reportes indican que durante el año 2013 se registraron 72 casos de preeclampsia (5,87% de gestantes), la cual sigue siendo tanto a nivel local, regional, nacional e internacional la segunda causa de mortalidad materna. Sumado a ello se encuentra la escasa o nula consulta preconcepcional, por mujeres que tiene la intención de embarazarse y/o que retrasan el inicio de atenciones prenatales durante el primer trimestre de embarazo, retrasando el tratamiento que pudiera brindárseles oportunamente, en el caso que tuvieran algún trastorno hipertensivo. Si bien a nivel local y regional los organismos del estado en coordinación con el personal de salud han implementado estrategias para disminuir la morbi-mortalidad materno-perinatal, esto no ha tenido el efecto esperado pues no se ha logrado disminuir la incidencia de preeclampsia en pacientes gestantes tanto a nivel urbano y rural; adicionalmente a ello es poco el trabajo desarrollado para fomentar estilos de vida saludables nutricionales, y la falta de información sobre la importancia de acudir a uno de su control preconcepcional y/o durante el primer trimestre del embarazo para poder identificar factores de riesgo. La presente investigación tiene como objetivo determinar los tratamientos aplicados a gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018, Tipo de investigación: Básica, Nivel de investigación: Descriptivo, Método de

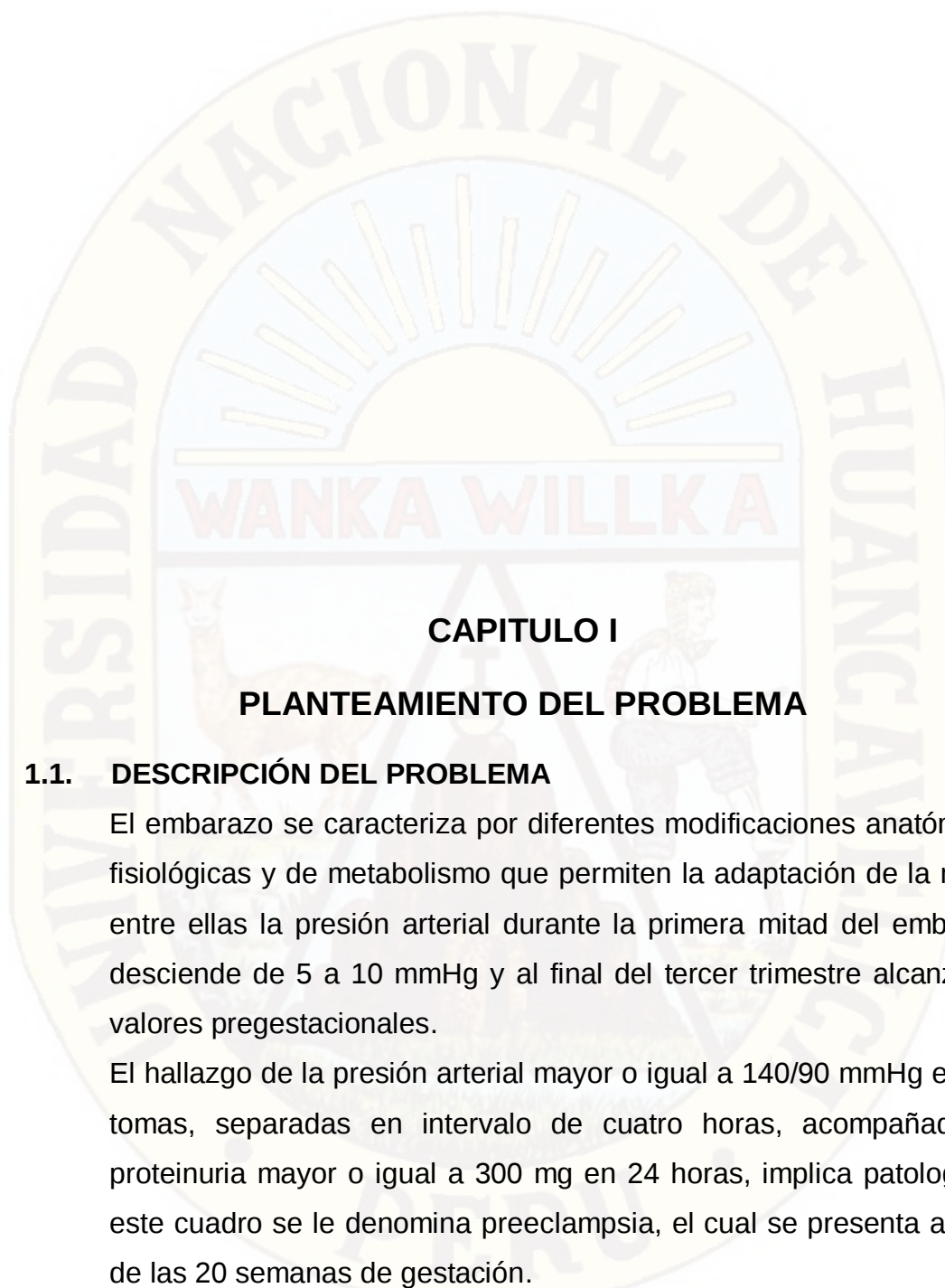
investigación: Inductivo, deductivo, estadístico analítico, descriptivo. Diseño de investigación: No experimental descriptivo.

Este proyecto cuenta con una variable que es el tratamiento para trastorno hipertensivo del embarazo, se utilizará la técnica de observación y el instrumento fue la guía de análisis documental.

El presente proyecto se encuentra dividido para efectos de presentación en cuatro capítulos que se detallan a continuación: Capítulo I: Planteamiento del Problema, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Metodológica de la Investigación Capítulo IV: Resultados. También se acompaña de conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográfica, anexos.

Las autoras.





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo se caracteriza por diferentes modificaciones anatómicas, fisiológicas y de metabolismo que permiten la adaptación de la mujer, entre ellas la presión arterial durante la primera mitad del embarazo desciende de 5 a 10 mmHg y al final del tercer trimestre alcanza los valores pregestacionales.

El hallazgo de la presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg en dos tomas, separadas en intervalo de cuatro horas, acompañada de proteinuria mayor o igual a 300 mg en 24 horas, implica patología. A este cuadro se le denomina preeclampsia, el cual se presenta a partir de las 20 semanas de gestación.

A nivel mundial afecta del 7 al 10% de embarazos. En Latinoamérica la mortalidad materna es de 8 a 45% de embarazos con preeclampsia, es la tercera causa de muerte materna.

En el Perú, la tasa de mortalidad es de 10 al 15%, siendo la preeclampsia la segunda causa de muerte materna. Aproximadamente el 50% de casos de preeclampsia se presenta antes del parto, el 25%

durante el parto y el restante en el post parto. Además, la preeclampsia se ubicó en la quinta causa de morbilidad materna en el 2012 con un 2,11%.

La región Huancavelica reporta que del 5 al 7% de embarazos padecen preeclampsia. En el distrito de Huancavelica la incidencia de preeclampsia rodea el 3%. En el Hospital Departamental de Huancavelica la incidencia es de 2 a 3%, mientras que en el reporte del libro de hospitalización del Servicio de Gineco-obstetricia la incidencia es de 7%. Esto indica que subvaloran los casos reales de preeclampsia, dando un reporte erróneo. Si la preeclampsia no es tratada, puede ocasionar complicaciones como la eclampsia y síndrome de Hellp, siendo poco frecuente (<3% de embarazos), pero que, en el Hospital Departamental de Huancavelica, conllevó a dos casos de muerte materna en el 2009.

Yo, ÑAHUIN HUAROC, Yesenia karol en el mes de febrero me llevo enterar que estaba embarazada mediante una prueba que me hicieron en la Clínica de Cáritas y en el resultado salió positivo tenía 4 meses de embarazo en donde no les comuniqué nada a nadie, mi familia se enteró cuando tenía 6 meses de gestación y fui con mi pareja hacerme mis controles prenatales en el centro de salud de San Cristóbal, para ver si estaba yendo bien en mi embarazo ya que también en donde me toman la presión arterial dio un valor de 140/100 mmHg, y me dieron tratamiento para disminuir mi presión arterial. Cerca para las 36 semanas fui en compañía de mi mamá al centro de salud de San Cristóbal ya que me dolía mucho mi cabeza y sentía que se me adormecía todo mi cuerpo así mismo se me había edematizado en general todo mi cuerpo.

Mi mamá quería que me den una referencia para el Hospital Departamental de Huancavelica y me volvieron a tomar mi presión arterial y seguía aumentando, la obstetra comunico al médico y me pusieron una vía, y llegamos al Hospital a las 18:30 pm ingrese a emergencia obstétrica y me volvieron a tomar la presión y observaron

que tenía 150/ 120 mmHg, me hicieron tomar el nifedipino vía sublingual cada 5 minutos y el alfametildopa de 500 mg vía oral para poder bajar mi presión que tenía me evaluaron me pusieron sonda vesical me programaron para sala para las 20:00 pm con la Ginecóloga Alla Shevchuk ella me examina y yo le digo doctora quiero dar parto normal y se molestó y me dijo que quieres morir vas entrar a sala para hacerte un proceso quirúrgico te haremos cesárea ya que estas muy mal y tu bebé tiene que nacer y me puse a llorar porque tenía mucho miedo dándome un diagnóstico de preeclampsia severo y cuando entre a sala todo el personal de salud estaban ahí listos y preparados el anesthesiólogo me puso una anestesia epidural que me administraron por medio de una inyección en la espalda y cuando me empezaba a hacer una incisión me dolía mucho, me dijeron estas sintiendo dolor cuando te hago el corte y le dije que si entonces me pusieron de nuevo la anestesia raquídea por la columna es donde ahí perdí el conocimiento y me he quedado dormida profundamente.

Cuando desperté me encontraba en URPA (unidad de recuperación postanestésica), llevando varias horas de recuperación.

Luego me pasaron a al servicio de Ginecología quedándome hospitalizada más o menos 4 a 5 días, venían los médicos, el anesthesiólogo, el ginecólogo, las obstetras a la visita médica y comentaban de mi recuperación uno de ellos dijo que ya me iba dar eclampsia se admiraron con migo. Seguían dándome mi tratamiento para el trastorno hipertensivo del embarazo.

Mi hijo nació con 2.330 kg, su talla fue 44 cm era un RN pretermino peor fue un milagro porque nació y es la luz de me existir.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Descrita la realidad e incidencia de esta patología en mujeres gestantes en párrafos anteriores en relación al trastorno hipertensivo durante el embarazo, se planteó las siguientes preguntas:

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es el tratamiento aplicado a gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuál fue el tratamiento aplicado frente a la preeclamsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018?
- ¿Cuál fue el tratamiento aplicado frente a la preeclamsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018?
- ¿Cuál fue el tratamiento aplicado frente a la eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018?
- ¿Cuál fue el tratamiento aplicado frente al síndrome de hellp en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018?

1.3. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICOS

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el tratamiento aplicado a gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el tratamiento aplicado frente a la preeclampsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018.
- Reconocer el tratamiento aplicado frente a la preeclampsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018.
- Establecer el tratamiento aplicado frente a la eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018.
- Detallar el tratamiento aplicado frente al síndrome de hellp en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se realizó en el Hospital Departamental de Huancavelica, pues la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna directa, con una frecuencia de 7%, siendo esto elevado (Libro de Hospitalización del Servicio de Gineco-Obstetricia, 2012), además la mayoría (76%) de gestantes con diagnóstico de preeclampsia al inicio del embarazo.

De comprobarse el tratamiento frente a otro, indicaría que se debe tomar en cuenta este tratamiento antes que otros tratamientos.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son patologías de etiología multifactorial y el éxito del tratamiento de otros factores concomitantes que presente la gestante, por lo que se haría evidente la necesidad de contar con un consultorio de atención preconcepcional, en el cual debería desarrollarse actividades de promoción y prevención de factores de riesgo en la reproducción.

De igual manera se podría reenfocar la atención prenatal, captando a las pacientes con factores de riesgo, para brindar atención especializada con control estricto, disminuyendo el impacto de dicho

factor de riesgo en la gestación, esta actividad se deberá implementar desde el nivel I de atención en salud.





CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel internacional

Las investigaciones encontradas a nivel internacional son las siguientes:

Morales (8) “Prevalencia de preeclampsia en adolescentes y protocolo para prevención Ecuador 2013”. **Objetivo:** Determinar un protocolo para prevención de Preeclampsia en adolescentes identificando los factores de riesgos más importantes que se asocian a una alta incidencia de Preeclampsia en mujeres embarazadas adolescentes atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital Matilde Hidalgo De Procel desde Setiembre del 2012 hasta febrero del 2013. **Tipo de investigación:** Descriptivo y Prospectivo. **Diseño de investigación:** No experimental. **Muestra:** 50 pacientes de los últimos seis meses los casos de embarazadas de 13 a 17 años con Preeclampsia atendidas área Gineco-Obstetricia. **Conclusiones:** La incidencia en este grupo de pacientes jóvenes es mayor con el 57% de casos en comparación con las de mayor edad. La Preeclampsia se

desarrolla con más frecuencia en pacientes mayores de 20 años. La Preeclampsia severa ocupa una alta incidencia, siendo el trastorno más frecuente con 50% de casos. En cuanto a las consecuencias de esta enfermedad del embarazo se tiene que el 80% de casos terminaron en cesárea siendo pacientes jóvenes. El 98% de los Recién nacidos fueron a términos, mientras que el 2% de los recién nacidos se presentaron pequeños para la edad gestacional, por lo cual es satisfactorio demostrar que mediante el tratamiento oportuno se pueden disminuir los altos índices de complicaciones maternas y por ende la disminución de tasas de mortalidad materna y fetal.

Suárez, Gutiérrez, Cabrera, et al (9) “Predictores de Preeclampsia/Eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo Cuba 2013”. **Objetivo:** determinar los factores de riesgo en este grupo de pacientes que permiten establecer estrategias de trabajos diferenciados en pro del bienestar materno fetal. **Tipo de estudio:** descriptivo, de corte transversal. **Muestra:** 30 gestantes con riesgo de preeclapmsia/eclampsia que acuden a consulta municipal de la ciudad de Santa Clara en un periodo entre setiembre 2009 a enero 2010. **Conclusiones:** La mayoría de la paciente fueron nulíparas (70%), con mala nutrición de exceso (80%) y edades extremas (56.6%), encontrándose gestantes con riesgo de síndrome metabólico.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Bravo, Sánchez, Sosa, et al (10) “características clínicas de las gestantes con hipertensión arterial crónica atendidas en un Hospital General de Lima 2013”. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de las gestantes con hipertensión arterial crónica (HTAC), así como, conocer los resultados del producto de la gestación. **Tipo de investigación:** descriptivo, observacional. **Diseño del estudio:** longitudinal, retrospectivo, tipo serie de casos. **Muestra:** 41 gestantes. **Conclusiones:** 68,3% presentó

preeclampsia sobreagregada. La tasa de filtración glomerular estimada fue $< 90\text{ml/min}$ en 9,8%, el 58,8% presentó proteinuria en 24 horas $> 300\text{mg}$. El 73,2% tuvo parto abdominal, 41,5% de los recién nacidos fueron prematuros y el 39,1% tuvo peso menor a 2500 g. El 68,3% presentó preeclampsia sobreagregada. La mayoría fue severa. Alrededor de las tres cuartas partes requirió cesárea. No se reportaron muertes maternas. Alrededor de la mitad de las pacientes requirió dos o más antihipertensivos. Los antihipertensivos utilizados con más frecuencia fueron alfametildopa, amlodipino y nifedipino. Las gestantes con HTAC presentan características clínicas y epidemiológicas similares a las descritas en otros estudios; con la diferencia que presentaron frecuencia alta de preeclampsia sobreagregada y complicaciones materno – perinatales.

Benites. et al. (Perú, 2011) Realizaron el estudio titulado “Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un Hospital de Piura, Perú”.

Objetivo: identificar los factores asociados a preeclampsia en gestantes que fueron hospitalizadas en el Hospital de Apoyo II “Santa Rosa” de la ciudad de Piura durante el periodo junio 2010 - mayo 2011.

Métodos: realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de casos y controles, en gestantes hospitalizadas entre junio del 2010 y mayo del 2011. Mediante un muestreo aleatorio se obtuvieron 39 casos de preeclampsia y 78 controles sin preeclampsia. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v19.0, en el cual se ejecutó un análisis de casos y controles no pareados aplicando la prueba Chi cuadrado. **Resultados:** Fueron variables significativamente asociadas con la preeclampsia: Edad 35 años ($p=0,021$), y número de controles prenatales mayor o igual a siete ($p= 0,049$). No resultaron significativos la primiparidad ni el sobrepeso. Conclusión: se identificaron como factores asociados a preeclampsia en gestantes que fueron hospitalizadas en el Hospital de Apoyo II “Santa Rosa” de la ciudad de Piura: Las edades extremas y el inadecuado control prenatal. Se recomienda poner en práctica políticas de educación en la población

con miras a evitar embarazos en los extremos de la vida fértil y un adecuado control prenatal. Diversas alternativas de tipo educativa y publicitaria han probado tener buena aceptación en otras poblaciones, por lo que su replicación en nuestra sociedad podría ser exitosa para fomentar nuevas y mejores actitudes en las gestantes.

Heredia I. (Perú, 2015), realizo su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2010 a Diciembre 2014” **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia. **Metodología:** El presente estudio fue de diseño observacional y caso – control; 20 de tipo transversal y retrospectivo. Los casos estuvieron constituido por las gestantes con pre-eclampsia atendidas y hospitalizadas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Loreto durante los años 2010 – 2014, siendo los controles gestantes sin diagnóstico de cualquier enfermedad hipertensiva. Toda la información fue captada en una ficha de recolección de datos inferida de estudios previos y revisada por los asesores del estudio. **Resultados:** En las preeclámpticas el 58,2% tenía de 20 a 34 años, encontrando OR > 1 en la edad menor de 20 años (OR: 3,008; IC: 1,499 - 6,037) y la edad mayor de 34 años (OR: 2,294; IC: 1,246 - 4,223). El 1,8% presentó IMC bajo, el 62,7% ÍMC normal, el 24,5% sobrepeso y el 10,9% fueron obesas, existiendo valor OR > 1 en las obesas (OR=5,265; Intervalo de Confianza: 1,806 - 15,355). Se encontró relación con la preeclampsia a la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas ($\chi^2=18,165$; $p = 0,00002$) con OR > 1 (OR: 5,210; IC: 2,284 - 11,882), la nuliparidad ($\chi^2= 4,975$; $p = 0,026$; OR=8,264; IC: 1,912 - 74,849), el embarazo múltiple ($\chi^2=12,957$; $p = 0,00031$; OR=5,763; IC: 1,999 - 16,615), la diabetes mellitus preexistente o gestacional ($\chi^2=6,303$; $p = 0,012$; OR=3,832; IC: 1,252 - 11,726), la Hipertensión arterial crónica ($\chi^2=32,954$; $p = 0.0000000094$; OR=22,758; IC: 5,194 - 99,717), el antecedente familiar Enfermedad Hipertensiva ($\chi^2=6,306$; $p = 0.000000007$; OR=6,306; Intervalo de Confianza: 3,202 - 12,419). Conclusiones: Los factores de

riesgo asociados a preeclampsia fueron la edad menor de 20 años, la edad mayor de 34 años, la obesidad, la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas, la nuliparidad, el embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional, la hipertensión arterial crónica y el antecedente familiar Enfermedad Hipertensiva.

2.2. BASES TEÓRICAS

Este proyecto se basa en la siguiente teoría:

2.2.1. Teoría de la hipertensión arterial

Teoría Inmunitaria

- Cunningham et al (2), refiere que esta teoría esta mediada por la mala adaptación inmunitaria materna placentaria, donde esta alterada la formación de anticuerpos bloqueadores contra los antígenos placentarios.
- Mongrut (11), manifiesta que, a partir del segundo trimestre, las mujeres destinadas a presentar preeclampsia tienen mayor proporción de células T auxiliares en comparación a las normotensas. El desequilibrio de la Th₁-Th₂ con predominio de la Th₁, probablemente mediado por la adenosina que se halla en altas concentraciones en preeclámpticas. Los linfocitos T auxiliares secretan citosinas específicas que su disfunción favorece a la preeclampsia.
- Rigol (12), considera que existe una intolerancia inmunitaria entre los vasos uterinos maternos y las células trofoblástica, desencadenando una respuesta inflamatoria con la liberación de factores lesivos endoteliales. Se encuentran concentraciones elevadas de Factor necrosante tumoral α en el suero de las pacientes preeclámpticas. Este factor es capaz de alterar el crecimiento y proliferación de células trofoblásticas inhibiendo la síntesis de ARN.

2.2.2. Teoría de enfermería

Teoría del auto-cuidado

Dorothea Orem identificó 14 necesidades humanas básicas en las que se desarrollan los cuidados de enfermería, describiendo la relación enfermero-paciente como marco organizador para un cuerpo de conocimiento, analizando el estado de una persona cuando requiere la intervención debido a su situación al ser incapaz de valerse por sí misma.

La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem en donde la teoría del déficit del auto-cuidado es la expresión de tres teorías como son:

- Teoría del sistema enfermeras
- Teoría del déficit del auto-cuidado
- Teoría del auto-cuidado

Teoría de los sistemas enfermeros: Es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit del auto-cuidado y la teoría del auto-cuidado.

El modelo define como sistemas de enfermería a la serie y secuencias de acciones prácticas deliberadas que realizan las enfermeras para satisfacer las demandas de auto-cuidado terapéutico de sus pacientes. Señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, con personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el auto-cuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de auto-cuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impide comprometerse o

desempeñar un auto-cuidado o el cuidado dependiente y para familias u otros grupos multipersonales.

Teoría del déficit del auto-cuidado: El segundo componente de la teoría general de enfermería describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto-cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. El déficit de auto-cuidado es la relación entre la demanda de auto-cuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la que las actividades de auto-cuidado no son eficaces o no son suficientes para conocer y/o satisfacer parte o la totalidad de componentes de la demanda existente o potencial del paciente. El déficit del auto-cuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitación, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el auto-cuidado.

Teoría del auto-cuidado. Es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben de haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El auto-cuidado es un sistema de acción. La elaboración de dos conceptos de auto-cuidado y la actividad de auto-cuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El auto-cuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de desarrollo y crecimiento, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales

2.2.3. TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Cualquier cuadro hipertensivo de aparición aguda o crónica que coexiste con el embarazo (13).

Paciente gestante o en periodo de posparto (hasta 12 semanas) en la cual se documenta presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg o la condición en la cual la paciente se encuentra recibiendo manejo Antihipertensivo o con diagnóstico de hipertensión arterial (13).

2.2.3.1. Clasificación de los trastornos hipertensivos durante el embarazo

A. Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo

- **Preeclampsia leve:** presión arterial de 140/90 mmHg o más, o elevación de 30 mmHg, en la sistólica y 15 mm Hg en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas, se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria de más de 300 mg en 24 horas, ausencia de síntomas de vasoespasmo (13).
- **Preeclampsia severa:** presión arterial de 160/110 mm Hg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gr en 24 horas, presencia de cefalea, acúfenos, fosfenos, edema generalizado (13).
- **Inminencia de eclampsia:** se establece el diagnóstico cuando después de la semana 20 de gestación, parto o puerperio (no más de 30 días), aparecen uno o más de los siguientes datos: Presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg con presión arterial diastólica mayor de 115 mm Hg, proteinuria mayor a 10 gr, estupor, pérdida parcial o total de la visión, dolor epigástrico en barra, hiperreflexia generalizada (14).
- **Eclampsia:** presencia de preeclampsia con convulsiones y/o estado de coma, después de la semana 20 hasta 30 días

posparto (15).

- **Síndrome de Hellp:** es la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (16).
- **Preeclampsia recurrente:** presencia de cualquiera de los tipos de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, que aparece por segunda ocasión o más en embarazos consecutivos o no (17).
- **Enfermedad hipertensiva no clasificable:** imposibilidad de clasificar por carecer de elementos necesarios o por haberse instituido tratamiento previo a su estadificación (17).
- **Hipertensión transitoria:** hipertensión arterial después de la semana 20 o en las primeras 40 horas posparto sin otros signos de preeclampsia (17).

B. Enfermedad vascular crónica hipertensiva

- **Hipertensión sistémica esencial:** hipertensión arterial independiente a la gestación o anterior a las 20 semanas y que persiste más de seis semanas posparto y que no sea a consecuencia de lesión de alteración anatómica o funcional renal (17).
- **Hipertensión crónica con enfermedad hipertensiva agregada:** hipertensión arterial previa al embarazo agregándose preeclampsia, puede haber elevación del ácido úrico igual o mayor de 6 mg/dl (17).

2.2.3.2. Factores de riesgo para preeclampsia

Entre los factores para preeclampsia tenemos (18):

- Ausencia o deficiencia de control prenatal
- Desnutrición

- Obesidad
- Intervalo intergenésico menor a dos años
- Mujer menor de 18 y mayor de 35 años
- Primigesta o multigesta
- Preeclampsia/eclampsia en embarazos anteriores o antecedentes familiares repetidos
- Hipertensión arterial crónica o cualquier otro trastorno hipertensivo durante la gestación
- Sobre distensión uterina de cualquier origen (embarazo gemelar o múltiple, polihidramnios)
- Infección de vías urinarias recurrentes
- Diabetes mellitus (tipo 1, 2 o gestacional)
- Enfermedad renal previa o recurrente (aguda o crónica)
- Enfermedad trofoblástica
- Enfermedades autoinmunes
- Factores psicosociales (estrés, depresión, angustia, violencia familiar).

2.2.3.3. Diagnóstico

A. Preeclampsia leve

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan dos o más de los siguientes signos posteriores a la semana 20 de gestación, durante el parto o en el puerperio (no más de 30 días) (13):

- **Presión sistólica**, mayor o igual a 140 mm/Hg., o elevación mayor igual a 30 mm/Hg sobre la presión habitual.
- **Presión diastólica**, mayor o igual a 90 mm/Hg. o elevación mayor igual a 15 mm/Hg., sobre la presión habitual
- **Proteinuria:**
 - 30 mg/d l. o más en tiras reactivas (se requieren de dos determinaciones o más en un lapso de 6 horas o más.

- Proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas.

- **Edema**

La medición de la presión arterial deberá realizarse con la paciente sentada y requiere de dos tomas consecutivas con un intervalo de 6 horas o más, en este lapso de horas debe permanecer en reposo.

B. Preeclampsia severa

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando después de la semana 20, durante el parto o en el puerperio (no más de 30 días), se presentan dos o más de los siguientes signos (13):

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mmHg y presión diastólica mayor o igual a 110 mmHg.
- Proteinuria mayor a 5 g en orina de 24 horas o su equivalente en tiras reactivas (más de 3+)
- Oliguria de menos de 500 ml en 24 horas
- Trastornos cerebrales o visuales
- Edema generalizado

C. Inminencia de eclampsia

Se establece el diagnóstico cuando después de la semana 20 de gestación, durante el parto o puerperio (no más de 30 días), aparecen uno o más de los siguientes datos (13):

- Presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg con presión arterial diastólica mayor de 115 mm Hg.
- Proteinuria mayor a 10 g.
- Estupor
- Pérdida parcial o total de la visión
- Dolor epigástrico en barra
- Hiperreflexia generalizada

Por la gravedad de esta variedad clínica, las pacientes deben ser manejadas como eclámpticas.

D. Eclampsia

El diagnóstico se establece cuando pacientes con preeclampsia, presentan convulsiones o estado de coma, en ausencia de otras causas de convulsiones (13).

E. Síndrome de Hellp

Se establece el diagnóstico mediante biometría hemática y pruebas de funcionamiento hepático en pacientes con presencia de cualquier tipo de hipertensión durante el embarazo, independientemente de la severidad de ésta, se le agrega disminución plaquetaria menor de $150000/\text{mm}^3$, enzimas hepáticas elevadas; transaminasa glutámico oxalacética (TGO-AST) mayor de 70 U.I./L., transaminasa glutámico pirúvica (TGP-ALT) mayor de 50 U.I./L., deshidrogenasa láctica (DHU) mayor de 600 U.I./L.; bilirrubinas elevadas mayor de 1,2 ml./dl.; se necesitan de dos o más criterios para establecer el diagnóstico (13).

TABLA N° 2.1. CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE HELLP SEGÚN MARTIN

Tipo	Plaquetas
I	Menos de 50000
II	Más de 50000 y menos de 100000
III	Más de 100000 y menos de 150000

Fuente: (19)

Valores normales de Tensión arterial en embarazadas:

El nivel promedio de la tensión arterial normal durante el embarazo es de 116 ± 12 y de 70 ± 7 (Sistólica y diastólica respectivamente) (18).

2.2.3.4. Principales manifestaciones maternas y fetales de la preclamsia

TABLA N.º 2.2. MANIFESTACIONES CLÍNICA Y DE LABORATORIO DE LA PREECLAMPSIA

MANIFESTACIONES CLÍNICA Y DE LABORATORIO DE LA PREECLAMPSIA		
Manifestaciones	Leve	Severa
Maternas		
Presión arterial sistólica	≥140/<160 mmHg.	≥160 mmHg.
Presión arterial diastólica	≥90/<110 mmHg.	≥110 mmHg.
Síntomas visuales y auditivos	Ausentes	Presentes y persistentes
Hiperreflexia	En ocasiones	Leve/accentuada
Dolor abdominal alto	Ausente	En ocasiones
Oliguria	Ausente o mínima	Menor a 17 ml/hr.
Fetales		
Retardo en el crecimiento intrauterino	Esporádico	Frecuente
Sufrimiento fetal	En ocasiones	En ocasiones
Laboratorio		
Hemólisis intravascular	Ausente	En ocasiones
Trombocitopenia	En ocasiones	En ocasiones
Proteinuria	300 mg o más en 24 hrs.	5 g o más en 24 hrs
*Transaminasa glutámico oxalacética (TGO-AST)	Pueden o no estar elevadas	Pueden o no estar elevadas
*Transaminasa glutámico pirúvica (TGP-ALT)		
*Deshidrogenasa láctica (DHL)		

Fuente: (13)

2.2.4. Tratamiento del trastorno hipertensivo del embarazo

En primer nivel de atención:

A. Preeclampsia leve

El médico del primer nivel de atención, realizará el diagnóstico presuntivo de cualquier trastorno hipertensivo asociado al embarazo sin prescripción de medicamentos antihipertensivos para evitar confusiones al momento de clasificar la enfermedad antihipertensiva. Se efectuará la referencia de la paciente a un segundo nivel de atención, con historia clínica completa y nota de traslado para su manejo y tratamiento definitivo hasta la resolución del embarazo (18).

Referencia y contrareferencia:

Se debe insistir a la paciente para que acuda al segundo nivel de atención el mismo día de realizada la referencia, con el fin de disponer de los servicios necesarios para su evaluación y manejo oportuno. La contrareferencia del tercer o segundo nivel al primero, cumplirá los criterios de solución definitiva y completa de la paciente que haya presentado cualquier trastorno hipertensivo en su embarazo, sin presencia de secuelas o patología subyacente. Las pacientes con antecedente de eclampsia, inminencia de eclampsia o preeclampsia severa, deben continuar su seguimiento preferentemente en el segundo nivel de atención, por tratarse de pacientes con factor de alto riesgo para embarazos subsecuentes (13).

B. Preeclampsia severa

La referencia y traslado de una paciente con preeclampsia severa o con inminencia de eclampsia debe realizarse con urgencia y al respecto se consideran las siguientes medidas terapéuticas (18) (13):

- **Medidas generales**

- Ayuno
- Reposo en decúbito lateral izquierdo
- Vena permeable con venoclisis:
 - ✓ Pasar carga rápida 300 cc de solución glucosada al 10%
 - ✓ Continuar con solución glucosada 1000 cc al 10% para pasar en 8 horas
- Colocación de sonda Foley a permanencia, cuantificar volumen y proteinuria mediante tiras reactivas
- Medición de la presión arterial cada 10 minutos y frecuencia cardíaca fetal.

TABLA N° 2.3. MEDICAMENTOS USADOS EN LA PREECLAMPSIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

MEDICAMENTOS	
Antihipertensivos	Indicaciones
Nifedipino	Administrar 10 mg., por vía sublingual. *Sólo en casos de continuar la presión arterial diastólica mayor o igual de 110 mmHg., se repetirá la dosis cada 10 a 30 minutos. Por misma vía.
En caso de no contar con nifedipino, administrar los dos siguientes antihipertensivos	
Alfa metil dopa	500 mg. Vía oral cada 6 horas
Hidralazina	50 mg., Vía oral cada 6 horas
Dexametasona	16 mg. Intravenosa dosis única, en caso necesario continuar 8 mg. Intravenosa cada 8 horas, es indicado para evitar edema cerebral
Fenobarbital	Aplicar una ampolla (0,333 gr.) Intramuscular cada 12 horas para prevenir crisis convulsivas

Fuente: (18)

- **Referencia:**

El traslado de estas pacientes es una urgencia y debe ser preferentemente en ambulancia y con personal médico acompañante, continuando con las medidas generales antes mencionadas (13).

C. Eclampsia

Las siguientes medidas generales y terapéuticas deben realizarse en forma urgente y sincronizada (18) (13):

- **Medidas generales:**
 - Mantener las vías respiratorias superiores permeables y la ventilación (puede utilizarse la cánula de Guedel)
 - Evitar la mordedura de la lengua
 - Evitar traumatismos durante la crisis convulsiva
 - Aspirar secreciones de las vías respiratorias superiores
 - Canalizar dos venas con venoclisis:
 - ✓ Pasar carga rápida 300 cc de solución glucosada al 10%.
 - ✓ Continuar con solución glucosada 1000 cc al 10% para pasar en 8 horas.
 - Instalar sonda Foley (cuantificar volumen urinario y proteinuria).
 - Medición de presión arterial, frecuencia cardíaca materna y fetal y de la frecuencia respiratoria, valorar la coloración de la piel y conjuntivas, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, presencia de equimosis o petequias, y estado de la conciencia.
 - Ayuno absoluto.
- **Control de las crisis convulsivas**

Se puede controlar la crisis convulsiva con cualquiera de los siguientes esquemas, no es recomendable utilizar dos o más esquemas simultáneamente (18).

 - **Diazepam.** 10 a 20 mg Intravenosa, lento (0,15 a 0,25 mg/kg de peso corporal). Repetir cuando sea necesario de 10 a 15 minutos.
 - **Fenobarbital.** Administrar una ampolla de 0,330 g Intramuscular o Intravenosa cada 8 a 12 horas, de acuerdo al grado de sedación.

- **Referencia:**

El traslado de estas pacientes es una urgencia, la cual debe ser preferentemente en ambulancia y con personal médico y enfermera acompañante, continuando con las medidas generales antes mencionadas (13).

En segundo nivel de atención:

A. Preeclampsia leve

Las pacientes con enfermedad hipertensiva durante el embarazo referido del primer nivel de atención y las diagnosticadas en el segundo nivel, se ingresarán previa valoración al servicio de hospitalización para clasificación y vigilancia de su trastorno hipertensivo, manteniendo las siguientes medidas (18) (13):

- **Atención materna**

- Reposo
- Dieta normosódica
- Hierro, ácido fólico y calcio
- Tensión arterial cada 4 horas
- Peso diario
- Síndrome vásculo espasmódico
- Edema
- Reflejos osteotendinosos
- Biometría hemática
- Química sanguínea completa
- Cuenta plaquetaria
- Tiempos de coagulación
- Examen general de orina (y determinación de proteinuria cada 6 horas con tiras reactivas)
- Prueba de funcionamiento renal (depuración de creatinina en orina de 12 ó 24 horas)
- Grupo sanguíneo y Rh.

- Prueba de tamizaje metabólico en pacientes con riesgo para diabetes gestacional
- Estudio de fondo de ojo (según el caso)
- **Atención fetal**
 - Verificar la presencia de movilidad fetal
 - Valorar crecimiento uterino
 - Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal cada 4 horas
 - Registro cardiotocográfico en embarazos ≥ 32 semanas (prueba sin estrés)
 - Ultrasonido (fotometría y valoración de líquido amniótico)
 - Perfil biofísico en casos que lo requieran

Durante el período de hospitalización, se valorará el inicio del tratamiento antihipertensivo, el cual dependerá de la persistencia de cifras diastólicas mayores o iguales de 90 mm Hg.

Se sugieren los siguientes esquemas (18):

- Alfametildopa: 250 a 500 mg. Vía oral cada 8 horas
- Hidralazina: 10 a 50 mg. Vía oral cada 8 horas

Las pacientes con estabilización de cifras tensionales mediante antihipertensivos, y sin compromiso materno y/o fetal, podrán continuar su control prenatal en la consulta externa con las medidas generales específicas de atención materna hasta la resolución del embarazo, sin permitir que la gestación rebase las 40 semanas (13).

• **Contrareferencia:**

En caso de no corroborarse el trastorno antihipertensivo y los exámenes de laboratorio y de gabinete sean normales, se efectuará la contrareferencia al primer nivel de atención (13).

B. Preeclampsia severa

Las pacientes con preeclampsia severa referidas del primer nivel de atención o las diagnosticadas en el segundo nivel, deben ser hospitalizadas en el servicio de terapia intensiva al momento de confirmar el diagnóstico, para la estabilización de las cifras

tensionales y la interrupción del embarazo en un plazo no mayor a 6 horas. Algunas medidas a adoptar son (18):

- **Medidas generales**

- Ayuno
- Reposo en decúbito lateral izquierdo
- Vena permeable con venoclisis:
 - ✓ Pasar carga rápida 300 cc de solución glucosada al 10%
 - ✓ Continuar con solución glucosada 1000 cc al 10% para pasar en 8 horas.
- Colocación de sonda Foley a permanencia, cuantificar volumen y proteinuria
- Medición de la presión arterial cada 10 minutos
- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal

TABLA N° 2.4. MEDICAMENTOS USADOS EN LA PREECLAMPSIA EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

MEDICAMENTOS	
Antihipertensivos	Recomendaciones
Hidralazina	Administrar un bolo inicial de 5 mg Intravenosa, si continúa con diastólicas de 110 mmHg o más, repetir en 20 minutos (5-10 mg) de acuerdo a respuesta. Una vez controlada la presión se repetirá de ser necesario
Nifedipino	En caso de no contar con hidralazina Intravenoso se recomienda iniciar con 10 mg sublingual y repetir cada 10 a 30 minutos de acuerdo a la respuesta clínica
Alfa metil dopa	500 mg Vía oral cada 6 horas
Hidralazina	50 mg Vía oral cada 6 horas
Antiedema cerebral	
Dexametasona	Iniciar con 16 mg Intravenoso y continuar con 8 mg., cada 8 horas

Fuente: (18)

TABLA N° 2.5. PREVENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

PREVENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS	
Sulfato de magnesio	
Impregnación	Administrar 6 gramos Intravenoso diluidos en 100 ml de solución glucosada, pasar en 15 minutos (160 gotas por minuto)
Mantenimiento	Continuar con 1 a 2 gramos por hora administrados en infusión intravenosa continua. Preparar solución glucosada de 900 cc al 5% más 10 ampolletas de un gramo. Pasar 100 a 200 ml de la solución por hora (pasar 24 a 48 gotas por minuto). Vigilar la función renal, estado de conciencia y frecuencia respiratoria
	*En caso de intoxicación utilizar 1 gramo de gluconato de calcio intravenoso diluido en 100 cc de solución fisiológica y pasar en 15 minutos

Fuente: (18)

- **Referencia:**

Deberá valorarse la referencia al hospital de tercer nivel a las pacientes con embarazos menores de 32 semanas con trastornos hipertensivos que no respondan en forma adecuada al tratamiento médico. Es recomendable en este grupo de pacientes, iniciar esquema de inductores de madurez pulmonar desde la semana 28. los esquemas recomendados son (18):

- Dexametasona: 6 mg Intramuscular cada 12 horas, 4 dosis o
- Betametasona: 12 mg Intramuscular cada 24 horas, 2 dosis

C. Eclampsia

- **Medidas generales**

Las medidas que se debe tomar en la eclampsia son (13):

- Mantener las vías respiratorias superiores permeables y la ventilación (puede utilizarse la cánula de Guedel)
- Evitar la mordedura de la lengua
- Evitar traumatismos durante la crisis convulsiva
- Aspirar secreciones de las vías respiratorias superiores
- Canalizar dos venas con venoclisis:
 - ✓ Pasar carga rápida 300 cc de solución glucosada al 10%
 - ✓ Continuar con solución glucosada 1000 cc al 10% para pasar en 8 horas
- Instalar sonda Foley (cuantificar volumen urinario y proteinuria)
- Medición de presión arterial, frecuencia cardíaca materna y fetal y de la frecuencia respiratoria, valorar la coloración de la piel y conjuntivas, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, presencia de equimosis o petequias y estado de la conciencia.

TABLA N° 2.6. CONTROL DE CRISIS CONVULSIVAS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CONTROL DE CRISIS CONVULSIVAS	
Sulfato de magnesio	
Impregnación	Administrar 6 gramos Intravenoso diluidos en 100 ml de solución glucosada, pasar en 15 minutos (160 gotas por minuto)
Mantenimiento	Continuar con 1 a 2 gramos por hora administrados en infusión intravenosa continua. Preparar solución glucosada de 900 cc al 5% más 10 ampollitas de un gramo. Pasar 100 a 200 ml de la solución por hora (pasar 24 a 48 gotas por minuto). Vigilar la función renal, estado de conciencia y frecuencia respiratoria.

	*En caso de intoxicación utilizar 1 gramo de gluconato de calcio intravenoso diluido en 100 cc de solución fisiológica y pasar en 15 minutos
--	--

Fuente: (18)

*La interrupción del embarazo por vía abdominal es una urgencia en este grupo de pacientes sin importar la edad gestacional.

D. Síndrome de Hellp

El síndrome de Hellp (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets), descrito por Weinstein en 1982, complica aproximadamente al 10% de las pacientes con preeclampsia manifestándose por disminución plaquetaria menor de $150000/\text{mm}^3$, enzimas hepáticas elevadas; transaminasa glutámico oxalacética (TGO-AST) mayor de 70 U.I./L., transaminasa glutámico pirúvica (TGP-ALT) mayor de 50 U.I./L., deshidrogenasa láctica (DHU) mayor de 600 U.I./L.; bilirrubinas elevadas mayor de 1,2 ml./dl.; hematíes fragmentados en el frotis de sangre periférica, presencia de hemoglobina libre en plasma y hemoglobinuria. Se requieren de dos o más criterios para establecer el diagnóstico, además de reportarse que 10 a 20% de las pacientes que presentan síndrome de Hellp son normotensas (18) (13).

La clasificación de Martín es de gran utilidad por su factor pronóstico y en especial para establecer un manejo más integral de las pacientes con síndrome de Hellp (18).

- **Medidas generales**

El tratamiento consiste en acabar la gestación, como en toda preeclampsia, pero no antes de estabilizar el cuadro materno con (20):

- Tratamiento hipotensor intravenoso como hemos descrito

- Tratamiento anticonvulsivante ya que suele existir hiperflexia, y para prevenir las complicaciones neurológicas y la eclampsia.
- Tratamiento con corticoides a altas dosis (betametasona 12mg/12 h, dexametasona 10 mg/12 horas durante 48 horas si es preciso madurar el pulmón fetal, seguidos de metilprednisolona (40mg/12 horas) si se debe prolongar el tratamiento con corticoides para evitar los peligros de las dosis repetidas de corticoides en el feto, ya que es metabolizada en una alta proporción en la placenta.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

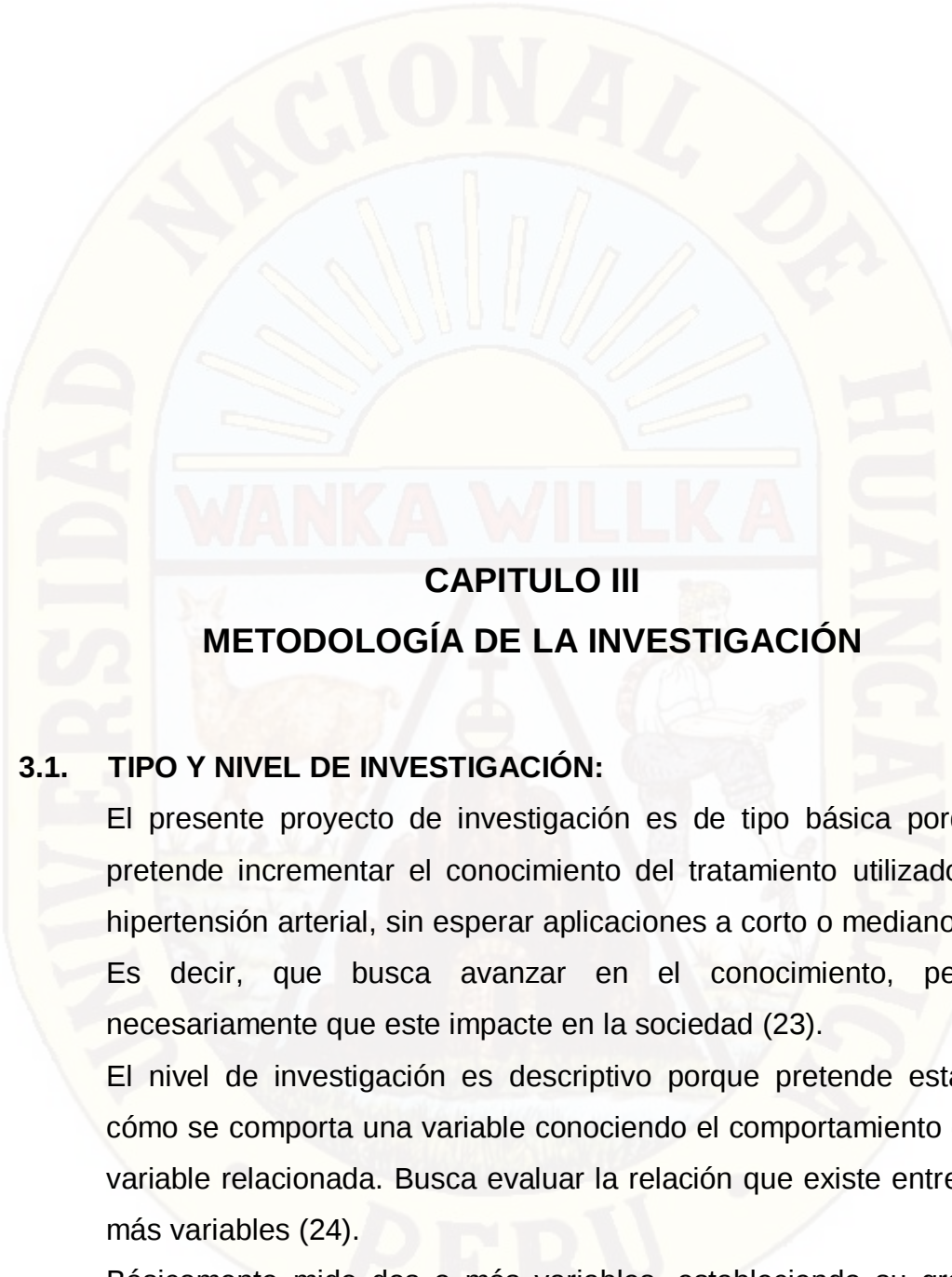
1. **TRATAMIENTO.** Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo (21).
2. **GESTANTE.** Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto (22).
3. **TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.** Cualquier cuadro hipertensivo de aparición aguda o crónica que coexiste con el embarazo (14).
4. **ATENCIÓN.** Es la asistencia médica que una persona con algún problema de salud recibe en un primer momento (22).
5. **PREECLAMPSIA LEVE:** presión arterial de 140/90 mmHg o más, o elevación de 30 mmHg, en la sistólica y 15 mm Hg en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas, se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto.
6. **PREECLAMPSIA SEVERA:** presión arterial de 160/110 mm Hg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto.
7. **ECLAMPSIA:** presencia de preeclampsia con convulsiones y/o estado de coma, después de la semana 20 hasta 30 días posparto.

8. **SÍNDROME DE HELLP:** es la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
9. **METABOLISMO:** conjunto de los cambios químicos y biológicos que se producen continuamente en las células vivas de un organismo.
10. **NUTRICIÓN:** Es el proceso de obtener y procesar nutrientes hasta tenerlos en una forma utilizable. Involucra la adquisición de los nutrimentos, en la digestión, la absorción, la distribución de los nutrimentos en el organismo y, sobre todo, su utilización por las células del cuerpo.
11. **SALUD:** Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.
12. **EDEMA:** presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda.
13. **REPOSO:** Suele ser una indicación que dan los médicos para que una persona se reponga de una dolencia o una enfermedad. Esto quiere decir que, en los días de reposo, el paciente debe permanecer en un lugar, preferentemente recostado y descansando.
14. **CRISIS CONVULSIVA:** Son descargas eléctricas neuronales anormales que tiene manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos clínicos (anormalidades electroencefalográficas) y que se presentan de manera no provocada.
15. **PATOLOGIA:** Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

2.4. DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES E INDICADORES

“TRATAMIENTO APLICADO A GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA - 2018”

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	ÍTEM	ALTERNATIVA DE RESPUESTA	ESCALA DE MEDICIÓN
Tratamiento para trastorno hipertensivo del embarazo	Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, en este caso el trastorno hipertensivo del embarazo.	La variable tratamiento para trastorno hipertensivo del embarazo, será medida haciendo el uso de una guía de análisis documental, el cual será aplicado en las historias clínicas de las gestantes que presentaron la mencionada patología, teniendo en consideración a la preeclampsia, eclampsia y el síndrome de hellp. El instrumento está basado en la “guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología” (23)	Preeclampsia leve	• Reposo en decúbito lateral izquierdo	a) Si b) No	Nominal
				• Dieta hipersónica y normo sódica	a) Si b) No	
			Preeclampsia severa	• Reposo en decúbito lateral izquierdo	a) Si b) No	
				• Dieta hipersónica y normo sódica	a) Si b) No	
				• Administración de oxígeno de 4 a 6 litros por minuto	a) Si b) No	
				• Cloruro de sodio intravenosa 9%0 1000 cc	a) Si b) No	
				• Sulfato de magnesio Endovenoso	a) Si Dosis... b) No	
				• Metildopa	a) Si Dosis b) No	
				• Nifedipino	a) Si Dosis b) No	
			Eclampsia	• Reposo en decúbito lateral izquierdo	a) Si b) No	
				• Dieta hipersónica y normo sódica	a) Si b) No	
				• Administración de oxígeno de 4 a 6 litros por minuto	a) Si b) No	
				• Cloruro de sodio intravenosa 9%0 1000 cc	a) Si b) No	
				• Sulfato de magnesio al Endovenoso	a) Si Dosis... b) No	
				• Metildopa	a) Si Dosis b) No	
			Síndrome de Hellp	• Nifedipino	a) Si Dosis b) No	
				• Inducir aborto	a) Si b) No	



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

El presente proyecto de investigación es de tipo básica porque se pretende incrementar el conocimiento del tratamiento utilizado en la hipertensión arterial, sin esperar aplicaciones a corto o mediano plazo. Es decir, que busca avanzar en el conocimiento, pero no necesariamente que este impacte en la sociedad (23).

El nivel de investigación es descriptivo porque pretende establecer cómo se comporta una variable conociendo el comportamiento de otra variable relacionada. Busca evaluar la relación que existe entre dos o más variables (24).

Básicamente mide dos o más variables, estableciendo su grado de correlación, pero sin pretender dar una explicación completa (de causa y efecto) al fenómeno investigado, sólo investiga grados de correlación, dimensiona las variables (24).

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:

Los métodos que se emplearon en el proyecto de investigación son:

Método General: Se emplearon el método deductivo (24).

Método Básico: Se emplearon el método descriptivo (24).

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño que se utilizó en el presente proyecto es no experimental descriptivo:

M ←———— Ox

Dónde:

M : Gestantes que han presentado trastorno hipertensivo.

Ox : Observación del Tratamiento para trastorno hipertensivo del embarazo.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.1. Población

La población estuvo conformada por las gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica durante el año 2018, que hacen un total de 50 gestantes.

3.1.1.1. Criterios de inclusión

- Para el grupo de casos, estuvo consideradas todas las pacientes que desarrollaron algún trastorno hipertensivo del embarazo.

3.1.1.2. Criterios de Exclusión:

- Para el grupo de los casos, que no cumplieron con los requisitos necesarios para el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, además si las historias clínicas se encuentran.

3.1.2. Muestra

Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de la población, la muestra fue censal.

3.1.3. Muestreo

No se consideró por ser la muestra censal.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Para la variable tratamiento del trastorno hipertensivo del embarazo se empleó la técnica de análisis documentario y el instrumento fue la guía de análisis documentario, por ser de tipo retrospectivo.
- Para la variable trastorno hipertensivo del embarazo, se empleó la técnica de análisis documentario y el instrumento fue la guía de análisis documentario, en este instrumento se incluyeron datos generales de las variables: Edad, número de hijos, intervalo intergenésico.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- **Estadística descriptiva:**

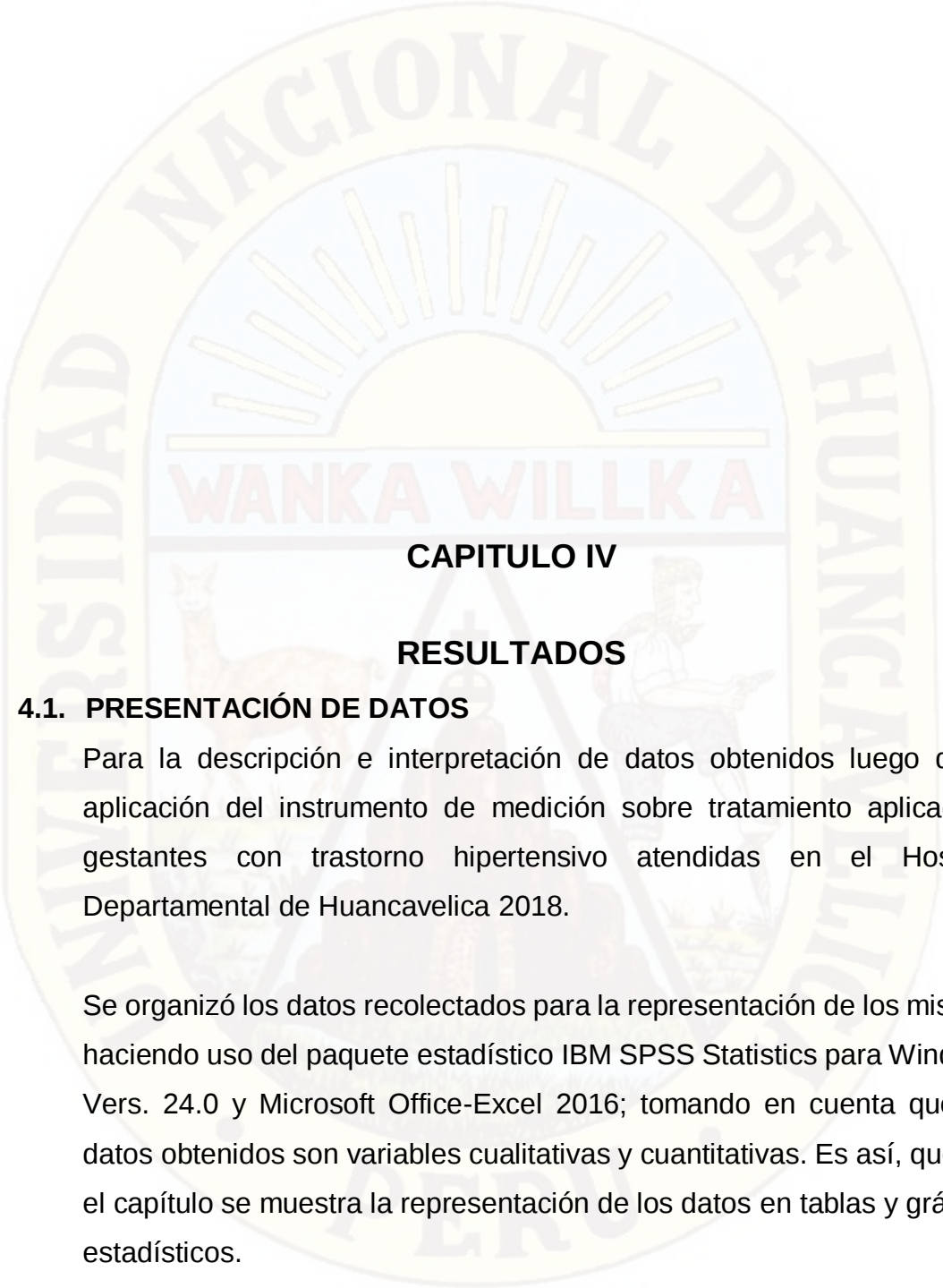
El proyecto de investigación fue procesado en cuadros simples, de doble entrada, medidas de tendencia central, gráficos de barras simples y acumuladas e histograma.

- **Estadística Analítica:**

Se utilizó una prueba que permita comparar la evaluación previa y posterior al tratamiento. Para comparar ambos valores lo que dio como resultado si el tratamiento fue efecto sobre el trastorno hipertensivo del embarazo o no.

- **Paquete y Software Estadístico:**

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016.



CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición sobre tratamiento aplicado a gestantes con trastorno hipertensivo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.

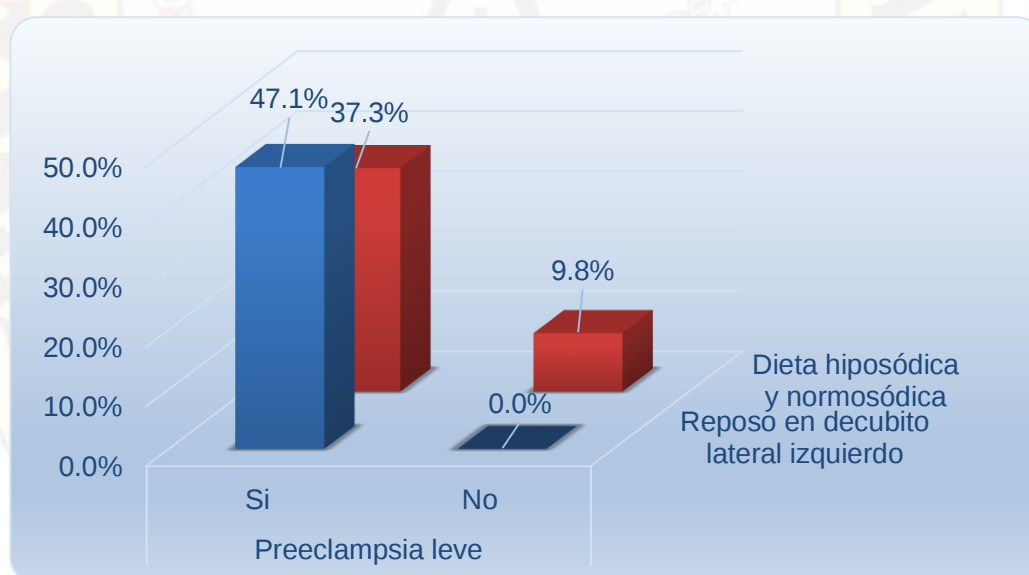
Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos.

TABLA N° 01: Tratamiento frente a preeclampsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.

Tratamiento	Preeclampsia leve			
	Si		No	
	fi	f%	fi	f%
Reposo en decúbito lateral izquierdo	24	47.1%	0	0.0
Dieta hipersódica y normosódica	19	37.3%	5	9.8

Fuente: Guía de análisis documental, 2018

GRÁFICO N° 01: Tratamiento frente a preclamsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.



Fuente: Tabla N° 01

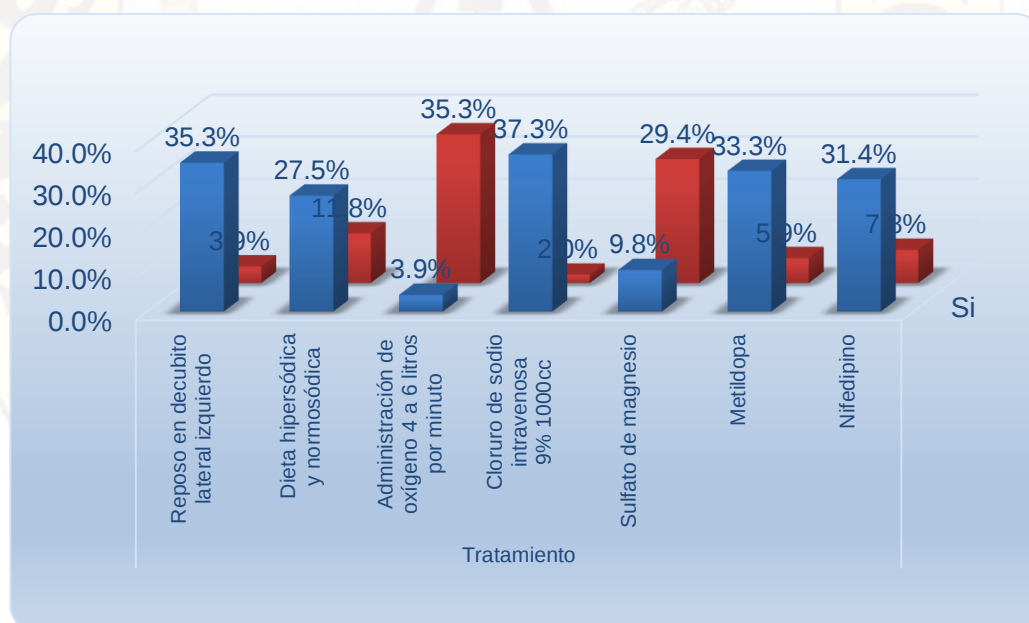
En la Tabla y Gráfico N° 01 se observa que; 47,1% (24) de gestantes con trastorno hipertensivo de preeclampsia leve fue indicado reposo en decúbito lateral izquierdo, 37,3% (19) dieta hiposódica y normosódica.

TABLA N° 02: Tratamiento frente a preeclampsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.

Tratamiento	Preeclampsia severa			
	Si		No	
	fi	f%	fi	f%
Reposo en decúbito lateral izquierdo	18	35.3%	2	3.9
Dieta hiposódica y normosódica	14	27.5%	6	11.8
Administración de oxígeno 4 a 6 litros por minuto	2	3.9%	18	35.3
Cloruro de sodio intravenosa 9% 1000cc	19	37.3%	1	2.0
Sulfato de magnesio	5	9.8%	15	29.
Metildopa	17	33.3%	3	5.9
Nifedipino	16	31.4%	4	7.8

Fuente: Guía de análisis documentario, 2018

GRÁFICO N° 02: Tratamiento frente a preeclampsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.



Fuente: Tabla N° 02

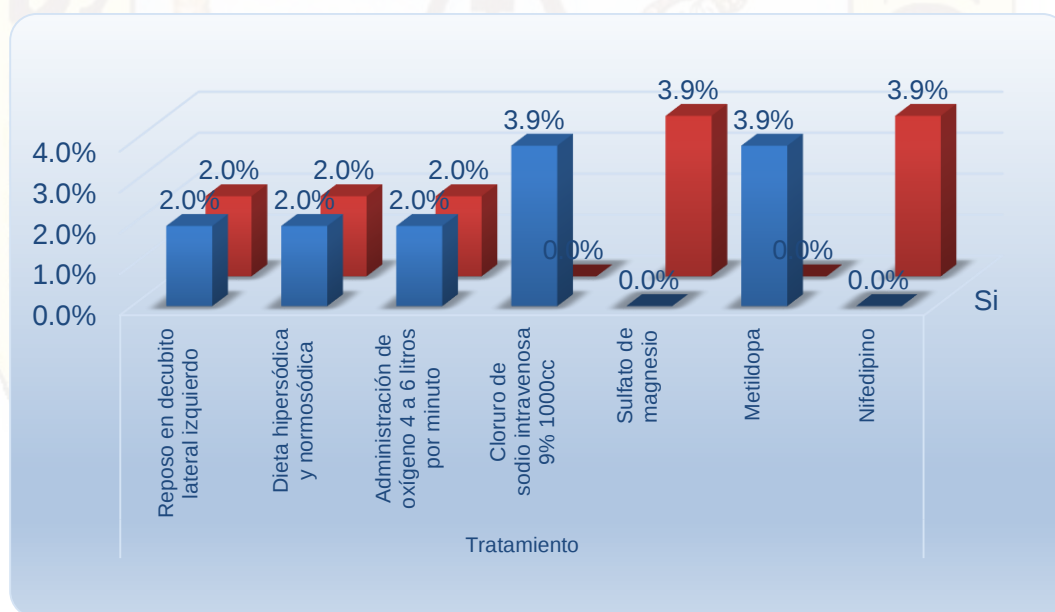
En la Tabla y Gráfico N° 02 se observa que; 35,3% (18) de gestantes con trastorno hipertensivo de preeclampsia severa fue indicado reposo en decúbito lateral izquierdo, 27,5%, (14) dieta hiposódica y normosódica, 3,9%, (2) administración de oxígeno de 4 a 6 litros por minuto, 37,3%, (19) administración de ClNa 9%, 9,8%, (5) administración de sulfato de magnesio, 33,3%, (17) metildopa, y 31,4%, (16) nifedipino.

TABLA N° 03: Tratamiento frente a eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.

Tratamiento	Eclampsia			
	Si		No	
	fi	f%	fi	f%
Reposo en decúbito lateral izquierdo	1	2.0%	1	2.0
Dieta hiposódica y normosódica	1	2.0%	1	2.0
Administración de oxígeno 4 a 6 litros por minuto	1	2.0%	1	2.0
Cloruro de sodio intravenosa 9% 1000cc	2	3.9%	0	0.0
Sulfato de magnesio	0	0.0%	2	3.9
Metildopa	2	3.9%	0	0.0
Nifedipino	0	0.0%	2	3.9

Fuente: Guía de análisis documental, 2018

GRÁFICO N° 03: Tratamiento frente a eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica.



Fuente: Tabla N° 03

En la Tabla y Gráfico N° 03 se observa que; 2,0% (1) de gestantes con trastorno hipertensivo de preeclampsia severa fue indicado reposo en decúbito lateral izquierdo, 2,0%, (1) dieta hiposódica y normosódica, 2,0%, (1) administración de oxígeno de 4 a 6 litros por minuto, 3,9%, (2) administración de ClNa 9%, (0) y 3,9%, (2) administración metildopa.

TABLA N° 04: Tratamiento frente a síndrome de Hellp en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.

Tratamiento	Síndrome de Hellp			
	Si		No	
	fi	f%	fi	f%
Inducir al aborto	5	9.8%	0	0.0

Fuente: Guía de análisis documentario, 2018

GRÁFICO N° 04: Tratamiento frente a eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018.



Fuente: Tabla N° 04

En la Tabla y Gráfico N° 04 se observa que; 9,8% (5) de gestantes con trastorno hipertensivo de síndrome de hellp fue indicado como tratamiento inducir al aborto terapéutico.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Entre los trastornos hipertensivos encontrados en esta investigación que se presentaron con mayor frecuencia están la preeclampsia leve con 47,10% y la preeclampsia severa con 39,20%, estos resultados son diferentes a los encontrados por los de Morales (8) que encontró que la preeclampsia severa es el trastorno más frecuente con 50% de casos.

Sobre el reposo en decúbito lateral izquierdo se utilizó en el 47,10% de embarazadas con preeclampsia leve y en el 35,30% en la preeclampsia severa.

El reposo en decúbito lateral izquierdo es una medida preventiva que se sustenta en que si la gestante duerme del lado derecho (o boca arriba), hay más posibilidades de que el peso del útero recaiga sobre la vena cava inferior, el vaso sanguíneo que transporta la sangre desde las piernas, los órganos del abdomen y la pelvis hacia el corazón. Si la presión ejercida por el útero obstruye la circulación de la sangre a través de esa vena, se puede generar el llamado síndrome de hipotensión supina: el cuerpo reacciona como si hubiera perdido sangre. En consecuencia, baja la tensión sanguínea y aumenta el ritmo cardíaco. Y es posible que surjan mareos, palpitaciones, sudoración e, incluso, náuseas y vómitos. Se debe recomendar a la embarazada que comienza a padecer los síntomas de este síndrome, cambie de postura con rapidez (hasta, aunque esté dormida). Para favorecer el descanso se recomienda, además, que la embarazada duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas Brennan, Dannenbaum, Willows (27).

Sobre la dieta hiposódica y normosódica, este tratamiento se dio al 37,30% de embarazadas con preeclampsia leve y al 27,50% con preeclampsia severa.

La dieta hiposódica y normosódica, es recomendada porque el consumo excesivo de sal interfiere con un mecanismo de seguridad natural del

cerebro que impide que la presión arterial se eleve, es decir, desregula un circuito del hipotálamo y hace que se libere una cantidad excesiva de una hormona antidiurética (la vasopresina) lo que resulta en un aumento de la presión sanguínea o hipertensión. Se ha visto en ratos que un consumo continuado y elevado de sal en la dieta provoca un cambio bioquímico en las neuronas que liberan vasopresina en la circulación sanguínea. En condiciones normales, cuando la presión arterial se eleva, una terminación nerviosa situada en la arteria aorta, denominada barorreceptores, envían señales a las neuronas que producen vasopresina para que dejen de liberarla. Sin embargo, una alta ingesta de sal estropea este mecanismo de seguridad cerebral que es el que regula e impide una elevación de la presión. Mucha sal en la dieta hace que el cuerpo retenga líquidos, lo que añade una carga extra al corazón y a los vasos sanguíneos. En algunas personas, esto puede desencadenar un aumento de la presión arterial Guzmán, Ávila, Contreras, Levario (28).

Una cucharadita de sal representa aproximadamente 2300 mg de sodio. El cuerpo solo necesita 200 mg de sodio por día. La dieta hiposódica amplia debe contener aproximadamente un máximo de 1600 mg de sodio. Cuando la restricción está en un máximo de 1000 mg de sodio entonces se trata de una dieta hiposódica moderada. Solo en contadas ocasiones se pautará una dieta con un contenido de sodio que no sobrepase 500 mg de sodio, se hablará entonces de dieta hiposódica estricta Guzmán, Ávila, Contreras, Levario (28).

El cloruro sódico, en nuestro organismo representa sólo un 0,10-0,15%. Las necesidades de cloruro sódico de todos los individuos son muy variables ya que estas dependen de factores como el clima, el trabajo físico desarrollado, sudoración, temperatura corporal, etc. No obstante, las Agencias Internacionales recomiendan para un adulto 1 gramo de sal al día, lo que equivale a 400 mg de sodio. La Organización Mundial de la Salud aconseja que el consumo de sal no sea superior a 6 gramos diarios

y en los países Occidentales los consumos diarios pueden llegar a 10-20 g/día Villegas (29).

Sobre la administración de oxígeno, solo en el 3,90% de embarazadas con preeclampsia severa se administró oxígeno y en 2% con eclampsia, en la mayoría de casos se utilizó otro tratamiento o no se utilizó este tratamiento.

La administración de oxígeno es para tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocárdico. El exceso de dióxido de carbono hace el pH más bajo y causa un trastorno conocido como acidosis respiratoria. Esto puede dar lugar a diversos síntomas como confusión, dolores de cabeza, coma y, posiblemente, la muerte Céspedes, Rodríguez, Llópiz, Cruz (31).

Durante el embarazo, la respiración de la madre se transforma y capta más oxígeno ya que hay que respirar por dos. El bebé toma el oxígeno necesario a través de la sangre, su sistema respiratorio está preparado para transportar entre un 20 y 30 % más de oxígeno que el de una persona adulta. Es a través del cordón umbilical, por donde se transporta el oxígeno y se elimina el dióxido de carbono. La sangre materna y la fetal nunca están en contacto directo, el intercambio se produce en la placenta. La membrana placentaria es atravesada por el oxígeno y el anhídrido carbónico, además de otras sustancias que el bebé necesita para su desarrollo. El oxígeno que llega al bebé a través de la madre no es muy abundante, ya que ha tenido que pasar por la sangre de ella, es por esta razón que la hemoglobina del bebé, para aprovechar el oxígeno al máximo, transporta entre un 20 y un 30 % más de oxígeno que la de la sangre de la madre, y su concentración de hemoglobina es mayor en un 50% Céspedes, Rodríguez, Llópiz, Cruz (31).

Sobre la administración de cloruro de sodio intravenosa, fue utilizada en el 37,30% de embarazadas con preeclampsia severa y en el 3,90% de eclampsia.

El cloruro de sodio de formulación CLNa, es isotónico con la sangre por lo que se administra sin afectar a la presión osmótica, sin causar un cambio significativo en su composición y sin producir deformación de las células de sangre, haciendo que el vehículo adecuado para la administración intravenosa de numerosos fármacos. La solución inyectable de cloruro sódico al 0,9% se utiliza para restaurar de fluido y electrolitos. La solución también se usa como la reposición de agua y electrolitos en caso de alcalosis metabólica moderada en la deficiencia de sodio y como un diluyente para medicamentos Aller, Páginas (32).

La administración de sulfato de magnesio se dio en solo 9,80% que tenían preeclampsia severa.

El sulfato de magnesio es considerado ideal como anticonvulsivante y una de sus principales ventajas es que no produce depresión del Sistema Nervioso Central, su efecto es ejercido a nivel periférico bloqueando la transmisión neuromuscular por disminución de la liberación de acetilcolina en respuesta a los potenciales de acción neuronales. Sobre el feto solamente se describe que puede producir la disminución de la variabilidad latido a latido y en el perfil biofísico de los movimientos respiratorios. En la madre durante su administración se hace necesario el monitoreo de la frecuencia respiratoria, de la diuresis y los reflejos para evitar la intoxicación por el medicamento, debe ser usado con bombas de infusión y su antídoto es el gluconato de calcio. La utilización de sulfato de magnesio en la profilaxis de la eclampsia, llegó a la conclusión que con su utilización, se logra reducir a la mitad, el riesgo de esta complicación así como, el de muerte materna, además de ser segura su administración si se cumplen las medidas necesarias de vigilancia para evitar la intoxicación Bajo, Melchor, Mercé (33). El magnesio podría tener un efecto cerebral localizado. Es sabido, por ejemplo, que produce vasodilatación con la subsiguiente reducción de la isquemia cerebral y/o bloquear algo del daño neuronal asociado con la isquemia. El mecanismo sugerido para la vasodilatación es la relajación del músculo liso y se ha

sugerido que el magnesio puede tener un efecto generalizado sobre todo el músculo liso, incluyendo la vasculatura periférica y el útero. Alternativamente, cualquier efecto del sulfato de magnesio sobre el control de las convulsiones eclámpicas puede ser, total o parcialmente, a través de su papel como bloqueador de los receptores N-metilaspártato (NMDA) en el cerebro. Estos receptores NMDA son activados en respuesta a la asfixia, llevando a un flujo de calcio hacia las neuronas que causaría la injuria celular. Se sugiere que el magnesio podría bloquear estos receptores, reduciendo así el mecanismo antedicho y protegiendo a las neuronas del daño Barnany, Foz(34).

El tratamiento con metildopa se administró en el 33,3% de embarazadas con preeclampsia severa y en el 3,90% con eclampsia.

La metildopa inhibe la vasoconstricción a nivel central. La metildopa actúa en el SNC para disminuir la presión arterial sistémica. Ofrece un sustrato alternativo a la dopa y en el organismo (tejido encefálico) se convierte alfa-metilnorepinefrina por la enzima dopa descarboxilasa, que reemplaza al neurotransmisor normal, noradrenalina, en los sitios de almacenamiento. El alfa-metilnorepinefrina disminuye la presión arterial por medio de la activación de los receptores alfa 2-adrenérgicos (centro vasomotor hipotalámico y tallo encefálico) para atenuar la salida de señales adrenérgicas vasoconstrictoras hacia el sistema nervioso simpático periférico. Los individuos con insuficiencia renal son más sensibles a los efectos hipotensores de la metildopa. Este medicamento es ampliamente utilizado y es el antihipertensivo con mayor cantidad de datos relativos a seguridad fetal. Se considera de primera línea en el embarazo, sin embargo, causa frecuentemente somnolencia que puede limitar su tolerabilidad. Metildopa ha sido empleada bajo estrecha supervisión médica y obstétrica en el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo y no hubo ningún indicio clínico de que causara anomalías fetales o afectara al recién nacido. Los reportes publicados sobre el uso de metildopa durante todos los trimestres del

embarazo indican que, si este medicamento se administra durante el embarazo, es remota la posibilidad de daño fetal. En los estudios clínicos el tratamiento con metildopa no se ha asociado con daño al desarrollo fetal. La mayoría de las mujeres de estos estudios se encontraban en el tercer trimestre de su embarazo cuando la terapia con metildopa fue iniciada. Metildopa atraviesa la barrera placentaria y aparece en la sangre del cordón umbilical. Aunque no se ha registrado ningún efecto teratógico evidente, no se puede excluir la posibilidad de causar algún daño al feto. El empleo de metildopa en mujeres embarazadas que pueden embarazarse o que están amamantando requiere comparar los beneficios que se piensa obtener con los posibles riesgos. Metildopa aparece en la leche materna. Por ello se recomienda precaución si se administra metildopa a una madre lactante Ponce (35).

El tratamiento con nifedipino se utilizó en el 31,40% de embarazadas que presentaron preeclampsia severa.

Como todos los antagonistas del calcio, el nifedipino impide la entrada de calcio en las células de los músculos lisos vasculares, al parecer bloqueando el poro del canal de calcio. Mientras que el verapamil y el diltiazem afectan a los canales de calcio presentes en los nodos senoatriales y atrioventriculares y también los presentes en la vasculatura lisa, el nifedipino actúa solamente sobre estos últimos ocasionando un potente efecto vasodilatador. El descenso del calcio intracelular inhibe el mecanismo contráctil de las células vasculares con la consiguiente vasodilatación, tanto de las arterias coronarias como de los vasos periféricos. La vasodilatación coronaria con el correspondiente aumento del flujo, incrementa la llegada de oxígeno a los tejidos del miocardio, al mismo tiempo que la vasodilatación periférica reduce las resistencias periféricas, la presión arterial sistémica y la postcarga. La reducción de la postcarga, a su vez, reduce la presión de las paredes del miocardio y, en consecuencia, su demanda de oxígeno. El balance positivo entre la demanda reducida y la llegada incrementada del oxígeno explica que el

nifedipino y otras dihidropiridinas tengan efectos beneficiosos sobre la angina, en particular la angina crónica estable y la angina vasoespasmotica.

El nifedipino no muestra efectos clínicos sobre la conducción auriculoventricular, si bien en la mayoría de los casos induce una taquicardia refleja, consecuencia de la reducción de la presión sistémica. Aunque en los pacientes con la función ventricular normal, el nifedipino no afecta usualmente los parámetros cardíacos, sus efectos inotrópicos negativos - consecuencia de la reducción de la presión arterial - pueden aumentar la fracción de eyección y reducir la presión de llenado del ventrículo izquierdo. En consecuencia, el nifedipino no debe ser utilizado en los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. El tratamiento del nifedipino en la angina inestable es objeto de controversias. Aunque el nifedipino ocasiona una intensa vasodilatación coronaria, también produce una taquicardia refleja con el correspondiente aumento del consumo de oxígeno. Si este consumo es superior al aumento de la llegada de oxígeno, el balance del gas puede ser negativo, empeorando la isquemia y la angina. Por este motivo, muchos autores prefieren la administración de dihidropiridinas de segunda generación, que al tener una semi-plasmática mucho más larga producen una vasodilación que se instaura lentamente y una taquicardia menor o, eventualmente, la administración concomitante de un beta-bloqueante para contrarrestar la taquicardia refleja Pérez, Moreno, Mellado (36).

La inducción al aborto se realizó en 9,80% de embarazadas que presentaron síndrome de Hellp.

El tratamiento del Síndrome de Hellp se basa en finalizar el embarazo. Se debe valorar en primer lugar las condiciones maternas, debiendo poder ingresar a la embarazada en un hospital que disponga de una unidad cuidados intensivos maternos y de unidad de cuidados intensivos neonatales. En segundo lugar, hay que valorar la condición fetal y tener en cuenta las semanas de gestación. Si la edad fetal es de unas 32

semanas de amenorrea, en un Hellp clase I menos de 50000 plaquetas, se asistirá al parto en 24 horas. Si la edad gestacional es menor, se procurará madurar el pulmón del feto y estabilizar el Hellp, en ocasiones excepcionales, se podrá continuar el embarazo por espacio de 2 ó 3 semanas, ingresando a la madre en la unidad de cuidados intensivos. El tercer punto, será controlar la tensión arterial, si se hallara elevada y a continuación, se hará prevención de posibles convulsiones con sulfato de magnesio y se vigilará la función renal Gómez (37).

Otros estudios relacionados con esta investigación presentan los siguientes aportes: Morales (8) la preeclampsia en este grupo de pacientes jóvenes es mayor con el 57% de casos en comparación con las de mayor edad. La Preeclampsia se desarrolla con más frecuencia en pacientes mayores de 20 años. En cuanto a las consecuencias de esta enfermedad del embarazo se tiene que el 80% de casos terminaron en cesárea siendo pacientes jóvenes. El 98% de los Recién nacidos fueron a términos, mientras que el 2% de los recién nacidos se presentaron pequeños para la edad gestacional. Suárez, Gutiérrez, Cabrera, et al (9) encontraron que los Predictores de Preeclampsia/Eclampsia en la mayoría de la paciente fueron nulíparas (70%), con mala nutrición de exceso (80%) y edades extremas (56.6%), encontrándose gestantes con riesgo de síndrome metabólico. Bravo, Sánchez, Sosa, et al (10) reporto que entre las características clínicas de las gestantes con hipertensión arterial crónica atendidas el 68,3% presentó preeclampsia sobreagregada. La tasa de filtración glomerular estimada fue < 90ml/min en 9,8%, el 58,8% presentó proteinuria en 24 horas > 300mg. El 73,2% tuvo parto abdominal, 41,5% de los recién nacidos fueron prematuros y el 39,1% tuvo peso menor a 2500 g. El 68,3% presentó preeclampsia sobreagregada. Alrededor de las tres cuartas partes requirió cesárea. No se reportaron muertes maternas. Alrededor de la mitad de las pacientes requirió dos o más antihipertensivos. Los antihipertensivos utilizados con más frecuencia fueron alfametildopa, amlodipino y nifedipino.

Como se ha visto párrafos arriba el embarazo desencadena la aparición de hipertensión arterial y las siguientes teorías explican este fenómeno: la teoría inmunitaria propuesta por Cunningham et al (2), refiere que la hipertensión esta mediada por la mala adaptación inmunitaria materna placentaria, donde esta alterada la formación de anticuerpos bloqueadores contra los antígenos placentarios. Mongrut (11), manifiesta que, a partir del segundo trimestre, las mujeres destinadas a presentar preeclampsia tienen mayor proporción de células T auxiliares en comparación a las normotensas. Los linfocitos T auxiliares secretan citosinas específicas que su disfunción favorece a la preeclampsia. Rigol (12), considera que existe una intolerancia inmunitaria entre los vasos uterinos maternos y las células trofoblástica, desencadenando una respuesta inflamatoria con la liberación de factores lesivos endoteliales. Se encuentran concentraciones elevadas de Factor necrosante tumoral α en el suero de las pacientes preeclámpicas.

La teoría del auto-cuidado se centra en los conceptos de persona, salud, enfermedad, ambiente, y enfermería, considerando el autocuidado como un acto propio de los seres humanos. Esta teoría plantea la importancia que tiene el control de la salud durante el embarazo para que el tratamiento sea oportuno. Al respecto los profesionales de la enfermería deben brindar una atención de calidad, para que la embarazada con trastorno hipertensivo tomen decisiones sobre su salud modificando sus conductas de riesgo para su salud. El logro de la toma de conciencia del autocuidado que requiere la embarazada con hipertensión, a través de las posibilidades que le puede brindar el personal de enfermería debe nutrirse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, modificables o no, crear así los niveles de compromiso, para conservar la salud y bienestar de las personas.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento de mayor uso entre las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018, fue el reposo decúbito lateral izquierdo 47.1% (24) y el que menos uso tuvo fue el aborto inducido en un 9.8% (5).
2. El tratamiento más frecuentemente usado para el tratamiento de la preeclampsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018, fue el reposo en decúbito lateral izquierdo en un 47.1% (24).
3. El tratamiento más utilizado frente a la preeclampsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018 fue la administración de cloruro de sodio en un 3.9% (19) y el reposo en decúbito lateral izquierdo 35.3% (18).
4. El tratamiento más utilizado frente a la eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018 fue la administración de cloruro de sodio 3.9% (2) y la administración de metildopa 3.9% (2).
5. El tratamiento frente al síndrome de Hellp en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018 utilizado en total de gestantes fue el aborto inducido en un 9.8% (5).

RECOMENDACIONES

AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA

Aplicar el protocolo de manejo con respecto a dosis para cada tipo de trastorno hipertensivo, además hacer un seguimiento exhaustivo sobre la evolución de la paciente.

Realizar capacitaciones a los profesionales de salud, en aspectos de trastornos hipertensivos durante el embarazo y otras complicaciones obstétricas.

Promover la educación sobre los riesgos durante el embarazo mediante campañas de publicidad a través de los medios de comunicación y sesiones educativas en el área de salud.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Desarrollar investigaciones educativas destinados a informar sobre la importancia de un control prenatal y de su relación con la salud del recién nacido.

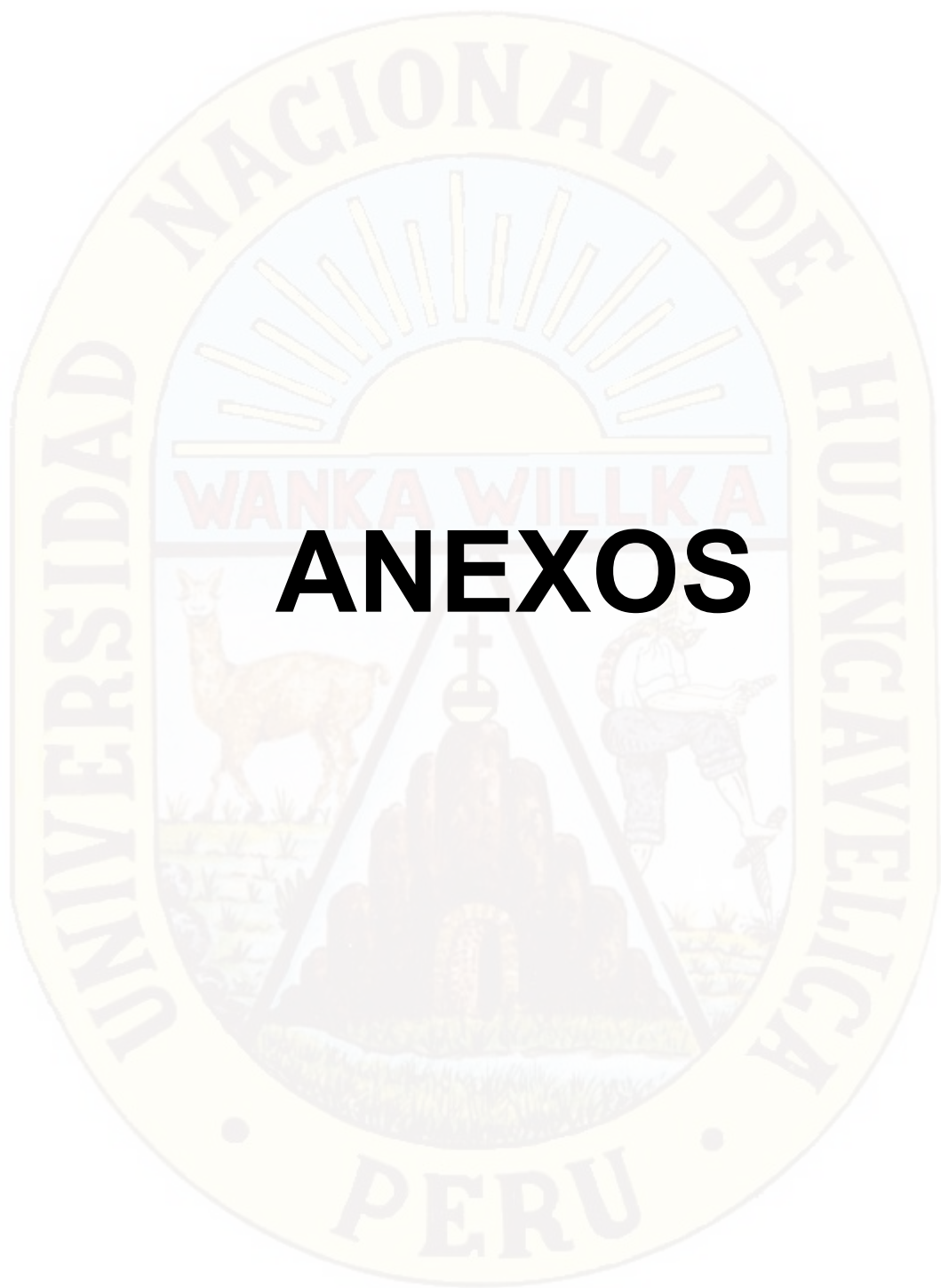
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Pacheco J. Ginecología Obstetricia y reproducción Lima: Revista Especializadas Peruanas; 2007.
2. Cunningham G, al e. Obstetricia de Williams. 23rd ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2011.
3. Barrientos et al.. Seguimiento y control del embarazo en Atención Primaria Castilla-León: Sociedad Castellana; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre Preeclampsia y eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2011.
5. Ministerio de Salud de Perú. Orientaciones para la atención integral de salud en el nivel primario Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2007.
6. Huancavelica DRdS. Estadística anual. 2013..
7. Huancavelica OdEeldHDD. Analisis Situacional en Salud. Huancavelica Hospital Departamental de Huacavelica., Estadística e Informática; 2013.
8. Morales GP. Prevalencia de preeclampsia en adolescentes y protocolos para prevención. Tesis de titulación. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
9. Suárez JA, Gutiérrez M, Cabrera MR, Corrales A, Salazar ME. Predictores de preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 Mayo-ago.; 37(2): p. 154-61.
10. Bravo J, Sánchez J, Sosa H, Díaz J, Miyahira J. Características clínicas de las gestantes con hipertensión arterial crónica atendidas en un hospital general de Lima. Informe de investigación. Lima - Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado; 2013.
11. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 3rd ed. Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.
12. Rigol O. Obstetricia y Ginecología Cuba: Ciencias Médicas; 2004.

13. Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM, Grazia M. Enfermería ginecoobstétrica 1st ed. México: Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2006.
14. Ralph C, Carvajal J. Manual de Obstetricia y Ginecología. 1st ed. Chile Pontificia Universidad Catolica de Chile; 2009.
15. Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y ginecología. texto integrado. 7th ed Colombia: Ediciones Tinta Fresca; 2004.
16. Schwarcz R, Fescina RH, Duverges CA. Obstetricia España: Grupo Ilhsa S.A 2005.
17. Pellicer A, Hidalgo JJ, Perales A, Díaz C. Obstetricia y ginecología Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S. A; 2013.
18. González J, J.M L, Fabre E, González E. Obstetricia Barcelona: Elsevier España, S.L; 2013.
19. Frenk J. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. 1st ed. Salud Sd, editor. Chapultepec- México: Dirección General de Salud Reproductiva; 2002.
20. Parra P, Beckles M. Scielo SA. [Online].; 2005 [cited 2014 setiembre 25 Available from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022005000100002.
21. Definicion.de. Definicion.de. [Online].; 2014 [cited 2014 Octubre 10. Available from: <http://definicion.de>.
22. PortalesMedicos.com. Diccionario médico. [Online].: PortalesMedicos.com 2011 [cited 2014 Octubre 5. Available from http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante.
23. Hernández R, Fernández C, Baptista MdP. Metodología de la Investigación. 5th ed. Mares J, editor. México D.F.: McGraw Hill Interamericana; 2010.
24. Sánchez Carlessi H, Reyes Meza C. Metodología y diseños de investigación científica Lima: Visión Universitaria; 2006.
25. Pacora P. El origen de la preeclampsia y la eclampsia: la placentación. Rev Pe Ginec Obstet. 2006 agos; 52(4): p. 202-12.

26. Wolf M, Kettyle E, Sandler L, Ecker JL, Roberts J, Thadhani R. Obesity and preeclampsia: the potential role of inflammation. *Obstet Gynecol*. 2001 Nov. 98(5): p. 757-62.
27. Brennand AE, Dannenbaum D, Willows ND. Pregnancy outcomes of First Nations women in relation to pregravid weight and pregnancy weight gain. *Obstet Gynaecol Can*. 2005 Oct.; 27(10): p. 936-44.
28. Guzmán W, Ávila M, Contreras RE, Levorio M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex*. 2012 jul.; 80(7) p. 461-66.
29. Villegas A. Incidencia y factores de riesgo asociados a preeclampsia-eclampsia estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis. Lima: Hospital Nacional Cayetano Heredia; 1997.
30. Moreno Z, Sanchez S, Piña F, Reyes A, Williams M. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. *An Fac. med*. 2003 abr./jun. 64(2): p. 101-6.
31. Céspedes E, Rodríguez K, Llópiz N, Cruz N. Un acercamiento a la teoría de los radicales y el estrés oxidativo en el envejecimiento. *Rev Cubana Invest Biomed* 2000; 19(3): p. 186-90.
32. Aller J, Páges G. *Obstetricia moderna*. 3rd ed. Santa Cecilia: McGraw Hill Interamericana; 2008.
33. Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)* Barcelona: Gráfica Marte; 2007.
34. Barnany M, Foz M. Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. 2000 124(5): p. 103-09.
35. Ponce S. Nutrición, sobrepeso y obesidad: algunas consideraciones desde la perspectiva de la salud pública. *Rev Univ Sonora*. 2006 jun.; 94(5): p. 7.
36. Pérez A, Moreno R, Mellado C. *Tratado de Nutrición* Madrid: Gil; 2005.
37. Gómez Gea. Hipotiroidismo. *Med Int Mex*. 2010 ago; 26(5): p. 462-71.
38. Cañete M. *Urgencias en ginecología y obstetricia* Madrid: Grupo Schering; 2007

39. Carmona V. La obesidad como problema de salud y su representación en el periódico El Tiempo. Tesis. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Facultad de comunicación y lenguaje; 2009.
40. Quintana NP, Rey DF, Sisi TG, Antonelli CA. Preeclampsia. Posgrado de la Vicerrectoría de Medicina. 2003 nov.; 1(133).
41. Chaves H. Obstetricia básica Sao Paulo: Atheneu; 2008.
42. Drife J, Magowan BA. Ginecología y obstetricia: clínicas Drife J, Magowan BA editors. Madrid: Elsevier; 2005.
43. Sanchez M. Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el hospital provincial general de Latacunga. Tesis. Riobamba Escuela superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública; 2009.
44. Cifuentes R. Ginecología y obstetricia basada en las nuevas evidencias. 2nd ed Bogotá: Distribuna; 2009.
45. Cruz J, Yanes M, Isla A, Hernandez P. Factores de Riesgo de preeclampsia Scielo. 2007 sept.; 72(8): p. 25-32.
46. Cachofeiro V, Miana M, Martín-Fernandez B, Heras Ndl, Lahera V. Obesidad inflamación y disfunción endotelial. Scielo. 2006; 4(4): p. 195-204.
47. Hernández M, Zárate A, Galván RE. Concentración de la adiponectina en perimenopáusicas. Ginecol Obstet Mex. 2008 nov; 76: p. 450-3.
48. Cabrera I. Biblioteca virtual en salud Cuba. [Online].; 2014 [cited 2014 agosto 20]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol10_1_96/car06196.htm



ANEXOS

Anexo N° 01
Matriz de consistencia
“Tratamiento aplicado a gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PREGUNTA GENERAL ¿Cuál es el tratamiento aplicado a gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018? PREGUNTAS ESPECÍFICAS - ¿Cuál fue el tratamiento aplicado frente a la preeclampsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018? - ¿Cuál fue el tratamiento aplicado frente a la preeclampsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018? - ¿Cuál fue el tratamiento aplicado frente a la eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018? - ¿Cuál fue el tratamiento aplicado frente al síndrome de hellp en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - ,2018?	OBJETIVO GENERAL Determinar los tratamientos aplicados a gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica - 2018. OBJETIVOS ESPECÍFICOS - Identificar el tratamiento aplicado frente a la preeclampsia leve en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018. - Reconocer el tratamiento aplicado frente a la preeclampsia severa en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018. - Establecer el tratamiento aplicado frente a la eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018. - Detallar el tratamiento aplicado frente al síndrome de hellp en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2018.	- Tratamiento para trastorno hipertensivo del embarazo.	TIPO DE INVESTIGACIÓN: Básica. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Inductivo, deductivo, estadístico, analítico, descriptivo DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental descriptivo POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO: Población: 50 gestantes. Muestra: 50 gestantes. Muestreo: no es necesario. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: TÉCNICA: Observación. INSTRUMENTO: Guía de análisis documental. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS Técnica estadística: Estadística descriptiva.



Anexo N° 02

Guía de análisis documentario



Datos generales:

Edad:

N° de hijos: ...

Procedencia:

Grado de instrucción:

Instrucciones

Marque con una "X" la respuesta correcta, de acuerdo a lo que se presenta en la historia clínica de la paciente y respecto al tratamiento que se brindó a la hipertensión arterial durante el embarazo.

DIMENSIÓN	ÍTEM	ALTERNATIVA DE RESPUESTA
Preeclampsia leve	1. Reposo en decúbito lateral izquierdo	a) Si b) No
	2. Dieta hipersódica y normo sódica	a) Si b) No
Preeclampsia severa	3. Reposo en decúbito lateral izquierdo	a) Si b) No
	4. Dieta hipersónica y normo sódica	a) Si b) No
	5. Administración de oxígeno de 4 a 6 litros por minuto	a) Si b) No
	6. Cloruro de sodio intravenosa 9%0 1000 cc	a) Si Dosis y frecuencia b) No
	7. Sulfato de magnesio Endovenoso	a) Si Dosis y frecuencia b) No
	8. Metildopa	a) Si Dosis b) No
	9. Nifedipino	a) Si Dosis b) No
Eclampsia	10. Reposo en decúbito lateral izquierdo	a) Si b) No
	11. Dieta hipersónica y normo sódica	a) Si b) No
	12. Administración de oxígeno de 4 a 6 litros por minuto	a) Si b) No
	13. Cloruro de sodio intravenosa 9%0 1000 cc	a) Si b) No
	14. Sulfato de magnesio Endovenoso	a) Si Dosis... b) No
	15. Metildopa	a) Si Dosis b) No

	16. Nifedipino	a) Si Dosis b) No
Síndrome de Hellp	17. Inducir aborto	a) Si b) No



Anexo N° 03
Validez guía de análisis documentario de tratamiento de trastorno hipertensivo durante el embarazo

JUEZ	PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	GRADO ACADÉMICO	INSTITUCIÓN DONDE LABORA
1. Laurente Arana Roxana	Licenciada en obstetricia	-	Bachiller	Hospital Departamental de Huancavelica
2. Principe Sipion Erick	Licenciado en obstetricia	Obstetra en alto riesgo	Bachiller	Hospital II EsSalud Huancavelica
3. Vera Donaires César	Gineco-Obstetra	Medicina Fetal	Bachiller	Hospital Departamental de Huancavelica
4. Fernandez Salas César	Médico Ginecólogo	Ginecología	Bachiller	Hospital II EsSalud Huancavelica
5. Shevchuk Alla	Ginecóloga-Obstetra	Ginecología	Bachiller	Hospital Departamental de Huancavelica

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE	COEFICIENTE V Aiken	DECISIÓN
	1º.	2º.	3º.	4º.	5º.			
1º.	5	5	5	5	5	20	1	A
2º.	5	5	5	5	5	20	1	A
3º.	5	5	5	5	5	20	1	A
4º.	5	5	5	5	5	20	1	A
5º.	5	5	5	5	5	20	1	A
6º.	5	5	5	5	5	20	1	A
7º.	5	5	5	5	5	20	1	A
8º.	5	5	5	5	5	20	1	A
9º.	5	5	5	5	5	20	1	A
10º.	5	5	5	5	5	20	1	A
11º.	5	5	5	5	5	20	1	A
12º.	5	5	5	5	5	20	1	A
13º.	5	5	5	5	5	20	1	A
14º.	5	5	5	5	5	20	1	A
15º.	5	5	5	5	5	20	1	A
16º.	5	5	5	5	5	20	1	A
17º.	5	5	5	5	5	20	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA:

V Aiken

3. REGLA DE DECISIÓN:

A = Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es $\geq$ a 0,8 u 80%

R = Rechaza: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

Tabla de valores V Aiken

Jueces	Acuerdos	V
5	3	0.60
	4	0.80
	5	1.00
6	4	0.67
	5	0.83

	6	1.00
7	5	0.71
	6	0.86
	7	1.00
8	6	0.75
	7	0.88
	8	1.00
9	7	0.77
	8	0.89
	9	1.00
10	8	0.80
	9	0.90
	10	1.00

4. CALCULO

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V = \frac{20}{(5(5 - 1))} = \frac{20}{20} = 1$$

5. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems son aceptados porque el valor V Aiken es 1 este valor expresado en términos porcentuales o 100%. Para la validez del instrumento se promedió el valor de validez de cada ítem resultando el V Aiken igual a 1 que expresado porcentualmente es 100%.

Anexo N° 04

Confiabilidad guía de análisis documentario de tratamiento de trastorno hipertensivo durante el embarazo

1º. Se aplicó el instrumento a una muestra de 10 historias clínicas.

2º. Estadístico de prueba:

Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_r^2}{S_t^2} \right]$$

Leyenda:

k = Número de reactivos.

$\sum S_r^2$ = Varianza de cada reactivo.

S_t^2 = Varianza del instrumento.

3º. Resultado del estadístico de prueba:

Alfa de Cronbach

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,774	8

4º. Escala de alfa de Cronbach:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

5°. Conclusión:

El resultado de la aplicación del alfa de Cronbach arrojó un valor igual a 0,774 que indica una **CONFIABILIDAD ACEPTABLE**.



ANEXO 05
IMÁGENES DE EJECUCIÓN





