

RESUMEN

Antecedentes: Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo son la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en desarrollo en relación a la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser factores asociados con respecto a la morbilidad materna y perinatal.

Objetivo: Conocer la prevalencia de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo y los estresores psicosociales asociados en mujeres gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, 2012.

Metodología: Estudio transversal de prevalencia, en 541 mujeres gestantes que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso. Se valoraron los eventos estresantes mediante la escala de HOLMES y RAHE y la funcionalidad mediante el test de APGAR familiar, se procesaron los datos en el paquete estadístico SPSS 15 para Windows.

Hipótesis: Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo se producen con más frecuencia cuando se asocian estresores psicosociales como problemas económicos, eventos estresantes y/o depresión, presencia de violencia psicológica física o sexual intrafamiliar, enfermedad y/o hospitalización de un familiar, migración de un familiar; disfunción familiar; que en ausencia de estos.

Resultados: La prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo fue del 31.9% correspondiendo a Hipertensión gestacional el 50.9%; Preeclampsia 47.4% y Eclampsia 1.7%. Los estresores psicosociales que se asociaron con trastornos hipertensivos del embarazo fueron: violencia intrafamiliar (RP 1.47 IC 95% 1.13-1.93) y un valor de P 0.004; eventos estresantes y/o depresión (RP 2.4 IC 95% 1.87-3.07) y un valor de P 0.000; migración de un familiar (RP 1.45 IC 95% 1.14-1.85) y un valor de P 0.004 y disfuncionalidad familiar (RP 2.51 IC 95% 2.00-3.13) y un valor de P 0.000

Conclusiones: Los trastornos hipertensivos del embarazo en nuestra población presentan una prevalencia más alta de la reportada en la literatura internacional, y se asocian con estresores psicosociales.

DecS: PREECLAMPSIA; HIPERTENSIÓN INDUCIDA EN EL EMBARAZO; ESTRÉS PSICOLÓGICO; HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA-ECUADOR.



SUMMARY

Background: Hypertensive disorders of pregnancy are the leading cause of maternal death in developed countries and the third countries in Route of development .En regarding the importance of the psychosocial environment during pregnancy, psychosocial stressors, such as stress and family dysfunction have proven to be a factor associated with morbidity regarding maternal and perinatal ity.

Objective: To determine the frequency of hypertensive disorders and associated psychosocial stressors in parturients Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca, Ecuador,2012.

Methods: A cross sectional study of prevalence in pregnant women attending the Hospital Vicente Corral Moscoso. Information was collected using a data collection form, stressful events was assessed by Holmes and Rahe scale and functionality through the family APGAR test, data were processed in SPSS 15 for Windows.

Hypothesis: The hypertensive disorders of pregnancy occur more often when associated psychosocial stressors such as financial problems, stressful events and depression, presence of physical or sexual violence, psychological violence, illness and hospitalization of a family member, a relative migration , family dysfunction, that in the absence of these.

Results: The prevalence of hypertensive disorders of pregnancy was 31.9% corresponding to 50.9% gestational hypertension, preeclampsia and eclampsia 47.4% to 1.7%. Psychosocial stressors that are associated with hypertensive disorders of pregnancy were domestic violence (OR 1.47 95% CI 1.13 to 1.93) and a P value of 0.004; stressful events and / or depression (OR 2.4, 95% CI 1.87 - 3.07) and a P value of 0.000, a relative migration (PR 1.45 95% CI 1.14 to 1.85) and a P value of 0.004 and family dysfunction (OR 2.51 95% CI 2.00 to 3.13) and a P value of 0.000.

Conclusions: Hypertensive disorders of pregnancy in our population have a higher prevalence than that reported in the international literature, and associated psychosocial with estresores.

DeCs: PREECLAMPSIA; HYPERTENSION INDUCED IN THE PREGNANCY; PSYCHOLOGICAL STRESS; REGIONAL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA - ECUADOR

**ÍNDICE**

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	1
SUMMARY	2
CAPÍTULO I.....	10
1.1. INTRODUCCIÓN	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3. JUSTIFICACIÓN	12
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	13
2.1. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	13
2.1.1. Definiciones	13
2.1.2. Clasificación	13
2.1.3. Diagnostico.....	14
2.1.4. Factores de riesgo para Trastornos Hipertensivos del Embarazo	16
2.1.5. Tratamiento	18
CAPÍTULO II.....	21
2.1. HIPÓTESIS.....	21
2.2. OBJETIVOS.....	21
2.2.1. Objetivo General	21
2.2.2. Objetivos Específicos.....	21
CAPÍTULO III.....	22
3. METODOLOGÍA	22
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	22
3.2. POBLACION DE ESTUDIO	22
3.3. MUESTRA	22
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
3.6. UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTREO	23
3.7. TIPO DE MUESTREO	23
3.8 RELACION EMPIRICA DE VARIABLES	23
3.9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	24
3.10 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	26



3.11. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.....	26
3.12. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS.....	26
3.13. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	26
3.14. PRUEBA DE LA HIPÓTESIS.....	27
CAPÍTULO IV.....	28
4. RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO V.....	50
DISCUSIÓN.....	50
CAPÍTULO VI.....	57
CONCLUSIONES.....	57
CAPÍTULO VII.....	58
RECOMENDACIONES.....	58
CAPÍTULO VIII.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
CAPÍTULO IX.....	64
9. ANEXOS.....	64



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1857

Yo, Dr. Roberto Carlos Ariño Arias, autor de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO Y ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Ginecología Y Obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Enero del 2013

Dr. Roberto Carlos Ariño Arias

CI. 1715158521

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Dr. Roberto Carlos Ariño Arias, autor de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO Y ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Ginecología Y Obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Enero del 2013

Dr. Roberto Carlos Ariño Arias

CI. 1715158521

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO Y
ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR 2012.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

AUTOR: DR. ROBERTO CARLOS ARIÑO ARIAS.

DIRECTOR: DR. JORGE NARVAEZ AYALA.

ASESOR: DR. ROBERTO HERRERA CALVO

**CUENCA – ECUADOR
2013**



DEDICATORIA

A mis padres Micaela y Víctor por brindarme ese gran apoyo incondicional en cada momento de mi vida

A mis hijos Víctor, Tomas y María por toda su comprensión ojala pueda servirle de ejemplo para su superación

A mi esposa María por su comprensión, su apoyo incondicional y su tolerancia infinita a mis pretensiones intelectuales



AGRADECIMIENTO

A mi director de tesis el Dr. Jorge Narváez, orientador y amigo, quien siempre me brindo apoyo y confianza y se hizo merecedor de mi estímulo, respeto y consideración

Al Dr. Roberto Herrera mi asesor por su desinteresada y generosa labor de transmisión del saber inagotable entusiasmo y sus acertados consejos y sugerencias

A mis profesores quienes con sus sabios conocimientos supieron formarme como un profesional capa de poner mis servicios a la sociedad

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo comprenden un grupo de padecimientos que tienen como denominador común la elevación de las cifras de la tensión arterial (1). Los trastornos hipertensivos del embarazo son problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia (2).

La importancia del entorno psicosocial en el proceso salud-enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos, y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo. En relación a la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos(3).

Por otro lado se ha observado que la evaluación de los factores de riesgo obstétricos conjuntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, incrementan significativamente la probabilidad de identificar a las embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales (3).

En nuestro medio no se disponen de estadísticas actuales para realizar comparaciones con otras series presentadas en la bibliografía internacional.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo constituyen un problema de salud, son la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, lo cual representa 4 defunciones por 100000 nacimientos y 150 o más defunciones por 100000 nacimientos, respectivamente (4).

Durante los últimos años han ocurrido progresos notables en los conocimientos de la fisiopatología de esta enfermedad, que por costumbre se le había clasificado como Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, quizás por la importancia clínica del componente hipertensivo. Sin embargo, el énfasis que se le concedió a tal componente hizo que se prestara poca atención en la asociación existente con estresores psicosociales que podrían estar influenciando esta patología en la gestante (4).

Al conocer estos datos relevantes a cerca de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo consideramos necesario realizar este estudio a cerca de la prevalencia de esta patología en gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Así como también la asociación existente con los diferentes estresores psicosociales como problemas económicos, eventos estresantes, presencia de violencia psicológica física o sexual intrafamiliar, enfermedad y/o hospitalización de un familiar, migración de un familiar, disfunción familiar.

Considerando que existe relación entre Trastornos Hipertensivos del Embarazo y los estresores psicosociales a los cuales se encuentran expuestas, podremos identificar dos factores importantes como reporta Cassel, citado por Salvador y colaboradores (5) en sus estudios por dos tipos de condiciones: En primer lugar, por aquellas que los individuos perciben como factores positivos y que son denominadas apoyo psicosocial y en segundo lugar, la condición que corresponde a los eventos que se perciben como perjudiciales.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo constituyen un importante problema de salud en todo el mundo. Muchos han sido los esfuerzos realizados para lograr la integridad del binomio madre-hijo en las pacientes hipertensas. Además, se ha observado que la hipertensión relacionada con el embarazo es la causa principal de morbilidad y mortalidad materno-perinatal y éstas pueden reducirse mediante una atención cuidadosa y precoz de las pacientes de alto riesgo.

En varios estudios realizados se ha podido comprobar que factores psicosociales como situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales demandan y exceden los recursos personales de los individuos, de tal modo que significan amenaza, daño o desafío que rodean a la madre y tienen relación con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, y en especial en nuestro medio que al ser considerado un país en vía de desarrollo y al tener conocimiento de que no todos los individuos tenemos iguales oportunidades, consideramos que este tipo de factores influye en el desencadenamiento de mencionada patología obstétrica.

Al comprobar que mencionados factores influyen en el estado hipertensivo de la gestante podremos considerar la necesidad de apoyo psicosocial a la futura madre y así trabajar no solo en la parte médica de la paciente sino en su entorno psicológico y familiar.

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Trastornos Hipertensivos del Embarazo

2.1.1. Definiciones: Se define como hipertensión (HTA) a la tensión arterial (TA) igual o mayor a 140 mmHg de sistólica y/o 90 mmHg de diastólica. En dos tomas separadas por lo menos por 6 horas en el transcurso de una semana. Un incremento de 30 mmHg de la tensión arterial sistólica y/o 15 mmHg de la diastólica obliga a una vigilancia más estricta durante el control prenatal, aunque no hace diagnóstico de HTA. La media de tensión arterial normal durante el embarazo es de 116 ± 12 mmHg (sistólica) y 70 ± 7 mmHg (diastólica) (6).

2.1.2. Clasificación: es importante diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de aquéllos propios del embarazo, particularmente la preeclampsia.

Hipertensión gestacional: tensión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg en 2 tomas separadas por 6 horas, después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria (7).

Preeclampsia: Desorden multisistémico que se manifiesta, en general, a partir de las 20 semanas de gestación, con TA $\geq 140/90$ mmHg, más proteinuria, asociado a daño de otro órgano blanco (hígado, riñón, SNC, placenta, sistema de la coagulación y cardiopulmonar). Se divide en: Preeclampsia leve: TA $\geq 140/90$ mmHg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria igual o superior a 300 mg/24 hs y menor a 5 g /24 hs. Preeclampsia grave: TA $\geq 160/110$ mmHg o aún con valores tensionales menores, pero asociadas a uno o más de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):

- Proteinuria: $\geq 5g/24$ hs.
- Alteraciones hepáticas: Aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante superior del abdomen.
- Alteraciones hematológicas: Trombocitopenia (Recuento. plaquetas <100.000 mm³), Hemólisis, Coagulación intravascular diseminada (CID).

- Alteraciones renales: Creatinina sérica >0.9 mg/dl, Oliguria (menos de 50 ml/hora).
- Alteraciones neurológicas: Hiperreflexia, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, depresión del sensorio.
- Alteraciones visuales: Visión borrosa, escotomas centellantes, fotofobia, diplopía, amaurosis fugaz o permanente.
- Restricción del crecimiento intrauterino/oligoamnios.
- Desprendimiento de placenta.
- Cianosis, edema agudo de pulmón (sin cardiopatía preexistente).

Hipertensión crónica: Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y no se resuelve a las 12 semanas postparto (8).

Preeclampsia sobreimpuesta a la hipertensión crónica: Es la aparición de evidencia de daño endotelial tal como: proteinuria luego de las 20 semanas, brusco aumento de valores basales conocidos de proteinuria previos, agravamiento de cifras de TA, aparición de síndrome Hellp, síntomas neurosensoriales y/o compromiso fetal (8).

Eclampsia: Desarrollo de convulsiones tónico- clónicas y/o de coma inexplicado durante el parto o durante las primeras 48hrs del postparto, en pacientes con signos o síntomas de preeclampsia. (8).

Etiología: La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, de causa desconocida, propia de la mujer embarazada. Se caracteriza por una placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica (9).

2.1.3. Diagnóstico: Diagnóstico de hipertensión arterial: Durante las visitas preconcepcionales y de embarazo, es necesario el control de la tensión arterial en

todas las consultas, ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente. Se considera hipertensión al registro de dos tomas de tensión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg, separadas por 6 horas (8,10).

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. Se estima que el 10% a 20% de las pacientes ambulatorias puede aportar una muestra incompleta, por lo que se recomienda enfatizar condiciones de recolección para evitar que los resultados no sean fidedignos (10).

Relación proteinuria/creatinina: Una relación de proteinuria / creatinina urinaria mayor a 0,19g proteínas/g, se asocia a una excreción urinaria de proteínas mayor a 300 mg en orina de 24 horas con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de 90, 70, 75, y 87% respectivamente. Sin embargo, cuando el punto de corte es de 0,14 la sensibilidad y el VPN es del 100%, pero la especificidad cae un 51% debiendo ser confirmada con una proteinuria de 24 horas (11).

Método cualitativo: Tira reactiva: El extremo de la tira se introduce 30 segundos en la orina, recolectada (chorro medio) y se sacude golpeándola al costado del contenedor. 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. Valores de 2+ o mayores se consideran positivos para el diagnóstico de proteinuria significativa (10).

Sin embargo, dado que es un método cualitativo basado en la concentración de proteínas puede presentar falsos negativos y especialmente falsos positivos en presencia de: sangre o semen, pH urinario mayor a 7, detergentes y desinfectantes; se recomienda su confirmación por los métodos cuantitativos anteriormente descritos (10).

El diagnóstico con tiras reactivas en orina para la determinación de proteinuria no reemplaza a la recolección de orina de 24 horas, que deberá seguir siendo utilizada para el diagnóstico de preeclampsia. Su valor en el diagnóstico de presencia de enfermedad, cuando el test es positivo 1+ o más, es útil debido a su tasa de falsos negativa del 10%, pero no autoriza a tomar decisiones en cuanto a diagnóstico y tratamiento en estas pacientes (terapia con sulfato de magnesio, interrupción del embarazo, internación), debido a alta tasa de falsos positivos. Su valor negativo no excluye el diagnóstico, pero permite descartar una preeclampsia severa (10).

2.1.4. Factores de riesgo para Trastornos Hipertensivos del Embarazo

El riesgo relativo de desarrollo de preeclampsia en el embarazo actual se relaciona con la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos RR: 9,72; IC95% 4,34 a 21,75); preeclampsia en embarazo anterior (RR:7,19; IC 5,85 a 8,83); Diabetes Tipo 1 y 2 (RR 3,56; IC 2,54 a 4,99); embarazo múltiple (RR:2,93; IC 2,04 a 4,21); historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas (RR 2,90; IC 1,70 a 4,93); edad materna mayor a 40 años (nulípara RR 1,68; IC 1,23 a 2,29; multíparas, RR 1,96; IC 1,34 a 2,87) nuliparidad RR 2,91; IC 1,28 a 6,61 e Índice de Masa Corporal mayor a 35 (RR1,55; IC 1,28 a 1,88) (10).

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

Autores de diversos estudios realizados en embarazadas adolescentes, han reportado que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del Síndrome hipertensivo del embarazo, publicando valores de frecuencias entre 22,4% y 29%.(3, 12).

En relación a la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos. Por otro lado se ha observado

que la evaluación de los factores de riesgo obstétricos conjuntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, incrementan significativamente la probabilidad de identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales (13).

Un reciente estudio realizado por Leeners y Cols (14), señalaron que el estrés emocional durante el embarazo representaba un efecto significativo en la incidencia de desordenes hipertensivos del embarazo. Otras investigaciones han demostrado, que la exposición a factores estresantes crónicos inducen a alteraciones a nivel de la microcirculación útero-placentaria y función placentaria que desencadenarían patologías como el Síndrome hipertensivo del embarazo (12).

Alvarado y Cols, observaron que uno de los eventos vitales que con mayor frecuencia se presentó en el embarazo fue la enfermedad de un familiar (16,7%), cifra similar a la encontrada en la presente investigación (15,7%). Asimismo se pudo observar que esta variable estaba asociada como factor de riesgo a síndrome hipertensivo del embarazo en las adolescentes estudiadas (15).

Por otro lado, al analizar la variable violencia en el hogar, fue posible constatar que existió una asociación significativa con la presencia de Síndrome hipertensivo del embarazo ($p < 0,001$), hallazgos que podrían sustentar y/o confirmar que la violencia doméstica, constituye un factor psicosocial subyacente condicionante de respuestas maternas adversas en el embarazo, siendo el síndrome hipertensivo del embarazo dos de sus expresiones físicas de mayor trascendencia biomédica(12, 16).

En un estudio realizado por Muñoz y Oliva, encontró que en el grupo de casos los estresores psicosociales de mayor frecuencia fueron la percepción de problemas económicos (56,1%), percepción de insuficiencia de dinero disponible (53,4%), presencia de eventos estresantes y/o depresión (53,4%), presencia de agresión psicológica familiar (45,2%) y presencia de violencia psicológica, física o sexual al interior del hogar (42,4%), valores muy superiores a los encontrados en el grupo de controles (34,2%, 28,7%, 15,1% y 13,7% respectivamente), con la sola excepción de la percepción de insuficiencia de dinero disponible, en que se observó igualdad en ambos grupos (53,4%) (3).

Estos mismo autores (3) también encontraron que la presencia de estresores psicosociales se asoció significativamente a un mayor riesgo de presentar síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) y/o síntomas de parto prematuro (SPP) en el embarazo adolescente. Estos fueron: problemas económicos, agresión psicológica familiar, algún evento estresante y/o depresión, enfermedad y/o hospitalización de un familiar, y violencia familiar. El apoyo familiar se asocia significativamente (78%) con la ausencia de SHE y/o SPP ($p < 0,001$), por lo que constituye un factor protector de esas patologías.

Al parecer Los estresores psicosociales familiares como enfermos en la familia, violencia intrafamiliar, agresión psicológica familiar y eventos estresantes, se asocian a la presencia de SHE y/o SPP en gestantes adolescentes, siendo el apoyo familiar, un factor protector de esas patologías (3).

2.1.5. Tratamiento

El tratamiento adecuado requiere tener presente los cambios normales de la presión arterial y del volumen intravascular que tienen lugar durante el embarazo. La preeclampsia se caracteriza por vasoconstricción extrema, aumento de la reactividad vascular y disminución del volumen intravascular. El desafío mayor es enfrentar el tratamiento por el hecho de estar en riesgo 2 vidas y porque no existen estudios de vigilancia prolongada con los diferentes fármacos antihipertensivos (17).

Existen hasta cierto punto consensos y normalizaciones sobre el tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo, en Ecuador se han hecho esfuerzos y se han plasmado en el Componente Normativo Materno las acciones a seguir en cuanto al tratamiento de estas patologías (8).

La finalización del embarazo es la terapia apropiada para la madre, pero puede no serlo para el feto y/o neonato pretérminos. El objetivo del tratamiento es prevenir la eclampsia y las complicaciones severas, neurológicas y cardiovasculares (18). El rol de la medicación antihipertensiva en las mujeres embarazadas con hipertensión leve (TA diastólica entre 90 a 109 mm Hg) es incierto y es motivo de revisión actual.

El intento de tratar la preeclampsia descendiendo las cifras tensionales, con los fármacos disponibles, no corrige las alteraciones fisiopatológicas endoteliales de la enfermedad, como es la hipoperfusión tisular, la disminución del volumen plasmático y las alteraciones en la función renal.

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

El tratamiento de los trastornos hipertensivos incluyen varias intervenciones, dependiendo del trastorno diagnosticado y del bienestar materno y fetal; un adecuado diagnóstico proveerá de un manejo adecuado, en las pacientes con HTA crónica El objetivo del tratamiento es evitar la crisis hipertensiva y permitir continuar el embarazo hasta alcanza la madurez fetal. El tratamiento precoz no previene el desarrollo de preeclampsia, por lo tanto solo se iniciará cuando esté indicado. (19).

El tratamiento farmacológico ha demostrado ser efectivo y disminuir la morbi mortalidad materno fetal, sin embargo hay que tener presente que toda medicación puede actuar sobre el feto por atravesar la barrera placentaria. Al administrar medicación antihipertensiva, una disminución pronunciada de la TA puede reducir el flujo útero-placentario y comprometer la salud fetal (19).

Por lo tanto, no es recomendable reducir la TA diastólica a menos de 80 mm Hg como objetivo del tratamiento farmacológico. HTA leve a moderada se puede reducir el riesgo de desarrollar hipertensión grave a la mitad con la utilización de un fármaco antihipertensivo, aunque no previene el riesgo de desarrollo de preeclampsia, ni de las complicaciones perinatales (19).

Para la crisis hipertensiva La droga antihipertensiva mas comúnmente utilizada es el Labetalol, recomendado en mujeres con presión diastólica igual o mayor a 105 - 110 mm Hg. La TA debe ser reducida con tratamiento endovenoso si alcanza los 160-170/110 mm Hg para prevenir la hemorragia intracraneana. Se considera como respuesta la disminución de 30 mm Hg y 20 mm Hg en la sistólica y diastólica respectivamente (19).



Para la prevención de la eclampsia en preeclampsia grave, existe suficiente evidencia de que el Sulfato de Magnesio debe ser utilizado como droga de primera línea para la prevención de las convulsiones eclámpicas en mujeres durante el embarazo, parto o puerperio con preeclampsia grave (35).

La terminación del embarazo es el tratamiento eficaz y curativo de la preeclampsia; y estará condicionada por la respuesta a la terapéutica instituida previamente, a la vitalidad y a la madurez fetal. Antes de llegar a la viabilidad fetal (menos de 24 semanas), se debe priorizar la salud materna, y estrechar la vigilancia ante cambios clínicos y / bioquímicos que indiquen agravamiento de la enfermedad (19).

En mujeres con enfermedad leve (HTA Gestacional - Preeclampsia leve): la interrupción de la gestación no está indicada en un embarazo menor de 37 semanas, sin evidencia de compromiso fetal. La vía del parto estará determinada por las características individuales de cada caso. La decisión del parto se realizará cuando la paciente se encuentre estabilizada (Recomendación C) (19).

El sulfato de magnesio es el anticonvulsivante de elección para las pacientes con eclampsia, reduce el riesgo de recurrencia de eclampsia. En casos de recurrencia de convulsiones, se debe mantener infusión por 24 hs desde el *último episodio o desaparición de síntomas prodrómicos neurosensoriales*. El Sulfato de Magnesio comparado con el Diazepam se asoció con una reducción de la muerte materna y una reducción sustancial de recurrencia de convulsiones (35).

En aquellos casos infrecuentes de refractariedad al tratamiento de las recurrencias con Sulfato de Magnesio, se podrá utilizar Fenobarbital, con una dosis inicial de 1 gramo IV, infundido con bomba a razón de 16,7 mg/min; en total 1 hora de infusión. (19).

CAPÍTULO II

2.1. HIPÓTESIS

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo se producen con más frecuencia cuando se asocian estresores psicosociales como problemas económicos, eventos estresantes y/o depresión, presencia de violencia psicológica física o sexual intrafamiliar, enfermedad y/o hospitalización de un familiar, migración de un familiar; disfunción familiar; que en ausencia de estos.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo y los estresores psicosociales asociados en mujeres gestantes en labor de parto atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de mayo a julio, Cuenca-Ecuador, 2012.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo en el grupo de estudio.
- Caracterizar al grupo de estudio de acuerdo a las variables demográficas y obstétricas.
- Conocer la frecuencia del Trastorno Hipertensivo del Embarazo de acuerdo al tipo de hipertensión.
- Conocer la asociación de los principales estresores psicosociales en los Trastornos Hipertensivos del Embarazo.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

- ▶ Estudio transversal de prevalencia

3.2. POBLACION DE ESTUDIO:

- ▶ Mujeres gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.3. MUESTRA

Fue calculada en base a las siguientes restricciones:

- a. Tamaño total de la población: Pacientes que acuden al servicio de obstetricia en los meses de mayo a julio del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- b. Nivel de confianza: 95%
- c. Precisión: 3%
- d. Frecuencia esperada de trastorno hipertensivos del embarazo: 12% (4, 7 20)
- e. Efecto del diseño: 1

Con estos datos en el programa EpiDat se obtuvo un tamaño muestral de 451 pacientes, se estima una proporción esperada por perdidas del 20% quedando constituida la muestra por 541 pacientes.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Embarazo de 28 semanas en adelante
- Parto por vía vaginal o cesárea

- Todas las paridades.
- Embarazo único

3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres gestantes con Hipertensión arterial crónica, con o sin preeclampsia sobreañadida.
- Pacientes que no aceptaron participar en la investigación.

3.6. UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTREO

- ▶ Mujeres gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo, atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.7. TIPO DE MUESTREO

- ▶ Muestra de tipo probabilístico, mediante un muestreo aleatorio simple.

3.8 RELACION EMPIRICA DE VARIABLES

Variable dependiente: Trastorno Hipertensivo del Embarazo.

Variables independientes: Problemas económicos, eventos estresantes y/o depresión, presencia de violencia psicológica, física o sexual al interior del hogar, enfermedad y/o hospitalización de un familiar, migración de un familiar, disfunción familiar.

3.9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad materna.	Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso	Años cumplidos	Menos de 20 De 20 a 34 De 35 o más
Procedencia	Lugar donde nació	Lugar geográfico	Urbano Rural
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por ley	Estado civil establecido en su documento de identificación.	Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada
Escolaridad	Años escolares aprobados en una institución educativa	Años de estudio aprobados	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Paridad	Número de partos con finalización del alumbramiento, más allá de la semana 20, o con un recién nacido de peso mayor a 500 gramos.	Número de partos.	Nulípara Primípara Secundípara Múltipara Gran múltipara
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el momento del parto.	Número de semanas desde la concepción.	28 a 36,6 37 a 40,6 41 y más.
Estado nutricional	Estado de salud de una persona en relación con los nutrientes de su régimen de alimentación.	Relación peso/talla y clasificación según Nomograma de Rosso y Mardones del MSP Ecuatoriano.	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad
Vía de terminación del embarazo	Región materna por donde se expulsa el producto de la gestación y sus anexos	Expulsión fetal a través de la vagina o por el abdomen materno.	Parto vaginal Cesárea
Trastorno Hipertensivo del Embarazo	TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg durante el embarazo con o sin proteinuria.	Registro de la TA incrementada por medio de un esfigmomanómetro	Hipertensión gestacional Preeclampsia Eclampsia



Violencia intrafamiliar	Cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro.	Abuso de poder intrafamiliar informado por la paciente	Psicológica Física Sexual
Problemas económicos	La presión psicológica que la familia siente cuando los recursos económicos no son suficientes para seguir patrones establecidos de funcionamiento de la familia y las normas	Recursos económicos insuficientes.	Si No
Enfermedad y/o hospitalización de un familiar	La enfermedad genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo	Información aportada por la paciente sobre enfermedad y/o hospitalización de un familiar.	Si No
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Migración de un familiar	Traslado de su lugar de origen a otro donde considere que mejorará su calidad de vida.	Información aportada por la paciente sobre migración del familiar.	Si No
Disfunción familiar	Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones	Percepción de la función familiar. Cuestionario Apgar familiar	Normofuncional Disfuncional leve Disfuncional grave

3.10 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información fue realizada en base a un cuestionario que incluyó las variables establecidas para el estudio, elaborado por el autor (Anexo 2).

3.11. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

1. Aprobación de la Comisión de Especialidad y de la Comisión de Investigación del Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca.
2. Firma del consentimiento informado (Anexo 1).
3. Distribución del grupo: Con el trascurso de la investigación se fueron ubicando las pacientes según la presentación o no del efecto. Mujeres gestantes con el efecto “Trastornos Hipertensivos del Embarazo”: con los factores asociados y otras sin estos factores. Mujeres gestantes sin el efecto “sin Trastornos Hipertensivos del Embarazo”: con los factores asociados y otras sin estos factores.
4. Recolección de la información.

3.12. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de esta investigación fue aprobado por la Comisión de Especialidad y de la Comisión de Investigación del Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca, se solicitó permiso a las autoridades de la institución hospitalaria. Los datos fueron utilizados única y exclusivamente para procesos investigativos y manejados solamente por el autor del trabajo de investigación, protegiendo la confidencialidad de los mismos.

3.13. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos recogidos fueron digitalizados en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 15 para Windows, a partir de ésta se generaron tablas de distribuciones para todas las variables, mediante estadística descriptiva a través de



números y porcentajes además se utilizó estadística inferencial para la prueba de la hipótesis.

3.14. PRUEBA DE LA HIPÓTESIS

Se comprobó la hipótesis por medio de la razón de prevalencia (RP) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y un valor de p de los factores asociados.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

Los datos fueron recopilados mediante el uso del formulario que consta en el anexo 2, posteriormente se procedió a introducirlos en una base de datos del programa SPSS versión V 15.0; el análisis se realizó mediante distribuciones porcentuales y promedios y desviación estándar.

4.1. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Se puede apreciar que en el grupo de estudio constituido por 541 mujeres gestantes, 173 de ellas presentaron trastornos hipertensivos del embarazo representando una prevalencia de 31.9%.

TABLA N° 1.

PREVALENCIA DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR 2012

TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR	
	Numero	Porcentaje
Si	173	31.9
No	368	68.1
Total	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.2. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

4.2.1. Distribución por edad y trastorno hipertensivo del embarazo

En la Tabla N°2 se indica la distribución de la muestra en estudio según las variables asignadas, el grupo de mujeres gestantes menos de 20 años representó el 28.8% de la población, el de 20-34 años el 58.8% y el de mayores o iguales a 35 años el 12.4%.

Del total de mujeres gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo (173) el 56,1% se encontró entre los 20-34 años de edad; el 28,3% fueron menores de 20 años y el 15,6% tenían 35 años o más.

TABLA N° 2.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN EDAD Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Edad en años	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 20	49	28.3	107	29.1	156	28.8
20-34	97	56.1	221	60.1	318	58.8
35 o >	27	15.6	40	10.9	67	12.4
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

NÚMERO	MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.	MÍNIMO	MÁXIMO
541	25.05	24	19	6.92	14	47

4.1.2. Distribución por estado civil y trastorno hipertensivo del embarazo

El estado civil de mayor prevalencia en la muestra de estudio fueron las casadas con el 41.4% seguido muy de cerca con un 41.2% de las mujeres en unión libre, el estado civil con menor prevalencia fue el viudo con el 0.4% de la población; Del total de mujeres gestantes que presentaron trastornos hipertensivos del embarazo el 41.6% fueron de unión libre, el 38.7% fueron casadas.

TABLA N° 3.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN ESTADO CIVIL Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Estado civil	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Casada	67	38.7	157	42.7	224	41.4
Divorciada	0	0.0	3	0.8	3	0.6
Soltera	34	19.7	55	14.9	89	16.5
Unión Libre	72	41.6	151	41.0	223	41.2
Viuda	0	0.0	2	0.5	2	0.4
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.1.3. Distribución por nivel de instrucción y trastorno hipertensivo del embarazo

Observamos en la tabla 4 la distribución de la población según instrucción, tenemos que el nivel de instrucción más frecuente fue la primaria con el 45.3%, seguido de la secundaria con el 38.4%, el cuarto nivel fue el de menor prevalencia con un 0.4%. Del total de mujeres gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo el 46.8% presentó un nivel de instrucción primaria; el 38.2% secundaria los demás niveles de instrucción presentaron porcentajes inferiores

TABLA N° 4.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Escolaridad	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	4	2.3	3	0.8	7	1.3
Primaria	81	46.8	164	44.6	245	45.3
Secundaria	66	38.2	142	38.6	208	38.4
Superior	20	11.6	59	16.0	79	14.6
Cuarto nivel	2	1.2	0	0.0	2	0.4
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.1.4. Distribución por procedencia y trastorno hipertensivo del embarazo

El 50,3% de la población procede del área urbana, mientras que el 49.7% del área rural; la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo fue mayor en el grupo procedente del área rural con un 57.2%, mientras que en el grupo de pacientes procedentes del área urbana se presentó en un 42.8%.

TABLA N° 5.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN PROCEDENCIA Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Procedencia	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Rural	99	57.2	170	46.2	269	49.7
Urbana	74	42.8	198	53.8	272	50.3
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.2. CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS Y NUTRICIONALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

4.2.1. Distribución por edad gestacional y trastorno hipertensivo del embarazo

En lo referente a la edad gestacional encontramos que el 74.1% de la muestra de estudio presentó una edad gestacional entre las 37 a 40.6 semanas de gestación; el 17% entre 28 a 36,6 semanas y por último el 8.9% entre 41 y más semanas; la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo fue mayor en el grupo de pacientes con 37 a 40.6 semanas con un 61.8%. La media de la edad gestacional se ubicó en 38.64 semanas con desvío estándar de mas o menos 2.08

TABLA N° 6.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

VARIABLES	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad gestacional (semanas)						
28-36,6	50	28.9	42	11.4	92	17
37-40,6	107	61.8	294	79.9	401	74.1
41 y >	16	9.2	32	8.7	48	8.9
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

NÚMERO	MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.	MÍNIMO	MÁXIMO
541	38.64	39	39	2.08	28	42.2

4.2.2. Distribución por paridad y trastorno hipertensivo del embarazo

El 38,8% de la población fue primípara mientras que el 28.3% secundípara y en tercer lugar las mujeres múltiparas con un 23.2%. Del total de mujeres gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo el 43.9% fueron primíparas, el 28.3% fueron secundíparas.

TABLA N° 7.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN PARIDAD Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

PARIDAD	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	4	2.3	2	0.5	6	1.1
Primípara	76	43.9	134	36.4	210	38.8
Secundípara	49	28.3	104	28.3	153	28.3
Múltipara	24	13.9	102	27.7	126	23.3
Gran múltipara	20	11.6	26	7.1	46	8.5
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.2.3. Distribución por vía de terminación del embarazo y trastorno hipertensivo del embarazo

La terminación del embarazo en el 55.1% de los casos fue por parto vaginal, mientras que en el 44.9% fue por parto por cesárea. A diferencia Del total de mujeres gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo en las que termino su embarazo mediante parto por cesárea en el 59.5%.

TABLA N° 8.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN VIA DE TERMINACION Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Terminación Del embarazo	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Parto vaginal	70	40.5	228	62.0	298	55.1
Parto por cesárea	103	59.5	140	38.0	243	44.9
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.2.4. Distribución por estado nutricional y trastorno hipertensivo del embarazo

El estado nutricional de las mujeres incluidas en este estudio presentó la siguiente distribución: Sobrepeso con el 38.8%; Estado nutricional normal con el 38.3%; Obesidad con un 15.9% y bajo peso con un 7% ; los trastornos hipertensivos del embarazo se presentaron con mayor prevalencia en el grupo de mujeres con sobrepeso con un 43.4% mientras que le sigue en frecuencia el grupo de mujeres con estado nutricional normal con un 39.9%; en el grupo de mujeres con obesidad la prevalencia de este tipo de trastornos del embarazo se presentó en un 12.7% y en las mujeres con bajo peso en un 4%.

TABLA N° 9.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Estado nutricional	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Peso Bajo	7	4.0	31	84	38	7
Normal	69	39.9	138	37.5	207	38.3
Sobrepeso	75	43.4	135	36.7	210	38.8
Obesidad	22	12.7	64	17.4	86	15.9
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.3. FRECUENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SEGÚN TIPO DE HIPERTENSIÓN.

Del total de mujeres gestantes diagnosticadas con algún trastorno hipertensivo del embarazo (173 casos), el 50.9% presentaron hipertensión gestacional, existió también un 47.4% de preeclampsia y un 1.7% de eclampsia.

TABLA N° 10.
DISTRIBUCIÓN DE 173 MUJERES GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN TIPO DE HIPERTENSION

TIPO DE HIPERTENSION	MUJERES GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	
	N°	%
Eclampsia	3	1.7
Hipertensión gestacional	88	50.9
Preeclampsia	82	47.4
Total	173	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.4. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

4.4.1. Distribución por violencia intrafamiliar y trastorno hipertensivo del embarazo

No se presentaron casos de violencia intrafamiliar en el 42,7% de la muestra de estudio; el 54,9% de la población presentó violencia intrafamiliar de tipo psicológica mientras que el 2,4% de tipo física; las mujeres gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo se presentaron con mayor prevalencia en el grupo de pacientes con violencia psicológica con un 63,6%, violencia física un 2,9% y en un 33,5 % en las mujeres gestantes sin violencia

TABLA N° 11.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Violencia intrafamiliar	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Psicológica	110	63.6	187	50.8	297	54.9
Física	5	2.9	8	2.2	13	2.4
No presenta violencia	58	33.5	173	47.0	231	42.7
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.4.2. Distribución por presencia de problemas económicos y trastorno hipertensivo del embarazo.

Los problemas económicos se presentaron en el 82.6% de la población estudiada, un 17.4% no presentaron este tipo de problemas; las mujeres gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo presentaron problemas económicos en el 87.3% y 12.7% sin problemas de este tipo.

TABLA N° 12.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN PROBLEMAS ECONÓMICOS

Problemas económicos	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	151	87.3	296	80.4	447	82.6
No	22	12.7	72	19.6	94	17.4
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.4.3. Distribución por presencia de eventos estresantes y trastorno hipertensivo del embarazo.

Los eventos estresantes y/o depresión se presentaron en el 39.7% de la muestra de estudio y en el grupo de los trastornos hipertensivos del embarazo los eventos estresantes y/o depresión se presentaron en el 61.3% y no ocurrieron en un 38.7%.

TABLA N° 13.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES CONTRA TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN EVENTOS ESTRESANTES Y/O DEPRESIÓN

Eventos Estresantes y/o depresión	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	106	61.3	109	29.6	215	39.7
No	67	38.7	259	70.4	326	60.3
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.4.4. Distribución por enfermedad y/o hospitalización de un familiar y trastorno hipertensivo del embarazo.

La presencia de enfermedad y/o la hospitalización de un familiar se presentó en el 33,8% de la muestra del estudio, el 66,2% no presentó esta situación, del total de pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo el 38.2% presentó enfermedad u hospitalización de un familiar.

TABLA N° 14.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES CONTRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN ENFERMEDAD Y/O HOSPITALIZACION DE UN FAMILIAR

VARIABLES	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Enfermedad y/o hospitalización de un familiar						
Si	66	38.2	117	31.8	183	33.8
No	107	61.8	251	68.2	358	66.2
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.4.5. Distribución por migración familiar y trastorno hipertensivo del embarazo.

El 34,9% de la muestra de estudio presentó migración de un familiar, en el grupo de trastornos hipertensivos del embarazo este factor alcanzó un 43.9% mientras que no se presentó en el 56.1%.

TABLA N° 15.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES CONTRA TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN MIGRACION FAMILIAR

Migración De un familiar	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	76	43.9	113	30.7	189	34.9
No	97	56.1	255	69.3	352	65.1
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.4.6. Distribución por funcionalidad familiar y trastorno hipertensivo del embarazo.

El 71.3% de la muestra de estudio presentó normofuncionalidad familiar, el 28.1% disfuncionalidad leve mientras que el 0.6% disfuncionalidad grave; en el grupo de trastornos hipertensivos del embarazo la disfuncionalidad leve tuvo su mayor prevalencia con un 50.3%; la normofuncionalidad familiar se presentó en un 49.7% y llama la atención que no existió disfuncionalidad familiar grave.

TABLA N° 16.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Disfuncionalidad familiar	Trastorno hipertensivo del embarazo					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normofuncionalidad	86	49.7	300	81.5	386	71.3
Disfuncionalidad leve	87	50.3	65	17.7	152	28.1
Disfuncionalidad grave	0	0.0	3	0.8	3	0.6
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.5. FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SEGÚN SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA

4.5.1 Violencia intrafamiliar de cualquier tipo y trastorno hipertensivo del embarazo.

En la Tabla 17 podemos observar las asociaciones entre la variable dependiente: los trastornos hipertensivos del embarazo y el estresor violencia intrafamiliar; encontrando una asociación estadísticamente significativa con una RP 1.47 (IC 95% 1.13-1.93) en comparación con las mujeres que no presentan violencia intrafamiliar, estos resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0.004$).

TABLA N° 17.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN LA ASOCIACIÓN VIOLENCIA INTRA FAMILIAR Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Violencia intrafamiliar	Trastorno hipertensivo del embarazo							RP	IC 95%	Valor de p
	SI		NO		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%				
Si	115	66.5	195	53.0	310	57.3	1.47	1.13-1.93	0.004	
No	58	33.5	173	47.0	231	42.7				
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0				

Fuente: Formulario de recolección de la información

Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.5.2. Problemas económicos y trastorno hipertensivo del embarazo.

En la Tabla 18 observamos las asociaciones entre la variable dependiente: los trastornos hipertensivos del embarazo y el estresor problemas económicos; encontrando una RP de 1.44 (IC 95%, 1.00-2.15) y un valor (p 0.052) por lo tanto no existe asociación estadísticamente significativa con este factor.

TABLA N° 18.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN LA ASOCIACIÓN DE PROBLEMAS ECONOMICOS Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

PROBLEMAS ECONÓMICOS	Trastorno hipertensivo del embarazo						RP	IC 95%	Valor de p
	SI		NO		Total				
	N°	%	N°	%	N°	%			
Si	151	87.3	296	80.4	447	82.6	1.44	1.00-2.15	0.052
No	22	12.7	72	19.6	94	17.4			
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0			

Fuente: Formulario de recolección de la información

Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.5.3. Eventos estresantes y trastorno hipertensivo del embarazo

Los eventos estresantes y/o depresión en las mujeres embarazadas se asocian a los trastornos hipertensivos, encontrando una RP 2.4 (IC 95% 1.87-3.07) en comparación con las mujeres no expuestas a este tipo de estrés; estos resultados fueron estadísticamente significativos con un valor de $p < 0.000$

TABLA N° 19.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN LA ASOCIACIÓN DE EVENTOS ESTRESANTES Y/O DEPRESION Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Eventos Estresantes y/o depresión	Trastorno hipertensivo del embarazo								
	SI		NO		Total		RP	IC 95%	Valor de p
	N°	%	N°	%	N°	%			
Si	106	61.3	109	29.6	215	39.7	2.4	1.87-3.07	0.000
No	67	38.7	259	70.4	326	60.3			
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0			

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.5.4. Enfermedad y/o hospitalización de un familiar y trastorno hipertensivo del embarazo

En la Tabla 20 observamos las asociaciones entre la variable dependiente: los trastornos hipertensivos del embarazo y el estresor enfermedad y/o hospitalización de un familiar; encontrando una RP de 1.20 (IC 95%, 0.93-1.54) y un valor p 0.172 con lo cual concluimos que no existe asociación estadísticamente significativa con este factor.

TABLA N° 20.
DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA-ECUADOR 2012, SEGÚN LA ASOCIACIÓN DE ENFERMEDAD Y/O HOSPITALIZACIÓN DE UN FAMILIAR Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

VARIABLES	Trastorno hipertensivo del embarazo							RP	IC 95%	Valor de p
	SI		NO		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%				
Enfermedad y/o hospitalización de un familiar										
Si	66	38.2	117	31.8	183	33.8	1.20	0.93-1.54	0.172	
No	107	61.8	251	68.2	358	66.2				
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0				

Fuente: Formulario de recolección de la información

Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.5.5. Migración de un familiar y trastorno hipertensivo del embarazo

En la Tabla 21, la migración de un familiar se asocia a los trastornos hipertensivos del embarazo de manera estadísticamente significativa obteniendo una RP 1.45 (IC 95% 1.14-1.85) y un valor p 0.004 en comparación con las mujeres que no presentaron este factor.

TABLA N° 21.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSOCUENCA, 2012 SEGÚN MIGRACIÓN DE UN FAMILIARY TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Migración De un familiar	Trastorno hipertensivo del embarazo						RP	IC 95%	Valor de p
	SI		NO		Total				
	N°	%	N°	%	N°	%			
Si	76	43.9	113	30.7	189	34.9	1.45	1.14-1.85	0.004
No	97	56.1	255	69.3	352	65.1			
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0			

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

4.4.6. Disfuncionalidad familiar y trastorno hipertensivo del embarazo

En la Tabla 22, la disfuncionalidad familiar se asocia a los trastornos hipertensivos del embarazo de manera estadísticamente significativa obteniendo una RP 2.51 (IC 95% 2.00-3.13) y un valor p 0.000 en comparación con las mujeres que no presentaron este factor.

TABLA N° 22.

DISTRIBUCIÓN DE 541 MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA, 2012 SEGÚN DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Disfuncionalidad familiar	Trastorno hipertensivo del embarazo						RP	IC 95%	Valor de p
	SI		NO		Total				
	N°	%	N°	%	N°	%			
Si	87	50.3	68	18.5	155	28.7	2.51	2.00-3.13	0.000
No	86	49.7	300	81.5	386	71.3			
Total	173	100.0	368	100.0	541	100.0			

Fuente: Formulario de recolección de la información
Autor: Dr. Roberto Carlos Ariño

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Se estudiaron 541 mujeres gestantes que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca para terminar su embarazo, la media de edad se ubicó en 25.05 años con una desviación estándar de 6.92 años. Los trastornos hipertensivos del embarazo en la muestra de estudio se presentaron en el 31.97% de los casos y su distribución fue la siguiente: Hipertensión gestacional el 50.9%; Preeclampsia con el 47.4% y Eclampsia con el 1.7%.

Al respecto existen varias series que refieren varias prevalencias de este trastorno, Cedeño y colaboradores (21) estiman la prevalencia de estos trastornos alrededor de un 10-20%, y añade que es una de las complicaciones de mayor frecuencia en la población obstétrica; se observa que en nuestra población la prevalencia de estos trastornos es mayor a la reportada por estos autores.

Agudelo y colaboradores (22) en un estudio de seguimiento de 2 años encontró una prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo en el 8% de la población, se evidencia que esta población colombiana presenta prevalencias muy por debajo de nuestra población, este estudio colombiano añade además que la prevalencia de preeclampsia-eclampsia se ubica entre el 2-7% de igual manera muy por debajo de lo encontrado en este estudio.

Llama la atención que la prevalencia de los trastornos hipertensivos encontrados en la muestra de nuestro estudio, es elevada como hemos revisado en comparación con otros estudios, Pacheco y Angulo (23) citan que estos trastornos presentan una prevalencia entre el 12% al 22% y que la preeclampsia ocurre alrededor del 3% y 14%; en la prevalencia general propuesta por estos autores las diferencias con nuestro estudio son grandes, aproximadamente 10 puntos porcentuales con el límite superior de esta serie presentada por estos autores; por otro lado la prevalencia de preeclampsia se acerca a la registrada en nuestra población.

Salazar y colaboradores (24) encontraron una incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo alrededor de 5,2% en un estudio colombiano, como hemos observado en todos los estudios revisados la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo es mayor en nuestra población.

Los trastornos hipertensivos del embarazo en este estudio se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de edad de 20-34 años con un 56.1% el grupo menos afectado fue el de 35 años o más con un 15.6% de trastornos hipertensivos; el grupo de edad de menos de 20 años se situó en un punto medio, sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con un valor de $p > 0,05$.

Salazar y colaboradores (24) encontraron que la media de edad para la presentación de estos trastornos fue de 25 años con un DS de 6,5 años; dato muy parecido al encontrado en nuestra población donde la población se presentó con una media de 25,05 años con una desviación estándar de 6,92 años.

Pérez colaboradores (25) encontró en un estudio llevado a cabo en Cuba que todos los trastornos hipertensivos del embarazo son más prevalentes en las mujeres de 20-29 años de edad con excepción de las hipertensas crónicas donde predomina la edad entre 35-39 años; estos datos muestran similitud con lo encontrado en nuestra población donde las pacientes de 20-34 años fueron las más afectadas por estos trastornos.

Lozada y colaboradores (26) también ubica la mayor prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo entre los 22 a 29 años de edad; dato similar al registrado en nuestro estudio. Los trastornos hipertensivos del embarazo se presentaron con mayor prevalencia en la población en unión libre con un 41.6% mientras que en las mujeres casadas se presentó en un 38.7%; no se presentaron casos de trastornos hipertensivos en pacientes viudas y divorciadas.

Agudelo y colaboradores (22) encontraron que la mayoría de embarazadas con trastornos hipertensivos del embarazo viven en unión libre o son solteras con un 52,2% y 34,5% respectivamente, estos datos coinciden con lo encontrado en nuestra



población, sin embargo no se ha logrado determinar como factor causal al estado civil de algún trastorno hipertensivo del embarazo.

En nuestro estudio los trastornos hipertensivos se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de mujeres con un nivel de instrucción primaria con un 46.8%, en el nivel secundaria la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo fue de 38.2% y en el nivel superior fue del 11.6%, las mujeres sin ningún nivel de instrucción representaron con un 2.3% del total de trastornos hipertensivos del embarazo. El cuarto nivel de instrucción representó baja frecuencia relativa de pacientes (2 pacientes) y el 100% de este grupo presentó trastornos hipertensivos del embarazo.

Mayorga (27) en un estudio llevado a cabo en Ambato para describir la influencia del nivel de educación en los trastornos hipertensivos del embarazo encontró que la media de educación fue de 10.01 años, el 31% de pacientes presentaron complicaciones hipertensivas en su embarazo y concluye esta autora exponiendo que “los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, esto es dado principalmente por el desconocimiento de la mujer gestante respecto a dicha patología, lo que se relaciona con el número de controles prenatales y la identificación de signos de alarma.”

Aunque esta autora (27) no proporciona datos de asociación, muestra el claro riesgo de presentar complicaciones del embarazo mientras menor nivel de instrucción se posea.

La prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo en nuestro estudio fue mayor en el grupo procedente del área rural con un 57.2% mientras que en el grupo de pacientes procedentes del área urbana se presentó en un 42.8%. Según Amarán y otros (28) los trastornos hipertensivos presentan mayor frecuencia en mujeres que proceden del área rural en comparación con las que lo hacen desde el área urbana, estos autores encontraron en una muestra de 162 con trastorno hipertensivos del embarazo que el 74.1% procedían del área rural, estos datos coinciden con lo registrado en esta población.

Con respecto a la variable estado nutricional en nuestro estudio encontramos que los trastornos hipertensivos del embarazo se presentaron con mayor prevalencia en el grupo de mujeres con sobrepeso con un 43.4% mientras que le sigue en frecuencia el grupo de mujeres con estado nutricional normal con un 39.9%; en el grupo de mujeres con obesidad la prevalencia de este tipo de trastornos del embarazo se presentó en un 12.7% y en las mujeres con bajo peso en un 4%.

Torres y Calvo (29) exponen que el mal estado nutricional de la embarazada predispone a la presencia de preeclampsia-eclampsia; y lo relaciona con un déficit inadecuado de calcio en la dieta.

Vásquez y otros (30) colocan al sobrepeso como factor de riesgo para presentar eclampsia, Suarez y otros (31) en su estudio encontró que la preeclampsia-eclampsia presentaban sobrepeso, luego estos trastornos hipertensivos fueron de mayor prevalencia en pacientes con obesidad (30%) luego en las mujeres con peso normal y en las mujeres con bajo peso la preeclampsia-eclampsia se presentó en el 6.6% de éstas. Datos muy parecidos a los encontrados en nuestro estudio, donde los trastornos hipertensivos del embarazo se relacionan con el exceso de peso.

En nuestro estudio el 54.9% de la muestra presentó violencia intrafamiliar de tipo Psicológica mientras que le 2.4% de tipo física; los trastornos hipertensivos del embarazo se presentaron con mayor prevalencia en el grupo de pacientes afectadas con violencia Psicológica con un 63.6%; la violencia intrafamiliar aumenta el riesgo de presentar trastornos hipertensivos del embarazo con una RP 1.47 (IC 95% 1.13-1.93) en comparación con las mujeres que no presentan violencia intrafamiliar ($p < 0,004$).

Para Arcos y otros (12) y Covington y otros (16) existe asociación entre la violencia en el hogar y los trastornos hipertensivos del embarazo ($p < 0.05$) concordando con nuestro estudio.

Muñoz y Oliva (3) encontraron también asociación entre la violencia intrafamiliar y los trastornos hipertensivos del embarazo ($p < 0.05$) además al momento de cuantificar esta asociación encontraron un OR: 4,65 [1,95 -11,69], este valor es

superior en casi 3 veces al riesgo encontrado en nuestro estudio, demostrando que la violencia aumenta el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo, en nuestra población en menor intensidad que la registrada por otros estudios.

Los problemas económicos se presentaron en el 82.6% de la muestra de nuestro estudio, un 17.4% no presentaron este tipo de problemas; los trastornos hipertensivos del embarazo se presentaron en el 87.3% de las mujeres con problemas económicos y en el 12.7% de las mujeres sin problemas de este tipo. No se encontró asociación estadísticamente significativa puesto que se obtuvieron RP 1.44 (IC 95%, 1.00-2.15).

Sin embargo se observa que al parecer los problemas económicos representan un estresante importante en nuestra muestra, más aun cuando la mayoría de la población se encuentra en situación de desigualdad, a esto se debe sumar el nivel de instrucción deficiente que sumados constituyen situaciones de riesgo para la madre; hay que anotar también que como consecuencia de problemas económicos familiares se afecta también el estado nutricional de la madre aumentando este factor de riesgo para trastorno hipertensivo del embarazo.

Por lo tanto los problemas económicos deben ser tomados como un coadyuvante para la presentación de otros factores de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo.

Se demostró en nuestro estudio la asociación entre eventos estresantes o de presión y los trastornos hipertensivos del con una RP 2.4 (IC 95% 1.87-3.07) y un valor de $p < 0,000$. Para Herrera y colaboradores (13) los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos.

Leeners y otros (14), señalaron que el estrés emocional durante el embarazo representaba un efecto significativo en la incidencia de desordenes hipertensivos del embarazo. Arcos y otros (12) han demostrado, que la exposición a factores

estresantes crónicos inducen a alteraciones a nivel de la microcirculación útero-placentaria y función placentaria que desencadenarían patologías como los trastornos hipertensivos del embarazo. En todos los estudios revisados se corrobora lo encontrado en nuestra investigación.

Muñoz y Oliva (3) en su estudio encontraron que los eventos estresantes y/o depresión aumenta el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en con un tamaño del efecto de OR: 2,84 [1,36 - 5,98], dato muy parecido al encontrado en nuestra población.

En nuestra investigación no e encontró asociación estadísticamente significativa entre enfermedad u hospitalización de algún familiar, obteniendo una RP de 1,20 (IC 95%, 0,93-1,54), con una $p > 0,172$.

Alvarado y otros (15) observaron que uno de los eventos vitales que con mayor frecuencia se presentó en el embarazo fue la enfermedad de un familiar (16,7%).

Muñoz y Oliva (3) encontraron que la enfermedad de un familiar se presenta hasta en el 16,7% de las embarazadas, en nuestra población este datos es casi el doble de lo reportando por estos autores pues el 38.2% de las embarazada posee un familiar enfermo y/u hospitalizado. Y aunque no se demostró asociación ni riesgo estadísticamente significativo entre esta variable y la presencia de trastornos hipertensivos del embarazo es evidente que esta situación de estrés afecta la salud de la madre.

En la presente investigación se determino que la disfuncionalidad familiar se asocia de forma estadísticamente significativa al trastorno hipertensivo del embarazo encontrando RP 2.51 veces (IC 95% 2.00-3.13) y valor P de 0.000 .Muñoz y Oliva (3) observaron que el apoyo familiar durante el embarazo se asoció significativamente a la ausencia de síndrome hipertensivo del embarazo ($p < 0.001$).

La atención de la mujer embarazada se ha centrado en lo biológico, se ha dejado de lado el impacto del estado psico-social de la mujer en el embarazo; se ha planteado que los factores psico-sociales intervienen como factores condicionantes que facilita



o inhibe la expresión de otros factores de riesgo, en este estudio se evidencia como algunos de los estresantes por si solos representan serios factores de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo, por lo que la esfera social y psicológica de toda embarazada debe ser estudiada desde el inicio del embarazo esto generara la identificación de las madres en riesgo y la oportuna prevención de aquellos factores negativos que se asocian a trastornos hipertensivos.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Los trastornos hipertensivos del embarazo presentaron una prevalencia de 31.9%, muy superior a la reportada en la literatura internacional y nacional.
- Los trastornos hipertensivos del embarazo fueron más frecuentes en las mujeres gestantes entre los 20 a 34 años, estado civil unión libre, con instrucción primaria, de procedencia rural, con edad gestacional a término, en primíparas, que terminaron su parto por cesárea, siendo en su mayoría mujeres gestantes con sobre peso.
- El tipo de trastorno hipertensivo del embarazo más frecuente fue la hipertensión gestacional con 50.9%, seguido de la preeclampsia con 47.4%, y por último la eclampsia con 1.7%.
- Los estresores que se asociaron con la presencia de trastornos hipertensivos del embarazo fueron: **violencia intrafamiliar psicología (63,6%) y física (2,9%), eventos estresantes y/o depresión (61,3%), migración de un familiar (43,9) y disfuncionalidad familiar (50.3%)**, sin embargo llama la atención que no se asocian estresores como los problemas económicos y la enfermedad y/o hospitalización de un familiar.
- Los estresores sociales influyen en la salud de la madre y son los trastornos hipertensivos del embarazo una de las consecuencias más graves a contemplarse al momento de analizar la esfera psico-social alterada en estas mujeres gestantes.



CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

- Establecer programas integrales de detección temprana de alteraciones psico-sociales en las mujeres embarazadas, a nivel comunitario, familiar e institucional. Ya que como hemos observado en conjunto aumentan el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo. Diagnosticar a tiempo estos factores psico-sociales nos permite disminuir la probabilidad de consecuencias irreversibles en el embarazo.
- Normatizar el uso de la escala de estrés Holmes y Rahe y el APGAR familiar, ya que durante nuestro estudio han demostrado buena consistencia interna para la detección de estrés y disfuncionalidad familiar respectivamente, sirviendo de screening en todas las mujeres embarazadas que acudan a la institución para detectar a tiempo alteraciones.
- El estudio de los estresores en las embarazadas es complejo y debe ser dinámico, por lo tanto se recomienda continuar con estudios de la misma índole que el presentado.
- Desarrollar propuestas de promoción para salud en centros de atención primaria, sobre salud psicológica y bienestar social para las pacientes y su entorno.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez A, Sánchez A, Bello M, et al. Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. Hospital Universitario "Cmdte Faustino Pérez". Matanzas. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin06204.htm
2. Vázquez A, Reina G, Román P, et al. Trastornos hipertensivos del embarazo. Rev cubana med 2005; 44(3-4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000400010&lng=es
3. Muñoz M, Oliva P. LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES SE ASOCIAN A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y/O SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. Rev. chil. obstet. ginecol. 2009; 74(5):281-285. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500003&lng=en. doi: 10.4067/S0717-75262009000500003.
4. Gómez E, Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Facultad General Calixto García. Rev Cubana Obstet Ginecol 26(2): 99-114. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol26_2_00/gin06200.htm
5. Salvador J, Martínez A, Terrones A. Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes: Un Estudio Multicéntrico. Ansiedad y Estrés. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/215711579_Hipertensin_Inducida_por_el_Embarazo_en_Adolescentes_Un_Estudio_Multicentrico._Ansiedad_y_Estrs
6. Sociedad Argentina de Hipertensión arterial. Fascículo de actualización 2011. Argentina. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/pdf/cuadernillos-de-actualizacion-fasciculo-04.pdf>
7. Sánchez M. Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital General de Latacunga en el periodo comprendido entre



Enero 2008 a Enero 2009. Escuela Politécnica del Chimborazo. Riobamba Ecuador.
2009. Disponible en:
dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf

8. República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud.
Componente Normativo Materno-Neonatal. Disponible en:
<http://maternoinfantil.org/archivos/A67.PDF>

9. Escoto A, Preeclampsia grave: Manejo conservador y su relación con resultados
maternos y perinatales. Hospital Materno infantil Fernando Vélez Paiz Octubre 2010-
Septiembre 2012. Tesis Doctoral. Nicaragua. 2012.

10. República de Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección
Nacional de Maternidad e infancia. Guía para el Diagnóstico y tratamiento de la
Hipertensión en el Segunda Edición. Argentina. 2010. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Guia_Hipertension.pdf

11. Di Marco I, Basualdo M, Di Pietrantonio E, et al. Guía de práctica clínica: Estados
hipertensivos del embarazo 2010. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón
Sardá, vol. 30, num. 2, 2011, pp 70-93. Asociación de Profesionales del Hospital
Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires Argentina. 2010. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91218911005.pdf>

12. Arcos E, Uarac M, Molina I, Repposi A, Ulloa M. Impacto de la violencia
doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Rev Méd Chil 2001;129 (12):1413-
24.

13. Herrera JA, Ersheng G, Shahabuddin AK, Lixia D, Wei Y, Faisal M, et al.
Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las
complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica
2006;37(2-1):6-14.

14. Leeners B, Neumaier-Wagner P, Kuse S, Stiller R, Rath W. Emotional stress and
the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy, Hypertens Pregnancy
2007;26(2):211-26. Disponible en:
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/10641950701274870>



15. Alvarado R, Medina E, Aranda W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido, Rev Méd Chil 2002;130(5):561-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500012&lng=en
16. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. J Adolescent Health 2001;28(1):55-61. Disponible en: <http://www.jahonline.org/article/S1054-139X%2800%2900154-3/abstract>
17. Vásquez A, Reina G, Román P. Trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital Gineco obstétrico Ramón González Coro. 2006. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol44_3-4_05/med103-405.htm
18. Haddad B, Livingston J, Chahine R, Sibai B. Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP syndrome. Am J Obstet Gynecol 2000;183:444-8
19. Lapidus A, Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en embarazo. UNICEF. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2010. Disponible en: http://www.sati.org.ar/files/obstetricia/Guia_Hipertension_con%20tapas1.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Salud de la Madre, el recién nacido y del adolescente. Mortalidad materna. 2005. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/index.html
21. Cedeño M, Rodríguez M, Peraza D, et al. Trastornos hipertensivos del embarazo comportamiento y manejo en la sala de terapia Municipal Céspedes. Policlínico Comunitario Docente Tte Tomás Rojas. La Habana-Cuba. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/039_-_trastornos hipertensivos del embarazo comportamiento y manejo en la sala de terapia municipal c%C9spedes.pdf
22. Agudelo M, Agudelo L, Castaño J, et al. Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres embarazadas controladas en Assbasalud



E.S.E, Manizales, Colombia 2006 a 2008. 2010. Disponible en: http://umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/Arch_Med_10_2/6_Prevalencia_de_trastornos_hipertensivosdel_embarazo.pdf

23. Pacheco S, Angulo J. Prevalencias de estados hipertensivos del embarazo en el Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum”. 2008. Disponible en: <http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/assin%2011%20Prevalencia%20de%20Estados%20Hipertensivos.pdf>

24. Salazar J, Triana J, Prieto F. Caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55 No.4 • 2004 • (279-286). Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol55No4_Octubre_Diciembre_2004/v55n4a04.PDF

25. Pérez M, Sáez V, Agüero G, et al. Incidencia y caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo. MediSur, vol. 9, núm. 5, 2011, pp. 17-21. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1800/180022344005.pdf>

26. Lozada C, Cabrera J, Pérez A, et al. Características clínicoepidemiológicas pacientes con trastornos hipertensivos durante embarazo. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4145/1/Caracteristicas-clinico-epidemiologicas-de-pacientes-con-trastornos-hipertensivos-durante-el-embarazo.html>

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

28. Amarán J, Sosa M, Pérez M, et al. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. MEDISAN 2009;13(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.htm



29. Torres R, Calvo F. Enfermedad hipertensiva del embarazo y el calcio. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Cuba. Revista Bibliográfica. 2011. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_4_11/gin12411.htm
30. Vásquez A, Reina G, Román P. Trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro" Cuba. 2005. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/asul/med10_05.htm
31. Suárez J, Gutiérrez M, Cabrera M, et al. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2012 Ago 13]; 37(2): 154-161. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200005&lng=es
32. Wang HX, Leineweber C, Kirkeeide R, Svane B, Schenck-Gustafsson K, Theorell T, et al. Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Females Coronary Angiography Study. J Internal Med 2007;261(3):245-54. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2006.01759.x/full>
33. WHO Study Group. The hypertensive disorders of pregnancy. Geneva: WHO, 1987: (Technical Report Serie; 758).World Health Organization. Internacional Colaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1988;158:80-3
34. National High Blood Pressure Education Program. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Consensus report: high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol Nov, 1990Pritchard JA. Trastornos hipertensivos del embarazo. Williams Obstetricia 17th Ed. New York Appleton Century Crofts, 1985 Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Dirección de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2004
35. Duley L, Henderson-Smart DJ Sulfato de magnesio versus diazepam para la eclampsia De *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008.



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO Y ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR 2012.”

Investigador: Dr. Roberto Ariño.

INFORMACIÓN

Estimada madre: El Ecuador es uno de los países con una gran cantidad de embarazos con problemas de presión, produciéndose una alta frecuencia de complicaciones, esto constituye un riesgo tanto para usted como para su hijo, lo cual también preocupa al personal de salud del Hospital Vicente Corral Moscoso y a mi persona como estudiante del Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Cuenca, esto me motiva a realizar una investigación para saber cuántas embarazadas con presión alta acuden a nuestro servicio, lo cual nos facilitará tomar medidas preventivas enérgicas, que a futuro le beneficiaría a usted y otras pacientes.

Madre usted ha sido seleccionada para participar en este estudio, si nos autoriza tomaremos datos de su Historia Clínica, como la edad, su peso, procedencia, estado civil, instrucción educativa, número de embarazos, apoyo de la familia o no, y otros datos. Participar en esta investigación es absolutamente gratuito y voluntario, y tiene la opción de abandonar el estudio en cualquier momento si usted lo desea, sin perder el derecho a todos los servicios del Departamento de Obstetricia del hospital. Los resultados finales de esta investigación serán dados a conocer, sin embargo se mantendrá en secreto los nombres de las pacientes.

Yo.....con cédula de identidad N°.....declaro haber sido voluntariamente y adecuadamente informada, haber tenido la oportunidad y el derecho de hacer preguntas por lo que en pleno uso de mis facultades mentales, voluntariamente consiento participar en esta investigación.

Fecha: ___/___/___

Firma de la paciente

.....

Si la paciente no tiene instrucción, o es menor de 18 años, luego de la información adecuada a ella y su representante, la paciente imprimirá su huella digital y su representante da el consentimiento en presencia de un testigo. Quien suscribe es testigo que la paciente ha impreso su “Huella Digital” en mi presencia.

HUELLA DIGITAL

Firma del representante

Firma del testigo

Firma del investigador.....

Dirección.....

Telefono.....



ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO Y ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR 2012”

Institución:.....

Fecha:.....Hora.....

N° Historia clínica:

Edad (años):.....

Estado nutricional: Peso bajo () Normal () Sobrepeso () Obesidad ()

Procedencia: Urbana () Rural ()

Escolaridad: Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior () Cuarto nivel ()

Estado Civil: Casada () Unión libre () Soltera () Viuda () Divorciada ()

Edad gestacional (semanas):

Paridad: Nulípara () Primípara () Secundípara () Multípara () Gran multípara ()

Vía de terminación del embarazo: Parto vaginal () Parto por cesárea ()

Trastorno Hipertensivo del Embarazo: Si () No () Hipertensión gestacional () Preeclampsia ()

Violencia intrafamiliar: Sí () No () Sexual () Física () Psicológica ()

Eventos estresantes y/o depresión: Si () No ()

Migración de un familiar cercano: Si () No ()

Enfermedad y/o hospitalización de un familiar: Si () No ()

Problemas económicos: Si () No ()

Disfunción familiar: Si () No () Normofuncional () Disfuncional leve () Disfuncional grave ()

Firma del responsable.....

Dirección.....

Teléfono.....



ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESCALA DE HOLMES Y RAHE

Vida de eventos	Las unidades que cambian la vida
La muerte de un cónyuge	100
Divorcio	73
Separación matrimonial	65
Prisión	63
La muerte de un familiar cercano	63
Lesiones personales o enfermedad	53
Matrimonio	50
Despido del trabajo	47
La reconciliación civil	45
Jubilación	45
Cambio en la salud de los miembros de la familia	44
Embarazo	40
Las dificultades sexuales	39
Obtener un nuevo miembro de familia	39
Empresas de reajuste	39
Cambio en el estado financiero	38
La muerte de un amigo cercano	37
Cambiar a la línea de trabajo diferente	36



Vida de eventos	Las unidades que cambian la vida
Cambio en la frecuencia de los argumentos	35
Hipotecario Mayor	32
La exclusión de hipoteca o préstamo	30
Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
Niño de salir de casa	29
Problemas con los suegros	29
Logro personal sobresaliente	28
Cónyuge empieza o deja de trabajar	26
Comenzar o terminar la escuela	26
Cambio en las condiciones de vida	25
Revisión de los hábitos personales	24
Problemas con el jefe	23
Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
Cambio de residencia	20
Cambio en las escuelas	20
Cambio en la recreación	19
Cambio en las actividades de la iglesia	19
Cambio en las actividades sociales	18
Hipoteca o préstamo menor	17
Cambio en los hábitos de sueño	16
Cambio en el número de reuniones familiares	15
Cambio en los hábitos alimentarios	15
De vacaciones	13
Navidad	12
Violación menor de la ley	



Puntuación de los 300 +: En riesgo de la enfermedad.

Puntuación de los 150 a 299 +: Riesgo de la enfermedad es moderada (reducido en un 30% con respecto al riesgo por encima).

Resultado 150 -: Sólo tienen un riesgo leve de la enfermedad.

TH Holmes, Rahe RH (1967). "The Social Readjustment Rating Scale". *J Psychosom Res* 11 (2): 213–8. : "La Escala de Valoración de Readaptación Social" *J Psychosom Res*. 11 (2):. 213-8. doi : [10.1016/0022-3999 \(67\) 90.010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90.010-4) . PMID6059863 .

ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 – 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

Nombre
Unidad/Centro

Fecha

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su Situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its Use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.



ANEXO 5

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

PROBLEMA A ABORDAR: TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO Y ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS.

5.1. IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

País: Ecuador

Región: Austro del país

Provincia: Azuay

Sector: Cuenca- Área Urbana

Institución: Hospital Vicente Corral Moscoso.

Título de propuesta: Diagnóstico oportuno y control de factores de riesgo con posible disminución de los trastorno hipertensivos del embarazo.

Problema sanitario principal: Prevalencia elevada de trastorno hipertensivos del embarazo, factores de riesgo psico-sociales influyentes en su mayoría controlables.

Línea estratégica: Incorporación de las distintas autoridades con poder de detección y de intervención: autoridades comunitarias, autoridades de los servicios de salud y gubernamentales a los programas de prevención y riesgo de trastornos hipertensivos. Así como de familiares de las embarazadas, integración adecuada entre los involucrados, búsqueda de nuevos profesionales: médicos familiares, psicólogos, psiquiatras que se integren a las actividades de prevención .

Periodo: Programa continuo en el tiempo, desde el 2012

5.2. JUSTIFICATIVOS

<p>DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO</p> <p>Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan en el Ecuador aproximadamente al 22% de las mujeres embarazadas. Se asocia con factores biológicos, sociales y ambientales.</p>	<p>POBLACIÓN IDENTIFICADA</p> <p>En la población estudiada el 31.97% presentó trastornos hipertensivos del embarazo, además de logró determinar que los factores como los estresores psicosociales que influyen son: violencia intrafamiliar: 57,3%; problemas económicos: 82,6%; eventos estresantes y/o depresión: 39,7%; enfermedad y/u hospitalización de un familiar: 33,8%; migración de un familiar: 34,9% y disfuncionalidad familiar: 28,7%.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</p> <p>Los trastornos hipertensivos del embarazo se presentaron en la población con la siguiente distribución: Hipertensión gestacional el 16,26%; Preeclampsia con el 15,16% y Eclampsia con el 0,55%. Aumentan el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo: la violencia intrafamiliar (RP 1,48 IC 95% 1,13-1,93); eventos estresantes y/o depresión (RP 2,4 IC 95% 1,86-3,09); migración de un familiar (RP 1,46 IC 95% 1,14-1,86) y disfuncionalidad familiar (RP 2,52 IC 95% 2-3,18)</p> <p>No existe un adecuado abordaje de la esfera psico-social en las mujeres embarazadas.</p> <p>Se sub diagnostican trastornos psicosociales.</p> <p>No se da la misma importancia a la esfera psicosocial que a la biológica en la embarazada.</p>	<p>DETERMINANTES</p> <p>Las mujeres embarazadas que presenta factores estresantes psicosociales como: violencia, eventos estresantes y/o depresión, migración de un familiar y disfuncionalidad familiar necesitan una intervención de diagnóstico y tratamiento oportuno individual y familiar.</p> <p>Los trastornos hipertensivos del embarazo son más frecuentes en las mujeres embarazadas en el grupo mencionado anteriormente por lo que es importante un manejo multidisciplinario.</p>

5.3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

5.3.1. Programa a la estrategia de intervención

5.3.1.1. Capacitación: En la mayoría de los casos se da un trato biológico a la mujer embarazada, la esfera psico-social queda relegada por parte de los médicos a cargo del cuidado y control del embarazo; por lo tanto se debe capacitar al personal involucrado, esto incluye familiares de la mujer gestante, psicólogos, ginecólogos y médicos familiares del Ministerio de Salud Pública, a las cuales acude la mujer embarazada a su control. De esta manera realizar un diagnóstico precoz de los trastornos hipertensivos del embarazo y sus factores asociados, aunque como hemos visto estos trastornos se diagnostican en etapas avanzadas del embarazo por lo que la identificación de factores psico-sociales debería realizarse al inicio del embarazo para evitar las complicaciones posteriores.

Es necesario contar con personal capacitado para el tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo así como de los factores asociados en el cantón Cuenca que participativamente colaboren en el diagnóstico y tratamiento de la patología.

5.3.1.2. Actividades con promotores de salud: Es imprescindible que el tema sea evidenciado y empoderado por la comunidad, los promotores de salud deben contribuir con el proceso desde su posición. Los promotores de salud a más de concientizar a la comunidad son los primeros en responder a la situación psico-social de la mujer embarazada.

5.3.1.3. Actividades con profesionales encargados del control del embarazo: El personal médico es uno de los primeros contactos de la mujer embarazada con el sistema de salud, por lo tanto este punto es vital, pues es en este primer contacto a través del cual se pueden diagnosticar trastornos de la esfera psico-social de la mujer embarazada. En base a la información establecida se pueden generar propuestas de intervención en el ámbito social comunitario, personal y familiar.

5.3.1.4. Actividades a desarrollar en la comunidad: La comunidad es parte primordial en este proceso de intervención, pues la mujer embarazada se desenvuelve en ésta

forma parte de ella activamente, el apoyo recibido por parte de la comunidad es de vital importancia.

5.3.1.5. Actividades a desarrollar en la familia: La familia es el núcleo principal donde la embarazada se desenvuelve, se debe intervenir en la familia dependiendo de la afectación que ésta cause a la embarazada (migración, violencia, problemas económicos, disfuncionalidad).

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo general

- Disminución de la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo y control de factores asociados.

5.4.2. Objetivos específicos

- Implementar una conducta de vigilancia continua de los trastornos hipertensivos del embarazo y de los factores psico-sociales asociados.
- Integrar este proyecto con otros que busquen mejorar la salud de las embarazadas en el Cantón.
- Fomentar el trabajo interinstitucional para el tratamiento del problema y lograr que se cumplan con los objetivos y generen recursos para el termino adecuado y mantenimiento del proyecto.

5.4.3. Meta

- Considerar a las embarazadas como población en riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo y más aun si posee factores psico-sociales de riesgo, realizar un diagnóstico oportuno de este tipo de trastornos en la mujer, familia y en la comunidad, incentivar a las autoridades respectivas a que se realice el tratamiento correspondiente con la participación de las autoridades de las instituciones sanitarias y la comunidad.

5.5. Actividades

ACTIVIDAD	ACCIÓN	MEDIOS	INVOLUCRADOS
Diagnóstico trastornos hipertensivos del embarazo y de factores asociados que aumentan el riesgo.	Diagnostico basado en las normas del MSP, los estresores se deben diagnosticar al inicio del embarazo.	Normas del MSP ecuatoriano. Escala de estrés Holmes y Rahe y el APGAR familiar	Personal capacitado en el manejo de los Test y se debe aplicar por parte del medico en el primer contacto de la mujer embarazada con el sistema sanitario y a priori.
Efectores	Aplicación del test por personal medico y en el primer contacto inclusive en la comunidad no necesariamente en la consulta médica.	Médicos Ginecólogos. Psicólogos Psiquiatras Personal entrenado	Todas las mujeres embarazadas del Cantón.
Evaluación de resultados obtenidos	Entrevista con médico familiar o psicólogo y ginecólogo de las mujeres con algún trastorno psico-social factor de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo.	Re evaluación por parte del medico psiquiatra, psicólogo y terapeuta familiar, a más del ginecólogo que vigila todo el proceso.	Profesionales de la salud, madres.
ACTIVIDAD	ACCIÓN	MEDIOS	INVOLUCRADOS
Informe a los involucrados, generación de propuesta de intervención , tratamiento y/o terapia	A través de entrevista y/o consulta médico-paciente y familiares, explicación de trastorno psico-social encontrada y propuesta de soluciones.	Informe del tipo de intervención y manejo a implementar.	Efectividad en las tareas encomendadas, intervención eficiente con el 100% de la participación de los beneficiarios e involucrados.
Evaluación de la intervención	Informes permanentes de los avances.	Re-evaluación con la escala de estrés Holmes y Rahe y el APGAR familiar y revaloración integral con el psicólogo, medico familiar con la vigilancia del ginecólogo.	Todas las embarazadas y sus familiares.



5.6. Recursos

5.6.1. Recursos humanos

- Ginecólogo
- Psiquiatras y/o Psicólogos.
- Médicos general, enfermeras, auxiliares.
- Personal administrativo de las instituciones participantes.
- Autoridades participantes y con poder de decisión.
- La comunidad en general.
- Familia de las embarazadas.

5.6.2. Recursos económicos

El mejorar, precautelar y vigilar la salud mental y física de las mujeres embarazadas y más aun de las que se encuentren en situación de riesgo es una responsabilidad del estado ecuatoriano, por lo tanto los recursos generados por las acciones emprendidas para la realización de esta propuesta deben ser provisionados por el estado.