

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

**Tesis para optar al título de
Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología**

Tema:

Cumplimiento en la aplicación de protocolo para Síndrome Hipertensivo Gestacional.
Servicio de Ginecobstetricia Hospital Nuevo Amanecer, Bilwi enero a diciembre 2018.

Autor:

Dra. Meyling Estela Arellano Toruño.

Tutora científica:

Dra. Aurora Picado Gineco-obstetra

Tutora Metodológico:

Dra. Gioconda Vásquez
Salud Publica.

Managua, marzo 2020.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

**Tesis para optar al título de
Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología**

Tema:

Cumplimiento en la aplicación de protocolo para Síndrome Hipertensivo Gestacional.
Servicio de Ginecobstetricia Hospital Nuevo Amanecer, Bilwi enero a diciembre 2018.

Autor:

Dra. Meyling Estela Arellano Toruño.

Tutora científica:

Dra. Aurora Picado Gineco-obstetra

Tutora Metodológico:

Dra. Gioconda Vásquez
Salud Publica.

Managua, marzo 2020.

Dedicatoria

- ✚ A Dios por ser tan bondadoso, por guiarme durante este largo trayecto y permitirme concluir mi trabajo en tiempo y forma.
- ✚ A mi tutor el Dra. Aurora Picado quien me alentaba en cada instante para continuar adelante con mi trabajo.
- ✚ A mi asesor metodológico Dra. Gioconda Vásquez quien demostró entusiasmo y apoyo para la realización de este estudio, así como el tiempo incondicional proporcionado para la culminación trabajo.
- ✚ Al apoyo del Hospital Nuevo Amanecer en área de Estadística, que de buena voluntad me ayudaron en este proceso.

Agradecimiento

- ✚ A Dios por ser la luz que nos guía y por no fallarnos nunca en nuestra vida diaria.
- ✚ A mi Madre Gladis Toruño Arce y hermana Heydi María Arellano Toruño por su apoyo incondicional y preocupación para la realización de mi trabajo.
- ✚ A mi tutor el Dra. Aurora Picado por su apoyo y disposición durante el transcurso de mi investigación
- ✚ A mi asesor el Dra. Gioconda Vásquez por brindarme su apoyo y su apreciado tiempo para la revisión de mi trabajo las veces que fueran necesarias.
- ✚ Al equipo de Estadística del Hospital Nuevo Amanecer quien sacrifico su tiempo para proporcionarme los expedientes solicitados.
- ✚ Y a todos los demás que de alguna forma u otra contribuyeron en mi trabajo

Opinión del tutor

Opinión del Tutor

En característica de asesor metodológico de tesis elaborada por: Dra. Meyling Estela Arellano Toruño, titulado Cumplimiento en la aplicación de los protocolos para Síndrome Hipertensivo Gestacional y Hemorragia segunda mitad del embarazo. Servicio de Ginecología Hospital Nuevo Amanecer, Bilwi enero a diciembre 2018, cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Especialista en Servicio de Salud y epidemiología que otorga la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN- Managua.

Por dicho lo anteriormente considero que el informe final reúne con los criterios suficientes y para realizar su presentación pública y ser evaluado por parte del jurado que se asigne.

Dado en la ciudad de Managua, 25 de Febrero 2020.



Dra. Gioconda Vásquez
Salud Pública

Contenido

| | |
|---|-----|
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimiento | iv |
| Opinión del tutor | v |
| Resumen | iv |
| I. Introducción | 1 |
| II. Antecedentes | 2 |
| III. Justificación | 4 |
| IV. Planteamiento del problema | 5 |
| V. Objetivo general | 6 |
| 5.1. Objetivos Específicos | 6 |
| VI. Marco teórico | 7 |
| 5.1. Síndrome Hipertensivo Gestacional | 7 |
| 5.2. Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales: | 9 |
| VII. Diseño metodológico | 13 |
| VIII. Operacionalización de variable | 22 |
| IX. Resultados | 26 |
| X. Discusión | 28 |
| XI. Conclusiones | 30 |
| XII. Recomendaciones | 31 |
| XIII. Referencias bibliográficas | 32 |
| XIV. Anexo | 34 |

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de evaluar el cumplimiento en la aplicación de los protocolos para Síndrome Hipertensivo Gestacional en el servicio de Ginecología del hospital Nuevo Amanecer, de Bilwi en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2018.

La población de estudio fue todas las embarazadas que ingresaron al servicio de ginecología en el periodo de estudio con el síndrome hipertensivo gestacional para un total de 110 casos.

Los principales resultados encontrados fueron: del síndrome hipertensivo gestacional y el embarazo de los 20 criterios se cumple con el 65%, dentro de los ítems que no cumplieron fueron: factores de riesgo de enfermedad hipertensiva y embarazo en un 24%, clasificación adecuadamente al trastorno hipertensivo al embarazo 5%, detección oportuna de severidad en un 23%, presencia o ausencia de severidad plasmado en el expediente corresponde a un 11%, todos estos indicadores que no cumplieron con la normativa, se deberían realizar un plan de mejora para realizar acciones necesarias y eficaces para un mejor desempeño.

En la preeclampsia grave en el estudio se cumplió con 63.2%, dentro de los indicadores que obtuvieron un porcentaje menor es; vigilancia de toxicidad en el sulfato de magnesio con un 32% y canalización con bránula N° 16 con el 5%, el resto de los indicadores se cumplió con el 100%.

En las condiciones de egreso de la madre fueron un 100% de las pacientes egresaron con alta médica, esto quiere decir que, se logró atender bien de la complicación obstétrica ya que las pacientes egresaron estables. Las condiciones de egreso de los hijos en un 94% egresan vivos.

I. Introducción

En Nicaragua en los últimos diez años, la tasa de mortalidad materna paso de 118 por cada 100.000 nacidos vivos a 50,6 por cada 100.000 nacidos vivos lo que significa una reducción de un 62%. Sin embargo, a pesar de esta reducción aún no es suficiente por la tragedia que significa la muerte de una mujer por una patología que puede prevenirse para la familia y la comunidad. Para el país es negativo, ya que interfiere en los indicadores del Milenio, que miden el nivel de pobreza. En la Región de la Costa Caribe Norte la mortalidad materna su tasa 1 por cada 10000 nacidos vivos.²

A pesar de los esfuerzos en emitir normas, protocolo y capacitaciones del seguimiento, los estudios y las estadísticas del MINSA muestran que las complicaciones más frecuentes contribuyen a las principales causas de muerte materna como es las hemorragias post parto seguido del síndrome hipertensivo gestacional (Preeclampsia, eclampsia). (MINSA, s.f.)

Cada unidad hospitalaria debe conocer y aplicar correctamente los protocolos de atención y hace necesarios estudios que permitan conocer la aplicación de los mismos en la práctica médica.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar si el personal de salud el Hospital Nuevo Amanecer del SILAIS Bilwi aplica norma 109 sobre Síndrome Hipertensivo Gestacional. Los resultados obtenidos contribuirán a una mejor calidad de la atención a las embarazadas en el Hospital Nuevo Amanecer.

Este estudio es descriptivo de corte transversal. El universo son todas las mujeres embarazadas que ingresaron en el servicio de gineco-obstetricia con diagnostico Síndrome Hipertensivo Gestacional. En donde se cumple los estándares de calidad.

En base a los resultados obtenidos se encontró en un 42% los médicos sociales atienden a la embarazadas con complicaciones obstétrica, y la aplicación de protocolo en síndrome hipertensivo gestacional se cumple en un 65%, preeclampsia grave 68%, eclampsia 100%, y las condiciones de egreso de la madre en 100% salen estable y en el recién nacido 93% con alta médicas.

II. Antecedentes

La pre eclampsia, en el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes (Serrano, Páez, Martínez, Casas, Gil, & Navarro, 2002); es la primera causa de muerte materna en los hospitales de salud del país y en Lima ciudad, se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

(Ramirez, 2006). En el año 2006 en el Hospital Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, se realizó un estudio del cumplimiento del protocolo del síndrome hipertensivo gestacional se cumplido sólo en un 26.5% según la clasificación y un 8.15% según el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Las complicaciones que más predominaron fueron las fetales, siendo de estas la más frecuentes los recién nacidos prematuros, y de las complicaciones maternas el DPPNI.

(Lourdes, 2010) En el año 2010 se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón por la Dra. María Lourdes Sánchez con 135 pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de síndrome hipertensivo gestacional, encontrando la condición de egreso de las pacientes la mayoría fue dada de alta en buenas condiciones 114 (95%). La tasa de letalidad del síndrome hipertensivo gestacional en la unidad de cuidados intensivos corresponde a 1.2%.

(Lopez, 2012). En el año 2012 el Hospital Nuevo Amanecer, Bilwi se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con un total de 104 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Teniendo como resultando como antecedente patológico personal más frecuente la hipertensión arterial crónica, predominando como principal complicación obstétrica el síndrome hipertensivo gestacional en sus diferentes clasificaciones.

(Cuevas, 2014-2016) En el año 2014-2016 en el Hospital Carlos Roberto Huembés se realizó un estudio del Comportamiento clínico de las pacientes que fueron diagnosticadas como preclamsia grave/eclampsia y evaluación del cumplimiento de su protocolo de manejo encontrando que se cumplió el protocolo en 97%, donde en poco porcentaje no se cumplió con la canalización con bránula N° 16.

(Oswaldo, 2016). En el 2016, el Hospital Bertha Calderón Roque, realizó un estudio en todas aquellas pacientes que acudieron al servicio de Emergencia y que fueron diagnosticadas y manejadas como Preeclampsia Grave. Los resultados de este estudio reflejan las debilidades y fortalezas en el manejo de la Preeclampsia Grave en el servicio de emergencias, ya que se obtuvo un Nivel de Cumplimiento General del Protocolo de Preeclampsia Grave del 90.4 %. Las Debilidades se basan en gran parte al manejo de las medidas generales (81.3%), sobre todo en la colocación de sonda Foley, y en el manejo de las medidas Anticonvulsivantes (80.4%); por otro lado, las fortalezas están basadas en la identificación de los Criterios Diagnósticos; así como en el manejo farmacológico donde se cumplió en el 100% de las pacientes.

III. Justificación

Basado en la una búsqueda exhaustiva de estudios similares para cual se consultaron diferentes bases de datos en la bibliografía científica se encontró varios estudios similares, pero en La Región Autónoma de la Costa Caribe Norte , hay un estudio realizado 2008, en la cual esta desactualizado, por ende muestra que las principales causas de mortalidad son el síndrome hipertensivo gestacional seguido de las hemorragias, lo que me motivo a profundizar en esta temática y realizar la presente investigación.

Porque el enfoque está dirigido a aprender las buenas prácticas de utilización de indicadores en la normativa 109 que aplican para el Síndrome Hipertensivo Gestacional, ya que la investigación tiene trascendencia para el personal de salud del Hospital Nuevo Amanecer, ya que con los resultados podrán beneficiar la salud y el bienestar de las embarazadas, contribuyendo a mejorar la atención en salud.

Para su aporte científico al mundo académico y de los servicios de salud, ya que este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas para mejorar la atención en salud de las embarazadas que ingresan al servicio de ginecoobstetricia y resolver problemática o limitaciones que hay en la unidad de salud hospitalaria.

Dado que esta investigación permitirá ampliar y profundizar la aplicación del protocolo en los síndromes hipertensivos gestacionales que ayuden a realizar acciones necesarias para superar y mejorar la calidad de atención a pacientes que llegan a la unidad de salud y de esta manera contribuir a la disminución de la morbimortalidad por estas patologías.

IV. Planteamiento del problema

La Región Autónoma de la Costa Caribe Norte presenta una mortalidad materna 1 en cada 10,000 niños vivos para 2017 y las principales causas complicaciones son el síndrome hipertensivo gestacional seguido de las hemorragias, lo que se complejiza por ser Bilwi una región de difícil acceso a la unidad hospitalaria y además un difícil acceso de traslado a hospital de referencia nacional para cualquiera de las patologías incluyendo estas dos complicaciones.

En el Hospital Nuevo Amanecer a pesar que durante las consultas o emergencias de las pacientes que tengan una complicación obstétrica como síndrome hipertensivo gestacional, no se realiza adecuada aplicación del protocolo de atención de esta misma, hay precedente de dicha evaluación, pero esta desactualizada.

Por ello el presente estudio tiene como propósito responder a la siguiente pregunta:

¿Cómo es el cumplimiento en la aplicación del protocolo en el caso del Síndrome Hipertensivo Gestacional en el servicio de Ginecobstetricia del hospital Nuevo Amanecer de Bilwi de enero a diciembre del año 2018?

Sistematización del problema

¿Cuál es el perfil de los profesionales del servicio Ginecobstetricia que atendieron a la madre y el hijo?

¿Cuál es el cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi de enero a diciembre del año 2018?

¿Cuáles son Condiciones de egreso de las madres con Síndrome Hipertensivo Gestacional y sus hijos?

V. Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de la aplicación de los protocolos para Síndrome Hipertensivo Gestacional en el servicio de Ginecobstetricia del hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi de enero a diciembre del año 2018

5.1. Objetivos Específicos

- 1) Identificar el perfil de los profesionales del servicio de ginecoobstetricia que atendieron a la madre y el hijo.

- 2) Valorar el cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional en el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi de enero a diciembre del año 2018.

- 3) Conocer las condiciones de egreso de las madres con Síndrome Hipertensivo Gestacional y sus hijos.

VI. Marco teórico

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa.

El CLAP en las guías para la atención de las principales emergencias Obstétricas año 2012 también define la hipertensión inducida por el embarazo como tensión arterial diastólica (PAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la PAS o de 15 mmHg o más en la PAD habitual, a lo cual se le asocia proteinuria y/o edema y/o lesión de órgano blanco.

5.1. Síndrome Hipertensivo Gestacional

La Hipertensión arterial en el embarazo es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio que pueden ser clasificadas en 4 categorías. (MINSA, s.f.)

En vista que la importancia que toma la clasificación adecuada de los trastornos hipertensivos en la gestación, en la descripción clínica de cada una de sus variantes, ya que, según el tipo de presentación, será el manejo y seguimiento que se le brinde a la paciente. (Salud M. d., 2018)

A. De acuerdo a la forma clínica de presentación:

1. Hipertensión arterial crónica
2. Hipertensión arterial crónica con pre eclampsia agregada
3. Hipertensión gestacional
4. Pre eclampsia-Eclampsia

B. De acuerdo al grado de severidad:

1. Pre eclampsia
2. Pre eclampsia Grave

C. De acuerdo al momento de aparición de los signos y síntomas:

1. Pre eclampsia temprana (\leq 34 semanas de gestación)
2. Pre eclampsia tardía ($>$ 34 semanas de gestación)

Hipertensión Arterial Crónica:

La hipertensión arterial crónica se observa en el 1% al 5% de embarazos y según estimaciones esta cifra se espera que aumente. La hipertensión arterial crónica se asocia a resultados perinatales adversos, incluyendo el aumento en la incidencia pre eclampsia agregada hasta en el 25.9%, aumento en el número de cesáreas, partos pre-términos, ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales y muerte perinatal. 6 Se define como hipertensión crónica en el embarazo, a la elevación de presión arterial que precede a la concepción o que se detecta antes de las 20 semanas de gestación. (Salud M. d., 2018)

Hipertensión crónica con pre eclampsia agregada:

La pre eclampsia puede complicar las formas de hipertensión crónica y su incidencia es 4 a 5 veces más común que en pacientes embarazadas sin antecedentes de hipertensión arterial crónica. La preeclampsia agregada es diagnosticada cuando una o más de las manifestaciones sistémicas de preeclampsia (revisar criterios en algoritmo) aparece después de las 20 semanas de gestación en una paciente conocida como hipertensa crónica. (MINSa, s.f.) (Salud M. d., 2018)

Hipertensión gestacional:

La hipertensión gestacional se caracteriza por la elevación de presión arterial después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria. Aunque en este grupo, los resultados perinatales no son tan severos, es importante considerar que puede tratarse de una fase de pre eclampsia antes de la aparición de proteínas en orina por lo que se deben de seguir rutinariamente. Además, la hipertensión gestacional a pesar de ser una entidad transitoria, puede ser signo de hipertensión arterial crónica futura. Si la presión arterial no se normaliza 12 semanas después del parto, se requiere cambiar el diagnóstico a hipertensión crónica. El uso de antihipertensivo en este grupo debe de individualizarse de acuerdo a condiciones clínicas. (Salud M. d., 2018)

Pre eclampsia-Eclampsia:

La preeclampsia es una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multiorgánico que ocurre después de las 20 semanas de gestación. Se define como la aparición de hipertensión arterial más proteinuria. Se debe de tomar en cuenta

que algunas mujeres se presentan con hipertensión arterial y daño multiorgánico característicos de pre eclampsia en ausencia de proteinuria.²⁵ Es, por tanto, de vital importancia conocer las formas graves de pre eclampsia para su correcto diagnóstico y manejo.

Eclampsia es la presencia de una convulsión generalizada en una mujer con pre eclampsia.

5.2. Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales:

El Ministerio de Salud basándose en la última evidencia científica disponible y el uso de intervenciones eficaces que reducen la morbi-mortalidad materna y perinatal, realiza la actualización de esta Normativa 109 “Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas”, denominada de ahora en adelante “Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas y Neonatales”, el cual contiene las últimas intervenciones para el abordaje de las complicaciones que más frecuentemente se relacionan a la mortalidad materna

y perinatal; como son: Estrategia del Código Rojo y la Vigilancia de la Morbilidad Materna Grave contribuir a la disminución de la morbi mortalidad materna y perinatal. (Salud M. d., 2018)

En la norma N°109 estudia las siguientes complicaciones obstétricas:

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo
- Protocolo para la atención del aborto
- Protocolo para la atención del embarazo ectópico
- Protocolo para enfermedad de trofoblasto gestional
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo
- Protocolo para la atención de placenta previa
- Protocolo para el desprendimiento de placenta
- Normalmente inserta
- Protocolo para la atención de la
- Ruptura uterina
- Síndrome hipertensivo gestacional
- Protocolo para la atención de la ruptura prematura de
- Membranas

- Protocolo para la atención de la trombosis venosa profunda
- En el embarazo, parto y puerperio
- Protocolo para el manejo de parto obstruido

Definición:

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial⁶.

Las complicaciones obstétricas deben de ser atendidas por un equipo multidisciplinario de forma integrada el cual será el responsable de la calidad de la atención brindada. Siempre que se le de alta a una paciente que haya padecido alguna complicación obstétrica, se le deberá notificar al SILAIS y este al municipio correspondiente para su seguimiento.

La Evaluación Rápida de las complicaciones obstétricas

Cuando una mujer acude en busca de atención de una urgencia obstétrica, en muchos casos lo hace tardíamente, la atención en los establecimientos de salud se retrasa y su condición clínica no permite iniciar el abordaje convencional y suficiente para tratar su problema de salud.

Evaluación inicial rápida: que oriente hacia la causa probable, su diagnóstico diferencial y a las acciones inmediatas para estabilizarla e iniciar el tratamiento de urgencia que permita preservar su vida y la del producto de su embarazo y asea en la comunidad, una unidad de salud del primer nivel de atención o en la unidad de salud de mayor resolución donde debe ser referida para recibir la atención adecuada según su necesidad.

La evaluación rápida consta de cuatro elementos que deberán considerarse como guías para facilitar la evaluación clínica y la consecuente atención de la mujer que presenta una complicación obstétrica, de acuerdo a lo siguiente:

- **Evalué:** Identificar los signos o síntomas que constituyen la queja principal que orientan hacia los principales problemas de salud asociados al motivo de consulta y que se deben investigar para orientar los elementos que fundamenten el diagnóstico.
- **Explore:** Permite dirigir el examen físico según el motivo de consulta, aparato y/o sistema afectado y los datos obtenidos durante el interrogatorio, que orientara sobre el o los problemas.

- **Considere:** Según la historia clínica y el examen físico orienta hacia los posibles problemas de la paciente y brinda pautas sobre las intervenciones a seguir de manera urgente.
- **Manejo:** Dirigido a la estabilización inmediata de la paciente mientras se continúa hacia la confirmación del diagnóstico probable y al tratamiento específico ya sea en domicilio, atención primaria, o secundaria según su necesidad. (Salud O. M., 2014)

Estándares de calidad y el proceso de atención en salud:

Definiciones:

Estándar: Es una declaración de la calidad esperada. Es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño esperado.

Indicadores: reflejan aspectos concretos de la actividad en salud y su propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimientos de cada estándar y el impacto que ellas tienen en el paciente, por tanto, pretende medir la calidad científico-técnica. Son las expresiones objetivas del desempeño a través de la relación cuantitativa entre las variables que interactúan en un mismo proceso, facilitan la medición y propician el análisis, lo que da origen a planes de mejora para su cumplimiento.

La aplicación de los estándares e indicadores definidos permitirá medir el nivel de la calidad de los servicios médicos brindados no solo a los usuarios sino también a los pacientes que acuden a las diferentes unidades del Ministerio de Salud tanto del primero como del segundo nivel de atención.

La fuente de datos serán fundamentalmente los expedientes clínicos, pero además de ellos, los libros de registros de casos, libros de actas, listas de chequeos, entrevistas a los usuarios y en ocasiones la observación directa. Se recomienda realizar el monitoreo mensual de 20 expedientes clínicos por cada indicador y, para la selección de los mismos utilizar la metodología aleatoria sistemática. (Ministerio de Salud, 2009)

La metodología aleatoria sistemática consiste en extraer el primer expediente en forma aleatoria del número obtenido para crear un intervalo fijo de casos, hasta obtener los 20

expedientes a revisar. Este intervalo se obtiene dividiendo todos los casos (por patología específica o servicio específico) atendidos en el mes para cada condición clínica, entre 20 que es la muestra, el número obtenido será el intervalo para la selección de expedientes. Ej. Si en el mes se atendieron 50 casos de IRA, (50 se divide entre 20), el resultado es 2.5, esto significa que el primer caso será seleccionado dentro de los 3 primeros expedientes y luego cada 3 expedientes seleccionará 1, hasta completar los 20 a revisar. Para la medición del indicador del partograma, se debe priorizar en la selección de los expedientes, aquellos casos de asfixia, síndrome de aspiración de meconio (SAM), hemorragia postparto y cesárea. (Ministerio de Salud, 2009)

Una vez realizada la selección de los expedientes, procedió a la aplicación de las listas de chequeo. Esto permitió conocer de manera retrospectiva el nivel de calidad, la identificación de problemas o defectos en la calidad y diseñar intervenciones que evitarán que el problema vuelva a ocurrir. (Ministerio de Salud, 2009)

VII. Diseño metodológico

Tipo de estudio:

Método: de acuerdo al método de investigación es observacional, El nivel de profundidad del conocimiento: el tipo de estudio es descriptivo, La relación entre variable: de acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2006, el tipo de estudio es correlacional o no, El tiempo de la planificación de las mediciones: de acuerdo a los hechos y registro de los datos de información, el estudio es retrospectivo, El tiempo por la secuencia en que ocurren los hechos en que ocurren los hechos: el periodo y secuencia del estudio es transversal, El alcance de los resultados: Analítico

Área de Estudio: cumplimiento del protocolo de Síndrome Hipertensivo gestacional, a las embarazadas que ingresaron al servicio de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2018, Hospital Nuevo Amanecer, Región Autónoma del Costa Caribe Norte.

Universo: El universo constituye todas las embarazadas que ingresaron al servicio de gineco-obstetricia con Síndrome Hipertensivo Gestacional

Muestra: son 110 embarazadas que ingresaron al servicio Gineco-Obstetricia con diagnóstico Síndrome Hipertensivo Gestacional

Unidad de análisis: Embarazadas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer que presentaron diagnóstico Síndrome Hipertensivo Gestacional con expedientes clínicos que cumplan criterios de inclusión.

Criterios de inclusión de la población a estudio:

1. Embarazadas que ingresaron al servicio de gineco – obstetricia con diagnóstico Síndrome Hipertensivo Gestacional que se le atendió su parto en este centro.
2. Mujer embarazada con más de 20 semanas de gestación.
3. Que pertenezcan a la Región Costa Caribe Norte.
4. Que cuenten con información completa en sus expedientes

Criterio de exclusión:

1. Que el diagnóstico no corresponda al síndrome hipertensivo gestacional.
2. Mujer embarazada que tenga menor de 20 semanas de gestación.

3. Que su procedencia no sea de la Región Costa Caribe Norte.
4. Pacientes con expedientes incompletos.

Fuentes de información:

Fue de tipo secundaria. La recolección de la información será obtenida de los expedientes de las embarazadas que cumplan los criterios de inclusión.

- Los expedientes clínicos del servicio de archivo
- Los libros de egresos de los diferentes servicios de maternidad.

Para esta investigación se utilizó una ficha de recolección de datos proveniente del sistema de salud (MINSA) que se implementó para la evaluación del cumplimiento del protocolo medico de complicaciones obstétricas en los expedientes de las pacientes diagnosticadas con SHG Y Hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

Técnicas de recolección de la información:

Por medio de la autorización de Sub-Dirección Docente y Sub-Dirección Médica se obtuvo el acceso a los archivos y expedientes del área de Admisión del Hospital Nuevo Amanecer. Se realizó una revisión documental de los expedientes de las embarazadas muestreadas. Inicialmente se identificaron todas las embarazadas atendidas en el hospital Regional Nuevo Amanecer de Bilwi y luego se seleccionó aquellas que presentaron Síndrome Hipertensivo Gestacional. Se procedió a la revisión de todos expedientes clínicos de las embarazadas para llenar la ficha de recolección de datos y las tablas de indicadores. La ficha de recolección de datos se creó a partir de las variables incluidas en el estudio.

Las tablas de indicadores se obtuvieron de la norma 109 para Síndrome Hipertensivo Gestacional y sus clasificaciones. Los datos obtenidos a través de las fichas se introdujeron en SPSS 2.0, epiInfo 7.1 se creó una base de datos para el análisis y se realizó las tablas que son presentadas.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Objetivo 1: Identificar el perfil de los profesionales del servicio que atendieron a la madre y el hijo.

- A. Médico Especialista Gineco-obstetra
- B. Médico General
- C. Médico en Servicio Social

- D. Interno
- E. Licenciada Especialista en obstetricia
- F. Licenciada General

Objetivo 2: Valorar el cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, ciudad de Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

| INDICADOR PRECLAMPSIA GRAVE | CATEGORIA | |
|--|-----------|----|
| | SI | NO |
| 1. Canalizo con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inicio infusión de SSN o Lactato de Ringer a goteo apropiado para estabilizar hemodinámicamente. | | |
| 2. Vigilo signos vitales reflejos y frecuencias cardiaca fetal. | | |
| 3. Ausculto bases pulmonares en busca de estertores | | |
| 4. Si encontró estertores en bases pulmonares restringió líquidos y administro 40 mg IV de furosemida de una sola vez (indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardiaca) | | |
| 5. Indico dosis de corticoides para maduración pulmonar de ser necesario | | |
| 6. Uso de antihipertensivos en Pre eclampsia grave si PA diastólica ≥ 110 mmHg. | | |
| 7. Indico Labetalol IV o Hidralazina o Nifedipina para el manejo de la emergencia hipertensiva. | | |
| 8. Mantuvo la PA diastólica entre 90 y 99 mmHg. | | |
| 9. Indico esquema antihipertensivo de mantenimiento según protocolo. | | |
| 10. Aplico dosis de carga de sulfato de magnesio. Esquema intravenoso Zuspan Sulfato de Magnesio 4 g IV en 200 ml SSN, Ringer o Dw5% a pasar 5 a 15 min. | | |
| 11. Inicio con dosis de mantenimiento: en infusión IV 1 g por hora, cada 8 horas, sulfato de magnesio 8 g en 420 ml de SSN o Ringer o Dw5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min. | | |
| 12.continuo el sulfato de magnesio al 10% en infusión IV hasta 24 horas después de haberse iniciado el esquema ocurrido el parto/cesárea o la última convulsión. | | |
| 12. Vigilo los signos de toxicidad del sulfato de magnesio. | | |

| INDICADOR ECLAMPSIA | CATEGORIA | |
|---|-----------|----|
| | SI | NO |
| 1. Presencia o Antecedes Convulsiones y/o Coma | | |
| 2. identificación de presión diastólica de 90 mm Hg o más después de 20 semana de gestación. | | |
| 3. Si no respira le ayudo usando el ambu y mascara y le administro oxígeno a razón de 4-6 lts por min | | |
| 4. Si respira le administro oxígeno a 4-6 lts por min. | | |
| 5. Posiciono a la embarazada sobre su costado izquierdo. | | |
| 6. Protegió a la mujer por traumatismo. | | |
| 7. Canalizo con bránula N° 16 con infusión SSN o Lactato de Ringer. | | |
| 8. Coloco sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria | | |
| 9. Vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora | | |
| 10 -Auscultó bases pulmonares en busca de estertores. | | |
| 11 -Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida. | | |
| 12. Administro dosis de corticoide como inductor de maduración pulmonar | | |
| 13. Manejo de la crisis hipertensivas según protocolo. | | |
| 14. Aplico Carga de Sulfato de Magnesio 10%, 4 g (4 ampolla) en 200 ml de SSN o Ringer o DW5% a pasar en 5 minutos. | | |
| 15. Dosis de mantenimiento 10%, 8g (8 amp) en 420 ml de SSN O Ringer o DW%% a 60 Microgotas por min o 20 gts por min | | |
| 16. Continuo el Sulfato de Magnesio al 10% en infusión hasta 24 hrs | | |
| 17. Si la convulsión recurrió después de 15 minutos de la dosis de la Dosis de Ataque de Sulfato de Magnesio: Administró 2 g de Sulfato de Magnesio al 10% (2 amp) en 100 ml de DW5% o SSN IV en aprox. 5 minutos | | |
| 16. Vigilancia de Signos de Toxicidad de Sulfato de Magnesio. | | |
| 18. El nacimiento del bebe se produjo dentro de las 24 horas que siguieron a los síntomas o establecido el diagnostico. | | |

Objetivo 3: Determinar las condiciones de egreso de las madres con Síndrome Hipertensivo Gestacional y Hemorragia segunda mitad del embarazo y sus hijos

A. MAMA

- Alta Medica
- Fallecida

- Abandono
- Fuga
- Patología Asociada

B. HIJO

- Alta Medica
- Fallecido
- Hospitalizado
- Criterios de Hospitalización (Diagnostico)

VIII. Operacionalización de variable

| Objetivo Especifico | Variable Conceptual | Subvariable o Dimensiones | Variable Operativa o Indicador | Tipo de Variable Estadística | Categorías Estadística |
|---|--|--|---|------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Identificar el perfil de los profesionales del servicio que atendieron a la madre y el hijo | Perfil Profesional | 1. Médico Especialista GO | El perfil laboral o profesional es la descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona. | Categoría Nominal | 1. Médico Especialista GO |
| | | 2. Médico General | | | 2. Médico General |
| | | 3. Medico Servicio Social | | | 3. Medico Servicio Social |
| | | 4. Interno | | | 4. Interno |
| | | 5. Lic. Especialista en Obstetricia | | | 5. Lic. Especialista en Obstetricia |
| | | 6. Lic. General | | | 6. Lic. General |
| 1) Identificar los indicadores establecidos en la norma para la atención del Síndrome Hipertensivo Gestacional. | Indicadores Síndrome Hipertensivo gestacional (Preeclampsia Grave) | 1. Canalizo con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inicio infusión de SSN o Lactato de Ringer. | Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud). | Nominal Dicotómica | Si o No |
| | | 2. Vigilo signos vitales reflejos y frecuencias cardiaca fetal. | | | Si o No |
| | | 3. Ausculto bases pulmonares en busca de estertores | | | Si o No |
| | | 4. Si encontré estertores en bases pulmonares restringí líquidos y administro 40 mg IV de furosemida. | | | Si o No |
| | | 5. Indico dosis de corticoides para maduración pulmonar de ser necesario | | | Si o No |
| | | 6. Uso de antihipertensivos en Pre eclampsia grave si PA diastólica \geq 110 mmHg. | | | Si o No |
| | | 7. Indico Labetalol IV o Hidralazina o Nifedipina para el manejo de la emergencia hipertensiva. | | | Si o No |
| | | 8. Mantuvo la PA diastólica entre 90 y 99 mmHg. | | | Si o No |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--------------------|---------|
| | | 9. Indico esquema antihipertensivo de mantenimiento según protocolo. | | | Si o No |
| | | 10. Aplico dosis de carga esquema intravenoso Zuspan. | | | Si o No |
| | | 11. Inicio con dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio. | | | Si o No |
| | | 12.continuo el sulfato de magnesio al 10% en infusión IV hasta 24 horas. | | | Si o No |
| | | 12. Vigilo los signos de toxicidad del sulfato de magnesio. | | | Si o No |
| | Indicador es Síndrome Hipertensivo gestacional (Eclampsia) | 1. Presencia o Antecedes Convulsiones y/o Coma | Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud). | Nominal Dicotómica | Si o No |
| | | 2. identificación de presión diastólica de 90 mm Hg o más después de 20 semana de gestación. | | | Si o No |
| | | 3. Si no respira le ayudo usando el ambu y mascara y le administro oxígeno a razón de 4-6 lts por min | | | Si o No |
| | | 4. Si respira le administro oxígeno a 4-6 lts por min. | | | Si o No |
| | | 5. Posiciono a la embarazada sobre su costado izquierdo. | | | Si o No |
| | | 6. Protegió a la mujer por traumatismo. | | | Si o No |
| | | 7. Canalizo con bránula N° 16 con infusión SSN o Lactato de Ringer. | | | Si o No |
| | | 8. Coloco sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria | | | Si o No |
| | | 9. Vigilé signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora | | | Si o No |
| | | 10 -Auscultó bases pulmonares en busca de estertores. | | | Si o No |
| | | 11 -Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida. | | | Si o No |
| | | 12. Administro dosis de corticoide como inductor de maduración pulmonar | | | Si o No |

| | | | | |
|--|---|---|--------------------|---------|
| | 13. Manejo de la crisis hipertensivas según protocolo. | | | Si o No |
| | 14. Aplico Carga de Sulfato de Magnesio 10%. | | | Si o No |
| | 15. Dosis de mantenimiento 10%. | | | Si o No |
| | 16. Continuo el Sulfato de Magnesio al 10% en infusión hasta 24 hrs | | | Si o No |
| | 17. Si la convulsión recurrió después de 15 minutos de la dosis de la Dosis de Ataque de Sulfato de Magnesio | | | Si o No |
| | 18. Vigilancia de Signos de Toxicidad de Sulfato de Magnesio. | | | Si o No |
| | 19. El nacimiento del bebe se produjo dentro de las 24 horas que siguieron a los síntomas o establecido el diagnostico. | | | Si o No |
| | 1. No realizo tacto vaginal | | | Si o No |
| | 2. Inicio infusión IV y administre liquido con SSN o Ringer con bránula 16 o mayor calibre. | | | Si o No |
| | 3. si el embarazo 24 y 36.6 sg, aplico corticoesteroide como inductor pulmonar | | | Si o No |
| | 4. Si era profuso y continuo el sangrado: indico, realizo o referido para cesares | | | Si o No |
| | 5. Si era leve o si se había detenido y feto vivo pero prematuro, considero el manejo expectante. | | | Si o No |
| | 6. se finalizó la gestación entre las 35 semanas se considera placenta acreta.. | | | Si o No |
| | 7. Se garantizó disponibilidad hemoderivado | | | Si o No |
| | 8. Si el Sangrado se repitió, decido el manejo después de valor riesgo beneficio para la mujer. | | | Si o No |
| | 9. en caso de acretismo previamente diagnosticada se finalizó la gestación en unidad de referencia nacional. | | | Si o No |
| | | Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud). | Nominal Dicotómica | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------|-----------------------|
| | | 10. se realizó visita pre quirúrgica por el equipo encargado de la cirugía a fin de establecer modalidad terapéuticas y tiempos quirúrgicos. | | | Si o No |
| | | 11. se realizó cateterización de uréteres previa a la cirugía. | | | Si o No |
| | | 12. se dejó en situ la Placenta si se comprueba acretismo.. | | | Si o No |
| | | 13. se activó código rojo en caso de choque hemorrágico. | | | Si o No |
| | | 14. Se realizó histerectomía. | | | Si o No |
| | | 15. Garantizo cama en UCI | | | Si o No |
| 4) Determinar las condiciones de egreso de las madres con Síndrome Hipertensivo Gestacional y sus hijos. | Condiciones de egresos de madre e hijo | A. MAMA | Es el conjunto de actividades técnico administrativas que se realizan en un Hospital para admitir al paciente. | Categoría Nominal | A. MAMA |
| | | 1. Alta Medica | | | 1. Alta Medica |
| | | 2. Fallecida | | | 2. Fallecida |
| | | 3. Abandono | | | 3. Abandono |
| | | 4. Fuga | | | 4. Fuga |
| | | 5. Patología Asociada | | | 5. Patología Asociada |
| | | B. HIJO | B. HIJO | | |
| 6. Alta Medica | 6. Alta Medica | | | | |

IX. Resultados

Perfil Profesional

En el servicio de gineco-obstétrica del Hospital nuevo Amanecer en un 42,6% el perfil profesional que atiende las complicaciones obstétricas son los Médicos en Servicio Social, seguido den un 38.3% los Médicos Generales. En la cual se puede ver que estos son la fuerza laboral de dicho lugar. (ver tabla 1).

Síndrome hipertensivo Gestacional

El cumplimiento del protocolo del síndrome hipertensivo gestacional y el embarazo para los 80 expedientes revisados se cumplió un 65%, y en un 35% no cumplió con el protocolo; en un 100% de los casos el criterio que más cumplen son: Realizó cinta reactiva en orina para búsqueda de proteinuria en paciente de bajo riesgo y Se le brindó consejería sobre planificación y garantizó MPF según recomendaciones OMS post evento obstétrico. Pero en un 35% que corresponde a 24 expediente no cumple con los pacientes que tienen dato de severidad, administro neuroprotección, y el 24% que corresponde a 19 expediente no pusieron factores de riesgo de enfermedades hipertensiva y el embarazo. (ver tabla 2)

Preeclampsia Grave

El cumplimiento del protocolo de preeclampsia grave para los 22 expediente revisados cumple el 68.2% correspondiente a 15, de los cuales en un 100% de los casos el criterio que más cumplen son: vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal, auscultó bases pulmonares en busca de estertores (causados por edema agudo de pulmón o insuficiencia cardiaca), uso de antihipertensivos en pre-eclampsia grave si presión arterial diastólica > 110 mm hg, pero el 31.8% no cumple con el protocolo correspondiente a 7 expediente dentro de ello el que menos cumple es: Vigiló los Signos de Toxicidad del Sulfato de Magnesio con 32%. (ver tabla 3).

Eclampsia

El cumplimiento del protocolo de eclampsia fueron 8 expediente en la cual cumplieron el 100% correspondiente a 20 indicadores que se deben implementar en esta complicación obstétrica. (ver tabla 4).

Condición de egreso Madre.

En las condiciones de egreso de las madres con síndrome hipertensivo gestacional en un 100% egresan con alta médica. (ver tabla 5).

Condición de egreso Hijo.

En las condiciones de egreso del hijo con síndrome hipertensivo gestacional y el embarazo, en un 93% con alta médica, pero en un 6% de las complicaciones obstétricas los hijos fallecen. (ver tabla 6).

X. Discusión

En el servicio de gineco-obstétrica del Hospital Nuevo Amanecer en un 42,6% el perfil profesional que atiende las complicaciones obstétricas son los Médicos en Servicio Social, seguido de un 38,3% los Médicos Generales. Conforme a los resultados en este servicio los médicos en formación son la mayor fuerza laboral, sin embargo, los médicos especialistas están disponibles en la unidad cuando se presenta cualquier complicación. De la investigación exhaustiva no se encontró estudio que coincida con los resultados obtenidos en el estudio.

El cumplimiento del protocolo en síndrome Hipertensivo Gestacional de los 110 expedientes revisados podemos decir: que cumple un 65% de los indicadores establecidos por el Ministerio de Salud.

Dentro del síndrome hipertensivo gestacional y el embarazo de los 20 criterios se cumple con el 65%, dentro de los ítems que no cumplieron fueron: factores de riesgo de enfermedad hipertensiva y embarazo en un 24%, clasificación adecuada de trastorno hipertensivo en el embarazo 5%, detección oportuna de severidad en un 23%, presencia o ausencia de severidad plasmada en el expediente corresponde a un 11%, envió todos los exámenes pertinentes en un 11%.

El cumplimiento del protocolo nacional requiere del conocimiento preciso de la fisiopatología de la enfermedad, de la identificación de los criterios para realizar Diagnóstico, así como del manejo de sus medidas generales y farmacológicas, para el adecuado cumplimiento del mismo esto refleja una debilidad por parte del personal de salud ya que algunas medidas básicas no se cumplieron siendo estos puntos clave dentro de la lista de chequeo, pertinentes para un buen manejo de esta entidad, teniendo graves repercusiones al binomio materno fetal lo que indica que se deben tomar medidas para mejorar la atención de salud. Se hace un comparativo con los resultados obtenidos en el estudio de Cumplimiento en la Aplicación del Protocolo de síndrome hipertensivo gestacional Hospital Alemán Nicaragüense, Br. Cándida Rosa Martínez. En cuanto a la evaluación de los parámetros diagnósticos establecidos en el protocolo de Síndrome Hipertensivo Gestacional, el 100% de las pacientes en estudio fue diagnosticada

correctamente y se cumplió la toma de presión arterial y que esta sea $PA \geq 140/90$ mmHg, mayor de 20 semanas de gestación y la realización de uro análisis en cinta reactiva.

En cuanto a los criterios de preeclampsia grave se cumplió con 68.2%. En medidas Generales: se encontró que el 95%, a expensa del expediente que no registró la canalización con bránula N° 16, la vigilancia de signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal en 100%, auscultación pulmonar en 100%, el uso de corticoides en un 100%. En estudio realizado Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2016, el cumplimiento de las medidas generales se realizó al 96.8% donde se falló en especificar la canalización con bránula · numero 16.

En el manejo de preeclampsia grave en uso de Antihipertensivos se cumplió con un 100%, dosis de carga de sulfato de magnesio, dosis de mantenimiento en un 100%., no obstante, en la Prevención de Convulsiones se cumple en un 86%, dado que en los expedientes clínicos la vigilancia de toxicidad de sulfato de magnesio de cumple con 14% que corresponde a 7 expediente. Lo cual demuestra un déficit de cumplimiento en el protocolo del ministerio de salud. (Ministerio de Salud, 2009). Contrario a lo presentado en 2016 en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés al realizar la especificación de los signos de peligro del sulfato de magnesio, se les realizo en 100 % el cumplimiento de los exámenes de laboratorio y la prevención de convulsión con sulfato de magnesio con esquema Zuspan.

Para el cumplimiento de eclampsia en sus 8 expediente revisado cumplen con un 100%, en un estudio realizado en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2016, tiene el mismo porcentaje, esto quiere decir que se cumplen con el protocolo.

En las condiciones de egreso de la madre fueron un 100% de las pacientes egresaron con alta médico, esto quiere decir que, a pesar de la complicación obstétrica, las pacientes egresan estable. No hay otro estudio que pueda comparar. No obstante, las condiciones de egreso de los hijos en un 6% fallecen, del expediente revisado la causa más frecuente es muerte fetal, esto nos indica que por la complicación obstétrica grave que la madre presente el feto puede sufrir daños irreversibles como la antes mencionada, se debe evaluar individualmente cada caso donde los niños tengan un resultado no deseado, ya que para la madre es importante su bebe.

XI. Conclusiones

Según el estudio el perfil profesional que se encontró en el hospital regional Nuevo Amanecer con un 42.6% corresponden al Médico en servicio social, se puede destacar que es la mayor fuerza laboral de dicho lugar.

El 68.2% cumple del protocolo de atención de Síndrome hipertensivo gestacional, preeclampsia y eclampsia de los 110 expedientes revisados, lo cual refleja una grave debilidad por parte del personal de salud ya que algunas medidas básicas no se cumplieron siendo estos puntos claves dentro de la lista de chequeo, pertinentes para un buen manejo de esta entidad, teniendo grave repercusiones al binomio materno fetal lo que indican que se deben tomar medidas para mejorar la atención de salud.

En las condiciones de egreso de la madre cumple con 100% egresan por altas médicas o estable, pero las condiciones de los hijos en un 6% fallecen esto puede deberse a la complicación de la madre de ser grave, conlleva a una complicación fetal.

XII. Recomendaciones

Al SILAIS:

Monitoreo y seguimiento del cumplimiento de la normativa 109 para brindar una mejor calidad de atención a las embarazadas que presenten una complicación obstétrica.

Al Hospital Nuevo Amanecer:

El subdirector del Hospital garantice que el comité de calidad integre en agenda la evaluación de la normativa 109.

Realizar mensualmente la revisión de expediente clínico de complicaciones obstétrica con el comité de calidad del servicio de gineco-obstetricia.

Orientar al jefe de servicio de gineco-obstetricia el cumplimiento de la normativa 109, y de las listas de chequeo mensualmente.

Que los diagnósticos de ingreso y egreso sean clasificados correctamente según los criterios diagnósticos, por parte del personal médico.

Realizar semanalmente sesiones de aprendizaje de casos estudio de síndrome hipertensivo gestacional, para evaluar los conocimientos del personal de salud.

Inducción a los médicos en servicio social en la normativa 109

XIII. Referencias bibliográficas

- Alkema L, C. D. (2015). *Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015*. Nueva York.
- Amador, h. (2001). *Protocolo de las patologías mas frecuentes en el servicio de gineco-obstetricia*. Hospital fernando Velez Paiz.
- Arostegui., M. (2008-2009). *Aplicacion de protocolo del MINSA de síndrome hipertensivo gestacional en las pacientes embarazadas adolescente ingresadas en el Hospital Bertha Calderon*. Managua.
- Cuevas, D. C. (2014-2016). Comportamiento clínico de las pacientes que fueron diagnosticadas como preclamsia grave / eclampsia y evaluación del cumplimiento de su protocolo de manejo en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes. Managua, Hospital Carlos Roberto Huembes.
- Cuevas., C. M. (2016). preclamsia grave / eclampsia y evaluación del cumplimiento de su protocolo de manejo en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes. Managua.
- Lopez, D. H. (2012). *COMPLICACIONES OBSTETRICAS MAS FRECUENTES EN LOS PARTOS ATENDIDOS*. Puerto Cabezas.
- Lourdes, S. M. (2010). *Síndrome Hipertensivo gestacional y condicion de egreso*.
- Luisa, C. M. (2004). *conocimiento de enfermería sobre Síndrome Hipertensivo Gestacional*.
- Martinez, E. p. (2005). *Mayor complications in women attending the obstetrics service at a hospital in dominic republic*. Republica dominicana.
- Ministerio de Salud, D. (2009). *Estándares e indicadores de calidad de los procesos de la atención en salud*. Managua, Nicaragua.
- MINSA. (s.f.). *MINSA.gob.ni/Mortalidad Materna*.
- Oswaldo, A. C. (2016). *cumplimiento de protocolo de preeclampsia en Hospital Bertha Calderon Roque*.
- Patton GC, C. C. (2009.). *Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data*. Lancet,.
- Ramirez, D. R. (2006). *Cumplimiento del protocolo de manejo y complicaciones del síndrome hipertensivo*. Blufields.
- Ramírez, R. Y. (2016). *Cumplimiento del protocolo de manejo y complicaciones del síndrome hipertensivo*. Blufields.

- Ramírez, R. Y. (2016). *Cumplimiento del protocolo de manejo y complicaciones del síndrome hipertensivo*. Blufierlds.
- Ricardo Schwarcz, C. A. (1995). *Obstetricia*. EL Ateneo: 5ta edición.
- Salud, M. d. (2018). *Normativa 109, protocolo de atención de las complicaciones obstétricas*.
- salud, M. d. (2018). protocolo para la atención de complicaciones obstétrica. Normativa 109. Managua.
- Salud, O. M. (2014). *Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. Nicaragua.
- Vargas, B. E. (2012). Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix,. 83.

XIV. Anexo

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

Tabla 1.

Perfil del Profesional del servicio de ginecoobstetricia que atendió a madre e hijo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Médico Especialista GO | 14 | 12.2 |
| Médico General | 44 | 38.3 |
| Médico Servicio Social | 49 | 42.6 |
| Médico Interno | 8 | 7.0 |
| Total | 115 | 100.0 |

Fuente: Base de datos Spss Estadística

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

Tabla 2.

**ENFERMEDAD HIPERTENSIVA Y EMBARAZO
CUMPLIMIENTOS DE CRITERIOS**

| | No Cumple | | Si Cumple | | No Aplica | | Total | |
|---|-----------|----|-----------|-----|-----------|----|-------|-----|
| | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % |
| Enumeró en el expediente clínico los factores de riesgo para ENFERMEDAD HIPERTENSIVA Y EMBARAZO. | 19 | 24 | 61 | 76 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Clasificó adecuadamente según las definiciones el trastorno hipertensivo asociado al embarazo. | 4 | 5 | 76 | 95 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Realizó cinta reactiva en orina para búsqueda de proteinuria en paciente de bajo riesgo. | 0 | 0 | 80 | 100 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Indicó cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs en paciente con alta sospecha de pre eclampsia y sin proteinuria detectada en cinta reactiva. | 0 | 0 | 1 | 1 | 79 | 99 | 80 | 100 |
| Detectó de forma oportuna los criterios de severidad para pre eclampsia. | 18 | 23 | 62 | 78 | 0 | 0 | 80 | 100 |

| | | | | | | | | |
|---|----|----|----|-----|----|-----|----|-----|
| Indicó de forma oportuna (antes de las 16 semana uso de ASA en pacientes con riesgo de presentar pre eclampsia) | 3 | 4 | 0 | 0 | 77 | 96 | 80 | 100 |
| Plasmó en el expediente clínico los signos vitales, proteinuria, estado de conciencia, y estado fetal. | 5 | 6 | 75 | 94 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Realizó el abordaje terapéutico según objetivos. | 1 | 1 | 79 | 99 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| En caso de emergencia hipertensiva, utilizó fármacos recomendados según disponibilidad. | 3 | 4 | 77 | 96 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| En pacientes con datos de severidad, administró neuroprotección con Sulfato de Magnesio | 28 | 35 | 52 | 65 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| En caso de prematurez indicó dosis de corticoide antenatal si nacimiento no era inminente. | 2 | 3 | 1 | 1 | 77 | 96 | 80 | 100 |
| Envío todos los exámenes de laboratorio pertinentes para descartar organicidad. | 11 | 14 | 69 | 86 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Interrogó y plasmó en el expediente la presencia o ausencia de sintomatología materna como criterio de severidad. | 9 | 11 | 71 | 89 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Planificó de forma oportuna la finalización de la gestación. | 0 | 0 | 80 | 100 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Vigiló adecuadamente el periodo puerperal. | 0 | 0 | 80 | 100 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Reclasificó la enfermedad hipertensiva en el embarazo en el periodo oportuno. | 9 | 11 | 71 | 89 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Pacientes en seguimiento por consulta externa recibieron manejo multidisciplinario. | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 | 100 | 80 | 100 |
| Se le brindó consejería sobre planificación y garantizó MPF según recomendaciones OMS post evento obstétrico. | 1 | 1 | 79 | 99 | 0 | 0 | 80 | 100 |
| Brindó seguimiento puerperal en establecimiento de II nivel en caso de morbilidad severa asociada. | 2 | 3 | 78 | 98 | 0 | 0 | 80 | 100 |

Fuente: Base de datos Spss estadística.

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

Tabla 3.

**PRE ECLAMPSIA GRAVE
CUMPLIMIENTOS DE CRITERIOS**

| | No Cumple | | Si Cumple | | No Aplica | | Total | |
|---|-----------|---|-----------|----|-----------|---|-------|-----|
| | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % |
| MEDIDAS GENERALES | | | | | | | | |
| Canalizó con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inició infusión de SSN o lactato Ringer a goteo apropiado para estabilización hemodinámica. | 1 | 5 | 21 | 95 | 0 | 0 | 22 | 100 |

| | | | | | | | | |
|---|---|----|----|-----|----|-----|----|-----|
| Vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal. | 0 | 0 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Auscultó bases pulmonares en busca de estertores (causados por edema agudo de pulmón o insuficiencia cardiaca). | 0 | 0 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida de una sola vez. (Indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardiaca). | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 100 | 22 | 100 |
| Indicó dosis de corticoides para maduración pulmonar de ser necesario. | 0 | 0 | 4 | 18 | 18 | 82 | 22 | 100 |
| USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN PRE-ECLAMPSIA GRAVE SI PA DIASTÓLICA > 110 MM HG | | | | | | | | |
| Indicó Labetalol IV ó Hidralazina ó Nifedipina para el manejo de la emergencia hipertensiva. | 0 | 0 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Mantuvo la PA Diastólica entre 90 y 99 mmHg. | 0 | 0 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Indicó esquema antihipertensivo de mantenimiento según protocolo. | 0 | 0 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| PREVENCIÓN DE LAS CONVULSIONES | | | | | | | | |
| Aplicó Dosis de Carga de Sulfato de Magnesio, Esquema Intravenoso Zuspan Sulfato de Magnesio 4 g IV en 200 ml SSN, Ringer ó DW5% a pasar en 5 a 15 mins. | 0 | 0 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Inició con Dosis de Mantenimiento: En infusión IV 1 g por hora así, para cada 8 hrs: Sulfato de Magnesio 8 g en 420 ml de SSN ó Ringer ó DW5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min. | 0 | 0 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Continuó el Sulfato de Magnesio en infusión IV hasta 24 horas después de haberse iniciado el esquema, ocurrido el parto vaginal o la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produjo de último. | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 100 | 22 | 100 |
| En caso de paciente cuyo embarazo finalizo vía cesárea continuo la infusión durante las primeras 12 hrs del postquirúrgico | 0 | 0 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Vigiló los Signos de Toxicidad del Sulfato de Magnesio | 7 | 32 | 15 | 68 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución. | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 100 | 22 | 100 |

Fuente: Base de datos Spss estadística.

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

Tablas 4.

**ECLAMPSIA
CUMPLIMIENTOS DE CRITERIOS**

| | No Cumple | | Si Cumple | | No Aplica | | Total | |
|--|-----------|---|-----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % |
| EL DIAGNÓSTICO DE ECLAMPSIA SE BASÓ EN | | | | | | | | |
| Presencia o antecedentes de Convulsiones y/o Coma | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Identificación de Presión Diastólica de 90 mm Hg o más después de 20 Semanas de Gestación. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| MEDIDAS GENERALES: | | | | 0 | | 0 | | |
| Si no respiraba: Le ayudó a respirar usando Ambú y máscara o le administró oxígeno a razón de 4-6 litros por minuto por tubo endotraqueal. | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 100 | 8 | 100 |
| Si respiraba: Administró oxígeno 4-6 litros por minuto por máscara o catéter nasal. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Posicionó a la embarazada sobre su costado izquierdo. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Protegió a la mujer de traumatismos. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Canalizó con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inició infusión de SSN o lactato Ringer a goteo apropiado para estabilización hemodinámica. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Colocó sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Auscultó bases pulmonares en busca de estertores (causados por edema agudo de pulmón o insuficiencia cardiaca). | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida de una sola vez. (Indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardiaca). | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 100 | 8 | 100 |
| Administró dosis de corticoide como inductor de maduración pulmonar de ser necesario | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 100 | 8 | 100 |
| Manejo la crisis hipertensiva según protocolo | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| MANEJO DE LAS CONVULSIONES: | | | | 0 | | 0 | | |
| Aplicó Dosis de Carga de Sulfato de Magnesio, Esquema Intravenoso Zuspan Sulfato de Magnesio | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-----|---|------|---|-----|
| 4 g IV en 200 ml SSN, Ringer ó DW5% a pasar en 5 a 15 mins. | | | | | | | | |
| Inició con Dosis de Mantenimiento: En infusión IV 1 g por hora así, para cada 8 hrs: Sulfato de Magnesio 8 g en 420 ml de SSN ó Ringer ó DW5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Si la convulsión recurrió después de 15 minutos de la dosis de la Dosis de Ataque de Sulfato de Magnesio: Administró 2 g de Sulfato de Magnesio en 100 ml de DW5% o SSN IV en aprox. 5 minutos. | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 100 | 8 | 100 |
| Continuó el Sulfato de Magnesio en infusión IV hasta 24 horas después del parto / cesárea o la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produjo de último. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Vigiló los Signos de Toxicidad del Sulfato de Magnesio | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución según normativa 068. | 0 | 0 | 1 | 13 | 7 | 87.5 | 8 | 100 |
| En Eclampsia: El nacimiento del bebé se produjo dentro de las 12 horas que siguieron a la aparición de las convulsiones / coma. | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |

Fuente: Base de datos Spss estadística.

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

Conocer las condiciones de egreso de las madres con Síndrome Hipertensivo Gestacional y sus hijos.

Tabla 5.

Condiciones de Egreso de las Madres con Síndrome Hipertensivo Gestacional y Hemorragia de la II mitad del embarazo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Alta Medica | 115 | 100.0 |
| Fallecida | 0 | 0.0 |
| Abandono | 0 | 0.0 |
| Fuga | 0 | 0.0 |
| Total | 115 | 100.0 |

Fuente: Base de datos Spss estadística.

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

Tabla 6.

Condiciones de Egreso de los Hijos de las Madres con Síndrome Hipertensivo Gestacional y Hemorragia de la II mitad del embarazo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Alta Medica | 107 | 93.0 |
| Fallecido | 7 | 6.1 |
| Hospitalizado | 1 | 0.9 |
| Total | 115 | 100.0 |

Fuente: Base de datos Spss estadística.

Instrumento de recolección de la información

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

El perfil de los profesionales del servicio que atendieron a la madre y el hijo.

- Médico Especialista Gineco-obstetra
- Médico General
- Médico en Servicio Social
- Interno
- Licenciada Especialista en obstetricia
- Licenciada General

Las condiciones de egreso de las madres con Síndrome Hipertensivo Gestacional y Hemorragia segunda mitad del embarazo y sus hijos

MAMA

- Alta Medica
- Fallecida
- Abandono
- Fuga
- Patología Asociada

HIJO

- Alta Medica
- Fallecido
- Hospitalizado

Lista de chequeo

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

| INDICADOR PRECLAMPSIA GRAVE | CATEGORIA | |
|--|-----------|----|
| | SI | NO |
| 15. Canalizo con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inicio infusión de SSN o Lactato de Ringer a goteo apropiado para estabilizar hemodinámicamente. | | |
| 16. Vigilo signos vitales reflejos y frecuencias cardiaca fetal. | | |
| 17. Ausculto bases pulmonares en busca de estertores | | |
| 18. Si encontró estertores en bases pulmonares restringió líquidos y administro 40 mg IV de furosemida de una sola vez (indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardiaca) | | |
| 19. Indico dosis de corticoides para maduración pulmonar de ser necesario | | |
| 20. Uso de antihipertensivos en Pre eclampsia grave si PA diastólica ≥ 110 mmHg. | | |
| 21. Indico Labetalol IV o Hidralazina o Nifedipina para el manejo de la emergencia hipertensiva. | | |
| 22. Mantuvo la PA diastólica entre 90 y 99 mmHg. | | |
| 23. Indico esquema antihipertensivo de mantenimiento según protocolo. | | |
| 24. Aplico dosis de carga de sulfato de magnesio. Esquema intravenoso Zuspan Sulfato de Magnesio 4 g IV en 200 ml SSN, Ringer o Dw5% a pasar 5 a 15 mins. | | |
| 25. Inicio con dosis de mantenimiento: en infusión IV 1 g por hora, cada 8 horas, sulfato de magnesio 8 g en 420 ml de SSN o Ringer o Dw5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min. | | |
| 12.continuo el sulfato de magnesio al 10% en infusión IV hasta 24 horas después de haberse iniciado el esquema ocurrido el parto/cesárea o la última convulsión. | | |
| 26. Vigilo los signos de toxicidad del sulfato de magnesio. | | |

Cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo por parte del personal de salud en la atención de pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional el Hospital Nuevo Amanecer, SILAIS Bilwi en el periodo de enero a diciembre del año 2018.

| INDICADOR ECLAMPSIA | CATEGORIA | |
|---|-----------|----|
| | SI | NO |
| 1. Presencia o Antecedes Convulsiones y/o Coma | | |
| 2. identificación de presión diastólica de 90 mm Hg o más después de 20 semana de gestación. | | |
| 3. Si no respira le ayudo usando el ambu y mascara y le administro oxígeno a razón de 4-6 lts por min | | |
| 4. Si respira le administro oxígeno a 4-6 lts por min. | | |

| | | |
|---|--|--|
| 5. Posiciono a la embarazada sobre su costado izquierdo. | | |
| 6. Protegió a la mujer por traumatismo. | | |
| 7. Canalizo con bránula N° 16 con infusión SSN o Lactato de Ringer. | | |
| 8. Coloco sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria | | |
| 9. Vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora | | |
| 10 -Auscultó bases pulmonares en busca de estertores. | | |
| 11 -Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida. | | |
| 12. Administro dosis de corticoide como inductor de maduración pulmonar | | |
| 27. Manejo de la crisis hipertensivas según protocolo. | | |
| 28. Aplico Carga de Sulfato de Magnesio 10%, 4 g (4 ampolla) en 200 ml de SSN o Ringer o DW5% a pasar en 5 minutos. | | |
| 15. Dosis de mantenimiento 10%, 8g (8 amp) en 420 ml de SSN O Ringer o DW%% a 60 Microgotas por min o 20 gts por min | | |
| 16. Continuo el Sulfato de Magnesio al 10% en infusión hasta 24 hrs | | |
| 17. Si la convulsión recurrió después de 15 minutos de la dosis de la Dosis de Ataque de Sulfato de Magnesio: Administró 2 g de Sulfato de Magnesio al 10% (2 amp) en 100 ml de DW5% o SSN IV en aprox. 5 minutos | | |
| 16. Vigilancia de Signos de Toxicidad de Sulfato de Magnesio. | | |
| 18. El nacimiento del bebe se produjo dentro de las 24 horas que siguieron a los síntomas o establecido el diagnostico. | | |