

Gamarra, María de los Ángeles y Victoria Micaela González

“Información que tienen las embarazadas sobre la Hipertensión en el embarazo que concurre al Centro de Salud Universitario Padre Gino del Barrio de Ricardo Rojas, partido de Florencio Varela, en el periodo comprendido de Marzo a Septiembre del 2019”

2020

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Gamarra, M.A. y González, V.M. (2020) *Información que tienen las embarazadas sobre la Hipertensión en el embarazo que concurre al Centro de Salud Universitario Padre Gino del Barrio de Ricardo Rojas, partido de Florencio Varela, en el periodo comprendido de Marzo a Septiembre del 2019* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TRABAJO FINAL DE LA CARRERA.

“Información que tienen las embarazadas sobre la Hipertensión en el embarazo que concurre al Centro de Salud Universitario Padre Gino del Barrio de Ricardo Rojas, partido de Florencio Varela, en el periodo comprendido de Marzo a Septiembre del 2019”.

PROYECTO DE INVESTIGACION.

DIRECTOR DE TRABAJO FINAL: Lic. Centeno Graciela.

ALUMNAS:

- ✓ Gamarra María de los Ángeles.
- ✓ Gonzalez Victoria Micaela.

Buenos Aires, 12 de Noviembre de 2019.

INDICE

| | |
|--|--------------|
| I. Introducción..... | 1-3 |
| I.1 Planteamiento del Problema..... | 4 |
| I.2 Justificación y uso de los resultados..... | 5 |
| II. Marco Teórico..... | 6-35 |
| III. Objetivos | |
| III.1 Objetivo General..... | 36 |
| III.2 Objetivos Específicos..... | 37 |
| IV. Metodología..... | 38 |
| IV.1 Tipo de estudio y diseño general..... | 38-39 |
| IV.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión..... | 38 |
| V. Resultados..... | 40-54 |
| VI. Conclusión..... | 55 |
| VII. Recomendación..... | 57 |
| VIII. Referencia Bibliográfica..... | 58 |
| Anexos..... | |

I. INTRODUCCIÓN.

La preeclampsia es una de las complicaciones más preocupantes durante el embarazo, ésta patología que tiene origen desconocido y está asociada a múltiples factores de riesgo, constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en nuestro país, que cobra grandes repercusiones en la práctica obstétrica-perinatal.

El embarazo es un estado que, si bien produce cambios naturales en el organismo, no es patológico, pero el conjunto de circunstancias que ofrece dificultades a estas mujeres es cada vez más relevante, en la actualidad. Un estudio realizado revela que los trastornos hipertensivos complican alrededor del 10% de los embarazos. Sus formas severas, la pre eclampsia y eclampsia, representan alrededor del 4,4% de todos los nacimientos. Para algunos países en vías de desarrollo en situaciones de desventaja

(África), puede alcanzar una incidencia cercana al 18% (WHO 2002). En el año 2007 en Argentina fue la tercera causa de muerte materna, con el 13,7% de todas las muertes. Durante el año 2008 la RMM fue del 40o /oooo, de las cuales, el 16,2% fueron atribuibles a trastornos hipertensivos del embarazo y puerperio (DEIS, 2009).

La OMS estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por Preeclampsia. En 2010 en el Sistema Nacional de Salud se registraron 415 defunciones por preeclampsia-eclampsia, con una tasa de 15.3 por 100 000 NVR, de acuerdo con estos datos se puede señalar que este padecimiento es la primera causa de muerte materna, a pesar de que puede ser previsible en el 35% de los casos, mediante atención prenatal y asistencia obstétrica de buena calidad. Y si tomamos en cuenta estos datos también es necesario considerar que se encuentra asociado a esta morbimortalidad.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que, en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. La optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OMS ha formulado las presentes recomendaciones basadas en datos de investigación con miras a promover las mejores prácticas clínicas posibles para el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia.

En septiembre del año 2000 Argentina se comprometió ante las Naciones Unidas, junto a otros 188 países, a cumplir los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, que priorizan el descenso de la mortalidad materna e infantil, y que serán evaluados en el año 2015. El PLAN FEDERAL DE SALUD (2004-2007) establece prioridades y metas de salud explícitas, a cumplir por términos quinquenales sucesivos. Para la Mortalidad Materna se compromete a un descenso del 20% para el año 2007.

Teniendo en cuenta que entre las cuatro primeras causas de Muerte Materna se ubican las complicaciones de la Hipertensión Arterial en el embarazo, esta Dirección se ha propuesto trabajar activamente en fortalecer las habilidades de los profesionales de todo el país en la atención de las Urgencias Obstétricas y, en este caso en particular, de las patologías hipertensivas del embarazo.

Dentro de este marco, en Diciembre de 2003, se realizó en Buenos Aires el Taller Nacional “La Salud Sexual y Reproductiva: Intervenciones basadas en evidencias científicas y enfocadas desde una perspectiva de género y derechos”,

Para su redacción se convocó a expertos en la materia, para asegurar que se tuvieran en cuenta las mejores evidencias científicas disponibles en la actualidad. Posteriormente se remitió el documento preliminar a la mayoría de las Provincias del país para su corrección y consenso.

La presente Guía está destinada a los integrantes de los Equipos de Salud, que se desempeñen en los tres primeros niveles de atención, del primero al tercer nivel de alta complejidad, pero no se incluyen los tratamientos recomendados para ser realizados en las Terapias Intensivas (Síndrome Hellp, CID por consumo, insuficiencia hepática, etc.). Para lograr la mejor calidad de la atención, todos los integrantes del Equipo de Salud deben complementar el uso de la Guía con la adquisición de destrezas a través de la práctica obstétrica.

Se debe asegurar también, que TODAS las instituciones donde se asisten partos cumplan con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales para garantizar la asistencia básica de las patologías de la embarazada y su hijo.

Florencio Varela es una ciudad argentina ubicada en la zona sur del Gran Buenos Aires, situada en el centro-norte del mismo; a 38 Km de la capital provincial, La Plata. Es la localidad más poblada del partido. Según los datos arrojados por el Censo 2010, la ciudad tiene una población de 146.704 habitantes, a diferencia de los 120.746 del Censo 2001.

Cuenta con el Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo"

El Hospital Mi Pueblo se encuentra en la localidad de Villa Vatteone, cerca de la estación de tren de Florencio Varela, siendo el centro asistencial de carácter público más importante del distrito. Es una institución de salud de gestión provincial.

El hospital es clave para la comunidad, cuenta con una maternidad, con más de 50 camas. Se realizan alrededor de 5.700 bebés cada año, con un promedio de 17 partos al día.

Centro de Salud Universitario Padre Gino, se encuentra en el Barrio de Ricardo Rojas, Bosques, donde funciona el sistema de referencia-contrareferencia para el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela. Este Centro de Salud que cuenta con especialidades no tradicionales, como Obstetricia de Mediano Riesgo, Ginecología, Mastología, Nefrología, Pediatría, Clínica Médica, Diabetología, Oftalmología, Kinesiólogía entre otras. Enfocados a el nuevo perfil epidemiológico de la población de enfermedades crónicas.

Además, se trata del primer Centro de Salud Universitario que permite a los estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche de carreras como Medicina, Enfermería profesional, Kinesiólogía, etc, a realizar sus prácticas en el lugar.

En el Centro de Salud Universitario Padre Gino, realizamos nuestro trabajo de investigación. ¿Qué información tienen las embarazadas de 18 a 45 años, sobre la Hipertensión en el embarazo, que concurren al mismo, en el periodo de marzo a septiembre del 2019?

La definición del tema a investigar surge de la observación como personal de salud, hacia las pacientes embarazadas, de preguntarles si ellas conocían cual es el valor de su tensión arterial que tendrían que tener en el embarazo quienes referían que desconocían los valores de la misma.

Los factores determinantes y condicionantes de la hipertensión arterial de las embarazadas incluyen la problemática situación económica, cultural y sanitaria del sector.

Se define como un problema social sanitario que requiere de estrategias específicas, para afrontar la situación en los tiempos difíciles que estamos transitando, donde la salud ha dejado de ser un derecho social.

I.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION GENERAL

¿Qué información tienen las embarazadas sobre la Hipertensión en el embarazo de 18 a 45 años, que concurren al centro de Salud Universitario Padre Gino del Barrio Ricardo Rojas, partido de Florencio Varela, en el período comprendido de Marzo a Septiembre del 2019?

I.2 JUSTIFICACIÓN

. Con el presente trabajo de investigación se profundizara sobre el tema hipertensión en el embarazo, (Preeclampsia) desde la disciplina de enfermería.

La OMS estima que existe anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia su incidencia es del 5 al 10 % de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor que en los países en vía de desarrollos. En Latinoamérica, la mortalidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%.

La hipertensión inducida en el embarazo es la complicación médica más frecuente. La elevación tensional de la embarazada tiene diversas causas, en primer lugar, el

embarazo puede inducir elevación tensional y daño renal específico para esta condición. Por otra parte, un número importante de mujeres hipertensas en edad fértil son susceptibles de quedar embarazadas y finalmente otras con predisposición genética a desarrollar hipertensión, la expresan en forma transitoria durante la gestación al estar sometidas las alteraciones hemodinámicas y hormonales de esta condición. Siendo también, causante de mortalidad materna y fetal.

Es también la patología más prevalente dentro de la obstetricia, podría ser causante por diferentes variables como falta de información y programas preventivos, que permitan llegar a la comunidad. Para establecer un tratamiento oportuno ya que es una complicación peligrosa para la madre, feto y el recién nacido, también tener en cuenta a esas madres que llegan al parto sin controles prenatales.

Los controles prenatales son la mejor forma de prevenir complicaciones en el embarazo, llevando a cabo en las consultas el control de la presión arterial y dando una charla informativa sobre que es la tensión arterial y sus síntomas, que consecuencias le podría producir al feto y a la madre, permitiendo detectar a tiempo una de las enfermedades más graves que puede presentarse en la mujer embarazada como preeclampsia y la eclampsia.

Se tendría que trabajar en la educación de la población a través de la educación para la salud. Con un proceso que tienda a lograr ideas nuevas, conociendo la parte socio-económica y vulnerabilidad de cada individuo de la comunidad.

La investigación de este informe brindará en el ámbito institucional información sobre las características de las gestantes con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud Universitario Padre Gino, del Barrio Ricardo Rojas. Y como estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, nos dará la oportunidad de ejecutar esta investigación, dejándonos una experiencia importante para nuestra profesión.

La información producida por el presente estudio será de gran importancia para elaborar proyectos, en el marco de la educación de la salud, orientados a brindar información sobre la hipertensión en el embarazo (Preeclampsia).

II.MARCO TEORICO.

La preeclampsia (PE) complica el 3-14 % de todos los embarazos, el 30% de las gestaciones múltiples, el 30% de los embarazos en mujeres diabéticas, y el 20% de las gestaciones en las mujeres con hipertensión crónica. Sin embargo, dos tercios de todos los casos ocurren en embarazadas que, fuera de este desorden, son nulíparas sin otras complicaciones aparentes. La Preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial; aún sigue siendo responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo, y se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal.

Fisiopatología:

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, de causa desconocida, propia de la mujer embarazada. Se caracteriza por una placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica.

La enfermedad se caracteriza por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a un desbalance de los factores que promueven la normal angiogénesis, a favor de factores antiangiogénicos (sFlt-1 o sVEGFr, Factor de Crecimiento Placentario PIGF, Endogлина), que están presentes en exceso en la circulación de pacientes pre eclámpticas, varias semanas antes de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas y evidencia de alteraciones inmunogenética.

Estos factores circulantes conducen al daño endotelial, con el consecuente aumento de la permeabilidad endotelial, pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante plaquetaria.

Se comprobó alteración enzimática para síntesis normal del Óxido Nítrico, que conduce al Stress Oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de Prostaciclina, estimulación del Sistema Renina-Angiotensina, con aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada.

Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta. (Levine 2004 Levine 2006- Xia 2007-Huppertz 2008- Karumanchi 2009)

Los hallazgos clínicos de la preeclampsia pueden manifestarse como un síndrome materno (hipertensión y proteinuria con o sin anomalías sistémicas), y/o un síndrome fetal (restricción del crecimiento intrauterino, reducción del líquido amniótico e hipoxia fetal). Aquellas madres con hipertensión tienen riesgo aumentado para desarrollar complicaciones potencialmente letales, tales como desprendimiento de placenta normal inserta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, falla hepática e insuficiencia renal aguda.

El término Hipertensión en el Embarazo (o Estado Hipertensivo del Embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad

materno-fetal. La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo, está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos propios del embarazo, particularmente la preeclampsia. Debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y sólo diagnosticarse por primera vez durante el mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto.

En el pasado se ha recomendado que un incremento de 30 mm Hg de la tensión arterial sistólica y/o 15 mm Hg de la diastólica se use como un criterio de diagnóstico, incluso cuando los valores absolutos estén debajo de 140/90 mm Hg. Si bien para algunos este aumento es suficiente para diagnosticar hipertensión y para otros no, su presencia obliga a un seguimiento y control mucho más estricto.

- **Se define como Hipertensión, la tensión arterial igual o mayor a 140 mmHg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas en el transcurso de una semana.**

En el pasado se ha recomendado que un incremento de 30 mm Hg de la tensión arterial sistólica y/o 15 mm Hg de la diastólica se use como un criterio de diagnóstico, incluso cuando los valores absolutos estén debajo de 140/90 mm Hg. Si bien para algunos este aumento es suficiente para diagnosticar hipertensión y para otros no, su presencia obliga a un seguimiento y control mucho más estricto.

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).

Recomendaciones para la medición de la Tensión Arterial:

- La toma debe realizarse con la paciente sentada con el brazo a la altura del corazón.

- Debe utilizarse un manguito apropiado que cubra 1,5 veces la circunferencia del brazo. Las pacientes con sobrepeso usualmente no tienen presión sanguínea más alta, sino que los manguitos pequeños causan lecturas falsamente altas. Utilice un manguito grande.
- Para la medición de la tensión diastólica debe utilizarse el 5° ruido de Korotkoff, correspondiente al momento en el que deja de escucharse el sonido del pulso.
- Si hay diferencias en la toma de ambos brazos, debe considerarse el registro mayor. Este brazo, debe ser el utilizado en toma posterior.
- La medición de Tensión Arterial diaria (auto monitoreo), en pacientes instruidas en la técnica, podría ser de utilidad.

Clasificación:

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL: Detección de valores de tensión arterial igual o mayores a 140/90 mm

Hg en dos tomas separadas por 6 hs., descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico de Hipertensión Gestacional o Inducida por el Embarazo es confirmado si la TA ha retornado a valores normales dentro de las 12 semanas del postparto.

PREECLAMPSIA: Desorden multisistémico que se manifiesta, en general, a partir de las 20 semanas de gestación, ante la detección de valores de TA iguales o mayores a 140/90 mm Hg asociado a la presencia de Proteinuria. Excepcionalmente puede manifestarse antes de las 20 semanas en pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional o Síndrome Antifosfolípídico Severo.

Según se exprese, podrá subclasificarse en:

- ✓ **Preeclampsia Leve:** Detección de valores de tensión arterial iguales o mayores a 140/90 mm Hg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria igual o superior a 300 mg/24 hs.
- ✓ **Preeclampsia Grave:** Detección de cifras tensionales iguales o mayores a 160/110 mm Hg o aun con valores tensionales menores, pero asociados a uno o más de los

siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):

Alteraciones hepáticas:

- Aumento de transaminasas.
- Epigastralgia persistente, náuseas/vómitos
- Dolor en cuadrante superior en el abdomen

Alteraciones hematológicas:

- Trombocitopenia (Plaquetas <100.000/mm³)
- Hemólisis
- CID (Coagulación Intravascular Diseminada)

Alteraciones de función renal:

- Creatinina sérica >0,9 mg. /dl.
- Oliguria (menos de 50 ml. /hora)

Alteraciones neurológicas:

- Hiperreflexia tendinosa.
- *Cefalea persistente*
- *Hiper excitabilidad psicomotriz*

Alteraciones visuales:

- Visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia
- Restricción del crecimiento intrauterino /Oligoamnios.
- Desprendimiento de placenta.
- Cianosis - Edema Agudo de Pulmón (no atribuible otras causas).

HIPERTENSIÓN CRÓNICA:

Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación o hipertensión que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y no resuelve a las 12 semanas postparto. Puede ser Primaria o esencial, o Secundaria a patología renal, renovascular, endocrina (tiroidea, suprarrenal) y coartación de aorta.

PREECLAMPSIA SOBREIMPUESTA A LA HIPERTENSIÓN CRÓNICA:

Ante la aparición de proteinuria luego de las 20 semanas o brusco aumento de valores basales conocidos de proteinuria previos, o agravamiento de cifras de TA y/o aparición de síndrome Hellp y/o síntomas neurosensoriales en una mujer diagnosticada previamente como hipertensa.

La preeclampsia sobreimpuesta empeora significativamente el pronóstico materno-fetal en mujeres con hipertensión crónica.

ECLAMPSIA:

Desarrollo de convulsiones tónico clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en la 2da mitad del embarazo, durante el parto o puerperio, no atribuible a otras patologías.

SÍNDROME HELLP:

Grave complicación caracterizada por la presencia de hemólisis, disfunción hepática y trombocitopenia en una progresión evolutiva de los cuadros severos de hipertensión en el embarazo.

Factores de riesgo asociados a trastornos hipertensivos del embarazo.

El riesgo relativo de desarrollo de preeclampsia en el embarazo actual se relaciona con la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos (RR: 9,72; IC95% 4,34 a 21,75); Preeclampsia embarazo anterior (RR:7,19; IC 5,85 a 8,83); Diabetes Tipo 1 y 2 (RR 3,56; IC 2,54 a 4,99); embarazo múltiple (RR:2,93; IC 2,04 a 4,21); historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas (RR 2,90; IC 1,70 a 4,93); edad materna mayor a 40 años (nulípara RR 1,68; IC 1,23 a 2,29; multíparas, RR 1,96; IC 1,34 a 2,87) nuliparidad RR 2,91; IC 1,28 a 6,61 e Índice de Masa Corporal mayor a 35 (RR1,55; IC 1,28 a 1,88).

El riesgo de preeclampsia se vio también incrementado en mujeres con hipertensión crónica, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes crónicas y con intervalo inter genésico mayor a 10 años. No se observó un incremento del riesgo en mujeres adolescentes. (DUCKITT 2005) Nivel de evidencia 2a 2b.

Diagnóstico de hipertensión arterial.

Durante las visitas preconcepcional y de embarazo, es necesario el control de la tensión arterial en todas las consultas, ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente.

Se considera hipertensión al registro de dos tomas de tensión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg, separadas por 6 horas.

- **Referir la paciente a centros con adecuada complejidad y capacidad resolutive, una vez que se ha establecido el diagnóstico.**

Evaluación de la paciente embarazada o puerpera hipertensa.

Evaluación clínica:

Evaluación general:

- Anamnesis orientada a la patología.
- Evaluación clínica general: Sensorio, TA, Pulso, Aparato cardiovascular y respiratorio, presencia de edemas localizados y/o generalizados, várices, reflejos osteotendinosos,
- palpación abdominal.

Evaluación obstétrica:

- Amenorrea.
- Altura Uterina.
- Maniobras de Leopold.
- MF-FCF.
- Tono y contractilidad uterinos.
- Pérdidas genitales (sangre-líquido amniótico).
- Especuloscopía y tacto vaginal según corresponda.
- Evaluación puerperal, según se manifieste pos nacimiento.

Exámenes complementarios:

- ✓ ***Exámenes de Laboratorio:*** La evaluación inicial de la paciente hipertensa incluye la realización de las siguientes pruebas de laboratorio para medir el impacto de la

enfermedad hipertensiva en los diferentes órganos determinando así la severidad y progresión del cuadro hipertensivo. La frecuencia de su realización se establecerá de acuerdo a cada caso en particular, según condiciones clínicas.

✓ ***Función renal:***

- Creatinina plasmática.
- Uremia.
- Uricemia.
- Sedimento urinario.

✓ ***Estudios hematológicos:***

- Hematocrito.
- Recuento de Plaquetas.
- Frotis de sangre periférica.
- Coagulograma - PDF - Fibrinógeno.

✓ ***Función hepática:***

- Enzimas hepáticas.
- LDH.
- Bilirrubina.

| | | VALORES NORMALES EN EMBARAZO | |
|--------------------------------------|--|---|--|
| DETERMINACIÓN | INTERPRETACIÓN | | |
| <i>FUNCIÓN RENAL</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Creatinina Plasmática. ✓ Uricemia. ✓ Proteinuria de 24 hs. ✓ Sedimento de orina en fresco. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valor elevado o en aumento es marcador de PE. ✓ Su aumento progresivo es frecuente. Se asocia con retardo de crecimiento intrauterino. ✓ La presencia de > 300 mg/día Hace diagnóstico de PE. ✓ La presencia de cilindros granulosos indica daño renal. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hasta 0,8 mg%. ✓ < 4 mg %. ✓ < 300 mg/día. |
| <i>ESTUDIOS HEMATOLÓGICOS</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hematocrito. ✓ Recuento plaquetario. ✓ Coagulograma con fibrinógeno. ✓ Frotis de sangre periférica. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ La hemoconcentración (Hto. >37%) es característica de la patología. Los niveles pueden descender en caso de hemólisis (Grado de recomendación D). ✓ Recuentos < 100.000, corresponden con la severidad del cuadro (síndrome HELLP) (Grado de recomendación C). ✓ Hipofibrinogenemia sólo en casos severos, con aumento de los productos de degradación del fibrinógeno (PDF), especialmente complicado con DPNI o CID. ✓ Pueden aparecer esquistocitos que indican la magnitud de daño endotelial con la presencia de hemólisis. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ < 37% ✓ De 150.000 a 300.000 / mm³. ✓ Los valores normales de fibrinógeno aumentan durante el embarazo normal hasta en un 50% (200 - 400 mg%) ✓ Serie y morfología normal. Discreta leucocitosis. |
| <i>FUNCIÓN HEPÁTICA</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ GOT y GPT. ✓ LDH | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Su aumento sugiere PE con compromiso hepático. ✓ Niveles elevados se asocian con hemólisis y daño hepático. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ No se modifican en un embarazo normal GOT: 8-33 UI / L* GPT: 4-36 UI / L* ** ✓ Hasta 230 UI/L. |

- **Evaluación cardiovascular:** Electrocardiograma (ECG) y Examen clínico cardiológico.
- **Fondo de ojo:** No es necesario realizarlo de rutina. Se solicita en el transcurso del control prenatal en los casos de hipertensión crónica o en pacientes pre eclámpticas/eclámpticas con manifestaciones persistentes de compromiso oftalmológico.

- **Ecografía renal:** En casos de alteración de la función renal, infecciones urinarias a repetición o antecedentes de nefropatías.
- **Ecografía Hepática:** Realizarla en casos de Síndrome HELLP, ante presunción clínica de hematoma subcapsular, rotura hepática o hemoperitoneo por dolor en cuadrante superior derecho del abdomen o epigastrio y/o descompensación hemodinámica.
- **TAC-RMN de SNC:** No recomendado ante episodio eclámptico. Sólo en casos de sospecha clínica de complicación neurológica (hematoma o hemorragia cerebral), recurrencia de convulsiones que no responden a las medidas terapéuticas recomendadas o ceguera cortical, especialmente post Eclampsia.
- **Estudios en situaciones especiales:** De acuerdo a criterio médico, ante sospecha o antecedente de Enfermedades Autoinmunes, Trombofilias, Hipertiroidismo, etc.

Vigilancia de la Salud Fetal:

- **Conteo de movimientos fetales:** Consiste en el registro materno de 10 movimientos fetales en un lapso de 2 horas, en condiciones de reposo y post ingesta. No se asoció a reducción significativa de mortalidad fetal si se compara con el registro de la percepción subjetiva materna de una disminución de la actividad fetal.
- **Monitoreo Fetal Ante parto:** No está demostrado que mejore los resultados perinatales. (Recomendación D). Pero brinda información del estado fetal al momento de su realización, aunque no aporte información predictiva.
- **Ecografía obstétrica:** El RCIU ocurre en aproximadamente el 30% de las mujeres con preeclampsia; habitualmente es de tipo asimétrico. La reducción del volumen del líquido amniótico también está asociado a insuficiencia placentaria, y a restricción en el crecimiento fetal, debido a un mecanismo de redistribución de flujos, disminuyendo la diuresis fetal.
- **Flujometriadoppler:** El estudio del flujo en la arteria umbilical en los embarazos de alto riesgo ha permitido predecir mortalidad y morbilidad perinatal. Trabajos aleatorizados y controlados en pacientes pre eclámpticas demostraron que la ausencia de diástole en la arteria umbilical o el flujo reverso de fin de diástole, se

correlacionan con hipoxia y acidosis metabólica fetal y son signos de mal pronóstico fetal.

- **Monitoreo fetal intraparto:** Es recomendable el Monitoreo Fetal Electrónico Intraparto en pacientes con Preeclampsia.

* **GRÁFICO 1: Evaluación inicial y conducta en la paciente hipertensa.** (Protocolo). Ver en Anexo

- **Hipertensión Crónica:**

La Hipertensión Crónica puede ser esencial (90% de los casos) o secundaria de causa conocida (renal, vascular, endocrina, etc.)

La hipertensión crónica durante el embarazo se clasifica como:

- ✓ **LEVE: TA >140 / 90 mm Hg.**
- ✓ **SEVERA: TA >160 / 110 mm Hg.**

El diagnóstico es sencillo de hacer en mujeres que refieren tomar medicaciones antihipertensivas antes de la concepción. Sin embargo, el diagnóstico puede ser difícil de distinguir de la hipertensión gestacional cuando la mujer se presenta a la consulta luego de la semana 20ª. En estos casos será importante reevaluar a las pacientes en el puerperio alejado, si la hipertensión persiste más de 12 semanas posparto, será clasificada como crónica. Cuando no puede realizarse un diagnóstico certero, otros resultados podrían ser sugestivos de la presencia de hipertensión crónica:

1. Fondo de ojo con alteraciones vasculares.
2. Hipertrofia de ventrículo izquierdo por ECG (electrocardiograma).
3. Función renal comprometida o nefropatía asociada.
4. Presencia de otras patologías médicas que llevan a la hipertensión.
5. Multiparidad con historia previa de hipertensión en los embarazos previos.
6. Edad materna avanzada (> 40 años).

A veces el diagnóstico es difícil de hacer debido a los marcados e inconstantes cambios de la presión arterial hacia la mitad del embarazo. Esto es problemático en las pacientes que acuden tarde al control prenatal, y son evaluadas por primera vez en el tercer trimestre o aun intraparto.

Hipertensión Gestacional:

Un aumento de tensión arterial detectado por primera vez después de las 20 semanas del embarazo, es clasificado como Hipertensión Gestacional. Este término, poco específico, incluye a las preeclámpticas previo a la aparición de la proteinuria, así como a mujeres que jamás tendrán proteinuria. Si no se ha desarrollado una preeclampsia y la tensión arterial ha vuelto al valor normal posparto, podría asignarse el diagnóstico de hipertensión gestacional. En cambio si la tensión arterial no vuelve a los valores normales estaremos en presencia de una hipertensión crónica.

Preeclampsia:

Síndrome específico del embarazo que ocurre después de las 20 semanas de gestación (raramente antes, asociado a enfermedades del trofoblasto como mola hidatiforme o hidrops). Está determinado por hipertensión acompañada de proteinuria. Puede ser Leve o Severa.

Preeclampsia sobreimpuesta a una Hipertensión Crónica:

Las hipertensas crónicas tienen riesgo aumentado de desarrollar preeclampsia en sus embarazos, y en ese caso el pronóstico empeora para la madre y el feto. Diferenciar la preeclampsia sobreimpuesta de una hipertensión crónica evolutiva es un desafío para el profesional. La sospecha de preeclampsia sobreimpuesta obliga a una observación estricta y una adecuada evaluación de la oportunidad del nacimiento indicado por la valoración global del bienestar materno-fetal.

Eclampsia:

Es la aparición de convulsiones tónico-clónicas o coma en una mujer embarazada o puerpera, no atribuible a otras causas. Ante la presencia de estos síntomas, deberán establecerse los diagnósticos diferenciales mediante antecedentes de la paciente, sintomatología previa, respuesta al tratamiento y estudios complementarios.

Manejo de los Trastornos Hipertensivos del embarazo.

Generalidades:

- La terapia indicada es elegir el momento oportuno y el lugar adecuado para la terminación de la gestación.
- El manejo obstétrico de la preeclampsia se basa fundamentalmente en el balance entre la salud fetoneonatal y la salud materna.
- No existen evidencias sobre mejores resultados entre conductas activas o expectantes en el manejo de la preeclampsia.

El rol de la medicación antihipertensiva en las mujeres embarazadas con hipertensión leve (TA diastólica entre 90 a 109 mm Hg) es incierto y es motivo de revisión actual.

- **La medicación antihipertensiva reduce el riesgo de progresión a hipertensión severa, pero no reduce la incidencia de preeclampsia ni mejora los resultados perinatales.**

El intento de tratar la preeclampsia descendiendo las cifras tensionales, con los fármacos disponibles, no corrige las alteraciones fisiopatológicas endoteliales de la

enfermedad, como ser la hipoperfusión tisular, la disminución del volumen plasmático y las alteraciones en la función renal.

Manejo conservador en Embarazos < 34 semanas:

El manejo conservador en embarazos prematuros puede mejorar los resultados perinatales, pero debe realizarse un cuidadoso monitoreo del estado materno-fetal.

- ✓ Internación en área de observación.
- ✓ Sulfato de Magnesio en dosis profiláctica por 24 hs en casos de preeclampsia grave.
- ✓ Glucocorticoides para maduración fetal entre 24 y 34 semanas.
- ✓ Laboratorio seriado que incluya:
 - Hemograma con Recuento de Plaquetas.
 - Creatinina, Urea, Acido Urico.
 - Hepatograma y LDH.
 - Proteinuria de 24 hs.
 - Laboratorio habitual del embarazo (Glucemia, Serologías, Orina completa, Urocultivo, Cultivo Estreptococo B., etc.)
 - Antihipertensivos (ver consideraciones sobre antihipertensivos y dosis).
 - Control de diuresis.
 - Control de peso cada 24-48 horas (edemas).

Hipertensión crónica:

El objetivo del tratamiento es evitar la crisis hipertensiva y permitir continuar el embarazo hasta alcanza la madurez fetal. El tratamiento precoz no previene el desarrollo de preeclampsia, por lo tanto solo se iniciará cuando esté indicado.

En la HTA crónica, los tratamientos administrados previamente deberán ajustarse a las condiciones del embarazo: a dosis, indicaciones y contraindicaciones (Ver tabla de Drogas antihipertensivas en el embarazo). A las pacientes que estén recibiendo Inhibidores de enzima convertidora (IECA) o antagonistas de Angiotensina II (ARA II) se les modificará la medicación en la consulta preconcepcional, o en su defecto, en la primera visita al control prenatal.

Control posparto:

No debe subestimarse, ya que el agravamiento y las complicaciones, como la preeclampsia sobreimpuesta, eclampsia, síndrome Hellp y las cifras de TA inestables son frecuentes en este período. (Ver Capítulo 23: Manejo Post parto) Se debe realizar un control clínico y bioquímico completo, con el ajuste de la medicación adecuado para otorgar el alta.

Medidas No Farmacológicas:

Como en todas las embarazadas, el uso de alcohol y tabaco se desaconseja. El consumo de alcohol puede empeorar la hipertensión materna y el hábito de fumar se asocia a desprendimiento de placenta y RCIU.

- **Reposo en cama:**

Es el tratamiento más prescrito en las pacientes con hipertensión y embarazo. No se dispone de evidencia suficiente para brindar una orientación clara con respecto a la práctica clínica, hasta tanto, el reposo absoluto en cama no debe recomendarse como práctica de rutina para la hipertensión en el embarazo, aunque si la reducción de la actividad física y de la jornada laboral. Además el reposo en cama prolongado aumenta el riesgo de trombosis venosa profunda.

- **Reducción de peso:**

No se recomienda la reducción de peso durante el embarazo en la prevención de la hipertensión gestacional.

- **Restricción de Sodio:**

Se comparó la ingesta baja en sal con la ingesta alta en sal con respecto al desarrollo de hipertensión sin diferencias significativas. Se recomienda dieta normosódica en

pacientes con hipertensión gestacional o preeclampsia. Sólo corresponde continuar dieta hiposódica indicada previamente en hipertensas crónicas.

Criterios de Internación:

- **Se recomienda hospitalización en aquellas embarazadas que presenten preeclampsia, en cualquiera de sus formas, ya que la presencia de proteinuria, mayor a 300 mg/24 hs, implica enfermedad avanzada y el inicio de una fase inestable en la que la salud del feto y de la madre puede deteriorarse de forma impredecible.**

Criterios de Internación: Se recomienda internación / observación (ambulatoria o diurna) a toda paciente embarazada con HTA gestacional y TAD entre 90 y 99 mm Hg para control estricto de TA.

- Tensión Arterial Sistólica > 160 mm Hg, Tensión A. Diastólica > 110 mm Hg.
- Presencia de síntomas neurosensoriales.
- Preeclampsia.
- HTA crónica + preeclampsia sobreimpuesta.
- RCIU / Oligoamnios
- HTA Gestacional con TAD > 99 mm Hg.
- HTA crónica con mal control ambulatorio.
- Alteraciones específicas del laboratorio.
- Incumplimiento al tratamiento.

Control de la Salud Fetal en pacientes hospitalizadas.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

PREECLAMPSIA

| | |
|---|---|
| <p>Ecografía: Evaluación del crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico. Si es normal, repetir cada cuatro semanas, o antes si la condición materna se modifica.</p> | <p>Ecografía: Evaluación del crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico inicial. Con resultados normales repetir biometría cada 2 semanas, con evaluación semanal, de líquido amniótico.</p> |
| <p>Monitoreo FetalAnteparto: Al momento del diagnóstico y reiterar semanalmente o cada 72 hs a partir de las 32 semanas.</p> | <p>Monitoreo Fetal Anteparto: Al momento del diagnóstico y reiterar cada 72 hs, a partir de las 32 semanas.</p> |
| <p>Doppler: Evaluación de arterias umbilical, cerebral media y uterinas. Reiterar según criterio para cada caso, cada 7 a 14 días.</p> | <p>Doppler: Evaluación de arterias umbilical, cerebral media, uterinas. Reiterar según criterio para cada caso, cada 7 a 14 días.</p> |

Maduración Pulmonar Fetal.

- **Se recomienda la maduración pulmonar fetal con glucocorticoides inyectables en las embarazadas con hipertensión arterial, entre las 24 y 34 semanas.**

- ✓ **Betametasona:** 1 ampolla IM de 12 mg (6 mg de Fosfato + 6 mg de acetato) cada 24 hs, total 2 dosis o bien,
- ✓ **Dexametasona:** 1 ampolla IM (6 mg) cada 12 hs, totales 4 dosis.

Tratamiento farmacológico.

Tener presente que toda medicación puede actuar sobre el feto por atravesar la barrera placentaria. Al administrar medicación antihipertensiva, una disminución

pronunciada de la TA puede reducir el flujo útero-placentario y comprometer la salud fetal. Por lo tanto, no es recomendable reducir la TA diastólica a menos de 80 mm Hg como objetivo del tratamiento farmacológico.

En HTA leve a moderada se puede reducir el riesgo de desarrollar hipertensión grave a la mitad con la utilización de un fármaco antihipertensivo, aunque no previene el riesgo de desarrollo de preeclampsia, ni de las complicaciones perinatales.

- **Ante cifras tensionales mayores a 160/100 mm Hg, la terapia antihipertensiva se realiza con el objeto de disminuir las complicaciones maternas, como la hemorragia cerebral.**

Drogas recomendadas para el manejo vía oral (ambulatorio o sin emergencia):

El tratamiento se inicia con la dosis mínima y se modificará según necesidad.

| DROGA | DOSIS DIARIA | COMENTARIOS |
|----------------|--|--|
| ALFA METILDOPA | 500 a 2000 mg/día, comprimidos de 250 a 500 mg en 2 a 4 dosis. | Agonista alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica. Primera elección para la mayoría de las sociedades científicas. Seguridad bien documentada luego del 1° trimestre y mientras dure la lactancia. |
| LABETALOL | 200 a 1200 mg/día, comprimidos de 200 mg en 2 a 4 dosis | Bloqueante no selectivo de los receptores alfa y beta, con actividad agonista parcial de receptores β2. Disminución de la resistencia periférica por bloqueo alfa en los vasos periféricos. Seguridad en embarazo y lactancia. |
| NIFEDIPINA | 10-40 mg/día, comprimidos de 10 y 20 mg en 1 a 4 dosis | Bloqueante de los canales de calcio. Se recomiendan los preparados por vía oral de liberación lenta. No debe administrarse por vía sublingual para evitar riesgo de hipotensión brusca. Seguridad en embarazo y lactancia. |

Emergencias hipertensivas.

La preeclampsia grave es diagnosticada por uno o más de los siguientes signos o síntomas:

MANIFESTACIONES DE ENFERMEDAD GRAVE DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • TA > 160 mm Hg sistólica o > 110 mm Hg diastólica. • Proteinuria > 5 g/24 horas. • Aumento de la creatinina (> 0,9 mg%). • Edema pulmonar o cianosis. • Oliguria < 500 ml/24 hs. | <ul style="list-style-type: none"> • Hemólisis microangiopática. • Trombocitopenia. • Disfunción hepática. • RCIU / oligoamnios severo. • Síntomas de daño significativo de órganos blancos (cefalea, disturbios visuales y/o dolor en hipocondrio derecho/epigastrio, alteración del sensorio) |
|---|--|

Crisis hipertensiva: TA > 160/110 mm Hg.

El objetivo de tratar la hipertensión severa aguda es prevenir las potenciales complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares como la encefalopatía, la hemorragia cerebral y la insuficiencia cardíaca congestiva.

La droga antihipertensiva más comúnmente utilizada es el Labetalol, recomendado en mujeres con presión diastólica igual o mayor a 105 - 110 mm Hg.

La TA debe ser reducida con tratamiento endovenoso si alcanza los 160-170/110 mm Hg para prevenir la hemorragia intracraneana. Se considera como respuesta la disminución de 30 mm Hg y 20 mm Hg en la sistólica y diastólica respectivamente.

La utilización de un agente antihipertensivo dependerá de la experiencia y familiaridad del profesional con esa droga, reconociendo sus efectos adversos posibles, fundamentalmente la caída brusca de la tensión arterial que trae aparejado la hipoperfusión tisular y disminución del flujo útero placentario.

Manejo farmacológico de la Crisis Hipertensiva:

- **El Labetalol EV ó la Nifedipina oral han demostrado ser eficaces y presentan menores efectos materno-fetales adversos.**

DROGA

DOSIS Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN

| | |
|---|---|
| <p>LABETALOL Amp. de 4ml = 20mg</p> | <p>INFUSIÓN EV INTERMITENTE: 20 mg (1 ampolla diluida en 100 ml sol. dextrosada 5%) IV lento, a pasar en 10-15 min. Efecto máximo: a partir de los 5 minutos. Si no desciende la TA a los 15 minutos, duplicar la dosis: 40 mg (2 ampollas), si no desciende la TA, duplicar la dosis: 80 mg (4 ampollas). Si persiste la HTA, a los 15 minutos repetir dosis anterior: 80 mg (4 ampollas). Dosis máxima EV total: 220-300 mg y 80 mg diluidos por bolo lento.</p> <p>INFUSIÓN CONTINUA (BOMBA DE INFUSIÓN): 40 ml = 10 ampollas en 160 ml Sol Dextrosa 5% (200 ml); pasar en 1 a 2 ml/min. = 1 a 2 mg/min. Efecto materno: Cefalea, Bradicardia. Contraindicada en asma bronquial, ICC, Bloqueo A-V. Efecto fetal: bradicardia leve.</p> |
| <p>NIFEDIPINA Comp. 10 y 20mg.</p> | <p>10 mg. VO cada 30 ó 40 minutos según respuesta. La dosis máxima es de 40 mg. Sólo se administrará con paciente consciente. Efecto materno: Cefalea, tuforadas. Contraindicada en >45 años, Diabetes > 10 años de evolución. Efecto fetal: taquicardia.</p> |
| <p>HIDRALAZINA Amp. de 1 ml = 20mg</p> | <p>5 mg EV (luego continuar con 5 a 10 mg EV cada 15 - 20 minutos hasta alcanzar una dosis total de 40 mg. Logrado el efecto, continuar con esa dosis cada 6 hs. Importante efecto taquicardizante materno-fetal. Se asoció a mayor incidencia de desprendimiento placentario.</p> |
| <p>CLONIDINA Amp. De 1 ml = 1.5mg</p> | <p>Utilizar sólo cuando las otras drogas no estén disponibles. Bolo de 0,15 mg y luego 0,75 mg en 500 cm³. de solución Dextrosa al 5% a 7 gotas / min. ó 21 micro gotas. Efecto adverso: Caída brusca de la TA, con disminución de flujo útero placentario y compromiso fetal. Aumento de TA al suspender el tratamiento ("efecto rebote") y depresión del SNC (puede confundir pródromos de eclampsia).</p> |

Prevención de la Eclampsia en Preeclampsia Grave:

SULFATO DE MAGNESIO.

- **Existe suficiente evidencia de que el Sulfato de Magnesio debe ser utilizado como droga de primera línea para la prevención de las convulsiones eclámpticas en mujeres durante el embarazo, parto o puerperio con Preeclampsia grave.**

Acciones del sulfato de magnesio:

El efecto del sulfato de magnesio sobre el control de las convulsiones eclámpticas puede ser, 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, aumentando el flujo de calcio hacia las neuronas causando la injuria celular. El magnesio podría bloquear estos receptores, reduciendo así el mecanismo antedicho y protegiendo a las neuronas del daño. Además, esta droga, produce vasodilatación, con la subsiguiente reducción de la isquemia cerebral, por relajación del músculo liso vascular. Este efecto también se observa en la vasculatura periférica, generando disminución de la tensión arterial leve, y en el útero con disminución del tono uterino.

- **El Sulfato de Magnesio no debe ser utilizado como droga antihipertensiva, siempre debe asociarse a aquellas recomendadas para tal fin.**

Efectos adversos del Sulfato de Magnesio:

- ✓ **Maternos:** Disminución o abolición de reflejos osteotendinosos, tuforadas, hipotensión, depresión respiratoria hasta paro respiratorio, bloqueo a-v, bradicardia hasta paro cardíaco.
- ✓ **Fetales:** Disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal a corto plazo, en el registro cardiotocográfico, sin relevancia clínica (ATKINSON 1994). No se asoció a depresión farmacológica del neonato ni con modificaciones del puntaje de Apgar.

Administración de Sulfato de Magnesio:

➤ **ESQUEMA ENDOVENOSO:**

Es el universalmente recomendado.

Ataque: Comenzar con 5 g de Sulfato de Magnesio (4 ampollas de 5 ml ó 2 ampollas de 10 ml al 25%) en 10 cc Dextrosa 5%, en bolo endovenoso lento, a pasar en 10-15 minutos.

Mantenimiento: Continuar con un goteo de 20 g de sulfato de magnesio (16 ampollas de 5 ml u 8 ampollas de 10 ml al 25%) en 500cc Sol Dextrosa al 5% o Ringer, a 7 gotas/minuto o 21 microgotas/minuto, si bien, por razones de seguridad, se recomienda uso de bomba de infusión continua, a 21 micro gotas por minuto (1 gramo / hora).

Duración del tratamiento: 24 hs, en el embarazo o puerperio.

Si se presenta recurrencia de convulsiones se debe repetir el bolo endovenoso diluido de 2,5 a 5g de Sulfato de Magnesio.

➤ **ESQUEMA INTRAMUSCULAR:**

Debido a que la inyección de Sulfato de Magnesio por vía intramuscular resulta muy dolorosa, *sólo se utilizará encasos donde no exista la posibilidad de colocar unavenoclis* en caso de recibir a una paciente embarazada o puerpera con signos-sintomatología de irritación neurosensorial, en episodio convulsivo o postconvulsivo, en nivel de atención primaria, para administrar bolo de sulfato de magnesio y dosis de mantenimiento, mientras se logre el traslado urgente a nivel de mayor complejidad.

La dosis intramuscular es de 10 gramos, a ser aplicada 5 gramos en cada región glútea.

Monitoreo clínico de la paciente con sulfato de Magnesio:

El tratamiento debe garantizar los siguientes criterios:

1. Reflejo rotuliano presente
2. Frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones /minuto
3. Diuresis mayor a 100 ml/h

Los reflejos rotulianos y la frecuencia respiratoria deben ser controlados cada 30 minutos. Tener en cuenta que el Sulfato de Magnesio se elimina completamente por orina, por lo que se debe constatar un ritmo de diuresis horaria suficiente, en bolsa colectora, para evitar alcanzar niveles plasmáticos de toxicidad. Si disminuye la excreción urinaria,

se debe reducir velocidad de infusión a la mitad o retirar, si no responde a expansión controlada o eventualmente luego de uso de furosemida. Garantizada la adecuada respuesta diurética, podrá reinstalarse la infusión de Sulfato de Magnesio.

No es necesario realizar magnesemia de control. La desaparición del reflejo patelar se manifiesta con magnesemias por encima de 10 a 12 mEq/l y por encima de 15 mEq/l aparece depresión respiratoria, por lo que se requiere monitoreo clínico estricto.

Intoxicación por Sulfato de Magnesio:

Ante sospecha clínica de intoxicación (disminución de la Frecuencia respiratoria, depresión respiratoria, paro respiratorio, bradicardia o paro cardíaco):

- *El Gluconato de Calcio es el antídoto, y se administrará 1g IV lento (1 ampolla).*
- Administre Oxígeno a 4 l/min. por catéter nasal o 10 l/min. por máscara, oximetría de pulso y, en casos más severos, proceder a la intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.

Finalización del embarazo.

La terminación del embarazo es el tratamiento eficaz y curativo de la preeclampsia; y estará condicionada por la respuesta a la terapéutica instituida previamente, a la vitalidad y a la madurez fetal.

Antes de llegar a la viabilidad fetal (menos de 24 semanas), se debe priorizar la salud materna, y estrechar la vigilancia ante cambios clínicos y / bioquímicos que indiquen agravamiento de la enfermedad.

En mujeres con enfermedad leve (HTA Gestacional-Preeclampsia leve): la interrupción de la gestación no está indicada en un embarazo menor de 37 semanas, sin evidencia de compromiso fetal.

La vía del parto estará determinada por las características individuales de cada caso. La decisión del parto se realizará cuando la paciente se encuentre estabilizada.

Indicaciones para la interrupción de la gestación.

1. Cifras hipertensivas refractarias al tratamiento
2. Alteración de la vitalidad fetal
3. Restricción Severa del Crecimiento Intrauterino /Oligoamnios Severo

4. Eclampsia.
5. Desprendimiento Prematuro de Placenta
6. Impacto de órgano blanco:
 - Edema agudo de pulmón
 - Compromiso de la función renal (aumento de la creatinina sérica > 1 mg/dl, oligoanuria que no responde a expansión controlada)
 - Alteraciones de la función hepática: TGO o TGP duplicadas del valor normal, con epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho, que indican Síndrome Hellp en curso o con todos sus criterios diagnósticos (ver capítulo 21)
 - Cefalea persistente, disturbios visuales o alteraciones neurológicas
 - Alteraciones de la coagulación (Plaquetopenia progresiva-Coagulación intravascular diseminada).

*** GRÁFICO 2: Manejo de Preeclampsia. (Protocolo). Ver en Anexo**

Eclampsia.

Definición:

Es la aparición de convulsiones o coma, sin relación con otros procesos cerebrales, en una paciente durante el embarazo, parto o puerperio con signos o síntomas de preeclampsia. En algunos casos, el ataque eclámptico precede a otras manifestaciones clínicas (HTA) o de laboratorio (proteinuria, etc.) características de la Preeclampsia.

Puede presentarse anteparto en el 38-53%, intraparto en el 18-36% o postparto en el 11- 44%. El 91% se presenta en embarazos mayores de 28 semanas.

Las convulsiones de la eclampsia son del tipo generalizadas tónico - clónicas. La mujer suele morder su propia lengua, a no ser que se encuentre protegida, y los movimientos respiratorios están ausentes durante toda la convulsión. Seguido a la convulsión sobreviene un período postictal, de duración variable, luego del cual y al recobrar el estado de conciencia, la paciente no puede recordar nada de lo sucedido.

Puede presentar convulsiones repetidas. Es necesaria la hospitalización urgente de la paciente en el nivel adecuado para la correcta asistencia y estabilización materno-fetal y finalización del embarazo.

Manejo ante un episodio de Eclampsia:

1. No intentar abolir o acortar la convulsión inicial. No se recomienda administrar drogas del tipo del Diazepam
2. Evitar las lesiones maternas durante la convulsión.

Se coloca un dispositivo acolchado (mordillo) entre los dientes de la paciente para evitar que se muerda la lengua. Se coloca a la mujer sobre su lado izquierdo y se aspiran la espuma y las secreciones de la boca.

3. Mantener una adecuada oxigenación. Mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno, oximetría de pulso.
4. Minimizar el riesgo de aspiración.
5. Colocar sonda vesical Foley y bolsa colectora para medir diuresis horaria.
6. Administrar Sulfato de Magnesio. Se coloca una vía intravenosa de gran calibre.
7. Control de la hipertensión arterial. Administrar medicación antihipertensiva a fin de reducir los niveles tensionales en no más de un 30% de las cifras que presentó la paciente al momento de la convulsión. Se podrá utilizar Labetalol, Hidralazina, en esquemas endovenosos, o Nifedipina vía oral sólo si ha recobrado la

conciencia. En los casos refractarios a los tratamientos anteriores, evaluar la utilización del Nitroprusiato de Sodio en unidades de cuidados intensivos. En lo posible, utilizar monodroga hasta completar la dosis máxima recomendada. De no lograrse el descenso de la TA esperado, se podrá asociar una segunda droga, hasta su dosis máxima.

8. Realizar análisis de laboratorio en forma seriada: Hemograma, Rto. Plaquetario, Frotis de sangre periférica, Ácido Úrico, Creatinina, Hepatograma, LDH (evaluar complicación con Síndrome Hellp), gases en sangre.
9. Corrección de la acidemia materna.
10. Interrupción del embarazo.

Una vez que se ha estabilizado a la madre y realizado la recuperación fetal intraútero, que en la mayoría de los casos requerirá cesárea de urgencia, a excepción de encontrarse la paciente en período expulsivo del parto, con presentación cefálica encajada, continuar la infusión endovenosa de mantenimiento con Sulfato de Magnesio, durante todo el procedimiento quirúrgico o parto vaginal.

Tratamiento de la Eclampsia: Sulfato de Magnesio.

- **El Sulfato de Magnesio es el anticonvulsivante de elección para las pacientes con eclampsia.**

El Sulfato de Magnesio reduce el riesgo de recurrencia de eclampsia (MAGPIE 2002).

En casos de recurrencia de convulsiones, se debe mantener infusión por 24 hs desde el *último episodio o desaparición de síntomas prodrómicos neurosensoriales*.

El Sulfato de Magnesio comparado con el Diazepam se asoció con una reducción de la muerte materna y una reducción sustancial de recurrencia de convulsiones.

En aquellos casos infrecuentes de refractariedad al tratamiento de las recurrencias con Sulfato de Magnesio, se podrá utilizar Fenobarbital, con una dosis inicial de 1 gramo IV, infundido con bomba a razón de 16,7 mg/min; en total 1 hora de infusión.

Ante falta de respuesta a los tratamientos IV, reiterando episodios convulsivos, se deberá completar evaluación neurológica mediante RMN o TAC cerebral, para establecer la posibilidad de complicación hemorrágica y diagnóstico diferencial con otras patologías neurológicas.

Diagnósticos diferenciales de Eclampsia:

- ACV: hemorragias: hematomas subdurales /cerebrales
 - Aneurisma-malformación congénita
 - Embolia o trombo arterial
 - Trombosis venosa cerebral
 - Encefalopatía hipoxicoisquémica
 - Angiomas
- Desórdenes convulsivos
- Tumores cerebrales
- Desórdenes metabólicos: hipoglucemia, hiponatremia.
- Trombofilias
- Intoxicaciones
- Síndrome post punción dural
- Vasculitis

Síndrome Hellp.

Definición:

Es una de las mayores complicaciones en la progresión de una Preeclampsia que se caracteriza por hemólisis, elevadas enzimas hepáticas y descenso de plaquetas, acompañado o no por signos clínicos como HTA severa, dolor epigástrico o en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos y malestar general.

Complica del 10% a 20% de las preeclampsias y representa la máxima expresión de daño endotelial, con necrosis periportal y focal; y depósitos de fibrina en sinusoides hepáticos. En su evolución produce distensión de la cápsula hepática y puede llegar a la disfunción orgánica múltiple, con marcada repercusión en el sistema de la coagulación y/o al hematoma subcapsular y a la catastrófica rotura hepática.

EL 70% se manifiesta en el embarazo y 30% en el puerperio, en el contexto evolutivo de una Preeclampsia, aunque el 10% a 20% de los casos pueden cursar sin proteinuria.

Diagnóstico.

Los exámenes de laboratorio son usados para el diagnóstico y como un indicador de la severidad del cuadro.

El diagnóstico del Síndrome Hellp se ha basado en diferentes criterios. El más utilizado es el de Tennessee:

Criterios diagnósticos de laboratorio del Síndrome Hellp.

| | |
|-----------------------------------|---|
| HEMÓLISIS | LDH > 600 UI/L Anormalidad en frotis de sangre periférica (Esquistocitos, Células en timón de rueda, en erizo) Bilirrubina sérica > 1,2 UI/L |
| ENZIMAS HEPÁTICAS ELEVADAS | GOT > 70 UI/L GPT > 40 UI/L LDH > 600 UI/L |
| RECuento DE PLAQUETAS BAJO | < 100.000 por mm ³ Clase 1: < 50.000 por mm ³ Clase 2: 50.000 a 100.000 Clase 3: 100.000 a 150.000 por mm ³ |

Manifestaciones clínicas:

Dolor progresivo o brusco en cuadrante superior derecho y/o epigastrio o irradiado a hombro, náuseas, vómitos, signos de shock, oligoanuria, bradicardia fetal hasta muerte fetal si se demora la intervención, en una mujer embarazada de más de 20 semanas o puerpera (excepcionalmente antes de las 20 semanas asociado a Síndrome Antifosfolipídico catastrófico).

Si el Recuento Plaquetario es < 50.000 por mm³, o existe sangrado activo, se deberá evaluar el Fibrinógeno, los PDF o Dímero D, Tiempo de Protrombina y KPTT para descartar progresión a CID.

Ecografía hepática/abdominal:

Ante sospecha clínica de hematoma subcapsular, rotura hepática, hemoperitoneo por dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, homalgia, caída brusca del hematocrito, signos de shock y para realizar diagnóstico diferencial con otras patologías.

Conducta y manejo del Síndrome Hellp.

Se basa en cuatro pilares:

1. El diagnóstico temprano.
2. La finalización del embarazo expeditivo.
3. La terapia agresiva de las complicaciones
4. Prevención de Eclampsia con Sulfato de Magnesio

La paciente debe ser ingresada para su manejo interdisciplinario en Unidad de Terapia Intensiva. El manejo antihipertensivo sigue lo recomendado en capítulo de Preeclampsia Grave.

- **Todas las mujeres embarazadas o puérperas con Síndrome Hellp deberán recibir Sulfato de Magnesio IV, para prevención de eclampsia.**

Se deberá evaluar a través de la clínica y el laboratorio seriado (cada 8-12 hs) la aparición de complicaciones como la falla renal, la coagulación intravascular (las más comunes de observar), el hematoma subcapsular, la rotura hepática, el desprendimiento de placenta, edema agudo de pulmón dado la elevada morbimortalidad materna que conllevan.

Sólo podrá contemplarse un manejo expectante por 24 a 48 hs en madres estables en sus parámetros clínicos y bioquímicos, para lograr inducción de la maduración pulmonar fetal en embarazos menores a 34 semanas, teniendo siempre en cuenta que en la mayoría de los casos de Síndrome Hellp el curso clínico es rápidamente evolutivo.

El manejo específico del Síndrome Hellp contempla:

- **Corticoides en altas dosis:** Dexametasona 10 mg IV cada 12 hs durante 48 hs o hasta mejoría del Recuento Plaquetario.

Estudios observacionales y pequeños estudios randomizados sugieren que la utilización de corticoides puede asociarse con mejoría de la Plaquetopenia a las 24 a 48hs, disminución de la Hemólisis y la LDH a las 36 hs, disminución de las enzimas hepáticas (más tardío) y acortamiento del tiempo de hospitalización materna.

Si bien otros estudios randomizados y una revisión Cochrane concluyeron que es insuficiente la evidencia para determinar que el uso de corticoides en el Síndrome Hellp se asocie a una reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

- **Transfusión de Plaquetas:** Con Recuento Plaquetario < 50.000/dl, con rápida caída y/o coagulopatía y sangrado. Con < 20.000/dl previo a la finalización del embarazo o puerperio.

- **Transfusión de glóbulos rojos y hemoderivados:** Ante hemólisis o hemorragia, caída del Hematocrito
- **Cirugía exploratoria:** Ante sospecha clínica y/o diagnóstico ecográfico de rotura espontánea de hematoma subcapsular: shock, hemoperitoneo, la laparotomía de urgencia, con asistencia de Cirujano General y sostén hemodinámico y transfusional intensivo puede salvar la vida. (Packing, Lobectomía, ligadura de pedículos hepáticos).

Diagnósticos diferenciales del Síndrome Hellp.

- Hígado graso agudo del embarazo
- Síndrome urémico hemolítico del adulto
- Síndrome Antifosfolípídico Catastrófico
- Crisis lúpica aguda
- Colestasis gravídica
- Cuadros hépatobilio-pancreáticos agudos (hepatitis virales, colecistitis, pancreatitis, etc)
- Púrpura trombocitopénica o autoinmune
- Anemia megaloblástica aguda.

Prevención primaria de la Preeclampsia.

Suplementación de Calcio.

La suplementación con 1,5 g /día de Calcio no previene la preeclampsia pero reduciría su severidad.

- **La suplementación con Calcio en la dieta reduciría a la mitad la incidencia de hipertensión gestacional y Preeclampsia en poblaciones con baja ingesta de Calcio en la dieta.**

Aspirina en bajas dosis: 75 a 100 mg/día.

Se halló una reducción del 17% en el riesgo de Preeclampsia asociada con el uso de Aspirina en bajas dosis

El seguimiento de los niños a 2 años ha demostrado que el uso de baja dosis de Aspirina es seguro durante el embarazo.

- **A las mujeres que tengan factores de riesgo elevado de Preeclampsia se les debería recomendar el uso de Aspirina en baja dosis.**

* **GRÁFICO 3: Síndrome de Hellp. (Protocolo). Ver en Anexo**

Objetivo General.

- Determinar el tipo de información que tienen las embarazadas de 18 a 45 años, sobre la hipertensión en el embarazo que concurren al centro de Salud Universitario Padre Gino del barrio Ricardo Rojas, partido de Florencio Varela, en el período comprendido de Marzo a Septiembre del 2019.

Objetivos Específicos.

- Caracterizar a las mujeres con hipertensión en el embarazo, según edad, nivel de instrucción, estado civil.
- Identificar qué información tienen sobre las consecuencias de la hipertensión arterial en el embarazo.
- Corroborar si realiza diariamente el control de tensión arterial.
- Determinar si consideran importante saber el riesgo que provoca la hipertensión en el embarazo.
- Verificar la principal fuente de información que adquirieron sobre el tema.
- Conocer si en sus embarazos anteriores tuvo hipertensión arterial.
- Corroborar que auto cuidados conocen sobre la hipertensión arterial en el embarazo.
- Analizar los antecedentes personales y familiares de las gestantes con hipertensión arterial.
- Identificar si reconocen algunas adicciones que les podría perjudicar a su embarazo como el alcohol, drogas, tabaco.
- Conocer si realizan los controles prenatales.
- Indagar cuantos partos tuvo previamente.
- Conocer semanas de gestación.
- Verificar si tuvo alguna patología previa
- Indagar si tiene conocimiento como va hacer el parto.

Metodología de estudio:

Tipo de estudio: Descriptivo, (cuantitativo, transversal).

Descriptivo se conocerán los conocimientos de las mujeres embarazadas con hipertensión arterial atendidas en el Servicio de Toco ginecología y Obstetricia del Centro de Salud Padre Gino de Florencio Varela.

Población de Estudio.

Todas las mujeres embarazadas de 18 a 45 años con hipertensión y sin hipertensión que acudan al Servicio de Toco ginecología y obstetricia, del Centro de Salud Padre Gino.

Muestra.

Se tomará de muestra a 105 pacientes, embarazadas con y sin hipertensión arterial, que ingresen a la institución de 18 a 45 años.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes con diagnóstico de Síndrome hipertensión gestacionales.
- Pacientes embarazadas sin hipertensión gestacional.
- Pacientes que presentaron complicaciones relacionadas con pre eclampsia en el embarazo.
- Que cumplan con la edad y el lugar del dicho establecimiento (18 a 45 años).
- Que deseen participar de la encuesta

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Pacientes embarazadas, que no estén interesadas a participar.
- Que no cumplan con la edad y el lugar del establecimiento.

Fuentes instrumentos.

Para esta investigación se utilizara una fuente de información primaria y secundaria.

- Primaria: Porque se realizará una encuesta con la paciente.
- Secundaria: Porque obtendré información a través de las historias clínicas obstétricas y las hojas de registro de enfermería.

La técnica usada será la revisión documental de las historias médicas, obstétricas de las embarazadas con hipertensión arterial y sin hipertensión arterial.

El instrumento será un cuestionario con preguntas cortas y sencillas. Es una técnica rápida y accesible para el encuestado, requiere menor tiempo (anexo n1) conteniendo los indicadores de la variable que permitirá recolectar la información necesaria, para dar la respuesta al problema y objetivos planteados.

Recolección de datos

Para la recolectar los datos, se solicitará permiso mediante petitorio escrito al director Centro de Salud Universitario Padre Gino, durante el periodo de estudio, donde se recopilará información de las historias clínicas obstétricas de las embarazadas con hipertensión arterial y sin hipertensión arterial. Una vez obtenida la información se volcaran los datos a una tabla realizada en el programa Excel para su agrupamiento y clasificación para realizar una categorización.

Los resultados se presentaran en tablas y gráficos a través del Programa Microsoft Office Word y Excel.

Resultados.

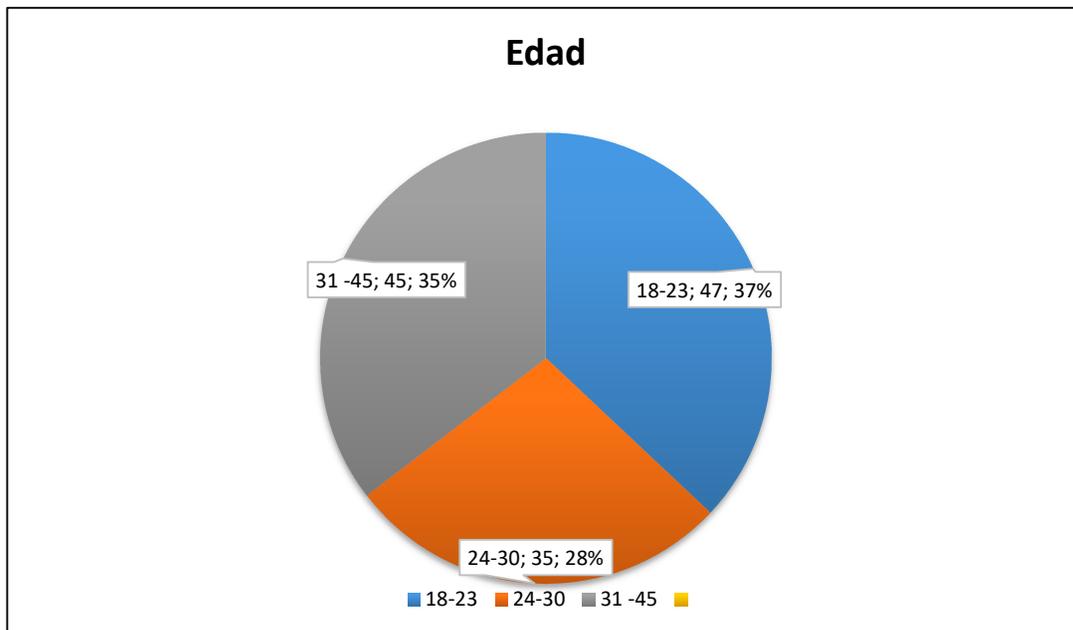
Resultados de encuestas realizadas a pacientes con HTA en el embarazo.

Tabla N°1

Frecuencia de pacientes por grupo de edad 18 a 45 años en el período de Marzo a Septiembre del 2019. En el Centro de Salud Padre Gino.

| Edad | N° | % |
|--------------|-----|------|
| >18-23 | 47 | 37 % |
| 24-30 | 35 | 28 % |
| 31-45 | 23 | 35 % |
| Total | 105 | 100% |
| | | |

Gráfico N°1: Frecuencia de pacientes por grupo de edad, de 18 a 45 años en el mes de Marzo a Septiembre del 201 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

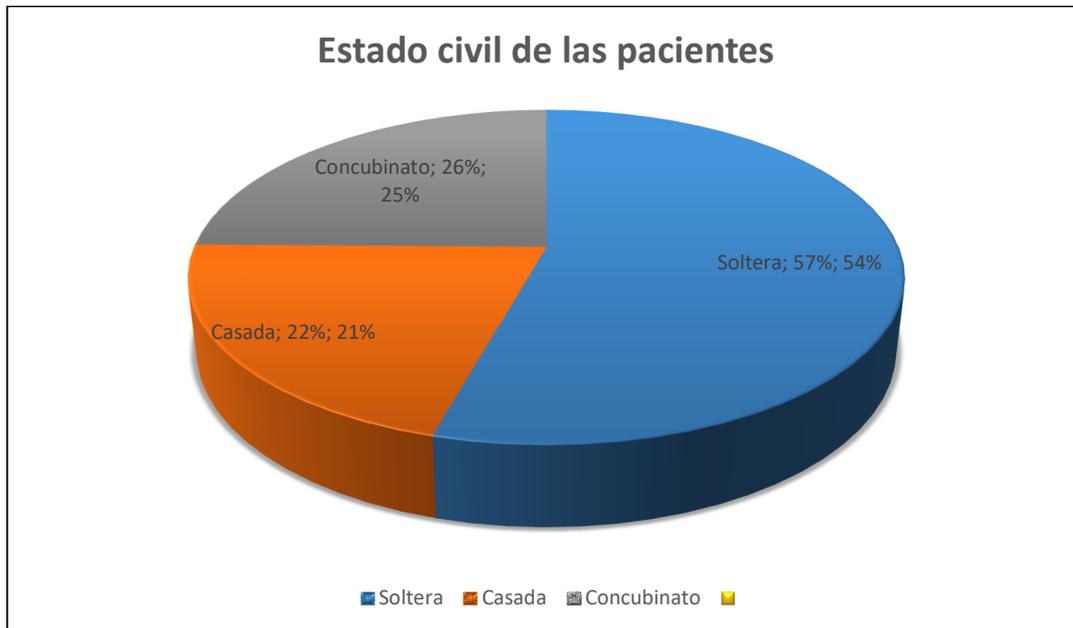
De los 105 pacientes estudiadas la mayor proporción de casos es del 37%, se encuentran en el rango de 18-23 años, seguidas de las pacientes de 31 a 45 años con el 35%, a la par las mujeres entre 24 a 30 años con un 28% lo que muestra un promedio de pacientes jóvenes, mientras que hay menor proporción en las edades avanzadas.

Tabla N°2

Estado civil de pacientes que asistieron en el periodo de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.

| Estado | N° | % |
|--------------|------------|-------------|
| Soltera | 57 | 54% |
| Casada | 22 | 21% |
| Concubinato | 26 | 25% |
| Viuda | 0 | 0% |
| Total | 105 | 100% |

Tabla N°2. Estado civil de las pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

Con respecto al estado civil se observa un claro dominio de mujeres solteras con el 57 %, seguidas por concubinato con un 26 % y en menor porcentaje en mujeres casadas con el 22 %.

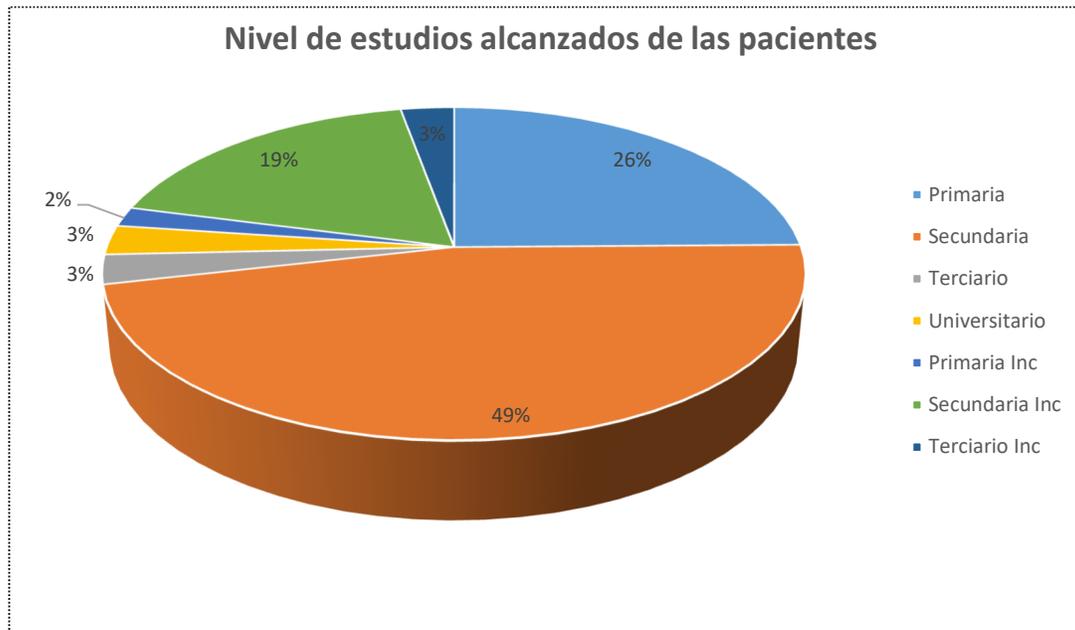
Tabla N°3

Nivel de estudios alcanzados, en pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.

| Escolaridad | N° | % |
|-----------------------|------------|-------------|
| Primaria | 26 | 26% |
| Primaria Incompleta | 2 | 2% |
| Secundaria | 49 | 49% |
| Secundaria Incompleta | 19 | 19% |
| Terciaria | 3 | 3% |
| Terciaria Incompleto | 3 | 3% |
| Universitario | 3 | 3% |
| Total | 105 | 100% |

Gráfico N°3

Nivel de estudios alcanzados de las pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

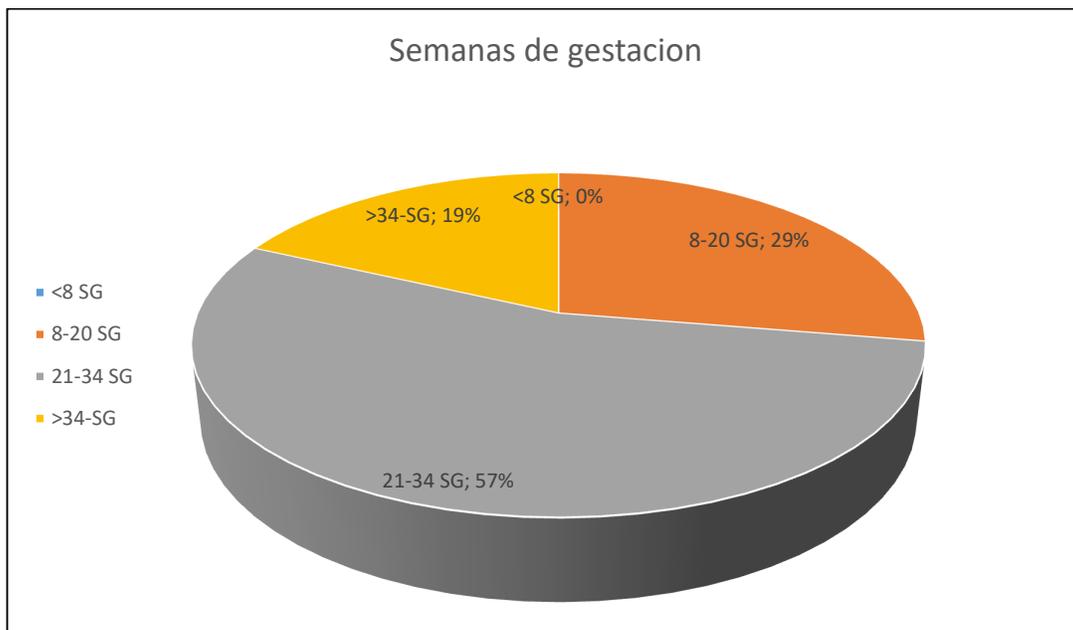
En cuanto a la escolaridad se presenta una mayor proporción de pacientes con instrucción secundaria, 49%, Secundaria Inc 19% seguida por primaria con un 26%, primaria Inc 2% mientras la proporción es baja en las opciones de escolaridad extremas así; terciario con el 3% y el 3% de universitario.

Tabla N°4

Edad gestacional en pacientes del mes de marzo a septiembre del 2019. En el Centro de Salud Padre Gino.

| Edad gestacional | N° | % |
|------------------|-----|------|
| <8 SG | 0% | 0% |
| 8-20 SG | 29% | 29% |
| 21-34 SG | 57% | 57% |
| >34-SG | 19% | 19% |
| Total | | 100% |

Gráfico N°4. Edad gestacional de pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

Podemos observar que, en cuanto a la edad gestacional, encontramos que un porcentaje muy bajo es del 19% de pacientes presentaron una edad gestacional mayor a las 34 semanas, mientras que el 57 % mostraron una edad gestacional de 21 a 34 semanas. Y de 8 a 20 semanas solo con el 29 %.

Tabla N°5

Paridad en pacientes que asistieron, de marzo a septiembre del 2019. En el Centro de Salud Padre Gino.

| Paridad | N° | % |
|----------------|------------|-------------|
| Nulípara | 47 | 47% |
| Múltipara | 58 | 58% |
| Total | 105 | 100% |

Gráfico N°5. Paridad en pacientes que asistieron, de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

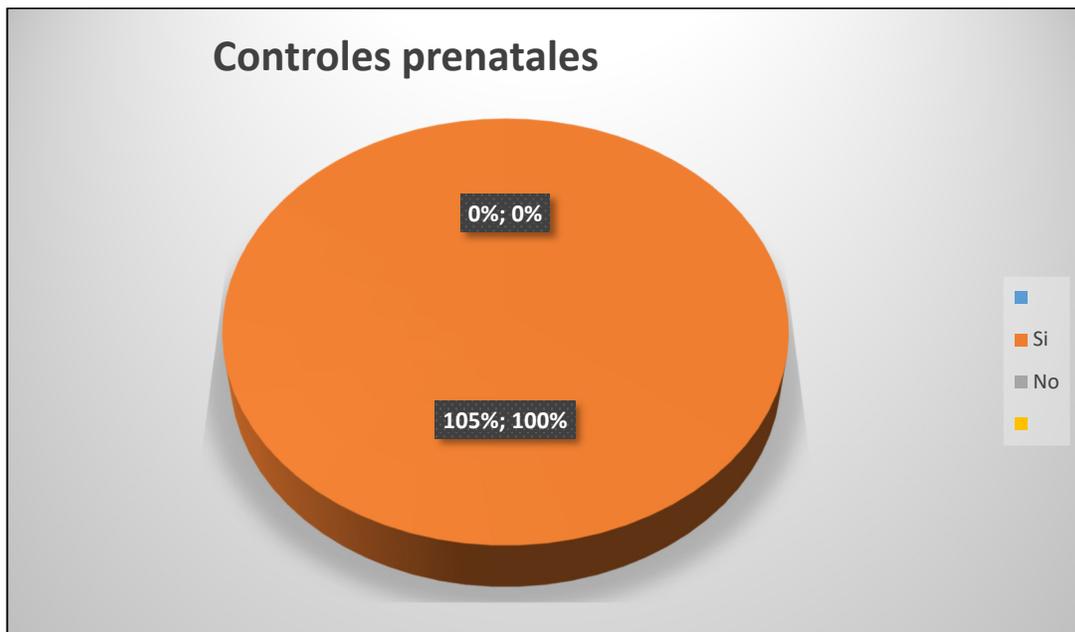
Se observa un promedio del 58% de mujeres múltiples, seguido por las nulíparas con un 47%.

Tabla N° 6.

Controles prenatales en pacientes que asistieron, de marzo a septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.

| Controles prenatales | N° | % |
|-----------------------------|------------|-------------|
| 0 | | |
| Si | 105 | 100% |
| No | 0 | |
| Total | 105 | 100% |

Grafico N°6. Controles prenatales en pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

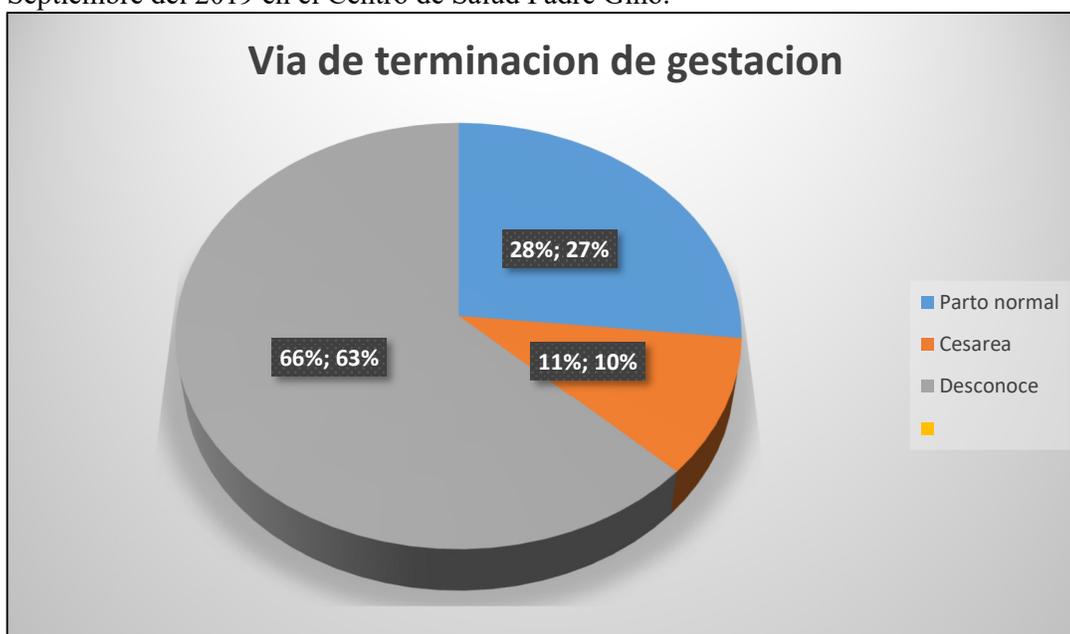
En los resultados dados de las encuestas, las mujeres afirman que todas realizan los controles prenatales.

Tabla N°7.

Vía de terminación prevista de la gestación.

| Vía de terminación de gestación. | N° | % |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Parto normal | 28 | 28% |
| Cesárea | 11 | 11% |
| Desconoce | 66 | 66% |
| Total | 105 | 100% |

Gráfico N°7. Vía de terminación de gestación de pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

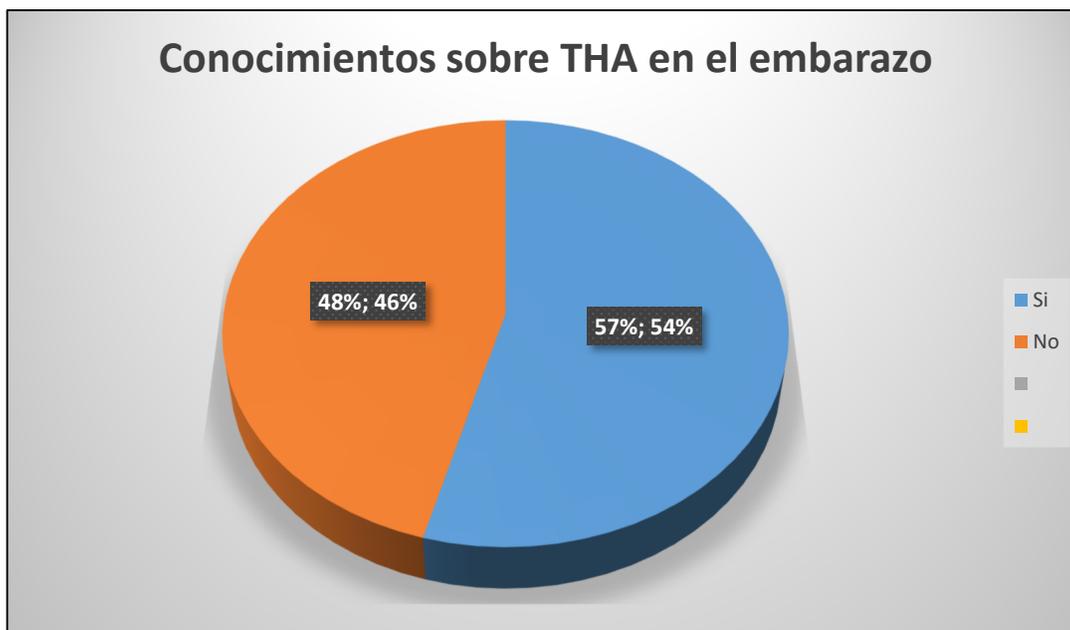
Con respecto a la vía de terminación del embarazo hay un promedio en pacientes que se les tuvo que practicar una cesárea, por cual hay sido su causa en un 11% mientras que el 28% tuvieron un parto normal y el resto todavía desconoce cómo será su parto 66%.

Tabla N°8

Conocimientos sobre los valores de HTA de pacientes que asistieron, de marzo a septiembre del 2019. En el Centro de Salud Padre Gino.

| Conocimientos sobre HTA en el embarazo. | N° | % |
|--|------------|-------------|
| Si | 57 | 47% |
| No | 48 | 48% |
| Total | 105 | 100% |

Gráfico N°8. Conocimientos sobre los valores de HTA en pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

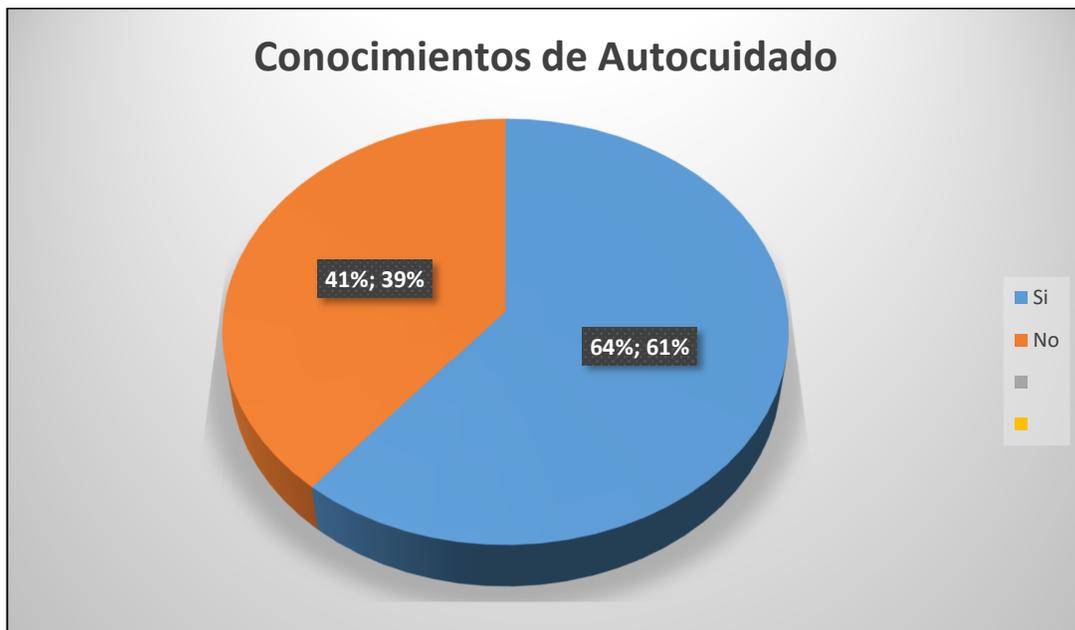
Los promedios en cuanto a los conocimientos sobre la HTA de las pacientes solo reconocen los valores de TA el 57% el resto que es un valor muy importante no lo reconocen que es un 48%.

Tabla N° 9

Conocimientos sobre cómo cuidarse (autocuidado) en el embarazo.

| Conocimientos sobre autocuidados | N° | % |
|----------------------------------|-----|-----|
| Si | 64 | 64% |
| No | 41 | 41% |
| Total | 105 | |

Gráfico N°9. Conocimientos sobre autocuidados en pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

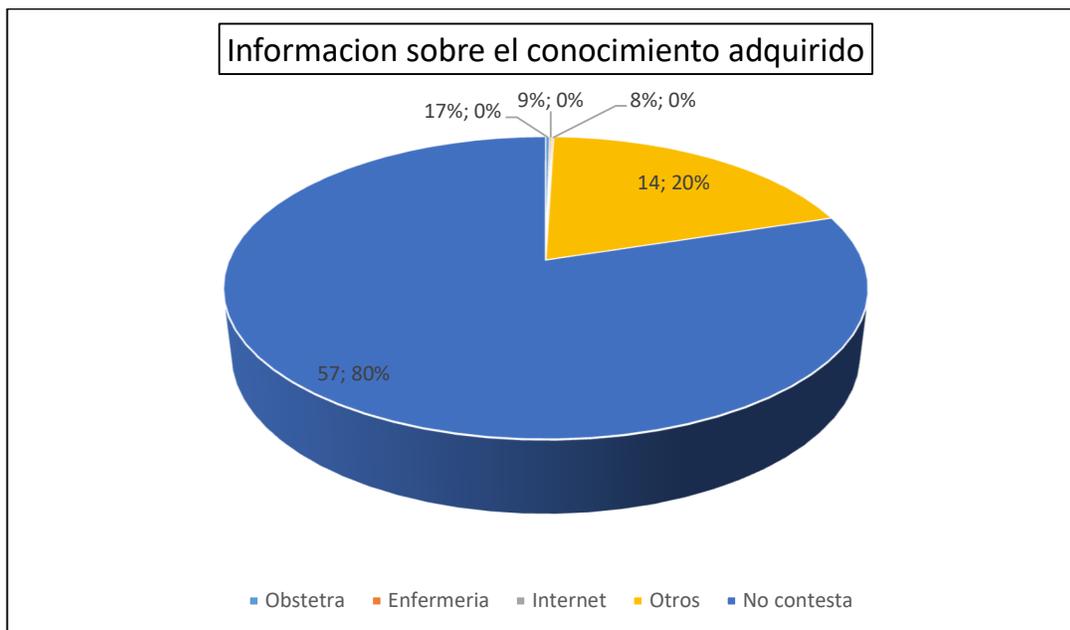
En cuanto al conocimiento sobre el auto cuidado de HTA presenta una mayor proporción de pacientes que reconocieron 64% de 4 opciones 4, el 41% reconocieron 2 de 3 opciones no supieron reconocer las opciones 1.

Tabla N°10

Información sobre el conocimiento adquirido en pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.

| Información sobre el conocimiento adquirido. | N° | % |
|--|------------|-----|
| Obstetra | 17 | 0% |
| Enfermera | 9 | 0% |
| Internet | 8 | 0% |
| Otros | 14 | 20% |
| No contesta | 57 | 80% |
| Total | 105 | |

Gráfico N°10. Información sobre el conocimiento adquirido en pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarrá/González).

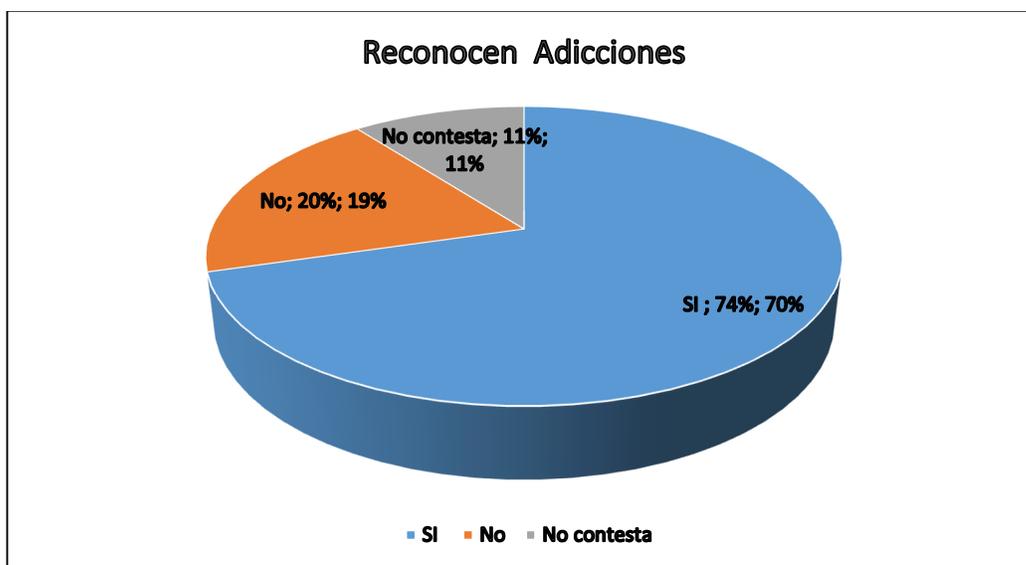
Con respecto a la información sobre el conocimiento adquirido en pacientes se observa que solo el 17% adquieren conocimiento a través del obstetra, el 9% por enfermería y el 8% por internet. El resto no contestó las encuestas.

Tabla N° 11

Reconoce las adicciones que podrían perjudicar al feto, en pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.

| Reconocimiento de Adicciones | N° | % |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Si | 74 | 70% |
| No | 20 | 19% |
| No contesta | 11 | 11% |
| Total | 105 | 100 |

Gráfico N°11. Reconoce las adicciones que podrían perjudicar al feto, en pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

En cuanto a las adicciones que podrían perjudicar al feto, las que reconocen todas las adicciones el 74% algunas 20% y ninguna con el 11%.

Tabla N 12.

Realizan el control de TA diariamente las pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.

| Realizan el control de TA | N | % |
|---------------------------|-----|------|
| Si | 8 | 8% |
| No | 97 | 92% |
| total | 105 | 100% |

Gráfico N°12. Realizan los controles de TA diariamente las pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

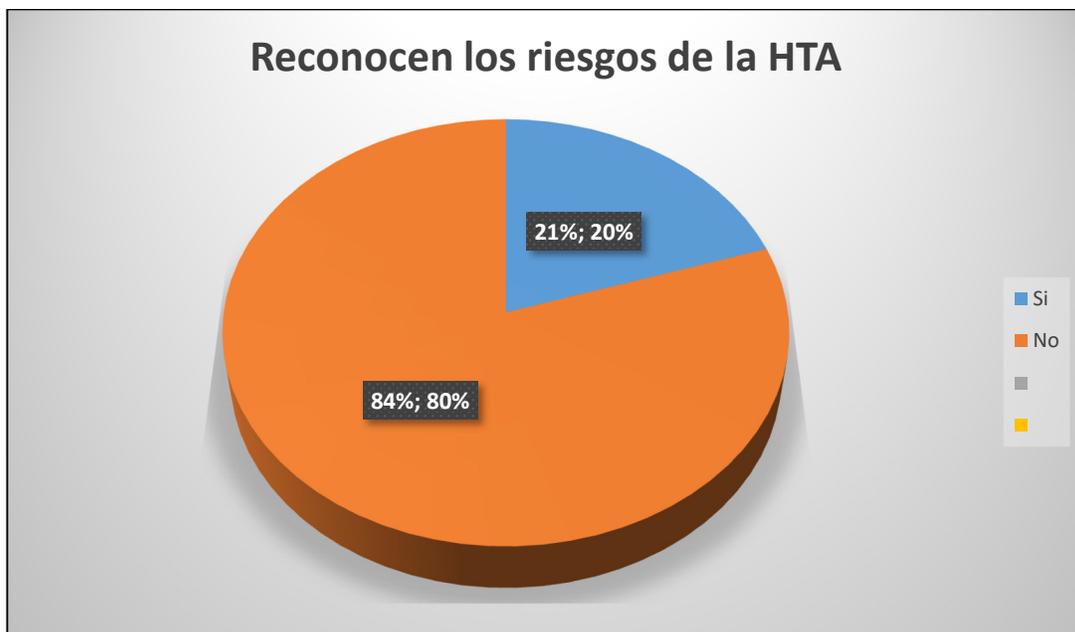
En cuanto los datos recabados solo el 8% realizan controles de TA, el resto no lo realizan que es un 92%.

Tabla N° 13.

Reconocen los riesgos de HTA en las pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.

| Reconocen los riesgos de HTA | N° | % |
|------------------------------|-----|------|
| Si | 21 | 20% |
| No | 84 | 80% |
| Total | 105 | 100% |

Gráfico N°13. Representa sí reconocen los riesgos de HTA.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

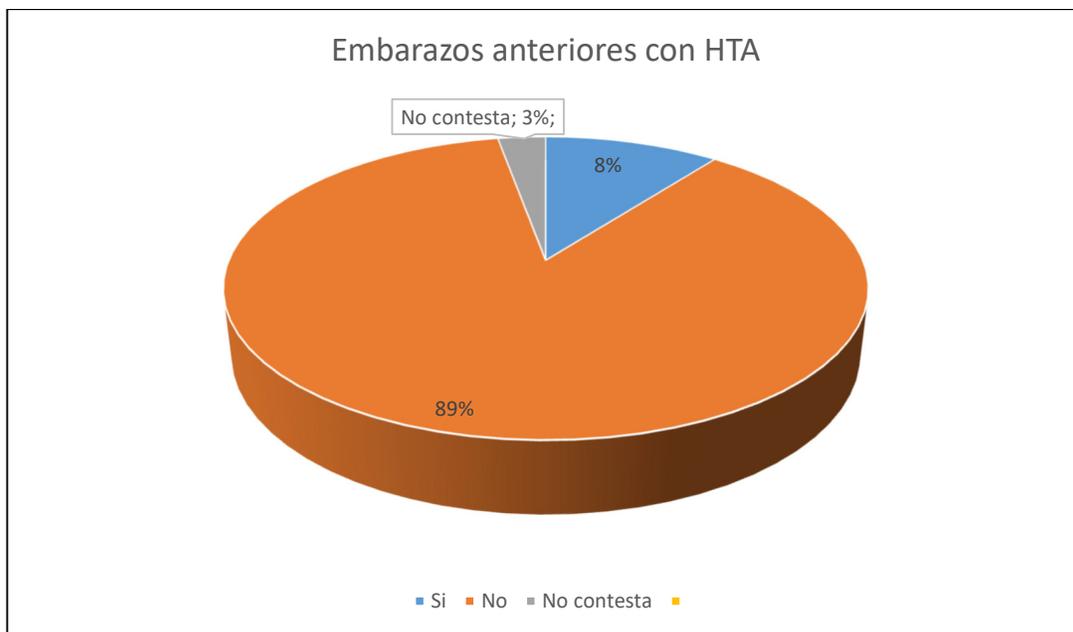
Solo el 20% reconocen los riesgos que produce la HTA en el embarazo, el resto lo desconoce el 80%.

Tabla N°14.

Embarazos anteriores tuvieron HTA las pacientes que asistieron de marzo a septiembre del 2029.En el Centro de Salud Padre Gino.

| En embarazos anteriores tuvieron HTA | N° | % |
|---|------------|-------------|
| Si | 8 | 8% |
| No | 89 | 89% |
| No contesta | 3 | 3% |
| Total | 100 | 100% |
| | | |

Gráfico N°14. Embarazos anteriores tuvieron HTA las pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

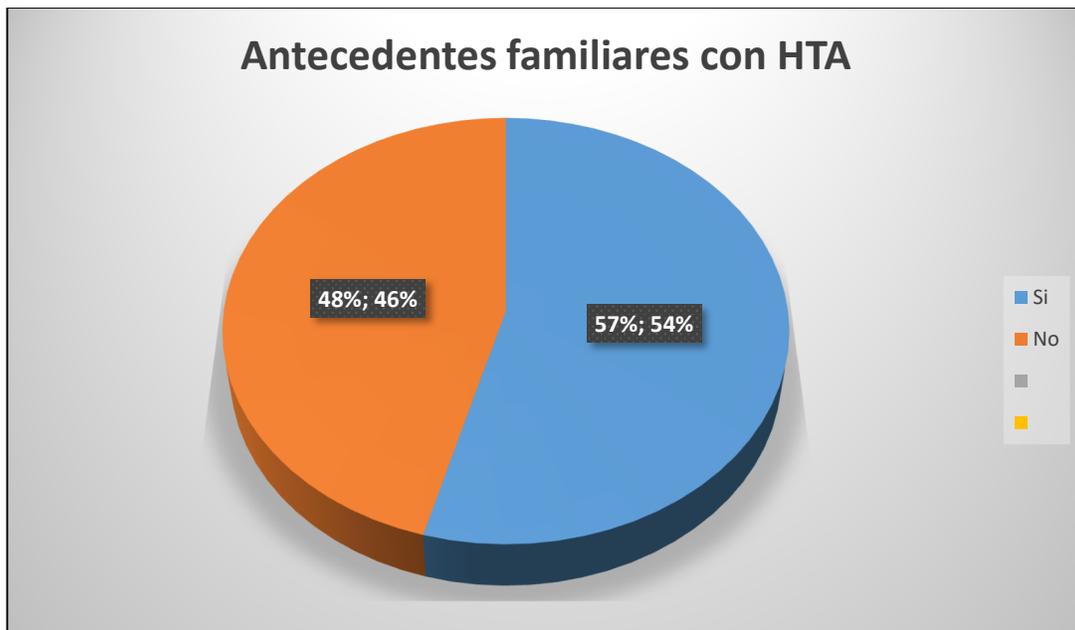
Solo el 11% manifiesta que tuvo embarazos previos con HTA, el resto no tuvieron que es el 91% y 3% no contestan.

Tabla N°15.

Antecedentes familiares con HTA pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.

| Antecedentes familiares con HTA | N | % |
|--|------------|----------|
| Si | 57 | 57 |
| No | 48 | 48 |
| Total | 105 | |

Gráfico N°15. Antecedentes familiares con HTA pacientes que asistieron de Marzo a Septiembre del 2019 en el Centro de Salud Padre Gino.



Fuente: Fuente: Elaborado por (Gamarra/Gonzalez).

Conclusión.

Con la presente investigación de carácter descriptivo, se identificó que información de HTA tienen las mujeres embarazadas de 19 a 45 años de edad, que concurren al Centro de Salud Padre Gino desde Marzo a Septiembre del 2019 en Florencio Varela.

De la encuesta de las 105 pacientes embarazadas, se desprende que:

De acuerdo al grupo etario, la mayor proporción de mujeres encuestadas, se encuentra entre los 18 y 23 años, representando el 37%.

La mayor parte de las mujeres de esta muestra son solteras, representadas por el 54%.

Del total de la muestra sobre el estado civil de las pacientes, se corroboró que la mayor parte de las mujeres son Solteras con el 54% y seguidas por concubinato con un 25%.

Retomando datos sobre el nivel de estudios alcanzados la mayoría con instrucción Secundario de un 47%, luego con nivel primaria con un 25%.

Se retomó datos sobre las semanas de gestación de las pacientes, la mayor parte presentaban 21 a 34 semanas de gestación con un 54%.

Se identificó cuantos partos tuvieron o si eran madres primerizas, se observó un promedio del 55% de mujeres multíparas, seguido por las nulíparas con un 45%.

Tras los datos obtenidos las mujeres afirman que todas realizan los controles perinatales con un 100%.

Tras la recopilación de información sobre si conocen por que vía de terminación del embarazo nos arroja estos datos el 63% desconoce, el 28% dicen parto normal, el 11% ya sabe que tiene cesárea programada.

Se conoció que solo el 57% de las mujeres identificaron los valores de la TA, el 46% no fueron identificados, siendo un valor relevante.

Mediante este estudio se comprobó que las mujeres pudieron identificar los autocuidados más relevantes con un 61%, con el 39% no reconocieron los cuidados, que no deja de ser un porcentaje elevado y preocupante.

Se recopiló información de donde las mujeres reciben información sobre la hipertensión, de la obstetra el 17%, la enfermera 9%, internet el 8% y el resto no contesta.

Se identificó si las mujeres tenían conocimiento sobre que le perjudicaría a su embarazo las adicciones, reconocen todas las adicciones 70%, pero no supieron contestar en que le perjudicaría a su embarazo o al bebe 19% y el 11% no contesto.

Obtuvimos información, si realizan los controles de tensión arterial las mujeres embarazadas que participaron de las encuestas, mediante los datos recabados solo el 8% si y el 92% no.

El estudio nos da una certeza que las pacientes no reconocen los riesgos que produce la HTA con un 80% y el resto con un 20% si los reconocen.

También obtuvimos datos sobre si en embarazos anteriores tuvieron Hipertensión, el 89% contestaron que no y el 3% del resto no contesta.

Con los datos recabados nos da información si las pacientes tienen antecedentes familiares con Hipertensión, nos da que el 54% tienen familiares directos hipertensos y el 46% no disponen de esa patología.

La presente tesis tuvo como objetivo comprobar, que información tienen las mujeres embarazadas con Hipertensión Arterial de 18 a 45 años de edad, que concurren al Centro de Salud Padre Gino desde Marzo a Septiembre del 2019 en Florencio Varela.

Para demostrar esto, primero se realizó un análisis acerca de la población con temas relevantes. Se encontró el tema a estudiar y se confeccionó una encuesta con varias preguntas tanto abiertas como cerradas, evaluando el conocimiento que tenían las embarazadas con respecto al tema estudiado.

Definitivamente observamos que gran parte de las embarazadas no conocen el valor normal de la presión arterial que debe tener cada una.

Ante los resultados obtenidos de las encuestas, nosotras como personal de salud se deberían hacer hincapié en la Promoción de la misma, brindando las herramientas necesarias para que las pacientes puedan autogestionar sus autocuidados domiciliarios y así detectar los signos de alarma.

Para brindar información a las pacientes embarazadas, nosotras proponemos realizar con los profesionales (obstetras) charlas, grupos de autoayuda, talleres, folletería, etc,

Recomendación.

Al realizar este trabajo de investigación que han dado datos relevantes sobre que conocimiento tienen las mujeres embarazadas sobre la hipertensión, se recomienda que todas las pacientes embarazadas realicen sus controles prenatales, todos los meses, para asegurar un embarazo saludable y prevenir futuros riesgos en el embarazo.

Tanto para los controles de tensión arterial que su obstetra o un personal de salud, debe informales sobre los valores que una mujer embarazada tiene que tener en el transcurso del embarazo. Como llevar una buena alimentación saludable tanto para la madre y él bebé, informar acerca de los riesgos que produce la hipertensión arterial en el feto e indagar si hay antecedentes familiares. Esto nos permite prevenir una patología prevalente en estos tiempos.

Bibliografía:

- Lapidus, A y Abalos, E (2009). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo.

- Di Marco, I y Asprea, I (2015). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Recomendaciones para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Amenaza de parto pretérmino, etc.

- Cuetos, MJ. Nigri, C. Crespo, H. Otros (2015). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Manual breve para la práctica clínica en Emergencia Obstétrica.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ENCUESTA N°:

FECHA:

La siguiente encuesta forma parte de un trabajo de investigación de la carrera Licenciatura en enfermería de la Universidad ÚNAJ, los datos recogidos serán utilizados con fines académicos. Su participación es totalmente voluntaria.

- 1- Nombre.....
- 2- Edad.....
- 3- Nivel de estudios alcanzados.....
- 4- Estado civil.....
- 5- ¿Conoce el valor normal de su Tensión Arterial, el que usted debería tener en el embarazo? ¿Cuál es?
 - a) 60/90 mmhg
 - b) 130/80 mmhg
 - c) 140/90 mmhg

- 6- ¿Usted realiza diariamente el control de tensión arterial?
 - a) Si
 - b) No¿Cada cuánto lo hace?
.....

- 7- ¿Conoce los riesgos de la hipertensión arterial en el embarazo?
 - a) Si..... ¿Cuáles?.....
 - b) No.

8- ¿De dónde recibió información sobre los riesgos de la hipertensión arterial?

- a) Obstetra.
- b) Enfermera.
- c) Internet.
- d) Otros.....

9- ¿En sus embarazos anteriores tuvo hipertensión arterial?

a) Si.....

¿Qué consecuencias le provocó a usted o a su bebé?

.....

b) No.....

10- ¿Cómo hay que cuidarse en casos de HTA en el embarazo?

Marque con una cruz las opciones correctas.

- a) *Comer con poca sal.*
- b) *Tomar mucho líquido (agua).*
- c) *Comer lo que desee.*
- d) *Realizar caminatas.*
- e) *Ser sedentario.*
- f) *Controlar el peso corporal.*

11- ¿Tiene antecedentes de familiares con hipertensión arterial?

- a- Si
- b- No

12- Identifique en los siguientes puntos algunas adicciones que le podría perjudicar a su bebe durante el embarazo.

- a- Alcohol
- b- Drogas
- c- Tabaco

¿Cuáles?

¿Porque le perjudicaría?

.....

13- ¿Realiza los controles prenatales?

a- Si..... ¿Cada cuánto?

b- No

¿Desde qué tiempo de embarazo?

.....

14- ¿Cuántos partos tuvo?

a- Nulípara.

b- Multípara.

15- ¿Tiempo de edad de gestación?

.....

16- ¿Tuvo alguna patología previa? ¿Cuál?

.....

17- ¿Tiene conocimiento como va hacer su parto?

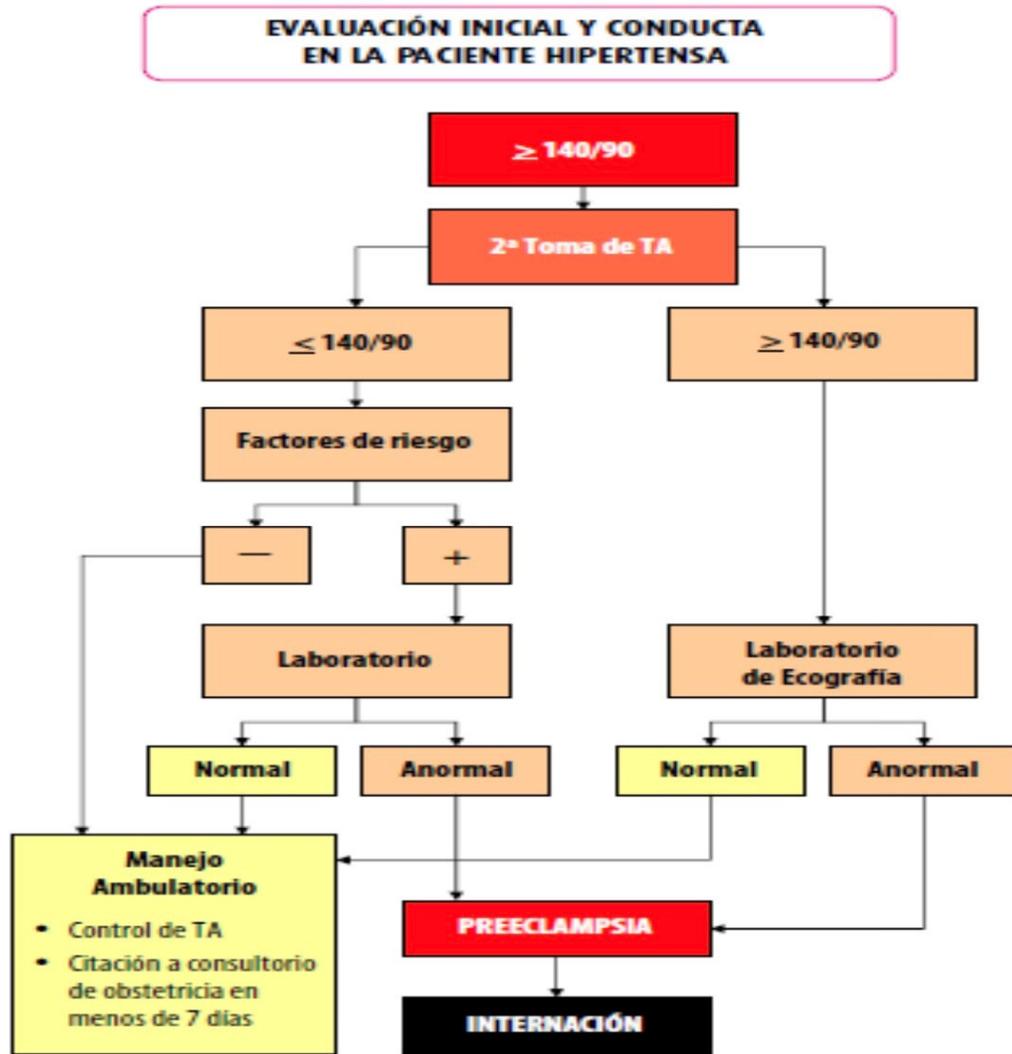
a- Parto normal.

b- Cesárea programada.

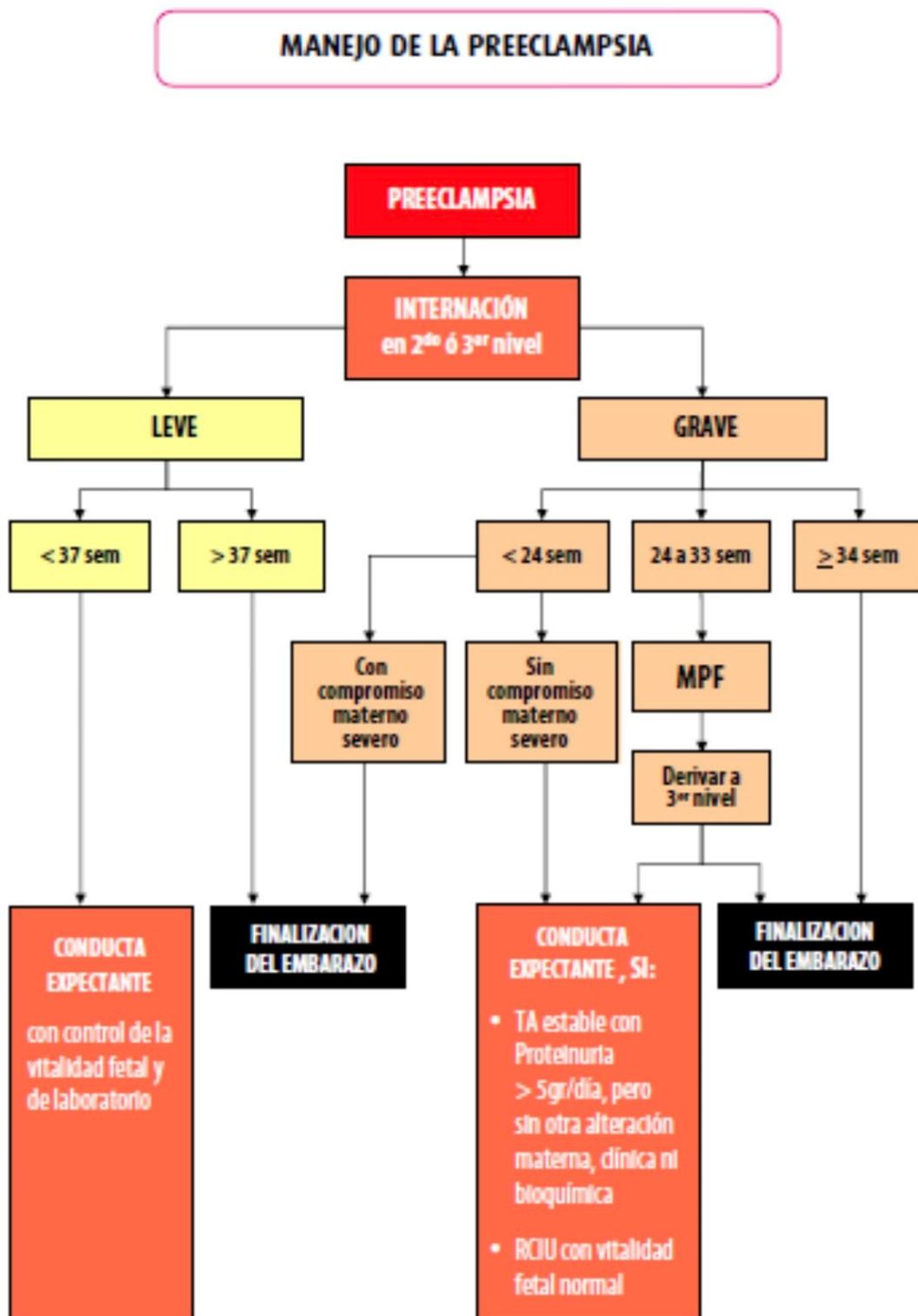
c- No sabe.

Muchas gracias...

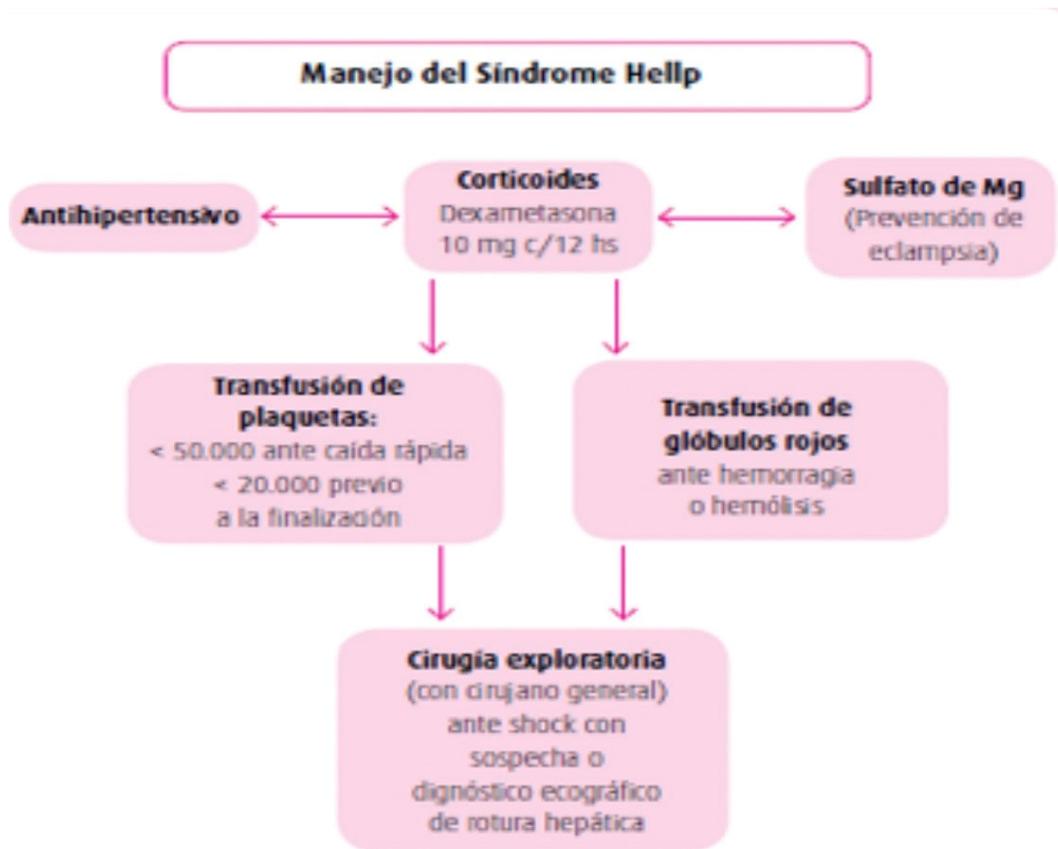
* GRÁFICO 1: Evaluación inicial y conducta en la paciente hipertensa.
(Protocolo).



* GRÁFICO 2: Manejo de Preeclampsia. (Protocolo).



* GRÁFICO 3: Síndrome de Hellp. (Protocolo).



Anexo

Florencio Varela Marzo 2019

Consideraciones éticas.

En nuestra condición de alumnas de la carrera Licenciatura de Enfermería, Gamarra María y Gonzalez Victoria, alumnas de la casa de Altos Estudios Universidad Nacional Arturo Jauretche, ubicada en Av. Calchaquí 6200, Localidad de Florencio Varela.

Nos comprometemos a respetar la confidencialidad de los datos obtenidos por las pacientes que asistieron al centro de Salud Padre Gino, Barrio Ricardo Rojas; Florencio Varela. En el periodo de Marzo a Septiembre del 2019, que participaron voluntariamente de las encuestas del presente estudio, en concordancia a lo expuesto por la ley 25.326 de protección de los datos personales, reglamentada para la actividad de las bases de datos que procesan información personal, sea por medios informáticos o manuales, sometiéndolas a la supervisión y control de la Dirección Nacional de protección de datos personales (en adelante DNPDP) en el ámbito Nacional.

Gamarra María de los ángeles
Micaela

DNI: 23.404.063

Alumna UNAJ

Gonzalez Victoria

DNI: 37.669.258

Alumna UNAJ

