



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. "FRANCISCO BATISTINI CASALTA"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO,
HOSPITAL "RUIZ Y PÁEZ", CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO
BOLIVAR, PERIODO, NOVIEMBRE, 2.011 – ENERO, 2.012.**

Tutora:

Lcda. Cruz Galindo.

Co-asesor:

Lcda Gilka Parra.

Trabajo de grado presentado por:

Ronny José Tirado Bravo

C.I. 17.045.724

Oscarlyn María Velásquez

C.I. 19.077.260

Como Requisito para optar el Título de Licenciatura en Enfermería

Ciudad Bolívar; Abril del 2.012.

INDICE

INDICE	ii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	11
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos	11
METODOLOGIA	12
Tipo de estudio	12
Universo.....	12
Muestra	12
Criterios de inclusión.....	12
Criterios de exclusión	13
Métodos e instrumentos para la recolección de datos:	13
Validez y confiabilidad:.....	13
Procedimiento:.....	13
Plan de tabulación y análisis.....	14
RESULTADOS	15
Tabla N° 1	15
Tabla N° 2.....	16
Tabla N° 3	17
Tabla N° 4.....	18
Tabla N° 5	19
Tabla N° 6.....	20

Tabla N° 7	21
Tabla N° 8	22
Tabla N° 9	23
Tabla N° 10	24
Tabla N° 11	25
Tabla N° 12	26
Tabla N° 13	27
Tabla N° 14	28
Tabla N° 15	29
Tabla N° 16	31
Tabla N° 17	32
Tabla N° 18	34
Tabla N° 19	36
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS.....	47
APÉNDICES	52

AGRADECIMIENTO

A Dios principalmente, por su misericordia y compasión para con nosotros brindándonos sabiduría, inteligencia y entendimiento para el logro de nuestras metas.

A nuestra casa de estudios, “La Universidad de Oriente” por permitirnos formar parte de su amplia familia de futuros profesionales.

A los profesores o facilitadores por brindarnos sus conocimientos y ayudarnos a obtener una formación de lujo para lograr profesionales de excelencia.

Al Hospital Universitario “Ruiz y Páez” donde se desarrollo la investigación.

A la Licenciada Marvelia Muñoz, supervisora de enfermería del servicio de Gineco-obstetricia.

A las Licenciadas Cruz Galindo, Gilka Parra y Cheila Gascón por brindarnos sus conocimientos y por su dedicación y tiempo.

A todo el personal obrero q labora en nuestra casa de estudios, a nuestros compañeros de clases y amigos que de una u otra forma contribuyeron a nuestra formación.

***Tirado Ronny
Velásquez Oscarlyn***

DEDICATORIA

A Jehová todopoderoso, por haberme permitido alcanzar esta importante meta y estarme apoyando y dando fuerzas para salir adelante, durante todos los días de mi vida.

A la memoria de mis seres queridos, (A mi Madre y Abuelos) y demás familiares que de alguna forma u otra forman parte de este logro.

A los(as) profesores(as): Cruz Galindo, Gilka Parra, José Gregorio Páez, Hernán Serpa, Gabriel Solórzano, Cheila Gascón y a todos aquellos que de alguna manera aportaron su colaboración en este trabajo.

A “La Universidad De Oriente – Núcleo Bolívar”, y a todo el personal que la conforma, por haberme dado esta gran oportunidad de formar parte de ella y de su historia, ya que es una de las mejores de nuestro país.

A todo el personal obrero, trabajador, directivo y administrativo que labora en el Centro Hospitalario Universitario, “Ruiz y Páez”, por habernos prestado la colaboración y el apoyo en la realización y desarrollo de nuestro trabajo de grado en dicho centro y en especial a todos los relacionados con la enfermería.

A todos los compañeros y amigos que me brindaron su apoyo durante mi carrera.

Ronny Tirado

DEDICATORIA

A Dios primeramente por su fidelidad, amor y misericordia para conmigo, por darme la bendición de llegar hasta el final y demostrarme que con él la victoria es segura.

A mi mamá Leida Velásquez por su apoyo, esfuerzo, confianza y sacrificio. Por impulsarme a ser cada vez mejor y ser mí ejemplo a seguir, por enseñarme que en la vida solo los valientes consiguen lo que quieren y que el límite del éxito lo pongo yo misma.

A mi hermana María Velásquez por su apoyo incondicional y por regalarme la alegría de ser tía de una princesa que me impulsa con su sonrisa a esforzarme cada vez más a luchar por mis sueños.

A mi familia, especialmente a mis tías Martha y Rosa que de una u otra manera me prestan su colaboración, a los que tengo cerca, a los que están más lejos y a los que ya no están, gracias porque sé que de cualquier manera sus deseos son verme graduada.

A mis amigas Isaura Figueredo y Vanessa Chávez porque siempre están prestas a brindarme sus conocimientos y ayudarme en tiempos difíciles.

A mis amistades, compañeros de clases y trabajo, vecinos y conocidos por su comprensión y paciencia.

Oscarlyn Velásquez

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
DR. “FRANCISCO BATISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO,
HOSPITAL “RUIZ Y PÁEZ”, CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLIVAR,
PERIODO, NOVIEMBRE, 2.011 – ENERO, 2.012.**

Tutora:

Lcda.: Cruz Galindo.

Co-asesora:

Lcda.: Gilka Parra.

Tesistas:

T.S.U.: Ronny José Tirado Bravo

C.I. 17.045.724

T.S.U.: Oscarlyn María Velásquez

C.I. 19.077.260

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), considera la hipertensión arterial, como aquella presión sistólica igual o superior a 140mmHg o una presión arterial diastólica igual o mayor a 90mmHg, aunque actualmente se cuenta con nuevas clasificaciones. A nivel mundial, aproximadamente el 80% de las muertes maternas son por causas directas como: hemorragias intensas, infecciones, septicemia y los trastornos hipertensivos. Mientras que el 20% son enfermedades que complican el embarazo como: el paludismo, anemia, VIH/SIDA o las enfermedades cardíacas. Se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo. Con un universo de 97 pacientes de las cuales se tomaron como muestra 28 gestantes que presentaron hipertensión arterial inducida por el embarazo, que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital “Ruiz y Páez”. Con el objetivo de determinar la incidencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo en las pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, durante el periodo Noviembre 2.011 – Enero 2.012. La H.I.E., fue de un 28,87%, de las cuales el 53,57% pertenece al grupo etario de 16 a 23 años, el 35,71% presentó obesidad grado I, mientras que el 75% de las gestantes eran de estrato socioeconómico (Obrero). La hipertensión arterial durante el embarazo afecta mayormente a las gestantes más jóvenes.

Palabras claves: Hipertensión arterial, embarazadas, incidencia.

INTRODUCCIÓN

La presión arterial (PA), o tensión arterial (TA), es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias, esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar. Dentro de los componentes tenemos la presión arterial sistólica, que corresponde al valor máximo de la tensión arterial en sístole, cuando el corazón se contrae, que se refiere al efecto de presión realizado por la sangre eyectada del corazón sobre las paredes de los vasos. Mientras que la presión arterial diastólica corresponde al valor mínimo de presión arterial, cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardiacos, se refiere al efecto de distensibilidad de la pared de las arterias ¹.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), considera la hipertensión como aquella presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, aunque estas cifras han cambiado, de tal forma que, hoy contamos con nuevas subformas de H.T.A. La presión sistólica, también conocida como máxima o alta, depende de la capacidad de contracción del corazón, para impulsar la sangre y de la elasticidad de los grandes vasos sanguíneos que salen del corazón, para recoger la sangre. La presión diastólica, conocida también como mínima o baja, es expresión de la cantidad de sangre en las arterias al final de cada ciclo cardiaco, diástole y variara en función de la capacidad de vaciamiento de las arteriolas, es decir, de las resistencias periféricas ².

La hipertensión arterial, puede ocurrir sin una causa previa conocida (y posibles factores de riesgo), es llamada hipertensión arterial esencial y aquella que es el resultado de alguna otra enfermedad, se conoce como hipertensión arterial secundaria; dentro de los factores de riesgo de la primera mencionada se encuentra:

alto consumo de sal, estilo de vida sedentario, fumar cigarrillo, abuso del alcohol, altos niveles de grasa saturada en la dieta, obesidad, estrés, bajo peso de nacimiento, diabetes mellitus y otras causas genéticas. Y como causa más frecuente de la hipertensión secundaria se mencionaran: enfermedades endocrinas y del riñón, el embarazo y el uso de anticonceptivos orales pueden producir hipertensión arterial en algunas mujeres³.

La sintomatología que puede acompañar a la hipertensión arterial es muy variada, puede ocurrir que no presente ningún síntoma y su descubrimiento puede ser de forma accidental mediante un examen físico y la toma de signos vitales; mientras que en ocasiones hay presencia de determinados síntomas: dolores de cabeza, hemorragias nasales espontaneas, sensación de inquietud, nerviosismo, sensación de fragilidad, angustia, palpitaciones, temblor y elevaciones bruscas y severas de la tensión arterial; aunque esto va a depender del tipo de hipertensión que padezca el individuo⁴.

Así mismo la hipertensión arterial durante el embarazo, puede causar diversas complicaciones tales como; preeclampsia, hipertensión crónica e hipertensión crónica con preeclampsia, representando un gran riesgo tanto para la futura madre como para el feto en desarrollo⁵. De acuerdo a la Asociación Norteamericana Del Corazón, la tensión arterial normal está comprendida entre 120 / 80 mmHg, la pre-hipertensión 120 – 139 / 80 – 89 mmHg, hipertensión estadio I. 140 – 149 / 90 – 99 mmHg, e hipertensión de estadio II. $\geq 160 / \geq 100$ ⁶.

Para mejorar o regular la hipertensión arterial es necesario el buen cumplimiento del tratamiento, no solo el farmacológico con antihipertensivos, diuréticos e inhibidores del sistema renina, betabloqueantes y asociación de fármacos. Sino también el no farmacológico, que consiste en el cambio de los hábitos del estilo de vida, aumentando la actividad física, controlando el peso corporal, una

alimentación balanceada y evitando el consumo de tabaco y alcohol. Aun después de haber normalizado la presión arterial es necesario continuar con el tratamiento para evitar posibles complicaciones. Así mismo se puede implementar el tratamiento no farmacológico como medida preventiva para dicha patología ⁷.

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son: hemorragias intensas, generalmente puerperales, las infecciones, septicemia en la mayoría de los casos, los trastornos hipertensivos del embarazo, generalmente la eclampsia y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto son las causas de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares ⁸.

Dentro de la ley de protección laboral de la maternidad y la familia publicada el 09 de Diciembre del 2.009, en su artículo 382: se afirma que: la mujer trabajadora en estado de gravidez estará exenta de realizar tareas que, por requerir esfuerzos físicos considerables o por otras circunstancias, sean capaces de producir el aborto o impedir el desarrollo normal del feto, sin que su negativa altere sus condiciones de trabajo. Mientras que el artículo 383, dice que la trabajadora embarazada no podrá ser trasladada de su lugar de trabajo a menos que se requiera por razones de servicio y el traslado no perjudique su estado de gravidez, sin que pueda rebajarse su salario o desmejorarse sus condiciones por ese motivo ⁹.

También el artículo 385, de la misma ley señala que: la trabajadora en estado de gravidez tendrá derecho a un descanso durante seis (6) semanas antes del parto y doce (12) semanas después, o por un tiempo mayor a causa de una enfermedad que según dictamen médico sea consecuencia del embarazo o del parto y que la incapacite

para el trabajo. Por otra parte el artículo 386, refleja que cuando la trabajadora no haga uso de todo el descanso prenatal, por autorización médica o porque el parto sobrevenga antes de la fecha prevista, o por cualquier otra circunstancia, el tiempo no utilizado se acumulará al período de descanso postnatal. Y para finalizar tenemos que el artículo 388, refiere que cuando el parto sobrevenga después de la fecha prevista, el descanso prenatal se prolongará hasta la fecha del parto y la duración del descanso postnatal no podrá ser reducida ⁹.

De acuerdo a la información publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2004, presento como resultado la elevación de mortalidad materna en diferentes países del mundo, tales como: Venezuela experimentando el 59,9% fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos registrados, siendo las muertes maternas por causas obstétricas directas de 77%, con un 23% para las indirectas. Entre las causas más frecuentes que ocasionan las muertes en el país se encuentran las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (50%), edema proteinuria y trastornos hipertensivos (35%) y embarazos terminados en aborto (14%). Cifra superior a la experimentada por países como Canadá (3,8 para el 2001), Chile (7,8 para el 2003), Costa Rica (30,5 para el 2004) y Cuba (38,5 para el 2003), pero inferior a la de Bolivia y Haití con 230 y 523 respectivamente ¹⁰.

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Washington y la Universidad de Queensland en Brisbane, Australia, acerca de la mortalidad materna, en el año 2.010, estima que la mortalidad materna global en el año 2.008 fue de 342.900, (frente a 526.300 en 1.980), de los cuales menos del 1% se produjo en el mundo desarrollado. Sin embargo, la mayoría de estas muertes pudieran haber sido medicamente evitables ⁹. Por otra parte, de acuerdo a la información suministrada por la base de datos estadísticos de la (O.N.U.), en el año 2.005, la tasa de la mortalidad materna en los Estados Unidos es de 11 por cada 100.000 nacidos vivos, considerada como una de las estimaciones más bajas ¹¹.

En el sur de Irán, se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, sobre la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo, entre el periodo de Junio de 2.004 y Junio de 2.005, a las embarazadas que acudieron al Hafez y Zeinnabieh, los hospitales afiliados a la Universidad de Shiraz de Ciencias Médicas, siendo la población de estudio de 24.196 mujeres embarazadas, donde se obtuvieron los siguientes resultados: 563 pacientes (2,32%), eran hipertensas, y el predominio de hipertensión crónica, preeclampsia y eclampsia era de 2,13%, 0,17% y 0,03% respectivamente ¹².

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF), en la Ciudad de Obregón, Sonora (México), se llevó a cabo un estudio de tipo trasversal descriptivo, para determinar la frecuencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el año 2.003, en el servicio de obstetricia, se tomaron 123 casos de H.I.E, lo que representó el 3,2% del universo y se estudiaron diferentes variables como la edad, número de embarazo, semanas de gestación, semana de presentación de la hipertensión y ocupación. Se obtuvo que la frecuencia de H.I.E, del 3,2%, el 37,4% se reportó en el grupo etario de 21 a 25 años; se presentó en 40,7% de las secundigestas y en el 81,3% entre las 36 a 40 semanas de gestación ¹³.

Así mismo otro estudio realizado en México - Guanajuato, en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del Hospital de Ginecopediatría del Seguro Social de León, durante el año 2.006, para determinar la morbilidad - materno fetal en las embarazadas obesas, se estudiaron los casos y controles que incluyeron 684 pacientes embarazadas, la mitad con índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo de 18.5 a 24.9 (grupo control) y la otra con IMC mayor de 30 (grupo de obesas). Se registraron los datos de la madre y su hijo al momento del nacimiento para evaluar la morbilidad, se presentó mayor cantidad de productos macrosómicos en las mujeres obesas con ($p = 0.003$), y el mayor porcentaje de cesáreas (48,8 vs 37,4%, $p = 0.003$). La morbilidad materna, caracterizada por la diabetes gestacional,

fue superior en las obesas (3.5 vs 0.58, $p = 0.015$). Mientras que otras variables, como prematuridad, óbitos, malformaciones fetales, así como la enfermedad hipertensiva del embarazo, no fueron significativos ¹⁴.

Dentro de los factores predisponentes de la hipertensión arterial que afectan a las embarazadas, se ubican los niveles socioeconómicos, un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, en el año 1996, donde la población de estudio fue de 88 gestantes, a las cuales se les aplicó la clasificación de Amat y León, para medir el nivel socioeconómico, los cuales arrojaron los siguientes resultados: nivel medio con 23 casos, los cuales representan el 26,1%, nivel medio bajo con 53 casos, con un 60,2% y por último, el nivel bajo con 12 casos y 13,6% respectivamente ¹⁵.

Un estudio realizado, en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, de Guantánamo durante el año 2006, con el objetivo de determinar la hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales, se tomó como población de estudio 97 embarazadas hipertensas y 194 no hipertensas mediante selección aleatoria simple para su comparación, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados; el bajo peso tuvo un OR = 3,28 (95 % IC = 1,20 – 9,17), la cesárea fue más frecuente en la hipertensas con un OR = 90,95 (95 % IC = 37,48 – 227,67), el APGAR bajo al 5to minuto fue superior entre las hipertensas con un OR = 11,39 (95,% IC = 4,50 – 30,07), el sangramiento postparto fue más frecuente en las hipertensas con un OR = 5,85 (95,% IC = 1,86 – 19,49), la sepsis neonatal, el CIUR y el Distress Respiratorio fueron estadísticamente más frecuentes entre las hipertensas ¹⁶.

Un estudio realizado en el hospital nacional “Edgardo Rebagliati Martínez”, en Brasil, durante un periodo de 25 años concluyó que las principales causas de muertes maternas de acuerdo a los resultados obtenidos fueron causas obstétricas directas que

representaron el 74,4% de las muertes, debidas principalmente por infección (25,3%), enfermedades hipertensivas (21,4%), y hemorragias (16,8%), el aborto séptico y la endometritis puerperal aumentaron en los últimos 10 años. El 14,9% representaron las muertes obstétricas indirectas en las cuales 23 casos, se debieron a embolia pulmonar, trastornos cardiovasculares y necrosis hepática, 21 casos correspondieron a muertes no obstétricas, destacaron los procesos pulmonares y la tasa de mortalidad fue de 48 x 100.000 n.v.r, y disminuyó a 41 en los últimos 5 años ¹⁷.

De acuerdo a la información publicada por el Ministerio Del Poder Popular para la Salud, (MPPS), de un estudio realizado en Venezuela durante el trienio del 2.001 hasta el 2.003, sobre las principales causas de mortalidad materna, de acuerdo a su distribución porcentual de los resultados obtenidos fueron los siguientes: Edema, proteinuria y los trastornos hipertensivos ocuparon el primer lugar con un 31%, las causas indirectas con un 17%, complicaciones de parto 14%, aborto y el resto de causas directas que presentaron un 13% y por último las complicaciones del puerperio con un 12% ¹⁸.

Un estudio realizado en la Unidad de Medicina Materno Fetal, Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas – Venezuela. Con la finalidad de evaluar el impacto de la eclampsia sobre la morbilidad y mortalidad materno fetal, en la que se utilizó el método de estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal, el cual estuvo representado por 102 pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo tipo eclampsia, durante el periodo 2.006 – 2.007, donde se atendieron 28.617 partos, de los cuales, 102 (0,35%), presentaron eclampsia y los principales síntomas fueron cefalea (57,84%), hipertensión (85,29), convulsión (63,72), la principal complicación fue el síndrome de HELLP en 38,23%. Un 80,48% de los neonatos nacieron vivos y la mortalidad perinatal fue de 18,75%. Finalmente podemos decir que la eclampsia es una causa importante de morbi-mortalidad materna y perinatal ¹⁹.

De igual manera otro estudio realizado por el Ministerio Del Poder Popular para la Salud (MPPS), durante el periodo del 2.001 al 2.003, obtuvo que los estados con más defunciones maternas fueron Amazonas, Apure y Bolívar con 91 defunciones por cada 100.000 n.v.r; Mientras que en Cojedes, Miranda, Delta Amacuro, Monagas y Zulia se ubico segundo con una tasa de 69 y 91 muertes por cada 100.000 n.v.r; entre tanto las entidades con registros menores fueron, Falcón, Lara, Nueva Esparta y Sucre donde la tasa osciló entre 25 a 47 decesos por cada cien mil nacimientos. Entre las causas directas tuvieron se encuentran los edemas, proteinurias y los problemas de hipertensión relacionados con el embarazo, parto y puerperio, luego siguen las complicaciones durante el embarazo, abortos, complicaciones del puerperio y por último el resto de las muertes maternas ocurrieron por las causas indirectas ¹⁸.

Así mismo la información publicada por la revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela en Noviembre del 2.009, sobre un estudio de investigación realizado, en el hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, en Puerto Cabello, titulado: “Riesgos de mortalidad durante el embarazo, dentro del periodo 1.999 - 2.001”. Se pudieron dar a conocer los siguientes resultados: La anemia ocupó el primer lugar con 142 casos que representaron el 63,68%, luego le siguieron los procesos infeccioso con 30 casos que ocuparon el 13,45%, en tercer lugar tenemos hipertensión inducida por el embarazo con 22 mujeres, un 9,86%, y por último tenemos los hábitos tabaquicos y alcohólicos con 4,93% y 2,24% respectivamente ²⁰.

Un estudio sobre la incidencia y factores de riesgos asociados al óbito fetal en 2 hospitales Venezolanos, en embarazadas que acuden a la emergencia del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" y a la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de la Ciudad de Valencia – Venezuela, durante el periodo Enero – Diciembre, 2.003, tomando 100 pacientes al azar como muestra, donde se obtuvieron las siguientes variables: edad cronológica y edad

gestacional de la paciente, presencia de patologías maternas, consumo de sustancias nocivas, entre otros, donde los resultados fueron pérdidas fetales, dentro de las que se encuentran 356 casos de óbito fetal, la edad promedio de las embarazadas con óbitos fetales fueron > 35 años 23%, seguido del grupo etario de 21 y 25 años con 22%, la edad gestacional más frecuente fue en los mayores de 28 semanas 55%, en cuanto al consumo de sustancias nocivas 31% de las pacientes fumaron cigarrillos, 14 mujeres consumían alcohol, 7 consumieron drogas alucinógenas. Con respecto a los antecedentes patológicos, 48% presento infección génito-urinaria y 38% hipertensión arterial durante el embarazo ²¹.

Debido a que se presentan muchas complicaciones durante el embarazo y especialmente la hipertensión arterial, como factor que pone en riesgo la vida tanto de la futura madre como la del feto en desarrollo, nos hemos planteado la siguiente interrogante: ¿Cuál es la incidencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo en las gestantes que asisten al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital “Ruiz y Páez”, durante el periodo Noviembre 2.011 – Enero 2.012?

JUSTIFICACIÓN

Se estima que una de cada diez mujeres en nuestro país padece hipertensión durante su embarazo, uno de los problemas de salud más frecuentes que se detectan durante la gestación, y cuya causa se desconoce, tal y como destaca la Sociedad Española de Hipertensión Arterial- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH - LELHA). Aunque cualquier embarazada puede padecer esta patología, los expertos señalan que este cuadro clínico es más común en mujeres de más de 35 años, primerizas o cuando se producen embarazos múltiples. Además, el riesgo de hipertensión durante el embarazo es mayor en aquellas mujeres con obesidad y diabetes ²².

La hipertensión durante el embarazo constituye una de las complicaciones que se presentan en un número significativo de mujeres, es una patología que afecta a gran parte de la población gestante, produciendo un importante impacto social y económico en dicha población. El hospital "Ruiz y Páez", por atender a una alta población, no escapa a esta realidad, sin embargo debido a la importancia del tema y los pocos estudios realizados al respecto decidimos llevar a cabo dicho estudio de investigación, el cual aportará información para mejorar la calidad de vida de las embarazadas.

Este estudio es de gran importancia, ya que permite conocer de una manera más clara, la incidencia de (H.I.E.), hipertensión arterial inducida por el embarazo, en las gestantes que asisten al hospital "Ruiz y Páez", y también poder determinar las posibles causas o factores predisponentes.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General

Determinar la incidencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo en las pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, durante el periodo Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Objetivos Específicos

Mencionar grupo etario con mayor número de complicaciones por hipertensión arterial inducida por el embarazo.

Nombrar el grado de instrucción de las pacientes que presentaron hipertensión arterial inducida por el embarazo.

Identificar los factores predisponentes de la hipertensión arterial inducida por el embarazo.

Identificar las principales complicaciones presentadas por las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo.

Mencionar los antecedentes personales y familiares de las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo.

Relacionar la hipertensión arterial inducida por el embarazo con el estatus socioeconómico de acuerdo a la escala de Graffar.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Estudio transversal y descriptivo.

Universo

Estuvo conformada por 97 gestantes, que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, durante el periodo Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Muestra

Quedo constituida por 28 gestantes, con hipertensión arterial inducida por el embarazo, que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, durante el periodo Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Criterios de inclusión

Gestantes con hipertensión arterial.

Que estén hospitalizadas, (No en tratamiento ambulatorio).

Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Gestantes que no deseen participar en el estudio, que estén en tratamiento ambulatorio, que no estén presentes en el momento de la visita y aquellas que no presenten hipertensión arterial.

Métodos e instrumentos para la recolección de datos:

Para la recolección de datos, se elaboro una entrevista estructurada, (ver apéndice A), donde también se estudio el estatus socioeconómico, utilizando el método de Graffar, (ver anexo 1)

Validez y confiabilidad:

Para la confiabilidad se realizo una prueba piloto a 20 gestantes, recluidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Ruiz, el mes de agosto. En el cual se utilizo la escala de alfa Crombach de selección de respuesta simple, con el programa SPSS 15.0 Windows, (ver anexo 2).

Procedimiento:

Se elaboro un oficio dirigido al personal directivo del servicio de Gineco-obstetricia del hospital universitario “Ruiz y Páez”, donde se solicito la autorización para llevar a cabo dicho estudio de investigación.

Una vez obtenida la autorización se procedió a realizar el estudio de investigación, explicándole a las gestantes el propósito y la finalidad del mismo.

Finalmente se realizó una visita semanal, con una duración aproximada de tres horas, durante los tres meses de estudio, realizándose la entrevista estructurada a las gestantes, la cual consistía en la toma de medidas antropométricas y signos vitales, para la recolección de información correspondiente.

Plan de tabulación y análisis

Los resultados obtenidos en el estudio de investigación fueron presentados en tablas de distribución de frecuencia simple y tablas de asociación, por último los análisis se realizaron a través de porcentajes simples y Chi cuadrado.

RESULTADOS

Tabla N° 1

Gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según grupo etario. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Edad	N°	%
16 – 22	15	53,57
23 – 29	6	21,42
30 – 37	7	25
Total	28	99,99

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: Los resultados obtenidos demostraron que el grupo etario de 16 a 22 años presento mayor número de casos con hipertensión arterial inducida por el embarazo con 15 y un 53,57%, mientras que el grupo de 30 a 37 años, 7 y 25% y por último el grupo de 23 a 29 años con 6 casos para un 21,42%.

Tabla N° 2

Gestantes con Hipertensión arterial inducida por el embarazo, según estado civil. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Estado civil	N°	%
Casada	6	21,43
Soltera	9	32,14
Concubinato	13	46,42
Total	28	99,99

Fuente: Instrumento aplicado por los autores

Análisis: El mayor número de casos con hipertensión arterial inducida por el embarazo se presentaron en las gestantes que viven en concubinato con 13 casos y 46,42%, mientras que las solteras obtuvieron 9 y 32,14% y para finalizar las casadas con 6 casos y un 21,43% respectivamente.

Tabla N° 3

Gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según grado de instrucción. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Grado de instrucción	Rango	N°	%
Primaria	Incompleta	0	0
	Completa	0	0
Secundaria	Incompleta	16	57,14
	Completa	4	14,28
Universitario	Incompleta	3	10,71
	Completa	5	17,86
Total		28	99,99

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: Como podemos ver la mayoría de las gestantes con hipertensión arterial no completaron la secundaria siendo 16 casos con 57,14%, mientras que 4 son bachilleres 14,28%, y finalmente 8 gestantes habían culminado o estaban actualmente cursando estudios universitarios y representan el 28,57%.

Tabla N° 4

Gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según índice de masa corporal. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

I.M.C	Clasificación	N°	%
≤ 18,5	Bajo peso	0	0
18,5 – 24,9	Saludable	4	14,28
25 – 29,9	Sobrepeso	7	25
30 – 34,9	Obesidad Grado I	10	35,71
35 – 39,9	Obesidad Grado II	5	17,86
≥ 40	Obesidad mórbida	2	7,14
Total		28	99,99

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: Los resultados obtenidos arrojaron que la mayor cantidad de gestantes presentaron obesidad grado I, con 10 casos y 35,71%, mientras que 7 tuvieron sobrepeso con 25%, luego obesidad grado II con 5 y 17,86%, seguidamente 2 presentaron obesidad mórbida siendo un 7,14% y finalmente 4 gestantes se encontraban saludables para un 14,28% respectivamente.

Tabla N° 5

Gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según control prenatal. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Control prenatal	N°	%
Si	25	89,28
No	1	3,57
Incompleto	2	7,14
Total	28	99,99

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: Como podemos observar la mayoría de las gestantes, asistieron al control prenatal las cuales fueron 25, para un 89,28%, por su parte 2 no completaron el control prenatal 7,14% y para finalizar 1 gestante no asistió al control durante todo su embarazo, con un 3,57%.

Tabla N° 6

Gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según semana de embarazo con mayores complicaciones. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Semanas de embarazo	N°	%
0 a 12 semanas	0	0
13 a 24 semanas	5	17,86
≥ a 25 semanas	23	82,14
Total	28	100

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: El mayor numero de complicaciones en las gestantes se presentaron durante las 25 semanas en adelante con 23 casos y un 82,14%, mientras que entre las 13 y 24 semanas solo se presentaron 5, para un 17,86%, mientras que en las primeras 12 semanas, no se vieron complicaciones durante el embarazo.

Tabla N° 7

Gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según número de gesta. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Gesta	N°	%
I	10	35,71
II	6	21,43
III, mas	12	42,86
Total	28	100

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: En lo que respecta al número de gesta con mayor presencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo, tenemos que las gestantes con 3 o más gestas, hubieron 12 casos con un 42,86%, seguido de 1 gesta con 10 casos y 35,71%, finalmente 2 gestas con 6 y 21,43% respectivamente.

Tabla N° 8

Hipertensión arterial inducida por el embarazo, según control prenatal. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Control de H.T.A	N°	%
Si	22	78,57
No	6	21,43
Total	28	100

Fuente: instrumento aplicado por los autores.

Análisis: De acuerdo a los resultados obtenidos, un 78, 57% de las gestantes, se controla diariamente la tensión arterial, mientras que un 21, 43% no se controla regularmente.

Tabla N° 9

Gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según motivo de consulta. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Motivo de consulta	N	%
H.T.A	11	39,29
Taquicardia fetal	1	3,57
Perdida de liquido	3	10,71
Amenaza de parto	1	3,57
Dolor	5	17,86
Embarazo a termino	1	3,57
Cesárea	3	10,71
Preeclampsia	1	3,57
Edematización	1	3,57
Sangrado	1	3,57
Total	28	99,99

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: La mayor causa de motivos de consulta de las gestantes, fueron por hipertensión arterial con 11 casos y un 39,29%, luego Dolor con 5 y 17,86%, seguidamente la perdida de liquido y cesárea con 3 casos y 10,71% cada uno y por último se encuentran: taquicardia fetal, amenaza de parto, embarazo a término, preeclampsia, edematización y sangrado con 1 caso y 3,57% cada uno.

Tabla N° 10

Gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según complicaciones presentadas. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Complicaciones	N°	%
HTA gestacional	7	18,92
Infección vaginal	5	13,51
Infección urinaria	4	10,81
Sangrado nasal	1	2,70
Taquicardia	1	2,70
Epistaxis de E.A.P	1	2,70
Síndrome hemorroidal	1	2,70
Preeclampsia	5	13,51
Cesárea anterior	3	8,11
Paludismo	1	2,70
Vaginosis mixta	4	10,81
Distocia funicular	1	2,70
Violencia de genero	1	2,70
Presentación podálica	1	2,70
Leucocitosis	1	2,70
Total	37	99,97

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: Dentro de las complicaciones mas presentadas en las gestantes se encuentran: HTA gestacional con 18,92%, preeclampsia con 13,51%, infección urinaria y vaginosis mixta con 10,81% cada uno.

Tabla N° 11

Hipertensión arterial inducida por el embarazo, según antecedentes personales. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Variables	Si	%	No	%	Total N	Total %
H.I.E.	28	28,87	69	71,13	97	100
Asma	3	10,71	25	89,29	28	100
Neuropatía	1	3,57	27	96,43	28	100
Embarazos Gemelares	1	3,57	27	96,43	28	100
Embarazos previos con preeclampsia	9	32,14	19	67,86	28	100

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: De las 97 gestantes, 28,87% presentaron H.I.E, 32,14% manifestaron embarazos previos con preeclampsia y 10,71% padecieron asma.

Tabla N° 12

Hipertensión arterial inducida por el embarazo, según hábitos personales. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Variables	Si	%	No	%	Total N°	Total %
Consumo de cigarrillo	3	10,71	25	89,29	28	100
Consumo de alcohol	7	25	21	75	28	100
Consumo de pastillas anticonceptivas	16	57,14	12	48,86	28	100
Ejercicio	11	39,29	17	60,71	28	100

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: El 60,71% de las embarazadas no realiza ejercicios, mientras que 57,14% consume pastillas anticonceptivas, y el 25% ingiere bebidas alcohólicas.

Tabla N° 13

Hipertensión arterial inducida por el embarazo, según antecedentes familiares. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Variable	Si	%	No	%	Total N°	Total %
H.T.A	19	67,86	9	32,14	28	100
E.P.C.P	5	17,86	23	82,14	28	100
Diabetes	12	42,86	16	57,14	28	100

Fuentes: instrumento aplicado por los autores.

Análisis: El 67,86% de las embarazadas tienen antecedentes familiares de hipertensión arterial, mientras que el 42,86% tienen antecedentes de diabetes y el 17,86% presentaron antecedentes de Embarazo previo con preeclampsia.

Tabla N° 14

Clasificación del grupo familiar según Graffar, de las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Ruiz y Páez”. Estado Bolívar. Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Estadio	Clasificación	N°	%
I	Alto	0	0
II	Medio alto	0	0
III	Medio bajo	3	10,71
IV	Obrero	21	75
V	Marginal	4	14,29
Total		28	100

Fuente: Instrumento aplicado por los autores.

Análisis: En lo que respecta a los resultados, tenemos que la mayor cantidad de gestantes se encuentran dentro de la clasificación de Obrero con 21 y un 75%, seguido de el nivel Marginal con 4 y 14,29% y finalmente la clase Medio bajo con 3 y un 10,71% respectivamente.

CHICUADRADO

Tabla N° 15

Influencia de las semanas de embarazo en el índice de masa corporal, en las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Semanas de embarazo	Índice de masa corporal						Total
	Bajo peso	Saludable	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad mórbida	
0 a 12	0	0	0	0	0	0	0
13 a 24	0	1	2	2	0	1	6
≥ 25	0	3	5	7	5	2	22
Total	0	4	7	9	5	3	28

Fuente: Investigación realizada por los autores.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Frecuencias teóricas.

Semanas de embarazo	Índice de masa corporal					
	Bajo peso	Saludable	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad mórbida
0 a 12	0	0	0	0	0	0
13 a 24	0	0,71	1,3	1,6	0	0,5
≥ 25	0	3,3	5,8	7,4	4,1	2,5

Grados de libertad: $(\text{filas}-1) \times (\text{columna}-1) = (3-1) \times (6-1) = 2 \times 5 = 10$

Parámetro de contraste: X cuadrado

Valor de chi cuadrado: $V_c = \sum_n \frac{(frecuencia\ teórica - frecuencia\ observada)^2}{frecuencia\ teórica}$

$$V_c = \frac{(1 - 0,71)^2}{0,71} + \frac{(1 - 1,3)^2}{1,3} + \dots + \frac{(2 - 2,5)^2}{2,5} = 1,45$$

Valor de chi cuadrado de la tabla con 10 grados de libertad y con un 5% de significación: $V_t = 18,3$

Como el $V_t > V_c$ se concluye que las semanas de embarazo no influyen en el índice de masa corporal.

Tabla N° 16

Influencia de la hipertensión arterial inducida por el embarazo en la edad de las gestantes, hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

H.I.E.	Edad			Total
	16 a 22	23 a 29	30 a 37	
Si	15	6	7	28
No	41	19	9	69
Total	56	25	16	97

Fuente: Información realizada por los autores.

ANALISIS Y RESULTADOS

Frecuencias teóricas.

H.I.E.	Edad		
	16 a 22	23 a 29	30 a 37
Si	16,2	7,2	4,6
No	39,8	17,8	11,4

Grados de libertad: (filas-1)*(columna-1)= (2-1)*(3-1)= 1*2=2

Parámetro de contraste: X cuadrado.

Valor de chicuadrado: Vc

$$V_c = \sum_{i=1}^k \frac{(f_{teórica} - f_{observada})^2}{f_{teórica}}$$

$$V_c = \frac{(15 - 16,2)^2}{16,2} + \frac{(6 - 7,2)^2}{7,2} + \dots + \frac{(9 - 11,4)^2}{11,4} = 2,16$$

Valor de chicuadrado de la tabla con 2 grados de libertad y con un 5% de significación: Vt= 5,9915.

Como el Vt > Vc se concluye que la Edad no influye en la HIE.

Tabla N° 17

Influencia del control prenatal sobre el grado de instrucción, en las gestantes que asisten al hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Control prenatal	Grado de instrucción					Total
	Primaria		Secundaria		Universitario	
	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta		
Si	0	0	7	10	8	25
No	0	0	0	1	0	1
Incompleto	0	0	1	1	0	2
Total	0	0	8	12	8	28

Fuente: Investigación realizada por los autores.

ANALISIS Y RESULTADOS

Fuentes teóricas.

Control prenatal	Grado de instrucción		
	Secundaria		Universitario
	Completa	Incompleta	
Si	7,1	10,7	7,1
No	0	0,4	0
Incompleto	0,6	0,7	0

Grados de libertad: (filas-1)*(columna-1)= (3-1)*(3-1)= 2*2=4

Parámetro de contraste: X cuadrado.

Valor de chicuadrado: Vc

$$V_c = \sum_{n} \frac{(f_{\text{teórica}} - f_{\text{observada}})^2}{f_{\text{teórica}}} = \frac{(7 - 7,1)^2}{7,1} + \frac{(10 - 10,7)^2}{10,7} + \dots + \frac{(0 - 7,1)^2}{7,1} = 1,34$$

Valor de chi cuadrado de la tabla con 4 grados de libertad y con un 5% de significación: $V_t = 9,487$.

Como el $V_t > V_c$ se concluye que el grado de instrucción no influye en el control prenatal.

Tabla N° 18

Influencia del consumo de pastillas anticonceptivas sobre la hipertensión arterial inducida por el embarazo, en las gestantes que asisten al hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

Consumo de pastillas anticonceptivas	Hipertensión arterial inducida por el embarazo		
	Si	No	Total
Si	16	40	56
No	12	29	41
Total	28	69	97

Fuente: Investigación realizada por los autores.

ANALISIS Y RESULTADOS

Fuentes teóricas.

Consumo de pastillas anticonceptivas	Hipertensión arterial inducida por el embarazo	
	Si	No
Si	16,2	39,9
No	11,8	29,2

Grados de libertad: (filas-1)*(columna-1)= (2-1)*(2-1)= 1

Parámetro de contraste: X cuadrado.

Valor de chi cuadrado: V_c

$$= \sum_{i=1}^n \frac{(\text{frecuencia teórica} - \text{frecuencia observada})^2}{\text{frecuencia teórica}}$$

$$V_c = \frac{(16 - 16,2)^2}{16,2} + \frac{(40 - 39,9)^2}{39,9} + \dots + \frac{(29 - 29,2)^2}{29,2} = 0,007$$

Valor de chi cuadrado de la tabla con 1 grados de libertad y con un 5% de significación: $V_t = 3,8415$.

Como el $V_t > V_c$ se concluye que el consumo de pastillas anticonceptivas no influye en la Hipertensión arterial inducida por el embarazo.

Tabla N° 19

Influencia de la Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo, sobre el estatus socioeconómico de acuerdo a la escala de Graffar, en las gestantes que asisten al hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Noviembre 2.011 – Enero 2.012.

H.I.E.	Escala de Graffar					Total
	Alto	Medio alto	Medio bajo	Obrero	Marginal	
Si	0	0	3	21	4	28
No	1	2	6	51	9	69
Total	1	2	9	72	13	97

Fuente: Investigación realizada por los autores.

ANALISIS Y RESULTADOS

Fuentes teóricas.

H.I.E.	Escala de Graffar				
	Alto	Medio alto	Medio bajo	Obrero	Marginal
Si	0	0	2,6	20,8	3,8
No	0,7	0,14	6,4	51,2	9,2

Grados de libertad: (filas-1)*(columna-1)= (2-1)*(5-1)= 5

Parámetro de contraste: X cuadrado.

Valor de chicuadrado: Vc

$$V_c = \sum_{i=1}^k \frac{(\text{frecuencia teórica} - \text{frecuencia observada})^2}{\text{frecuencia teórica}}$$

$$V_c = \frac{(3 - 2,6)^2}{2,6} + \frac{(21 - 20,8)^2}{20,8} + \dots + \frac{(9 - 9,2)^2}{9,2} = 0,49$$

Valor de chicuadrado de la tabla con 5 grados de libertad y con un 5% de significación: Vt= 11,0705

Como el $V_t > V_c$ se concluye que el estatus socioeconómico no influye en la HIE inducida por el embarazo.

INCIDENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

FORMULA DE INCIDENCIA.

$$F.I. = \frac{\text{Hipertensión}}{\text{Total de gestantes en el Servicio de Gineco-Obstetricia}} \times 1000$$

$$F.I. = 28 + 97 \times 1000$$

$$F.I. = 288,65$$

Fuente: Información obtenida de la encuesta realizada a las gestantes que estuvieron hospitalizadas en el hospital “Ruiz y Páez”, en el servicio de Gineco-Obstetricia.

Análisis: De acuerdo a la información suministrada, por cada 1000 gestantes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia, 288,65 de ellas presentan riesgos de padecer Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo.

DISCUSIÓN

En la investigación realizada, en relación al grupo etario, se obtuvo que la mayor incidencia de Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo, ocurrió en las gestantes en edades comprendidas entre los 16 y 23 años, con 15 casos y un 53,57%. Seguido del grupo de 30 a 37 años, con 7 y 25%, finalmente el conjunto de 23 a 30 años, con 6 casos y un 21,42% respectivamente. Esto guarda cierta relación con estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar (UMF), en Sonora (México), para determinar la frecuencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo, en la cual se obtuvo que la frecuencia fuera de 3,2% y el 37,4% de los casos se reporto en el grupo etario de 21 a 25 años ¹³.

Por otra parte tenemos también que de acuerdo a una información publicada por la Sociedad Española de Hipertensión Arterial- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH - LELHA). Estima que 1 de cada 10 mujeres en nuestro país padece hipertensión arterial durante el embarazo, y que el cuadro clínico más común es en mujeres mayores de 35 años, primerizas o cuando se producen embarazos múltiples. Esto también apoya hasta cierto punto los resultados obtenidos en la presente investigación ²².

Con respecto a la variable analizada sobre el Índice de Masa Corporal (IMC), para medir el grado de obesidad de las gestantes, se pudo determinar que 10 gestantes con un 35,71% presentaron un (I.M.C), entre 30 y 34,9 ubicándose en Obesidad Grado I, seguido de 7 gestantes entre 25 y 29, con Sobrepeso para un 25%, luego 5 pacientes entre 35 y 39,9 con Obesidad Grado II y un 17,86% y por ultimo 2 embarazadas \geq 40 para un 7,14% que presentaron Obesidad Mórbida. En relación a este tema se realizo un estudio en México – Guanajuato, para determinar la morbilidad materno – fetal, se estudiaron los casos y controles que incluyeron 684

pacientes embarazadas, la mitad con índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo de 18.5 a 24.9 (grupo control) y la otra con IMC mayor de 30 (grupo de obesas). Donde se presentaron mayor cantidad de productos macrosómicos en mujeres obesas con ($p = 0,003$), y el mayor porcentaje de cesáreas (48,8 vs 37,4%, $p = 0.003$) que en aquellas mujeres con un peso saludable ¹⁴.

En lo que se refiere al control prenatal tenemos que 25 de las 28 gestantes, es decir el 89,28% de ellas dijo haberlo realizado de forma completa, por otra parte 23 y 82,14% de las gestantes, presentaron complicación del embarazo luego de las 24 semanas, mientras que 5 y 17,86%, tuvieron complicación entre las 12 y 24 semanas de gestación. Esto guarda relación con un estudio de tipo trasversal y descriptivo realizado en Sonora (México), para determinar la frecuencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el año 2.003, en el servicio de obstetricia, se tomaron 123 casos de H.I.E., donde el 81,3% de las gestantes presento complicación por hipertensión arterial entre las 36 y 40 semanas de gestación y la frecuencia de H.I.E., fue de 3,2% ¹³.

En relación al motivo de consulta, por el cual las gestantes asistieron al centro de salud, tenemos que la principal causa fue la Hipertensión Arterial (HTA), con 11 casos y un 39,29%, seguido de Dolor con 5 visitas y 17,86%, luego tenemos perdida de liquido y proceso de cesárea con 3 casos y 10,71% cada uno. En lo que respecta a las complicaciones presentadas durante el embarazo, se encontraron la Hipertensión Arterial inducida por el embarazo con 7 casos para un 20,59%, luego la Preeclampsia con 5 casos y 14,71%, seguidamente tenemos Infección urinaria y Vaginosis mixta con 4 casos y un 11,76% cada. Entre los más importantes que se presentaron.

En igual forma, sobre lo expuesto anteriormente, se realizo un estudio en el sur de Irán, acerca de la prevalencia de trastornos hipertensivos, con una población de 24.196, donde se obtuvieron los siguientes resultados: 563 pacientes (2,32%), eran

hipertensas, y el predominio de hipertensión crónica, preeclampsia y eclampsia era de 2,13%, 0,17% y 0,03% respectivamente. Por otra parte el 45,8% de todas las pacientes con trastornos de hipertensión durante el embarazo, experimento método de cesárea ¹².

Igualmente, sobre los resultados obtenidos, acerca del motivo de consulta y las principales complicaciones presentadas en las gestantes, tenemos que según un estudio realizado en Brasil expuesto por Pacheco, sobre las principales causas de muertes maternas, se obtuvieron los siguientes resultados: causas obstétricas directas que representaron el 74,4% de las muertes, debidas principalmente por infección (25,3%), enfermedades hipertensivas (21,4%), y hemorragias (16,8%), el aborto séptico y la endometritis puerperal aumentaron en los últimos 10 años. El 14,9% representaron las muertes obstétricas indirectas en las cuales 23 casos, se debieron a embolia pulmonar, trastornos cardiovasculares y necrosis hepática ¹⁷.

En último lugar, en lo que respecta a los factores socio-económicos de las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, según Graffar, se obtuvo que 21 embarazadas, que representaron el 75% eran de clase Obrera, mientras que 4 y 14,29% se hallaban en la clase Marginal y posteriormente tenemos 3 gestantes y 10,71% que pertenecían al estatus Medio bajo, para un total de 28. Esta investigación se asemeja con otra realizada en Lima, Perú, donde se estudiaron los factores socio-económicos de las embarazadas, según la clasificación de Amat y León, donde se obtuvieron los siguientes resultados: nivel medio con 23 casos, los cuales representan el 26,1%, nivel medio bajo con 53 casos, con un 60,2% y por último, el nivel bajo con 12 casos y 13,6% respectivamente ¹⁵.

CONCLUSIONES

Aproximadamente un poco mas de 1/4 de las gestantes en estudio, presento Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo.

En lo que respecta al estatus socioeconómico 3/4 de la población de embarazadas pertenecían a la clasificación (Obrera).

De acuerdo al Índice de Masa Corporal (I.M.C), un poco más de 1/3 de las gestantes se encontraban en el rango de (Obesidad Grado I).

En lo referente a la semana de embarazo con mayores complicaciones por Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo, tenemos más de 3/4 de las gestantes, presento dicha complicación luego de las 24 semanas.

Casi la mitad de las gestantes con Hipertensión Arterial Inducida por el embarazo, presentaron dicha patología, a partir de la tercera (3) gesta.

Más de la mitad de las gestantes, tenían antecedentes familiares de Hipertensión Arterial.

Aproximadamente casi 1/3 de las gestantes que asisten al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital “Ruíz y Páez” presentan el riesgo de padecer Hipertensión Arterial Inducida por el embarazo.

RECOMENDACIONES

Implementar programas de educación sobre la prevención de la hipertensión arterial en las embarazadas.

Estimular a la mujer a una buena planificación familiar.

Alertar a las embarazadas sobre los riesgos y complicaciones de la Hipertensión arterial Inducida por el Embarazo.

Orientar a las embarazadas a llevar un estilo de vida saludable; (buena alimentación, hacer ejercicios, no consumir bebidas alcohólicas, etc.).

Desarrollar programas de capacitación para aquellas embarazadas que presentan hipertensión arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landahl S, Bengtsson C. 1.986. Cambios de la hipertensión arterial relacionados con la edad. [En línea]. 8, (11): 1044 – 1049.
Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Presión_arterial. [Mayo, 2.011].
2. Anónimo. 2.008. Hipertensión arterial. [En línea] 72 (5): 35 – 48.
Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos5/hipar.Shtm>
[Diciembre, 2010].
3. Mel. Septiembre, 2.005. Causas y síntomas de la hipertensión arterial. [En línea]
Disponible en: www.venelogia.com/archivos/784/. [Julio, 2.011].
4. Anónimo. 2.008. Hipertensión y riesgo cardiovascular. [En línea] Disponible en:
<http://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html/>. [Mayo, 2.011].
5. Roberts, J. et. Al., 2.003. Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy. [En línea] 41, 437 – 445. [Marzo, 2.010].
6. Podymon, T., August, P. 2.008. Update on the use of Antihypertensive Drug in Pregnancy. [En línea]. Disponible en: <http://hyper.ahajournals.org/>. [Mayo, 2.010].
7. Zieve, D. 2.010, Julio. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure

- (JNC 7). [En línea].
 Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../000468.htm. [Julio, 2.011].
8. Anónimo. 2.005. Mortalidad materna, informe sobre salud en el mundo; cada niño y madre contarán, Ginebra. Organización Mundial De La Salud. 69.
 [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2005/es>.
 [Febrero, 2.010].
9. Ley orgánica del trabajo. Gaceta Oficial, N° 5.152, del 19 de Junio de 1.997. De la protección laboral de maternidad y la familia. Artículos: 382, 383, 385, 386. Págs. 69 – 70. [En línea].
 Disponible en: www.tsj.gov.ve/legislacion/lot.html. [Octubre, 2.011].
10. Ocanto, L. Agosto, 2.006. La mortalidad materna en Venezuela. [En línea].
 Disponible en: fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/MMV.PDF. [Julio, 2.011].
11. Hogan, M. et. Al., 2010. "Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5". *The Lancet* 375 (9726): 1609–1623. doi : 10.1016/S0140-6736(10)60518-1 . "La mortalidad materna de 181 países, 1980-2008: un análisis sistemático de los avances hacia el Objetivo del Milenio 5". [En línea] 375, (9726):1609-1623.
 Disponible en: <http://unstats.un.org/unsd/default.htm> [Julio, 2.011].

12. MJ, Zibaenezhad, Ghodsi M, 2.010., La prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo. [En línea]. 4, (4):169.
Disponible en: 169IranCardiovascularResearchJournalVol.4,N^a4,2.010.
[Julio 2.011].
13. Pérez M, et, al., 2.008. Frecuencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo en derechohabientes de la unidad de medicina familiar.
[En línea]. 10, (1): 13 – 16. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=5071309000>
4. [Julio, 2.011].
14. Romero, G. 2.006. Morbilidad materno – fetal en embarazadas obesas.
Medigraphi. Artemisa. En línea. [En línea]. 74, (7): 483 – 486.
Disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx. [Julio, 2.011].
15. Salviz Salhuana M, Cordero Muñoz L, Saona Ugarte P. 1996. Pre-eclampsia: Factores de riesgo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev. Med Hered. 7, N^o.1. 24-31 Lima.
Disponible en: <http://www.scielo.org>. [Marzo, 2.010].
16. Ganfong A, et. al., 2.007. Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol.
[En línea] 33, 3. [Julio 2.011].
17. Pacheco, J. Huaman, M., Valdivia, E., Palomino, C. Mortalidad materna en el Hospital Nacional, “Edgardo Rebagliati Martín”. ISPP. (1.989). 35,

- (8): 13 - 21. Congreso Mundial De Ginecología y Obstetricia, Rio De Janeiro. [Enero, 2.010].
18. Anónimo. 2.005. Tasa de mortalidad materna. (MSDS), Anuarios de mortalidad materna. 2.001 – 2.003. 41. [Enero, 2.010].
19. Valarino G, et. Al., 2.009. Eclampsia. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez. [En línea]. 69, (3): 152 – 161. [Julio, 2.011].
20. Faneite, P. García, F. 2.005. Mortalidad materna, “Dr. Adolfo Prince Lara”. 2.001. – 2.004. Rev. Obstet Ginecol Venez. [En línea] 65, N° 3. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve>. [Marzo, 2.010].
21. Rojas, E., Salas, K., et, al., 2.006. Incidencia y factores de riesgos asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos. Rev Chil Obstet Ginecol. [En línea] 71 (1). [Octubre, 2.011].
22. Anónimo. Noviembre de 2.009. La hipertensión en el embarazo: causas y consecuencias. [En línea] Disponible en: <http://www.analitica.com/va/medicinaysalud/opinion>. [Abril, 2.010].

ANEXOS

ANEXO 1 ESCALA DE GRAFAR

Profesión del jefe de la familia:

Universitario, financista, banquero, empresario, comerciante, oficiales de las fuerzas armadas. (1pts)

Técnico superior, medianos comerciantes o productores. (2pts)

Empleados sin profesión universitaria o con técnico superior, pequeños comerciantes y productores. (3pts)

Obreros especializados tractoristas, obreros calificados, pintor, carpinteros, electricistas, etc. (4pts)

Obrero no especializado, no calificados o especializados como: Buhoneros, vendedores ambulantes, servicios domésticos, obreros de construcción. (5pts)

Nivel de instrucción de la madre:

Universitario: Consideramos dentro de este grupo a los especializados en politécnico, universidades y pedagógicos. (1pts)

Secundaria completa o TSU completo: Dentro de este grupo están los egresados, los bachilleres con título de escuelas normales o institutos de formación docente y escuelas técnicas. (2pts)

Secundaria incompleta hasta segundo año: Se consideran aquellas personas que han cursado al menos el segundo año de educación media normal. (3pts)

Primaria: Aquellas personas que han estudiado algún grado de educación primaria que saben leer y escribir. (4pts)

Analfabeta: Son aquellas personas que no saben leer ni escribir. (5pts)

Fuentes de ingreso:

Fortuna heredada o adquirida: La familia vive de rentas producidas por dinero heredado o adquirido, herencia o una empresa que produce grandes fortunas. (1pts)

Honorarios profesionales, ganancias: El ingreso proviene de las utilidades de una empresa o negocio o bien con los honorarios de profesionales percibidos por

personas que ejercen profesiones liberales ejemplo; doctor, abogados que trabajan por su cuenta. (2pts)

 Sueldo mensual: Es el ingreso que se obtiene de la remuneración mensual. (3pts)

 Salario semanal: Es el ingreso que se obtiene de la remuneración, por el trabajo diario, semanal de ganancias o beneficios pequeños, provenientes de negocios o trabajos indirectos. (4pts)

 Donaciones públicas o privadas: Es el ingreso que se obtiene de ayudas o subsidios otorgados por organismos públicos o privados, o de donaciones de origen familiar. (5pts).

Condiciones de viviendas:

 Vivienda de lujo: Ubicados en urbanizaciones elegantes donde el valor del terreno y la vivienda son elevados. (1pts).

 Vivienda Espaciosa con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujos: las casas están valoradas en menor cantidad que la anterior. (2pts).

 Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios no tan amplios como los anteriores: Son viviendas con áreas más reducidas que la anterior, en zonas residenciales e industriales, con buenos servicios sanitarios. (3pts).

 Viviendas con deficiencias sanitarias: En ambientes espaciosos o reducidos: son casa o apartamentos de construcción solida, pero con deficiencia sanitaria, número de baños, agua, electricidad, hacinamiento, ventilación, luz natural. (4pts).

 Vivienda tipo rancho con deficiencias sanitarias: Rancho con condiciones sanitarias deficientes, improvisadas, construidas con materiales de desecho. (5pts).

PUNTAJE Y CLASIFICACION SEGÚN LA ESCALA DE GRAFFAR

Escala de Graffar		
Puntaje	Estadio	Clasificación
4 - 6	I	Alto
7 - 9	II	Medio alto
10 - 12	III	Medio bajo
13 - 16	IV	Obrero
17 - 20	V	Marginal

ANEXO 2
CONFIABILIDAD
ESCALA DE CROMBACH

Análisis de fiabilidad.
Conjunto de datos.

ESCALA DE TODAS LAS VARIABLES

Casos	N°	%
Validos	20	100,00
Excluidos	00	0,00
Total	20	100,00

ESTADISTICOS DE FIABILIDAD

Alfa de Crombach	Número de elementos
0,713	16

APÉNDICES

APÉNDICE A GUIA DE VALORACION

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Estado civil: _____

Servicio: _____ Cuarto: _____ Cama: _____

Signos vitales: _____

Historia clínica #: _____ Fecha: _____

Grado de instrucción: _____ Profesión: _____

Peso: _____ Talla: _____ (I.M.C.): _____

Grado de obesidad: _____

Motivo de consulta: _____

Control prenatal: Si () No () Incompleto (). Gesta N°: _____

Semana de embarazo en que se presento la complicación: _____

COMPLICACIONES PRESENTADAS.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

ANTECEDENTES

PERSONALES:

H.I.E.: Si () No ()

Diabetes: Si () No ()

Asma: Si () No ()

Neuropatía: Si () No ()

Embarazos gemelares: Si () No ()

Cuantos: ()

Embarazo previo con preeclampsia:
Si () No ()

FAMILIARES:

Hipertensión arterial: Si () No ()

Parentesco: _____

Embarazos con preeclampsia:
Si () No ()

Parentesco: _____

Diabetes: Si () No ()

Parentesco: _____

Cigarrillo: Si () No ()

Tiempo de consumo: _____

Alcohol: Si () No ()

Tiempo de consumo: _____

Pastillas anticonceptivas: Si () No ()

Tiempo de consumo: _____

Ejercicio: Si () No ()

Estrés: Si () No ()

¿Utiliza algún tipo de tratamiento para controlar

Su tensión arterial?: Si () No ()

¿Cuáles?: _____

¿Se controla la tensión arterial frecuentemente?

Si () No ()

¿Cada cuanto tiempo?: _____

Observaciones: _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA SEGÚN GRAFFAR.

1) Profesión del jefe de familia: _____

2) Nivel de instrucción de la madre: _____

3) Fuente de ingreso: _____

4) Condiciones de vivienda: _____

Total: _____

APENDICE B

Universidad De Oriente
Núcleo Bolívar
Escuela Ciencias De La Salud “Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta”
Departamento De Enfermería

Autorización de la institución para llevar a cabo un estudio de investigación, en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital “Ruiz y Páez”.

Estimado Jefe(a) De Enfermería

Por medio de la presente me dirijo a ustedes, con el fin de solicitarle su autorización para llevar a cabo un estudio de investigación en el área de gineco-Obstetricia del “Hospital Ruiz y Páez”, los datos que se obtengan serán utilizados para fines académicos.

Agradecemos su colaboración.

Atentamente
Firma del Jefe (a) De Enfermería

APENDICE C



Universidad De Oriente
 Núcleo Bolívar
 Escuela Ciencias De La Salud “Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta”
 Departamento De Enfermería

Formato De Validación

Por medio de la presente, me dirijo a Usted, con el fin de solicitarle realice el procedimiento metodológico denominado juicio de expertos al cuestionario anexo con el propósito de llevar a cabo la fase de validez del instrumento, necesario para garantizar la claridad y veracidad de los datos que se obtengan con el mismo una vez aplicado.

Constancia de Validación

Yo, _____, Profesión _____, Certifico que he leído y revisado el instrumento de recolección de datos para la investigación titulada.

Hipertensión arterial en gestantes, “Hospital Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, Edo Bolívar. El cual a mi criterio reúne los requisitos de validez. Sugerencias del experto:

Firma Del Experto

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Hipertensión arterial inducida por el embarazo, hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Tirado B., Ronny J.	CVLAC: 17.045.724 E MAIL: ronnytirado@hotmail.com
Velásquez., Oscarlyn M.	CVLAC: 19.077. 260 E MAIL: tyta17@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Hipertensión arterial
Embarazadas
Incidencia

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Departamento de Enfermería	Salud Materno Infantil

RESUMEN (ABSTRACT):

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), considera la hipertensión arterial, como aquella presión sistólica igual o superior a 140mmHg o una presión arterial diastólica igual o mayor a 90mmHg, aunque actualmente se cuenta con nuevas clasificaciones. A nivel mundial, aproximadamente el 80% de las muertes maternas son por causas directas como: hemorragias intensas, infecciones, septicemia y los trastornos hipertensivos. Mientras que el 20% son enfermedades que complican el embarazo como: el paludismo, anemia, VIH/SIDA o las enfermedades cardíacas. Se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo. Con un universo de 97 pacientes de las cuales se tomaron como muestra 28 gestantes que presentaron hipertensión arterial inducida por el embarazo, que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital "Ruiz y Páez". Con el objetivo de determinar la incidencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo en las pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital "Ruiz y Páez", Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, durante el periodo Noviembre 2.011 – Enero 2.012. La H.I.E., fue de un 28,87%, de las cuales el 53,57% pertenece al grupo etario de 16 a 23 años, el 35,71% presento obesidad grado I, mientras que el 75% de las gestantes eran de estrato socioeconómico (Obrero). La hipertensión arterial durante el embarazo afecta mayormente a las gestantes más jóvenes.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E MAIL				
Galindo R., Cruz M.	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	8.876.745			
	E_MAIL	Cruzgalin@hotmail.com			
	E_MAIL				
Parra., Gilka I.	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	13.798.899			
	E_MAIL	gilkaparra@hotmail.com			
	E_MAIL				
Sulbaran., Ana.	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	4.493.721			
	E_MAIL	anaedicta@hatmail.com			
	E_MAIL				
Chaaban L., Wualid	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	4.509.952			
	E_MAIL	Chaaban@cantv.net			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2012	04	07
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Hipertensión arterial inducida por el embarazo, hospital "Ruiz y Páez", Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.	

ALCANCE

ESPACIAL: Hospital "Ruiz y Paez"

TEMPORAL: 10 anos

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciatura en Enfermería

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO: pregrado

ÁREA DE ESTUDIO: Enfermería

INSTITUCIÓN: Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario”

AUTOR

Tirado Ronny

AUTOR

Velásquez Oscarlyn

TUTOR

Cruz Galindo

JURADO

Walid Chaaban

JURADO

Ana Sulvaran

POR LA SUBCOMISION DE TESIS