

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI  
EN CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL  
ECUADOR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PACIENTES CON  
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE  
ACUDEN AL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE  
LAGO AGRIO DEL PERÍODO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A  
FEBRERO DEL 2012**

**AUTORES:**

**Mafla Ayala Norma Yadira**

**Nasamués Bustos Wilmer Ramiro**

**Trabajo de Grado para obtener el Título de Licenciado (a) en  
Enfermería**

**DIRECTORA DE TESIS: Msc. Fernanda Vinueza**

**Tulcán, octubre del 2012**

## DEDICATORIA

A Dios, a nuestros padres Blanca Ayala, Eduardo Mafla, Blanca Bustos y José Nasamués, por habernos dado la existencia, inculcarnos sus valores, brindarnos sus consejos y entregarnos todo su amor altruista, en cada momento de nuestro desarrollo tanto personal como profesional y por habernos enseñado que la vida es maravillosa y de colores, gracias a ellos por brindarnos su confianza y permitirnos llegar a la cima. Este trabajo ha sido gracias a ellos.

A nuestros hermanos quienes fueron fuente de sabiduría y superación, gracias a ellos logramos enfrentar momentos difíciles, los cuales no fueron impedimento para seguir en busca de nuestros ideales. Gracias por brindarnos toda su ayuda incondicional, para llegar a alcanzar un objetivo más en nuestras vidas.

A nuestros abuelitos y demás familiares quienes con su alegría y su manera especial de ver la vida, están siempre junto a nosotros impulsándonos a seguir adelante.

A nuestros amigos y a todas las personas que de una o de otra manera, participaron de forma directa o indirectamente en la elaboración de este trabajo.

Autores: Norma Yadira Mafla Ayala.

Wilmer Ramiro Nasamués Bustos.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Politécnica Estatal Del Carchi, simiente de conocimientos, institución que abrió sus puertas para brindarnos caminos hacia la superación y formarnos como profesionales competentes, con principios éticos y de liderazgo. A la escuela de Enfermería, personal docente y administrativo, en especial a su Ex-directora Msc. Ruth Salgado, que gracias a su apoyo incondicional se logró alcanzar este nuevo éxito.

Al hospital Marco Vinicio Iza, a sus autoridades y demás profesionales de salud, que nos permitieron realizar nuestro internado rotativo y autorizaron para llevar a cabo nuestro trabajo investigativo. Al Lic. Ángel Patín tutor y guía, que supo brindarnos sus concejos, conocimientos y apoyo emocional.

A la Msc. Paz Benavides, que gracias a sus saberes y experiencias forjó en nosotros, principios éticos y de superación, para ser entes innovadores de un nuevo servicio de calidad y calidez a la sociedad.

A la Msc. Fernanda Vinuesa la cual puso gran interés en nuestro proceso investigativo, y nos guió con su sabiduría para lograr la culminación del mismo.

Autores: Mafla Ayala Norma Yadira.  
Nasamués Bustos Wilmer Ramiro.

## CESIÓN DE DERECHOS

Yo Norma Yadira Mafla Ayala con cédula de ciudadanía No 0401745724  
cedo los derechos a la Universidad Politécnica Estatal Del Carchi.

---

FIRMA

Yo Wilmer Ramiro Nasamués Bustos con cédula de ciudadanía No  
0401647300 cedo los derechos a la Universidad Politécnica Estatal Del  
Carchi.

---

FIRMA

## ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CESIÓN DE DERECHOS	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
ÍNDICE DE FIGURAS	xvii
RESUMEN	xviii
ABSTRACT	xix
INTRODUCCIÓN	xx
CAPÍTULO I	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. ENUNCIADO DEL TEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	2
1.4. JUSTIFICACIÓN	2
1.5. OBJETIVOS	4
1.5.1. Objetivo general	4
1.5.2. Objetivos específicos	4
CAPÍTULO II	6
2. MARCO TEÓRICO	6

2.1. MARCO INSTITUCIONAL	6
2.1.1. Ubicación geográfica	6
2.1.2. Antecedentes históricos	6
2.1.3. Características físicas	7
2.1.4. Funcionamiento	7
2.1.5. Talento humano	8
2.1.6. Servicios que ofrece	8
2.1.7. Insumos, medicamentos y materiales	9
2.1.8. Demanda poblacional	9
2.1.9. Políticas institucionales	10
2.2. MARCO CONCEPTUAL	10
2.2.1. Antecedentes históricos de la preeclampsia en el embarazo	10
2.2.2. Definición de trastornos hipertensivos gestacionales	14
2.2.3. Clasificación	15
2.2.4. Epidemiología	19
2.2.5. Factores de riesgo	20
2.2.6. Etiología y fisiopatología	21
2.2.7. Anatomía patológica	24
2.2.8. Cuadro clínico	25
2.2.9. Diagnóstico	26
2.2.10. Tratamiento de acuerdo al protocolo de manejo	

de trastornos hipertensivos gestacionales	28
2.2.11. Complicaciones	38
2.2.12. Prevención	42
2.2.13. Calidad de atención	43
2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES	45
2.3.1. Hipótesis	45
2.3.2. Variables	45
CAPITULO III	46
3. DISEÑO METODOLÓGICO	46
3.1. TIPO DE ESTUDIO	46
3.2. UNIVERSO Y MUESTRA	46
3.2.1. Universo	46
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	47
3.4. DISEÑO DEL INSTRUMENTO	47
CAPÍTULO IV	49
4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y PLAN DE INTERVENCIÓN	49
4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS	49
4.1.1. Encuesta aplicada al personal profesional y auxiliar de enfermería de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia.	49
4.1.2. Datos obtenidos en la revisión de historias clínicas de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales	

en el departamento de estadística del hospital Marco	
Vinicio Iza.	73
4.2. INTERPRETACIÓN DE DATOS	117
4.3. PLAN DE INTERVENCIÓN	120
4.3.1. Esquema del plan de intervención	121
CAPÍTULO V	127
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	127
5.1. CONCLUSIONES	127
5.2. RECOMENDACIONES	128
CAPÍTULO VI	130
6. BIBLIOGRAFÍA	130
6.1. BIBLIOGRAFÍA CITADA	130
6.2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	131
6.3. BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA	133
CAPÍTULO VII	135
7. APÉNDICES Y ANEXOS	135
7.1. ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES	135
7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	135
7.3. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL	137
7.4. INSTRUMENTOS APLICADOS	146
7.4.1 Encuesta	146
7.4.2. Firmas de constancia de la aplicación de encuestas	149

7.4.3. Instrumento de recopilación de datos de historias clínicas	152
7.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	155
7.6. FOTOGRAFÍAS	157
7.7. INFORME DE LA SOCIALIZACIÓN	163
7.7.1. Lista de asistencia de personas que acudieron a la socialización	171
7.7.2. Certificados de haber realizado la socialización del trabajo de investigación en el hospital Marco Vinicio Iza	172
7.8. GLOSARIO	181

## ÍNDICE DE TABLAS

N° 1. Talento humano	8
N° 2. Demanda poblacional	9
N° 3. Conocimiento del protocolo del MSP sobre el manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales	49
N° 4. Personal que considera que a una paciente con 17 semanas de gestación con una T/A alta como paciente preecláptica	51
N° 5. Control de peso diario a pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales	53
N° 6. Conocimiento de signos y síntomas vasomotores, que indique la presencia de un trastornos hipertensivos gestacionales	55
N° 7. Conocimiento sobre la presencia de proteinuria en la orina, que identifique la presencia de trastornos hipertensivos gestacionales	57
N° 8. Conocimiento de los cuidados generales que se deben brindar en una paciente preecláptica	59
N° 9. Personal que conoce que la tensión arterial de $\geq 140/\geq 90$ mmHg es propio de una paciente preecláptica	61
N° 10. Conocimiento sobre la dosis de impregnación de sulfato de magnesio para prevención de eclampsia	63
N° 11. Conoce cuándo se debe de suspender el sulfato de magnesio	65
N° 12. Conoce que se identifica con el control del peso diario a pacientes preeclápticas	67
N° 13. Conoce que tipo de solución se emplea para la administración	

el sulfato de magnesio	69
N° 14. Conoce el antídoto para la intoxicación con sulfato de magnesio en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales	71
N° 15. Cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales MSP, en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza	73
N° 16. Cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales del Ministerio de Salud Pública, en hospitalización	75
N° 17. Identificación de la edad gestacional en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza	77
N° 18. Determina al menos una vez la tensión arterial en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza	79
N° 19. Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva)	81
N° 20. Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (si aún no se ha producido el parto)	83
N° 21. Impregnación de sulfato de magnesio con 4 gr. Intravenoso lento o por microgotero	85
N° 22. Administración de antihipertensivos (nifedipina) si tensión arterial diastólica es mayor a 110 mmHg	87
N° 23. Transferencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización	89

N° 24. Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso); coagulación, conteo de plaquetario	91
N° 25. Valoración de tensión arterial tres veces al día	93
N° 26. Valoración de frecuencia cardiaca tres veces al día	95
N° 27. Valoración de frecuencia respiratoria tres veces al día	97
N° 28. Valoración de reflejo rotuliano (mientras se administra sulfato de magnesio)	99
N° 29. Realiza el control de ingesta y excreta	101
N° 30. Realiza control de peso diario	103
N° 31. Mantener a la paciente con THG en ambiente oscuro, ausencia de ruidos y estímulos externos	105
N° 32. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia en ginecología (no interno rotativo), máximo a la media hora después del ingreso	107
N° 33. Administración de antihipertensivos si la T/A diastólica es mayor a 110 mmHg	109
N° 34. Mantener la administración de dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio (de 1 a 2 gr/hora. IV) hasta 24 horas post parto	111
N° 35. Realización de maduración fetal	113
N° 36. Terminar el embarazo, en las primeras 24 horas, por parto o cesárea tomando en cuenta los signos de complicación	115
N° 37. Esquema del plan de intervención	121
N° 38. Problemas encontrados y acciones de cambio referente a la	

capacitación del personal	122
N° 39. Cronograma de capacitaciones	123
N° 40. Problemas encontrados y acciones de cambio por la falta de material visual	125
N° 41. Problemas encontrados y acciones de cambio referente a la falta de una sala exclusiva para pacientes con THG	126
N° 42. Operacionalización de variables	135

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

N° 1. Conoce el protocolo del MSP sobre el manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales	49
N° 2. Considera a una paciente con 17 semanas de gestación con una T/A alta como paciente preecláptica	51
N° 3. Realiza el control de peso diario a pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales	53
N° 4. Identifica y reconoce signos y síntomas vasomotores, que indique la presencia de un trastornos hipertensivos gestacionales	55
N° 5. En el análisis de la orina se identifica la proteinuria	57
N° 6. Conocimiento de los cuidados generales que se deben brindar en una paciente preecláptica	59
N° 7. Considera una paciente preecláptica con una tensión arterial de $\geq 140/\geq 90$ mmHg	61
N° 8. Conoce la dosis de impregnación con sulfato de magnesio en pacientes para prevención de eclampsia	63
N° 9. Conoce cuándo se debe de suspender el sulfato de magnesio	65
N° 10. Conoce que se identifica con el control del peso diario a pacientes preeclápticas	67
N° 11. Conoce que tipo de solución se emplea para la administración el sulfato de magnesio	69
N° 12. Conoce el antídoto para la intoxicación con sulfato de magnesio en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales	71

N° 13. Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, en el servicio de emergencia	73
N° 14. Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, en hospitalización	75
N° 15. Identificación de la edad gestacional en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza	77
N° 16. Determina al menos una vez la tensión arterial en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza	79
N° 17. Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva)	81
N° 18. Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal	83
N° 19. Impregnación de sulfato de magnesio con 4 gr. Intravenoso lento o por microgotero	85
N° 20. Administración de antihipertensivos (nifedipina) si tensión arterial diastólica es mayor a 110 mmHg	87
N° 21. Transferencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización	89
N° 22. Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso); coagulación, conteo de plaquetario	91
N° 23. Valoración de tensión arterial tres veces al día	93
N° 24. Valoración de frecuencia cardiaca tres veces al día	95
N° 25. Valoración de frecuencia respiratoria tres veces al día	97
N° 26. Valoración de reflejo rotuliano (mientras se administra sulfato de	

magnesio)	99
N° 27. Realiza el control de ingesta y excreta	101
N° 28. Realiza control de peso diario	103
N° 29. Mantener a la paciente con THG en un ambiente oscuro, ausencia de ruidos y estímulos externos	105
N° 30. Valoración por médico especialista máximo a la media hora después del ingreso	107
N° 31. Administración de antihipertensivos si la T/A diastólica es mayor a 110 mmHg	109
N° 32. Mantener administración de sulfato de magnesio de mantenimiento (de 1 a 2 gr/h. IV) hasta 24 horas post parto	111
N° 33. Realización de maduración pulmonar fetal	113
N° 34. Terminar el embarazo, en las primeras 24 horas, por parto o cesárea tomando en cuenta los signos de complicación	115

## ÍNDICE DE FIGURAS

N° 1. Verificación del cumplimiento del protocolo mediante la revisión HCL	157
N° 2. Aplicación de encuestas	158
N° 3. Atención inicial en el servicio de emergencia	159
N° 4. Paciente con THG en sala de hospitalización	160
N° 5. Sala de ginecología del hospital Marco Vinicio Iza	161
N° 6. Gigantografía del protocolo de paciente con THG	162

## RESUMEN

El hospital Marco Vinicio Iza es una casa de salud que atiende a una gran demanda de pacientes diariamente, sobre todo a mujeres gestantes. De todo esto, la incidencia de algún tipo de trastorno hipertensivo gestacional se evidencia con mucha frecuencia. El presente estudio se lo realiza para investigar el cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, y de corte transversal. Para obtener los resultados de la investigación se realizaron encuestas al personal profesional y auxiliar de enfermería. Se utilizó un instrumento para la recolección de datos en el cual constan las principales actividades del protocolo. Mediante la recopilación de datos y la realización de los diferentes análisis de estudio, se obtuvo como resultados y se pudo determinar que el personal que se encuentra al cuidado directo de las pacientes con patologías como preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP no aplican adecuadamente el protocolo del MSP debido a la deficiencia de conocimiento, carencia de material, déficit de espacio físico y deficiencia de la aplicación del proceso de atención de enfermería. Este trabajo de investigación tiene por finalidad hacer lograr el cumplimiento del protocolo en su cabalidad el y de mejorar el conocimiento del personal que permanecen en cuidado directo con este tipo de pacientes y evitar complicaciones y su muerte.

Palabras claves:

Preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, protocolo, trastorno, muerte.

## ABSTRACT

The hospital Marco Vinicio Iza it is mainly a house of health that assists daily to a great demand of patient, to women gestantes. Of all this, the incidence of some type of dysfunction hipertensivo gestacional is evidenced with a lot of frequency. The present study tries to investigate the execution of the protocol of the handling of patient with dysfunctions hipertensivos gestacionales, by means of a quantitative, descriptive, retrospective study, and of cross section. To obtain the results of the investigation they were carried out surveys to the professional and auxiliary personnel of infirmary. An instrument was used for the gathering of data in which it consist the main activities of the protocol. By means of the collection of data and the realization of the different study analyses, it was obtained as results and you could determine that the personnel that is to the direct care of the patients with sickness as preeclampsia, eclampsia, syndrome of HELLP doesn't apply the protocol of the MSP appropriately due to the deficiency of knowledge, material lack, deficit of physical space and deficiency of the application of the process of infirmary attention. This investigation work has for purpose to achieve the maximum execution of the norms of the handling of the protocol and of improving the personnel's knowledge that it remain in direct care with this type of patient and avoid complications and here their death.

Keywords:

Preeclampsia, eclampsia, syndrome of HELLP, protocol, dysfunctions, death.

## INTRODUCCIÓN

El término 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 morbi-mortalidad materno-fetal. Se define como estado hipertensivo gestacional, la tensión arterial igual o mayor a 140 mmHg de sistólica y/o 90 mmHg de diastólica, aparece más a menudo en mujeres nulíparas y usualmente al final del embarazo, después de las 20 semanas y al término de la gestación. Para su clasificación se adiciona otros parámetros adicionales, como proteinuria, convulsiones, trastornos de la coagulación y de la función hepática, como son: Preeclampsia leve, preeclampsia severa, eclampsia, hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreañadida, hipertensión arterial crónica de alto riesgo en el embarazo y síndrome de HELLP.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha desarrollado estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural. Con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se ha implementado nuevos mecanismos de asignación y gestión local de recursos financieros, así como importantes procesos de participación y veedurías ciudadanas y a generado Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal, incluida la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y el Manual de Estándares e Indicadores

para mejorar la calidad de atención materno neonatal, elaborados en el marco del plan de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal.

La preeclampsia es un síndrome clínico multisistémico exclusivo del embarazo siendo la principal causa de morbimortalidad, tanto materna como fetal. Su incidencia entre 2% y 25% en diferentes partes del mundo. En América Latina la morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado. En el 2011 en el Ecuador se encontró una incidencia de preeclampsia y eclampsia de 22% del total de mujeres embarazadas, siendo ésta la primera causa de muerte materna. En la provincia de Sucumbíos, durante el año 2009 se registró una muerte materna, y en año 2011, se registró otra muerte maternas a causa de un trastorno hipertensivo gestacional en el hospital Marco Vinicio Iza, en este mismo año se atendieron a 57 pacientes que presentaron algún tipo de trastorno hipertensivo gestacional.

Con el presente estudio de investigación se identificó que existe un déficit en el cumplimiento del protocolo para el manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, además que no se cumple satisfactoriamente el proceso de atención de enfermería en pacientes con este tipo de patología, a partir de esto se formulan estrategias para mejorar el cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales y reducir el riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales, además de lograr disminuir la desconformidad de las pacientes.

## **CAPÍTULO I**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. ENUNCIADO DEL TEMA**

Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que acuden al hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio, durante el periodo de septiembre del 2011 a febrero del 2012.

#### **1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Los trastornos hipertensivos gestacionales se manifiestan durante el embarazo, siendo patologías de alto riesgo obstétrico que requieren un manejo estricto y minucioso. El manejo adecuado y oportuno en el tratamiento de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales es de vital importancia ya que puede prevenir el desarrollo de complicaciones potencialmente mortales, tanto maternas como fetales.

En el hospital Marco Vinicio Iza, se puede observar que no se lleva adecuadamente el manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, debido a la presencia de varios factores, entre los que se destacan principalmente, la falta de adecuación de un lugar específico para llevar a cabo el tratamiento de pacientes con ésta patología, y por otro lugar el escaso conocimiento y desinterés del personal que trabaja en las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia. Otros

factores que pueden estar involucrados se encuentran: Escasos recursos materiales, exceso de trabajo y escasa capacitación.

El presente trabajo de investigación se lo realiza con el fin de identificar el cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, que son atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio dentro del período de septiembre del 2011 a febrero del 2012.

### 1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel del cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que acuden al hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio durante el período de septiembre del 2011 a febrero del 2012?

### 1.4. JUSTIFICACIÓN

En el hospital Marco Vinicio Iza, es muy evidente observar la asistencia de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales. La preeclampsia es una de las principales causa de muerte materna en el Ecuador, entre tres y cuatro de cada cien mujeres fallecen por este motivo. En el mundo afecta al 7% de las gestantes, según el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el 2008. La hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de casos, seguida de hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de casos según el MSP en el 2007. En la provincia de

Sucumbíos durante el año 2009, se registró una muerte materna, con un diagnóstico de un embarazo más eclampsia y síndrome de HELLP, y durante el año 2011 otra muerte materna, con un diagnóstico similar. (Datos obtenidos en el departamento de estadística del hospital Marco Vinicio Iza, 2009-2011).

Durante nuestro período de estudio, desde septiembre del 2011 a febrero del 2012, se registraron 684 partos normales y 388 partos por cesárea, con un total de 1072, de los cuales 34 sufrieron algún tipo de trastorno hipertensivo gestacional, representando el 3.17%. (Datos obtenidos en el departamento de estadística del hospital Marco Vinicio Iza, 2011-2012).

El hospital Marco Vinicio Iza es una institución de salud de segundo nivel, con limitaciones en talento humano, infraestructura y tecnología, lo cual dificulta cumplir con una atención de calidad, esto aumenta potencialmente el riesgo de posibles complicaciones a los usuarios en especial a mujeres embarazadas que presenten un trastornos hipertensivos. La escasa preparación y capacitación del personal de enfermería que realiza sus actividades en las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y gineco-obstetricia, específicamente el personal auxiliar de enfermería, que son quienes por el escaso personal profesional, son las que atienden en mayor tiempo a las pacientes, hace que dificulte el llevar el tratamiento de una forma más adecuada.

Por todo esto, nos es indispensable determinar cuál es el cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que acuden al hospital Marco Vinicio Iza. Con la realización de esta investigación se pretende mejorar la calidad y calidez de atención a todas las pacientes que sufren esta patología.

El identificar el cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que acuden al hospital Marco Vinicio Iza, nos motivó a la realización de esta investigación.

El mejorar el cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, permitirá reducir el riesgo de complicaciones tanto materno como fetal y fomentará mayor credibilidad y aceptación de esta casa de salud en la comunidad.

## 1.5. OBJETIVOS

### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar el cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que acuden al hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio dentro del periodo de septiembre del 2011 a febrero del 2012.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- 1) Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería y auxiliar de enfermería sobre el manejo de

pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales hospitalizadas en los servicios de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia del hospital Marco Vinicio Iza.

- 2) Relacionar mediante un instrumento, el protocolo del manejo correcto de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, con la atención y el tratamiento brindado a las pacientes hospitalizadas, basándonos en la información contenida en cada una de las historias clínicas de las pacientes.
- 3) Elaborar un plan de intervención, para mejorar la calidad de atención en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que son atendidas en el hospital Marco Vinicio Iza.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. MARCO INSTITUCIONAL**

##### **2.1.1. Ubicación geográfica**

El hospital Marco Vinicio Iza se encuentra ubicado en la provincia de Sucumbíos, cantón Lago Agrio, parroquia Nueva Loja, en las calles Vicente Narváez 1006 y Mariscal Sucre. La provincia de Sucumbíos se encuentra en el extremo nororiental del Ecuador. Tiene una extensión territorial de 18.008 Km<sup>2</sup>. Cuenta con una población de 176.472 habitantes, su capital es la ciudad de Nueva Loja con una población de 91.744 habitantes.

Limita al norte con la República de Colombia, al sur con la República de Perú y las provincias de Orellana y Napo, al este con la República de Perú, al oeste con las provincias de Carchi, Imbabura y Pichincha. El clima es de páramo y tropical húmedo bastante caluroso.

##### **2.1.2. Antecedentes históricos**

El hospital Marco Vinicio Iza inicia sus actividades de salud el 12 de febrero de 1986, para satisfacer las necesidades de la comunidad. Las personas emprendedoras fueron el Sr. Dr. Marco

Vinicio Iza, quien se constituyó en el primer director del hospital y las señoras Hortensia Amay y María Gaona.

### **2.1.3. Características físicas**

La infraestructura del hospital, está constituida por paredes de hormigón armado, la cubierta compuesta por cielo raso, lumbreras cuya protección contra insectos y otros elementos contaminantes se encuentra en malas condiciones, la ventilación es deficiente, con deficiente luz artificial, pisos de cerámica de fácil limpieza.

### **2.1.4. Funcionamiento**

Los médicos tratantes, trabajan en un horario de cuatro horas diarias de lunes a viernes, en jornada diurna o nocturna, atendiendo llamadas de emergencia dependiendo del horario designado. Las líderes de enfermería, trabajan en turnos matutinos de seis horas diarias, con un total de 160 horas por mes. El equipo de enfermería de planta labora en horario de seis horas diarias y las de contrato por ocho horas, en turnos matutinos, vespertinos y nocturnos considerados por doce horas, tomando en cuenta el número de turnos designados por cada mes. El equipo auxiliar de enfermería trabajan seis horas diarias, en turnos matutinos, vespertinos y turnos nocturnos de doce horas, con un total de 120 horas al mes.

### 2.1.5. Talento humano

Tabla N° 1.

Indicador	Número
Cirujanos	2
Ginecólogos	4
Pediatras	1
Medicina interna	1
Laboratorio	3
Rayos X	2
Enfermería	25
Auxiliares de enfermería	17
Mantenimiento	2
Administrativo	23
Bodega	3
Limpieza	3
Lavandería	2
Chofer	3
Guardias	5
Cocina	4

**Fuente:** Datos obtenidos de la Unidad de Gestión de Enfermería del hospital Marco Vinicio Iza enero – diciembre del 2007.

**Elaborado por:** Lic. Ángel Patín.

### 2.1.6. Servicios que ofrece

Hospitalización, emergencia, consulta externa, centro quirúrgico, clínica, laboratorio, rayos X, ecografía, farmacia, fisioterapia y rehabilitación, psicología, audiología, trabajo social.

### 2.1.7. Insumos, medicamentos y materiales

Los insumos son obtenidos en bodega y la medicación en farmacia, cuenta con suficiente medicación antihipertensiva y para la profilaxis y el tratamiento de las convulsiones, dispone de medicación para maduración pulmonar fetal, soluciones cristaloides disponibles.

En los servicios de emergencia y centro quirúrgico y obstétrico, los equipos invasivos se encuentran en malas condiciones por falta de mantenimiento, de diagnóstico y de soporte vital en mal estado, cuenta con equipos de apoyo acorde con la exigencia de la institución. En el servicio de gineco-obstetricia, no dispone de equipos invasivos, los equipos de diagnóstico y de soporte vital se encuentran deficiente, cuenta con equipos de apoyo acorde con la exigencia de la institución.

### 2.1.8. Demanda poblacional

**Tabla N° 2.**

<b>Atención por especialidad</b>	<b>Demanda</b>	<b>Porcentaje</b>
Medicina interna	670	20.87 %
Pediatría	840	26.16 %
Cirugía	760	23.67 %
Gineco-obstetricia	940	29.20 %
<b>Total</b>	<b>3210</b>	<b>99.9 %</b>

**Fuente:** Datos obtenidos de la UGE del hospital Marco Vinicio Iza enero-diciembre del 2007.

**Elaborado por:** Lic. Ángel Patín.

### 2.1.9. Políticas institucionales

**Visión:** Constituirse en diez años en una institución líder en presentación de servicios de salud pública, apoyando y fomentando la participación social y la veeduría ciudadana en las acciones y decisiones. Brindando una atención en salud personalizada, generando entornos y estilos de vida saludable con solidaridad y equidad en la que se garantice el acceso universal de la población Lago agrense.

**Misión:** Brindar una atención de los servicios de salud en condiciones socialmente favorables, priorizando los programas que beneficien a los niños, mujeres y personas de la tercera edad y a los discapacitados. Implementando un sistema de vigilancia epidemiológica, sanitaria que permita la toma de decisiones inmediatas. Donde la eficiencia, la eficacia y la efectividad sean los parámetros de la medición de los servicios de salud.

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.2.1. Antecedentes históricos de la preeclampsia en el embarazo

La existencia de los trastornos hipertensivos gestacionales (THG), ha tenido un estudio muy amplio, desde que el hombre le surgió la necesidad del estudio de ésta patología. En las antiguas escrituras de Egipto y China miles de años antes de Cristo (AC)

hacían mención de las convulsiones en la mujer embarazada, Hipócrates, en el siglo IV AC, se refirió a la gravedad que generan las convulsiones durante la gestación. Celso en el siglo I después de Cristo (DC), asocia la relación entre las convulsiones y la muerte fetal. Galeno, siglo II DC, de igual manera la hace referencia pero sin diferenciarla de la epilepsia, tal como permanecería durante centurias. El término griego *eclampsis* significa: brillantez, destello, fulgor o resplandor, para referirse al brusco comienzo de las convulsiones.

En el Medioevo existen pocas referencias sobre la enfermedad, dado que la obstetricia fue ejercida por parteras, y la eclampsia no era diferenciada de la epilepsia. (Kindheimer, 2001, p. 64)

En los siglos XVI y XVII los médicos franceses toman el control de la obstetricia y las primeras publicaciones sobre eclampsia son editadas en Francia a fines del siglo XVII e inicios del XVIII. Guillaume Manquest de la Motte (1665- 1737) publicó su libro, destacando que las convulsiones desaparecían luego del nacimiento.

Francois Mauriceau (1673-1709) fue el primero en diferenciar la eclampsia de las convulsiones epilépticas, al asignarlas como una patología propia de la gestación. (Purkerson, 1999, p.313).

Chaussier en 1824 en sus diferentes estudios, determinó que la epigastralgia es un síntoma muy relacionado con la eclampsia. Por otra parte Ryan en 1831 sustentó que las convulsiones se manifiestan

al culminar el embarazo o durante el trabajo de parto con esto quedó definitivamente aceptada la relación entre gestación y convulsiones.

En 1840, el patólogo francés Francois Rayer, demostró la presencia de proteinuria en gestantes edematizadas. Por primera vez, se disponía de un método objetivo para identificar a una embarazada que pudiera presentar eclampsia ulterior. (Kindheimer, 2001, p. 67).

El siglo XX la medición albuminuria e hipertensión se convertirían en procedimientos de rutina para el diagnóstico de la hipertensión inducida por el embarazo. En 1903, Cook & Briggs, confirmaron que la proteinuria asociada a la hipertensión podían preanunciar la inminencia de convulsiones.

En 1961, quedó definitivamente asignado el término a la patología obstétrica para el estado de coma y convulsiones que se presentan durante la gestación o el puerperio en asociación con hipertensión, proteinuria y edema. (Kindheimer, 2001, p.70).

Una de las personas más importantes que se dedicó al estudio de la hipertensión durante el embarazo en el siglo XX fue el Dr. León Chesley. En donde efectuando un seguimiento a pacientes eclámpicas desde 1931 hasta 1974 descubrió junto con otros colaboradores, las diferencias evolutivas entre primigestas y multíparas. Realizó trabajos sobre preeclampsia y eclampsia entre 1930 y 1980, en donde constaban la epidemiología, pronóstico,

fisiopatología renal y tratamiento de la enfermedad. El profesor Jack A. Pritchard (1921-2002) fue una figura muy importante referente a la obstetricia moderna, debido a que diseñó un modelo para la atención del embarazo de alto riesgo y fijar normas para cuidados prenatales, además contribuyó al conocimiento del tratamiento de la eclampsia y las hemorragias obstétricas.

Referente al síndrome de HELLP una de las personas que contribuyó en su investigación y estudio fue Louis Weinstein que en 1979, asistió a una mujer con 29 semanas de gestación, con una tensión arterial elevada, proteinuria, plaquetopenia y alteraciones en el hepatograma. Según para Weinstein al realizarle el examen físico no reveló datos de interés, salvo la presencia de dolor en hipocondrio derecho de varios días de duración.

La ecografía obstétrica confirmó la existencia de un feto anencefálico. Los exámenes de laboratorio revelaron una plaquetopenia de 35.000mm<sup>3</sup>, hematocrito 25% hiperbilirrubinemia e incremento de las transaminasas hepáticas. (Pritchard, 1954, p. 90).

Para Louis Weinstein el cuadro clínico le resultó muy confuso como, revelaría años más tarde. Dedujo que resultaba conveniente dar por finalizado el embarazo, junto con la colaboración de otros colegas. Para este fin, indujeron el parto y seis horas más tarde el anencéfalo fue expulsado. En las siguientes 18 horas, el recuento plaquetario siguió descendiendo al igual que el hematocrito producto

de la hemolisis, 24 horas después del parto la enferma sufrió un parocardiorespiratorio y falleció. Por el hecho de que él nunca había presenciado una muerte materna, se sentía culpable y por ello dedicó mucho de su tiempo en estudiar el caso y programar como trataría la próxima enferma. Con el paso del tiempo asistió a otras enfermas obstétricas con inexplicable plaquetopenia, hemolisis e incremento de las enzimas hepáticas. Interpretó el cuadro como una variante de la preeclampsia que a menudo no presentaba hipertensión, proteinuria o edema.

Observó que las enfermas padecían síntomas inespecíficos como náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio derecho. Weinstein, (2005), comprobó que “la plaquetopenia precedía al aumento de las transaminasas y la hemolisis era evidente más tarde y la enfermedad finalizaba al interrumpir la gestación” (p. 930).

### **2.2.2. Definición de trastornos hipertensivos gestacionales**

Drife; Brian y Magowan, (2005), determinan que “el término hipertensión inducida por el embarazo (HIE), indica una alteración de la presión arterial que surge debido a la presencia del embarazo” (p. 367).

El término 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. Se define como hipertensión, a la tensión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg, registrada en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas en el transcurso de una semana. (Abalos, 2010, p. 7).

Existe hipertensión cuando se encuentran cifras tensionales de 140/90 mmHg o más en tomas consecutivas con un intervalo de seis horas, o en tres tomas aisladas después de permanecer en un ambiente tranquilo sentada durante cinco minutos.

### **2.2.3. Clasificación**

Clasificación propuesta por la Asociación Australiana para el Estudio de la Hipertensión en la Gestación (ASSHP).

1.- Hipertensión gestacional: Es la hipertensión (HT) que aparece después de la semana 20 de gestación sin ninguna otra característica del desorden multisistémico de la preeclampsia.

2.- Preeclampsia: HT después de la semana 20 de gestación y uno o más de los siguientes hallazgos:

- a) Proteinuria mayor o igual a 300 mg en 24 horas, o mayor de 30 mg/ dl, en muestra aislada.
- b) Insuficiencia renal: Creatinina plasmática mayor de 1.01 mg/dl u oliguria.
- c) Enfermedad hepática: Aumento de las transaminasas y/o epigastralgia severa o dolor en hipocondrio derecho.
- d) Alteraciones neurológicas: Convulsiones, hiperreflexia con clonus, cefalea severa con hiperreflexia y alteraciones visuales (escotomas, visión borrosa, fotofobia, amaurosis súbita o fosfenos). Alteraciones en

el estado de conciencia, tinnitus y vértigo.

- e) Alteraciones hematológicas. Trombocitopenia, coagulación intravascular diseminada (CID), elevación de los tiempos de coagulación trombina (TP) y protrombina (TPT). Hemólisis: Bilirrubinas mayores de 1,2mg/dl a expensas de la indirecta.
- f) Alteraciones feto-placentarias. Restricción del crecimiento fetal, estado fetal insatisfactorio, oligohidramnios, anormalidades en el doppler.
- g) El edema no se incluye en el diagnóstico de preeclampsia por su frecuente aparición clínica, hasta en 80% de las gestantes normales.

3.- Hipertensión crónica: Se subdivide en esencial o secundaria. La HT esencial se diagnostica en presencia de cifras de HT durante el período pre-concepciones o en la primera mitad del embarazo sin una causa aparente. La HT crónica secundaria se asocia con la patología renal, reno-vascular y endócrina.

4.- Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada: Cuando las características sistémicas de la preeclampsia se desarrolla después de la semana 20 de gestación en pacientes con hipertensión crónica. (Garzón y otros, 2005, p. 233).

Clasificación de los trastornos hipertensivos gestacionales tomada del Componente Normativo Materno Neonatal del Consejo

Nacional de Salud del Ecuador (2008). “*Trastornos hipertensivos gestacionales*” (pp. 68-70).

1.- Hipertensión gestacional. Tensión arterial (T/A) mayor o igual a 140/90 mmHg en un embarazo mayor de 20 semanas en una mujer previamente normo tensa. Proteinuria en 24 horas menor a 300 mg / tirilla reactiva negativa.

2.- Preeclampsia. T/A mayor o igual a 140/90 mmHg, en un embarazo mayor o igual a 20 semanas en una mujer previamente normo tensa. Proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++. Esta a su vez se clasifica en:

- a) Preeclampsia leve. T/A sistólica entre 140 y 160 mmHg. T/A diastólica entre 90 y 110 mmHg en un embarazo mayor a 20 semanas. Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++. Proteinuria en 24 horas positiva. Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.
- b) Preeclampsia severa (incluye al síndrome de HELLP). T/A mayor o igual a 160/110 mmHg, en embarazo mayor a 20 semanas. Proteinuria mayor de 3g en 24 horas o proteinuria en tirilla reactiva ++ / +++ . Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio: Vasomotores: Cefalea, tinnitus, acufenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.

Hemólisis: Plaquetas menores a 100000 mm<sup>3</sup>.  
Disfunción hepática con aumento de transaminasas.  
Oliguria menor 500 ml en 24 horas, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda (IRA).

3.- Eclampsia. T/A mayor o igual a 140/90 mmHg en un embarazo mayor a 20 semanas. Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ , en 24 horas mayor a 300 mg. Convulsiones tónico clónicas o coma.

4.- Hipertensión arterial crónica. T/A mayor o igual a 140/90 mmHg en un embarazo menor a 20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto. Proteinuria en tirilla reactiva negativa.

5.- Hipertensión arterial crónica + preeclampsia sobreañadida. T/A mayor o igual a 140/90 mmHg antes de 20 semanas de gestación o previa al embarazo. Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20 semanas de gestación.

6.- Hipertensión arterial crónica de alto riesgo en el embarazo. Hipertensión arterial (HTA) crónica que cursa con: T/A mayor o igual a 160/110 mmHg antes de las 20 semanas. Edad, mayor a 40 años, duración de la HT mayor a 15 años, diabetes mellitus con complicaciones, enfermedad renal, miocardiopatía, coartación de la aorta, colagenopatía, antecedentes de accidente cerebro vascular

(ACV), antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC).

7.- Síndrome de HELLP. Variante de la preeclampsia severa (T/A diastólica mayor 90 mmHg en un embarazo mayor 20 semanas + proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg/ tirilla positiva). Criterios diagnósticos: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP).

- a) Síndrome de HELLP clase I. Plaquetas: Menor a 50.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Lactato deshidrogenasa (LDH), mayor a 600 UI/L. Transaminasa glutámico oxalacética (TGO) y transaminasa glutámico pirúvica (TGP) o ambas, mayor a 70 UI/L.
- b) Síndrome de HELLP clase II. Plaquetas: Mayor a 50.000 y menor a 100.000 plaquetas/ mm<sup>3</sup>. LDH, mayor a 600 UI/L. TGO, TGP o ambas, mayor a 70 UI/L.
- c) Síndrome de HELLP clase III. Plaquetas: Mayor a 100.000 y menor a 150.000 plaquetas/ mm<sup>3</sup>. LDH, mayor a 600 UI/L. TGO, TGP o ambas, mayor a 40 UI/L.

#### **2.2.4. Epidemiología**

La preeclampsia es un síndrome clínico multisistémico exclusivo del embarazo siendo la principal causa de morbi-mortalidad, tanto materna como fetal. Su incidencia se encuentra entre el 2% y el 25% en diferentes partes del mundo. En América Latina la morbilidad

materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado.

Según Ortiz y Velazco, (2010) señalan que “en el Ecuador se encontró una incidencia de preeclampsia y eclampsia de 22% del total de mujeres embarazadas, siendo ésta la primera causa de muerte materna” (párrafo 1).

#### **2.2.5. Factores de riesgo**

Moreno B, (2009) menciona que “los factores de riesgo pueden ser preconceptionales, factores exógenos y los que se encuentren vinculados al embarazo” (p. 12).

##### Preconceptionales

- a) Historia previa de preeclampsia.
- b) Edad materna (menores de 15 años, mayores de 40 años).
- c) Intervalo entre embarazos: el riesgo aumenta 1.5 veces por cada 5 años de intervalo entre embarazos.
- d) Historia familiar.
- e) Ausencia o deficiencia del control prenatal.

##### Presencia de enfermedades subyacentes

- a) Hipertensión crónica y enfermedad renal.
- b) Obesidad, resistencia a la insulina, bajo peso al nacer.

- c) Diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo I.

#### Factores exógenos

- a) Fumar.
- b) Estrés.
- c) Exposición in útero a dietilestilbestrol.

#### Asociados al Embarazo.

- a) Embarazos gemelares.
- b) Anormalidades congénitas estructurales.
- c) Hydropsfetalis.
- d) Anomalías cromosómicas.
- e) Mola hidatiforme.
- f) Infección de vías urinarias.

### **2.2.6. Etiología y fisiopatología**

A pesar de numerosos estudios e investigaciones aún no se han logrado aclarar la etiología de los THG, al igual que la fisiopatología. Esta afección altera a diversos sistemas por lo tanto es evidente que una alteración individual no basta para explicarla.

Drife; Brian y Magowan, (2005), mencionan que “en la HT inducida por el embarazo una perfusión placentaria inadecuada derivada de una invasión placentaria inapropiada, precipita la liberación de alguna forma de desencadenante químico que, en

madres susceptibles, origina lesiones endoteliales, cambios metabólicos y una forma de respuesta inflamatoria” (p. 367).

Invasión placentaria. En el embarazo normal, la invasión trofoblástica de las arterias espiróideas maternas produce un aumento de su diámetro de hasta cinco veces; pasa de un sistema de bajo flujo y alta resistencia a uno de baja resistencia y alto flujo. En la preeclampsia no parece existir una invasión adecuada o se limita a las porciones residuales de los vasos, de modo que el resultado es un flujo sanguíneo placentario indeficiente. La invasión placentaria inadecuada también se asocia a retraso del crecimiento fetal (RCF).

Puesto que el grado de invasión trofoblástica está regulada por la barrera decidual materna, se ha propuesto que el factor etiológico primario de la preeclampsia es inmunológico.

Susceptibilidad materna. El retraso del crecimiento mediado por la placenta puede aparecer de forma aislada, pero también es frecuente en caso de preeclampsia. Por tanto, es razonable suponer que, aunque en ambos casos exista una invasión inadecuada, solo las madres que desarrollan preeclampsia son susceptibles al estímulo placentario. Esta susceptibilidad puede ser fenotípica o genotípica.

En la susceptibilidad genotípica existe un patrón familiar de preeclampsia y en los estudios de mujeres con crisis por eclampsia se ha demostrado que es más probable que estas mujeres tengan

hermanas, madres o abuelas con el mismo problema.

También existen fenotipos más susceptibles. Las mujeres con resistencia a la insulina y obesidad central tienen un mayor riesgo de preeclampsia. Esta asociación indica que la fisiopatología incluye una interrelación significativa entre procesos metabólicos, respuesta inmunológica y problemas de coagulación, posiblemente mediados por una lesión endotelial.

Cambios metabólicos, respuesta inflamatoria y lesión endotelial. En el embarazo normal aumenta la biosíntesis de prostaciclina, un vasodilatador con efecto inhibitor sobre las plaquetas, y tromboxano A<sub>2</sub> un vasoconstrictor con tendencia a estimular la agregación plaquetaria. Al aumentar ambos proporcionalmente, se neutralizan y se mantiene la homeostasis. Esta homeostasis se altera en la preeclampsia por una deficiencia relativa de prostaciclina debido a una disminución de su síntesis o a un aumento de la producción de tromboxano A<sub>2</sub>. Este desequilibrio provoca vasoconstricción, hipertensión y estimulación de las plaquetas.

El embarazo normal también se asocia a un aumento de la angiotensina II, un potente vasoconstrictor, pero a pesar de esto, en el embarazo, lo habitual es una disminución de la resistencia periférica. Esto parece ser consecuencia de una resistencia a los efectos de la angiotensina II en el embarazo normal, un fenómeno que parece

perderse en las mujeres que manifiestan un THG. Esto indica que las alteraciones del sistema renino-angiotencina-aldosterona desempeña un papel en la patogenia de este trastorno.

Además de estos cambios, parece existir algún tipo de proceso inflamatorio. Las citosinas pro-inflamatorias aumentan, así como otras sustancias capaces de provocar lesión inflamatoria, especialmente proteasas y radicales libres. Esto también lesiona la pared vascular.

Algunos de estos cambios metabólicos originan lesión endotelial, que a su vez activa la adhesión plaquetaria, estimula la coagulación y altera la modulación fisiológica del tono vascular, lo que aumenta aún más la respuesta. La lesión secundaria resultante en otros órganos, da lugar a las manifestaciones clínicas de hipertensión gravídica, preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP.

### **2.2.7. Anatomía patológica**

Riñón:

- a) Tumefacción de células endoteliales glomerulares y depósito de fibrina en las células endoteliales (fibrosis focal glomerular).
- b) Endoteliosis capilar glomerular
- c) Trombos de fibrina en glomérulos y capilares de la corteza renal.

Hígado:

- a) Hematomas sub-capsulares y hemorragias intraparenquimatosas.
- b) Áreas parcelares de necrosis con depósitos de fibrina.

Placenta:

- a) Necrosis e infiltración de vasos espirales.
- b) Aterosis aguda.
- c) Depósitos de fibrina.
- d) Isquemia vellositaria: Hipovascularización vellositaria.
- e) Hematomas retroplacentarios.

**Sistema nervioso central:**

- a) Hemorragia cerebral.
- b) Edema cerebral post-eclampsia, con hemorragias cerebrales, petequias, necrosis fibrinoide y daño vascular.
- c) Microinfartos.
- d) Trombosis venosa.
- e) Daño similar en adenohipofisis.
- f) **Corazón:** Necrosis miocárdica.

#### **2.2.8. Cuadro clínico**

**Preeclampsia:** La HT es leve o moderada, en la mayoría de los casos no excede valores de 160/110 mmHg. La proteinuria es

considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orina en 24 horas. Aparece oliguria mantenida. La alteración hepática puede manifestarse con náuseas, vómitos y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y con menos frecuencia ictericia.

**El síndrome de HELLP:** Se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica microangiohepática, disfunción hepática con elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. (Avena y otros, 2007, p. 22).

**Eclampsia:** La presencia de convulsiones tónicas clónicas focales o generalizadas define la existencia de eclampsia. Cuando esta por desencadenarse el ataque convulsivo, hay un corto período prodrómico denominado eclampsismo que presenta las siguientes manifestaciones: Trastornos nerviosos; como excitabilidad acentuada y cefalea fronto-occipital, elevación aguda de la presión arterial, diplopía, escotomas, vértigos, zumbidos, hormigueo en la cara y las manos, epigastralgia y sequedad de la boca.

**Coma eclámpico:** La paciente experimenta un eclampsismo, puede caer en sopor e insensiblemente en coma. El coma puede ser de pocas horas o llegar a las 12 o 24 horas, cuando se prolonga la enferma muere.

### 2.2.9. Diagnóstico

Diagnóstico de HTA:

Se considera HT al registro de dos tomas de T/A igual o mayor a 140/90 mmHg, separadas por 6 horas.

Diagnóstico de proteinuria:

Método cuantitativo: Proteinuria de 24 horas: Es el método de elección, dado que el grado de proteinuria puede fluctuar ampliamente durante el transcurso del día, incluso en casos graves; por lo tanto, una simple muestra aleatoria puede no mostrar proteinuria relevante.

La proteinuria se define como la presencia de 300 mg o más en una muestra de orina recolectada durante 24 horas. (Abalos, 2010, p.10).

Método cualitativo: Tira reactiva, el extremo de la tira se introduce 30 segundos en la orina, recolectada. El resultado luego se lee por comparación del color que adquiere la superficie de la tira en contacto con la orina con la tabla de colores sobre la etiqueta.

Exámenes de laboratorio:

Biometría hemática completa, química sanguínea incluyendo ácido úrico, pruebas de función hepática,

bilirrubinas séricas, creatinina sérica, depuración de creatinina en 24 horas, LDH. (Moreno, 2009, p. 23).

#### **2.2.10. Tratamiento de acuerdo al protocolo del manejo de trastornos hipertensivos gestacionales**

Tomado del Componente Normativo Materno Neonatal del MSP del Ecuador, (2008). “*Trastornos hipertensivos gestacionales*”, (pp. 73-80).

##### Acciones terapéuticas

1. Realizar o completar la historia clínica perinatal y el carné perinatal.
2. Realizar evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya cada 30 minutos: T/A, frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura, reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5), estimación de la edad gestacional, frecuencia cardiaca fetal (FCF) por cualquier método, actividad uterina para ubicación en la etapa de la labor de parto correspondiente.
3. Valorar el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión. Si existe antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico clónicas, sospeche firmemente en: *Eclampsia*.

4. Con el diagnóstico probable de eclampsia, disponer su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables. Enviar a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada.

5. Registrar la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática (BH), TP, TTP, plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL (venereal disease research laboratory), virus de la insuficiencia humana (HIV) con consentimiento informado, examen elemental de orina (EMO) – urocultivo.

6. Solicitar aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados que incluyan: Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP, TTP, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado) VDRL. Glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, TGO, TGP, bilirrubina total (BT), bilirrubina directa (BD), bilirrubina indirecta (BI), LDH, EMO, proteinuria en tirilla reactiva. Si la proteinuria en tirilla reactiva es positiva, solicitar proteinuria en 24 horas.

7. Tranquilizar a la paciente e informarle sobre su condición.

8. Escuchar y responder atentamente a sus preguntas e inquietudes.

9. Brindarle apoyo emocional continuo.

10. Si el embarazo es menor a 20 semanas y la T/A diastólica es  $>90$  mmHg sospechar de hipertensión arterial (HTA) crónica.

11. Realizar proteinuria en tirilla.

12. Si la proteinuria en tirilla es negativa: HTA crónica sin proteinuria. Mantener la medicación antihipertensiva que esté tomando la paciente, utilizar tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:

- Alfametildopa 250 – 500 mg vía oral (VO) cada 6 horas, o
- Nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o
- Nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO cada 8 horas.

13. Valorar la necesidad de hospitalización o referencia si presenta signos de descompensación de cifras tensionales crónicas, o si la edad materna es mayor a 40 años, es múltipara con historia previa de trastorno hipertensivo gestacional (THG), presente una duración de la T/A mayor a 15 años, presente diabetes mellitus, enfermedad renal por cualquier causa, miocardiopatía, colagenopatía, coartación de

la aorta, antecedentes de accidente cerebro vascular, antecedente de ICC.

14. Realizar el tratamiento de crisis hipertensivas y finalizar el embarazo según protocolo.

15. Si la proteinuria en tirilla es positiva: HTA crónica más preeclampsia sobreañadida.

16. Con el diagnóstico probable, disponer su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables.

17. Si el embarazo es mayor a 20 semanas y T/A diastólica >90 mmHg o sintomatología agravante disponer su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables.

18. Realizar proteinuria en orina. Si la proteinuria en tirilla es negativa: Hipertensión gestacional.

19. Si la proteinuria en tirilla es positiva sospechar: Preeclampsia – eclampsia, síndrome de HELLP, HTA crónica más preeclampsia sobreañadida.

20. Indicar reposo relativo y evitar situaciones estresantes.

21. Nada por vía oral (NPO) si se encuentra en eclampsia, síndrome de HELLP o decisión de finalizar el embarazo. Dieta normocalórica sin restricción de sodio, en caso de manejo expectante.

22. Canalizar vía intravenosa (IV) con catión 16 o 18 para la administración de cristaloides solución salina 0,9% o lactato de ringer a 125 cc/hora hasta 24 horas posparto.

23. Toma de muestras de sangre para exámenes (tubos de tapa lila, azul y roja) y prueba de coagulación junto a la cama inmediatamente antes de la infusión de líquidos.

24. Cateterizar la vejiga y monitorear el ingreso de líquidos y la producción de orina.

25. Control de signos vitales mínimo cada 30 minutos que incluya: T/A, FC, FR, temperatura y reflejos osteotendinosos, FCF y actividad uterina.

26. Administrar oxígeno 10 l/minuto por mascarilla o a 4-6 l/minuto por catéter nasal si hay dificultad respiratoria, compromiso de bienestar fetal o eclampsia.

27. Comunicar de ser necesario al servicio de neonatología. Usar sulfato de magnesio (SO<sub>4</sub> Mg) para prevención de eclampsia: Dosis de impregnación 4 g de SO<sub>4</sub> Mg IV en 20 minutos, luego con una dosis de mantenimiento de

1g/hora IV en bomba de infusión de preferencia. En toda preecláptica independiente de la presencia de sintomatología vasomotora o neurológica. En la HT gestacional exclusivamente si la paciente presenta sintomatología vasomotora o neurológica importante que anticipe eclampsia. En la crónica no es necesario el uso de sulfato de magnesio.

28. Usar sulfato de magnesio para tratamiento de eclampsia: Dosis de impregnación 6 g de  $\text{SO}_4 \text{Mg}$  IV en 20 minutos, luego con una dosis de mantenimiento de 2g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.

Mientras se usa sulfato de magnesio vigilar que la FC materna, FR, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/hora (2 cc/Kg/hora). Mantener el sulfato de magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis ecláptica.

29. Suspender o retardar el sulfato de magnesio si: FR < 16 respiraciones por minuto, reflejos osteotendinosos estén ausentes, diuresis < 30 cc/hora durante las 4 horas previas.

En caso de depresión o paro respiratorio tener preparado el antídoto, administrar gluconato de calcio 1 g IV (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria. Ayudar a la ventilación con

máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación. Administrar oxígeno a 4 l/minuto por catéter nasal o 10 l/minuto por mascarilla.

31. Para el tratamiento de crisis hipertensivas. Si la T/A diastólica es  $>110$  mmHg administrar: Hidralazina 5 – 10 mg IV en bolo, y repetir en 20 minutos si no cede la crisis, dosis máxima 40 mg IV. Nifedipina 10 mg VO, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas, dosis máxima 60 mg.

La T/A diastólica no debe bajar de 90 mmHg, sobre todo en las hipertensas crónicas. Si no se controla la T/A con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo.

32. Si se dispone de ecografía abdominal verificar la edad gestacional e índice de líquido amniótico (ILA), en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.

33. Con el diagnóstico probable, disponer su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables. Enviar a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada.

34. Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha de compromiso materno: T/A diastólica igual o mayor de 160/110 mmHg mantenida a pesar de tratamiento hasta por 6 horas, oliguria menor a 30 cc/hora, proteinuria en 24 horas >3 g ó +++ en tirilla reactiva.

Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha de compromiso materno: Convulsiones (eclampsia), síndrome de HELLP agravado.

Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha de compromiso materno del bienestar fetal: Oligohidramnios ILA <4, monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico. En la arteria umbilical: Índice de resistencia y pulsatilidad aumentados, ausencia o inversión de diástole. En la arteria cerebral media: Disminución de índice de resistencia y pulsatilidad.

35. Terminación del embarazo por cesárea: Se indicará cesárea con incisión media infraumbilical a través de la cual se

debe visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático, sólo en los siguientes casos: Embarazo < 32 semanas y Bishop < 6, síndrome de HELLP con signos de gravedad y CID.

36. Si las plaquetas son < 100. 000 mm<sup>3</sup> se contraindica la anestesia peridural.

37. Si el embarazo es >34 semanas se terminará según criterio obstétrico por parto o cesárea:

- Bishop < 6 = maduración cervical.
- Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = conducción.
- Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = evolución espontánea.

38. Si el embarazo es < 34 semanas y la condición de T/A es estable, sin crisis hipertensivas, sin signos de compromiso materno o fetal. Realizar tocólisis con nifedipina 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas, o indometacina (sólo en < 32 semanas) 100 mg vía rectal (VR) cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o por 72 horas.

Si el embarazo es >24 y <34 semanas se realiza la maduración pulmonar fetal con: Betametasona 12 mg

intramuscular (IM) y a las 24 horas (total 2 dosis) y/o dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).

39. Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (lactato de ringer, solución salina 0.9%), control de signos vitales estrictos y exámenes seriados cada 24 horas para determinar parámetros de gravedad que indiquen terminación del embarazo de inmediato.

40. El manejo del trabajo de parto no difiere del protocolo de manejo del parto de bajo riesgo.

41. Mantenerse atento a las complicaciones de los THG en especial el síndrome de HELLP.

42. Antes del alta proveer orientación y servicios sobre planificación familiar. Brindar asesoría y administrar un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.

43. Programar una cita para control posparto acorde con el manejo de puerperio y reevaluar a la paciente 12 semanas posparto para redefinición de diagnóstico definitivo de trastorno hipertensivo gestacional.

44. No olvidar enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrareferencia y/o epicrisis

completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Enviar los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.

### **2.2.11. Complicaciones**

Complicaciones maternas:

Son complicaciones de la preeclampsia el síndrome de HELLP, la insuficiencia renal, la eclampsia, el accidente cerebrovascular, el edema pulmonar, la ruptura hepática espontánea, el abrupcio placentae, el colapso circulatorio y desprendimiento de retina.

El síndrome de HELLP se presenta como una gravísima complicación de una preeclampsia severa, caracterizado por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia. Su mortalidad reportada a nivel mundial es de 2 a 3%, dada principalmente por hemorragia cerebral, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar agudo y rotura hepática.

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

Los cambios patológicos a nivel renal ocurren primero en las células endoteliales del capilar glomerular y se conocen como glomérulo endoteliosis. Los cambios renales explican la proteinuria casi constante de estas pacientes. En casos con compromiso grave, las lesiones microvasculares renales pueden llevar a falla renal aguda.

El edema pulmonar puede ocurrir durante el puerperio, por exceso en la administración de líquidos para expansión del volumen plasmático intravascular, en especial de cristaloides para provocar diuresis, que unido a la administración de diuréticos produce una vuelta al espacio intravascular de gran cantidad de líquido con mayor rapidez del que pueden excretarlo los riñones lo cual produce la sobrecarga y fallo ventricular izquierdo. El edema agudo de pulmón consiste en la acumulación de líquido en el espacio intersticial y alveolar. Dentro de este cambio además aumenta el volumen de plasma sanguíneo, el gasto cardiaco, la FC, y la permeabilidad capilar y una disminución en la presión osmótica, en pacientes con preeclampsia estos cambios se incrementan predisponiendo aún más al edema.

La gran mayoría de las pacientes con edema pulmonar tienen HT crónica asociada a preeclampsia, y son gestantes multíparas de edad avanzada, estos factores de riesgo llevan a

que la resistencia vascular sistémica y las presiones de llenado del corazón izquierdo incrementen, propiciando al desarrollo del edema, por otra parte el daño endotelial generado en estas pacientes lleva a que aumente la fuga capilar y la extravasación vascular.

En la hemorragia y rotura hepática espontánea, el mecanismo exacto con que se produce no está claro. Sin embargo, en el hígado, al igual que otros órganos, como resultado de la microtrombosis y la vasoconstricción se presenta obstrucción sinusoidal, congestión vascular, sobrecarga e incremento de la presión intrahepática, dilatación de la cápsula de Glisson, desarrollo de hematoma subcapsular y rotura hepática espontánea. La complicación más temida es la rotura espontánea hepática (REH) producto de un severo sangrado intrahepático, acompañado de necrosis hemorrágica de las células hepáticas.

A nivel del sistema nervioso central, la lesión más frecuente es la hemorragia petequiral. La eclampsia es una complicación en pacientes con preeclampsia este se conforma con la aparición en la paciente de convulsiones tónico-clónicas generalizadas tipo gran mal, aunque el 20% de las eclampsias aparecen en pacientes con cifras tensionales normales. Las principales manifestaciones de la preeclampsia a nivel del

sistema nervioso central son: La eclampsia, la hemorragia cerebral y las manifestaciones de lesión a nivel occipital como fotopsias, escotomas e incluso ceguera cortical transitoria.

Como consecuencia del daño endotelial, en el sistema hemático se presenta agregación y consumo de plaquetas, en algunos casos con reducción importante de éstas. Cuando la lesión vascular es significativa, se produce anemia hemolítica microangiopática debido al daño de los hematíes a su paso por arteriolas y capilares. También puede presentarse una CID principalmente cuando ocurren complicaciones como Hellp o desprendimiento placentario.

Complicaciones fetales:

Se relaciona la preeclampsia a una vasoconstricción arterial que puede provocar una disminución en la llegada de sangre a órganos de la madre importantes como los riñones, hígado, cerebro y placenta. Con eso se reduce la llegada de alimentos y oxígeno al feto, comprometiendo el crecimiento intrauterino (retraso del crecimiento intrauterino) y disminuyendo al volumen de líquido amniótico lo que disminuye la nutrición del feto y a su vez conlleva a la muerte fetal.

La HT también aumenta el riesgo de abrupcio placentae, que es el desprendimiento prematuro de la placenta de la

pared uterina antes del parto. Cuando es grave puede provocar hemorragia abundante y shock, situaciones peligrosas para la madre y el feto.

El riesgo más temido es la muerte fetal y el más frecuente es la prematuridad ya sea porque se inicie un trabajo de parto prematuro o porque haya que interrumpir el embarazo debido a la imposibilidad de controlar la enfermedad lo que ocasiona complicaciones fetales como: Distrés respiratorio, enfermedad pulmonar crónica, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, sepsis, enterocolitis necrotizante y retraso de crecimiento.

#### **2.2.12. Prevención**

- a) Es muy importante proporcionar cuidados prenatales, controles médicos y educación completa y de modo regular, con el fin de detectar y tratar la hipertensión inducida por el embarazo en sus primeras etapas.
- b) Aumento de peso durante el embarazo adecuado, no excesivo; monitoreo cuidadoso de la T/A y excreción urinaria de proteínas.
- c) Aspirina a bajas dosis 50-150 mg reduce en 15% la incidencia de preeclampsia.
- d) Suplemento de calcio 1-2 g/día en pacientes con baja

ingesta de calcio en la dieta.

- e) Antioxidantes: Vitamina C y E son promisorios como preventivos de preeclampsia en mujeres de alto riesgo.

### **2.2.13. Calidad de atención**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario. Para ello, se basa en los siguientes fundamentos legales:

Artículo 42. Referente a la Ley Orgánica de salud, en su artículo N° 1, 6 y 7, indica, “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares” (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal, 2008, p. 10).

En su artículo N° 10 de la constitución se menciona que quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud deberán aplicar políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, encaminadas a acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual y colectiva.

La Ley de Maternidad Gratuita reformada que en su artículo N° 1 expresa que toda mujer ecuatoriana, tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, además de tener el acceso a programas de salud sexual y reproductiva. El reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia señala en su artículo 9 f referente a las funciones del comité de gestión, vigilar el cumplimiento de la gratuidad de la atención de las prestaciones cubiertas, así como su calidad.

En el año 2006, mediante acuerdo ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno-infantil, que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias.

El programa de la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia cubre los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y complementarios del conjunto de prestaciones que establece la ley para la atención de mujeres y niños/as menores de cinco años, garantizando la coordinación con las instancias del MSP. Además brinda atención integral tanto preventiva como curativa de la mujer y niños en todas las esferas, además de los espacios de la salud sexual y reproductiva, regulación de la fecundidad, control prenatal, atención del parto y detección oportuna de cáncer.

## 2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.3.1. Hipótesis

El cumplimiento del protocolo para el manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales depende del nivel de conocimientos del personal de salud, los mismos que influye en gran medida en la recuperación de la paciente.

### 2.3.2. Variables

Variable dependiente: Manejo del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.

Variable independiente: Factores que afectan el manejo del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, tales como: Capacitación del personal, equipamiento acorde a necesidades para la atención correcta de la usuaria, exceso de trabajo, interés cognitivo del personal, recursos e insumos.

## CAPÍTULO III

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

El trabajo que se realizó es cuantitativo porque propicia una medición de lo observado, mediante datos estadísticos, y de corte transversal ya que expuesto el problema y seguido durante un tiempo determinado, establece los resultados de estudio. Es un estudio descriptivo puesto que permite detallar el fenómeno estudiado básicamente a través del análisis, del cómo es y cómo se manifiesta el problema en el hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio dentro del periodo de septiembre del 2011 a febrero del 2012.

#### 3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

##### 3.2.1. Universo

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta dos universos en su totalidad, ya que no ameritó tener una muestra.

El primer universo fue conformado por 34 pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, atendidas durante el periodo de estudio. El segundo universo estuvo constituido por 41 personas entre profesionales y auxiliares de enfermería.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para realizar éste trabajo investigativo, la técnica empleada fue la observación ya que permitió conocer la realidad del problema mediante la percepción directa del manejo del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.

El instrumento para llevar a cabo la realización del presente trabajo de investigación se utilizó una encuesta, que consta de preguntas cerradas y de opción múltiple, la misma que se la aplicó a todo el personal profesional y auxiliares de enfermería del hospital Marco Vinicio Iza de Lago Agrio dentro de las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia las cuales se encuentran en contacto con este tipo de pacientes.

Para determinar el cumplimiento del protocolo en las áreas de estudio, se usó el instrumento de recolección de datos que se encuentra en el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materna-neonatal, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

### 3.4. DISEÑO DEL INSTRUMENTO

El instrumento utilizado fue una encuesta que consta de preguntas cerradas y de opción múltiple, la misma que se la aplicó a todo el personal de enfermería y auxiliares de enfermería en las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia. Para la verificación del cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales se utilizó como instrumento para evaluar la calidad de

atención materna-neonatal, la guía que se encuentra en el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materna-neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

## CAPÍTULO IV

### 4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y PLAN DE INTERVENCIÓN.

#### 4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS

4.1.1. Encuesta aplicada al personal profesional y auxiliar de enfermería de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia.

Tabla Nº 3.

Conocimiento del protocolo del MSP de pacientes con HTG.

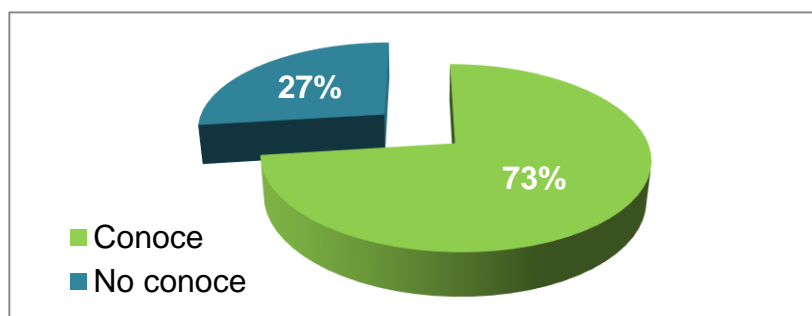
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	73%
No	11	27%
<b>Total</b>	41	100%

Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico Nº 1.

Conoce el protocolo del MSP sobre el manejo de pacientes con THG.



Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** En el gráfico podemos identificar que el 73% de los encuestados conocen sobre el protocolo del Ministerio de Salud Pública en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, el cual es de gran importancia ya que con el conocimiento y aplicación de dicho protocolo se puede disminuir la morbimortalidad materno-infantil; mientras que en un 27% lo desconocen lo que puede conllevar al inadecuado cuidado de este tipo de pacientes aumentando el riesgo de sufrir alguna complicación.

**Tabla N° 4.**

**Personal que considera que a una paciente con 17 semanas de gestación con una T/A alta como paciente preecláptica.**

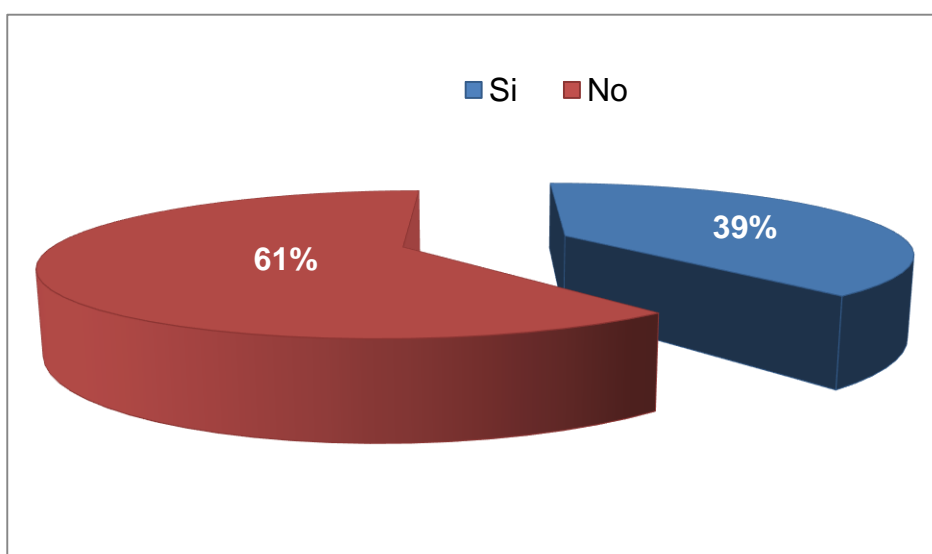
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	39%
No	25	61%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Gráfico N° 2.**

**Considera a una paciente con 17 semanas de gestación con una T/A alta como paciente preecláptica**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Se logró identificar que el 61% de los encuestados pueden reconocer con claridad, que una paciente de 17 semanas de gestación no puede ser considerada como paciente preecláptica, esto es acertado ya que una paciente es considerada preecláptica con una edad gestacional mayor o igual a 20 semanas y con una tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg. Por otra parte en un 39% no poseen un concepto claro de lo que es una paciente preecláptica lo mismo que conlleva a que se de un tratamiento inapropiado e inoportuno.

Tabla N° 5.

**Control de peso diario a pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.**

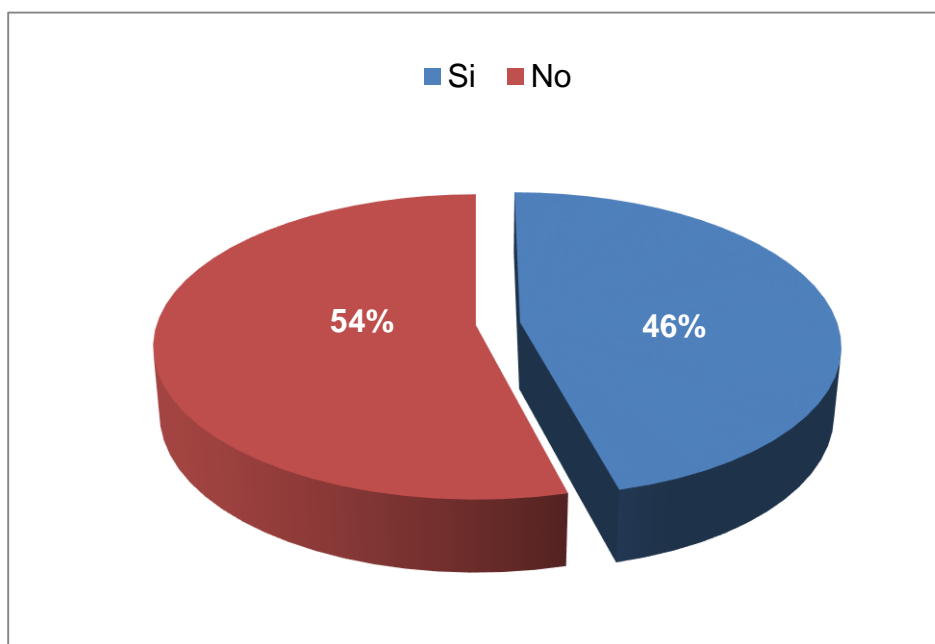
Control	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	46%
No	22	54%
<b>Total</b>	41	100%

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 3.

**Realiza el control de peso diario a pacientes con THG.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Se identifica que un 54% de los encuestados, no realiza un control minucioso del peso diario a pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales y que un 46% si lo realizan. Con el control del peso diario a pacientes con trastornos hipertensivos, se puede valorar si existe retención de líquidos corporales por lo cual va aumentar el edema. El edema no se incluye en el diagnóstico de preeclampsia por su frecuente aparición clínica en la gestación pero la elevación de los valores normales de las proteínas totales, puede provocar la aparición del edema como consecuencia del aumento de la presión osmótica que a la vez en la valoración produzca fobia y un indicio de insuficiencia renal.

Tabla N° 6.

**Conocimiento de signos y síntomas vasomotores, que indique la presencia de un trastornos hipertensivos gestacionales.**

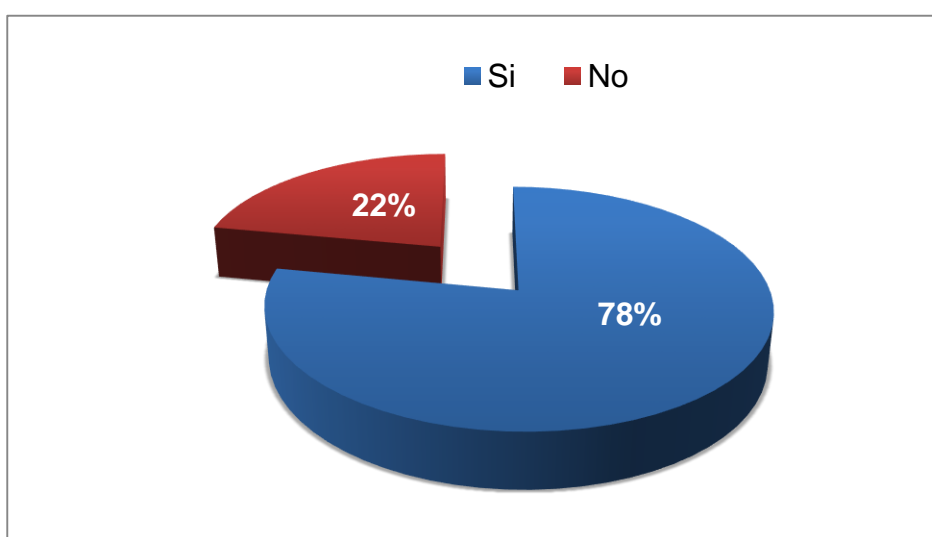
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	78%
No	9	22%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 4.

**Identifica y reconoce signos y síntomas vasomotores, que indique la presencia de un THG.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** El 78% de las personas encuestadas identifican claramente los signos y síntomas vasomotores en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, mientras que en un 22% de los encuestados no logran identificarlos. El lograr reconocer e identificar los signos y síntomas vasomotores permite actuar al personal profesional de una manera inmediata y oportuna, logrando evitar cualquier complicación que se pueda presentar tanto en la madre como el estado fetal.

Tabla N° 7.

**Conocimiento sobre la presencia de proteinuria en la orina, que identifique la presencia de trastornos hipertensivos gestacionales.**

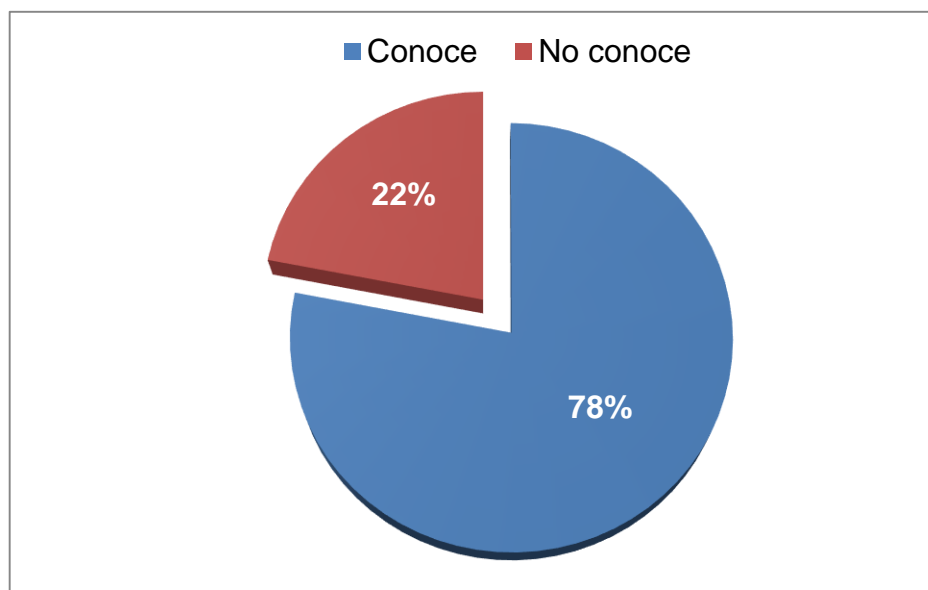
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	78%
No	9	22%
<b>Total</b>	41	100%

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 5.

**En el análisis de la orina se identifica la proteinuria.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** De acuerdo con los resultados obtenidos el 78% de los encuestados, conocen que el objetivo principal de realizar un examen de EMO (examen elemental y microscópico de orina) es para identificar los niveles de proteinuria en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, mientras que en un 22% no tienen conocimiento. La proteinuria está presente en la mayoría de mujeres con preeclampsia pero puede estar ausente aun en mujeres con eclampsia o enfermedad multisistémica secundaria a la preeclampsia, ante el hallazgo de proteinuria debe descartarse infección del tracto urinario.

**Tabla N° 8.**

**Conocimiento de los cuidados generales que se deben brindar en una paciente preecláptica.**

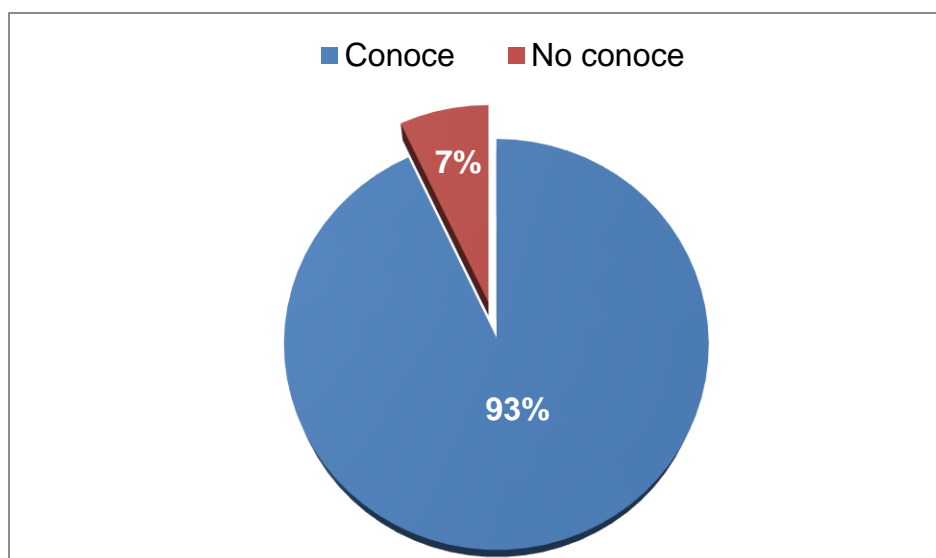
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	93%
No	3	7%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Gráfico N° 6.**

**Conocimiento de los cuidados generales que se deben brindar en una paciente preecláptica.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Mediante la encuesta realizada, se logró identificar que en un 93% de los encuestados conocen sobre los cuidados generales que se deben brindar a una paciente con preeclampsia, mientras que un 7% desconoce la importancia de los cuidados enfermería a este tipo de pacientes. La preeclampsia-eclampsia continúa siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad materno-infantil, y el no saber llevar a cabo un verdadero proceso de atención de enfermería a este tipo de pacientes, se está contribuyendo al aumento de esta problemática en salud.

Tabla N° 9.

**Personal que conoce que la tensión arterial de  $\geq 140/\geq 90$  mmHg es propio de una paciente preecláptica.**

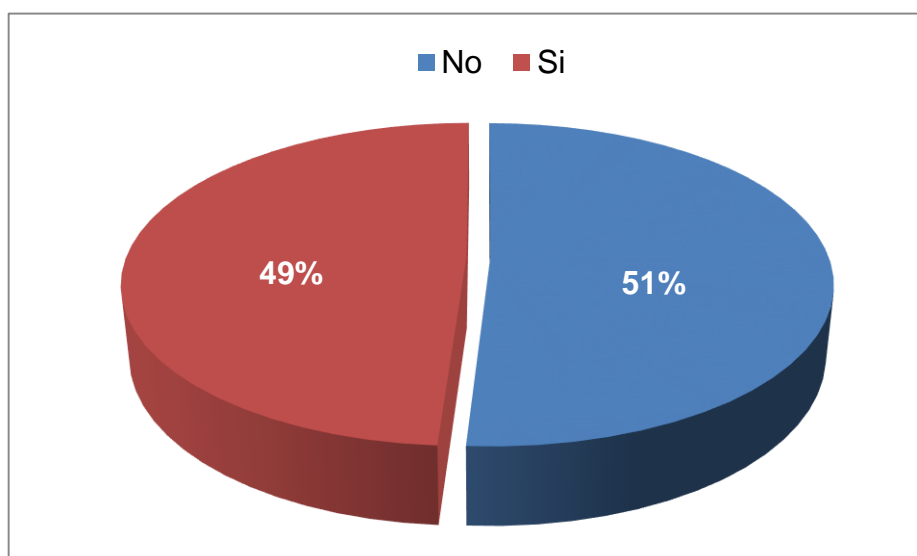
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	49%
No	21	51%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 7.

**Considera una paciente preecláptica con una tensión arterial de  $\geq 140/\geq 90$  mmHg.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Se logró determinar que un 49% de los encuestados identifican el valor de la tensión arterial de una paciente con preeclampsia, y en un 51% muestran confusión en el reconocimiento de éste valor. Según el protocolo del MSP, señala claramente que una paciente es considerada como paciente preecláptica cuando la tensión arterial se encuentra con un valor  $\geq 140/\geq 90$  mmHg.

Tabla N° 10.

**Conocimiento sobre la dosis de impregnación de sulfato de magnesio  
para prevención de eclampsia.**

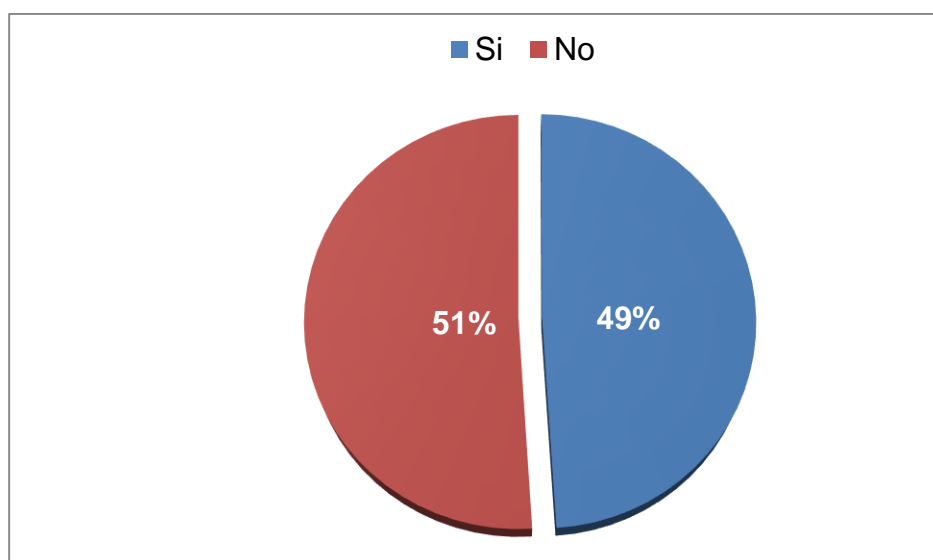
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	49%
No	21	51%
<b>Total</b>	41	100%

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 8.

**Conoce la dosis de impregnación con sulfato de magnesio en  
pacientes para prevención de eclampsia.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** El 49% tiene conocimiento sobre la dosis de impregnación con sulfato de magnesio para la prevención de eclampsia, en cuanto el 51% de los encuestados lo desconoce. La dosis impregnación que se debe de usar para la prevención de eclampsia y evitar de esta manera mayores complicaciones es de 4 g de sulfato de magnesio intravenoso en 20 minutos, el conocer esto es de gran importancia puesto que permite tener precauciones durante su administración, debido que este fármaco en dosis mayores ocasiona toxicidad en la paciente y en dosis bajas impide la factibilidad del tratamiento.

Tabla N° 11.

**Conoce cuándo se debe de suspender el sulfato de magnesio.**

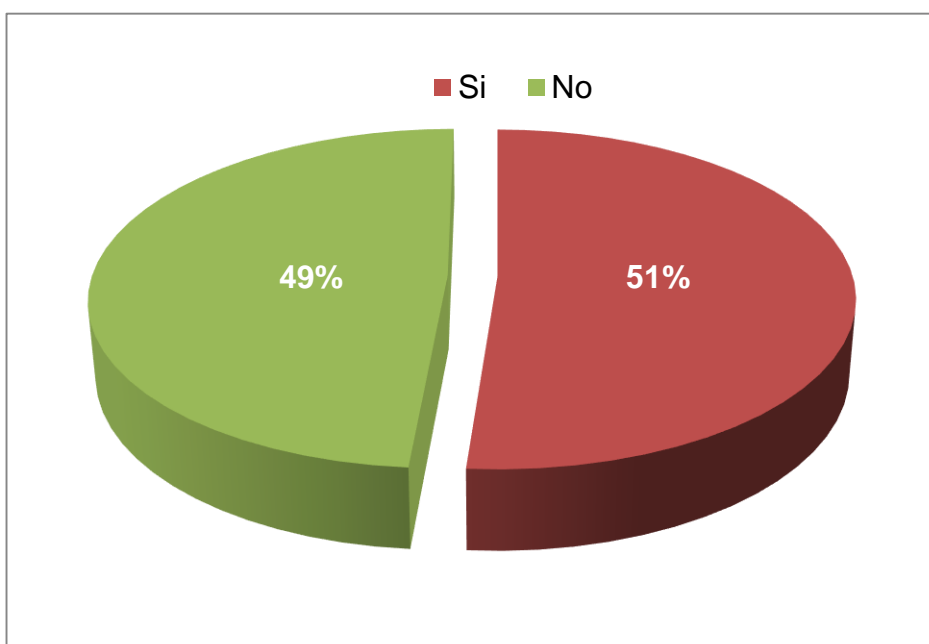
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	51%
No	20	49%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 9.

**Conoce cuándo se debe de suspender el sulfato de magnesio.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** En la gráfica se logra observar que el 51% de los encuestados identifican con facilidad que una paciente, que está recibiendo sulfato de magnesio, ha sufrido una intoxicación y hay que suspender o retardar la administración del mismo, mientras que el 49% desconocen cuándo se debe de suspender o retardar su administración. El personal de salud debe estar alerta a las manifestaciones clínicas de una paciente para actuar de manera inmediata. Se debe de suspender o retardar el sulfato de magnesio si la frecuencia respiratoria es menor a 16 respiraciones por minuto, al valorar los reflejos osteotendinosos estos se encuentren ausentes y la diuresis sea menor de 30 cc/h durante las 4 horas previas.

Tabla N° 12.

**Conoce que se identifica con el control del peso diario a pacientes preeclámpticas.**

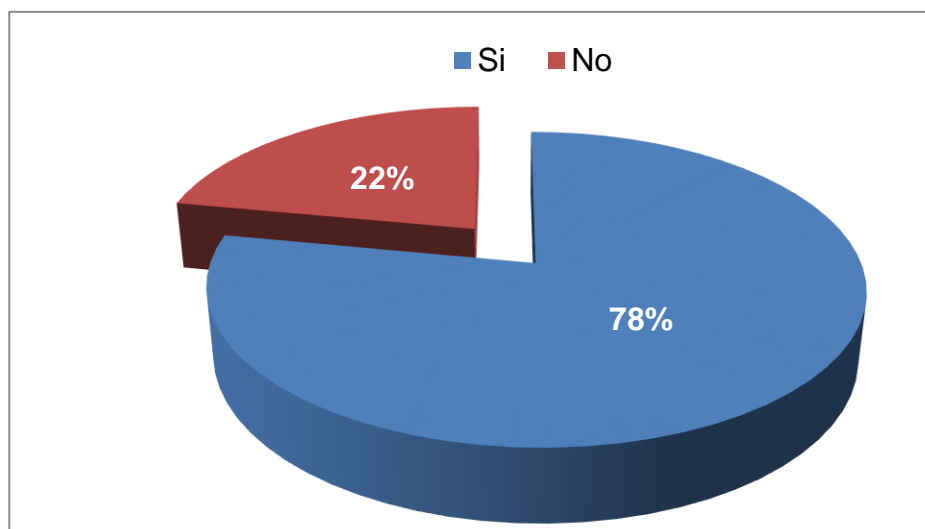
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	78%
No	9	22%
<b>Total</b>	41	100%

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 10.

**Conoce que se identifica con el control del peso diario a pacientes preeclámpticas.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Se logró identificar que un 78% identifican con claridad el fundamento por el cual se realiza el control del peso diario a pacientes preeclámpticas, mientras que el 22% no lo identifican. El realizar un control diario y minucioso del peso a pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales permite reconocer e identificar si existe retención de líquidos corporales por lo cual de esta manera va ha aumenta el edema.

Tabla N° 13.

**Conoce que tipo de solución se emplea para la administración de sulfato de magnesio.**

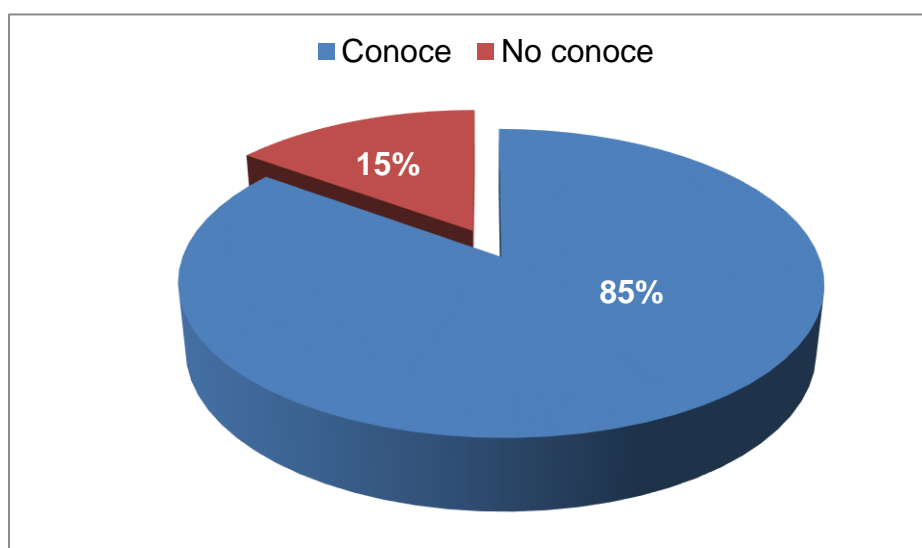
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	85%
No	6	15%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 11.

**Conoce que tipo de solución se emplea para la administración de sulfato de magnesio.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Se logró identificar que en un 85% identifican con claridad el tipo de solución con el que se debe de administrar el sulfato de magnesio, mientras que el 15% de los encuestados desconoce con qué tipo de solución se debe de realizar la administración del sulfato de magnesio. Para la administración intravenosa del sulfato de magnesio se realiza con una solución isotónica de dextrosa al 5 % ó con cloruro de sodio 0.9%. La dextrosa en agua al 5% administrada conjuntamente con el sulfato de magnesio, evitar en parte los efectos secundarios de esta medicación, contrarrestando la hipotensión.

Tabla N° 14.

**Conoce el antídoto para la intoxicación con sulfato de magnesio en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.**

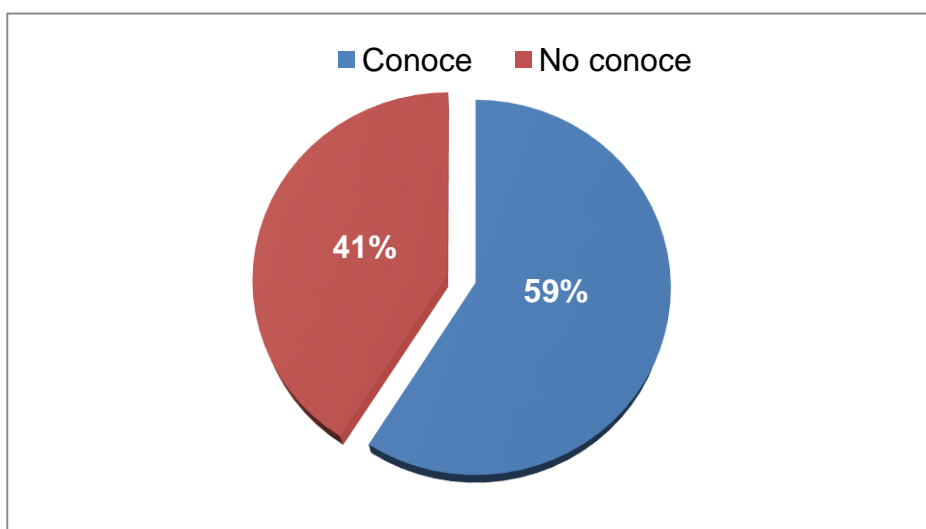
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	59%
No	17	41%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 12.

**Conoce el antídoto para la intoxicación con sulfato de magnesio en pacientes con THG.**



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**.ANÁLISIS:** Se logró identificar que en un 59% conocen cual es el antídoto para una paciente que sufre intoxicación con sulfato de magnesio, mientras que un 15% del total de los encuestados no logran identificar el antídoto. Cuando exista depresión o paro respiratorio que es un signo de que la paciente ha entrado en intoxicación por sulfato de magnesio se debe administrar 1 g de gluconato de calcio IV. El gluconato de calcio se une rápidamente al ion fluoruro aboliendo sus efectos tóxicos. Revierte la hipocalcemia provocada por sustancias tóxicas. Revierten los efectos ionotropos negativos de los sulfatos.

**4.1.2. Datos obtenidos en la revisión de historias clínicas (HCL) de pacientes con THG en el departamento de estadística del hospital Marco Vinicio Iza.**

**Tabla N° 15.**

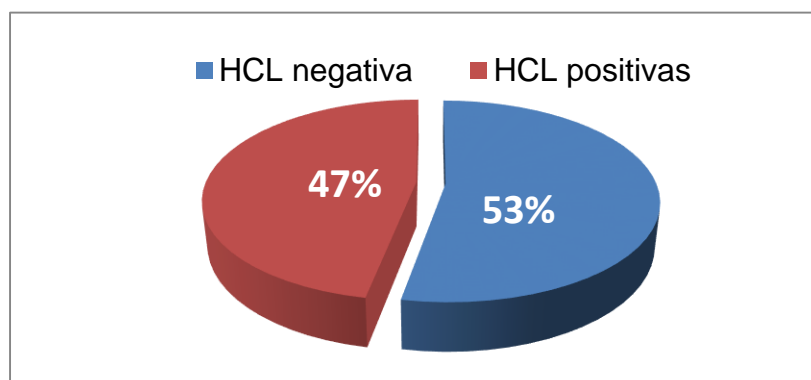
**Cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales del MSP, en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza.**

<b>Cumplimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Positivas	16	47%
Negativas	18	53%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Gráfico N° 13.**

**Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales en el servicio de emergencia.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Como se puede observar en la gráfica, en el servicio de emergencia únicamente en un 47% de las pacientes atendidas, se cumple con los diferentes parámetros que describe el protocolo del Ministerio de Salud Pública, lo que no sucede con el 53 % que no se cumple en su totalidad, lo que puede traer consigo un inadecuado manejo y cuidado desde la recepción inicial de las pacientes, impidiendo que se lleve de manera correcta la continuidad del tratamiento.

Tabla N° 16.

**Cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales del MSP, en hospitalización.**

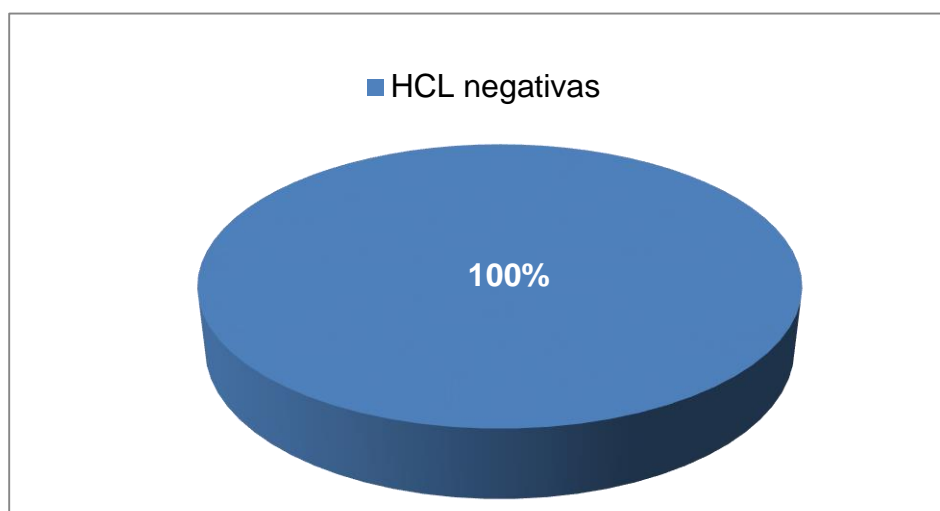
Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	0	0%
Negativas	34	100%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 14.

**Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales en hospitalización.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Según la revisión de historias clínicas, se pudo identificar que el cumplimiento del protocolo del Ministerio de Salud Pública no se lo cumple en su totalidad dando como resultado un 100% negativo, lo cual es muy preocupante, debido a que por causa del mal manejo se desencadena varias complicaciones tanto maternas como fetales, poniendo hasta en riesgo la vida de este binomio.

Tabla N° 17.

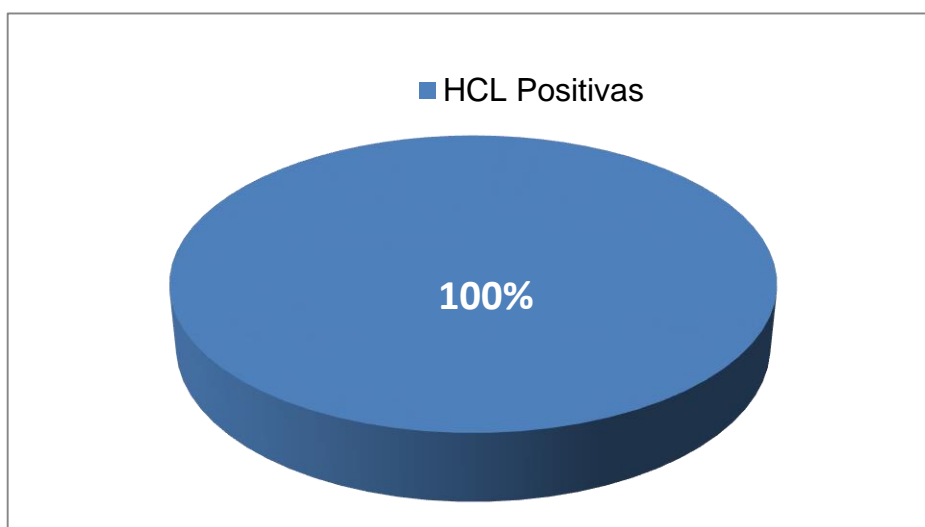
**Identificación de la edad gestacional en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza.**

<b>Identificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Positivas	34	100%
Negativas	0	0%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 15.

**Identificación de la edad gestacional en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** De acuerdo con los resultados obtenidos en la revisión de historias clínicas, es satisfactorio haber encontrado que se realice la identificación de la edad gestacional en un 100% de todas las madres gestantes con trastornos hipertensivos gestacionales atendidas en el periodo septiembre del 2011 a febrero del 2012, ya que esto permite actuar de manera oportuna en beneficio del niño y de la madre. Además el identificar oportunamente la edad gestacional permite tomar medidas terapéuticas que sean necesarias, como puede ser realizar la maduración fetal, u otras acciones terapéuticas encaminadas a salvaguardar la vida del feto.

Tabla N° 18.

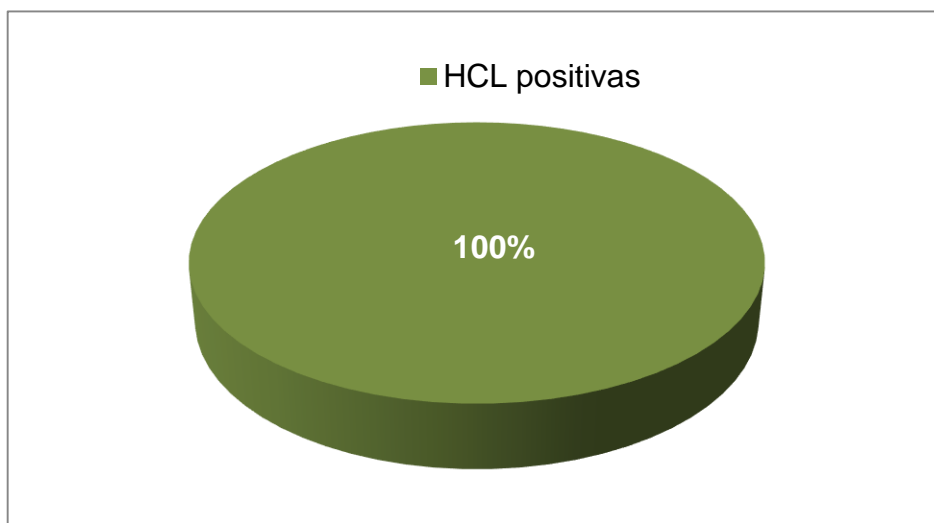
**Determina al menos una vez la tensión arterial en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza.**

<b>Determinación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Positivas	100	100%
Negativas	0	0%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 16.

**Determina al menos una vez la tensión arterial en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Es gratificante saber que se realice en un 100% el control de la tensión arterial de una forma adecuada y oportuna en la atención inicial de las pacientes que son atendidas en este servicio, ya que de esta manera se puede identificar precozmente la existencia de algún tipo de trastorno hipertensivo gestacional. El saber reconocer valores de tensiones arteriales altas y lograr disminuirlas paulatinamente, permite evitar el desarrollo de complicaciones de los órganos vitales, puesto que la hipertensión implica el daño a órganos tales como el corazón, cerebro y riñones.

Tabla N° 19.

Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva).

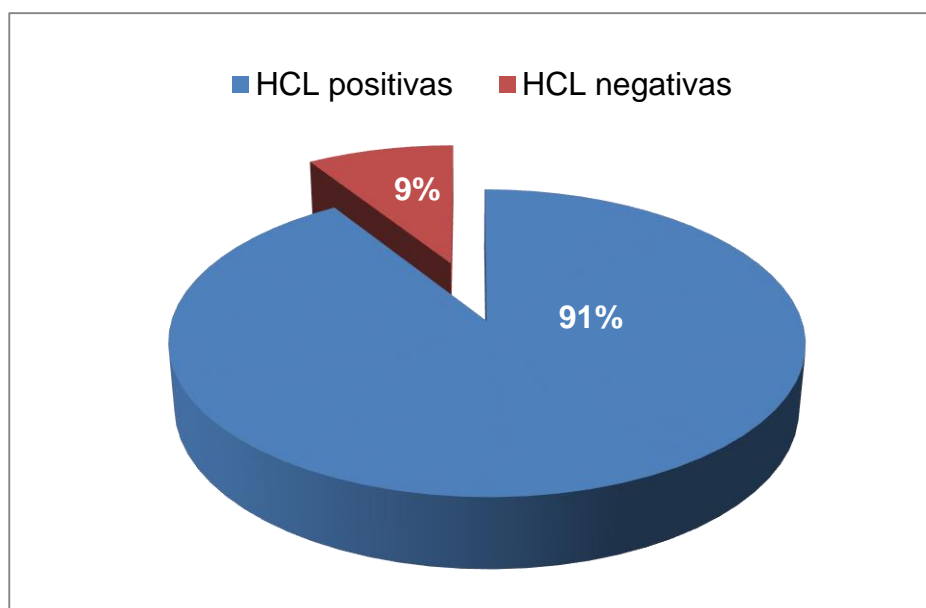
Valoración	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	31	91%
Negativas	3	9%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 17.

Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva).



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Durante la revisión de historia clínicas se logró identificar que al 91% de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales atendidas en el período septiembre del 2011 a febrero del 2012, se les realizó la prueba de proteinuria la cual es necesaria, ya que permite valorar la presencia de proteínas en la orina para poder determinar un tratamiento oportuno de acuerdo a la patología, mientras que en un 9% no hay evidencia en las historias clínicas, que se valore la presencia de proteinuria, lo que puede contraer un diagnóstico y tratamiento errado.

Tabla N° 20.

**Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (si aún no se ha producido el parto).**

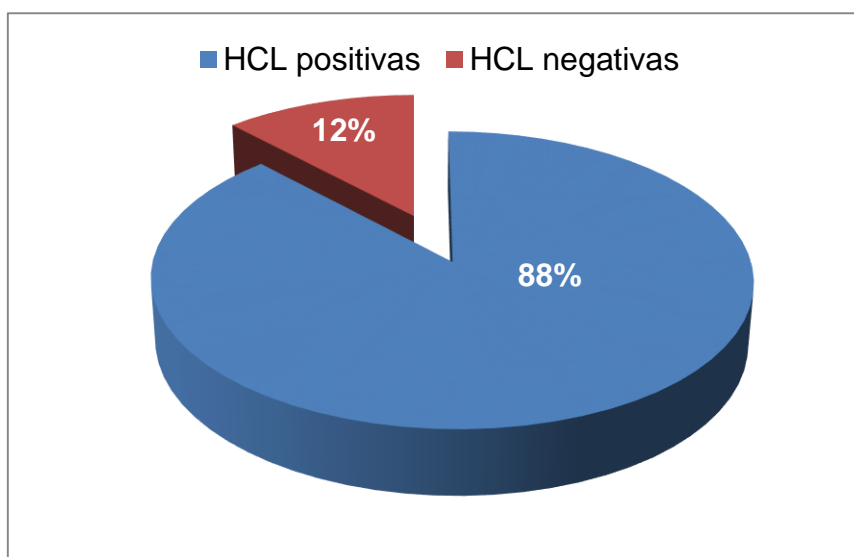
<b>Auscultación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Positivas	30	88%
Negativas	4	12%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 18.

**Auscultación de frecuencia cardiaca fetal.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Mediante la investigación se pudo determinar que en un 88% de las pacientes con un tipo de trastorno hipertensivo gestacional se les realizó la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, la cual es necesaria para identificar el estado vital del feto, y de esta manera tomar las medidas necesarias para evitar el sufrimiento fetal y demás posibles secuelas posteriores a su nacimiento, incluyendo su muerte. Por otra parte en un 12% restante no existe evidencia de haber realizado este procedimiento o en su parte evaden este procedimiento.

Tabla N° 21.

**Impregnación de sulfato de magnesio con 4 gr. Intravenoso lento o por microgotero.**

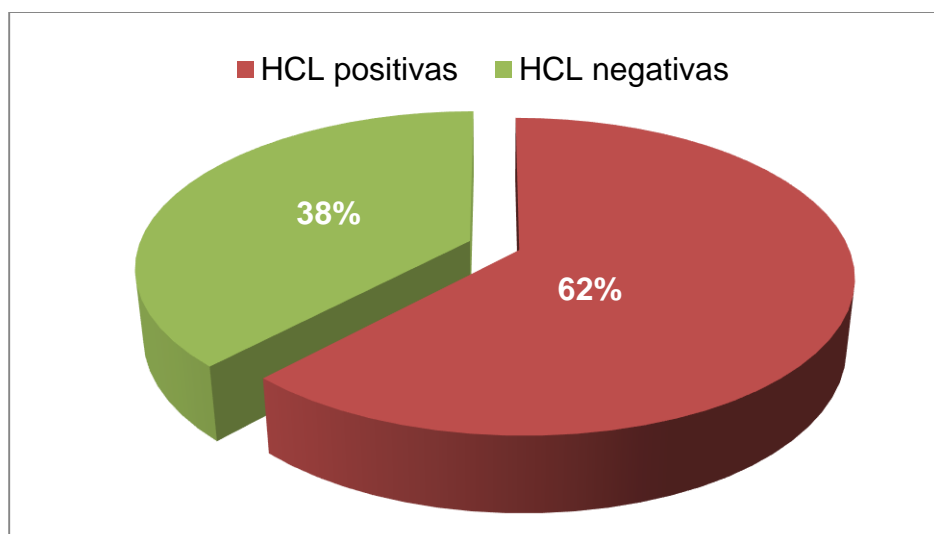
Impregnación	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	21	62%
Negativas	13	38%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 19.

**Impregnación de sulfato de magnesio con 4 gr. Intravenoso lento o por microgotero.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Según el estudio realizado, es preocupante que únicamente al 62% de pacientes con trastornos hipertensivos se les haya realizado adecuadamente la impregnación con sulfato de magnesio de forma óptima, lo que no sucede con el 38% restante, en donde no se les realiza la impregnación o se lo realiza de manera inadecuada con dosis incorrectas lo cual impide que se cumpla el objetivo del tratamiento, trayendo consigo la complicación de esta patología.

Tabla N° 22.

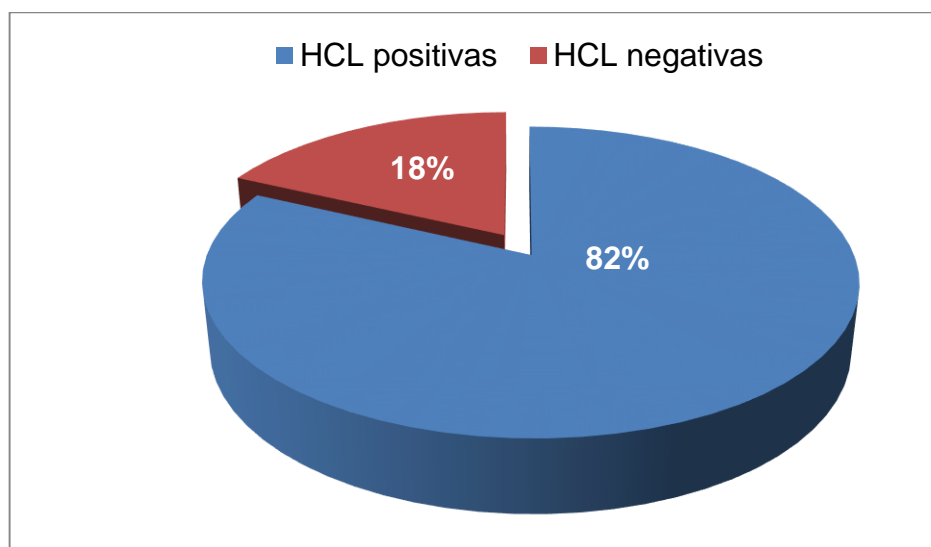
**Administración de antihipertensivos (nifedipina) si la tensión arterial diastólica es mayor a 110 mmHg.**

Administración	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	28	82%
Negativas	6	18%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 20.

**Administración de antihipertensivos (nifedipina) si la tensión arterial diastólica es mayor a 110 mmHg**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** En la investigación realizada se logró identificar que un 82% de las pacientes se les realizó la administración de antihipertensivos, mientras que en un 18% no se realizó la administración de este medicamento, es de importancia el uso de nifedipino ya que éste, actúa en la paciente al producir bloqueo de la fibra muscular en los vasos sanguíneos, en el flujo de calcio hacia su interior disminuyendo la contractibilidad y espasmo vascular, permitiendo de esta manera que la presión arterial vaya descendiendo paulatinamente.

Tabla N° 23.

**Transferencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización.**

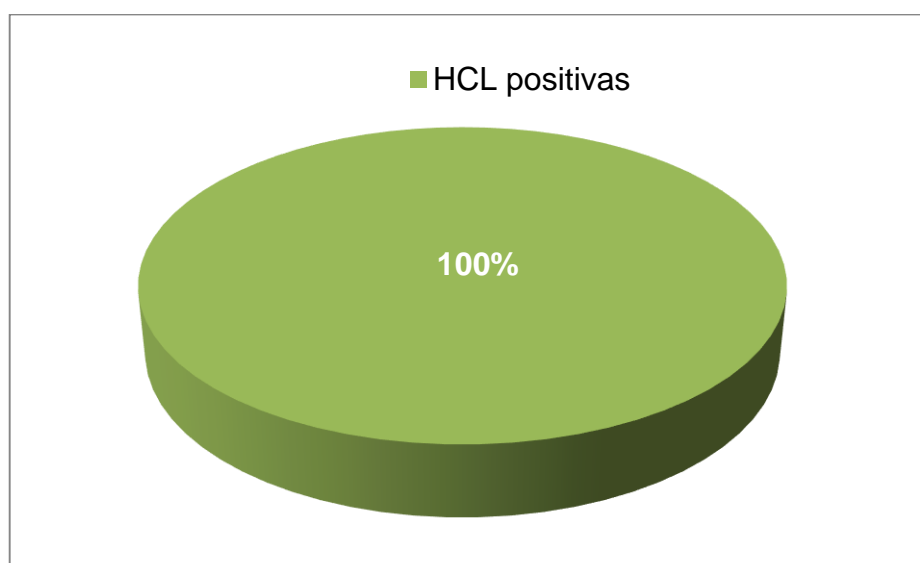
<b>Transferencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Positivas	34	100%
Negativas	0	0%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 21.

**Transferencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización.**



**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**ANÁLISIS:** Como se puede apreciar en el gráfico se observa que el 100% de las pacientes que fueron atendidas en el periodo de estudio con trastornos hipertensivos gestacionales, se les realizó la transferencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización, de acuerdo a la complejidad de su patología, lo cual es gratificante, ya que es indicativo de que se cumple a cabalidad este parámetro que establece el protocolo permitiendo a su vez una atención oportuna y preventiva de complicaciones.

Tabla N° 24.

**Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso); coagulación,  
conteo plaquetario.**

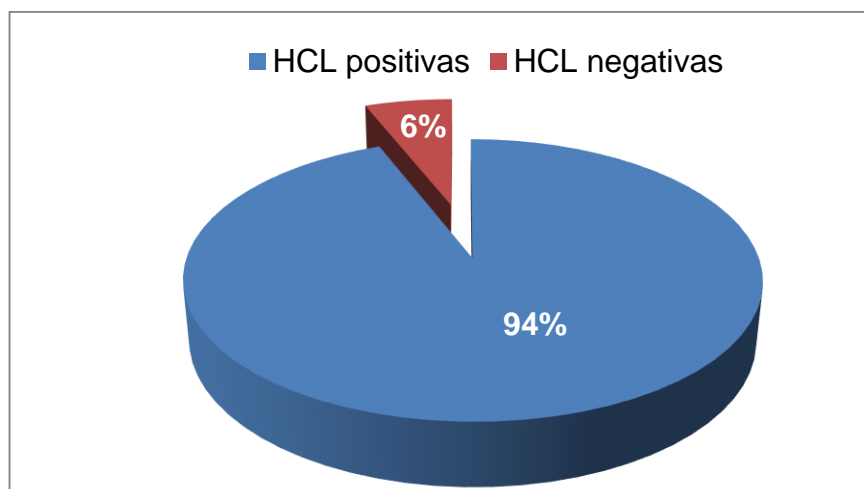
Realización	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	31	94%
Negativas	2	6%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 22.

**Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso); coagulación,  
conteo plaquetario.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** En un 94% de pacientes preeclámplicas atendidas en el transcurso de nuestro proceso investigativo, se les practicó exámenes de laboratorio para la valoración de plaquetas, ya que en estas patologías puede haber alteración de las mismas y en un 6% no se realiza este tipo de examen, debido a que no existe evidencia en las historias clínicas. Es indispensable realizar este examen, puesto que nos permite identificar la presencia de una posible trombocitopenia, la cual puede desencadenar CID, que a su vez conlleva a un síndrome hemorrágico, debido a la activación de los mecanismos de coagulación, se deposita fibrina en los vasos, este depósito se realiza a nivel de las arteriolas-vénulas y capilares, afectando a varios órganos simultáneamente y con esto pone en riesgo la vida de la paciente.

Tabla N° 25.

## Valoración de tensión arterial tres veces al día.

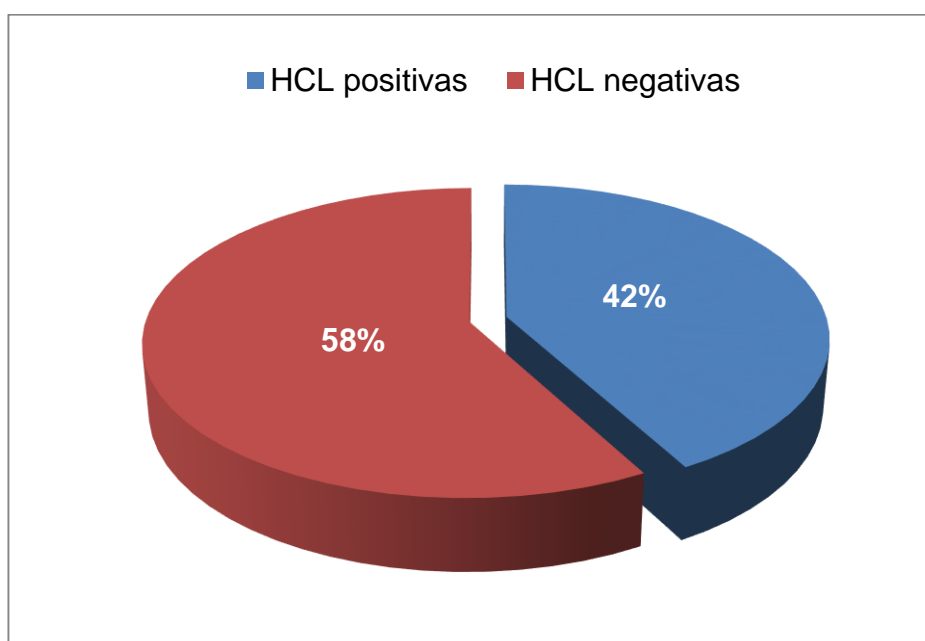
Valoración	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	14	42%
Negativas	19	58%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 23.

## Valoración de tensión arterial tres veces al día.



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Como podemos identificar en la gráfica, el 42% realiza el control de la tensión arterial tres veces al día y en un mayor porcentaje que es el 58% no lo realiza, lo cual es preocupante debido que el control de la tensión arterial es un parámetro indispensable, puesto que al valorar el estado fisiológico de una paciente con este método, se puede encontrar alguna alteración evidentemente preocupante. La tensión arterial elevada afecta a todos los tejidos y órganos del cuerpo como el hígado, el cerebro, riñones porque a ellos llegan vasos sanguíneos, que la misma los puede alterar.

Tabla N° 26.

## Valoración de frecuencia cardiaca tres veces al día

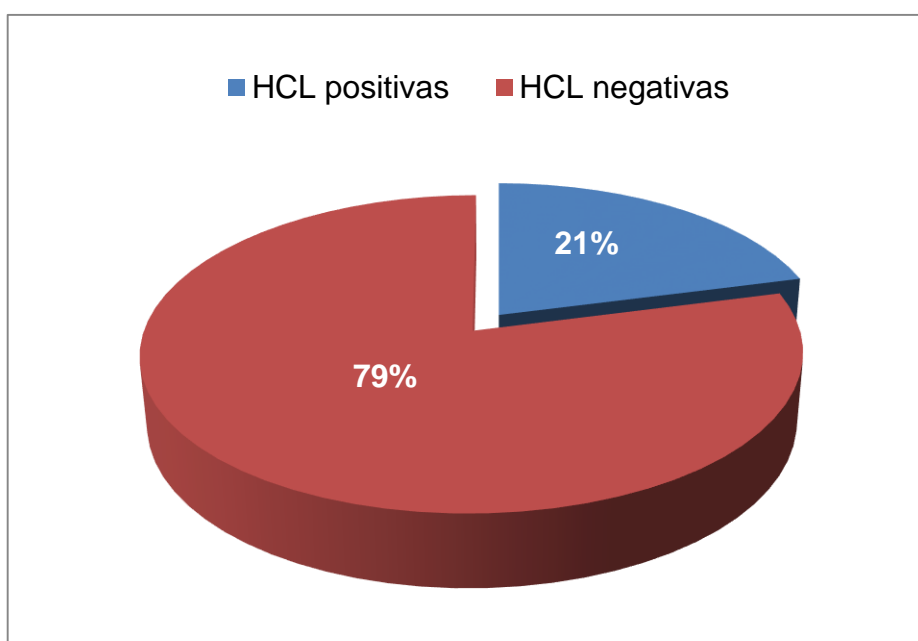
Valoración	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	7	21%
Negativas	26	79%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 24.

## Valoración de frecuencia cardiaca tres veces al día.



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** En la gráfica se logra evidenciar que la valoración de la frecuencia cardiaca materna únicamente se la realiza en un 21% de las pacientes gestantes atendidas con trastornos hipertensivos, por el contrario en un 79% restante, no se realizó esta valoración. La valoración de la frecuencia cardiaca materna permite proporcionar información importante acerca del estado fisiológico de la misma. En situaciones de emergencia, la frecuencia cardiaca puede ayudar a determinar si el corazón de la paciente está bombeando sangre de manera adecuada hacia todo su organismo.

Tabla N° 27.

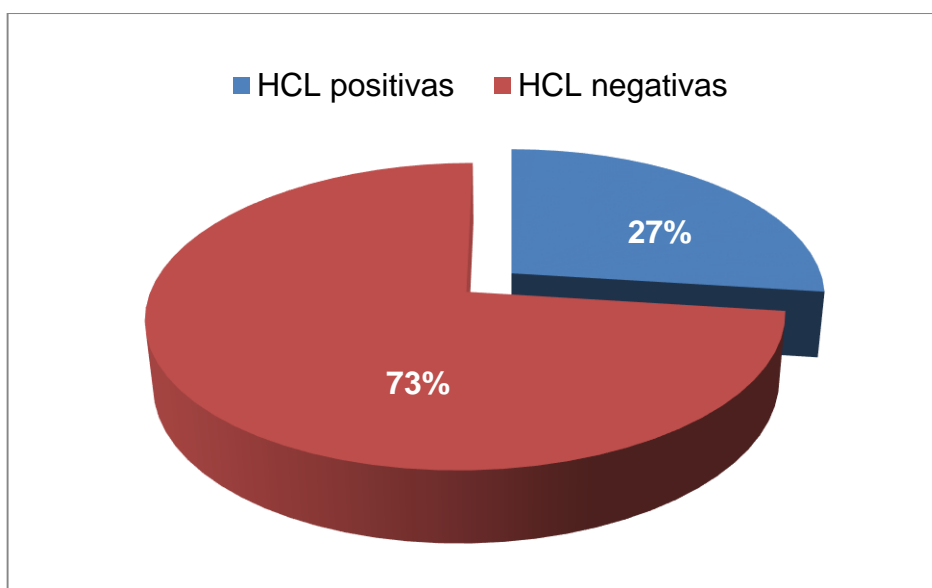
## Valoración de frecuencia respiratoria tres veces al día.

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	9	27%
Negativas	24	73%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 25.

## Valoración de frecuencia respiratoria tres veces al día.



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** En el cuadro estadístico se puede observar que en un 73% de las pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales atendidas en el período de septiembre 2011 a febrero 2012 no se les realizó la valoración de la frecuencia respiratoria tres veces al día y que únicamente en un 27% se cumple esto de manera minuciosa. La frecuencia respiratoria es uno de los signos vitales que sufre alteración en la toxicidad con sulfato de magnesio ya que tiende a disminuir evidentemente, por lo que es preocupante identificar que no se cumple con este parámetro en las pacientes que sufran esta patología y que por otra parte se les esté administrando sulfato de magnesio.

Tabla N° 28.

**Valoración de reflejo rotuliano (mientras se administra sulfato de magnesio).**

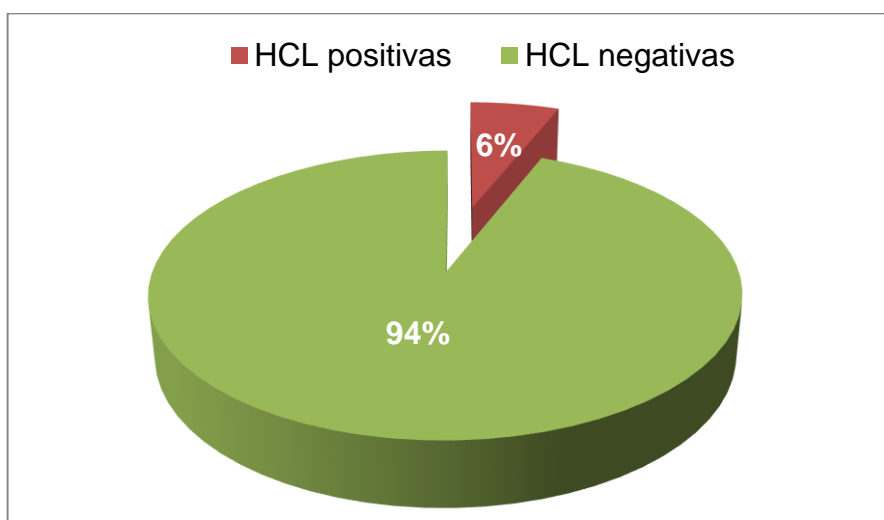
Valoración	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	2	6%
Negativas	31	94%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 26.

**Valoración de reflejo rotuliano (mientras se administra sulfato de magnesio).**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Es lamentable identificar, que en un gran porcentaje, como es el 94% no realice el control de los reflejos rotulianos en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, sobre todo cuando se les esté administrando sulfato de magnesio. El valorar los reflejos rotulianos es un parámetro indispensable, puesto que permite identificar si existe algún grado de toxicidad en las pacientes que siguen el tratamiento con sulfato de magnesio, por otra parte únicamente el 6% aplica este procedimiento lo cual es un índice muy bajo.

Tabla N° 29.

Realiza el control de ingesta y excreta.

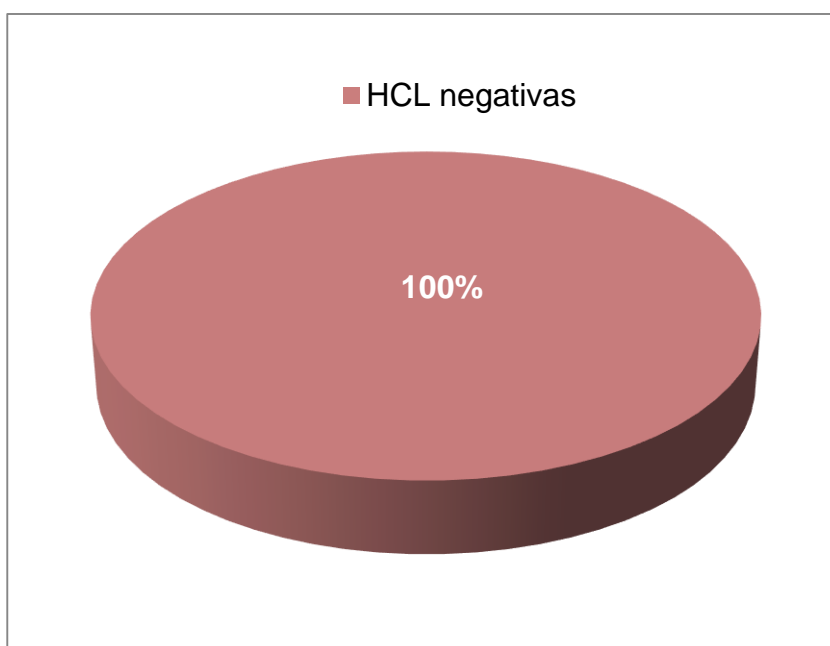
Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	0	0%
Negativas	33	100%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 27.

Realiza el control de ingesta y excreta.



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Es asombroso observar en la gráfica que un 100% de pacientes atendidas con preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP en el período septiembre 2011 a febrero 2012 no se haya realizado un verdadero control de ingesta y eliminación, éste procedimiento es de gran importancia puesto que nos permite valorar la disfunción renal mediante la ingestión y eliminación de líquidos en un determinado período de tiempo con el fin de establecer su funcionalidad en base a un balance cuantificado. La diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/hora (2 cc/Kg/hora) por la excreción renal del sulfato de magnesio.

Tabla N° 30.

## Realiza control de peso diario.

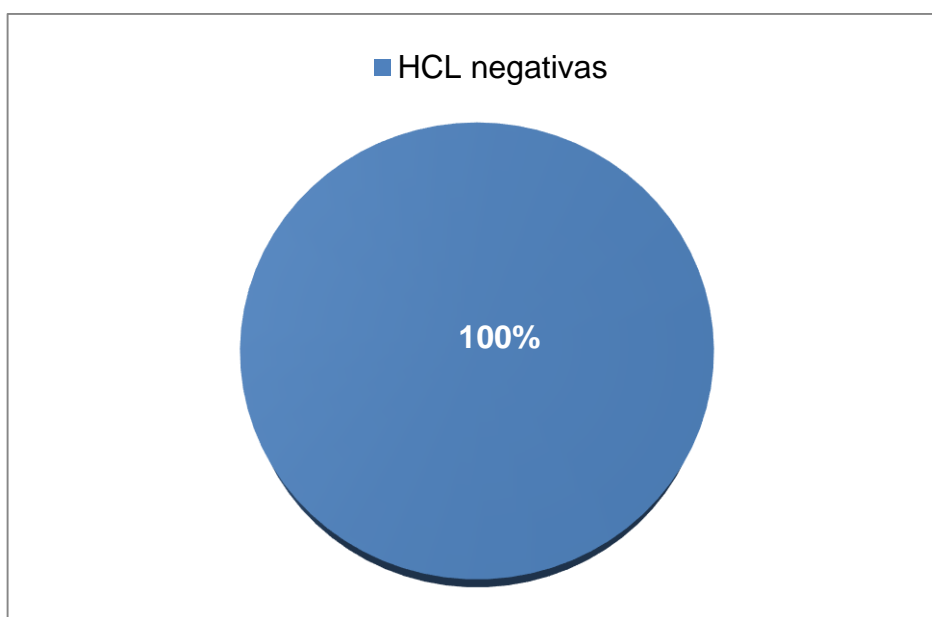
Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	0	0%
Negativas	33	100%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 28.

## Realiza el control de peso diario.



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Durante la investigación se consiguió identificar que el 100% de las pacientes preeclámplicas, eclámpicas y con síndrome de HELLP atendidas en el periodo de estudio, no se les realizó un control de peso diario debido a que, por una parte el médico no lo prescribe, y por otra parte existe la falta de interés del personal profesional y auxiliar de enfermería en realizarlo, sumándose a esto la deficiencia de material para la realización de éste procedimiento, vale recalcar que el control de peso diario es indispensable puesto que permite conocer el grado y el alcance del edema mediante la aparición de una fóvea que da a un indicio a relacionar el edema con una hipertensión arterial, preeclampsia y descartar otra patología que lo provoque.

Tabla N° 31.

**Mantener a la paciente con THG en un ambiente oscuro, ausencia de ruidos y estímulos externos.**

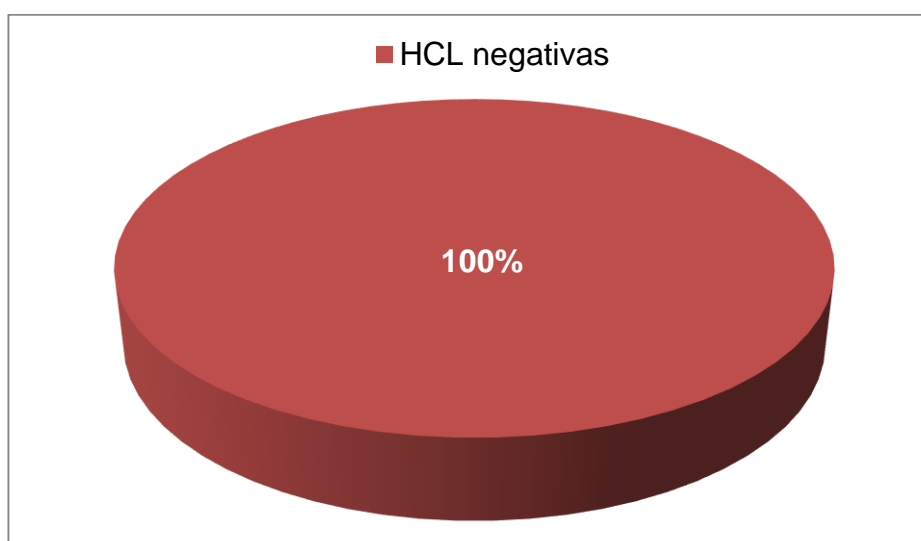
Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	0	0%
Negativas	33	100%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 29.

**Mantener a la paciente con THG en un ambiente oscuro, ausencia de ruidos y estímulos externos**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Como se observa en el cuadro estadístico el 100% de las pacientes con trastornos hipertensivos atendidas en el periodo septiembre 2011 a febrero 2012 en el hospital Marco Vinicio Iza no dispusieron de un ambiente oscuro con ausencia de ruidos y estímulos externos. El aumento de la tensión arterial produce en la paciente la aparición de escotomas y acufenos que con la presencia de ruidos y luz, estos síntomas aumentan su intensidad deteriorando el estado fisiológico de la paciente.

Tabla N° 32.

**Valoración por médico especialista o de mayor experiencia en ginecología (no interno rotativo), máximo a la media hora después del ingreso.**

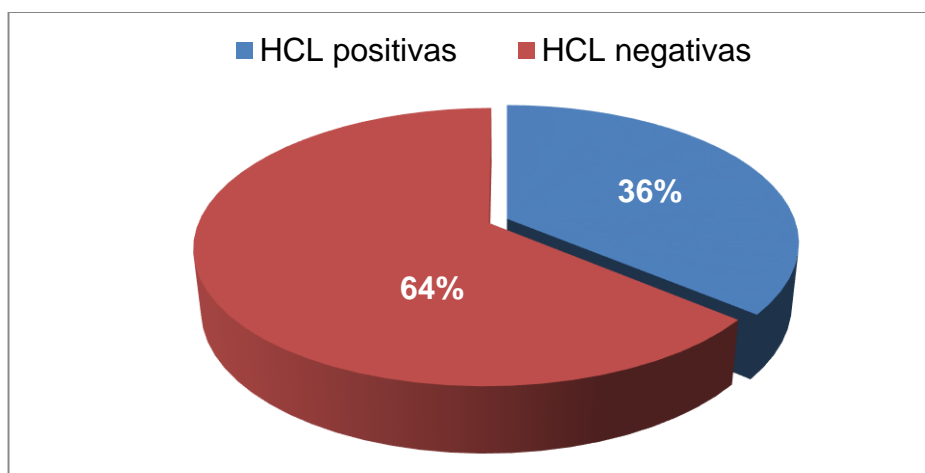
Valoración	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	12	36%
Negativas	21	64%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 30.

**Valoración por médico especialista máximo a la media hora después del ingreso.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Mediante la realización del trabajo investigativo se logró determinar que únicamente el 36% de las pacientes asistidas fueron valoradas de acuerdo al protocolo por un médico especialista, mientras que el 64% restante fueron evaluadas por médicos de turno que no tienen especialidad, por lo cual se da la discrepancia en el diagnóstico establecido en la recepción inicial con la valoración realizada en el servicio de hospitalización. Estas patologías son de gran complejidad y es indispensable la valoración por parte de un médico especialista, debido a que tiene mayor conocimiento y experiencia en la rama de ginecología, lo que no sucede con los médicos que están en proceso de aprendizaje, provocando con esto el no llevar oportunamente un buen diagnóstico y tratamiento a seguir.

Tabla N° 33.

**Administración de antihipertensivos si la T/A diastólica es mayor a 110 mmHg.**

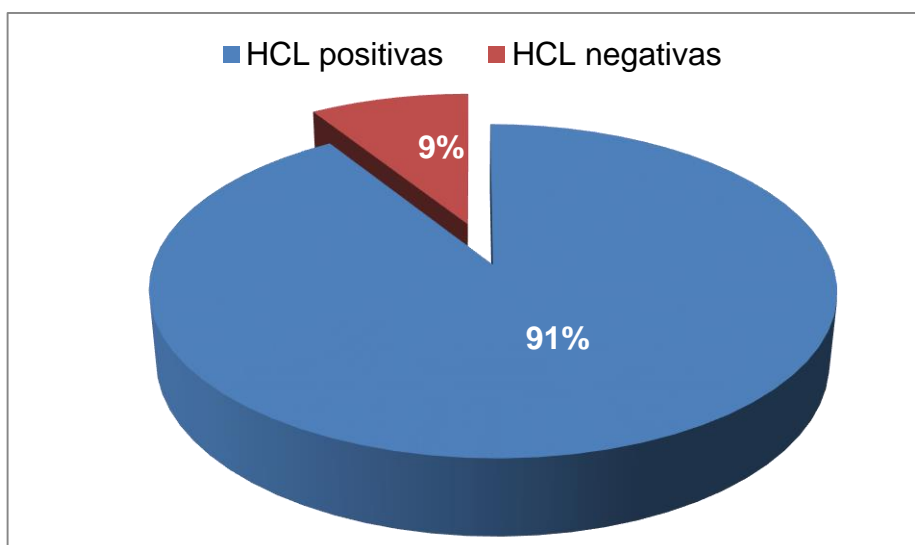
Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	30	91%
Negativas	3	9%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 31.

**Administración de antihipertensivos si la T/A diastólica es mayor a 110 mmHg.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Como resultado, podemos determinar que la administración de antihipertensivos se la realizó en un 91% del total de las pacientes con trastornos hipertensivos atendidas en la sala de hospitalización en el periodo de estudio y en un 9% no se realizó la administración de estos fármacos, o no existe la evidencia de que se los haya administrado. La administración de medicamentos antihipertensivos es de vital importancia, puesto que con la ayuda de ellos se logra llevar a la tensión arterial a los parámetros normales y con esto ayudar a evitar posibles complicaciones las cuales pueden poner en riesgo la vida de la paciente.

Tabla N° 34.

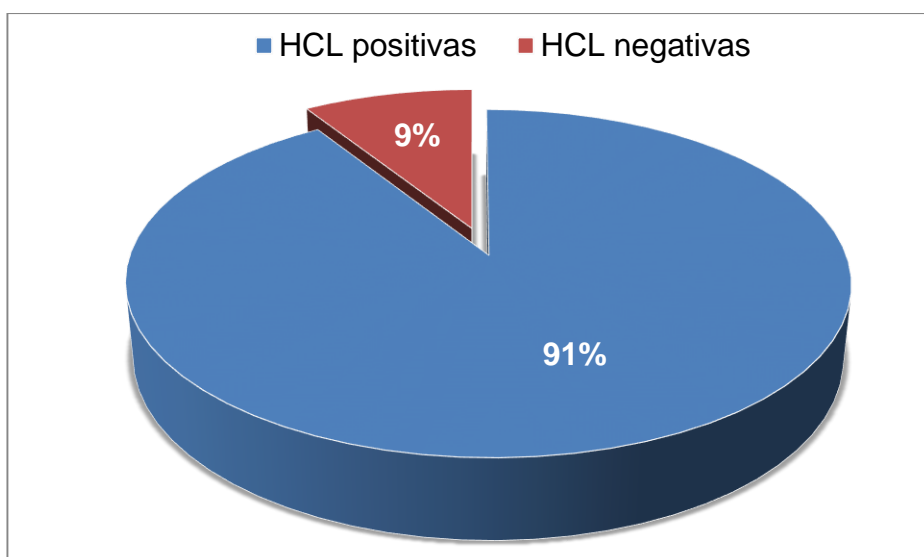
**Mantener la administración de dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio (de 1 a 2 gr/hora. IV) hasta 24 horas post parto.**

Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	30	91%
Negativas	3	9%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.  
**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

Gráfico N° 32.

**Mantener la administración de dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio (de 1 a 2 gr/horas. IV) hasta 24 horas post parto.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Con el estudio llevado a cabo se pudo conocer que el 91% de las pacientes asistidas, se les administró la dosis de mantenimiento en dosis correctas lo que no sucedió con el 9% restante, que de una u otra manera no recibieron el tratamiento adecuado o no existe evidencia de haberlo realizado, por lo cual sería necesario poner en consideración de que el sulfato de magnesio es necesario para la terapia anticonvulsivante además de que actúa como vasodilatador cerebral e inhibe la agregación plaquetaria protege las células endoteliales contra el daño de los radicales libres previene la entrada de Ca en las células isquémicas disminuye la liberación de acetilcolina estabilizando las membranas excitables, evitando la aparición de eclampsia y con ella de convulsiones.

Tabla N° 35.

**Maduración fetal de pulmones con 12 mg intramuscular (IM) de betametasona cada 12 horas por 2 días o dexametasona 6mg IM c/12 horas por 4 dosis, si embarazo está entre 26 a 34 semanas 6 días.**

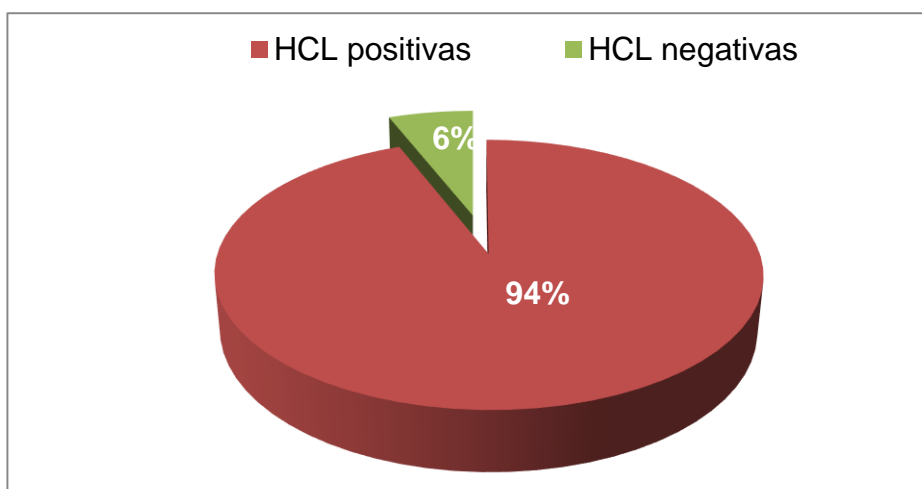
Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Positivas	31	94%
Negativas	2	6%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 33.

**Realización de maduración pulmonar fetal.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** El 94% de las pacientes atendidas en el período de estudio, se les realizó el tratamiento de maduración pulmonar fetal, mientras que en un 6% se evade este procedimiento o no existe evidencia que lo compruebe. Al realizar la maduración pulmonar fetal, se está ayudando al feto al desarrollo pulmonar y de esta manera cuando ya se produzca su nacimiento éste no sufra de algún tipo de distress respiratorio por la deficiencia de surfactante. Es necesario evaluar los efectos sobre la morbilidad y la mortalidad fetal es por esto ineludible llevar un tratamiento oportuno para lograr una estabilidad fetal y de esta manera evitar secuelas en lo posterior a su nacimiento.

Tabla N° 36.

**Terminar el embarazo por parto o cesárea, tomando en cuenta los signos de complicación.**

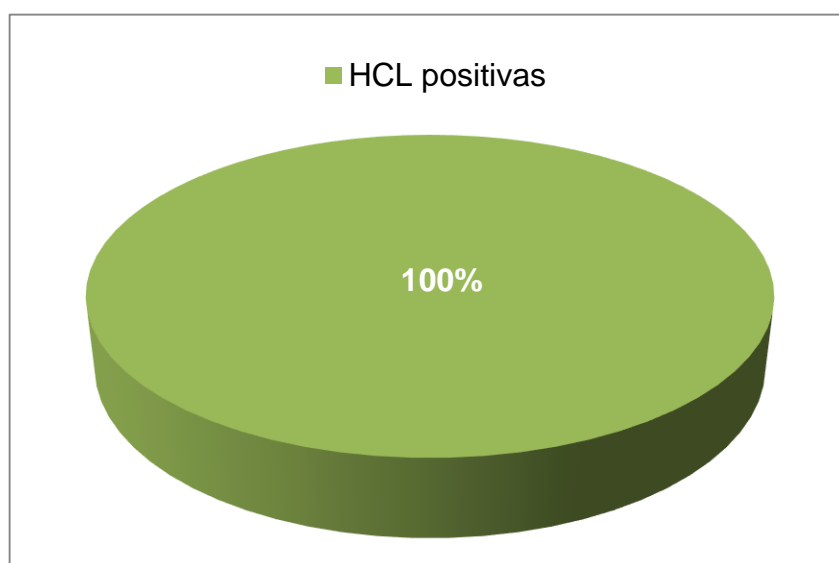
<b>Cumplimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Positivas	33	100%
Negativas	0	0%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gráfico N° 34.

**Terminar el embarazo, en las primeras 24 horas, tomando en cuenta los signos de complicación.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de HCL.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**ANÁLISIS:** Es positivo conocer que en un 100% de las pacientes atendidas con patologías hipertensivas gestacionales se les realizó la evaluación respectiva, buena o mala, pero que ante determinadas circunstancias obstétricas, y valorando su grado de complejidad, se logre el terminar el embarazo en pro-beneficio del estado tanto materno como fetal.

## 4.2. INTERPRETACIÓN DE DATOS

La presente investigación se la realizó en los servicios de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y gineco-obstetricia del hospital Marco Vinicio Iza. Como resultado de la investigación se encontraron 34 gestantes que padecían de algún tipo de THG, de las cuales 33 son atendidas en hospitalización y una es transferida a otra unidad de salud de mayor complejidad.

Para llevar a cabo la ejecución de esta investigación, no se encontró ninguna limitación que lo impida, por el contrario se encontró grandes ventajas como la colaboración de las autoridades de la institución, como también de todo el personal que labora en la misma.

Como resultados de nuestra investigación, se puede deducir que por una parte existe un gran desconocimiento del protocolo del manejo de pacientes con THG que plantea el MSP, por parte del personal profesional que realiza sus actividades en ésta institución. Esto es evidente puesto que al momento de realizar un análisis minucioso en cada HCL de las pacientes asistidas, se obvian algunos parámetros que menciona éste protocolo, trayendo consigo un inadecuado tratamiento. Por otra parte se evidencia el déficit de conocimientos referente a ésta patología, desinterés y falta de aplicación del proceso de atención de enfermería durante el cuidado de estas pacientes, ya que fue evidente comprobarlo, al momento de realizar una encuesta al personal profesional y auxiliar de enfermería y la revisión de HCL.

Para mejorar la atención no basta con tener una norma nacional actualizada, sino que es necesario asegurar su aplicación efectiva y sostenida. Para ello, la Dirección Nacional de Normatización ha incorporado los métodos y herramientas de Mejora Continua de la Calidad (MCC), el mismo que consiste en un conjunto de actividades específicas a ser desarrolladas en todos los niveles de salud, orientadas a fortalecer las capacidades del personal para su aplicación efectiva y medir el grado de su cumplimiento.

En los estudios de los equipos de MCC del MSP del Ecuador, identificaron diferencias marcadas referentes al cumplimiento del protocolo en las unidades de salud del país. En donde sus estudios realizados referentes al cumplimiento del protocolo concluyeron en lo siguiente:

- El traslado y/o referencia de la paciente con un THG no se realiza con acompañamiento profesional capacitado desde la unidad de atención que refiere la paciente y en ocasiones sin el tratamiento inicial.
- No se realiza la determinación de la proteinuria en el servicio de emergencia en casos de sospecha, por falta de tiras reactivas o desconocen su funcionamiento, cuando se realiza en el laboratorio se demora su resultado, o existen carencias de reactivos de laboratorio, y no se dispone de un stock mínimo de insumos y materiales.
- En algunos casos no se toma los signos vitales o se toman inadecuadamente, aduciendo que no hay tensiómetros, se encuentran deteriorados o mal calibrados. Con esto se evidencian variaciones en

los registros de signos vitales entre emergencia y hospitalización, además no se encuentra estandarizada la técnica para tomar signos vitales entre los profesionales del mismo servicio.

- Muchas veces los médicos residentes toman decisiones sin la posibilidad de consultar al médico tratante, debido a la carencia de los mismos, o no existe un cuadro de llamadas para emergencias y cuando existe, los médicos incumplen el compromiso o no atienden las llamadas telefónicas.

Estas conclusiones no se alejan de la realidad, lo mismo sucede en el hospital Marco Vinicio Iza, donde de igual manera el existir un déficit de médicos tratantes, hace que los médicos residente sean los que en su mayor parte atiendan a este tipo de pacientes y pueden correr el riesgo de tomar decisiones erradas, de igual manera los métodos de diagnóstico para éste tipo de patología, suelen ser deficientes o valorados de forma incorrecta. Los equipos e insumos de las áreas en estudio se encuentran en mal estado, además son utilizados de una forma inapropiada produciendo su pronto deterioro.

Con este estudio se pretende, que todo el personal que trabaja en esta institución sepa de los resultados de esta investigación, y a su vez que asuman su responsabilidad y cumplan los estándares de atención, comprometiéndose al cambio en beneficio del usuario y de su institución. Para lograr esto es necesario que el personal fortalezca sus conocimientos de una forma permanente y utilizarlos en su labor diaria.

### 4.3. PLAN DE INTERVENCIÓN

#### INTRODUCCIÓN

El llevar a cabo de una forma correcta el protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales del MSP es de vital importancia, puesto que propone parámetros esenciales que deben de ser tomados en cuenta para el cuidado y tratamiento de mujeres gestantes con este tipo de patologías, evitando de esta manera cualquier tipo de complicación que pueda comprometer la vida de la madre y de su hijo. Es por esto que durante el transcurso de nuestro proceso investigativo nos planteamos estrategias para mejorar el cumplimiento del protocolo por parte del personal profesional.

La ejecución del plan de intervención se da inicio mediante la realización de capacitación sobre los diferentes parámetros que abarca el protocolo del MSP y la importancia del acatamiento del mismo, además se proporciona material visual a las diferentes áreas que se encuentran en cuidado directo de pacientes con THG para recordar de manera continua los parámetros a cumplir. Esto está dirigido a prolongar y a complementar la educación mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva de cada uno de los implicados en la temática en salud. Además se sugiere a las autoridades la implementación de un cuarto exclusivo con la adecuación apropiada para el manejo y el tratamiento efectivo de pacientes con este tipo de patología.

#### 4.3.1. Esquema del plan de intervención

**Objetivo general.** Iniciar con la ejecución del plan de intervención para mejorar la atención de pacientes con trastornos hipertensivos gestacional.

**Tabla N° 37.**

Objetivos específicos	Actividades	Responsables	Recursos	Cronograma	
				Agosto	
				3 sem	4 sem
Realizar una capacitación de forma clara y precisa acerca del protocolo que establece el MSP sobre el manejo de pacientes con THG al personal de enfermería durante la socialización del tema de investigación.	Definir de forma clara y precisa lo que son los trastornos hipertensivos gestacionales y su clasificación.	IRE. Yadira Mafla.	Días positivas		X
	Reforzar el conocimiento del protocolo del manejo de pacientes con THG	IRE. Wilmer Nasamués.	Días positivas		X
Entregar material visual, donde se describe y se encuentra toda la información sobre el cuidado y manejo de pacientes con THG	Entrega de Gigantografías a las líderes de los servicios de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico, y de gineco-obstetricia.	IRE. Yadira Mafla. IRE. Wilmer Nasamués.	Gigantografía		X
Realizar una propuesta sobre la implementación de una sala exclusiva, donde se trate únicamente a pacientes con THG	Concientizar sobre la importancia de la adecuación de una sala exclusiva para pacientes con THG durante la socialización del tema de investigación.	IRE. Yadira Mafla. IRE. Wilmer Nasamués.	Días positivas		X

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Fuente:** Guía del Facilitador en Mejora Continua de la calidad.

## CAPACITACIÓN AL PERSONAL.

Definición. Es un conjunto de procesos organizados, relativos tanto a la educación no formal como a la informal de acuerdo con lo establecido por la ley general de educación, dirigidos a prolongar y a complementar la educación mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva.

### OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar una capacitación para reforzar los conocimientos del personal profesional y auxiliar de enfermería que realizan sus actividades en las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico, y área de gineco-obstetricia, acerca del protocolo establecido por el MSP del Ecuador, enfocados al cuidado y manejo de pacientes con THG.

**Tabla N° 38.**

### **Problemas encontrados y acciones de cambio referente a la capacitación del personal**

<b>Problemas encontrados</b>	<b>Acciones de cambio</b>
Déficit de conocimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.	Dar a conocer el protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales mediante una capacitación al personal involucrado.

Déficit de conocimiento con respecto a los cuidados de enfermería a pacientes con THG.	Mejorar el nivel cognitivo del personal de enfermería y auxiliar de enfermería mediante la exposición de un proceso de atención de enfermería en pacientes con THG.
Desinterés del cumplimiento de acciones de enfermería en pacientes con THG.	Establecer la importancia y los beneficios de cada una de las acciones de enfermería, para la pronta recuperación de las pacientes.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Fuente:** Guía del facilitador en mejora continua de la calidad.

**Tabla N° 39.**

### **Cronograma de capacitaciones**

<b>Actividad</b>	<b>Cronograma de capacitaciones</b>			
	<b>Agosto</b>		<b>Septiembre</b>	
	<b>3 sem</b>	<b>4 sem</b>	<b>3 sem</b>	<b>4 sem</b>
1. Preparación de material visual educativo referente al manejo de pacientes con THG.	X			
2. Conceptualizar la definición de lo que es un THG y su clasificación.		X		
3. Establecer de forma clara y precisa el protocolo de pacientes con THG que establece el MSP al personal de enfermería durante la socialización del tema.		X		

4. Exposición de la fisiopatología, factores de riesgo y complicaciones de esta patología por parte de la enfermera líder del servicio de emergencia con ayuda de un médico especialista.			X	
5. Exposición del proceso de atención de enfermería en pacientes con THG, por parte de la enfermera líder del servicio de gineco-obstetricia.				X

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Fuente:** Guía del facilitador en mejora continua de la calidad.

## ENTREGA DE MATERIAL VISUAL

Definición. Es un medio educativo, por medio del cual se trasmite información ya sea de imagen o escritura con fines didácticos, es de fácil interpretación y comprensión por parte de otra persona que se interesa de informarse.

## OBJETIVO ESPECÍFICO

Entregar material visual, donde se describa y se encuentre toda la información completa sobre el cuidado de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, en las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia del hospital Marco Vinicio Iza.

**Tabla N° 40.**

**Problemas encontrados y acciones de cambio por la falta de material visual**

<b>Problemas encontrados</b>	<b>Acciones de cambio</b>
Falta de material informativo permanente, referente al cuidado de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales en el hospital Marco Vinicio Iza.	Colocación de gigantografías en lugares visibles dentro de las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Fuente:** Guía del facilitador en mejora continua de la calidad.

**PROPONER LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA SALA EXCLUSIVA PARA PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES**

Definición.- Acción de sugerir o cambiar ciertos comportamientos que se han estado desarrollando y se pretenden modificar para mejorar la calidad de una situación o momento dado.

**OBJETIVO ESPECÍFICO**

Realizar una propuesta sobre la implementación de una sala exclusiva, donde se trate únicamente a pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, en el área de ginecología del hospital Marco Vinicio Iza.

Tabla N° 41.

**Problemas encontrados y acciones de cambio referente a la falta de una sala exclusiva para pacientes con THG**

<b>Problemas encontrados</b>	<b>Acciones de cambio</b>
Falta de espacio físico exclusivo para el tratamiento de pacientes con THG en el hospital Marco Vinicio Iza	Proponer la idea de la implementación de una sala exclusiva para pacientes con THG, a las autoridades pertinentes durante la socialización del tema de investigación.
Falta de la realización de procedimientos de enfermería, en pacientes con THG debido a deficiencia de material para valoración y monitorización permanente.	Proponer que en la sala exclusiva de pacientes con THG se encuentre adecuada con suficientes materiales como balanzas, monitores, tensiómetros, bombas de infusión... entre otros.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Fuente:** Guía del facilitador en mejora continua de la calidad.

## **CAPÍTULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación hemos concluido que:

El personal de las diferentes áreas como emergencia, centro quirúrgico-obstétrico y gineco-obstetricia del hospital Marco Vinicio Iza no aplican de una manera adecuada los diferentes parámetros del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos que establece el protocolo del MSP, puesto que a través de la evaluación posterior a la revisión de historias clínicas se identificó que no hay constancia de los diferentes procedimientos, con lo cual se logra interpretar que no hay una atención de calidad por parte del personal de salud que se encuentra al cuidado directo de éste tipo de pacientes.

De acuerdo a las encuestas realizadas se logra concluir que existe deficiencia de conocimientos en ciertos parámetros establecidos por el protocolo del MSP de pacientes con trastornos hipertensivos, tanto en el personal de enfermería como auxiliares de enfermería. Esto puede deberse a la falta de cursos, talleres o conferencias impartidas por parte de la institución, la cual es la encargada de capacitar de manera permanente y personalizada a todos los trabajadores de las diferentes áreas de esta casa

de salud, y por consecuencia de esto da como resultado que no se llevan adecuadamente los procedimientos lo cual puede poner en riesgo la salud tanto materna y fetal.

Existe un porcentaje considerable del personal profesional y auxiliar de enfermería que no tiene conocimiento o a su vez no recuerda la dosis de impregnación del sulfato de magnesio, lo que impide que el tratamiento de la paciente sea insatisfactorio y no se logre prevenir la gravedad de esta patología.

En un mínimo porcentaje se realiza la valoración de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales por parte del médico especialista, lo mismo que puede conllevar a un inadecuado tratamiento.

Se ha podido identificar que los principales cuidados de enfermería, como el control de signos vitales, control de diuresis horaria, control de peso diario, valoración, entre otros, no están siendo aplicados correctamente por parte del personal de salud de las áreas en estudio, sino más bien lo vienen realizando en base al conocimiento que lo han adquiriendo en su trabajo diario, sin tomar en cuenta los diferentes fundamentos por los cuales se los debe de realizar.

## 5.2. RECOMENDACIONES

A las autoridades del hospital Marco Vinicio Iza, deben realizar con frecuencia capacitaciones al personal de las diferentes áreas, con información actualizada.

Que se dé a conocer al personal de salud del hospital Marco Vinicio Iza sobre los diferentes protocolos que plantea el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Que se lleve a cabo la creación de una sala exclusiva para pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, con todas las comodidades y el equipamiento necesario para una atención de calidad y calidez.

Solicitar a las autoridades de esta casa de salud se dote de insumos y materiales (balanza, bomba de infusión, monitor fetal, campana de pinar y otros implementos adicionales) dentro del cuarto obscuro para mejorar los cuidados de las pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales con el objetivo de lograr un óptimo tratamiento.

Que se realice la valoración inmediata a todas las pacientes que padezcan algún tipo de trastorno hipertensivo gestacional por un especialista, máximo de media hora luego de ser diagnosticadas o ingresadas.

## CAPÍTULO VI

### 6. BIBLIOGRAFÍA

#### 6.1. BIBLIOGRAFÍA CITADA

Avena, L. y otros. (2007). *Preeclampsia Eclampsia*, (p. 22).

Abalos, E. (2010). *Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo*. Buenos Aires-Argentina.

Componente Normativo Materno Neonatal del Ministerio de salud pública. (2008). *Trastornos hipertensivos gestacionales*, (pp. 73-80). Ecuador.

Patín, A. (2007). *Hospital Marco Vinicio Iza, unidad de gestión de enfermería*.

Kindheimer, M; y otros. (2001). *Ginecología y Obstetricia: hipertensión en el embarazo*. México.

Weinstein. (2005). *Obstet Gynecol: the history of help syndrome*, (p. 930). Chicago.

Pritchard, J; y otros. (1954). *Obstet Gynecol: intravascular hemolysis, thrombocitopenia and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy*, (p. 90). Chicago.

Purkerson, M; y otros. (1999). *Nephrology: a history of eclampsia, toxemia and kidney in pregnancy*, (p. 313). Philadelphia

Moreno, B. (2009). *Prevalencia de preeclampsia severa en mujeres adolescentes atendidas en el hospital provincial general docente de Riobamba año 2008*. Ecuador.

Drife, J, y Magowan B. (2005). *Hipertensión inducida por el embarazo*, (p. 367). UK.

Componente Normativo Materno Neonatal del Ministerio de salud pública. (2008). *Trastornos hipertensivos gestacionales; clasificación de los trastornos hipertensivos gestacionales*, (pp. 68-70). Ecuador.

MSP Ecuador, (2008). *Mortalidad Materno-Infantil y Neonatal. Estadísticas epidemiología*. (párrafo. 3). Ecuador.

Garzón y otros, (2005). *Hipertensión en la gestación*, (pp. 233-235).

Ortiz, y Velazco (2010). *Preeclampsia en el Ecuador*, (párrafo 1).

Sistema Nacional de Salud, (2008). *Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal*, (p. 10). Ecuador.

## 6.2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Marco Vinicio Iza. (2011-2012). *Departamento de estadística del hospital. Egresos hospitalarios*.

Myers, J. (2001), *Obstet Gynecol: hypertensive diseases and eclampsia*, (pp. 119-125). Chicago.

Dekker, G. (1999). *ClinObstetric and Gynecology: risk factors for preeclampsia*, (pp. 422-435). Philadelphia

Mora, J; y otros. (2002). *Prevención, diagnóstico y manejo de preeclampsia-eclampsia*, (p.16). México.

Sánchez, A; y otros. (2004). *Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo*, (pp. 62-63).

Gómez, E. (2009). *Revista Cubana de Obstetricia Trastornos hipertensivos durante el embarazo, versión On-line ISSN 1561-3062*. La Habana

Tapia, J y Mery, V. (2008). *Preeclampsia y Eclampsia una causa de Síndrome de Hiperperfusión Encefálica*, (p. 6).

Burrow, G. (1998). *Embarazo de alto riesgo*. (pp. 45-60)

Malvino, E. (2011). *Obstetricia Crítica. Preeclampsia Grave y Eclampsia*. (pp. 245-260). Buenos Aires.

Rojas, J. y Mendivil, C. (2009). *Protocolo de manejo de preeclampsia eclampsia*, (p. 14).

Sistema Nacional de Salud, (2008). *Mejoramiento Continuo de la Calidad de La Atención Materno – Neonatal*, (pp. 48-53). Ecuador.

Rodas, E; y otros. (1999). *Normas y Procedimientos para la atención de salud reproductiva*, (p. 51). Novena edición. Ecuador.

Reeder, S; y otros, (2001). *Enfermería materno infantil: afecciones hipertensivas del embarazo*, (pp. 818-835), 17 edición. México

Botero, J; y otros, (2008). *Obstetricia y Ginecología, síndrome de preeclampsia-eclampsia*, (pp. 224-231), octava edición. Bogotá.

Cifuentes, R, (2002). *Ginecología Y Obstetricia: hipertensión arterial crónica en el embarazo*, (pp.357-362) Colombia ed: Distribuna volumen 1.

### 6.3. BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

Malvino, E. (2008). *Obstetricia Crítica* hoy en [http://www.Obstetriciacritica.com.ar/doc/Historia\\_Preeclampsia.pdf](http://www.Obstetriciacritica.com.ar/doc/Historia_Preeclampsia.pdf).

Mora, J; y otros. (2002). *Prevención, diagnóstico y manejo de preeclampsia-eclampsia*, hoy en, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>

Tapia, J y Mery, V. (2008). *Preeclampsia y Eclampsia una causa de Síndrome de Hiperperfusión Encefálica*, hoy en, <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2006/Preeclampsia.pdf>.

Malvino, E. (2011). *Obstetricia Crítica. Preeclampsia Grave y Eclampsia*, hoy en, [http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia\\_Eclampsia.pdf](http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf)

Ortiz, y María de Lourdes, (2010). *Preeclampsia en el Ecuador*, hoy en <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/926> Fecha: 2012-02-15)

Rojas, J, y Mendivil, C. (2009). *Protocolo de manejo de preeclampsia eclampsia*, hoy en, [http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO\\_PREECLAMPSIA\\_ECLAMPSIA.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PREECLAMPSIA_ECLAMPSIA.pdf).

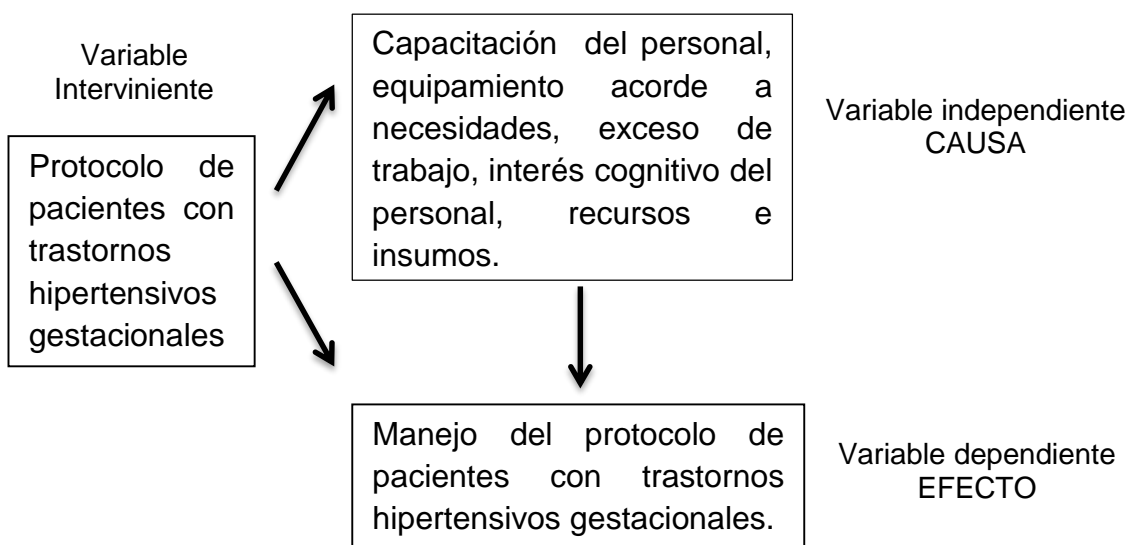
Moreno, B. (2009). *Prevalencia de preeclampsia severa en mujeres adolescentes atendidas en el hospital provincial general docente de Riobamba año 2008*, hoy en <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/159/1/94T00051.pdf>.

Sanchez, T. (2011). *Gluconato de calcio*, hoy en, [www.vademecum.com/bolivia/html/gluconatodecalcio.html](http://www.vademecum.com/bolivia/html/gluconatodecalcio.html).

## CAPÍTULO VII

### 7. APÉNDICES Y ANEXOS

#### 7.1. ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES



#### 7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla N° 42.

Variable	Concepto	Indicador	Nivel de medición estadística
Capacitación del personal.	Toda actividad realizada por un miembro de salud, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas del personal.	Número de cursos, seminarios, talleres sobre el manejo de pacientes con THG.	Alto conocimiento Medio conocimiento Bajo conocimiento

Equipamiento acorde a necesidades para la atención correcta de la usuaria	Disposición física de los puestos de trabajo, de sus componentes materiales y la ubicación de las instalaciones para la atención y servicios a pacientes.	Demanda de pacientes con THG.	Buen espacio físico Regular espacio físico Malo espacio físico
Exceso de trabajo	Necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente, que afecta la salud, la felicidad y las relaciones de los profesionales que trabajan en los servicios de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y gineco-obstetricia.	Procedimientos, actitudes que toma el personal que realizan sus actividades.	Baja insatisfacción Mediana insatisfacción Alta insatisfacción
Interés cognitivo del personal	Inclinación del ánimo de adquirir nuevos conocimientos por parte del personal que trabaja en las áreas de emergencia, centro quirúrgico y gineco-obstetricia.	Procedimientos, actitudes que toma el personal que realizan sus actividades.	Buen interés Regular interés Malo interés
Recursos e insumos	Son medios físicos y concretos que permiten conseguir la recuperación y satisfacción de las pacientes atendidas.	Facilidad y accesibilidad que tienen las pacientes a los servicios del hospital.	Altos recursos e insumos Medianos recursos e insumos Bajos recursos e insumos

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

**Fuente:** Guía del facilitador en mejora continua de la calidad.

### 7.3. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL



Lago Agrio 08 de Junio del 2012.

Dr.

**JHON CEVALLOS**  
**Director del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza**  
 Presente.



De nuestras consideraciones

Le enviamos un cordial y afectuoso saludo, a la vez deseamos éxitos en las delicadas funciones que usted acertadamente dirige.

Los suscritos Yadira Mafía Ayala con CI. 0401745724 y Wilmer Nasamués Bustos con CI. 0401647300 de nacionalidad ecuatorianos, estudiantes de la Universidad Politécnica Estatal de Carchi, nos dirigimos hacia usted para solicitarle que se nos permita tener el acceso a datos estadísticos sobre las causas de muerte materna ocurridas en esta casa de salud a partir del año 2000 hasta la fecha actual, con la finalidad de llevar a cabo el trabajo investigativo de tesis.

Por la atención que se digna dar a la presente desde ya le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente

  
**Yadira Mafía Ayala**  
 0401745724  
 IRE de la UPEC

  
**Wilmer Nasamués Bustos**  
 0401647300  
 IRE de la UPEC



Lago Agrio 08 de Junio del 2012.

Dr.

**JHON CEVALLOS**  
**Director del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza**  
 Presente.

De nuestras consideraciones




Le enviamos un cordial y afectuoso saludo, a la vez deseándole éxitos en las delicadas funciones que usted acertadamente dirige.

Los suscritos Yadira Mafía Ayala con CI. 0401745724 y Wilmer Nasamués Bustos con CI. 0401647300 de nacionalidad ecuatorianos, estudiantes de la Universidad Politécnica Estatal de Carchi, nos dirigimos hacia usted para solicitarle que se nos permita tener el acceso a la información que contienen las Historias Clínicas de esta institución con la finalidad de realizar el proyecto de elaboración de tesis con el tema, "Nivel del cumplimiento del protocolo de pacientes preecláptica que acuden al Hospital Marco Vinicio Iza de la Ciudad de Lago Agrio del periodo de septiembre del 2011 a febrero del 2012"

Por la atención que se digne dar a la presente desde ya le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente

  
**Yadira Mafía Ayala**  
 0401745724  
 IRE de la UPEC

  
**Wilmer Nasamués Bustos**  
 0401647300  
 IRE de la UPEC



Lago Agrio 08 de Junio del 2012.

Dr.

**JHON CEVALLOS**  
**Director del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza**  
 Presente.

De nuestras consideraciones



Le enviamos un cordial y afectuoso saludo, a la vez deseándole éxitos en las delicadas funciones que usted acertadamente dirige.

Los suscritos Yadira Mafla Ayala con CI. 0401745724 y Wilmer Nasamués Bustos con CI. 0401647300 de nacionalidad ecuatorianos, estudiantes de la Universidad Politécnica Estatal de Carchi, nos dirigimos hacia usted para solicitarle que se nos permita realizar encuestas al personal que trabaja en las áreas de emergencia y de Gineco-Obstetricia y además de tomar fotografías en las áreas ya mencionadas, con la finalidad de llevar a cabo nuestro trabajo de investigación de tesis.

Por la atención que se digne dar a la presente desde ya le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Sin otra particular nos suscribimos de usted.

Atentamente

  
**Yadira Mafla Ayala**  
 0401745724  
 IRE de la UPEC

  
**Wilmer Nasamués Bustos**  
 0401647300  
 IRE de la UPEC



**Ministerio de Salud Pública**  
**Dirección Provincial de Salud de Sucumbíos**

**Oficio Nro. MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0290**

**Nueva Loja, 11 de junio de 2012**

**Asunto:** AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ENCUESTAS AL PERSONAL DEL HOSPITAL

Señorita  
 Norma Yadira Mafla Ayala  
**Interna Rotativa del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza**  
**UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI**

Señor  
 Wilmer Ramiro Nasamues Bustos  
**Interno Rotativo del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza**  
**UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI**  
 En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento registrado con No. MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0522 del 08/06/2012, comunico a ustedes que la Dirección del Hospital Provincial "Marco Vinicio Iza", **les autoriza realizar las encuestas y toma de fotografías en las áreas de emergencia y de Gineco-Obstetricia de esta Casa de Salud, a fin de que puedan llevar a cabo su trabajo de tesis.**

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

**Dr. Jhon Marcos Cevallos Suárez**  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA**

Referencias:

- MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0522

Anexos:

- upec-01.pdf



*Atendido  
 11-06-2012.*



**Ministerio de Salud Pública  
Dirección Provincial de Salud de Sucumbios**

**Oficio Nro. MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0291**

**Nueva Loja, 11 de junio de 2012**

**Asunto:** AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACION DE HISTORIAS CLINICAS

Señorita

Norma Yadira Mafla Ayala

**Interna Rotativa del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza  
UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI**

Señor

Wilmer Ramiro Nasamues Bustos

**Interno Rotativo del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza  
UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI**

En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0524 del 08/06/2012, comunico a ustedes que la Dirección del Hospital Provincial "Marco Vinicio Iza", **les autoriza realizar las investigaciones respectivas en las Historias Clínicas de esta casa de salud para la elaboración de su Proyecto de Tesis, en Aseguramiento de la Calidad de Gestión (Estadística) de la institución.**

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Dr. Jhon Marcos Cevallos Suarez

**DIRECTOR DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA**

Referencias:

- MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0524

Anexos:

- upec-03.pdf

11-06-2012  
Autorizado



**Ministerio de Salud Pública**  
**Dirección Provincial de Salud de Sucumbíos**

**Oficio Nro. MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0292**

**Nueva Loja, 11 de junio de 2012**

**Asunto:** AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACION DE DATOS ESTADISTICOS

Señorita  
 Norma Yadira Mafla Ayala  
**Interna Rotativa del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza**  
**UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI**

Señor  
 Wilmer Ramiro Nasamues Bustos  
**Interno Rotativo del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza**  
**UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI**  
 En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento registrado con No. MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0523 del 08/06/2012, comunico a ustedes que la Dirección del Hospital Provincial "Marco Vinicio Iza", **les autoriza realizar las investigaciones respectivas sobre las causas de Muerte Materna ocurridas en esta casa de salud para la elaboración de su Proyecto de Tesis, en Aseguramiento de la Calidad de Gestión (Estadística) de la institución.**

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Jhon Marcos Cevallos Suarez  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA**



Referencias:

- MSP-DPSS-HMVI-PG-10-2012-0523

Anexos:

- upec-02.pdf

11-06-2012  
 autorizado  
 Por R.D.T.H.  
 Puc e Estadística



## UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

Ley No. 2006-36 · Publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 244 del 5 de abril del 2006

*Tulcán, 28 de septiembre del 2012*

### **CONSTANCIA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR**

Yo, *Cecilia Fernanda Vinueza Romero*, en calidad de Directora, designado por disposición de la Comisión de Investigación de la carrera de enfermería de la UPEC, certifico que las/los estudiantes, Norma Yadira Mafla Ayala y Wilmer Ramiro Nasamués Bustos, alumnas/os de la carrera de enfermería, han culminado el Informe final de Tesis de Grado

Cuyo tema es: "Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestaciones que acuden al hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio del período septiembre 2011 a febrero 2012", quienes han cumplido con todos los requerimientos exigidos por la institución.

Atentamente,

*Cecilia Fernanda Vinueza Romero*

Director de tesis



## UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

Ley No. 2006-36 · Publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 244 del 5 de abril del 2006

*Tulcán, 28 de septiembre del 2012*

### CONSTANCIA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN POR PARTE DEL LECTOR

Yo, *Zuly Nazate*, en calidad de lector, designado por disposición de la Comisión de Investigación de la carrera de enfermería de la UPEC, certifico que las/los estudiantes, Norma Yadira Mafla Ayala y Wilmer Ramiro Nasamués Bustos, alumnas/os de la carrera de enfermería, han culminado el Informe final de Tesis de Grado

Cuyo tema es: "Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestaciones que acuden al Hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio del periodo septiembre 2011 a febrero 2012", quienes han cumplido con todos los requerimientos exigidos por la institución.

Atentamente,

Zuly Nazate

Lector de tesis



## UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

Ley No. 2006-36 - Publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 244 del 5 de abril del 2006

*Tulcán, 28 de septiembre del 2012*

### CONSTANCIA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN POR PARTE DEL LECTOR

Yo, *Rodrigo Bolaños*, en calidad de lector, designado por disposición de la Comisión de Investigación de la carrera de enfermería de la UPEC, certifico que las/los estudiantes, Norma Yadira Mafla Ayala y Wilmer Ramiro Nasamués Bustos, alumnas/os de la carrera de enfermería, han culminado el Informe final de Tesis de Grado

Cuyo tema es: "Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestaciones que acuden al Hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio del período septiembre 2011 a febrero 2012", quienes han cumplido con todos los requerimientos exigidos por la institución.

Atentamente,

Rodrigo Bolaños

Lector de tesis

## 7.4. INSTRUMENTOS APLICADOS

### 7.4.1 Encuesta.



## ENCUESTA

### UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

#### ESCUELA DE ENFERMERÍA

La siguiente encuesta tiene el objetivo de identificar el nivel del conocimiento del personal de Enfermería y auxiliar de Enfermería, sobre el manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que acuden al hospital “Marco Vinicio Iza”. Lea detenidamente y responda con la mayor sinceridad posible a las siguientes preguntas.

Cargo:.....

Años de experiencia:.....

Edad:.....

#### **Responda con SI o NO**

1.- Conoce usted sobre el protocolo del Ministerio de Salud Pública sobre el manejo de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales:

SI.....( )

NO...( )

2.- Considera usted a una paciente con 17 semanas de gestación con una T/A alta como paciente preecláptica:

SI.....( )

NO...( )

3.- Realiza usted el control de peso diario a pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales:

SI.....( )

NO...( )

4.- Identifica y reconoce usted con claridad signos y síntomas vasomotores, que indique la presencia de un trastorno hipertensivo gestacional.

SI.....( )

NO...( )

**Marque con un círculo en la respuesta que cree conveniente**

5.- En la preeclampsia durante la eliminación urinaria se identifica:

1. Glucosa
2. Proteínas
3. Bilirrubinas
4. Ninguna

6.- Entre los cuidados generales de enfermería de una paciente preecláptica están:

1. Control de signos vitales, NPO, reposo, ambiente obscuro, ausencia de ruidos y estímulos externos, control de ingesta y eliminación, Peso diario
2. Ambiente claro, dieta general, control de T/A.
3. Dieta General, Colocación de venoclisis, colocación de sonda, peso diario.
4. Ninguno.

7.- Para considerar que una paciente sufre de preeclampsia la tensión arterial debe ser:

1.  $\geq 140/\geq 90$  mm Hg
2. 120/80 mm Hg
3.  $\geq 140/\geq 110$  mm Hg
4. Ninguna de las anteriores

8.-El uso de sulfato de magnesio para prevención de eclampsia la dosis de impregnación es de:

1. 2 g SO<sub>4</sub> Mg IV en 20 minutos.
2. 4 g SO<sub>4</sub> Mg IV en 20 minutos.
3. 1 g SO<sub>4</sub> Mg IV en 20 minutos.
4. Ninguna de las anteriores

9.- Se debe suspender o retardar el tratamiento con sulfato de magnesio si:

- a) FR < 16, Reflejos osteotendinosos están ausentes, Diuresis < 30 cc/h durante las 4 horas previas
- b) FR >16, Paciente hiporefléctica, Diuresis < 30 cc/h durante las 4 horas previas
- c) FR < 16, Reflejos osteotendinosos están ausentes, Diuresis < 100 cc/h durante las 4 horas previas

10.- El control del peso diario en las pacientes preeclámpticas permite identificar:

- a) La pérdida o aumento de peso de la paciente por su estancia hospitalaria.
- b) La retención líquidos corporales por lo cual aumenta el edema
- c) La administración de sulfato hace que la paciente baje de peso.

11.- La administración de sulfato la realiza con la solución:

- a) Dextrosa al 5%
- b) Dextrosa al 10%
- c) Dextrosa al 5% en SS 0.9%

12.- El medicamento que se usa como antídoto del sulfato de magnesio es:

- a) Cloruro de potasio
- b) Cloruro de magnesio
- c) Gluconato de calcio
- d) Cloruro de sodio

## 7.4.2. Firmas de constancia de la aplicación de encuestas.



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Firmas de constancia de encuesta realizada al personal de Enfermería y auxiliares  
Enfermería del hospital "marco Vinicio Iza".

N°	FUNCIÓN	NOMBRE	NÚMERO DE CEDULA	FIRMA
1	enfermero	Dorena Vargas	2003191101	
2	Aux	Yajaira Vera	2100295092	
3	Enfermera	Lorena Jimenez	040114647-2	
4	Enfermera	Fernanda Arteaga	0401679055	
5	Dr.	Azures Taponta	091711815-7	
6	Enfermera	Elizabeth Guevara	0401449418	
7	Aux.	Richard Valasero	200070594	
8	AUX.	Gloria Jusisaga	2100006028	
9	lec.	Lidia Violeta Pea Gu?	060326648-7	
10	Aux	Irene Castro	210013270-9	
11	Aux. Env	Mariana Villafuerte	060173343-5	
12	Asst. Env	Emposito Buw	1500564367	
13	Aux.	Mary Pazo	171574407-2	
14	Aux	Nelly Maino	2100580444	
15	Aux	Grina Gaibon	210008435-5	
16	Aux	Zulma Pérez	170857649-9	
17	Aux.	JAIRO MACAS	171814502-4	
18	Leg. Ballesteros	Gabriel Ballesteros	100324353-0	



## UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

### ESCUELA DE ENFERMERÍA

Firmas de constancia de encuesta realizada al personal de Enfermería y auxiliares  
Enfermería del hospital "marco Vinicio iza".

N°	FUNCIÓN	NOMBRE	NÚMERO DE CEDULA	FIRMA
1	Enfermero	Lic. Alex Severino Cuervo Fajon	020189965-5	
2	Aux. Enfermería.	Aux. Margoth Guamán	210092281-5	
3				
4	Aux. Empr	Zlancea Poro	1702913896	
4	Aux. Enfer	Roberto Torres	0915435721	
5	Aux	Olivia Prosero	210007991-3	
6	Aux. E.	Veronica Jumbo	210015085-9	
7	Aux	Leonor Cerda	1500276355	
8	Soa.	Vilma Bórguez	020128785-1	
9	Enfermera	Lic. Consuelo Lopez	100235999-7	
10	Ent. Rural	Stefanpa Bolaños	040154564-9	
11				
12	Auxiliar Enfermería	Magaly Barragan	2100504113-6	
13	Aux. Enfermería	Cecilia	210008962-6	
14	Aux. Enfermería	L. Villoto	210012507-5	
15	Enfermera	Lic. Ana Rode	150080890-7	
16	Lic. Enfermera	Lic. M Sanchez	100227153-2	
17	Lic. Enfermera	Mariela Intaubo	100278917-1	
17	Lic. Enfermería	Vendhira Portillo	040144284-3	
18	Rocio Alvarado	Rocio Alvarado Ace	210005299-8.	



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Firmas de constancia de encuesta realizada al personal de Enfermería y auxiliares  
Enfermería del hospital "marco Vinicio iza".

Nº	FUNCIÓN	NOMBRE	NÚMERO DE CEDULA	FIRMA
1	Ingeniero	Pablo Ypez	1002851230	<i>[Signature]</i>
2	Auxiliar	Melina Salazar	210005733-3	<i>[Signature]</i>
3	SP. - 7	Patricia Jando	1706985979	<i>[Signature]</i>
4	Lda	Carmen Ayala	0401559249	<i>[Signature]</i>
5	Lda	Mireya Sapud	0401545335	<i>[Signature]</i>
6	SP	Manuela R	210035358-6	<i>[Signature]</i>
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				





<p>20. Terminar el embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado, en las primeras 24 horas.</p> <p>Si presenta uno o más signos de complicación deberá terminar el embarazo en las primeras 12 horas:</p> <p>a. Convulsiones (eclampsia)</p> <p>b. TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg. o TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg. mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas</p> <p>c. oliguria (diuresis menor a 1cc./Kg./h.)</p> <p>d. Proteinuria mayor a 3 gr. / 24 h. ó 3 a 4 + en tirilla.</p> <p>e. Síndrome de Hellp</p>										
<p>¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la unidad de salud?</p> <p><b>Marque + si cumple y - si no cumple</b></p>										

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal, agosto del 2008, pág. 60.

**Nota:** Los ítems 14 y 15 los añadimos por considerarlos importantes en el tratamiento de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.

## 7.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO



### **UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI CARRERA DE ENFERMERÍA**

#### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA**

##### Descripción:

Ud. ha sido invitada(o) a participar en nuestra investigación que se la realizará, previo a la obtención del título de Licenciada (o) en enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, cuyo tema a investigar es “CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE LAGO AGRIO DEL PERIODO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A FEBRERO DEL 2012”, siendo responsables los suscritos IRES: Yadira Mafla y Wilmer Nasamués.

Ud. participará dentro de nuestro proyecto investigativo mediante la impartición de información de sus conocimientos con respecto al manejo o cuidado de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.

El objetivo de nuestra investigación es: Determinar el nivel del cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que acuden al hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio dentro del periodo de septiembre del 2011 a febrero del 2012.

DATOS:

Yo..... No CI.....

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada.

He tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con los investigadores.

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que existirá la debida confidencialidad.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MÍ DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Firma:.....

Fecha:.....

## 7.6. FOTOGRAFÍAS

**Figura N° 1.**

**Verificación del cumplimiento del protocolo mediante la revisión HCL.**



**Fuente:** 15/06/2012. Departamento de estadística del hospital MVI.  
**Elaborado por:** Wilmer Nasamués.

Verificación del cumplimiento del protocolo del manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales atendidas en el periodo de estudio, mediante la revisión de historias clínicas en el área de estadística del hospital Marco Vinicio Iza.

**Figura 2.**

**Aplicación de encuestas.**



**Fuente:** 18/06/2012. Sala de gineco-obstetricia del hospital MVI.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Realización de encuestas al personal profesional y auxiliar de enfermería del hospital Marco Vinicio Iza en las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y gineco-obstetricia.

**Figura 3.****Atención inicial en el servicio de emergencia.**

**Fuente:** 20/06/2012. Servicio de emergencia del hospital MVI.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Se puede identificar la presencia de una paciente con un trastorno hipertensivo gestacional en su manejo inicial, donde se observa que no tiene un ambiente hospitalario adecuado acorde a su patología y más aún no se observa la presencia de médico ni personal de enfermería que se encuentre al cuidado directo de la misma.

**Figura 4.****Paciente con THG en sala de hospitalización.****Fuente:** 20/06/2012. Sala de gineco-obstetricia del hospital MVI.**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

En la fotografía se encuentra una paciente con un trastorno hipertensivo gestacional en la sala de hospitalización donde se observa claramente su entorno, se encuentra en un lugar expuesta a la luz, al ruido debido a que no hay restricción de visitas y al llanto de los niños de las otras madres acompañantes, lo que impide tener un ambiente tranquilo que facilite su pronta recuperación.

**Figura 5.****Sala de ginecología del hospital Marco Vinicio Iza**

**Fuente:** 25/06/2012. Sala de gineco-obstetricia del hospital MVI.  
**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

En la figura se logra apreciar el estado físico de la sala de hospitalización para las usuarias de ginecología incluyendo las pacientes con THG las mismas que deberían ser atendidas en un ambiente apropiado con la implementación necesaria para la valoración y control de pacientes con este tipo de patología.

Figura 6.

## Gigantografía del protocolo de paciente con THG.

**MANEJO CLÍNICO INICIAL DE EMERGENCIA DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA O ECLAMPSIA**

1.- Edad gestacional.  
2.- Peso.  
*Determinar al menos alguna vez.*  
3.- Tensión arterial.  
4.- Detección de hiperreflexia rotulana.  
5.- Presencia o ausencia de edema.  
6.- Presencia o ausencia de convulsiones.  
7.- Presencia o ausencia de proteinia.  
8.- Auscultación de FCF.  
*Manejo terapéutico.*  
9.- Impregnación con 4 gr de sulfato de magnesio IV.  
10.- Transferencia inmediata al Nivel II o III u orden hospitalario.  
*Manejo de la paciente hospitalizada con Preeclampsia Eclampsia.*  
*Realización de exámenes de laboratorio.*  
11.- Coagulación: TP.  
12.- Coagulación: TTP.  
13.- Coagulación: Plaquetas.  
14.- Enzimas Hepáticas: TGO  
15.- Enzimas Hepáticas: TGP  
16.- Ácido úrico.

*Determinar al menos tres veces al día.*  
17.- Tensión arterial.  
18.- FCF.  
19.- Presencia o ausencia de convulsiones.  
20.- Ingesta y excreta.  
21.- Peso.  
22.- Presencia o ausencia de hiperreflexia.  
23.- Presencia o ausencia de edema.  
24.- Presencia o ausencia de proteinuria.  
*Manejo terapéutico.*  
25.- Valoración por especialista máximo 30 minutos después del ingreso.  
26.- Prescripción del reposo DLI.  
27.- Administración de líquidos intravenosos.  
28.- Administración de antihipertensivos si la TAD > 110 mmHg.  
29.- Continuar administración de anticonvulsivantes o sedantes.  
30.- Si TAD es > a 110mmHg (preeclampsia grave), resolución por parto o cesárea hasta en 24 horas de su inicio o transferencia a un nivel de mayor complejidad.  
31.- Si hay convulsiones (eclampsia), resolución por parto o cesárea hasta 12 horas de ingreso o transferencia.

IRG: Y. Mafla- W. Nasamués

**Fuente:** 10/07/2012.

**Elaborado por:** Yadira Mafla – Wilmer Nasamués.

Gigantografía en la cual se describe los principales aspectos para el manejo de pacientes con THG la cual será ubicada en las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y de gineco-obstetricia.

## 7.7. INFORME DE SOCIALIZACIÓN

TEMA: Cumplimiento del protocolo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales que acuden al hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio, durante el periodo de septiembre del 2011 a febrero del 2012.

### OBJETIVO GENERAL

Socializar de manera clara y concisa nuestro proyecto investigativo de tesis ante las diferentes autoridades y líderes de enfermería de los diferentes servicios del hospital, “Marco Vinicio Iza” dando a conocer los resultados obtenidos en la investigación.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explicar brevemente que son los trastornos hipertensivos gestacionales, su clasificación y sobre el protocolo con el cual el Ministerio de Salud Pública del Ecuador trabaja.
- Determinar ante los presentes los diferentes materiales y métodos que se emplearon para la realización de esta investigación.
- Dar a conocer mediante datos estadísticos el nivel del cumplimiento del protocolo dentro de la Institución tanto en emergencia como en hospitalización.
- Dar a conocer las conclusiones que se obtuvieron como resultado del trabajo final y plantear posibles soluciones al informarles sobre nuestro plan de intervención.

- Entrega de material visual a las áreas de emergencia, centro quirúrgico y obstétrico y gineco-obstetricia, facilitando la captación y aplicación de los parámetros expuestos en el protocolo del MSP.

En la ciudad de Lago Agrio a los 30 días del mes de agosto del 2012, en reunión del personal del hospital “Marco Vinicio Iza” se lleva a cabo la socialización de los diferentes proyectos de investigación por parte de los Internos rotativos de enfermería de la Universidad Politécnica Estatal de Carchi.



Instalación para la realización de la socialización de los temas de tesis

Se realiza la socialización del trabajo de investigación sobre el tema: “CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE LAGO AGRIO, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A FEBRERO DEL 2012” .



Socialización del tema de investigación

Se expone de manera sintetizada los parámetros que plantea el protocolo del Ministerio de Salud pública y la importancia de su cumplimiento en beneficio materno-infantil.



Explicación del protocolo en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales

Se informa los diferentes aspectos del trabajo de investigación, las técnicas utilizadas para alcanzar los resultados expuestos, se da a conocer además el plan de intervención donde se propone la implementación del cuarto oscuro para las pacientes gestantes que sufren esta patología.



Explicación de métodos y técnicas empleadas para la realización del trabajo de investigación

Se da apertura a la realización de preguntas y respuestas en un tiempo determinado de 10 minutos.



Se da respuesta a las diferentes inquietudes expuestas por el auditorio

Personal expone sus ideas, sugerencias y se compromete a llevar con más seriedad la aplicación del protocolo.



Se informa sobre el contenido de la gigantografía y se recalca sobre la importancia de tomar en cuenta un adecuado cuidado en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.



Explicación del contenido de la gigantografía

Entrega de material visual a las líderes de los servicios de emergencia, centro quirúrgico – obstétrico y de gineco-obstetricia.



Líder de emergencia



Líder encargada de ginecología



Gigantografía en sala de post - parto en centro quirúrgico y obstétrico.

## CONCLUSIONES

Durante la exposición referente al protocolo del Ministerio de Salud Pública sobre los trastornos hipertensivos gestacionales, el personal mostró gran interés por el tema, se pudo llenar ciertos vacíos referentes a la temática en estudio y se logró además aclarar criterios errados.

El auditorio mostró un interés significativo en el tema de tesis ya que los resultados expuestos producto de la investigación concuerdan con realidad, por lo que el auditorio lo califica como un tema de gran interés, importancia y trascendencia para mejorar la calidad de atención de los servicios prestados en salud.

Al momento de dar a conocer el plan de intervención uno de los puntos que más recalcó su importancia fue el de proponer la implementación de cuarto exclusivo con equipamiento necesario para llevar a cabo el tratamiento adecuado de pacientes con éste tipo de patologías. Los criterios expuestos fueron diferentes ya que algunos profesionales mencionaban que no era posible por falta de colaboración de las autoridades de la institución, por otra parte hubieron profesionales que muestran liderazgo y pronta resolución de problemas y ven que la falta de colaboración no es impedimento para la adecuación de un lugar específico para pacientes con este tipo de patología.

Durante la entrega de material visual a las líderes de los servicios de emergencia, y ginecología recalcaron que esto será de gran utilidad para

llevar a cabo una mejor atención a cada una de las pacientes que presenten esta patología y sean asistidas en esta entidad de salud.

Otro de los puntos que hace mención nuestro plan de intervención es el de realizar capacitaciones permanentes y de actualidad por lo cual el coordinador de gestión de enfermería ve con agrado y se compromete hacer cumplir a cabalidad cada una de las instrucciones que el personal obligatoriamente las tiene que realizar.

### **RECOMENDACIONES**

- Se continúe con las socializaciones del diferente trabajo de investigación con el único objetivo de mejorar la calidad de atención del personal de salud de ésta institución en beneficio del usuario.
- Que las autoridades de la institución den apertura a cada trabajo de investigación en mejora de la atención de esta entidad de salud.

**7.7.1. Lista de asistencia de personas que acudieron a la socialización.**



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

SOCIALIZACIÓN DE LOS TEMAS DE TESIS POR PARTE DE LOS INTERNOS  
ROTATIVOS DE ENFERMERÍA 2011-2012

Fecha: 30 de agosto del 2012

Función	Nombres y apellidos	Número de cédula	Firma
IRE	Diana Carolina Vivas	0401649876	
IRE	Amanda López Fuentes	0401747192	
Lc.	Maribel Ortiz	2100015540	
Lc	Fernanda Antezaga	0401670053	
Lic	Marcia Graeber	110344336-0	
Lcd	Borrom Ayala	0401558842	
Lic	Glentana Beltrán	04054564-5	
Lc	Fiber Silva Ponce	130254177-3	
Lc.	Katricia Manilla	1706581650	
IRE	Wilmer Naranjo Bustos	0401647300	
IRE	Norma Lázaro Mejía	040174572-4	
IRE	Andrés Juana Ortiz	1086103532	
IDE	Angelazmin Cortez G.	1085418027	
IRG	Norma Bustos Villaneda	040164673-2	
JNG	Diego Salvador Amay Amay	210002876-2	
IRE	Ana Cristina López Morales	040164225-1	
Lc.	Angel Patin	020155546-3	

## 7.7.2. Certificados de haber realizado la socialización del trabajo de investigación en el hospital Marco Vinicio Iza.



Ministerio de Salud Pública  
Dirección Provincial de Salud Sucumbíos

Lago Agrio 29 agosto de 2012.

DR.  
Rene Oña Vistin.  
DIRECTOR PROVINCIAL DE SALUD DE SUCUMBÍOS



29 AGO. 2012

SECRETARÍA GENERAL  
HORA: 16:16 Karina

Presente.

De mis consideraciones

Le envío un cordial y afectuoso saludo, a la vez desearle éxitos en las delicadas funciones que usted acertadamente dirige.

El motivo de la presente es con la finalidad de hacer una invitación, para la socialización del proyecto de Investigación, de las/os Internas/os Rotativas/os de enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, previa la obtención del título de tercer nivel. Se ha realizado, estudios en los siguientes temas que son de vital importancia para esta casa de salud.

**"MANEJO ADECUADO O INADECUADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMA CRÁNEOCEFÁLICO QUE LLEGA AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HMVI MARZO - JULIO 2012"**


**"MANEJO DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HMVI RELACIONADA CON LA GESTIÓN DEL ÁREA DE NUTRICIÓN DURANTE EL PERIODO MARZO - JULIO 2012"**

**"CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 - FEBRERO 2012."**

Lugar: salón auditorio  
Hora: 14:00 horas

Su presencia dará un realce a la socialización de la misma, y servirá para mejorar o corregir las investigaciones posteriores, sin otra particular me suscribo de usted.

Atentamente

  
Lic. Angel Patin  
COORDINADOR DE IRE (UPEC)





Ministerio de Salud Pública  
Dirección Provincial de Salud Sucumbios

Lago Agrio 29 agosto de 2012.

DR.  
JHON CEVALLOS.  
DIRECTOR DEL HOSPITAL MARCO VINICIO



Presente.

De mis consideraciones

Le envío un cordial y afectuoso saludo, a la vez desearle éxitos en las delicadas funciones que usted acertadamente dirige.

El motivo de la presente es con la finalidad de hacer una invitación, para la socialización del proyecto de Investigación, de las/os Internas/os Rotativas/os de enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, previa la obtención del título de tercer nivel. Se ha realizado estudios en los siguientes temas que son de vital importancia para esta casa de salud.

“MANEJO ADECUADO O INADECUADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMA CRÁNEOCEFÁLICO QUE LLEGA AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HMVI MARZO - JULIO 2012”

“MANEJO DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HMVI RELACIONADA CON LA GESTIÓN DEL ÁREA DE NUTRICIÓN DURANTE EL PERIODO MARZO – JULIO 2012”

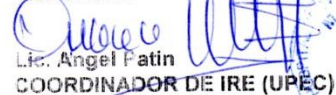
“CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012.”

Lugar: salón auditorio

Hora: 14:00 horas

Su presencia dará un realce a la socialización de la misma, y servirá para mejorar o corregir las investigaciones posteriores., sin otra particular me suscribo de usted.

Atentamente

  
Lic. Angel Patin  
COORDINADOR DE IRE (UPEC)





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE SUCUMBIOS  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA

---

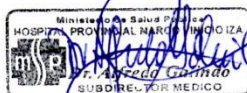
### CERTIFICADO

**CERTIFICO:** que la Srta. Yadira Mafla C.I. 04017454724 y el Sr. Wilmer Nasamués C.I. 10401647300 realizaron la socialización de la investigación en el tema “ CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012”, la misma que fue realizada el 30 de agosto de 2012, en el Hospital Marco Vinicio Iza.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Lago Agrio, 20 de septiembre de 2012.

Atentamente.



**Dr. Alfredo Galindo Mosquera**  
Sub Director Médico del H.MV.I.





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE SUCUMBIOS  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA

---

**CERTIFICADO**

**CERTIFICO:** que la Srta. Yadira Mafla C.I. 04017454724 y el Sr. Wilmer Nasamués C.I. 10401647300 realizaron la socialización de la investigación en el tema " CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012", la misma que fue realizada el 30 de agosto de 2012, en el Hospital Marco Vinicio Iza.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Lago Agrio, 20 de septiembre de 2012.

Atentamente.

**Lic. Angel Patin ( Mgs)**  
**COORDINADOR DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA**



Ministerio de Salud Pública  
Dirección Provincial de Salud Sucumbios

Lago Agrio 29 agosto de 2012.

Lcda.  
**Marcia Granda**  
LÍDER DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
MARCO VINICIO  
Presente.

De mis consideraciones

Le envío un cordial y afectuoso saludo, a la vez desearle éxitos en las delicadas funciones que usted acertadamente dirige.

El motivo de la presente es con la finalidad de hacer una invitación, para la socialización del proyecto de Investigación, de las/os Internas/os Rotativas/os de enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, previa la obtención del título de tercer nivel. Se ha realizado, estudios en los siguientes temas que son de vital importancia para esta casa de salud.

**"MANEJO ADECUADO O INADECUADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMA CRÁNEOCEFÁLICO QUE LLEGA AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HMVI MARZO - JULIO 2012"**

**"MANEJO DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HMVI RELACIONADA CON LA GESTIÓN DEL ÁREA DE NUTRICIÓN DURANTE EL PERIODO MARZO - JULIO 2012"**

**"CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 - FEBRERO 2012."**

Su presencia dará un realce a la socialización de la misma, y servirá para mejorar o corregir las investigaciones posteriores., sin otra particular me suscribo de usted.

Atentamente

Lic. Angel Patin  
COORDINADOR DE IRE (UPEC)



Calle Vicente Narváez No. 1006 y Mariscal Sucre - Nueva Loja • Telefax: (06)2830198 - 2830750  
www.msp.gov.ec • dpsucumbios@msp.gov.ec

Recibido  
29/08/2012  
de Chavez  
de campo

Recibido  
29/8/2012  
de MG

Recibido  
29/08/2012  
de Arce

Recibido  
29-08-2012  
de [Signature]

Recibido  
29-08-2012  
de [Signature]



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE SUCUMBIOS  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA

---

**CERTIFICADO**

**CERTIFICO:** que la Srta. Yadira Mafla C.I. 04017454724 y el Sr. Wilmer Nasamués C.I. 10401647300 realizaron la socialización de la investigación en el tema " CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012", la misma que fue realizada el 30 de agosto de 2012, en el Hospital Marco Vinicio Iza.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Lago Agrío, 20 de septiembre de 2012.

Atentamente



**Lic. Fernanda Arteaga**  
**Líder Servicio de Emergencia**



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE SUCUMBIOS  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA

---


**CERTIFICADO**

**CERTIFICO:** que la Srta. Yadira Mafía C.I. 04017454724 y el Sr. Wilmer Nasamués C.I. 10401647300 realizaron la socialización de la investigación en el tema " CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012", la misma que fue realizada el 30 de agosto de 2012, en el Hospital Marco Vinicio Iza.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Lago Agrio, 20 de septiembre de 2012.

Atentamente

  
Lic. Consuelo López Grijalva  
Líder Servicio de Centro Quirúrgico



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE SUCUMBIOS  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA

---

**CERTIFICADO**

**CERTIFICO:** que la Srta. Yadira Mafla C.I. 04017454724 y el Sr. Wilmer Nasamués C.I. 10401647300 realizaron la socialización de la investigación en el tema " CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012", la misma que fue realizada el 30 de agosto de 2012, en el Hospital Marco Vinicio Iza.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Lago Agrio, 20 de septiembre de 2012.

Atentamente

**Lic. Sonia Maribel Vásquez.**  
**Líder Servicio de Neonatología**



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE SUCUMBIOS  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA

---

**CERTIFICADO**

**CERTIFICO:** que la Srta. Yadira Mafla C.I. 04017454724 y el Sr. Wilmer Nasamués C.I. 10401647300 realizaron la socialización de la investigación en el tema " CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE PROTOCOLO DE PACIENTE CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES QUE ACUDEN AL HMVI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012", la misma que fue realizada el 30 de agosto de 2012, en el Hospital Marco Vinicio Iza.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Lago Agrio, 20 de septiembre de 2012.

Atentamente.

**Lic. Marcia Granda Vera**  
**Líder del Servicio de Pediatría y Medicina Interna.**

## 7.8. GLOSARIO

- **Abruptio de placenta:** Desprendimiento de la placenta implantada normalmente en un embarazo de veinte o más semanas o durante el parto, antes de la expulsión del feto.
- **Albúmina:** La albúmina es una proteína que se encuentra abundantemente en la sangre del ser humano y es sintetizada en el hígado, representando el 54,31% de la proteína plasmática. Normalmente tiene una presencia en sangre humana de 3,5 a 5 gramos por decilitro.
- **Albuminuria:** Presencia de albúmina en la orina.
- **Anencéfalo:** Que carece de encéfalo.
- **Angiotensina:** Hormona peptídica formada por 8 (angiotensina II) o 10 (angiotensina I) aminoácidos que actúa provocando una vasoconstricción general en las arteriolas, lo que a su vez provoca un aumento de la presión arterial y una mayor tasa de filtración en los glomérulos del riñón.
- **Atetosis:** Acumulación focal intra y extracelular de lípidos y formación de células espumosas.
- **Cefalea:** Molestias craneales en forma de pesadez o tensión que suelen darse en un solo lado de la cabeza.
- **Colagenopatías:** Incluyen una serie de enfermedades inflamatorias de curso crónico, etiología desconocida, patogenia autoinmune. Pueden tener compromiso multisistémico y ser potencialmente fatales

- **Convulsión:** Es una alteración súbita en la actividad eléctrica cortical, una descarga neuronal hipersincrónica, que se manifiesta clínicamente por alteración de la conciencia ó por aparición de sintomatología motora, sensitiva o conductual.
- **Coma:** Pérdida total de la conciencia, se presenta en el alcoholismo, la diabetes, la uremia, posterior a un ataque epiléptico.
- **Eclampsia:** Aparición de convulsiones tónico-clónicas, habitualmente en la gestación del tercer trimestre del embarazo. En general, existe un cuadro de hipertensión, edemas con aumento de peso y proteinuria.
- **Edema:** Infiltración y retención excesiva de líquidos seroalbuminosos en los espacios intercelulares de los tejidos.
- **Eicosanoides:** Son sustancias fisiológicamente activas, derivadas del ácido araquidónico (por ejemplo: Prostaglandinas, leucotrienos y tromboxanos), sintetizadas a través de la cascada de este compuesto
- **Epigastralgia:** Dolor epigástrico
- **Epigastrio:** Región superior y media del abdomen, entre ambos hipocondrios y desde la apófisis xifoides hasta dos dedos por encima del ombligo.
- **Epilepsia:** Es un trastorno intermitente del sistema nervioso, causado probablemente por una descarga repentina, excesiva y desordenada de las neuronas cerebrales.

- Escotomas: Es una zona de ceguera parcial, temporaria o permanente. Es debida a una lesión de la retina, del nervio óptico o por una alteración vascular presente.
- Esferocitosis: Forma de anemia hemolítica caracterizada por la presencia de esferocitos (eritrocitos esféricos con denso contenido de hemoglobina sin claro halo central).
- Fenotipo: Conjunto de caracteres de un organismo que se manifiestan como resultado de la interacción entre el genotipo de dicho organismo y el medio ambiente que le rodea.
- Genotipo: Conjunto de material cromosómico de un organismo. Contiene toda la información genética del individuo.
- Gestación: Tiempo que dura el embarazo.
- Hemolisis: Destrucción de los hematíes por agentes diversos, o por anomalías de los hematíes. Se presenta la sintomatología clínica de anemia, que lleva el sobre nombre de hemolítica.
- Hematoma: Cuando se rompe un vaso sanguíneo se produce una acumulación de sangre que puede ser vista a través de la piel.
- Hipertensión: Tensión arterial alta.
- Homeostasis: Es el conjunto de fenómenos de autorregulación que llevan al mantenimiento de la constancia en las propiedades y la composición del medio interno de un organismo.
- Ictericia: Trastorno en el que se deposita pigmento amarillo en la piel y mucosas.

- Leucoencefalopatía: Es un trastorno raro que ocasiona daño al material (mielina) que cubre y protege los nervios en la sustancia blanca del cerebro.
- Miocardiopatía: Es un grupo de trastornos cardíacos caracterizados por una hipertrofia ventricular.
- Multípara: Mujer que ha tenido más de un parto.
- Nauseas: Sensación de malestar que se siente en el estómago cuando se tienen ganas de vomitar.
- Necrosis: Muerte de tejido u órgano.
- Nulípara: Se llama así a la mujer que no ha tenido partos.
- Oligohidramnios: Alteración fisiopatológica que se caracteriza por la disminución en la cantidad del líquido amniótico.
- Oliguria: Eliminación de orina en volúmenes inferiores a los 500 mililitros por día.
- Patología: Enfermedad.
- Plaquetopenia: Disminución de plaquetas inferior a  $150000 \text{ mm}^3$ .
- Preeclampsia: Se define como preeclampsia la aparición a partir del segundo trimestre de la gestación de hipertensión, proteinuria.
- Primigesta: Mujer que da a luz por primera vez.
- Proteinuria: Es la existencia de una cantidad elevada de proteínas en la orina, cuando se supera un valor de 300 miligramos en la orina de 24 horas.

- Síndrome: Grupo de síntomas, signos o ambos, que ocurren juntos y producen un efecto sintomático típico de una enfermedad en particular.
- Tinnitus: Son un fenómeno perceptivo que consiste en notar golpes o sonidos en el oído, que no proceden de ninguna fuente externa.
- Transaminasas: Son enzimas que en el organismo transforman sustancias.
- Trofoblasto: Es una capa delgada conformada por células que provee nutrientes a un embrión en desarrollo, ayuda a este último a adherirse a la pared del útero y además es parte de la placenta.