



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA**

**TITULACIÓN DE MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD  
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**Mejoramiento de la calidad de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2012**

**TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA**

**AUTOR: Morales Loor, Bella Alexandra**

**DIRECTORA: Velasco Garcés, María de Lourdes, Dra**

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO**

2014

## APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

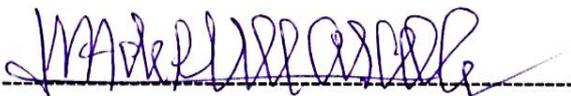
Doctora.

María de Lourdes Velasco Garcés  
**DOCENTE DE LA TITULACION**

### **De mi consideración**

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: "Mejoramiento de la calidad de atención de las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2012" realizado por: Bella Alexandra Morales Loor; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, agosto de 2013

f)   
-----  
**Dra. María de Lourdes Velasco**

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Morales Loor Bella Alexandra declaro ser autor(a) del presente trabajo de fin de maestría, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo la Dra. María de Lourdes Velasco Garces director(a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

(f)   
-----  
Lcda. Bella A. Morales L.

Cédula N°. 171505545-3

## **DEDICATORIA**

A mi Padre quien me motivo e impulso para culminar este proyecto, y a mis hijos, son inspiración permanente de mis esfuerzos.

A todas las personas que apoyaron directa e indirectamente para la realización del presente trabajo, quienes pusieron su tiempo, sacrificio y supieron acompañarme en todo momento.

A las mujeres gestantes, parte de la atención del Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín, quienes fueron el sustento y base para la realización de la presente tesis.

A todos quienes participaron de este mi trabajo, en forma especial muchas gracias.

**B E L L A**

## **AGRADECIMIENTO**

Deseo expresar el más sincero e infinito agradecimiento, al personal docente y administrativo de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, de la Universidad Técnica Particular de Loja, en la persona de la Dra. María del Carmen Piedra, por la oportunidad brindada para mi superación y capacitación profesional.

A los ejecutivos del Hospital Carlos Andrade Marín, por su predisposición para la realización de la presente tesis, a las autoridades de la Subgerencia de Materno Infantil y del Centro Obstétrico por el apoyo incondicional, a los usuarios internos por el respaldo profesional, el mismo que sin su colaboración no se lo hubiera podido culminar; y, en especial a todos cuantos hicieron este trabajo suyo.

También quiero agradecer a la Dra. María de Lourdes Velasco, quien con su conocimiento, paciencia y gran espíritu de colaboración, ha dirigido con talento la culminación de la presente tesis.

**BELLA**

## ÍNDICE

<b>APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....</b>	<b>II</b>
<b>DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....</b>	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>V</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>PROBLEMATIZACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos.....	11
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1. Marco institucional.....	13
1.2. Marco conceptual.....	23
<b>2. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1. Matriz de involucrados.....	37
2.2. Árbol de problemas.....	39
2.3. Árbol de objetivos.....	40
2.4. Matriz de marco lógico.....	41
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.1 Resultado 1.....	47
3.2 Resultado 2.....	51
3.3 Resultado 3.....	55
3.4 Resultado 4.....	62
3.5 Evaluación final de cumplimiento de resultados del proyecto para el "Mejoramiento de la calidad de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín", Quito 2012.....	67
3.6 Evaluación de indicador del Fin.....	69
3.7 Evaluación de indicador del Propósito.....	70
3.8 Evaluación de indicador de Resultados.....	71
3.9 Evaluación del indicador de Resultados.....	72
3.10 Evaluación del indicador de Resultados.....	73

3.11 Evaluación del indicador de Resultados.....	74
3.12 Evaluación de indicadores del Propósito.....	75
3.13 Evaluación de indicadores de los Resultados .....	75
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>76</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>79</b>
<b>APENDICES.....</b>	<b>86</b>

## **RESUMEN EJECUTIVO**

Los trastornos hipertensivos son las complicaciones más frecuente y la primera causa de muerte durante el embarazo. En el Hospital Carlos Andrade Marín, de 9.810 pacientes atendidas, 1.889 demandan atención por este tipo de patologías.

Para dar respuesta al problema, se planteó como objetivo general, mejorar la calidad del manejo y atención de las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al hospital. Con el respaldo de la Subgerencia de Materno Infantil y con el apoyo de los usuarios internos, el proyecto se ha implementado en un 90%, puesto que la Jefatura del Servicio, ha asumido con responsabilidad la ejecución del proyecto.

Con lo que se ha conseguido, brindar un manejo eficiente, garantizados a través del diagnóstico y la aplicación de procedimientos estandarizados, con talento humano capacitado, con tecnología moderna, aplicando los protocolos de atención y los estándares de calidad; lo que nos ha llevado a disminuir la morbi-mortalidad de las pacientes con preeclampsia y eclampsia, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.

### **Palabras Clave:**

Embarazo, Preeclampsia, Eclampsia, Centro Obstétrico, Hospital Carlos Andrade Marín.

## **ABSTRACT**

Pregnancy, natural event experienced by women since its inception; in gestation, the hypertensive disorders are the most frequent complications and the first cause of death. The statistics presented ranges between 10 and 20% of cases.

In the Carlos Andrade Marin Hospital of 9,810 patients served, 1,889 correspond to these pathologies. The treatments of preeclampsia-eclampsia, requires a room free of external stimuli such as light and noise, handling of a differentiated, permanent monitoring and control, to prevent seizures, avoiding that the product is obite; as above, is the real problem of the reproductive health center present in the Obstetric of the institution.

To give an answer to the problem, was raised as a general objective, deploy a room in which the improvement of the quality of care of patients with preeclampsia and eclampsia who come to the Carlos Andrade Marin Hospital. With the permission of the management of the Hospital, supported by the Sub management of Maternal and Child Health and with the support of internal users, the project has been implemented in a 90 %, due to the fact that the Headquarters of the Service, has assumed responsibility for its implementation.

With what has been achieved, providing an efficient handling, guaranteed through the diagnosis and the application of standardized procedures, trained with human talent, integrated in interdisciplinary teams in an appropriate physical space, with modern technology, By applying the protocols of care and quality standards; have been formed in the fundamental factor for the care of the patients, all of this, with a view to contribute to the decrease in morbidity and mortality in patients with pre eclampsia and eclampsia, in the center of the Obstetrical Carlos Andrade Marin Hospital.

### **Key Words:**

Pregnancy, preeclampsia, eclampsia, Obstetric Center, Hospital Carlos Andrade Marín.

## INTRODUCCIÓN

En la Planificación Estratégica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, encontramos descritas las políticas de Salud del Hospital Carlos Andrade Marín, entre las que se puede observar una que dice: que es deber de las autoridades, funcionarios empleados y trabajadores, impulsar los cambios y fortalecer el perfeccionamiento de los servicios institucionales; competencias, que estarán encaminadas a elevar la calidad de atención de sus afiliados, beneficiarios y más usuarios.

El Hospital Carlos Andrade Marín, institución de salud de Tercer Nivel de especialidad, orgánicamente se encuentra estructurado por Unidades Administrativas, como la Subgerencia de Materno Infantil, la que a su vez está conformada por los servicios de Ginecología, Neonatología, Pediatría y Obstetricia (Centro Obstétrico); área en la que se desarrolla el Proyecto denominado, "Mejoramiento de la calidad de atención de las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2012"; ya que, todas las mujeres embarazadas, tienen derecho a recibir atención durante el período de gestación, aun cuando no manifiesten condiciones que las pongan en riesgo de complicaciones obstétricas.

La hipertensión arterial, es la complicación médica más común que sobreviene en el curso del embarazo, la preeclampsia, conocida como toxemia gravídica se caracteriza por la presencia de hipertensión, también, es una forma de presión arterial alta que está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria); se presenta durante la segunda mitad del embarazo, es más común en el primer embarazo, en embarazos múltiples, en adolescentes y en mujeres mayores de 35 años.

La eclampsia es menos común y su causa desconocida, es la forma más severa de la preeclampsia no tratada, deriva en convulsiones que presenta riesgos para la madre como para el feto. La preeclampsia puede ser fatal, sin embargo, si se detecta, trata y recibe los cuidados a tiempo, tiene pocas posibilidades de progresar en una eclampsia.

El surgimiento en países como Brasil, España e Inglaterra, de modernas Salas de Terapia Intensiva, e incluso de complejas Unidades Especializadas, para atención a la paciente con preeclampsia grave y eclampsia, a través de la monitorización y el empleo de técnicas

diagnósticas y terapéuticas, han permitido que se minimice la mortalidad y las complicaciones del embarazo, en esos países.

El presente proyecto, por la importancia de su alcance, ha sido considerado por las autoridades del hospital, como pionero en el área de la Seguridad Social de nuestro país; puesto que, no se han realizado estudios similares, ni tampoco se han presentado propuestas con enfoque de “manejo adecuado a la paciente con preeclampsia-eclampsia”, por lo que, el presente proyecto de acción, ha motivado tanto en las autoridades como en el talento humano del Hospital y del Centro Obstétrico, interés, compromiso y participación activa de todos y cada uno de ellos (actores sociales).

La propuesta, se enfoca al mejoramiento continuo de la atención a las gestantes con complicaciones de hipertensión arterial en el embarazo; puesto que en ella, se plantea como su objetivo central, el mejoramiento de la calidad de atención de las pacientes con preeclampsia y eclampsia, además, de que se complementa con la misión y visión del Hospital, el mismo que, propone a su personal la capacitación continua, la investigación científica y la docencia, lo que incide directamente, en beneficio del talento humano del Centro Obstétrico.

El Hospital Carlos Andrade Marín, desde el año 2008, viene impulsando cambios profundos, tendientes a modernizar la institución, con el fin de fortalecer los servicios en el área de la atención médica, el equipamiento y la capacitación de los usuarios internos, para lo cual, se efectuó el proceso de Certificación ISO 9001 versión 2008, en el Centro Obstétrico, el mismo que en su Informe Final, plantea entre otras Recomendaciones, que se proporcione a las pacientes con patologías de preeclampsia-eclampsia el manejo adecuado, en una área específica, acorde con las necesidades de atención de estas complicaciones del embarazo.

El proyecto de acción, se desarrolla como respuesta al problema de la “atención inadecuada no diferenciada a las pacientes embarazadas con preeclampsia y eclampsia”, presente en el Centro Obstétrico, por ser una dificultad del embarazo de alto riesgo y por lo complicado de cada uno de los casos, le convierte en un problema de participación multi e inter disciplinario, que involucra no solo al Médico Obstetra, y al Médico Neonatólogo, así como también a Enfermeras y Auxiliares de Enfermería etc., ya que se trata de prolongar la gestación por el mayor tiempo posible.

La presente tesis, se desarrolló de acuerdo con lo establecido en la Guía Didáctica de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, la cual incluye trece Unidades perfectamente establecidas; y que, se corresponde con un ordenamiento y plan metodológico, el mismo que conformando el Marco Lógico y sus herramientas, se constituyeron en el punto de partida para el diseño de este proyecto de acción, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.

## PROBLEMATIZACIÓN

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio, según la Organización Mundial de la Salud; la muerte materna en el mundo, ha rebasado el ámbito de la salud, implicando incluso al de los derechos humanos y la justicia social. La enfermedad hipertensiva en la gestación, es la mayor causa de mortalidad y morbilidad, ya que, más de 1'000.000 de niños y 529 mil defunciones maternas que según estimaciones se produjeron en el 2000, durante el embarazo, el parto y el puerperio, como lo manifiesta el Instituto Mexicano del Seguro (IMSS, 2009).

En el Ecuador, la enfermedad hipertensiva, es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal; complicación que ha afectado a una población que oscila entre el 2 y el 7% de las mujeres embarazadas, lo que coincide con el 4% que se registró en América Latina (IMSS, 2009); la morbilidad y mortalidad materna y perinatal se registra con mayor presencia, en las mujeres antes de la semana 33 de gestación.

El Hospital Carlos Andrade Marín y la Gerencia del Hospital, continuando con la política de garantizar una mejor atención a sus afiliados y beneficiarios; en su página WEB institucional afirma que: En septiembre de 2011, el equipo auditor de la Society Generate Surveillance (SGS), avalados por la Organización Internacional de Normalización, (HCAM, 2012), para otorgar la Certificación Internacional ISO 9001–2008 al Centro Obstétrico, realizó la auditoría correspondiente, la misma que en el Informe Final, recomienda, optimizar los procedimientos de atención a las pacientes con trastornos hipertensivos en la gestación.

Con las recomendaciones de la Auditoría de Gestión a los procesos de Atención y de Calidad, que se brinda a las embarazadas con complicaciones hipertensivas de la gestación en el Centro Obstétrico, se determinó que la atención no diferenciada a las pacientes embarazadas con preeclampsia y eclampsia es inadecuada, siendo el principal problema que se presenta en el Servicio, ya que, son ingresadas y hospitalizadas en las diferentes Salas de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), en las mismas condiciones de manejo, tratamiento y cuidados, que a las pacientes ingresadas por otro tipo de patologías como: ruptura prematura de membranas, poli hidramnios, observación, etc.

Así mismo, las últimas reformas a la Ley de Seguridad Social, amplió la cobertura de atención a los/las afiliados/as voluntarios/as, a las del Seguro Social Campesino, así como a

los hijos/as de los afiliados al IESS hasta los 18 años de edad; generó un incremento de las pacientes embarazadas en el Centro Obstétrico, las que han sido distribuidas en las diferentes áreas como son las salas de dilatación, observación, recuperación, etc.; por lo que la falta de una sala especializada, para la atención a las pacientes embarazadas con preeclampsia-eclampsia, es evidente y de inmediata implementación.

La poca aplicación de protocolos y estándares de calidad, en igual forma la desmotivación de los usuarios internos, en la atención de ésta patología, son también causas, que revelan un manejo inadecuado a las pacientes hospitalizadas con síntomas de preeclampsia eclampsia y que también, es motivo directo para el aumento de la morbi-mortalidad materno fetal en el Centro Obstétrico; factores éstos, que contribuyen y agravan el problema fundamental, materia del presente proyecto.

La importancia del problema propuesto, tiene su fundamento en el análisis de situación realizado al Centro Obstétrico, en la recolección de datos estadísticos, la observación directa, entrevistas y en la encuesta que nos sirvió de base para medir el grado de aceptación, así como también en los criterios del personal interno y de las usuarias externas; lo que nos da como resultado que la mayoría del personal encuestado, manifestó estar de acuerdo con la implementación del Proyecto propuesto.

El problema al integrar a las usuarias externas que acuden al Centro Obstétrico, para atención y tratamiento de sus enfermedades, le convierte en un proyecto de carácter social, puesto que, en la ejecución incluye a una población objetivo, cuyo impacto se dirige a prevenir patologías graves como la preeclampsia y la eclampsia, la misma que de no ser atendida con la premura requerida, nos lleva a resultados inevitables, como la muerte de la paciente o de su producto.

Lo antes descrito, más los limitantes encontrados en los procesos y procedimientos diarios como el diagnóstico, manejo, tratamiento y aplicación de los cuidados que prestan los usuarios internos, son situaciones reales, que se manifiestan a diario en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín. Las condiciones descritas, convertidas en problemas reales, requieren de soluciones urgentes, puesto que, el concepto de atención integral en el manejo de la paciente no se cumple en condiciones óptimas, por la inexistencia de una sala específica, con infraestructura moderna y equipamiento de última generación, para la atención de las enfermedades hipertensivas generadas por el embarazo.

## JUSTIFICACIÓN

Las alteraciones hipertensivas del embarazo, determinan complicaciones obstétricas frecuentes y un alto índice de morbi-mortalidad materna y perinatal; a pesar de los grandes esfuerzos realizados para su control, con el manejo y aplicación de medidas preventivas; sin embargo, en nuestro país, la incidencia en el año 2011, se presenta entre el 2% y el 7%, constituyéndose de esta forma, en la primera causa de morbi-mortalidad materna.

La preeclampsia y la eclampsia, son las manifestaciones hipertensivas más frecuente del embarazo, requieren de un manejo multi e interdisciplinario de alto nivel, de equipamiento moderno y talento humano especializado para su atención.

El elevado número de gestantes que acude al Hospital Carlos Andrade Marín para atención, el manejo disperso de la patología, la misma que se la realiza en el Servicio de Urgencias, en el Centro Obstétrico y en otras Unidades; sumado a ello, la diferencia de procedimientos en cada unidad o servicio, materiales e insumos insuficientes, la falta de equipamiento para monitoreo, así como de infraestructura, observados en cada una de las áreas descritas, son situaciones que nos conducen a una atención inadecuada, no diferenciada a las pacientes embarazadas con preeclampsia y eclampsia; consecuentemente a un limitado acceso a los servicios de salud, lo que no permite que se brinde una administración oportuna y de calidad, a las usuarias externas.

El surgimiento en países como Brasil, de Salas de Terapia Intensiva, e incluso de Unidades Especializadas para atención a la paciente con preeclampsia y eclampsia grave, ha permitido minimizar la mortalidad y las complicaciones del embarazo, mediante la monitorización y el empleo de modernas técnicas diagnósticas y terapéuticas, en estas salas. Como describe la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, (Juan Felipe Aristizábal, 2006). El término Unidad de Alta Dependencia (UAD) es sinónimo de unidad de cuidados especiales (UCE). Las unidades obstétricas en Europa, en especial las del Reino Unido y España se han convertido en pioneras en cuanto al montaje y puesta en marcha de dichas unidades. Por la

complejidad de los cuadros clínicos y la comorbilidad de las pacientes gestantes y posparto, es necesario que los tratamientos se continúen en las unidades de cuidados intensivos (UCI). La admisión a UCI de gestantes fluctúa entre 0,1% a 0,9%. La mortalidad reportada de la paciente obstétrica críticamente enferma alcanza incluso cifras del 36%. (Juan Felipe Aristizábal, 2006).

Por conocer la realidad del hospital desde su interior y lo antes descrito, son las razones que me impulsaron a proceder con el diseño del proyecto de acción, el mismo que por su importancia ha merecido el respaldo de Directivos y Autoridades de la Institución, lo que constituye para mí, de gran satisfacción; puesto que, con su implementación se contribuye a mejorar los resultados institucionales; considerando que, el enfoque de la salud materno-infantil es uno de los principales puntos de inicio del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.

La propuesta fue diseñada, tomando como base las actividades de la salud materno-perinatal; articulada con la gestión financiero-administrativa, para asegurar su aprobación y ejecución, por lo tanto, la excelencia en el manejo y cuidados legalmente asumidos son propios en nuestra Institución al realizar la prestación de los Servicios de Salud.

El Proyecto, se justifica plenamente, por la objetividad del problema central planteado, Así como, por los demás problemas colaterales presentes en el Servicio; el mismo, que adquiere vigencia, cuando la propuesta se plasma en acciones concretas de intervención y que al aunar esfuerzos entre sus autoridades y el talento humano, sirve para disminuir riesgos de complicaciones y evitar la morbi-mortalidad materna y fetal en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.

Por lo que sustentada en lo expuesto, se elevó a consideración de la Subgerencia de Materno Infantil, el Proyecto de acción intitulado, "Mejoramiento de la calidad de atención de las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2012"; el mismo, que está dirigido a garantizar como resultado final, la atención de calidad para una maternidad saludable y sin riesgos, contribuyendo de esta manera, a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y

perinatal; que cumpla con los requerimientos de las usuarias externas, de los usuarios internos y que esté a la altura de un gran Centro Obstétrico.

Así mismo, el proyecto, es de gran magnitud debido a que cuenta con el aval y la participación del Hospital Carlos Andrade Marín, institución que busca siempre mejorar la salud de sus afiliados y beneficiarios; porque, se orienta así mismo, en forma coherente con la misión y visión propuestas en su Planificación estratégica.

Puesto que, la hipertensión crónica del embarazo, es una enfermedad que tiene repercusiones directas en la salud, en la economía, así como también, en el aspecto social, en el desarrollo personal y familiar de la paciente.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Mejorar la calidad de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia en el Centro Obstétrico, mediante la elaboración de una Guía de normas y protocolos, gestionar el incremento de profesionales de la salud especializados, gestión de una sala adecuada con equipamiento moderno, conformar el Comité de Calidad que evalúe continuamente, para disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil en el Hospital Carlos Andrade Marín.

### **Objetivos específicos**

1. Elaborar una guía de las normas y protocolos de atención a la paciente con preeclampsia y eclampsia.
2. Gestionar la ubicación y aprobación del espacio físico para la sala de manejo a las pacientes con preeclampsia-eclampsia, para garantizar una atención diferenciada y de calidad a las pacientes que acuden al Centro Obstétrico.
3. Tramitar el incremento y reorganizar el personal especializado, capaz que se pueda cubrir, el incremento de las pacientes y la demanda existente.
4. Conformar el Comité de Calidad, que evalúe continuamente la implementación del proyecto y la excelencia de la atención en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.

**CAPITULO I**

**MARCO TEÓRICO**

## **1. Marco institucional**

### **1.1. Aspecto geográfico**

El Hospital Carlos Andrade Marín, se encuentra ubicado en el Distrito Metropolitano de Quito, en la calle 18 de Septiembre N° 3220, entre las calles Portoviejo, Ayacucho y la Av. Universitaria, en la Parroquia Santa Prisca, situado en lo que fue la antigua “Quinta Miraflores”, la misma que en el año 1.956 fue adquirida por la administración de ese entonces, actualmente el hospital, cuenta con una infraestructura construida de 50.000 m<sup>2</sup>, en una extensión total de 42.829 m<sup>2</sup> de terreno.

Creado bajo los principios de: Solidaridad, Equidad y Universalidad, es el resultado de un ambicioso proyecto y de la perseverancia de un grupo de médicos, quienes con el objeto de dotar al Ecuador de una Institución de salud, el mismo, que sea capaz de brindar atención de calidad, a la población afiliada del país; objetivo que se cumple desde hace más de cuatro décadas, a través de las acciones de fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

El sábado 30 de mayo de 1970, se daba un paso fundamental en la historia del País, y se ponía un hito en la Seguridad Social Ecuatoriana. El Hospital Carlos Andrade Marín abría sus puertas en el edificio de mayor magnitud construido hasta ese momento, con equipamiento de avanzada tecnología y el recurso humano capacitado, garantizando la atención de salud a los afiliados y jubilados del IESS y ubicándose a nivel de los mejores centros hospitalarios de Latinoamérica (Hospital Carlos Andrade Marín, 2014).

El Hospital Carlos Andrade Marín, es un hospital de Nivel III; además, se ha constituido en la Unidad Médica de mayor desarrollo y complejidad del país, puesto que garantiza la atención de salud, hospitalización y ambulatorio, en cirugía, clínica materno infantil, medicina crítica, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, todo ello, con equipamiento de última generación

tecnológica y talento humano capacitado, para atender a los derecho habientes, jubilados, beneficiarios, con afiliación y también a los no afiliados a través del pago por el método de facturación.

Durante el primer semestre del año 2011, a consulta externa, ingresaron 219.481 pacientes para tratamiento y cuidados en las diferentes especialidades; se hospitalizaron 34.549 pacientes; se atendieron 70.117 urgencias; se realizaron 9.238 cirugías y 2.118 partos. Desde su inauguración, hasta la actualidad han transcurrido más de cuatro décadas de trabajo continuo, en beneficio de los derechohabientes. Sus políticas y leyes actualmente han sido reformadas, tanto en los servicios de salud como en las prestaciones.

#### **1.1.2. Dinámica poblacional.**

El Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, es una entidad pública descentralizada, creada al amparo de la Constitución Política de la República del Ecuador, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio; tiene una capacidad de 720 camas, brinda atención a una población de 122.570 personas (Quito y Regional Norte). La población atendida y que son sujetos a cobertura y beneficiarios de Seguridad Social, de acuerdo con la Constitución Política son:

- a) Afiliados activos con relación de dependencia.
- b) Afiliados Jubilados.
- c) Afiliados del Seguro Social Campesino.
- d) Afiliados Voluntarios.
- e) Familiares de afiliados hasta los 18 años y personas particulares.

#### **1.1.3. Planificación estratégica**

Un desafío constante de sus autoridades, funcionarios y empleados, es la de entregar servicios de calidad para satisfacción de los/las pacientes, con esta premisa, la Gerencia del Hospital, asume la responsabilidad de organizar, controlar y evaluar cada uno de los procesos y productos que son parte de la prestación médica, a través de realizar su planificación estratégica. Entre una de las prioridades y metas fundamentales del Hospital están, la capacitación de su talento humanos y la reestructuración de la planta física para mejorar la calidad de los servicios.

En el plan de remodelación del hospital fueron prioritarias las áreas de Urgencias, Consulta Externa, Centro Obstétrico, en donde se han considerado aéreas para ampliar la circulación, la adecuación de los consultorios y las salas de espera con comodidad y confort, integrando los servicios de diagnóstico, quirófanos, partos, recuperación, terapia intensiva y los servicios de esterilización y auxiliares del hospital.

#### **1.1.4. Misión**

La misión que guía las acciones del Hospital Carlos Andrade Marín:

Es la unidad de más alta complejidad de la red de servicios de salud del IESS, regido por políticas y normas emanadas del Consejo Directivo, basado en los principios de solidaridad, universalidad y equidad, brindando una atención integral actualizada, especializada, mediante la utilización de tecnología de última generación y capacitación continua a su talento humano para mejorar la calidad de atención y satisfacer las necesidades de sus afiliados”.

#### **1.1.5. Visión**

Nuestra visión es, ser un hospital líder en la atención de salud a nivel nacional e internacional, con autonomía económica y administrativa, enmarcado en los principios legales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con un modelo de organización dentro del Sistema de Salud, que preste asistencia integral y especializada. Lograr excelencia en sus servicios para satisfacer y superar las necesidades y expectativas del cliente con el uso racionalizado de los recursos disponible”.

También, fundamentada en la Ley de Seguridad Social y en las Normas y Políticas institucionales, las que establecidas por Resolución del Consejo Directivo del Hospital Carlos Andrade Marín, son las directrices que orientan el funcionamiento en la institución. Así mismo, la Ley de Seguridad Social 2001-55, en el artículo 18, PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN, establece que “El IESS integrará a las Unidades Médicas de su propiedad, en entidades zonales de prestación de salud a sus afiliados y jubilados, a cuyo efecto las constituirá como empresas con personería jurídica propia (IESS, Correo Legal, Legislación al día)”.

En tanto, la salud conceptualizada como la entidad fundamental, será administrada mediante principios empresariales de autonomía, división de seguros, descentralización geográfica y operativa, control interno, rendición de cuentas y garantía de un buen gobierno. Se divide en cinco unidades: Gerencia de Afiliación y de Recaudación, la de Pensiones, la de Riesgos del Trabajo, Seguro Social Individual y Familiar y el Seguro Social Campesino.

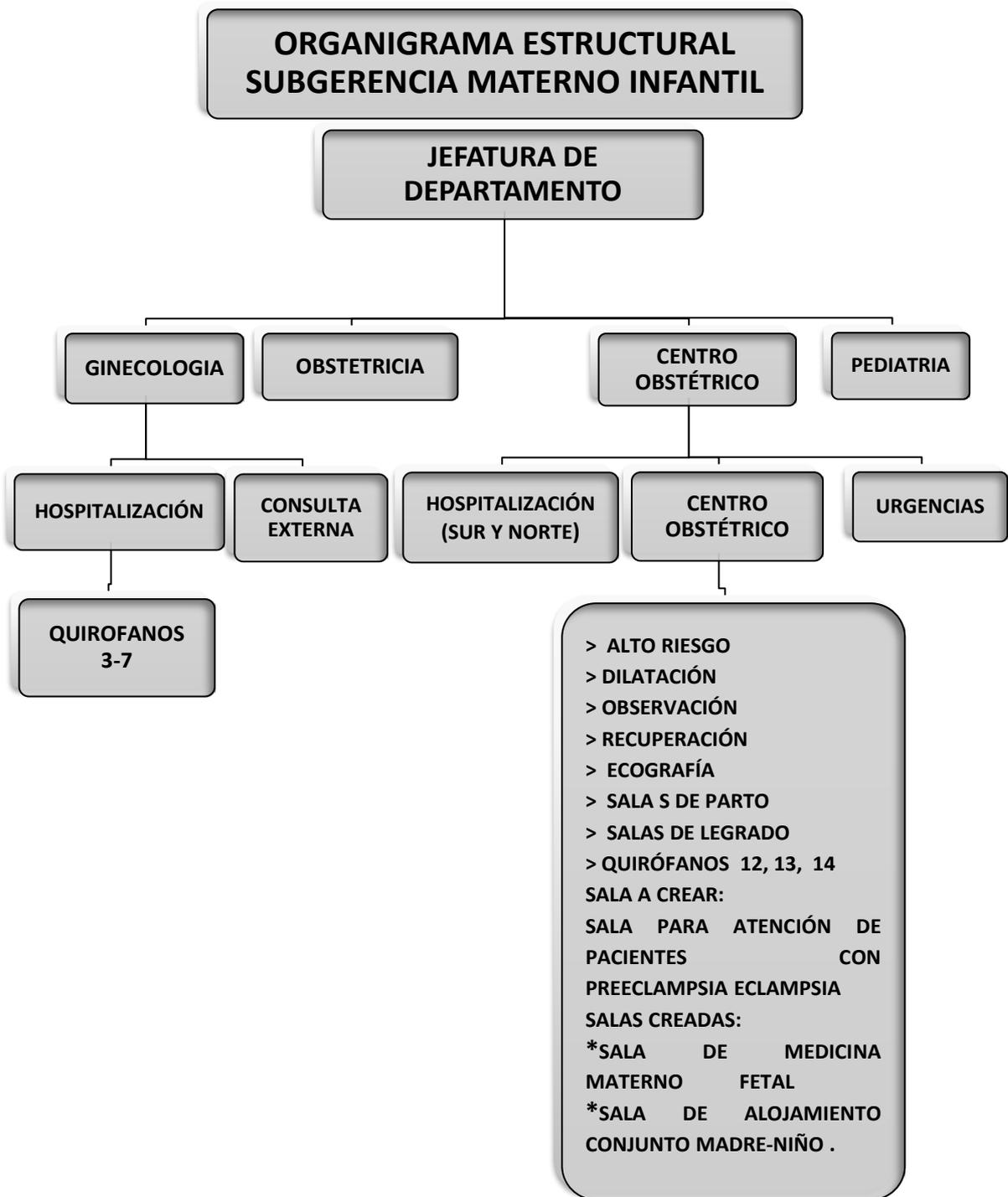
El Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, dispuesto en la Resolución N. C.I. 056 de la Comisión Interventora, expedida el 26 de enero de 2000, constituye administrativamente, el principal marco regulador de las actividades del Hospital Carlos Andrade Marín; el que, enmarcado en los principios básicos de atención integral especializada, utilizando tecnología moderna, priorizando la preparación y capacitación del talento humano, entre las políticas institucionales, podemos citar:

- Abastecimiento permanente de medicamentos e insumos para la consulta externa y hospitalización.
- Dotación de instrumental y equipo médico, con tecnología de última generación, a los diferentes Servicios del Hospital.
- Informatización de todas las áreas del hospital.
- Remodelación estructural y física de la estructura hospitalaria.
- Proveeré de material e instrumental limpio y esterilizado.

#### **1.1.6. Estructura administrativa.**

El Hospital Carlos Andrade Marín en su estructura administrativa, cuenta con 2.556 empleados y posee una estructura organizacional vertical, diseñada por Aéreas o Unidades médicas y de investigación, con el fin de viabilizar los procesos, la administración está dividida en tres áreas:

1. Hospitalización y Ambulatorio: Aéreas Clínicas, Quirúrgicas y Materno Infantil.
2. Medicina Crítica, Terapia Intensiva, Urgencias, Recuperación post anestésica.
3. Auxiliares de diagnóstico y tratamiento Anatomía Patológica, Patología Clínica, Imagenología, Medicina Nuclear, Hemoterapia y Centro de Diálisis



**Figura 1.**  
Organigrama Estructural Subgerencia Materno Infantil  
ELABORACIÓN: Lcda. Bella Morales L.

### 1.1.7. Valores

Los valores que guían y determinan la cultura organizacional de la institución son:

- Solidaridad,
- Universalidad,
- Cordialidad,
- Integralidad,
- Oportunidad,
- Actualización,
- Especialización,
- Eficiencia,
- Efectividad,
- Humanismo,
- Honradez,
- Equidad; y.
- Ética.

### **1.1.8. Servicios que presta la institución**

Son los correspondientes a un Hospital de Nivel III de complejidad (HCAM, 2012).

1. Departamento de Cirugía
2. Departamento de Clínica
3. Docencia y Capacitación
4. Servicio de Cardiología
5. Servicio de Cirugía General
6. Servicio de Cirugía Plástica y Quemados
7. Servicio de Electro-Eco-Cardiografía
8. Servicio de Estomatología y Máxilo Facial
9. Servicio de Farmacia
10. Servicio de Imagenología
11. Central de Esterilización
12. Servicio de Laboratorio Clínico

- 13.** Servicio de Materno Infantil
- 14.** Servicio de Medicina Nuclear
- 15.** Servicio de Nefrología
- 16.** Servicio de Neumología
- 17.** Servicio de Neurología
- 18.** Servicio de Obstetricia
- 19.** Servicio de Oftalmología
- 20.** Servicio de Oncología y Radioterapia
- 21.** Servicio de Otorrinolaringología
- 22.** Servicio de Psiquiatría
- 23.** Servicio de Rehabilitación
- 24.** Servicio de Urología

En la tabla N° 1 a continuación, se detallan los Procedimientos del Perfil Epidemiológico del Centro Obstétrico y el número de pacientes que ingresaron para atención, en el período de enero a octubre del 2011, a la Dirección Materno Infantil del Hospital Carlos Andrade Marín

Tabla Nº1

Hospital "Carlos Andrade Marín"  
 Perfil Epidemiológico  
 Subgerencia de Materno Infantil - Centro Obstétrico

PROCEDIMIENTOS	PROCEDIMIENTOS Y NUMERO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO OBSTETRICO										TOTAL	%
	ENERO-OCTUBRE 2011											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre		
Nacimientos	235	356	210	223	234	244	201	233	237	242	2415	25
Parto Normal	87	180	84	94	100	81	79	78	90	102	975	10
Parto Gemelar	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0,02
Cesáreas	103	136	75	107	106	122	108	112	113	106	1088	11
Cesárea + Ligadura	27	32	30	20	23	34	23	32	25	26	272	3
Cesárea Gemelar / Múltiple	3	9	7	0	8	4	1	7	5	4	48	0,5
<b>Pacientes Ingresadas con Alto Riesgo, Preeclampsia Eclampsia</b>	<b>183</b>	<b>198</b>	<b>214</b>	<b>207</b>	<b>221</b>	<b>171</b>	<b>189</b>	<b>194</b>	<b>192</b>	<b>120</b>	<b>1889</b>	<b>19</b>
Pacientes Ingresadas en Observación,	109	120	113	101	117	110	105	124	103	90	1092	11
Pacientes ingresadas en labor de parto	271	303	169	203	218	195	142	199	195	127	2029	20
<b>TOTAL</b>	<b>1018</b>	<b>1334</b>	<b>902</b>	<b>955</b>	<b>1027</b>	<b>961</b>	<b>848</b>	<b>981</b>	<b>960</b>	<b>817</b>	<b>9810</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadísticas del Centro Obstétrico de la Subgerencia de Materno Infantil.  
 Elaboración: Lcda. Bella Morales L.

## **1.2. Marco conceptual**

El marco conceptual que encaminará a los profesionales de la salud, en la atención a las mujeres durante el proceso de gestación de alto riesgo (preeclampsia, eclampsia), está compuesto por los conceptos teóricos y de la práctica basada en evidencias, interdisciplinariedad, calidad y eficiencia.

La importancia que se les debe prestar a los *síndromes hipertensivos del embarazo*, radican en que siguen siendo la principal causa de muerte materna en el Ecuador; y, constituyen también una causa importante de morbi-mortalidad fetal; en estos problemas y en especial en los casos de la preeclampsia y la eclampsia; existe una menor capacidad de sobrevivencia, comparado con las cifras de los países desarrollados.

### **1.2.1. Estados hipertensivos del embarazo.**

Como Estados Hipertensivos del Embarazo (E.H.E.), se conoce a un conjunto de alteraciones del sistema cardiovascular, que se presentan en la semana 20 del embarazo, en algunas casos pueden iniciarse antes cuando se presentan dolencias trofoblásticas o se agravan durante el embarazo, parto o puerperio inmediato y que tienen como signo común, el aumento de la tensión arterial.

Actualmente, se puede realizar observaciones de la formación y actitud fetal dentro del útero con ultrasonido, o a través de un doppler para estudiar la fisiología fetal mediante la ultrasonografía.

En éste conjunto de técnicas; Los estados hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materno-fetal y son la principal causa de muerte materna en muchos países desarrollados. Si bien ha habido un notable avance en su comprensión y una mejora en los resultados aún quedan aspectos por dilucidar y la condición de gestantes impone desafíos metodológicos y bioéticos que dificultan la generación de evidencias de buena calidad. (Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2013). Hasta llegar a nuestro país, tardó más de veinte años, recién podríamos expresar que la medicina fetal se establece en la década que estamos viviendo. En lo que respecta a la Medicina materno-fetal o Perinatología, tema difícil de realizar; es el Hospital Carlos

Andrade Marín el pionero en la investigación e implementación de procedimientos de atención, en nuestro país.

Anteriormente, lo que se hacía en medicina fetal, se lo realizaba a través de terapias intrauterinas, para la década del noventa, con la inclusión de la imagenología, se fueron desarrollando labores dedicadas específicamente a esta actividad, hay componentes nuevos que se están desarrollando en la actualidad.

### **1.2.2. Medicina materno-fetal.**

Las problemas obstétricos, médicos, genéticos y quirúrgicos que se pueden generar en el embarazo, sus posibles efectos en la madre y en el feto, son las condiciones anormales que con mayor frecuencia se presenta durante la gestación, algunas de ellas son exclusivas del embarazo o producto de él, y otras son circunstancias precedentes que se modifican por y durante el embarazo. La Medicina Materno-fetal como una subespecialidad de la Obstetricia, se encausa en la resolución de problemas tanto fetales como maternos.

### **1.2.3. Alto riesgo obstétrico.**

Algunas pacientes presentan situaciones inevitables, lo que no significa imposibilidad para sobrellevar un embarazo, siendo necesario detectar y darle adecuado tratamiento a las madres que entran en el grupo de alto riesgo obstétrico, esto significa, que requieren de un manejo y seguimiento más especializado.

Partiendo de las historias médica y quirúrgica, obstétrica, social, familiar, sexual, estilo de vida, y exposición a agentes teratogénicos de la paciente; estos aspectos y otros son desarrollados para detectar a las pacientes que ameritan una mayor atención.

Cuando se presenta gestación múltiple (más de un producto), también se constituye en riesgos, tanto para el feto como para la madre; entre las que podremos mencionar la anemia nutricional, preeclampsia, eclampsia, labor pretérmino, distosias de presentación, necesidad de cesáreas y hemorragias posparto. Complicaciones que pueden ser prevenidas a tiempo mediante un buen control y seguimiento.

## **1.2.4. Estados hipertensivos del embarazo.**

### **1.2.4.1. Clasificación**

Los trastornos hipertensivos también denominados con la expresión síndrome hipertensivo del embarazo, abarca básicamente cuatro categorías: la preeclampsia-eclampsia, la hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional, la hipertensión crónica y la Hipertensión crónica con preeclampsia sobre-agregada.

### **1.2.4.2. Hipertensión gestacional.**

Es el síndrome que se caracteriza por la hipertensión desarrollada durante el embarazo y es mayor o igual a 20 semanas, tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg., o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg., en mujeres previamente normotensa sin proteinuria.

### **1.2.4.3. Preeclampsia.**

Es la tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg, cuando el embarazo es mayor o igual a 20 semanas, en mujeres previamente normotensa, proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg, o tirilla reactiva positiva + o más. (22, 26, 34)

### **1.2.4.4. Preeclampsia leve.**

Cuando se presenta tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg, en el embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, con ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que muestren severidad.

#### **1.2.4.5. Preeclampsia severa.**

Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica es mayor o igual de 110 mm Hg y el embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 5 gramos o proteinuria en tirilla reactiva +++; y, también presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho Hemólisis. Plaquetas menores a 100000 mm<sup>3</sup>; disfunción hepática con aumento de transaminasas; oliguria menor 500 ml en 24 horas; edema agudo de pulmón, Insuficiencia renal aguda.

#### **1.2.4.6. Eclampsia.**

Es la tensión arterial mayor de 140/90mmHg en un embarazo mayor o igual a 20 semanas, además de proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg. o en tirilla reactiva +/++/+++, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin que sean causados por epilepsia u otros procesos convulsivos.

#### **1.2.4.7. Hipertensión arterial crónica.**

La tensión arterial crónica, se presenta cuando es mayor o igual a 140/90mmHg en el embarazo menor a 20 semanas o previa al embarazo, persistiendo luego de las 12 semanas post parto, la proteinuria en tirilla reactiva se presenta negativa.

#### **1.2.4.8. Hipertensión arterial crónica de alto riesgo en el embarazo**

Definición del riesgo gestacional: “Es aquel embarazo que tiene, ó que probablemente tenga estados concomitantes con la gestación, nacimiento ó puerperio que pueda elevar el peligro para la conservación de la salud de la madre, del feto ó de ambos.

La hipertensión arterial crónica es aquella que irrumpe con:

Tensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg y tensión arterial diastólica mayor a 110 mm Hg antes de las 20 semanas; edad materna mayor de 40 años; duración de la

hipertensión mayor de 15 años, diabetes mellitus con complicaciones, enfermedad renal por cualquier causa, miocardiopatía, coartación de la aorta, coagulopatía, antecedentes de accidente cerebro vascular y antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva.

#### **1.2.4.9. Epidemiología.**

Según la (OMS) Organización Mundial de la Salud, la incidencia de la preeclampsia se estima entre el 5 y el 10% de los embarazos, en tanto que la mortalidad se presenta entre 5 y 9 veces más en los países en vías de desarrollo. En latinoamérica, la morbilidad perinatal es del 8 al 45%, no obstante la mortalidad es del 1 al 33%.

#### **1.2.4.10. Etiopatogenia**

Hasta hoy en día, las causas de la preeclampsia se desconocen, en tanto que la invasión incompleta del trofoblasto se constituye en el punto de confluencia entre las diversas teorías que pretenden explicar su etiopatogenia.

La base genética y las transformaciones inmunológicas que aportan en la formación de signos inflamatorios y metabólicos se presentan con lesión endotelial y como centro fisiopatológico que se certifica clínicamente en forma de hipertensión, proteinuria, alteraciones de la coagulación e hipo perfusión tisular generalizada, que puede conducir finalmente a una disfunción somática múltiple y ocasionalmente a la muerte materna o perinatal.

#### **1.2.5. Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo de la Preeclampsia-Eclampsia, se han clasificados de diferente manera por varios autores. Así, *Serrano* y otros, los dividen en genéticos y medioambientales, mientras que *Contreras* y otros en preconceptionales o crónicos y vinculados con el embarazo.

Aquí se propone una clasificación que los divide en maternos (preconceptionales y relacionados con la gestación en curso) y medioambientales, Según la Revista Cubana de

Medicina General Integral, los Factores de riesgo de la Preeclampsia –Eclampsia (Medicina, 2007) se clasifican en:

- Maternos:
  
- Preconcepcionales:
  
- Edad materna menor de 20 y mayor de 35 años.
  - Raza negra.
  
  - Historia personal de Preeclampsia Eclampsia (en embarazos anteriores).
  
  - Presencia de algunas enfermedades crónicas: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, resistencia a la insulina, enfermedad renal, neurofibromatosis, síndrome antifosfolípido primario (anticuerpos antifosfolípido) y otras enfermedades autoinmunes (síndrome antifosfolípido secundario), trombofilias y dislipidemia.

Relacionados con la gestación en curso:

- Primigravidez o embarazo de un nuevo compañero sexual.
  
- Sobre distensión uterina (embarazo gemelar y polihidramnios).
  
- Embarazo molar en nulípara.

Ambientales:

- Mal nutrición por defecto o por exceso.
  
- Escasa ingesta de calcio previa y durante la gestación.

- Hipomagnesemia y deficiencias de zinc y selenio.
- Alcoholismo durante el embarazo.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Cuidados prenatales deficientes.
- Estrés crónico.

### **1.2.6. Factores maternos preconceptionales.**

#### **1.2.6.1. Edad materna**

Según algunos autores, las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años), se constituyen en los principales factores de riesgo de la hipertensión inducida por el embarazo; además, se ha confirmado que en los casos descritos, el riesgo de padecer de preeclampsia se duplica. Así mismo, se ha comprobado que las mujeres mayores de 35 años sufren con más frecuencia molestias crónicas vasculares, lo que facilita el surgimiento de la Preeclampsia. Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes, se genera con mucha frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la Preeclampsia.

#### **1.2.6.2. Tratamiento de crisis hipertensivas.**

El tratamiento antihipertensivo, es un procedimiento que se dirige a evitar las complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares y se prescribe generalmente cuando la presión arterial diastólica es menor de 105 mmHg, y la presión arterial sistólica es mayor de 160 mmHg, para evitar descensos súbitos.

Es prioritario mantener la presión sistólica entre 140 y 160 mmHg, y la presión diastólica entre 90 y 105 mmHg, con el objeto de mantener la presión de perfusión cerebral y el flujo sanguíneo uteroplacentario.

### **1.2.6.3. Hidralazina.**

La hidralazina parenteral, es el medicamento más frecuente que se administra para tratar la preeclampsia. La posología es de 5 a 10 mg intravenosos cada 15 a 30 minutos hasta alcanzar la presión arterial deseada. Luego de que se ha administrado una dosis total de 30 mg y no se han logrado los resultados deseados, se debe suministrar otro medicamento. (Dosis máxima 40 mg intravenoso). (34, 38) NIFEDIPINA, se utiliza una dosis de 10 mg vía oral, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas. La dosis máxima es de 60mg. (34) LABETALOL.

Se utiliza una dosis de 2mg/min en infusión continua, de acuerdo a la respuesta de la presión arterial sin pasar de 20mg, en dosis iguales adicionales se puede administrar en intervalo de 10 min. (38,40), la Tensión Arterial diastólica con el uso de hipotensores no debe bajar de 90mmHg. (34)

EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA, SE LO DEBE CONSIDERAR EN FORMA REAL, EN LOS CASOS QUE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- Presión Arterial sistólica entre 140 - 155mmHg.
- Presión Arterial diastólica entre 90 -105mmHg.
- Considerar utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:
- Alfametildopa a dosis de 250-500 mg Vía Oral cada 6 horas; o
- Nifedipina de liberación osmótica a dosis de 30-60-90 mg/día; o

- Nifedipina de acción rápida dosis de 10-20 mg VO cada 8 horas.
- Si se dispone de ecografía abdominal se puede verificar la edad gestacional e ILA, en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.

### **1.2.7. Finalización del embarazo**

El tratamiento definitivo de la Preeclampsia- Eclampsia, es la interrupción del embarazo y la remoción del tejido placentario, la decisión para interrumpir el embarazo debe considerar la gravedad de la condición materna, la edad gestacional y el estado de bienestar fetal al momento de la evaluación inicial, así como el tipo de unidad médica (3, 6, 8). Independientemente de la edad gestacional, son indicaciones para la interrupción del embarazo:

- Compromiso materno.
- Compromiso del bienestar fetal.

EL EMBARAZO SE DEBE FINALIZAR, MEDIANTE PARTO O CESÁREA SOLO CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EN LAS PRIMERAS 24 HORAS, INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL, SI SE CONSIDERA QUE SE COMPROMETE A LA MADRE:

Si la Tensión Arterial diastólica es mayor o igual a 110 mm Hg o la tensión Arterial sistólica es igual o mayor a 160mm Hg que se mantienen a pesar de tratamiento hasta por 6 horas.

- Oliguria menor a 30 cc/h (diuresis menor a 1 cc/Kg/h)
- Proteinuria en 24 horas mayor a 3 gramos ó + + + en tirilla reactiva.

SE DEBE FINALIZAR EL EMBARAZO POR PARTO O CESÁREA, CON CONSENTIMIENTO INFORMADO, EN LAS PRIMERAS 12 HORAS, INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL, SI SE SOSPECHA COMPROMETIMIENTO MATERNO Y:

- Convulsiones (eclampsia).
- Síndrome de HELLP agravado por:
- Plaquetopenia menor a 50.000 / mm<sup>3</sup>
- LDH: mayor a 1400 UI/L
- TGO: mayor a 150 UI/L
- TGP: mayor a 100 UI/L
- AC. URICO: mayor a 7,8 mg/dl
- CREATININA: mayor a 1 mg/dl

Y SE DEBE FINALIZAR EL EMBARAZO INMEDIATAMENTE CON CONSENTIMIENTO INFORMADO, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL, POR PARTO O CESÁREA, SI SE SOSPECHA COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL:

- Oligohidramnios ILA menor a 8.
- Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico.
- Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo de 4 horas.
- En arteria umbilical: índice de resistencia y pulsatilidad aumentados. Ausencia o inversión de diástole.
- En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y pulsatilidad.
- Relación IR arteria cerebral media / IR arteria umbilical menor a 1.

- Si la terminación del embarazo es por cesárea, se la indicará con incisión media infraumbilical. Si las plaquetas son menor a 100.000mm<sup>3</sup> se contraindica la anestesia peridural y si es mayor a 34 semanas: la terminación del embarazo será según criterio obstétrico, por parto o cesárea, test de Bishop igual o menor de 6 de maduración cervical.

### **1.2.8. Complicaciones**

Las embarazadas con preeclampsia severa pueden presentar complicaciones graves como: edema agudo de pulmón, falla respiratoria, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), coagulación intravascular diseminada, insuficiencia hepática o renal; hematoma subcapsular o ruptura hepática, hemorragia postparto, enfermedad vascular cerebral, ceguera cortical, desprendimiento de retina, crisis convulsivas eclámpticas y falla orgánica múltiple.

Durante e inmediatamente después del episodio de convulsiones, deben instalarse medidas de apoyo para evitar lesiones maternas graves y de aspiración, para lo que se debe proteger la lengua, minimizando el riesgo de aspiración, mantener la vía aérea permeable y proporcionar oxígeno.

### **1.2.9. Síndrome hellp.**

El síndrome HELLP es una complicación grave de la preeclampsia severa/eclampsia, con repercusiones serias, para la madre y el feto. Este síndrome fue descrito por primera vez por Weinstein quien enfatizó la triada del cuadro: (39); Hemólisis micro angiopática, Elevación de enzimas hepáticas, Plaquetas bajas.

Se debe realizar un estudio imagenológico hepático positivo, para hematoma subcapsular. Clínicamente son pacientes que generalmente se asocian de una preeclampsia; un estado deteriorado de salud, frecuentemente presentan náusea, vómito, dolor epigástrico, ictericia. Es importante recordar cuándo vamos a realizar el diagnóstico, que el síndrome HELLP tiene características clínicas muy parecidas a la púrpura trombocitopénica, síndrome urémico hemolítico renal aguda posparto y degeneración aguda del hígado.

### **1.2.10. Pérdida gestacional recurrente.**

En muchísimas ocasiones, algunas madres han presentado dos o más pérdida de un embarazo. Lo importante en estas pacientes es poder estudiar a profundidad las posibles causas de estas pérdidas. Las causas de las pérdidas usualmente dependen del tiempo de concepción, aquellas menores de 10 semanas (2 meses y medio) están asociadas a problemas cromosómicos, entre otros.

Las embarazadas mayores de esta edad, y que se encuentren en el segundo o tercer trimestre, están asociadas a problemas sanguíneos maternos (trombofilias). Sin embargo, todas las anomalías, son abordadas para que los próximos embarazos tengan una adecuada asesoría perinatal.

### **1.2.11. Infecciones perinatales**

La infección perinatal se constituye en la principal causa de la morbi-mortalidad durante el embarazo; entre las que podemos citar a las infecciones por toxoplasmosis, varicela, rubéola, infecciones por citomegalovirus, por herpes simple, sífilis, hepatitis B, y el virus de la Inmuno Deficiencia Humana Adquirida. Cada una de estas enfermedades, pueden tener consecuencias desfavorables para la madre y el feto.

### **1.2.12. Medicina materna**

La medicina materna, asiste y protege a toda gestante con factores de alto riesgo durante el embarazo, como en el postparto. Está en conexión directa con la Unidad de Neonatología, se estructura y entrelaza sobre una serie de clínicas monográficas como la de diabetes, hipertensión, o infecciones de transmisión vertical.

Puede realizar todo tipo de estudios fetales (con informatización de los estudios de la FCF, ecografía de alta definición, estudios de líquido amniótico, valoraciones de parámetros perinatales, etc.).

### **1.2.13. Medicina fetal**

Es uno de los campos nuevos incorporados a la Unidad; trata todas aquellas patologías propias del feto (malformaciones, infecciones, transfusiones feto-fetales en gemelares, etc.). La práctica de mayor interés en el servicio, es la cirugía fetal, en especial en los casos de transfusión feto-fetal, con resultados muy buenos.

La medicina materno-fetal, en correspondencia con el área de ecografía así como también con el equipo de cirugía pediátrica es fundamental. Además, se cuida de hacer un pronóstico futuro de las patologías, de manera que hace lo que denomina el asesoramiento reproductivo.

En síntesis, la educación se convierte en un gran pilar para la prevención y manejo de estas patologías. Deseamos que nuestras pacientes tengan la libertad de abordar cada uno de estos temas tan importantes, para beneficio de las madres embarazada.

**CAPITULO II**

**DISEÑO METODOLÓGICO**

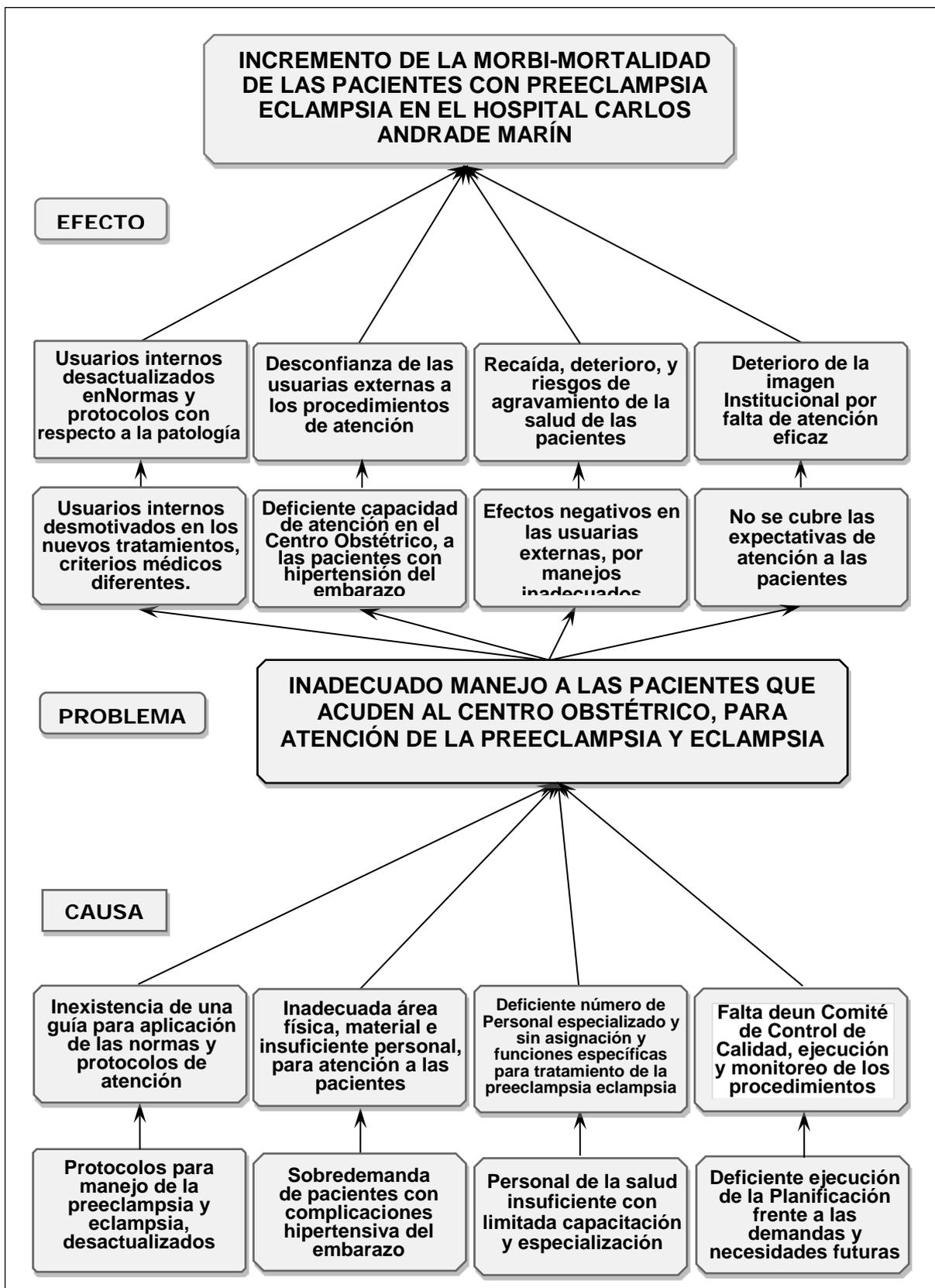
## 2.1. Matriz de involucrados

INSTITUCIONES Y/O GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<p><b>1. Gerente del Hospital Carlos Andrade Marín.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la asistencia en salud, para bienestar de las usuarias externas en estado de gestación.</li> <li>• Solucionar problemas de salud reproductiva y perinatal de alto riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talento humano;</li> </ul> <p><b>RECURSOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos financieros;</li> <li>• Recursos materiales</li> </ul> <p><b>MANDATOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer atención médica y administrativa de calidad a las usuarias externas.</li> </ul> <p><b>MARCO LEGAL:</b> Disposiciones en: La <b>CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR</b> Arts. 32, 34; <b>LEY DE SEGURIDAD SOCIAL</b> Art. 2.- Sujetos de protección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistencia de un área adecuada para atención exclusiva a las pacientes con preeclampsia y eclampsia.</li> </ul>
<p><b>2. Subgerente de Materno-Infantil.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar en la desconcentración de los bienes y servicios para la correcta adecuación de la Sala.</li> <li>• Brindar atención de calidad a las usuarias del Centro Obstétrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Recursos materiales</li> <li>• Ejecutar un inventario de actividades.</li> <li>• Realizar un inventario de bienes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay atención programada por especialidades y sub especialidades.</li> </ul>
<p><b>3. Director Centro Obstétrico.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar, la creación de la Unidad Materno Fetal.</li> <li>• Apoyar a los profesionales de salud, en las nuevas acciones de atención integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Recursos materiales</li> <li>• Desarrollar un inventario de actividades a ejecutar en la nueva Unidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay planificación en lo relacionado a Materno Fetal.</li> <li>• Insuficiente espacio físico para la atención, a las pacientes alto riesgo.</li> </ul>
<p><b>4. Personal del Servicio de Obstetricia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar y presentar propuestas para el proyecto de creación de la Unidad.</li> <li>• Facilitar en lo administrativo las memorias, estadísticas y más datos del Servicio.</li> <li>• Conceder Recurso Humano mínimo, para el estudio de pre factibilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos.</li> <li>• Recursos materiales</li> <li>• Recursos financieros</li> <li>• Proveer los inventarios publicaciones reseñas y más fundamentos del Servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamiento limitado, para la actividad vital que se realiza en el Servicio.</li> <li>• El estado de las instalaciones, no es el óptimo.</li> <li>• Falta personal no médico para actividades varias.</li> </ul>

<p><b>5. Pacientes, afiliadas, y beneficiarias del IESS.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir excelente atención, acorde con los últimos adelantos de especialización médica y de la nueva tecnología.</li> <li>• Que se le brinde cuidados especializados con altos niveles humanos, científicos y tecnológicos.</li> <li>• Que se le atienda y solucione los problemas de enfermedad a tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de la Salud, Médico, Autoridades, Directivos Empleados Trabajadores de la Institución y sin relación de dependencia, que participan en la ejecución del proyecto.</li> <li>• Demandar atención de calidad, mediante el Art. 44 de la Ley de Seguridad Social; a través de la Comisión de Prestaciones y Controversias. Los comisionados solicitarán al Director Provincial, la acreditación de un médico funcionario del IESS, para que actúe con voz informativa en las reclamaciones y quejas sobre la atención médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área física deteriorada por el tiempo de uso.</li> <li>• Pérdida de tiempo. Por falta de atención.</li> <li>• Tratamientos tardíos.</li> <li>• Mala atención.</li> </ul>
<p><b>6. Maestrante</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar los conocimientos adquiridos en la Maestría a través del proyecto de acción.</li> <li>• Autorrealización personal y profesional.</li> <li>• Contribuir a que las pacientes, con preeclampsia-eclampsia reciban atención de calidad en el Centro Obstétrico, por parte de usuarios internos de la salud, mediante la implementación del presente proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laborar con principios y valores éticos: humanismo, solidaridad, y cooperación.</li> <li>• Interés por brindar una excelente atención a las pacientes.</li> <li>• Proveer asistencia integral con profesionalismo</li> <li>• Facilitar Cuidados de enfermería para promover y proteger la salud de las pacientes.</li> <li>• Capacitarse en los adelantos de la medicina en preeclampsia-eclampsia.</li> <li>• Ser digna representante de la profesión en el centro Obstétrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiencia en la atención brindada a las pacientes en el Centro Obstétrico, por falta de infraestructura adecuada.</li> <li>• Recursos limitados en el Centro Obstétrico;</li> <li>• Saturación de pacientes obstétricas por crecimiento de ingresos.</li> </ul>

ELABORACIÓN: Lcda. Bella Morales L.

2.2. Árbol de problemas



ELABORACIÓN: Lcda. Bella Morales L.

### 2.3. Árbol de objetivos



ELABORACIÓN: Lcda. Bella Morales L.

## 2.4. Matriz de marco lógico

RESÚMEN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b>			
<b>Disminuir la morbi mortalidad de las pacientes con preeclampsia y eclampsia, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.</b>			
<p><b>PROPÓSITO</b></p> <p>Se proporciona atención de calidad a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.</p>	<p>En el mes de diciembre de 2012, El Centro Obstétrico, funcionando en un 90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resoluciones, Normas, Administrativas y Políticas de la Institución.</li> <li>Oficios y Documentos del Proyecto, que aprueban su ejecución.</li> <li>Informes de las diferentes Unidades Administrativas:</li> <li>Documento de aprobación del proyecto por el jefe de servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decisión Institucional para el cambio.</li> <li>Se mantiene como prioridad, en el Centro Obstétrico, la atención a la paciente preecláptica ecláptica.</li> <li>El proceso de implementación se efectiviza, clarificándose los procesos de atención y los roles de los profesionales de la salud comprometidos en el Proyecto.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>			
RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>1. La Guía de Normas y Protocolos, de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, elaborados y aplicándose.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 100% de los Protocolos de Atención, de acuerdo con las necesidades de la Institución.</li> <li>En los próximos 6 meses los Protocolos aplicándose por los usuarios internos de en el Centro Obstétrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de trabajo</li> <li>Documentos y escritos</li> <li>Medios magnéticos.</li> <li>Evaluación sobre la aplicación de los procedimientos y protocolos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compromiso del personal del Servicio, para utilización de la Guía de normas y protocolos; elaborados con la participación del Talento Humano de la Dirección de Materno Infantil.</li> </ul>
<p>2. Adecuado espacio físico, aprobado, y funcionando, que garantice la atención de calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ubicación del Área física, para el manejo de las pacientes con preeclampsia eclampsia, 100%, aprobada.</li> <li>El 80% del área física, se encuentra con capacidad instalada en septiembre de 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficios disponiendo ubicación del área a ocupar por la Sala de Atención a las pacientes con preeclampsia-eclampsia.</li> <li>Fotografías de la nueva Sala.</li> <li>Actas de entrega recepción de construcción y remodelación de la sala.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patrocinio Institucional y de las Autoridades del HCAM.</li> <li>Que el personal de la salud, se interese en el cuidado y mantenimiento de sus instalaciones</li> </ul>
<p>3. Gestionar la reorganización y el incremento de profesionales de la salud, para la demanda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% del personal para atención a las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo, reorganizada, hasta diciembre de 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombramientos (contratos) de talento humano nuevo asignado.</li> <li>Oficio con listado del personal reasignado al Centro Obstétrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respaldo de las autoridades de la Subgerencia de Materno infantil.</li> <li>Colaboración de los usuarios internos y externos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% del Talento Humano requerido, incrementado en el primer semestre del año 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta del Taller de diagnóstico.</li> </ul>	
<p><b>4. El Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua, conformado y funcionando.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elegir a los representantes del Comité de Control, de entre las Autoridades y el Talento Humano de la Subgerencia de Materno Infantil, en el primer mes de ejecución del Proyecto; mantenerlo conformado.</li> <li>• El 100% de los integrantes, del Comité con capacidad profesional en auditoría y evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de la Subgerencia de Materno Infantil disponiendo la Conformación del Comité.</li> <li>• Nómina de participantes</li> <li>• Acta firmada por los profesionales, que conforman el nuevo Comité.</li> <li>• Acta de compromiso de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propiciar evaluaciones de gestión en el nuevo Servicio de atención y cuidados a las pacientes con preeclampsia eclampsia.</li> <li>• Promover en los usuarios internos, la formación continua, como herramienta básica para desarrollar acciones de promoción, prevención, atención y cuidados.</li> </ul>

### RESULTADO 1

#### RESULTADO 1

**La Guía de normas y protocolos para atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, elaborada y aplicándose en el Centro Obstétrico.**

#### ACTIVIDADES RESULTADO 1

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS	COSTOS
1. Compilación y preparación de material.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maestrante</li> </ul>	Enero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina</li> <li>• Escritorio</li> <li>• Computador</li> </ul>	<b>USD</b> 50,00
2. Revisión bibliográfica y elaboración de la Guía de Normas y Protocolos para atención de las pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Obstétrico Jefe de Servicio</li> <li>• Coordinación de Enfermería Coordinadora del servicio</li> <li>• Usuarios Internos</li> <li>• Maestrante</li> </ul>	Enero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de conferencias</li> <li>• Infocus</li> <li>• Videos</li> <li>• Power Point,</li> <li>• Cds.</li> <li>• Refrigerio</li> </ul>	<b>USD.</b> 50,00
3. Impresión de la Guía, para la Sala de manejo a las pacientes con hipertensión del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección Administrativa</li> <li>• Servicios Administrativos</li> </ul>	ABRIL 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador</li> <li>• Impresora</li> <li>• Papel bond</li> </ul>	<b>USD</b> -
4. Presentación de la Guía a las autoridades, para ponerlos a disposición de los usuarios internos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director de Materno Infantil (Aprobación)</li> <li>• Maestrante (entrega documento)</li> </ul>	MAYO 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de Normas y Protocolos</li> </ul>	<b>USD</b> -

## RESULTADO 2

### RESULTADO 2

**Espacio físico adecuado aprobado, funcionado, que garantice la atención diferenciada a la pacientes que acuden al centro obstétrico**

### ACTIVIDADES RESULTADO 2

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS	COSTOS
1. Oficios a las autoridades solicitando la adjudicación del área física para la nueva sala.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerente de Materno Infantil.</li> <li>• Jefe de Centro Obstétrico.</li> <li>• Maestrante</li> </ul>	Enero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios</li> <li>• Computador</li> <li>• Impresora</li> <li>• Papel bond</li> </ul>	<b>USD</b> 5,00
2. Trámite de la Subgerencia de Materno Infantil, a la Gerencia del Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia del Hospital</li> <li>• Subgerente de Materno Infantil.</li> <li>• Maestrante</li> </ul>	Enero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios,</li> <li>• Computador</li> <li>• Impresora</li> <li>• Material de escritorio</li> </ul>	<b>USD</b> 5,00
3. Elaboración de la resolución de la Gerencia del Hospital, con la autorización para continuar con la implementación de la sala.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerente de Materno Infantil.</li> <li>• Jefe de Centro Obstétrico.</li> <li>• Coordinadora de Enfermería.</li> <li>• Maestrante</li> </ul>	Febrero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento conteniendo la Resolución</li> </ul>	<b>USD</b> -
4. Disposición a la Unidad de Construcciones Civiles y Mantenimiento la adecuación de la sala.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerente de Materno Infantil.</li> <li>• Jefe de Unidad de Construcciones Civiles y Mantenimiento de Instalaciones.</li> </ul>	Febrero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento conteniendo la disposición a la Dirección de Construcciones y Mantenimiento de Instalaciones</li> </ul>	<b>USD</b> -
5. Remodelación y adecuación de la sala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefe de Centro Obstétrico.</li> <li>• Unidad de Construcciones Civiles y Mantenimiento de Instalaciones.</li> </ul>	DICIEMBRE 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de la Gerencia del Hospital</li> <li>• Memorando de la Subgerencia de Materno infantil</li> </ul>	

### RESULTADO 3

#### RESULTADO 3

**Gestionar la reorganización y el incremento de profesionales de salud para la demanda**

#### ACTIVIDADES RESULTADO 3

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS	COSTOS
1. Oficios a la Subgerencia de Materno Infantil, con las necesidades para reorganización e incremento de personal con especialización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerente de Materno Infantil.</li> <li>• Comité de Calidad Control de Gestión y Mejora Continua</li> <li>• Maestrante.</li> </ul>	ENERO 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina</li> <li>• Computadora</li> <li>• Impresora</li> <li>• Papel Bond A4.</li> </ul>	<b>USD</b> 5,00
2. Oficio de Subgerente de Materno Infantil a Subgerencia de Talento Humano, solicitando el incremento de personal de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerente de Materno Infantil</li> <li>• Subgerente de Talento Humano.</li> <li>• Jefe de Centro Obstétrico</li> <li>• Coordinadora de Enfermería</li> <li>• Jefatura de Personal.</li> </ul>	ENERO 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina</li> <li>• Computadora</li> <li>• Impresora</li> <li>• Papel Bond A4</li> </ul>	<b>USD</b> 5,00
3. Talento Humano, especializado en el manejo a las pacientes con preeclampsia eclampsia, laborando en la nueva sala.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerencia de Talento Humano.</li> <li>• Usuarios Internos</li> </ul>	MAYO 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios de Subgerencia de Talento Humano a Subgerencia de Materno Infantil.</li> <li>• Nomina de Usuarios Internos</li> </ul>	<b>USD</b> -

## RESULTADO 4

### RESULTADO 4

**El Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua, conformado y funcionando.**

#### ACTIVIDADES RESULTADO 4

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS	COSTOS
1. Oficio a Subgerente de Materno Infantil, solicitando autorización para conformar el Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua del Centro Obstétrico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerente de Materno Infantil.</li> <li>• Jefe de Centro Obstétrico</li> <li>• Maestrante</li> </ul>	Febrero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina</li> <li>• Computador</li> <li>• Impresora</li> <li>• Papel A4.</li> </ul>	<b>USD</b> 5,00
2. Reunión previa de las autoridades con el personal del Servicio, para conformación del Comité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefe de Centro Obstétrico</li> <li>• Coordinadora de Enfermería.</li> <li>• Maestrante</li> </ul>	MARZO 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Reuniones Subgerencia Materno Infantil</li> <li>• Infocus</li> <li>• Refrigerio</li> </ul>	<b>USD</b> 50,00
3. Elección del Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua del Centro Obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal del Centro Obstétrico</li> <li>• Jefe de Centro Obstétrico</li> <li>• Coordinadora de Enfermería.</li> <li>• Maestrante</li> </ul>	ABRIL 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Reuniones Subgerencia Materno Infantil</li> <li>• Infocus</li> <li>• Refrigerio</li> </ul>	<b>USD</b> 100,00

## **CAPITULO III**

# **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

El Proyecto denominado “Mejoramiento de la calidad de atención de las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2012”; se encuentra en proceso de ejecución, habiéndose obtenido los siguientes resultados:

### **3.1 Resultado 1**

**3.1.1. Producto:** Guía de protocolos y estándares de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, elaborada, promocionada y en aplicación.

#### **Introducción**

En la actualidad, todo servicio de salud debe manejarse con criterios universales, es decir, protocolizados y estandarizados, los mismos que deben servir de guía para que la atención brindada sea de calidad. Lo manifestado, no significa que se mecanice la atención médica, puesto que, es importante que se mantenga el contacto adecuado con las pacientes, sin descuidar la calidez y el buen trato.

Con autorización de la Subgerencia de Materno infantil, el respaldo de la Jefatura del Centro Obstétrico, la participación del Talento Humano del Servicio y conforme plantea el primer objetivo; las Normas y los Protocolos de atención fueron compilados por la maestrante; involucrando actividades de actualización y revisión bibliográfica, además de los aportes de los usuarios internos del Centro Obstétrico.

Bajo la supervisión de las Unidades de Investigación y Docencia e Informática, las observaciones propuestas y luego los resultados obtenidos fueron transferidos a la Guía de usuarios para luego de su aprobación por parte de la Subgerencia de Materno Infantil, publicarlos para la distribución y aplicación inmediata.

Por lo que la Guía de Normas y Protocolos de Atención, se convierte en un principio fundamental que orienta el ámbito de acción y de competencias del equipo multidisciplinario del Centro Obstétrico, se diseñó y elaboró de una forma lógica que implica desde la recepción de la paciente hasta la terminación del embarazo, con lo que se aporta para el

mejoramiento en el calidad de la atención, contribuyendo de esta forma a disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal en el Hospital Carlos Andrade Marín.

Además se consideró a la difusión de los Protocolos como una estrategia para la aplicabilidad y la socialización de los contenidos. Con lo que se pretende, que esta normativa sea aplicada por el talento humano que labora en la Subgerencia de Materno-Infantil y se convierta en documento de apoyo, inclusive para estudiantes en pasantía en el Centro Obstétrico.

La presente Guía de usuarios, está diseñada para cumplir con la responsabilidad que tienen los Servicios del Hospital Carlos Andrade Marín de elaborar y aplicar las Normas y Protocolos de Atención; y así mismo, para cumplir con los siguientes objetivos.

#### **Objetivos.**

- Estandarizar los Protocolos para que el personal de la salud, realice los procedimientos en forma unificada y coordinada.
- Optimizar los procesos de atención, contando con normativa actualizada, considerando los avance del desarrollo científico-técnico, sin dejar de considerar al ser humano como un individuo Bio-psico-social que requiere de consideración y afecto en su tratamiento.
- Mejorar la cobertura y efectividad de los tratamientos, a las pacientes que acuden al Centro Obstétrico.
- Alcanzar la atención eficiente y eficaz, con óptima calidad en el Centro Obstétrico y convertirse en el Servicio de más alto nivel de complejidad en el Sistema de Salud del Hospital Carlos Andrade Marín.
- Fomentar el trabajo en equipo, considerando siempre la ética profesional, para ejemplo y orientación del personal nuevo.

## **Actividades del Resultado 1**

### **1. Compilación y preparación de material**

Para la elaboración de la Guía de Normas y Protocolos de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia para el Centro Obstétrico, se realizó la compilación de libros, revistas, documentos de las bibliotecas de la Universidad Técnica Particular de Loja, Universidad Católica, Universidad Central, Hospital Metropolitano, Hospital Vozandes y páginas de Internet, actividad que se realizó en la primera semana del mes de abril del 2012.

### **2. Revisión bibliográfica y elaboración de la Guía de Normas y Protocolos para atención de las pacientes.**

Esta actividad tuvo dos fases:

- En la primera se efectuó una reunión con las autoridades y con los usuarios internos; la maestrante expuso como necesidad básica, la elaboración de la Guía de Normas y Protocolos para el manejo de las pacientes con preeclampsia – eclampsia, en el Centro Obstétrico.
- En la segunda fase, luego de la revisión y análisis de la bibliografía y del material seleccionado; considerando la metodología propuesta, se realizó la procedió a la elaboración de la Guía, la misma que contó con el aporte de los usuarios internos y la revisión de la Unidad de Docencia y Capacitación.

### **3. Impresión de la Guía, para el Centro Obstétrico**

Con la aprobación y disposición de las autoridades, se procedió a la impresión de la Guía de Normas y Protocolos.

### **4. Presentación de la Guía a las autoridades, para ponerlos a disposición de los usuarios internos.**

Luego de haber sido aprobada por las autoridades del hospital, en la sala de reuniones del Centro Obstétrico, se realizó la presentación de la Guía de Normas y Protocolos para el manejo de las pacientes con preeclampsia – eclampsia, al personal de la salud del Centro Obstétrico, para la utilización inmediata.

#### Conclusiones del Resultado 1

- La aplicación de normas y protocolos, ha permitido la homogenización de los criterios y la estandarización de la atención, lo cual conduce a una atención eficiente.
- Las Normas y Protocolos, facilitan al personal de la salud, la decisión terapéutica más adecuada.
- Con lo que se ven reflejadas la organización y la calidad de la atención que se brinda, en el Centro Obstétrico y en el Hospital.

La Guía de Normas y Protocolos para el manejo a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, véase en el APÉNDICE 2.

## 3.2 Resultado 2

**Producto: Espacio físico para manejo de las pacientes con preeclampsia eclampsia aprobado, ubicado y funcionando, para garantizar una atención diferenciada a las pacientes que acuden al Centro Obstétrico.**

### Introducción

El Hospital Carlos Andrade Marín dentro de su Planificación Estratégica, tiene como misión brindar atención de calidad, en todos los servicios que ofrece; así mismo, para cumplir con el objetivo de satisfacer las demandas de los/as afiliados(as) con eficiencia y eficacia, requiere contar con áreas adecuadas, en nuestro caso, concretamente se requiere contar con una Sala para Manejo a las pacientes con preeclampsia y eclampsia instalada.

En el nuevo servicio, las pacientes con complicaciones del embarazo, podrán acceder a la consulta, al diagnóstico y al tratamiento médico, a través de los procedimientos programados los mismos que son brindados por usuarios internos especializados. La nueva área cuenta con equipo tecnológico moderno, lo que le permite a los médicos, emitir diagnósticos exactos y realizar el seguimiento a los embarazos de alto riesgo mediante la técnica Doppler.

Así mismo, se efectúan evaluaciones precisas, de los vasos de circulación, del útero y de la placenta, mediante la ampliación de imágenes eco específicamente. En circunstancias, de que se presenten casos que requieran de estudios adicionales, se podrá efectuar el diagnóstico mediante el uso de las imágenes de 3 y 4 dimensiones.

La excelente predisposición de las autoridades, además de contar con la ventaja de que en la actualidad, se encuentra en remodelación el hospital, ha sido un hecho positivo y fundamental, para ubicar el área física para el Servicio de manejo a las pacientes con preeclampsia y eclampsia; la misma que, cuenta con una sala de espera, consultorios con equipo moderno, lo que le permite al usuario interno realizar el diagnóstico y los tratamientos requeridos, en un ambiente de confort y calidad, dignos del Centro Obstétrico del Hospital del Seguro Social del Ecuador.

En consecuencia, el acondicionamiento del área, reúne todas las condiciones básicas requeridas en un Servicio especializado, acorde con la demanda y la jerarquía de una Institución de Nivel III.

Por lo que, a futuro con la implementación y equipamiento de la sala, se estaría en la capacidad técnica de implementar una subespecialidad en el área de la patología obstétrica.

### **Objetivo**

Implementar la sala para el manejo adecuado a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, dotándola de instrumental, equipo e insumos necesarios, para proporcionándole a la usuaria externa, bienestar y satisfacción por la atención prestada.

### **La atención en la nueva Sala**

**Lugar:** La ubicación de la sala, está en el ala derecha del Centro Obstétrico.

**Equipamiento:** El instrumental, equipo y material, con el que se encuentra funcionando la Sala, es el solicitado mediante Requisición al Departamento de Adquisiciones, además de los que ya se contaban en la Subgerencia de Materno Infantil.

**Personal:** Una vez seleccionado el personal para la atención de la preeclampsia eclampsia, los profesionales que laboran en la Sala, son aquellos que cuentan con una especialización, los mismos, que prestarán servicios de forma personalizada, con ética y eficiencia profesional, con el fin de satisfacer las necesidades y las expectativas de la usuaria externa.

**Horario:** El horario de atención de la Sala, es de lunes a domingo las 24 horas del día.

**Control de insumos:** La reposición de insumos, se lo hará las 24 horas del día a fin de evitar el desabastecimiento.

## **Actividades del Resultado 2**

### **1. Oficios a las autoridades solicitando la adjudicación del área física para la nueva sala.**

Para cumplir con esta actividad, mediante sendos oficios se realizó la solicitud a las autoridades de la Subgerencia de Materno infantil, Jefe del Centro Obstétrico y Coordinadora de Enfermería, con el objeto de que se obtenga la autorización y asignación del área física, en donde se ubicará la Sala para atención a las pacientes con preeclampsia eclampsia.

La Sala de Manejo a las pacientes con preeclampsia eclampsia, es un servicio que funcionalmente se ubica en el Centro Obstétrico; está ubicada estratégicamente, en un lugar de fácil acceso desde el Servicio de Emergencia, de manera que permite el traslado rápido de las pacientes y muy próximo al Centro Quirúrgico, Central de Esterilización y con accesibilidad a los siguientes servicios:

- a. Sala de Puerperio
- b. Pediatría o Neonatología
- c. Patología Clínica

### **2. Trámite de la Subgerencia de Materno Infantil, a la Gerencia del Hospital**

Mediante memorando interno la Subgerencia de Materno infantil, gestiona el pedido realizado por la maestrante a la Gerencia del Hospital.

### **3. Resolución de la Gerencia del Hospital, con la autorización para continuar con la implementación de la sala.**

Luego de la reunión mantenida con las autoridades de la Subgerencia de Materno Infantil, Centro Obstétrico y de la Coordinación de Enfermería, la Gerencia del Hospital emite la Resolución con la autorización para la Implementación de la sala.

#### **4. Disposición a la Unidad de Construcciones Civiles y Mantenimiento la adecuación de la sala.**

Oficio de la Subgerencia de Materno infantil, a la Unidad de Construcciones Civiles y Mantenimiento, en el que se dispone la Resolución de la Gerencia del Hospital, para que se ubique, adecue y equipe la sala para atención a las pacientes con hipertensión del embarazo.

#### **Conclusiones del Resultado 2**

- Se cumplió el objetivo de contar con el área física, diseñada técnicamente, con equipo e instalaciones compatibles con las actividades para la atención a las pacientes con preeclampsia eclampsia, en el Centro Obstétrico.
- La entrega recepción de las instalaciones de la nueva sala, cumplen con los requisitos para el servicio. La entrega recepción se realizó a satisfacción de las partes.
- Se realiza el entrenamiento, inducción y adaptación del personal asignado, para el manejo de los nuevos equipos.
- Los usuarios internos, participan en Congresos y Seminarios, para actualización de conocimientos, en los últimos adelantos de la especialidad.
- Se dispone de un stock suficiente de insumos y material, que permita realizar los procedimientos requeridos y a la vez que se pueda brindar y mantener la comodidad de la paciente.
- El diagnóstico de necesidades de material e instrumental para la nueva sala, se realizó con la participación de las autoridades de la Subgerencia de Materno Infantil, sustentados en la experiencia y en la demanda de las pacientes en el Centro Obstétrico.
- Se equipó el área, considerando que debe ser un área estéril, con lo que se busca brindar seguridad a la usuaria externa.

### **3.3 Resultado 3**

**Producto: El personal de profesionales de la salud incrementado y reorganizado, para cubrir el aumento y la demanda de las pacientes con preeclampsia-eclampsia.**

#### **Introducción**

Con este resultado, se pretende cubrir el aumento y la demanda creciente por atención en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín; área en la que se brinda atención a las pacientes con complicaciones médicas asociadas con la hipertensión inducida durante el embarazo.

En cumplimiento de la misión institucional y con referencia al Diagnóstico de Situación efectuado por la Unidad de Talento Humano, a la gestión del personal en el Centro Obstétrico, se puede observar, la existencia de varias dificultades como son: falta de personal de la salud, diferente carga laboral en las mismas funciones, ineficacia e incumplimiento de tareas, incorrecta distribución de personal, procesos con espera prolongada, todo ello, ha generado descontento e insatisfacción entre los/las usuarios/as internos/as y de los/as usuarios externos/as y sus familiares.

El Hospital Carlos Andrade Marín, con la coordinación de la Subgerencia Administrativa elabora su Plan Operativo Anual (POA), en el cual, se proyectan los objetivos, metas, políticas administrativas, financieras, de talento humano, de reestructuración y de adecuación física; esto, lo realiza en función de un cambio organizacional propositivo, con actividades desde las cuales, se encamina en gran medida al desarrollo Institucional y a la satisfacción de los/as usuarios/as.

Con el propósito de continuar, con la propuesta planteada, se elevó a la Gerencia General del Hospital, por parte de la Subgerencia de Materno Infantil y de la Unidad de Talento Humano el Informe con el Diagnóstico Situacional del personal de la salud, del Centro Obstétrico. El informe fue aprobado, tanto para el incremento de personal especializado en

manejo de las complicaciones hipertensivas del embarazo, así como, para la reorganización de los usuarios internos en el Centro Obstétrico.

### **Objetivo general**

Implementar la Política de Gestión del Talento Humano vigente, que permita incrementar y conformar un equipo de colaboradores profesionales y operativos, comprometidos con la causa y el logro de las metas de la Subgerencia de Materno Infantil y del Centro Obstétrico, para optimizar la calidad y el desempeño laboral.

### **Objetivos específicos**

- Exponer la necesidad de incremento de personal altamente capacitado, en enfermedades de hipertensión del embarazo, (Oficios de solicitud).
- Establecer con las autoridades, los parámetros de reorganización del personal de la salud, que integrarán la sala especializada para el manejo adecuado de la paciente preecláptica-ecláptica, (Reunión con Jefes de Unidad).
- Concienciar y lograr el compromiso del Talento Humano del Servicio, con los propósitos institucionales, en tanto se dota al Centro Obstétrico, de personal integro, apto y comprometido con los propósitos institucionales.
- Socializar las ventajas de contar con el servicio especializado y las desventajas de no hacerlo.

### **Actividades del Resultado 3**

#### **1. Diagnóstico de necesidades y requerimientos de talento humano, para el Centro Obstétrico.**

#### **Proceso Administrativo para la Selección de Talento Humano.**

Para cumplir con esta actividad la Subgerencia de Materno Infantil, en forma conjunta, con la Unidad de Talento Humano y la Jefatura del Centro Obstétrico, realizó el Proceso Administrativo para la Selección de Personal, el mismo que se inicia con la aprobación de la Gerencia del Hospital.

### **Objetivo**

Cubrir las necesidades de talento humano, para la Sala de manejo a las pacientes con preeclampsia eclampsia, considerando los perfiles requeridos, así como las competencias laborales y de comportamiento para cada puesto requerido.

### **Alcance**

Vincular personal idóneo, que cumpla el perfil del cargo, con el fin de dar cumplimiento a la misión del Hospital.

Desde: El momento en que se genera la necesidad

Hasta: La incorporación del Servidor o del contratado.

### **Fases del Proceso**

- Estudio de la Hoja de vida
- Aplicación de pruebas Psicotécnicas
- Entrevista
- Verificación de referencias
- Si es apto, proceder con solicitud de documentos, para contratación.

## **Inducción y adaptación del Talento humano contratado**

El propósito de la inducción al personal contratado, es conseguir que servidor nuevo, se identifique con el Hospital y lo considere como un sistema dinámico de interacciones internas y externas, en donde el buen desempeño de los Servidores influye directamente en el logro del este resultado y de los objetivos de la Institución.

## **Re - inducción del personal del Centro Obstétrico**

El objetivo fundamental, de la Re-inducción propuesta, está en lograr una actualización a los servidores de la Subgerencia de Materno Infantil y más específicamente de los usuarios internos del Centro Obstétrico, para determinar de esta forma, claridad y coherencia en los diferentes procesos y funciones que realizan, teniendo como fundamento principal, el enlace directo con la Planificación Estratégica que guía en el Hospital “Carlos Andrade Marín”.

## **Capacitación**

En referencia a la Capacitación, que forma parte del Proceso Administrativo para la Selección de Personal, debemos considerar que el Plan de Capacitación Institucional, busca determinar estrategias para la capacitación y formación de los servidores con el objetivo de desarrollar destrezas, habilidades valores y competencias, con miras a propiciar eficacia personal y eficiencia institucional. Proceso administrativo, que se fortalece con la participación de cada una de las áreas y servicios, las mismas que son las encargadas de proveerlos insumos e información; elementos indispensables para la estructuración de la capacitación institucional.

## **Dotación del talento humano para el Centro Obstétrico**

La Unidad de Talento Humano de la Subgerencia Administrativa, en cumplimiento de la disposición de la Gerencia del Hospital, aplicando las Normas de Evaluación de Personal, los estándares institucionales y los procesos operativos vigentes para la designación, promoción y contratación del recurso humano, propone la plantilla básica funcional para

cubrir los requerimientos de atención de acuerdo con las necesidades y el nivel de atención de la nuevo servicio.

La dotación del talento humano, así como las competencias para la atención en la Sala de manejo a las pacientes con preeclampsia-eclampsia en el Centro Obstétrico, están de acuerdo a las necesidades de la demanda y los recursos disponibles.

### **Comisión de Selección**

La provisión de personal para la Sala de manejo de las pacientes con preeclampsia-eclampsia, fue llevada a cabo por la Comisión de Reclutamiento y Selección de acuerdo con lo que dispone el Reglamento Interno de la Unidad de Talento Humano; los mismos que, cumpliendo con el proceso de Reclutamiento Externo o Interno, aplicando las Políticas Generales, dando prioridad a los usuarios internos, al personal honorario y a los postulantes externos interesados en integrarse al Hospital; en ese orden.

- a. Subgerente de Materno Infantil, o su representante
- b. Jefe del Centro Obstétrico
- c. Coordinador(a) de Enfermería
- d. Subgerente de Talento Humano o su representante,
- e. Analista de Talento Humano
- f. Secretario(a) de la Comisión de Reclutamiento y Selección

**Plantilla de personal requerido para la Sala de Manejo a las Pacientes con Preeclampsia – Eclampsia**

<b>HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN” GERENCIA DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO</b>					
<b>SUBGERENCIA MATERNO INANTIL – CENTRO OBSTÉTRICO</b>					
<b>UNIDAD O SERVICIO</b>	<b>PUESTO</b>	<b>TURNO MATUTINO</b>	<b>TURNO VESPERTINO</b>	<b>TURNO NOCTURNO</b>	<b>PERSONAL REQUERIDO</b>
Sala para Manejo a las pacientes con Preeclampsia Eclampsia	Médicos Obstetras	2	2	3	7
	Enfermeras	2	2	3	7
	Auxiliares de Enfermería	1	1	2	4
<b>TOTAL PERSONAL REQUERIDO</b>		<b>5</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>18</b>

En la Plantilla de personal que se requiere para el funcionamiento óptimo de la Sala de Manejo a las Pacientes con Preeclampsia – Eclampsia, se puede apreciar que es necesario contar con 18 usuarios Internos, de los cuales 7 son médicos obstetras, 7 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería.

**Personal reubicado de la Subgerencia de Materno Infantil en la Sala de Manejo a Pacientes con Preeclampsia – Eclampsia**

<b>HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN” GERENCIA DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO</b>					
<b>SUBGERENCIA MATERNO INANTIL – CENTRO OBSTÉTRICO</b>					
<b>UNIDAD O SERVICIO</b>	<b>PUESTO</b>	<b>TURNO MATUTINO</b>	<b>TURNO VESPERTINO</b>	<b>TURNO NOCTURNO</b>	<b>PERSONAL REQUERIDO</b>
Sala para Manejo a las pacientes con Preeclampsia Eclampsia	Médicos Obstetras	1	1	1	3
	Enfermeras	2	2	2	6
	Auxiliares de Enfermería	2	2	2	6
<b>TOTAL PERSONAL REUBICADO</b>		<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>15</b>

Dando prioridad a los usuarios internos y al personal contratado o con contratos ocasionales que trabaja en el hospital, la Comisión, realizó la reubicación de 15 usuarios internos de los cuales 3 son médicos obstetras, 6 enfermeras y 6 auxiliares de enfermería.

**Personal a contratar de la Subgerencia de Materno Infantil en la Sala de Manejo a Pacientes con Preeclampsia – Eclampsia**

HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN”					
GERENCIA DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO					
SUBGERENCIA MATERNO INANTIL – CENTRO OBSTÉTRICO					
UNIDAD O SERVICIO	PUESTO	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO	PERSONAL REQUERIDO
Sala para Manejo a las pacientes con Preeclampsia Eclampsia	Médicos Obstetras	1	1	1	3
<b>TOTAL PERSONAL A CONTRATAR</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Por lo que se requiere realizar la contratación de 3 médicos obstetras, cuya contratación se encuentra dentro de la proyección presupuestaria anual del Hospital.

**2. Oficios a la Subgerencia de Materno Infantil, con el Informe de Resultados del diagnóstico de necesidades para reorganización e incremento de personal con especialización.**

Mediante Oficio, la maestrante pone en conocimiento del Sr. Subgerente de Materno Infantil, el informe con el diagnóstico de resultados, para la dotación del talento humano, que se requiere incorporar bajo las modalidades de contrato y por reubicación del mismo servicio, para el funcionamiento de la Sala de Manejo a las Pacientes con Preeclampsia Eclampsia.

**3. Oficio de la Subgerencia de Materno Infantil a la Subgerencia de Talento Humano, solicitando el incremento de personal de la salud.**

Una vez cumplido con el procedimiento correspondiente para la selección de personal, el Sr. Subgerente de Materno Infantil, solicita a la Subgerencia de Talento Humano emita la autorización final para la contratación. El Secretaria de la Comisión, una vez listos los resultados deberá remitirlos a la Unidad administrativa solicitante y a cada postulante, en el formato establecido para el efecto.

#### **4. Talento Humano, especializado en el manejo a las pacientes con preeclampsia eclampsia, laborando en la nueva sala.**

Actualmente el Talento Humano especializado en el manejo a las pacientes con preeclampsia eclampsia, contratado mediante el proceso de reclutamiento y el personal reubicado de a través selección interna, se encuentra laborando en la nueva sala en un 100%.

#### **Conclusiones del Resultado 3**

- El incremento y la reorganización apropiada de talento humano, ha generado atención eficiente y de calidad.
- Los Talleres de diagnóstico situacional, fueron fundamentales para alcanzar el respaldo de los involucrados en el proyecto.
- Al desarrollo de los talleres, asistieron el 90% del personal de la Unidad; con lo que se refuerza el compromiso del Jefe del Servicio; así como, también de los usuarios internos, con los propósitos institucionales y del Centro Obstétrico.

#### **3.4 Resultado 4**

**Producto: El Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua, conformado y funcionando.**

#### **Introducción**

El Hospital Carlos Andrade Marín, (HCAM), en cumplimiento de los objetivos de su Plan Quinquenal de Desarrollo (2010-2015), trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población afiliada y beneficiaria, a través

de sus servicios de salud, contribuyendo de esta forma, a mejorar la calidad de la atención y brindar mayor satisfacción al usuario(a).

La calidad depende del desempeño y actitud de las personas y de las estructuras, sistemas, procesos y recursos disponibles para respaldar ese desempeño. Todo proceso requiere de un Cuerpo Colegiado, que promueva, motive y dirija a los miembros de los equipos de salud, a los usuarios internos, el mismo que se encargará de evaluar las actividades y los resultados.

En razón de lo cual, en el Centro Obstétrico de la Subgerencia de Materno Infantil, se conformó el Comité de Control de Gestión de Calidad y Mejora Continua, cuyos miembros tienen el compromiso de cumplir y hacer cumplir, los proceso de mejora de la calidad, para atender los requerimientos esenciales que en materia de talento humanos señala La Gerencia General del Hospital Carlos Andrade Marín; los objetivos planteados son:

### **Objetivo General**

Conformar el Comité de Control de Gestión de Calidad y Mejora Continua, equipo de gestión multi disciplinario, que impulsará permanentemente el desarrollo del talento humano, así como, de las actividades en el Centro Obstétrico, controlando, evaluando y tomando las acciones correctivas necesarias, en beneficio de las pacientes con hipertensión del embarazo que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín.

### **Objetivos Específicos**

- Mejorar la estructura, procesos, resultados, impactos y satisfacción de los usuarios, como consecuencia de la implementación del Plan de Mejoramiento de la Calidad.
- Gestiona la reestructuración e incremento de talento humano, para el buen funcionamiento del Centro Obstétrico.

- Unificar criterios técnicos, para ubicar a los usuarios internos, con responsabilidad en sus lugares de trabajo, de acuerdo a una estructura ajustada a la realidad y necesidades del Centro Obstétrico.

El Comité de Control de Gestión de Calidad y Mejora Continua, está concebido como la reunión de un grupo de profesionales de la Subgerencia de Materno Infantil, cuyas ideas, conceptos, resoluciones y recomendaciones, sirven de asesoramiento a los usuarios internos; mecanismo a través del cual los profesionales de la salud realizan el proceso de auto evaluación a las actividades de manejo y asistencia, que se realizan en la Sala de Manejo a las pacientes y en el Centro Obstétrico.

### **Actividades del Resultado 3**

#### **1. Oficio a Subgerente de Materno Infantil, solicitando autorización para conformar el Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua del Centro Obstétrico**

Mediante oficio dirigido al Sr. Subgerente de Materno Infantil, la maestrante, solicita la autorización para conformar el Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua en el Centro Obstétrico. Comité que dirige la formulación de Políticas para la reorganización y selección del Talento Humano, la reforma de Normas de Ejecución y Medidas de Control y Evaluación; basados en las prioridades relacionadas con la Misión, Visión y el Plan Estratégico del Hospital, todo ello, en el contexto de la Ley General de la Salud, del Consejo Nacional de Salud del Ecuador, CONASA; de la Dirección Médico-Social del IESS, de la Subgerencia de Materno Infantil y del Plan Estratégico del Centro Obstétrico.

#### **2. Reunión de las autoridades con el personal del Servicio, para conformación del Comité.**

En atención a la convocatoria planteada por el Jefe del Centro Obstétrico, con la participación de las autoridades del Subgerente de Materno Infantil, de la Coordinación de Enfermería y de los usuarios internos, en la Sala de Sesiones de la Subgerencia de Materno Infantil, se realizó una reunión previa, para la conformación del Comité de Calidad, Control

de Gestión y de Mejora Continua en el Centro Obstétrico, reunión a la que asistió el 90% del personal convocado, el 10% restante no asistió por motivos de encontrarse en turno y en uso de vacaciones.

### 3. Elección de la Directiva del Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua del Centro

#### Conformación del Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua.

Contando con la motivación, colaboración y excelente predisposición de los profesionales de la salud, que asistieron a las mesas de trabajo, instancia que fue aprovechada para la conformación del “Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua” del Centro Obstétrico, el mismo que quedó integrado de la siguiente manera:

<b>FUNCIÓN</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Presidente(a)</b>	Dr. Edison Huilca	Subgerencia Materno Infantil
<b>Secretario(a)</b>	Lcda. Bella Morales L.	Centro Obstétrico
<b>1º Vocal</b>	Dr. Diego Hernández	Centro Obstétrico
<b>2º Vocal</b>	Mgt. Sandra Sánchez	Ginecología
<b>3º Vocal</b>	Lcda. Fátima Quevedo A.	Centro Obstétrico

El Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua, es el encargado de velar por el cumplimiento de las actividades para Mejorar la Calidad del Talento Humano del Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín. También se encargará de realizar entre otras las siguientes funciones:

## Funciones del Comité

- Elaboración del "Plan de Control de Gestión de Calidad y Mejora Continua" del Centro Obstétrico.
- Elaborar los indicadores en estructura, proceso y resultado de la calidad institucional.
- Adecuar la Estrategia del Plan de Control de Gestión de Calidad y Mejora Continua del Centro Obstétrico, en actividades reguladas al corto, mediano y largo plazo, identificando los escenarios, procesos y productos relacionados.
- Actualizar en el Centro Obstétrico, los criterios y estándares para el mejoramiento de la calidad de la atención.
- Detectar enlistar y jerarquizar los problemas.
- Evaluar los problemas y analizar sus causas.
- Diseñar y proponer las medidas correctivas.
- Formular recomendaciones.
- Efectuar el seguimiento de las medidas correctivas.
- Incorporar al Centro Obstétrico, en los estudios de evaluación.
- Implementar una metodología específica para la solución de los problemas identificados en el diagnóstico situacional.
- Promover procesos de capacitación continua, a los integrantes de la Comisión y por su intermedio, a las diferentes Unidades funcionales del hospital.

## **Resoluciones**

Los miembros designados por las autoridades en representación de las diferentes áreas, en la primera Sesión resolvieron:

- Elegir la Directiva del Comité de Control de Gestión de Calidad y Mejora Continua del Centro Obstétrico.
- El Comité celebrará sesiones ordinarias de manera mensual el último viernes de cada mes, debiendo quedar establecido un calendario de sesiones en la primera reunión de cada año.
- Sobre los temas tratados, se formularán los acuerdos correspondientes, los cuales se resolverán en orden de prioridad, para su posterior seguimiento y evaluación.
- Sólo podrán cancelarse las sesiones, cuando no existan asuntos que tratar y/o en casos de fuerza mayor, en cuyo caso deberá darse aviso de la cancelación a los miembros del Comité.
- El Comité sesionará en forma plenaria y los acuerdos se tomarán por mayoría de votos, debiéndose indicar en el acta de la sesión. En caso de empate, el coordinador tendrá voto de calidad.

### **3.5 Evaluación final de cumplimiento de resultados del proyecto para el "Mejoramiento de la calidad de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín", Quito 2012**

La evaluación se convierte en una herramienta que facilita determinar necesidades o falencias con el fin de realizar una retroalimentación, con los cambios pertinentes, hasta la consecución de los objetivos. La evaluación, así mismo, se constituye en un proceso continuo, lo que permite evidenciar el cumplimiento de las actividades durante la ejecución del proyecto.

La autorización y aprobación para iniciar el presente proyecto, se logró gracias a la aprobación del Señor Gerente del Hospital, al apoyo de las autoridades, la participación decidida del equipo multidisciplinario y las pacientes del Centro Obstétrico; se lo ejecutó con el fin de “Disminuir la morbi mortalidad de las pacientes con preeclampsia y eclampsia, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín”; se estableció el compromiso unánime de las autoridades, de los usuarios internos y de las usuarias externas,

El personal de la salud, está motivado y comprometido a laborar y aplicar los conocimientos adquiridos; demostrando interés y empoderamiento en el proyecto para satisfacer las necesidades de las pacientes, recibiendo atención oportuna para mejorar la calidad de atención en el Hospital.

Se concluye así mismo, que el personal de salud que labora en la Sala para el Manejo de las pacientes con preeclampsia – eclampsia, está en capacidad de tomar decisiones oportunas, basadas en la Norma Técnica del Servicio de Salud, del Centro Obstétrico; así como, en el conocimiento recibido en la formación y capacitación permanente.

Para la valoración del nivel de ejecución, se realizó el análisis respectivo del Fin, el Propósito y los Resultados, con lo que se ha logrado obtener una medición real de los efectos e impactos logrados, los mismos, que se establecieron en la Matriz del Marco Lógico y se evaluarán a partir de finalizadas las acciones del Proyecto.

## **Metodología**

En los medios de Verificación del Marco Lógico, está descrita la forma de cómo recoger la información, para lo que se utilizaron herramientas de Evaluación como: Auditorías de Calidad, encuestas de satisfacción a las usuarias externas, gestantes con preeclampsia y eclampsia, que asistieron para recibir atención en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín; durante la implementación y ejecución del Proyecto.

### 3.6 Evaluación de indicador del Fin

#### Fin del Proyecto:

Disminuir hasta la culminación del proyecto, la morbi mortalidad en las pacientes con complicaciones de la preeclampsia-eclampsia, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.

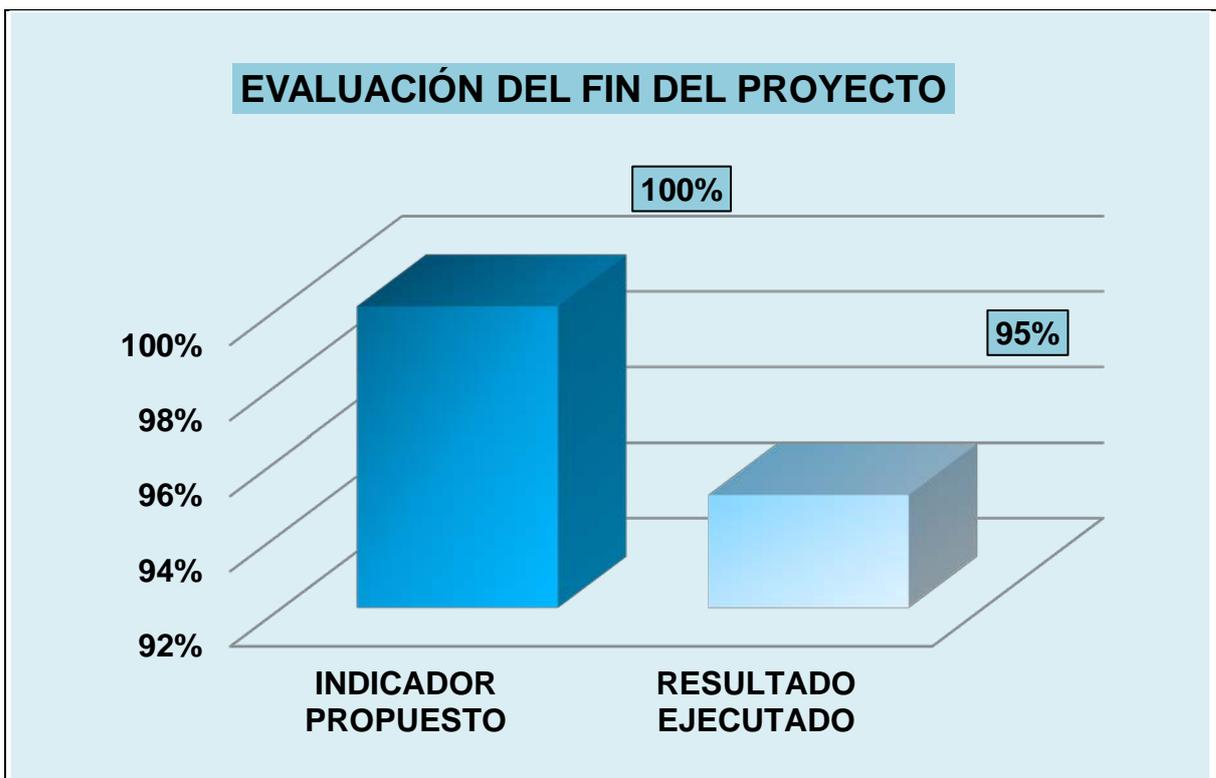


Figura 1. Evaluación del Fin del Proyecto  
Fuente: Análisis de la autora

#### Análisis

Del análisis al Gráfico N° 1, Fin del Proyecto, el INDICADORPROPUESTO es del 100%. En tanto, que en el RESULTADO EJECUTADO, se ve, que ha sido implementado el 95% del indicador programado; restando ejecutarse un 5%, lo que corresponde a la instalación de equipamiento tecnológico de última generación, equipos que están programados su compra en el mes de diciembre y que actualmente se encuentra en trámite en la Unidad de Adquisiciones de la Dirección Administrativa.

### 3.7 Evaluación de indicador del Propósito

#### Propósito del Proyecto

En el mes de diciembre de 2012, en el Centro Obstétrico, del Hospital Carlos Andrade Marín proporcionando en un 100%, atención de calidad a las pacientes con preeclampsia y eclampsia.

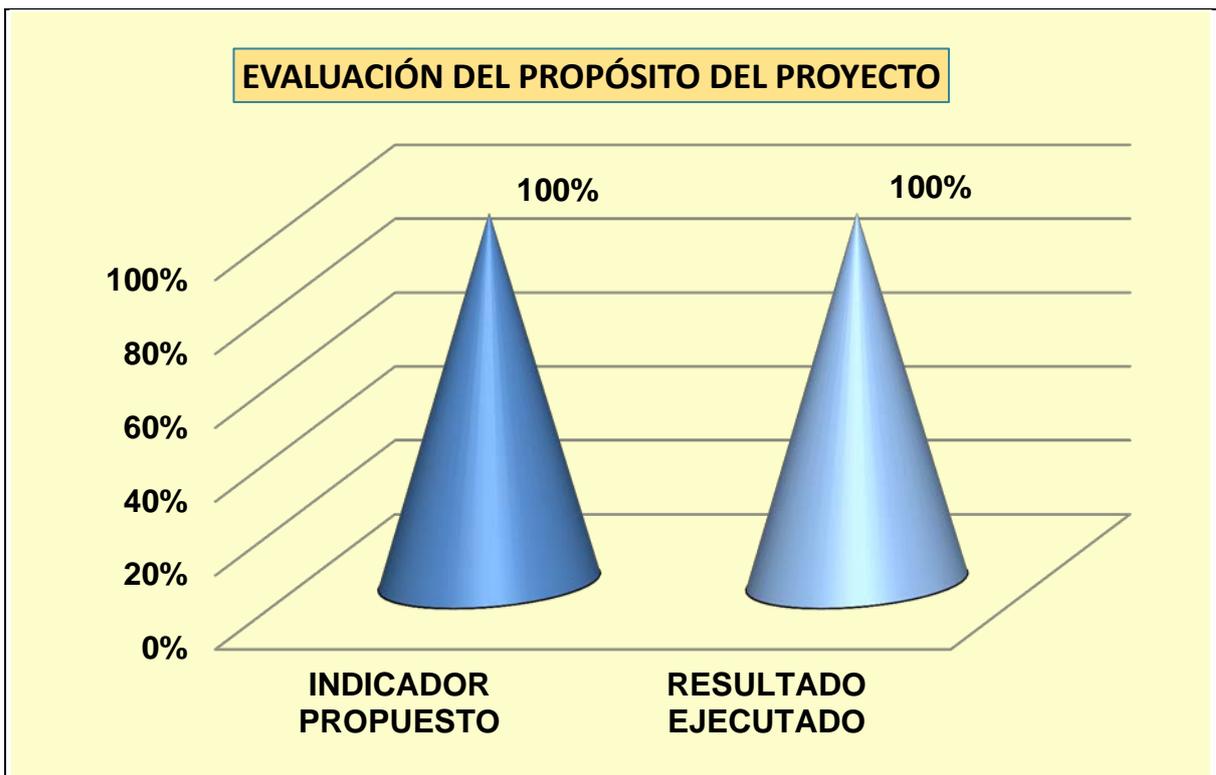


Figura2. Evaluación del Propósito del Proyecto

Fuente: Análisis de la autora

#### Análisis

En el Gráfico 2, podemos observar que en el INDICADOR PROPUESTO, se ha programado para cumplir con un 100%. En tanto el RESULTADO EJECUTADO, nos indica que el Propósito del Proyecto, también se ha implementado en un 100%, con respecto a lo programado. Por lo que, la Guía de Protocolos de Atención y los Estándares de Calidad, serán revisados periódicamente, conforme la organización del Comité de Calidad, Control de Gestión y Mejora Continua, con la participación de un equipo multidisciplinario del Hospital Carlos Andrade Marín.

### 3.8 Evaluación de indicador de Resultados

#### Producto 1

La Guía de Normas y Protocolos de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, elaborada, promocionada y en aplicación.

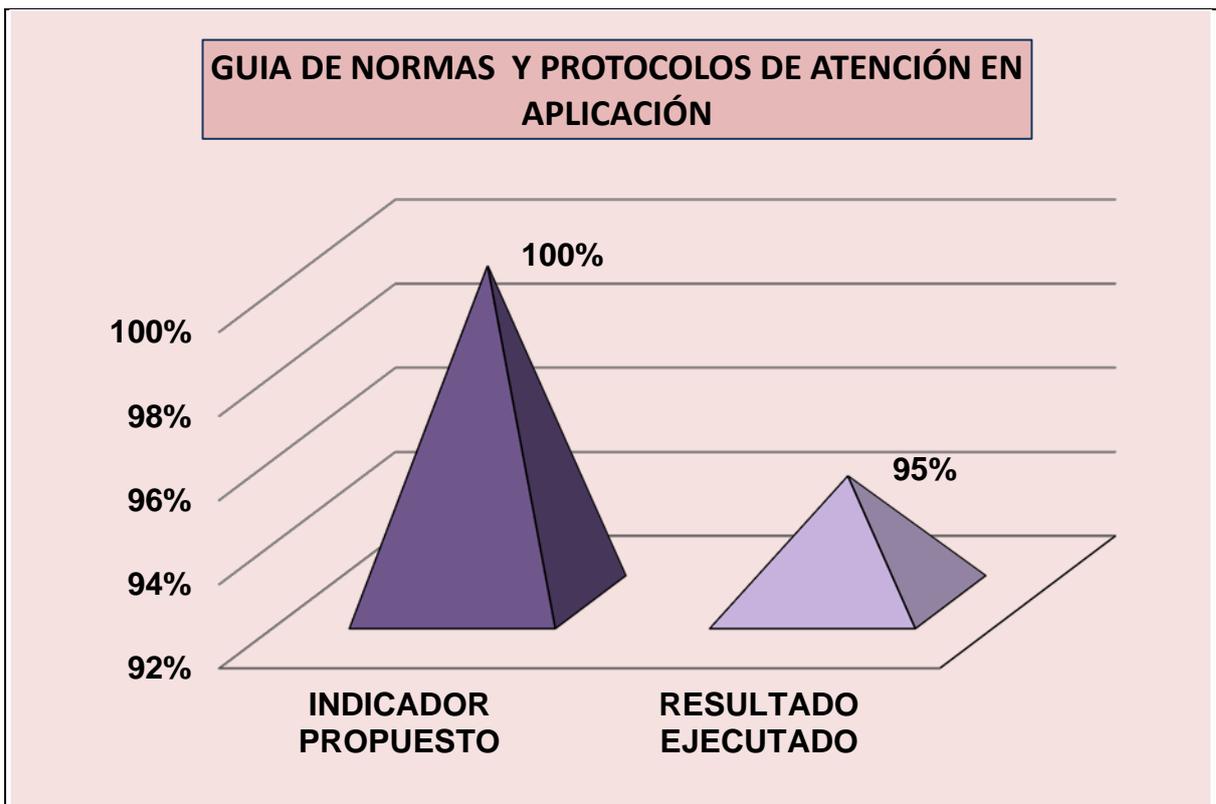


Figura 3. Guía de Protocolos y Estándares de atención en aplicación

Fuente: Análisis de la autora

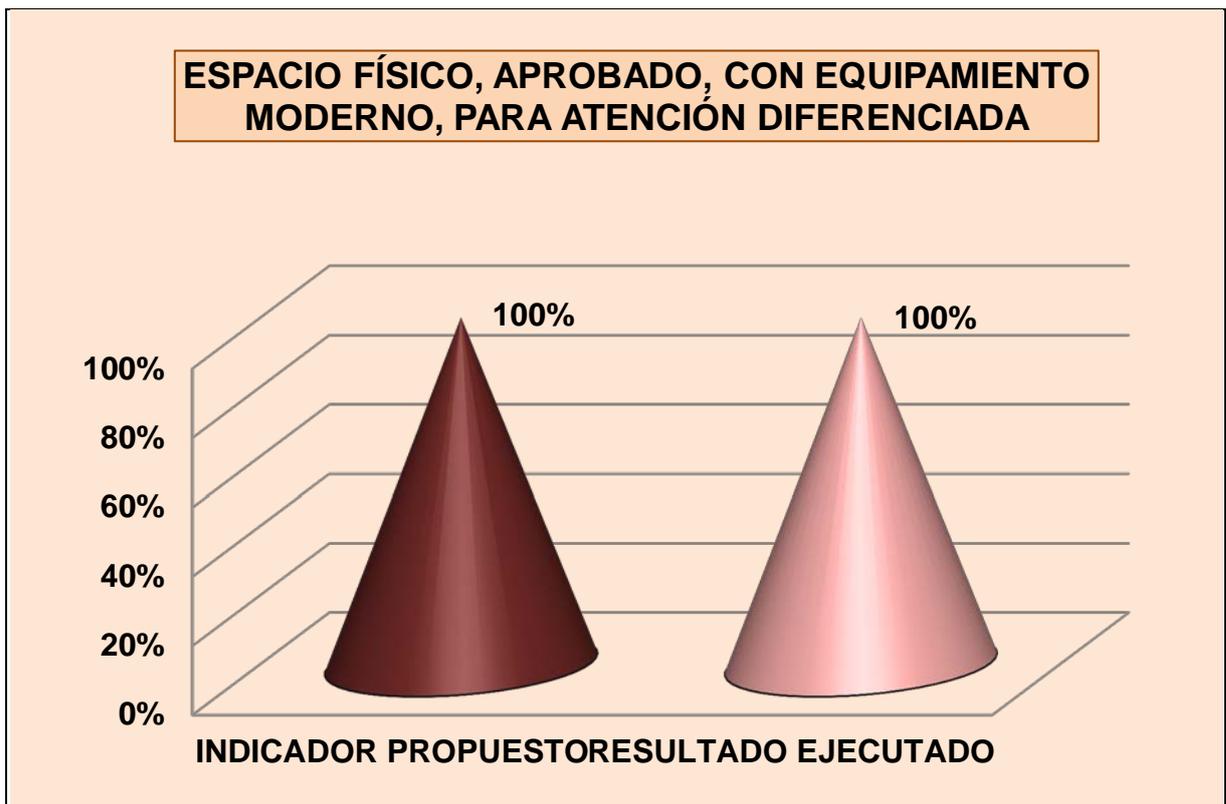
#### Análisis

De acuerdo con el Gráfico 3, la Guía de Protocolos y estándares de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, cuyo INDICADOR PROPUESTO, fue programado en un 100%, en tanto que el RESULTADO EJECUTADO, demuestra que un 95% de los profesionales de la Salud, han sido capacitados y disponen de la Guía, por lo que un 5% resta por capacitarse; el mismo que corresponde al personal con licencia y recientemente ingresado en el Centro Obstétrico de la Subgerencia de Materno Infantil.

### 3.9 Evaluación del indicador de Resultados

#### Producto 2

Espacio físico, aprobado, con equipamiento que garantice la atención diferenciada y con calidad a las pacientes que acuden al Centro Obstétrico.



**Figura 4. Espacio físico, aprobado, para atención diferenciada**

Fuente: Análisis de la autora

#### Análisis

En el Gráfico 4, el INDICADOR PROPUESTO para el Resultado "Espacio físico, aprobado y con equipamiento moderno" fue programado en un 100%; el RESULTADO EJECUTADO, en la implementación real, se encuentra concluido en un 95%, puesto que la Ubicación del área ha sido aprobada en su totalidad, la adquisición de equipos e instrumental fue programado para la última fase en el tercer trimestre (2012), razón por la cual, se encuentra en proceso de adquisición en la Unidad de Adquisiciones de la Dirección Administrativa.

### 3.10 Evaluación del indicador de Resultados

#### Producto 3

El personal de profesionales de la salud incrementado y reorganizado, para cubrir la demanda de las pacientes con preeclampsia-eclampsia.



**Figura 5. Talento humano incrementado y reorganizado**

Fuente: Análisis de la autora

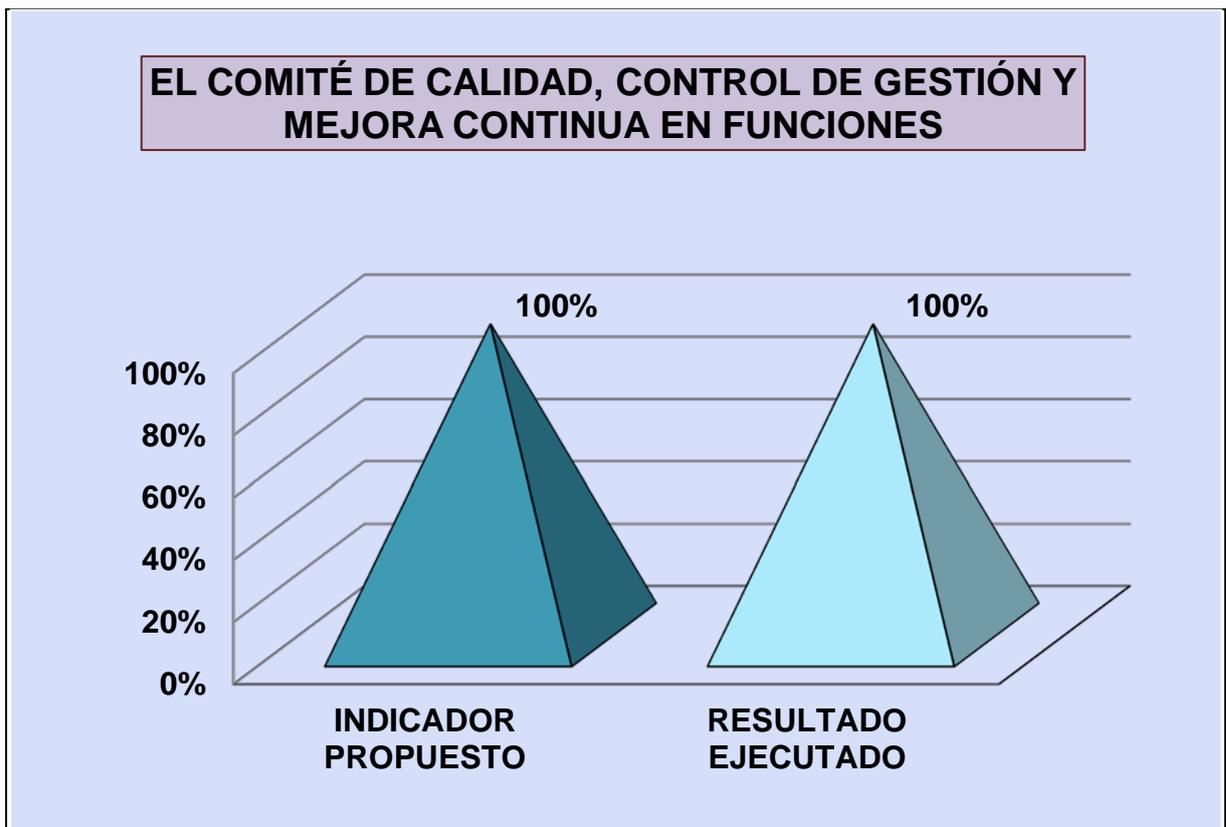
#### Análisis

En el Resultado "INCREMENTAR Y REORGANIZAR, EL INCREMENTO DE PROFESIONALES DE LA SALUD", Gráfico 6, el INDICADOR PROPUESTO es del 100%. Habiéndose obtenido la reorganización y el incremento de un 90% del personal en el Servicio de atención a las gestantes con alto riesgo de preeclampsia y eclampsia. La Dirección de Talento Humano, tiene en reserva la contratación del 10%, del personal solicitado, los realizará con el nuevo presupuesto anual.

### 3.11 Evaluación del indicador de Resultados

#### Producto 4

**El Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua, conformado y en funciones.**



**Figura 6. El Comité de Calidad, Control de Gestión y Mejora Continua en funciones**  
Fuente: Análisis de la autora

#### Análisis

En el Resultado "EL COMITÉ DE CALIDAD, CONTROL DE GESTIÓN Y DE MEJORA CONTINUA, CONFORMADO Y FUNCIONANDO" Gráfico N° 5, el INDICADOR PROPUESTO, programado es del 100%; así también, el RESULTADO EJECUTADO es del 100%. Razón por la cual, el antes mencionado Comité se encuentra posicionado, para realizar las actividades de Control, de Gestión y de seguimiento para la mejora continua en el Servicio de atención a la Gestante con preeclampsia-eclampsia, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.

### 3.12 Evaluación de indicadores del Propósito

COMPONENTES DE LA MATRIZ DE MARCO LOGICO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<p><b>PROPÓSITO</b></p> <p>En el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín se proporciona atención de calidad a las pacientes con preeclampsia y eclampsia.</p>	<p>La Subgerencia de Materno Infantil, implementando el Proyecto para responder a las necesidades de la paciente con preeclampsia eclampsia, utilizando la Guía de Normas y Protocolos en el Hospital Carlos Andrade Marín.</p> <p>En el mes de diciembre de 2012, El Centro Obstétrico, funcionando en un 100%, y con proyección a desarrollar todas sus capacidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisión Institucional para el cambio.</li> <li>• Se mantiene como prioridad, en el Centro Obstétrico, la atención a la paciente preecláptica ecláptica.</li> <li>• El proceso de implementación se efectiviza, clarificándose los procesos de atención y los roles de los profesionales de la salud comprometidos en el Proyecto.</li> </ul>

### 3.13 Evaluación de indicadores de los Resultados

MATRIZ DE MARCO LOGICO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<p><b>RESULTADO 1.- La Guía de Normas y Protocolos de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, elaborada, promocionada y aplicándose.</b></p>	<p>95% de usuarios internos: Autoridades, Médicos Tratantes, Residente, Postgradistas, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería Personal de apoyo, motivados y utilizando la Guía, para brindar atención a las pacientes con hipertensión del embarazo</p>	<p>El 5% de usuarios internos del Centro Obstétrico, no aplican la Guía, por ser personal nuevo que requiere capacitación, además, existe también personal que se encuentra con licencia, permiso y vacaciones.</p>
<p><b>RESULTADO 2.- Espacio físico, aprobado, con equipamiento moderno que garantice la atención diferenciada y con calidad a las pacientes que acuden al Centro Obstétrico.</b></p>	<p>En el mes de diciembre de 2012, el 100%, del Nuevo Servicio implementado, ambientes confortables, con equipos de última generación, dotación de instrumental e insumos suficientes</p>	<p>Pendiente la Requisición de instrumental, solicitado para el último trimestre, Presupuesto próximo año. En vista de que los insumos, se proporcionan, de acuerdo con los requerimientos mensuales del Servicio.</p>
<p><b>RESULTADO 3.- El personal de usuarios internos incrementado, reorganizado, para cubrir la demanda de las pacientes con preeclampsia-eclampsia.</b></p>	<p>El talento humano del Centro Obstétrico, reorganizado e implementado en un 90%, de lo programado.</p>	<p>Se realizarán evaluaciones periódicas para entrenamiento y capacitación del talento humano Centro Obstétrico.</p>
<p><b>RESULTADO 4.- El Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua, conformado y funcionando.</b></p>	<p>El 100% de Resultados cumplidos.</p>	<p>El Comité, se encuentra conformado en funciones y evaluando.</p>

ELABORACIÓN: La autora

## CONCLUSIONES

- El Proyecto para el Manejo de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, es una realidad, se encuentra ejecutado en un 100% con respecto a lo planificado. En el mismo, se brinda atención adecuada a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, que acuden al Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.
- Se culminó con la elaboración de la Guía Normas y Protocolos de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, la misma que al ser aprobada por las autoridades del Hospital, fue promocionada y puesta en conocimiento de los profesionales de la salud, para su inmediata aplicación.
- En los últimos tiempos, el incremento en la tasa de morbi-mortalidad, se puede apreciar en los datos estadísticos de la Subgerencia de Materno Infantil, puesto que las gestantes con hipertensión del embarazo atendidas, presenta cifras elevadas (19%); razón por la cual, el espacio físico fue aprobado, el mismo que, equipado en forma adecuada, viene prestando atención de calidad, con lo que se garantiza un servicio diferenciado eficiente a las pacientes con hipertensión del embarazo, que acuden al Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.
- Es importante destacar que las autoridades del Hospital Carlos Andrade Marín, de la Subgerencia de Materno infantil, aprobaron la solicitud de reorganización e incremento de los profesionales de la salud, habiéndose realizado la reorganización de los usuarios internos en el Servicio, cubriendo de esta forma, la demanda de atención por parte de las gestantes con preeclampsia-eclampsia, a nivel del hospital, regional y nacional.
- El Comité de Control de la Calidad, organismo creado para evaluar los procedimientos de atención que se brinda a las pacientes con preeclampsia-eclampsia; luego de un diagnóstico de gestión efectuada en el Centro Obstétrico, pudo constatar que los objetivos planteados en el Proyecto, se están cumpliendo, resultado que ha sido definido como satisfactorio, por el elevado número de altas sin complicaciones maternas o fetales, que se han tenido, con posterioridad a la implementación del mencionado Proyecto de Acción.

## RECOMENDACIONES

- A la culminación del Proyecto, se recomienda una evaluación total de la Implementación de la Sala para manejo a las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo; servicio creado, para solucionar los problemas que se presentan en las gestantes con preeclampsia-eclampsia, con lo que se alcanzará disminuir la morbi-mortalidad, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.
- Que la Dirección de Capacitación y Docencia, incluya en la programación anual, como entrenamiento prioritario, continuo y actualizado al 5% del personal del Centro Obstétrico, que no fue instruido sobre la temática del manejo de la preeclampsia-eclampsia, a través de la ejecución de su Plan de Capacitación Institucional.
- Que la Dirección de Talento Humano, realice la evaluación periódica de experticia sobre la nueva Guía de Protocolos y Estándares de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia; puesto que es prioritario que los usuarios internos del servicio, sea personal calificado, que garantice la atención especializada con privacidad y confidencialidad.
- El talento humano médico, de enfermería, las auxiliares de enfermería y el personal de apoyo, que participa en el manejo de la paciente, se comprometa en la aplicación de la Guía de Protocolos y Estándares elaborados para el Servicio de Manejo adecuado a la paciente con preeclampsia-eclampsia, para asegurar el diagnóstico y el manejo óptimo a las pacientes.
- Luego de que ha sido ubicado y aprobado el espacio físico para la implementación de la Sala de atención y manejo de la paciente con hipertensión del embarazo, es necesario continuar con la socialización del Proyecto, hasta que el mismo haya sido lo suficientemente difundido a los usuarios internos y a las pacientes en el Centro Obstétrico.
- Que la Dirección de Talento Humano, luego de realizada una evaluación de gestión y conocimiento, disponga la reorganización de profesionales de la salud, (médicos, enfermeras y auxiliares), con el objeto de facilitar el manejo y seguimiento a la patología; y, sobre todo se brinde atención eficiente, para disminuir de esta forma, las complicaciones materno-fetales en el Centro Obstétrico.

- Es importante destacar que la Subgerencia Médico Social, aprobó el trámite para el incremento de profesionales de la salud, por lo que se recomienda la contratación de usuarios internos a futuro, para cubrir la demanda de atención de las gestantes, cumpliendo los estándares de calidad propuestos.
- Se recomienda, que se mantenga y fortalezca el Comité de Calidad, Control de Gestión y de Mejora Continua, organismo creado, para evaluar los procedimientos de atención que se brinda a las pacientes con preeclampsia-eclampsia. Así mismo, debe realizar el monitoreo del personal, la evaluación interna, la valoración externa, el funcionamiento y desarrollo de la nueva área; teniendo como principal actividad, realizar la coordinación y ejecución del Proyecto, hasta la culminación total.

## BIBLIOGRAFIA

HCAM. (2012). Hospital Carlos Andrade Marín. Recuperado el 28 de Mayo de 2012, de <http://www.hcam.gob.ec/index.php/noticias/21060-hcam-recibio-certificacion-norma-iso-9001-2008-para-centro-obstetrico.pdf>

Hospital Carlos Andrade Marín. (2014). HCAM. Recuperado el 3 de Junio de 2012, de [http://www.hcam.gob.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=61&Itemid=29](http://www.hcam.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=29)

IESS, E. d. (s.f.). Correo Legal, Legislación al día. Recuperado el 1 de Julio de 2012, de <http://www.correolegal.com.ec/docs/temas/tl000015.pdf>

IESS, E. d. (s.f.). Correo Legal, Legislación al Día. Recuperado el 17 de Junio de 2012, de <http://www.correolegal.com.ec/docs/temas/tl000015.pdf>

IMSS. (2009). Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado el 20 de Mayo de 2012, de [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A242.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A242.pdf)

Juan Felipe Aristizábal, G. A. (4 de Abril de 2006). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Recuperado el 7 de Marzo de 2012, de <http://www.fecolsog.org/userfiles/file/educacioncontinuada/investigacionart3.php>

Medicina, R. C. (Octubre de 2007). Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Recuperado el agosto de 2012, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012)

Slideshare.net. (s.f.). Recuperado el 23 de 09 de 2012, de Slideshare.net: <http://www.slideshare.net/ayalamanuel/embarazo-de-alto-riesgo-8117507>

Sociedad Uruguaya de Cardiología. (Agosto de 2013). Servicio de Urgencias. Hospital Cruz Roja. Córdoba. Servicio de Obstetricia y Ginecología. H. U. R. "Reina Sofía". Córdoba. Recuperado el 4 de enero de 2013, de Revista Uruguaya de Crdiología : [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-00482013000200021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-00482013000200021&script=sci_arttext)

Toirac Lamarque A, P. L. (2002). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_2\\_02/san12202.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_2_02/san12202.htm)>. Recuperado el 21 de 11 de 2012, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol16\\_2\\_02/san12202.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol16_2_02/san12202.htm)

ANDER-EGG, AGUILAR IDÁÑEZ, (2009), Cómo elaborar un Proyecto. Guía para diseñar proyectos médicos. Argentina: Lumen Humanitas.

APGAR, BROTZMAN, SPITZER, Mark. (2008), Colposcopia: principios y práctica, Mc Grae – Hill. Interamericana.

ARMIJOS, R. (2007), Planificación Estratégica. Guía didáctica. UTPL. Módulo 2 II ciclo. Quito – Ecuador.

Balestena Sánchez J, Fernández Alech R, Hernández Sardo A, Balestena Justiniani A. (2010), Comportamiento de la Preeclampsia grave. SOCUDEF Habana.

BANCO CENTROAMERICANO DE INTEGRACIÓN ECONÓMICA (BCIE). (2007), Curso Básico y Taller de Marco Lógico para el Diseño, Ejecución y Operación de Proyectos; Tegucigalpa, Honduras.

BUELE, (2009), Situación de Salud y sus tendencias. Guía didáctica. Módulo II, 2005, Loja-Ecuador.

Cabezas Cruz E, (2008) Acciones para un parto seguro. SOCUDEF, MINSAP, UNICEF. Habana. p. 51-55.

Carrascal E, González M, Ortiz C. Preeclampsia grave y síndrome de hellp posparto. Revista cubana de ginecología y obstetricia 2004; 31: 38-39

Cavanagh D, Linares Meléndez R, Suárez Ojeda R. (2008), Urgencias Obstétricas. Ed. Salvat. Mallorca España.

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP OPS/OMS), (2008). Estadísticas de la región de América Latina. Muerte fetal ante parto sin causa. Protocolos asistenciales en obstetricia y ginecología. CEGO, Madrid.

Chesley LC. (2007), Historia y Epidemiología de la Preeclampsia-Eclampsia. Clin Med Norteamérica. 4:25-48.

Clavero Núñez, (2009), Tratado de Ginecología T.II. Patología Obstétrica. Ed. Científico-Médica. Barcelona. p. 5-20

Cruz Martínez H, Ruiz A. (2010) Comportamiento de la enfermedad Obstétrica Grave. SOCUDEF. Habana.

Díaz Flores M, Colectivo de autores, (2007), Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Habana: Ciencias Médicas; p. 237-52.

EGAS F. (2006), Memorias del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Editorial Noción, España-Madrid.

Elizalde V. (2002), Morbilidad y Mortalidad en pacientes en periodo gestacional. DIFEN, Toluca México; p. 323

Gómez Sosa E, Salas L. (2010), La Preeclampsia Grave. Resultados Perinatales y Maternos. SOCUDEF Habana.: 3005-7

Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Revista cubana de obstetricia y ginecología 2003; 26: 17-21

Hasbún AJ. (2004), Preeclampsia-eclampsia. En: Botero J, Jubiz A, Henao G, ed. Obstetricia y ginecología texto integrado 5ta edición Medellín: Intermedicina: 167-177.

Hernández Cabrera J, Ulloa Gómez C, Martínez Linares M. (2007), Terapéutica en la enfermedad hipertensiva gravídica influencia en la morbimortalidad prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol; 25(1):51-4

Hernández Herrera L, (2008), Factores de Riesgo de la Enfermedad Hipertensiva Gravídica. Temas de actualización en Obstetricia SOCUDEF. Habana; II 60-74

INFORME ANUAL DE PRODUCCIÓN HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN. IESS. (2009), Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar. Quito.

Madrid Esturo Y, Martínez (2010), Morbilidad Materna y Perinatal en pacientes graves con hipertensión asociada al embarazo. SOCUDEF. Habana.

Malvino E, Ríos J, Moreno A. Correlación clínico radiológica en la eclampsia. Revista de medicina de Buenos Aires 2004; 64: 497-503.

Maura Tandrón JC. (2009), Morbi-mortalidad Materna SOCUDEF Habana. p. 299.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. SIVIGILA. [www.col.opsoms.org/sivigila/2010/bole37\\_2010](http://www.col.opsoms.org/sivigila/2010/bole37_2010)

Ojeda V. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. (2008), Consenso Estratégico Interagencial, para América Latina y el Caribe. Washington D.C. PAHO, ISBN 92 75 32487 5.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS). (2006), El control de las enfermedades gestacionales Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia. Washington D.F.

Pacheco J. (2009), Preeclampsia-eclampsia. Revista de la sociedad peruana de ginecología y obstetricia; 47: 26- 30.

PALACIOS, (2008), El proceso de la Planificación Estratégica en diez pasos. Dirección General de Servicios de Salud. Ministerio de Salud de Nicaragua.

Peralta Pedrero ML, Guzmán Ibarra MA, Cruz Alvear A, Martínez García MC. Utilidad para establecer el diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes de la paciente preecláptica. Gaceta médica de México 2007; 140: 513-517.

Pérez H, Valdés, (2006), Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo. SOCUDEF. HABANA. p. 356-8

Quintana NP, Rey FD, Sisi TG, Antonelli CA, Ramos MH. (2008), Preeclampsia. Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina; 133: 16-20.

Saavedra Morales A, Cejudo Álvarez J., (2011), Morbilidad de los trastorno hipertensivos en una población gestante. DIFEN, Toluca México; p.322.

Sánchez Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vázquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista médica del instituto mexicano del seguro social 2005 septiembre; 43 (5): 377-380.

Santisteban S, Marshall D, (2007). Hipertensión en el Embarazo. Engl J Med. p.; 327 (15):927-32

Torales MC, Zelaya MB, Schiaffino PM, y col. Estados hipertensivos del embarazo en el hospital Madariaga. Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina 2003; 126: 20-28

Uranga Imaz F, Uranga Imaz F (h). Obstetricia. 5ta edición. Buenos Aires: Intermedicina: 2003: 714-754.

Valdez G, Oyarzun E, (2010). Síndromes hipertensivos del embarazo. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, ed. Obstetricia 3ra edición. Santiago de Chile: mediterráneo: 595-617.

## LINCOGRAFÍA

[http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertensivas\\_del\\_Embarazo.htm](http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertensivas_del_Embarazo.htm)

<http://www.slideshare.net/obedrubio/preclampsia-y-enfermedades-relacionadas>

<http://www.fetalmedicine.com>

[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo38921&id\\_seccion=1730&id\\_ejemplar=4](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo38921&id_seccion=1730&id_ejemplar=4)

<http://www.figo.org>

<http://www.unisanitas.edu.co/>

[www.iess.gov.ec](http://www.iess.gov.ec)

<http://who.int/who/2003/en/chafter2-es.pdf>.

<http://www.fetalmedicine.com>.

<http://www.figo.org>

[www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)

<http://www.slideshare.net/carmen.pelaez/tratamiento-preeclampsia-y-eclampsia-slideshare>

[http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertensivas\\_del\\_Embarazo.htm](http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertensivas_del_Embarazo.htm)

[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](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)

[http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO\\_PREECLAMPSIA\\_ECLAMPSIA.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PREECLAMPSIA_ECLAMPSIA.pdf)

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/Altoriesgo/SHE.html>  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3882/1/Cuidados-de-Enfermeria-a-gestante-con-preeclampsia-severa-fundamentado-en-la-teoria-de-Dorothea-Orem.html>

[http://www.google.com.ec/search?q=sala+para+manejo+y+cuidados+preeclampsia+y+eclampsia&hl=es&gbv=2&prmd=ivns&ei=MltnT8TFI4LLgQeDsaibAg&sa=N&gs\\_sm=3&gs\\_upl=1157351125360101125719124119110101416251323412-3.2.1.21810&oq=sala+para+manejo+y+cuidados+preeclampsia+y+eclampsia&aq=f&aqi=&a](http://www.google.com.ec/search?q=sala+para+manejo+y+cuidados+preeclampsia+y+eclampsia&hl=es&gbv=2&prmd=ivns&ei=MltnT8TFI4LLgQeDsaibAg&sa=N&gs_sm=3&gs_upl=1157351125360101125719124119110101416251323412-3.2.1.21810&oq=sala+para+manejo+y+cuidados+preeclampsia+y+eclampsia&aq=f&aqi=&a)

## **APENDICES**

APENDICE 1

Mejoramiento de la calidad de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2012



**GERENCIA DE  
HOSPITALIZACIÓN  
Y AMBULATORIO**

**CENTRO OBSTÉTRICO**

**Mejoramiento de la calidad de atención a  
las pacientes con preeclampsia y eclampsia  
que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín,  
Quito 2012**

Compilado:  
Lcda. Bella Morales L.  
2013

## **Agradecimiento**

La Guía de manejo a las pacientes con preeclampsia y eclampsia en el Centro Obstétrico, se culminó, gracias a la aprobación de la Gerencia del Hospital, la participación técnica de los profesionales de la salud de la Subgerencia de Investigación, Docencia y Capacitación, de las autoridades, del talento humano de la Subgerencia de Materno Infantil del Hospital “Carlos Andrade Marín”.

También deseo expresar mi sincero agradecimiento, a los usuarios internos del Centro Obstétrico quienes aportaron con la revisión del texto, así mismo, a los profesionales de la salud de los diferentes Servicios de la Subgerencia de Materno Infantil:

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría – Cirugía Plástica
- Centro de Alto Riesgo Obstétrico
- Centro de Neonatología
- Servicio de Medicina Materno Fetal
- Servicio de alojamiento conjunto madre niño; y,
- Servicio de control y seguimiento a las adolescentes embarazadas

La impresión de la Guía, fue posible gracias a la gestión de la Subgerencia de Materno Infantil, del Centro Obstétrico y el aporte económico de la Subgerencia Financiera.

## **1. Introducción.**

La presente Guía, se constituye en una herramienta práctica para el tratamiento de las situaciones de emergencia y urgencias obstétricas, en ella, se tratan las principales causas de la preeclampsia y la eclampsia, entendiéndose que el correcto diagnóstico y manejo de las mismas, puede impedir la muerte de las mujeres gestantes o de sus hijos.

La insuficiencia en la educación, la alimentación inadecuada, el soporte social y la asistencia sanitaria limitadas, se asocian en forma drástica con la mortalidad materna, así mismo, se puede advertir, la desigualdad de género en el acceso a la educación, nutrición y a la asistencia a la salud; ante lo cual, la muerte materna se convierte en tragedia humana, en injusticia social y en una violación de los derechos humanos y especialmente del derecho a la vida.

El propósito fundamental de la Guía de Protocolos de atención y Estándares de calidad, es la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia, también es el de contribuir a la modernización y actualización permanente de los usuarios internos y del talento humano que presta Servicios de Salud, en el Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín.

## **2. Objetivos.**

### **2.1. Objetivo general.**

Contribuir en el manejo oportuno de las complicaciones hipertensivas del embarazo, brindando a los usuarios internos, una orientación técnica, para la atención óptima de pacientes con preeclampsia-eclampsia; formulando directrices para el diagnóstico y control de la preeclampsia-eclampsia, para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, en el Centro Obstétrico.

## **2.2. Objetivos específicos.**

- Detectar los factores de riesgo mediante la atención prenatal temprana y de calidad para prevenir y diagnosticar la preeclampsia – eclampsia en el Centro Obstétrico.
- Unificar criterios de diagnóstico, manejo e intervención, para una utilización racional de los recursos, brindando atención de calidad en el Centro Obstétrico.
- Disponer de un instrumento que facilite el seguimiento y mejoramiento continuo.
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal vinculadas a la hipertensión en el embarazo.

## **3. Finalidad.**

La Guía de Protocolos y Estándares de atención a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, ha sido propuesta con la finalidad que sirva como modelo para atención a los usuarios internos que laboran en el Centro Obstétrico, igualmente, se la aprovechará para unificar las normas de ejecución y los procedimientos que en la Unidad se realizan.

## **4. Alcance.**

El ámbito de aplicación es el Centro Obstétrico, que incluye a todo el personal que labora en las diferentes áreas que componen el servicio.

## **5. Usuarios de la guía.**

La presente guía está dirigida a los usuarios internos, profesionales médicos cirujanos y generales, médicos de familia, enfermeras, especialistas en Ginecología y Obstetricia, que prestan atención a las mujeres embarazadas, en el Centro Obstétrico. Así mismo, está orientada a las autoridades y responsables de la planificación y dirección de los servicios de maternidad en el Hospital Carlos Andrade Marín.

## **6. Población incluida.**

Las gestantes que concurren a la institución, con signos o síntomas de hipertensión relacionados con el embarazo.

## **7. Actualización.**

La vigencia de la guía, se presenta para dos años en el Servicio, con posteriores reactualización, en caso que lo requiera el Centro Obstétrico o la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio del Hospital.

## **8. Captación.**

La gestante afectada con preeclampsia-eclampsia, debe recibir la atención básica, es decir los procedimientos fundamentales, ya sea que ingrese: como paciente consultante, como referido por personal de la salud de Urgencias, o de otras instituciones.

Los Usuarios Internos del Centro Obstétrico, como responsables de la salud de la población derechohabiente, en su ámbito de acción, aplicarán los procedimientos adecuados, con lo que se ofrecerá asistencia de calidad a las pacientes que requieran de su atención y cuidados.

## **9. Admisión.**

- La paciente, al acudir al Centro Obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín, deberá en admisión, registrar sus datos en el formato de admisión, el mismo que forma parte de la Historia Clínica.
- Los Usuarios Internos, están en capacidad de proporcionar atención en forma amigable, empática, respetuosa y ética, a la paciente con preeclampsia y eclampsia, considerando las características propias de este grupo etéreo.

- Al personal médico, le corresponde identificar las necesidades de atención de las pacientes con preeclampsia y eclampsia, de manera que, puedan ser atendidas con prioridad o ser referidas según el tipo de atención que requieran.
- El área de admisión, deberá proveer los formularios para atención a la paciente con hipertensión gestacional.

## **10. Clasificación de los trastornos hipertensivos en el embarazo.**

Gama de enfermedades o procesos que tienen en común la existencia del signo de la hipertensión durante el embarazo.

Hipertensión Crónica Hipertensión Crónica con preeclampsia agregada

Hipertensión Gestacional Preeclampsia

Coexistencia de hipertensión de novo antes de la semana 20, al igual que si tiene el antecedente de hipertensión preexistente antes del embarazo

Pacientes con hipertensión crónica que representan descompensación de las cifras tensionales y aparición o incremento de proteinuria después de la semana 20 de gestación. Se define como la presencia de hipertensión gestacional asociada a proteinuria significativa (> 300mg en 24hr). PAS mayor o igual a 140mmHg y/o PAD mayor o igual a 90mmHg en una mujer previamente normotensa, después de la semana 20 de gestación. En 2 tomas separadas por un intervalo de 4 a 6 h., en ausencia de proteinuria.

## **11. Atención integral de la salud**

La atención integral de la salud en el Centro Obstétrico, comprende acciones de promoción, prevención, atención, recuperación, y rehabilitación. En su gestión diaria, realizan actividades de desarrollo, organización, provisión, y financiamiento parte de la Subgerencia de Materno Infantil y de cada una de las Unidades que la integran.

## **12. Componente de provisión**

Es el conjunto de actividades y cuidados primarios, los mismos, que son organizados en procedimientos básicos de atención, de acuerdo con los requerimientos de la paciente con hipertensión originada por el embarazo. Los cuidados esenciales, son el conjunto de acciones que cada paciente debe recibir para mantener y proteger su salud; son proporcionados por los profesionales de la salud, los mismos que son ofrecidos por instituciones como hospitales, clínicas, centros de salud; y, también en otros escenarios, tales como el hogar, centros médicos de los trabajos. A la atención integral de la hipertensión en el embarazo, para fines de ejecución, se la ha dividido en varias fases.

## **13. Clasificación de la hipertensión originada por el embarazo**

- Hipertensión arterial crónica en el embarazo
- Hipertensión crónica (HAC).-
- Hipertensión gestacional o inducida por el embarazo.-
- Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada (HAT+PE).-.
- Preeclampsia (PE).-
- Eclampsia (E).-

## **14. Hipertensión arterial crónica en el embarazo**

La hipertensión arterial crónica, es un cuadro clínico que aparece durante la gestación, los síntomas se evidencian luego de la semana número 20, presenta tres tipos de eventos, por los que se debe transferir a la paciente al Centro Obstétrico:

- Empeoramiento de la hipertensión, sin preeclampsia.
- Aparición de preeclampsia que se asocia a la hipertensión crónica previa.

- Insuficiencia útero-placenta, con repercusión grave para el feto.

## **15. Historia clínica**

Son los datos que se consideran antes de examinar a la paciente, los que servirán para incluirlos en la Historia Clínica y consta de:

- Antecedentes personales y familiares sobre hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular.
- Hábitos en el consumo de fármacos y dietas.
- Referencia previa de hipertensión arterial e indicios de repercusión visceral (disnea, ángor, ictus, etc.)
- Los síntomas secundarios que nos indican hipertensión son las palpitaciones, sudoraciones, calor y coloración facial, debilidad, poliuria, edemas, proteinuria, etc. Antes del reconocimiento clínico, se debe tomar el peso, medir la talla y el índice de masa corporal.
- Se realiza la exploración del sistema cardiovascular, registrando la tensión arterial de decúbito, bipedestación de los miembros superiores, del ritmo y la frecuencia cardíaca, palpación de pulsos periféricos y exploración en busca de soplos vasculares o cardíacos.
- Exploración abdominal, para buscar amontonamientos o soplos abdominales.
- Análisis neurológico y fondo de ojo.

## **16. Pruebas diagnósticas que deben realizarse en urgencias**

- Hemograma completo (Incluye cinco mediciones o conteos principales)
- Pruebas de coagulación (Plaquetas y volumen plaquetas; etc.)

- Bioquímica con: Na, K, Ca, urea, ácido úrico, creatinina y aclaramiento de creatinina, GOT, GPT, LDH y Fosfatasa Alcalina.
- Orina completa con sedimento.
- Electrocardiograma de 12 derivaciones para detectar hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- Estudio del bienestar fetal (Ecografía, RCTG, Doppler, Perfil I Biofísico.)
- Fondo de ojo.

**17. En qué casos la paciente ingresa o vuelve al domicilio y en qué circunstancias ingresa al hospital.**

La gestante con tensión arterial crónica, que supera los 160/100 mmHg y con síntomas de preeclampsia sobreañadida, vascular o renal, (edemas, oliguria y/o proteinuria), deberá quedar ingresada. Caso contrario, volverá a su domicilio, con tratamiento ambulatorio; se comunicará a la paciente, que debe acudir al hospital inmediatamente, en caso de que aparezcan síntomas como:

- Dolor en el cuadrante superior derecho o en epigastrio (abdomen).
- Dolores de cabeza persistentes.
- Trastornos visuales y dificultades auditivas.
- Agitación y temblores.

**18. Tratamiento**

**a) Medidas dietéticas e higiénicas:**

- Reducir las tareas físicas, reposo en cama en decúbito lateral.

- Disminución de sal en los alimentos.
- Alimentación baja en calorías, 1.500 cal/día y rica en proteínas, calcio, vitaminas, hierro y fósforo.
- Suprimir los medicamentos basados en sulfato de sodio, antiácidos que contengan sodio, bicarbonato de sodio, salicilato de sodio, etc.

**b) La medicación a suministrar será:**

- Sedantes leves (sólo si son precisos):
  - Diazepam oral, 10-15 mg/ día.
  - Fenobarbital oral, 30-60 mg, tres veces al día.
- Hipotensores:
  - Hidralazina, 20-30 mg/día (10 mg cada 8 ó 12 horas.)
  - Labetalol, 100-600 mg cada 12 horas.
  - Metildopa oral, 250-500 mg/día (125-250 mg cada 8 ó 12 horas) de elección en la HTA previa a la gestación.
- No administrar diuréticos.

**19. Origen de la Hipertensión inducida por el embarazo**

Es la hipertensión diagnosticada por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria. El dictamen de hipertensión gestacional, se confirma si no se ha desarrollado preeclampsia; y, la tensión arterial, ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas postparto.

- Mala irrigación sanguínea del útero, lo que origina un aporte inadecuado de nutrientes y oxígeno para el feto.
- Hipertensión preexistente.
- Enfermedades renales.
- Diabetes.
- Hipertensión Inducida en un embarazo previo.
- La madre menor de 20 o mayor de 40 años de edad.
- Embarazo múltiple (mellizos, trillizos).

## **20. Fisiopatología**

Disfunción que comienza por desarrollarse, durante el proceso de implantación del embrión. Puesto que los vasos sanguíneos del útero, permanecen relajados durante este proceso y durante todo el embarazo.

Las mujeres que padecen hipertensión inducida por el embarazo, en forma aparente, se considera que tienen sus vasos sanguíneos anormalmente estrechos y encogidos, si la presión sanguínea es alta, aumenta la resistencia en los vasos sanguíneos; perjudicando el flujo sanguíneo en muchos de los órganos de la madre embarazada, incluyendo el hígado, los riñones, el cerebro, el útero y la placenta.

Alteraciones que al interactuar en el sistema cardiovascular, renal, placentario, neurológico, respiratorio, hepático y de la coagulación dan paso a la presentación del cuadro clínico que lo caracteriza.

## **21. Síntomas**

- Diplopía
- Epigastralgia.
- Edemas
- Cefalea
- Mareos, náuseas y vómitos.
- Convulsiones
- Proteinuria

## **22. Diagnóstico de hipertensión arterial**

Durante las visitas preconcepcionales y de embarazo, es necesario el control de la tensión arterial en todas las consultas, en vista de que la mayoría de las embarazadas estarán asintomáticas inicialmente.

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

## **23. Hipertensión Transitoria**

Hipertensión transitoria es la elevación de la presión arterial, durante el embarazo ó en las primeras 24 hrs., del post-parto, además sin otros signos como los de la preeclampsia ó hipertensión precedente. A la hipertensión transitoria, también se la considera como la fase

"Preproteinúrica de la preeclampsia", una recurrencia de la hipertensión crónica con cifras disminuidas, y que hace su presencia hacia la mitad del embarazo.

Muchas de las veces la hipertensión transitoria, se manifiesta como una forma de de la hipertensión arterial latente, que se manifiesta por el embarazo. La hipertensión transitoria, se presenta con mucha recurrencia en embarazos sucesivos, se considera como la base de un diagnóstico equivocado de preeclampsia en pacientes multíparas.

## **24. Preeclampsia**

La preeclampsia, considerada como un desorden multisistémico, caracterizado por la presencia de hipertensión, exceso de proteínas en la orina y edema que se desarrolla durante el embarazo y puerperio, la causa exacta de la preeclampsia se desconoce, la paciente sufre cambios patológicos, ante la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo (isquemia), afectando órganos como la placenta, riñón, hígado, cerebro, entre otros.

Es considerada como la más común y temida de las complicaciones del embarazo, por lo que se la debe tratar en forma urgente. Se la define también, como una tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm de Hg más proteinuria mayor o igual a 300 mg/24 horas.

**Una vez realizado el diagnostico en Urgencias, debe iniciarse el proceso de transferencia al Centro Obstétrico para tratamiento.**

**Nombres alternativos:** Hipertensión inducida por el embarazo (HIE); Toxemia.

## **25. Síndrome de preeclampsia**

Al síndrome de la preeclampsia, se lo detecta, por criterios como Tensión arterial (TA) sistólica, mayor o igual a 160 mmHg; Tensión arterial (TA) diastólica, mayor o igual a 110 mmHg; proteinuria de al menos 5 gr/24 horas; además, por elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, oliguria, hemólisis microangiopática, trombocitopenia, y aumento de las transaminasas séricas, oligohidramnios y retardo del crecimiento.

## **26. Posibles Causas:**

- Trastornos auto inmunitarios
- Problemas vasculares
- La dieta; y,
- Los genes

## **27. Factores de riesgo de la preeclampsia.**

Los principales factores de riesgo, de la preeclampsia-eclampsia son la edad materna, sobre todo cuando ésta es menor de 16 o mayor de 35 años, primigestas, la desnutrición y la pobreza, el bajo nivel de instrucción, las gestaciones múltiples, el embarazo molar, las mujeres diabéticas o con lupus eritematoso, son más factores de riesgo.

Otros factores de riesgo son: proteína S baja, presencia de anticuerpos anticardiolipina, factores genéticos, como historia familiar donde se evidencia que las madres, hermanas e hijas de pacientes, que han presentado preeclampsia tienen una incidencia mayor de la enfermedad, la obesidad previa al embarazo, fumadoras y usuarias de drogas, antecedentes de diabetes y de hipertensión, antes de quedar embarazada. La preeclampsia es más probable en las pacientes con los siguientes antecedentes:

- Primerizas gestantes adolescentes (< 16 años).
- Primigestantes mayores (> de 35 años).
- Multigestantes con antecedente de preeclampsia.
- Primigestantes de cualquier edad, con antecedentes familiares de preeclampsia, en las hermanas o la madre.

- Embarazo múltiple.
- Mola hidatiforme.
- Enfermedades subyacentes como enfermedades autoinmunes, síndrome de Cushing, disfunción tiroidea, feocromocitoma, etc.
- Adicción a la cocaína.
- Hidrops fetal.
- Las mujeres con hipertensión crónica.
- Las mujeres con nefropatía.
- Las mujeres con diabetes tipo I ó II.
- Las mujeres con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
- Las mujeres obesas.
- Riesgo psicosocial.

## **28. Diagnóstico**

Cuadro clínico compatible, tensión arterial y exámenes de laboratorio con biometría hemática completa, química sanguínea que incluya ácido úrico; perfil de lípidos, pruebas del funcionamiento hepático, bilirrubinas séricas, creatinina sérica, depuración de creatinina en 24 horas, LDH, fibrinógeno, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina activada 2, 7. En gabinete: radiografía de tórax en PA.

Un aumento de la presión arterial, de 15 mmHg a más de 30 mmHg de diastólica, en las últimas etapas del embarazo, respecto a valores previos, es significativo la aparición de proteinuria indica la presencia de preeclampsia.

## **29. Diagnóstico diferencial**

Hipertensión gestacional o inducida por el embarazo, es la hipertensión "nueva" con presión arterial >140/90 mmHg que aparece en etapas avanzadas del embarazo (>20 semanas) en dos tomas, pero sin estar asociada a signos de preeclampsia (en especial sin proteinuria). Por lo general son multíparas, obesas, con antecedentes familiares de hipertensión y al final muchas terminan con hipertensión arterial.

El diagnóstico se confirma, cuando se encuentran los criterios clínicos en pacientes con factores de riesgo epidemiológicos. Ochenta por ciento (80%) de las pacientes con preeclampsia, reúnen estos elementos.

## **30. Criterios Epidemiológicos:**

- Primigestantes adolescente 16 años o mayores a 35 años.
- Nuevo compañero sexual.
- Antecedente personal de preeclampsia.

## **31. Presentación clínica de la preeclampsia**

La preeclampsia, puede ser insidiosa o fulminante, algunas mujeres pueden encontrarse asintomáticas con presiones arteriales altas y proteinuria; o por el contrario presentar múltiples síntomas de preeclampsia severa o inminencia de eclampsia; por lo que, la prescripción inicial a la gestante, independiente de su motivo de consulta debe incluir preguntas sobre potenciales factores de riesgo para preeclampsia (antes mencionados), se debe indagar sobre la historia obstétrica previa específicamente sobre trastornos hipertensivos y/o preeclampsia en embarazos previos.

### **32. Características de la atención**

Las actividades administrativas, el manejo a la paciente y las intervenciones quirúrgicas, forman parte de la atención básica que debe tenerse en cuenta en el Centro Obstétrico o en el servicio responsable a la hora del ingreso, control prenatal y atención del parto a las pacientes con preeclampsia, procedimientos éstos, que con capacidad resolutive y equipos de salud multidisciplinarios, puedan brindar atención de calidad, a las gestantes que presenten complicaciones hipertensivas durante el embarazo, el parto, o que estén en riesgo de presentarlo.

El equipo de salud del Centro Obstétrico debe brindar, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, trato amable, prudente y respetuoso, lo que le permitirá a la gestante embarazada, tener tranquilidad y seguridad durante el tratamiento de las complicaciones hipertensivas.

### **33. Atención prenatal a las pacientes con riesgo**

- El control prenatal, debe realizarse cada cuatro semanas hasta la 32, cada dos semanas hasta la 36 y cada semana hasta la 40, según evolución clínica. Valoración por GO en las semanas 20 y 32 como mínimo, de acuerdo con la Norma de Control Prenatal.
- Antes del nacimiento, se debe contar con datos de laboratorio básico, como son: estado hemático y hemo clasificación, en forma trimestral, de glicemia basal, posprandial, serología y parcial de orina cada mes. También, debe solicitarse: BUN, creatinina, proteinuria cualitativa en cada control prenatal, durante el último trimestre.
- De comprobarse, patología hipertensiva en el embarazo, se debe transferir de Consulta Externa al servicio especializado, en Centro Obstétrico. (tercer nivel). para solicitar exámenes de ácido úrico, plaquetas, depuración de creatinina, albuminuria de 24 horas, calciuria en muestra aislada y continuar su manejo.
- Tratamiento controlado de leucorreas, bacteriuria asintomática e infección urinaria.

- Realizar ecografía trimestral, además seguimiento ecográfico según evolución clínica.
- Control diario de movimientos fetales (CDMF). > 10 movimientos/día.
- Prescribir reposo de 2 horas durante el día y 8 horas nocturnas desde la semana 24.
- Proporcionar complementos nutricionales de ácido fólico, (1 mg diario) y calcio (1,2 g diarios) en todo el embarazo.
- Suministrar ácido acetilsalicílico (ASA) (100 mg diario) durante todo el embarazo, suspendiéndolo dos semanas antes de la fecha probable de parto.
- Suplemento de ácidos omega 3.
- Dieta hiperprotéica, normo sódica.

**Control prenatal, por médico general que debe remitir a especialista en caso del primer indicio patológico.**

#### **34. Signos y síntomas precedentes**

- Dolor de cabeza persistente (Cefalea).
- Perturbaciones y cambios visuales.
- Dolor epigástrico (náusea y vómito)
- Cambios mentales transitorios.
- Acúfenos o tinnitus.
- Hinchazones y edemas patológicos.

- Signos de compromiso fetal: oligohidramnios, retardo de crecimiento intra uterino, alteración bienestar fetal.

### **35. Recomendaciones para medir la Tensión Arterial**

- La toma debe realizarse con la paciente sentada con el brazo a la altura del corazón.
- Utilizar un manguito adecuado que cubra 1,5 veces la circunferencia del brazo.
- En pacientes con sobrepeso, utilice un manguito grande, puesto que usualmente no tienen presión sanguínea alta, sino que los manguitos pequeños causan lecturas falsamente altas.
- Para la medición de la tensión diastólica, debe utilizarse el 5<sup>to</sup> ruido de Korotkoff, el momento en que deja de escucharse el sonido del pulso.
- Si hay diferencias en la toma de presión en los dos brazos, debe considerarse el registro más alto; brazo que debe ser utilizado para las posteriores tomas.
- El auto monitoreo de la medición de tensión arterial diaria, en pacientes instruidas en la técnica, puede ser de utilidad.

### **36. Manejo de la paciente con preeclampsia**

El proceso con el que se debe iniciar el manejo en el Centro Obstétrico es:

- Hospitalización, para efectuar un seguimiento durante 24 horas, de las cifras hipertensionales.
- Confirmar la edad gestacional, a través de una ecografía.
- Decúbito lateral izquierdo, proceder con la toma de signos vitales, cada 4 horas. Peso diario, control LA/LE.
  - Valoración de fondo de ojo.

- Monitoreo fetal: al ingreso y durante el trabajo de parto.
- Si se considera anormal, se decidirá parto por cesárea.
- Vía del parto, según el índice de Bishop:
- Con cuello inmaduro: Misoprostol: 25 mcg. cada 6 horas en dos dosis.
- Oxitocina: 6 horas después de terminada la dosis del Misoprostol, para inducción de la labor, por conveniencia en un embarazo a término.
- Iniciar con 4mU y aumentar a 2mU cada 20 minutos hasta llegar a 24mU.
- Realizar un estudio clínico y para-clínico, con el fin de desechar la presencia de disfunción orgánica múltiple.
- Pedir CH, plaquetas, pruebas de coagulación, creatinina, transaminasas, ácido úrico, P d O, DHL, albuminuria, depuración de creatinina.
- Cuidados estrictos a la paciente, con los resultados de las pruebas de función renal, las que incluirán, gasto urinario horario, depuración de creatinina y proteinuria cuantitativa.
- Desembarazar después de cumplir la semana 36.

**Para gestantes menores de 36 semanas: tratamiento igual que para gestantes mayores de 36 semanas, a lo que se adicionará:**

- La maduración de los pulmones < 34 semanas, > 28 semanas.
- Prescripción de betametasona 12mg. imc/ 24 hrs 2 dosis.
- Dexametasona 6 mg iv c/ 6 por 4 dosis.
- Exámenes de laboratorio c/ 48 horas.

Con la mejoría de la tensión arterial, se tomarán muestras de laboratorios para control de manera ambulatoria cada 2 semanas.

Si PAM >105, con criterio de severidad, debe pasar a manejo de preeclampsia en el Centro Obstétrico.

Observaciones para el desembarazo:

- Feto maduro, determinado por pruebas de líquido amniótico tomado por amniocentesis
- Placenta insuficiente según doppler
- ILA < 4
- RCIU severo, con peso fetal por debajo del percentil 10.

### **37. Evaluación del bienestar fetal:**

- El monitoreo fetal se realizará con estimulación vibro-acústica, índice de líquido amniótico, biometría fetal con parámetros secundarios: núcleos de osificación, huesos largos, diámetro del cerebelo, riñón e intestino, grado de maduración placentaria.
- Obtener un perfil biofísico fetal completo.
- Cuando uno de los elementos anteriores está anormal, realizar doppler de circulación umbilical y cerebral fetal.

### **38. Síntomas**

- Trastornos neurológicos (Hiperreflexia), dolor de cabeza en casco, flush, tinnitus, agitación sicomotora, fosfenos, dificultad respiratoria por edema pulmonar, eritema palmar, lívido reticulosis.

- Dolor típico, en hipocondrio derecho o ardor en epigastrio; éste síntoma es importante porque se asocia con el síndrome HELLP.
- Signos de compromiso fetal: oligohidramnios (líquido amniótico), RCIU, alteraciones de bienestar fetal.

### **39. Manejo del síndrome de preeclampsia**

No existe un tratamiento terapéutico que transforme o invierta el avance del síndrome de la preeclampsia. De acuerdo con lo descrito, el propósito terapéutico es ubicar el momento más oportuno para terminar el embarazo, el manejo inicial que corresponde a primer nivel, se realizara de acuerdo a las cifras de tensión arterial y presencia de signos de inminencia de eclampsia, para su posterior remisión; además de lo antes descrito, se recomienda:

- Nada por vía oral.
- Líquidos por intravenosa: bolo inicial de 1000 cc., con gasto urinario mayor 2 cc/kg/h, continuar la solución de líquidos a 120 cc/hora. Con gasto urinario menor a 0.5 cc/kg/h, continuar bolos de 1.000 cc/h con valoración médica.
- Sulfato de magnesio.
- Cargar: 6 gr en 200 cc de Lactato de Ringer para pasar en un tiempo de 30 minutos.
- Continuar la infusión a 2 gr/hora.
- Dos venas con cateter N° 16.
- Sonda para cateterismo vesical o cistofló.
- PVC si gasto urinario < de 0.5cc/kg /h.
- Control exacto de líquidos administrados y de líquidos eliminados (LA/LE).

- En los exámenes clínicos: CH, recuento de plaquetas, creatinina, transaminasas, DHL, depuración de creatinina y proteinuria de 24 hrs, TP, TPT y frotis de sangre periférica.
- Maduración de los pulmones.
- Si transcurrido una hora del manejo inicial, las cifras tensionales, persiste con datos >160/110, o una PAM de 105:
  - Hidralazina de acción directa: 5 mg IV. Para relajar el músculo, para el tratamiento de la hipertensión arterial moderada o grave.
  - Si la TA no disminuye, se continúan dosis de 5 mg. cada 20 a 30 minutos.
  - Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.
  - Labetalol 10 mg IV luego c/10 minutos, en dosis ascendente, 20 mg, 40 mg, 80 mg.
  - Dosis máxima de 220 mg.
  - Hasta conseguir el control de la TA, continuar con 20-40 mg c/ hrs V.O.
  - Contraindicado en asma e ICC.
  - Nifedipina: 10 mg sublingual, proporcionar cada 20 min, 20 mg. 3 dosis hasta 60 mg. y luego 10-20 mg. c/6 h. vía oral, con un máximo de 20 mg c/4 hrs.
  - Nitroprusiato de sodio: para encefalopatía hipertensiva y no respuesta al tratamiento previo.

- Dosis de 0.25 mcg /kg min hasta un máximo de 5 mcg/kg/min.
- Precaución: envenenamiento con cianuro y tiocianatos
- PRAZOSIN: 0.5-2 mg VO c/12 horas. Dosis máxima: 6 mg/día.

**Cuando se ha estabilizado a la paciente, desembarazar, lo que se determina según indicación obstétrica, sin importar la edad gestacional.**

#### **40. Valoración del bienestar de la madre**

Se debe realizar información diaria sobre: cefalea, cambios visuales, tinitus, flush, palpitaciones, obstrucción nasal, calentura, dolor pectoral, nerviosismo, agitación, dolor en hipocondrio derecho (área del abdomen), epigastralgia, edemas matinales y movimientos fetales, también se debe:

- Controlar la TA cada 2 horas.
- Reflejos rotulianos, control valorando de 0-4).
- Control cada hora de la diuresis
- Control diario de peso, proteinuria y diuresis.
- Realizar análisis de laboratorio básico inicial: cuadro hemático completo, con recuento de plaquetas, glicemia,

Exámenes de nitrógeno ureico de la sangre (BUN), ácido úrico, creatinina, purificación de creatinina y proteinuria en orina recolectada durante 24 horas, transaminasas, LDH, bilirrubinas, TP, TPT, parcial de orina.

Si hay compromiso hematológico, es necesario realizar perfil completo de coagulación, frotis de sangre periférico: dímero D, productos de degradación de fibrina y fibrinógeno y seguimiento bioquímico cada 72 horas.

#### **41. Evaluación del bienestar fetal**

Para la valuación del bienestar fetal, se debe realizar exámenes del perfil biofísico modificado diario: ILA, monitoria fetal sin estrés. Si se presentan alteraciones de estos parámetros, debe realizarse el perfil biofísico completo y el perfil hemodinámico fetal, doppler de arteria umbilical, ductos venoso y cerebral media.

#### **42. Argumentos para una crisis hipertensiva**

La crisis hipertensiva se caracteriza por un cuadro de Hipertensión severa (a una Presión diastólica mayor de 110 mm. de Hg. que afecta a un sistema orgánico (Sistema Nervioso Central, Cardiovascular ó Renal) a partir del cual la presión debe ser disminuida en el término de minutos u horas. Las emergencias hipertensivas se asocian con las siguientes entidades:

- Hipertensión maligna
- Angina inestable
- Hipertensión postoperatoria
- Preeclampsia.

Son causas comunes del aumento brusco de la presión arterial, en una paciente con hipertensión esencial crónica la:

- Hipertensión Renovascular
- Eclampsia

- Pre-eclampsia
- Glomerulonefritis Aguda
- Feocromocitoma
- Abandono de la medicación antihipertensiva
- Traumatismos cefálicos y del Sistema Nervioso Central
- Tumores secretores de renina
- Hipertensión inducida por drogas
- Quemaduras
- Vasculitis
- Púrpura trombocitopénica Idiopática
- Hipertensión Postoperatoria
- Coartación de aorta
- TA (Tensión Arterial) mayor o igual a 180/120.
- PAM (Presión Arterial Media), mayor de 140.
- Persistencia de TA mayor o igual a 160/110.
- Con síntomas intensos.

#### **42. Eclampsia**

Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, que se utilizan en la asistencia de las mujeres gestantes con embarazos a término y trastornos hipertensivos

asociados al embarazo y sus complicaciones; se presenta con crisis epilépticas (convulsiones), las mismas no tienen correlación con enfermedades cerebrales precedentes.

### **43. Causas**

La causa exacta de la eclampsia, se desconoce aún, se presenta después de una preeclampsia, una complicación grave del embarazo caracterizada por hipertensión arterial, así como exceso y rápido aumento de peso; los siguientes signos son los que nos sirven como pautas de su presencia:

- Inconveniencias vasculares
- Desestabilizaciones neurológicas
- El régimen alimenticio y,
- Los genes

No se ha podido predecir, si las mujeres que presenta preeclampsia padecerán convulsiones (eclampsia). Las mujeres con alto riesgo de sufrir eclampsia, desarrollan preeclampsia grave, además presentan signos como:

- Dolores de cabeza (cefaleas).
- Presión arterial muy alta.
- Cambios en la visión.
- Exámenes de sangre anormales

Las probabilidades de desarrollar eclampsia aumentan cuando la embarazada:

- Tiene más de 35 años.
- Es de la raza negra.
- Es su primer embarazo.
- Tiene diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal.
- Va a tener más de un bebé (gemelos, trillizos, etc.)
- Es adolescente.

En los cuadros clínicos de eclampsia debe descartarse la presencia de:

- Sangramiento subaracnoidea.
- Trombosis de senos subdurales.
- Intoxicación hídrica.
- Epilepsia.
- Neurosis conversiva.

#### **44. Síntomas**

Los síntomas más significativos que partiendo de la preeclampsia, nos alertan la presencia de eclampsia, son las convulsiones, pérdida del conocimiento, agitación intensa y dolores musculares. Así mismo, pueden aparecer combinados con los de la preeclampsia como son, dolor de cabeza y de estómago, hinchazón de las manos y de la cara y aumento de peso.

La eclampsia se presenta con signo como:

- Dolencias musculares
- Crisis epiléptica o convulsiones
- Agitación intensa
- Pérdida del conocimiento

#### **45. Diagnóstico de la eclampsia en el embarazo**

El factor etiológico de la eclampsia aún no es claro y continúa desconocido, el diagnóstico se hace tardíamente en la mayoría de los casos; por lo que la historia clínica perinatal, se convierte en el instrumento fundamental para un diagnóstico eficaz.

El control prenatal, nos ayuda a reducir la mortalidad materna y perinatal, el número de productos con bajo peso al nacer, los partos prematuros, lo que también permite identificar los factores de riesgo, haciendo posible concretar acciones preventivas y terapéuticas en forma oportuna durante el embarazo.

El diagnóstico de la eclampsia no obedece a ningún resultado neurológico ya sea clínico o diagnóstico, en las etapas iniciales se presenta con ceguera cortical, déficit motor focal y coma agresión transitoria, como la hipoxia, la isquemia o edema. A más de considerar la sintomatología de la paciente embarazada, el usuario interno especializado, debe solicitar exámenes físicos, para descartar otras posibles causas de las convulsiones.

Es necesario verificar y controlar la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria; también, es de importancia, realizar análisis de sangre, para evaluar el nivel de ácido úrico, plaquetas, creatinina (que sirve para medir la función del riñón)

#### **46. Manejo inicial**

El reconocimiento temprano de la eclampsia es la clave para efectuar un tratamiento adecuado. Para ello el usuario interno, debe contar con una serie de indicadores que le ayuden a distinguir la gravedad de la enfermedad, por tanto el tratamiento va dirigido a:

- Hospitalizar a la paciente.
- Trato de la vía aérea.
- Proporcionar oxígeno por cánula nasal o máscara facial.
- Disponer reposo absoluto.
- Nada por vía oral.
- Evitar la estimulación externa (luz y sonidos).
- Establecer y disponer de 2 vías venosas (catéter 16).
- Sonda vesical para control de la diuresis, en términos cuantitativos como cualitativos.
- Monitorear al feto y a la paciente.
- Líquidos por vía parenteral.
- Controlar la presión arterial.
- Remitir a Centro Obstétrico.
- Definir vía del parto:

**Vía vaginal:** En un plazo máximo de 6 horas, si las condiciones materno fetales lo permiten.

**Cesárea:** Con indicación obstétrica (en 2 horas), por deterioro vertiginoso materno fetal. No se debe realizar ante la proximidad de parto vaginal.

## 47. Cuidado y tratamiento de las convulsiones

En caso de dar atención y asistir a una embarazada con eclampsia en la Unidad de Emergencias, centro de atención primaria, se debe:

- Conservar las vías respiratorias permeables;
- Colocar a la paciente de costado en posición de cúbito lateral izquierdo, para evitar la aspiración del vómito u otras secreciones; evitar la mordedura lingual, aspirar secreciones y administrar oxígeno.
- Colocar una vía intravenosa; y,
- Administrar sulfato de magnesio:
  - Proponer un Régimen de sulfato de magnesio, de acuerdo con la Guía de "Regímenes de sulfato de magnesio para pacientes con preeclampsia y eclampsia", utilizando uno de los dos regímenes de sulfato de magnesio: el intravenoso (IV) y el intramuscular (IM). Ambos tienen la misma dosis de inicio IV, pero los planes de mantenimiento son diferentes. Se recomienda el régimen IM para los centros de atención primaria, en los que es complicado observar en forma estricta el estado de la salud de la paciente y controlar las posibles sobredosis.
  - Una vez que se ha iniciado el tratamiento con sulfato de magnesio y se ha estabilizado a la paciente, se la debe transferir al Centro Obstétrico.

Cuando se ha diagnosticado convulsión ecláptica, a la paciente se le suministra una dosis de sulfato de magnesio como inicio, considerando las medidas de emergencia mencionadas anteriormente y luego se la debe derivar al Centro Obstétrico del hospital lo antes posible; también es necesario realizar las siguientes sugerencias:

Sugerencias adicionales

- Los dos regímenes que se sugieren, son factibles de utilizar.
- Otra de las medidas prácticas para garantizar el tratamiento anticonvulsivo rápido y eficaz para las mujeres con eclampsia, durante 24 horas, es disponer sulfato de magnesio para inyecciones en bolo y de mantenimiento, jeringas, equipos de infusión, hisopos y gluconato de calcio para las sobredosis.
- Se debe recordar que el tratamiento definitivo de la eclampsia es el parto.
- Se deben tener en cuenta, las probabilidades de sobrevida del feto en el Centro Obstétrico.
- Observar que la anestesia peridural reduce la presión arterial materna y puede excluir el uso de fármacos de acción rápida para el tratamiento de la hipertensión.
- El medicamento de elección es el **Sulfato de magnesio** (esquema de **Zuspan**):
  - Dosis inicial: 6 g IV en 20 minutos.
  - Mantenimiento: 1 g/h hasta 24 horas pos parto.

#### 48. Si no hay evolución de la convulsión

- Suministrar, un segundo bolo de sulfato de magnesio: 2 g IV en 20 minutos y administrar dosis de mantenimiento de 2 g / h.
- Margen terapéutico de magnesio: 4,8-8,4 mg/dl.
- Recordar: el antagonista del sulfato de magnesio es el gluconato de calcio; se administra IV; 10 ml. de solución al 10%, para pasar en 3 minutos.
- Medicamento alternativo del sulfato de magnesio:

### **Fenitoína (esquema de Ryan):**

- Dosificación: 15 mg/kg: 10 mg/kg inicial. 5mg/kg a las 2 horas.
- Mantenimiento: 125 mg IV cada 8 horas y luego continuar por vía oral 300-400 mgr., día durante 10 días.
- Margen terapéutico: 6-15 mg/dl

### **Diazepam**

- Las dosis que se deben utilizar son: de 5 a 10 mg., seguido de una perfusión que varía según el grado de conciencia de la paciente 2 - 4mg/h.

Se debe recordar, que durante el estado alterado de conciencia (postictal) el compromiso fetal es muy importante por el periodo transitorio de apnea materna. El feto debe ser reanimado, preferiblemente, in útero.

El instante correcto para finalizar el embarazo, es posterior a la recuperación del estado de conciencia de la madre y la estabilización de las cifras de tensión arterial.

## **49. Manejo del síndrome hipertensivo del embarazo**

Cuando se presenten eventos con problemas neurológicos perseverantes y progresivos, debe suministrarse otro medicamento anticonvulsivante coadyuvante, como diazepam, difenilhidantoína o fenobarbital.

### **A) Estatus convulsivo.**

Si una convulsión se extiende por más de quince minutos, o no se presenta una recuperación del estado de conciencia entre dos incidentes convulsivos; suministrar:

- Diazepam 10mg IV.
- Remisión a Centro Obstétrico.

#### **B) Valoración materna (cada hora)**

- En hoja neurológica o Escala de Glasgow, para la valoración del nivel de consciencia.
- Tensión arterial
- Frecuencia respiratoria.
- Reflejos (patelar).
- Control estricto de líquidos administrados y eliminados.

#### **C) Valoración del bienestar fetal:**

- Monitoría: NST.
- Ecografía obstétrica.

**Desembarazar una vez estabilizada la paciente, sin importar la edad gestacional.**

**La vía del parto se determinará según indicación obstétrica.**

#### **50. Manejo de las pacientes en el Centro Obstétrico**

- Creatinina: > 1.2 mg/dl
- BUN: > 20 mg/dl

- Proteinuria: >5 g en orina de 24 horas
- Depuración de creatinina: < 60 ml/min
- Oliguria: diuresis < 400 ml/día ó < 1 ml/kg/h.

## 51. Manejo de la paciente con la función renal comprometida

- Tratar la causa.
- Suspender agentes tóxicos para el riñón.

**A) Hidratación.-** Hidratación adecuada con cristaloides (si hay oliguria permanente, manejo con catéter de presión venosa central o Swan Ganz).

### **B) Pruebas de diuresis:**

- Usar dopamina, frente a la aparición de oliguria que no se producto de la administración de líquidos intravenosos.
- Por lo general, cuando se presenta con problemas cardio pulmonares coincidentes, debe vigilarse mediante presión venosa central, presión capilar pulmonar, oximetría de pulso y RX de tórax.

Si el diagnóstico de insuficiencia renal es positivo y no presenta mejoría con el tratamiento prescrito, es necesario que, simultáneamente con medicina interna o nefrología se considere y decida la posibilidad de diálisis. La paciente con criterios de disfunción orgánica múltiple, merece cuidados con hemodinámica estricta. Desembarazando, una vez que se haya estabilizado a la paciente, sin importar la edad gestacional. La vía del parto, será determinada por indicación obstétrica.

La preeclampsia-eclampsia, enfermedad que formando parte de un conjunto de circunstancias conocidas como enfermedades hipertensivas del embarazo, que tienen en

común la hipertensión arterial. Se necesitan más investigaciones para comprender las causas y mejorar las estrategias preventivas.

El mejor acceso a la atención obstétrica adecuada, en particular durante el parto, y mejor detección y tratamiento de los casos identificados, reducirá los índices de morbilidad materna y perinatal.

El documento compila, revisa y actualiza los aspectos clínicos fundamentales, conceptos clasificación y tratamiento; con énfasis en el uso de hipotensores y el sulfato de magnesio. Concluyendo con un documento para evaluación, el mismo, que enfocado en los aspectos más importantes a cumplir en el Centro Obstétrico.

## **51. Disposiciones finales**

- Por disposición de la Gerencia General del Hospital Carlos Andrade Marín, son responsables de la ejecución, cumplimiento, difusión y aplicación de la presente Guía, la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio, la Subgerencia de Materno Infantil y el Centro Obstétrico, en lo que a cada Unidad le corresponda.
- Las autoridades del hospital, funcionarios de las diferentes Unidades y Servicios, Directores y Jefes Departamentales, a partir de la fecha de recepción de la Guía de atención a la embarazada con preeclampsia – eclampsia, serán los responsables de su aplicación y ejecución.
- La Dirección Médico – Social del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a través de la Gerencia Administrativa de Desarrollo Institucional, será la encargada de vigilar el estricto cumplimiento de la presente Guía técnica, en todos los hospitales a nivel nacional.
- En el Hospital Carlos Andrade Marín, no se deberá objetar la atención a ninguna paciente embarazada con preeclampsia – eclampsia, debiendo más bien brindarse un trato digno, respetando la confidencialidad con un enfoque de derecho, equidad e interculturalidad.

- En conclusión se puede decir que:
- La preeclampsia – eclampsia es un problema serio en el embarazo, con altos índices de morbimortalidad materna.

El presente Manual entrará en vigencia, desde la fecha de aprobación por parte de las Autoridades del Hospital.

Quito, octubre del 2013.

# **FOTORELATORÍA**

14. Fotorelatoría de la Sala de Manejo a la paciente con Preeclampsia -eclampsia



RESULTADO 1



**Foto N° 1**  
**Taller para revisión bibliográfica y elaboración de la Guía de Mejoramiento de la calidad de atención a las pacientes**



**Foto N° 2. Presentación de la Guía de Mejoramiento de la calidad de atención a las pacientes a las autoridades de la Subgerencia de Materno Infantil con preeclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2012**



**Foto N° 3. Presentación de la Guía a personal de Enfermería del Centro Obstétrico**

## RESULTADO 2



Foto N° 4. Ubicación del área física, en el ala derecha de Gineco-Obstetricia



Foto N° 5. Remodelación y adecuación de la sala para manejo a las Pacientes con hipertensión del embarazo



Foto N° 6. Instalaciones eléctricas y equipamiento para la nueva sala



Foto N°7. Equipo de eco sonografía instalado en la sala para manejo a las pacientes con preclampsia eclampsia



**Foto N° 8. Equipamiento moderno en la sala de manejo a las pacientes con preeclampsia eclampsia**



**Foto N° 7. Autoridades en la entrega de la sala para atención a las pacientes con hipertensión del embarazo**



Foto N° 8. Sala de espera remodelada en el Centro Obstétrico



Foto N° 9. La delegada de la Subgerencia Materno Infantil, en la Inauguración y entrega de las instalaciones de la nueva Sala

### RESULTADO 3



Foto N° 8. Usuarios internos en capacitación sobre hipertensión del embarazo



Foto N° 9. Personal del Centro Obstétrico en taller de especialización en preeclampsia eclampsia



Foto N° 10. Talento humano especializado en la sala de manejo a las pacientes con preeclampsia eclampsia



Foto N° 11. Usuarios Internos atendiendo a paciente con hipertensión del embarazo

#### RESULTADO 4



**Foto N° 12. Personal de la salud participante en la conformación del Comité de Control de Calidad y Mejora Continua.**



**Foto N° 13. Profesionales de la salud, en la conformación del Control de Calidad y Mejora Continua para los pacientes**



**MEMORANDO 012**

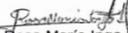
**DE:** Rosa María Inga L., SECRETARIA DE LA MAESTRÍA EN SALUD  
**PARA:** Lorena Mena, SECRETARIA CENTRO QUITO  
**FECHA:** Loja, 12 de enero de 2012  
**ASUNTO:** APROBACION TEMA DE TESIS

Adjunto, sírvase encontrar los anillados de proyecto de tesis que fueron recibidos para aprobación de tema de tesis; los mismos deben ser entregados a los estudiantes que se detallan a continuación.

Las indicaciones están insertas en cada anillado.

MORALES LOOR BELLA ALEXANDRA, tema aprobado previa sugerencias, directora Mgs. Noemí Armijos.  
JATIVA ARGUELLO ROSA GUADALUPE, tema no aprobado, no se adjunta el proyecto en el envío que se hizo el 22 de diciembre del 2011, con memorando 216; razón por la cual se lo realiza ahora.  
JATIVA SERRANO LAURA PRISILA, tema no aprobado, el proyecto fue enviado el 22 de diciembre de 2011, con memorando 216.

Atentamente,

  
Lic. Rosa María Inga L.  
SECRETARIA DE LA MAESTRÍA  
EN GERENCIA DE SALUD



**FOTO 14. CERTIFICADO DE APROVACION DEL TEMA**



Quito, Febrero de 2012

Señor Doctor  
Andrés Calle M.  
JEFE DEL CENTRO OBSTETRICO  
Presente.-

Bella Morales L., egresada de la maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la UTPL, me permito solicitar lo siguiente:

Conceder la autorización y las facilidades respectivas para poder realizar la Tesis de Grado que tiene como Título "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS PACIENTES CON PRECLAMSA Y ECLAMSA QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN QUITO 2012."

También agradeceré solicitar al personal respectivo brindar las facilidades y necesidades para que el Proyecto planificado termine exitosamente.

Como usted conoce entre los objetivos de la atención médica obstétrica se encuentra la atención subespecializada la misma que brinda mejores oportunidades de tratamientos más específicos para mejorar los diagnósticos y por lo tanto la evolución de la paciente. Justamente en este marco se desarrolla la propuesta realizada en la presente, hecho que redundará en el beneficio y prestigio del Centro, así como en el tratamiento de las pacientes.

Por la atención y respaldo que se sirva dar a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Lcda. Bella Morales

  
Andrés Calle M.  
JEFE DEL CENTRO OBSTETRICO  
HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN"  
CENTRO OBSTETRICO (CO)  
Quito, 12 de Febrero de 2012

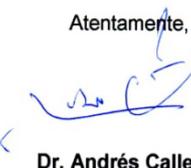
**FOTO 15. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA SOCIALIZACIÓN**



Quito, Octubre del 2013

**CERTIFICADO**

Yo, Doctor Andrés Calle M, Jefe del Servicio del Centro Obstétrico, certifica que la Lic. Bella Morales Looor desarrollo y cumplió a cabalidad con la planificación y ejecución del proyecto cuyo tema es: "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS PACIENTES CON PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN QUITO 2012.", el mismo que contribuyo a mejorar la calidad del servicio de nuestra unidad.

Atentamente,  
  
 Hospital "Carlos Andrade Marín"  
 Jefe del Centro Obstétrico  
 Dr. Andrés CALLE M.  
 Conf. 101.01.30-CC-17044631

**JEFE DEL SERVICIO DE CENTRO OBSTETRICO**

**FOTO 16. CULMINACIÓN DEL PROYECTO DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE**

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Ximena Sotaria	Jef. Enfermería	Ximena Sotaria
Guadalupe Cecilia Ojeda	Aux de enf.	Guadalupe Ojeda
Julia Cadena	Aux de enf.	Julia Cadena
Melissa Gumbus Roboy	Enf. de Atención	Melissa Gumbus
Marta Caro Eliseo	Aux. Enfermería	Marta Caro
Alfonso Yolanda Calderón S.	Infermera	Alfonso S.
Bella Morales Looor	Enfermera	Bella Morales
Katya Ruiz Tostaquero	Enfermera	Katya Ruiz
Maria Rosa Mendez Mora	Enfermera	Maria Rosa
Marcela Estrella S.	Voluntaria	Marcela Estrella
Kelly Armijos	Voluntaria	Kelly Armijos
Diosdado Lizasoain	Voluntario	Diosdado Lizasoain
Lic. H. Escobar	Enfermera	H. Escobar
Lic. R. Pizarro	Enfermera	R. Pizarro
Lic. M. Curi	Enf.	M. Curi
Lic. L. Pizarro	Supervisora	L. Pizarro
Dr. Alvarez	Medico	Dr. Alvarez
Dr. J. J. S. S.	Enfermera	J. J. S. S.
Lic. M. J. J.	Trab. social	M. J. J.

**FOTO 14. LISTA DE ASISTENTES EN LA SOCIALIZACION MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS PACIENTES**