

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“CONCORDANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TIPOS DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DR. DESIDERIO G. ROSADO CARVAJAL EN EL CICLO 2019-2020”

**Tesis para obtener el Grado de:
Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

**Presenta:
Antonio Gómez Benítez**

**Directora:
Dra. May Milena Fierros Adame**

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2021



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



**División
Académica
de Ciencias de
la Salud**



Dirección


**Of. No. 0093/DACS/JAEP
02 de febrero de 2021**

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Antonio Gómez Benítez
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Presente

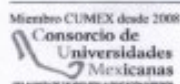
Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. María Eugenia Lozano Franco, Dra. Gabriela Raquel Delgado Gutiérrez, Dr. Carlos Alberto Bocanegra Zurita, Dra. Rosa María Padilla Chávez, Dra. Clara Magdalena Martínez Hernández, impresión de la tesis titulada: "Concordancia en el diagnóstico de los tipos de enfermedad hipertensiva del embarazo entre el primer y segundo nivel de atención en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el ciclo 2019-2020", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia, donde funge como Directora de Tesis la Dra. May Milena Fierros Adame.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dra. May Milena Fierros Adame.- Directora de tesis
C.c.p.- Dra. María Eugenia Lozano Franco.- sinodal
C.c.p.- Dra. Gabriela Raquel Delgado Gutiérrez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Carlos Alberto Bocanegra Zurita.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Rosa María Padilla Chávez.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Clara Magdalena Martínez Hernández.- Sinodal


C.c.p.- Archivo
DC\MCML\MCE\XME/mgccc*




Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Camélté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

 DIFUSION DACS

 DIFUSION DACS OFICIAL

 @DACSDIFUSION



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:00 horas del día 28 del mes de enero de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Concordancia en el diagnóstico de los tipos de enfermedad hipertensiva del embarazo entre el primer y segundo nivel de atención en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el ciclo 2019-2020"

Presentada por el alumno (a):

Gómez	Benítez	Antonio
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matrícula		

1	7	1	E	5	5	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. May Milena Ferros Adame
Directora de Tesis

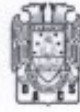
Dra. María Eugenia Lozano Franco

Dra. Gabriela Raquel Delgado Gutiérrez

Dr. Carlos Alberto Bocanegra Zurita

Dra. Rosa María Padilla Chávez

Dra. Clara Magdalena Martínez Hernández



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 28 de enero de 2021, el que suscribe, **Antonio Gómez Benítez**, alumno de la especialidad en Ginecología y Obstetricia con matrícula 176E55003, adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulado: "**Concordancia en el diagnóstico de los tipos de enfermedad hipertensiva del embarazo entre el primer y segundo nivel de atención en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el ciclo 2019-2020**", bajo la Dirección de la Dra. May Milena Fierros Adame, conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: dr.gomez.benitez@gmail.com Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente de este.

Antonio Gómez Benítez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO
Sello

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres, sin quienes no sería nada el día de hoy. A mi madre, quien sembró la semilla del amor en mí, y quien me hizo saber que los límites no existen, nosotros los ponemos. Su incesante sacrificio, es para mí el mayor incentivo, para lograr hacerla sentir orgullosa. A mi padre, quien con su esfuerzo y ejemplo me ha guiado, quien me ha salvado en incontables veces de las trampas de mi propia mente y a quien, con el paso de los años, comprendo cada vez más.

A mis hermanas, con quien he compartido el camino de la vida, juntos hemos crecido, y con quienes me unen lazos de amor eternos.

A mi Fernanda, quien me ha hecho crecer como persona y con su infinito cariño ha derribado las barreras que en mí existían.

A mis amigos, Oscar, Azucena, Fernando, Ángel, Paula, Omar, Jaime, Apolonio, Lucio, Alan, Chuy, Víctor, Martín, Sergio, Homero y Amaro; quienes me mostraron que hasta el más solitario y a veces hermético de los hombres, puede tener personas maravillosas en quien confiar. Que nuestra amistad dure por siempre.

A mi maestra, May Milena Fierros Adame, quien me apoyó y creyó en mí para realizar este trabajo, le agradezco su tiempo y su dedicación. Su ejemplo de compromiso con la enseñanza, profesionalismo y búsqueda de la perfección académica vivirá en mi práctica diaria.

A las personas con quienes he compartido este camino, que me han enseñado tanto y me han compartido su alegría por la vida.

Dedico este trabajo a la vida maravillosa que he llevado, a la buena fortuna de compartirla con personas muy especiales, a mis sueños cumplidos y a los pendientes. Dedico mi vida a la humanidad y jamás el arrepentimiento vivirá en mí por tal acto. Per aspera ad astra.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general:.....	14
Objetivos específicos:.....	14
MATERIALES Y METODOS.....	15
Tipo de estudio.....	15
Población en estudio.....	15
Unidad de análisis.....	15
Variables a investigar.....	16
Criterios de inclusión y de exclusión.....	17
Técnica de obtención de la información.....	17
Fuente de información.....	17
Técnica de recolección de datos.....	18
Procesamiento y análisis de la información.....	18
Consideraciones éticas.....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIÓN.....	43
PERSPECTIVAS.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	47

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades hipertensivas del embarazo, entre las cuales se encuentra la preeclampsia son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. La incidencia a nivel mundial es del 3 al 8%, sin embargo, en países en vías de desarrollo de América Latina su incidencia se eleva hasta 15 a 20%. **Objetivo:** Calcular la concordancia en el diagnóstico de los tipos de enfermedad hipertensiva del embarazo entre el primer y segundo nivel de atención en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el ciclo enero 2019- octubre 2020. **Material y Método:** Se trata de un estudio observacional, correlacional, retrospectivo y transversal. Se estudiaron 47 expedientes de pacientes referidas de primer a segundo nivel de atención cursando embarazo complicado con enfermedad hipertensiva en el Hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el periodo de el mes de enero de 2019 a octubre de 2020. Para poder estimar el índice de concordancia se utilizó el índice de Kappa (k). El programa estadístico usado fue el SPSS V. 20 para Windows. **Resultado:** El diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad tuvo un índice de Kappa de 0.584 correspondiente a una fuerza de concordancia moderada. La preeclampsia sin datos de severidad obtuvo un índice de kappa de 0.485, lo que corresponde a una fuerza de asociación moderada. El diagnóstico de hipertensión gestacional obtuvo un índice de Kappa de 0.256 correspondiente a una fuerza de concordancia regular. **Conclusiones:** El máximo nivel de concordancia obtenido fue clasificado como MODERADO, sin embargo, lo consideramos insuficiente dado el contexto sociodemográfico y la gravedad de las complicaciones de la enfermedad.

ABSTRACT

Objective: To estimate the agreement in the diagnosis between the different types of hypertensive disorders of pregnancy according to the first and second level of care evaluation at the Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal hospital (January 2019- October 2020). **Material and Method:** Observational, retrospective and cross-sectional study of 47 pregnant women with hypertensive disease, referred from first to second level of care, at the Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal Hospital from January 2019 to October 2020. The analysis was performed by calculating simple frequencies, measures of central tendency and dispersion. To estimate the concordance index, the Kappa index was used. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20) was used to analyze the information. **Result:** Between the different diagnosis: preeclampsia with severe features had a Kappa index of 0.584 corresponding to a moderate strength of agreement. Preeclampsia obtained a kappa index of 0.485, moderate strength of association and gestational hypertension with a Kappa index of 0.256 regular strength of agreement. **Conclusions:** The highest agreement level obtained was classified as MODERATE, however, we consider there should be a higher agreement level because pregnancy hypertensive disorders are common in our study population and often develop potentially lethal complications.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades hipertensivas del embarazo, entre las cuales se encuentra la preeclampsia son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. La incidencia a nivel mundial es del 3 al 8%, sin embargo, en países en vías de desarrollo de América Latina su incidencia se eleva hasta 15 a 20% por la presencia de múltiples factores de riesgo. (Lagunes Espinoza, Rios Castillo , Peralta Pedrero, & Cruz Cruz, 2011)

Según las guías de práctica clínica mexicanas, los estados hipertensivos del embarazo se clasifican de la siguiente manera:

- 1) Hipertensión preexistente: Es definida como la hipertensión presente antes del embarazo o que se desarrolla antes de las 20 semanas de gestación.
 - a) Con condición comórbida: Por ejemplo, Diabetes mellitus I o II pregestacional o enfermedad renal.
 - b) Con evidencia de preeclampsia: Es también conocida como “preeclampsia sobre agregada” y es definida por el desarrollo de 1 o más de los siguientes criterios:
 - (1) Hipertensión resistente (necesidad de 3 o más antihipertensivos para controlar la presión arterial).
 - (2) Proteinuria de nueva aparición (igual o mayor a 300 mg en recolección de orina de 24 horas o empeoramiento de esta).
 - (3) Una o más condiciones adversas.
 - (4) Una o más condiciones severas.

- 2) Hipertensión gestacional: Es definida como hipertensión que se desarrolla por primera vez después de la semana 20 de gestación con presión arterial sistólica >140mmHg y/o presión arterial diastólica >90mmHg.
- a) Con condición comórbida (por ejemplo, Diabetes mellitus I o II pregestacional o enfermedad renal).
- 3) Preeclampsia: La evidencia de preeclampsia puede aparecer muchas semanas después del inicio de hipertensión gestacional. Está definida como hipertensión que se presenta en el embarazo (TA sistólica \geq 140mmHg o TA diastólica \geq a 90mmHg en dos ocasiones con un margen de al menos 4 horas después de la semana 20 de gestación en una mujer con presión arterial normal antes del embarazo) y uno o más de los siguientes puntos:
- a) Proteinuria de nueva aparición (igual o mayor a 300 mg en recolección de orina de 24hrs).
- b) Labstix con lectura de 1+ solo si no se dispone de otro método cuantitativo o relación proteína/creatinina \geq a 0.28mg/Dl.
- 4) Preeclampsia con datos de severidad: Se define como preeclampsia con una o más complicaciones severas.
- 5) Efecto hipertensivo transitorio: La elevación de la presión sanguínea puede deberse a estímulos ambientales o el dolor del parto, por ejemplo.
- 6) Efecto hipertensivo de la "bata blanca": La presión sanguínea esta elevada en el consultorio (TA sistólica \geq a 140mmHg ó TA \geq a 90mmHg) pero es consistentemente normal fuera del consultorio (menor a 135/85 por monitoreo ambulatorio o en su domicilio).

7) Efecto hipertensivo enmascarado: La presión sanguínea es consistentemente normal en el consultorio (TA sistólica menor a 140mmHg o TAD menor a 90mmHg) pero se eleva consistentemente fuera del consultorio (Mayor a 135/85mmHg) por monitoreo ambulatorio o monitoreo en casa. (Coordinación técnica de excelencia médica, 2017)

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la preeclampsia no ha sido del todo dilucidada ni comprendida, incluso en fechas relativamente recientes se ha modificado el concepto conocido de la preeclampsia.

Comúnmente se engloba la fisiopatología de esta en un modelo con dos fases interrelacionadas: Placentación anormal y respuesta inflamatoria materna.

El proceso conocido como placentación es meticulosamente coordinado, y el equilibrio de la unidad feto-placentaria depende de su efectividad. En un embarazo normal, hay un incremento considerable de flujo sanguíneo con el propósito de asegurar un adecuado aporte al espacio intervilloso, y, en consecuencia, un desarrollo fetal adecuado.

Para obtener este resultado, las arterias espirales pasan por un proceso de remodelación compuesto por 4 fases promovidas por la invasión trofoblástica en sus paredes.

Inicialmente la decidua es invadida, seguida de una invasión intraarterial trofoblástica, con una subsecuente invasión intramural de los vasos. En ese momento se da la pérdida de la capa muscular, siendo reemplazada por material fibrinoide y tejido conectivo. El paso final es la reendotelización. Los vasos resultantes presentan un diámetro principal mucho mayor al observado en mujeres no gestantes, con una resistencia menor al flujo sanguíneo.

Por otro lado, las arterias radiales y arqueadas ven incrementada la presión sanguínea en sus paredes, causando un flujo sanguíneo más alto, el cual causa la generación de óxido nítrico por el endotelio, condicionando la dilatación de los vasos sanguíneos.

El proceso de adaptación de las arterias espirales no puede ocurrir en la totalidad de los vasos sanguíneos como se esperaría idealmente, sin embargo, en embarazos normales ocurre aproximadamente en el 90% del total de arterias espirales.

En casos patológicos, la remodelación puede ser parcial, ausente o ausente con lesiones obstructivas. En los casos de preeclampsia, la porción de vasos remodelados se encuentra considerablemente reducida, principalmente en la parte central de la placenta.

Cuando se asocia a restricción de crecimiento fetal, encontramos lesiones obstructivas. En estos casos, las arterias se encuentran bajo un proceso de aterosclerosis con resultados muy similares a la formación de placas ateromatosas, con los lúmenes invadidos por macrófagos ricos en lípidos, infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular, y necrosis fibrinoide de las paredes de los vasos, con la consecuente isquemia uteroplacentaria.

Se inicia un ciclo de isquemia y reperfusión en el espacio intervelloso, causando estrés metabólico y la subsecuente apoptosis de células trofoblásticas. Lo cual libera moléculas al torrente sanguíneo materno, iniciando una respuesta inflamatoria intravascular, un paso esencial en el desarrollo de la preeclampsia. Esto, se suma a los radicales libres, consecuencia del estrés oxidativo.

Se puede decir que el desarrollo de la preeclampsia involucra una predisposición genética y una respuesta inflamatoria sistémica. (Mayrink, Costa, & Cecatti, 2018)

En la actualidad se sabe que la preeclampsia se ha subdividido en dos tipos de acuerdo con la edad gestacional en la que se presenta, lo cual, a diferencia de la clasificación anteriormente planteada, nos aporta una mayor utilidad pronóstica: se reconocen la preeclampsia temprana (antes de la semana 34) y preeclampsia tardía cuando esta se presenta después de la semana 34.

- 1) Preeclampsia temprana: Este subtipo de la enfermedad es mucho menos prevalente que su contraparte tardía. Representa sólo en 5 al 20% de todos los casos de preeclampsia. Sin embargo, es responsable de la mayoría de las complicaciones maternas y fetales relacionadas con la preeclampsia.
- 2) Preeclampsia tardía: Aproximadamente el 80% de todos los casos de preeclampsia corresponden a la forma tardía. Debido a la edad gestacional de presentación, los fetos con madres con preeclampsia tardía nacen cercanos a término. (Karchmer K., 2016)

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de preeclampsia se basa en las características clínicas descritas por el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras. El diagnóstico generalmente se establece con facilidad en una conocida previamente como normotensa, con un embarazo mayor de 20 semanas que se presenta con factores de riesgo, signos y síntomas clásicos de la enfermedad.

El primer paso del diagnóstico radica en la correcta técnica de toma de presión arterial. Se puede dividir la técnica en tres aspectos: condiciones del paciente, del equipo y del observador.

Condiciones del paciente

Relajación física (evitar ejercicio físico en los 30 minutos previos a la medición).

Reposo: por lo menos de 5 minutos antes de la toma de la presión. Evitar actividad muscular isométrica, con el paciente sentado con la espalda recta y un buen soporte. El brazo izquierdo descubierto apoyado a la altura del corazón; piernas sin cruzar y pies apoyados cómodamente sobre el suelo.

Relajación mental: reducir la ansiedad o la expectación por pruebas diagnósticas.

Propiciar un ambiente tranquilo. Minimizar la actividad mental: no hablar, no preguntar. Evitar el consumo de cafeína o tabaco (o estimulantes en general) en los 30 minutos previos, la administración reciente de fármacos con efecto sobre la TA (incluyendo los antihipertensivos). No se debe hacer el estudio en pacientes sintomáticos o con agitación psíquica/emocional, y tiempo prolongado de espera antes de la visita.

Condiciones del equipo

El esfigmomanómetro manual y el manómetro de mercurio o aneroide debieron ser calibrados en los últimos seis meses y hay verificar que la calibración sea correcta. La longitud de la funda del manguito debe ser suficiente para envolver el brazo y cerrarse con facilidad, mientras que la longitud de la cámara debe alcanzar por lo menos el 80% de la circunferencia del brazo. El ancho de la cámara debe representar el 40% de la longitud del brazo.

Las cámaras o manguitos inadecuadamente pequeños tienden a sobreestimar la presión arterial. Se deben retirar las prendas gruesas y evitar que se enrollen para que no compriman el brazo; sin embargo, alguna prenda fina (menor de 2 mm de grosor) no modificará los resultados. Dejar libre la fosa antecubital (colocar el borde inferior del brazaletes 2 a 3 cm por encima del pliegue del codo para poder palpar la arteria braquial **y** después colocar la campana del estetoscopio en ese nivel.

El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial. El manguito debe quedar a la altura del corazón, no así el aparato (manómetro), que debe ser perfectamente visible para el explorador.

Establecer primero la tensión arterial sistólica (TAS) por palpación de la arterial braquial/radial, y mientras se palpa dicho pulso se inflará rápidamente el manguito hasta que éste desaparezca, con la finalidad de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica. Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.

Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica para iniciar la auscultación de esta. Desinflar a una velocidad de 2 a 3mmHg por segundo.

Usar el primer ruido de Korotkoff para identificar la cifra de TAS y el quinto ruido (desaparición) para la cifra de presión arterial diastólica (TAD). Ajustar las cifras auscultadas a números pares. En caso de que se continúen auscultando ruidos hasta un nivel muy cercano al cero, entonces se deberá tomar el cuarto ruido de Korotkoff (apagamiento) para determinar la cifra de TAD.

Por último, es necesario realizar como mínimo dos mediciones separadas al menos por un minuto; si se detecta una diferencia de presión arterial (PA) entre ambas, mayor de 5mmHg, deberá realizarse una tercera toma. Es importante esperar al menos un minuto entre las mediciones, ya que, si el sistema venoso se llena, será difícil la auscultación de los ruidos.

Condiciones del observador

Mantener en todo momento un ambiente de cordialidad con el paciente. Favorecer en la consulta un ambiente tranquilo y confortable, así como explicar al paciente paso a paso lo que vamos a realizar para la toma de su tensión arterial. Antes de tomar la lectura, conocer el equipo y verificar su adecuado funcionamiento. Hay que familiarizarse con las particularidades de cada equipo e idealmente utilizar el equipo con el que uno se sienta más cómodo. Hay que recordar que el manómetro o la columna de mercurio deben estar a menos de 30 cm y en línea recta a nuestra línea de visión en todo momento. (Gómez León, Morales López, & Álvarez Díaz, 2016)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la preeclampsia representa muchas veces un reto. Muchas condiciones patológicas microangiopáticas producen signos clínicos y para clínicos similares a la preeclampsia. Algunas de las condiciones con las cuales debe hacerse diagnóstico diferencial son:

- 1) Hígado graso del embarazo
- 2) Púrpura trombocitopenia trombótica
- 3) Síndrome hemolítico urémico
- 4) Lupus eritematoso sistémico
- 5) Choque séptico
- 6) Patología hepática y biliar

PREVENCION

La capacidad para prevenir la preeclampsia está limitada debido a que aún no se conoce adecuadamente la etiología, así como el hecho de que la preeclampsia es un síndrome clínico heterogéneo. (Karchmer K., 2016)

En la actualidad, la única intervención clínicamente eficaz y más consistente en estudios clínicos para prevenir la preeclampsia en población de alto riesgo es a administración de ácido acetilsalicílico a dosis bajas (75-100 mg). En mujeres con historia de preeclampsia de aparición temprana (menos de 34 semanas) en embarazos previos se recomienda recibir bajas dosis bajas de ácido acetilsalicílico (100 mg/día) diarias antes de la semana 16 de gestación, por las noches.

Se ha demostrado que a dosis bajas el AAS incrementa la secreción trofoblástica del factor de crecimiento placentario y restaura la producción de citosinas adicionales, conduciendo a niveles observados en pacientes normotensas. (Godínez Vázquez, Godínez Vázquez, & Sosa Bustamante, 2020). El principal reto de la administración de ácido acetilsalicílico, se encuentra en el temprano diagnóstico de embarazo, detección de factores de riesgo y pronto inicio del tratamiento profiláctico.

COMPLICACIONES

Las complicaciones materno fetales asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo son:

1) MATERNAS:

- a) Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta.
- b) Repercusiones en el sistema nervioso central, accidente vascular cerebral, convulsiones y edema.
- c) Disfunción de órgano final: necrosis tubular aguda.
- d) Edema pulmonar agudo
- e) Insuficiencia cardíaca.
- f) Estados de hipercoagulabilidad.
- g) Hemorragia hepática.
- h) Síndrome de HELLP.
- i) Muerte

2) FETALES:

- a) Secuelas de prematuréz.
- b) Encefalopatía isquémica hipóxica.
- c) Restricción del crecimiento intrauterino.
- d) Oligohidramnios. (Coordinacion técnica de excelencia médica, 2017)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hospital “Dr. Desiderio G. Rosado Carbajal” es una unidad de segundo nivel ubicada en el municipio de Comalcalco, Tabasco, la cual brinda atención médica a los municipios de Nacajuca, Paraíso y Jalpa, además de atender a la población de Comalcalco y paciente referidos de los estados de Chiapas y Veracruz en su región sur. Cuenta con capacidad de internamiento de 30 camas para atención hospitalaria. Actualmente la atención obstétrica se encuentra entre los principales motivos de consultas en el área de urgencias y de consulta externa, la mayoría de las cuales, secundarias a referencias de primer nivel de atención. La preeclampsia, representa el 21.3% del total de atenciones por enfermedades hipertensivas del embarazo en este centro, y la preeclampsia con datos de severidad, a su vez, representa el 42.6%, de acuerdo con datos obtenidos este hospital en 2019.

En este estudio planteamos comparar los diagnósticos de referencia usados en el primer nivel de atención con los obtenidos en el segundo nivel de atención, apoyados en las normas oficiales mexicanas vigentes, con la meta de conocer la estadística correspondiente y mejorar los protocolos actuales de referencia y contrarreferencia. Y así, reducir la saturación hospitalaria, mejorar los tiempos de atención de pacientes y optimizar costos de esta. Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL FUE LA CONCORDANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DR. DESIDERIO G. ROSADO CARVAJAL EN EL CICLO ENERO 2019- OCTUBRE 2020?

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son la principal complicación y causa de muerte materna y perinatal; de acuerdo con la Secretaría Salud, la preeclampsia es la causa de 34% de las muertes maternas. (Chávez , Herrera , & Ortega, 2019)

En países en desarrollo como los de América Latina y el Caribe, la preeclampsia, constituye la principal causa de muerte materna (mayor de 25 %). Para pacientes sin factores de riesgo su incidencia mundial se calcula en 3 a 8 % y en mujeres con factores de riesgo en 15 a 20 %. De acuerdo con la Secretaría de Salud en México, representa 34 % de las muertes maternas, constituyéndose en la primera causa de muerte. (Lagunes Espinoza, Rios Castillo , Peralta Pedrero, & Cruz Cruz, 2011)

Tanto el primer nivel de atención como el segundo juegan un papel determinante en prevención y tratamiento temprano de complicaciones asociadas con enfermedades hipertensivas. En México, contamos con normas oficiales y guías de práctica clínica desarrolladas con enfoque diagnóstico terapéutico que marcan las conductas a seguir para para la atención en los diferentes niveles.

Sin embargo, el sistema mexicano de salud al igual que su población, son heterogéneos, por lo cual la aplicación estricta de la normativa no es siempre posible debido a múltiples factores, por lo cual es necesario realizar estudios de concordancia de diagnóstico en los padecimientos más comunes, para conocer las causas de la falta de apego a las mismas, o para optimizar protocolos de atención con el objetivo de adaptar la atención médica a la población estudiada.

Esto traerá consigo la mejoría en la atención médica reduciendo la saturación hospitalaria del segundo y tercer nivel, reducir tiempos de espera y optimizando el presupuesto asignado.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Calcular la concordancia en el diagnóstico de los tipos de enfermedad hipertensiva del embarazo entre el primer y segundo nivel de atención en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el ciclo enero 2019- octubre 2020.

Objetivos específicos:

1. Describir las condiciones sociodemográficas de la población atendida en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el ciclo 2019-2020.
2. Determinar el número de pacientes con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad referidas de primer a Segundo nivel de atención en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el ciclo 2019-2020.
3. Determinar el número de pacientes con diagnóstico de preeclampsia referidas de primer a Segundo nivel de atención en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el periodo 2019-2020.
4. Determinar el número de pacientes con enfermedad hipertensiva descartada en el hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el ciclo 2019-2020.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio observacional, correlacional, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el periodo del mes de enero de 2019 a octubre de 2020.

Población en estudio

Se estudiaron 47 expedientes de pacientes referidas de primer a segundo nivel de atención cursando embarazo complicado con enfermedad hipertensiva en el Hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el periodo del 1° de enero de 2019 al 31 de octubre de 2020.

Unidad de análisis

Se consideraron los expedientes clínicos de pacientes referidas de primer a segundo nivel de atención cursando embarazo complicado con enfermedad hipertensiva en el Hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal en el periodo de el mes de enero de 2019 a octubre de 2020.

Para este estudio se consideró "enfermedad hipertensiva" a la hipertensión que se desarrolla por primera vez después de la semana 20 de gestación con presión arterial sistólica $>140\text{mmHg}$ y/o presión arterial diastólica $>90\text{mmHg}$. Clasificada posteriormente en base a la guía de práctica clínica (GPC-IMSS-020-2017). El diagnóstico de ingreso hace referencia a la enfermedad que se registró en la hoja de "referencia" del centro de salud que envía. El diagnóstico final es el que se determinó posterior al protocolo de estudio en la hoja de egreso hospitalario.

Variables a investigar

- Número de pacientes referidas referencias
- Edad
 - Antecedente de preeclampsia
 - Número de consultas de control prenatal
 - Tensión arterial sistólica de envío
 - Tensión arterial diastólica de envío
 - Tensión arterial sistólica en Segundo nivel
 - Tensión arterial diastólica en Segundo nivel
- Diagnóstico de referencia
- Diagnóstico final

Criterios de inclusión y de exclusión

a) Criterios de inclusión

- Mujeres referidas de primer a Segundo nivel de atención atendidas en el Hospital Desiderio G. Rosado Carvajal en el periodo de enero 2019 a octubre 2020
- Control prenatal en el primer nivel de atención
- Diagnóstico de embarazo y enfermedad hipertensiva en el momento del envío.
- Expedientes clínicos completos.

b) Criterios de exclusión

- Enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, etc.)
- Expedientes incompletos.

Técnica de obtención de la información

Fuente de información

La búsqueda de la información obtenida se realizó a partir de la base de datos del sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital General de la S. S. P. de Comalcalco, Tabasco. Solicitada al departamento de trabajo social previa autorización por las autoridades de dicho hospital.

Técnica de recolección de datos

Una vez emitida la lista de pacientes se solicitó al departamento de Archivo Clínico del Hospital Dr. Desiderio G. Rosado Carvajal los expedientes seleccionados y se analizaron únicamente aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio en una base de datos electrónica de Excel. Utilizamos una herramienta de recolección de datos modificada. (González Martel, Sánchez Cruza, & Enríquez Negroto, 2018)

(Imagen en Anexo 1)

Procesamiento y análisis de la información

Se calcularon frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersión. Para poder estimar el índice de concordancia se utilizó el índice de Kappa (k). El programa estadístico usado fue el SPSS V. 20 para Windows. Para el análisis estadístico, se tomaron los valores del índice kappa para mostrar la fuerza de concordancia de los diagnósticos registrados, interpretándose que:

VALOR DE KAPPA	FUERZA DE CONCORDANCIA
<0.00	NO ACUERDO
0.00 – 0.20	ESCASO
0.21 – 0.40	REGULAR
0.41 – 0.60	MODERADA
0.61 – 0.80	BUENA
0.81 – 1.0	CASI PERFECTA

(Manterola & Grande, 2018)

Consideraciones éticas

Esta investigación no expone la integridad física del paciente ya que la información necesaria se obtuvo de sus respectivos expedientes clínicos. Al revisar los expedientes clínicos no se puso en duda la capacidad ni la ética profesional de los médicos involucrados en la atención de las pacientes incluidas en el estudio.

Para la realización de la presente investigación se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación del hospital Desiderio G. Rosado Carvajal.

Esta investigación de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud es una investigación de Riesgo Tipo I ya que se trata de un estudio retrospectivo de revisión documental.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

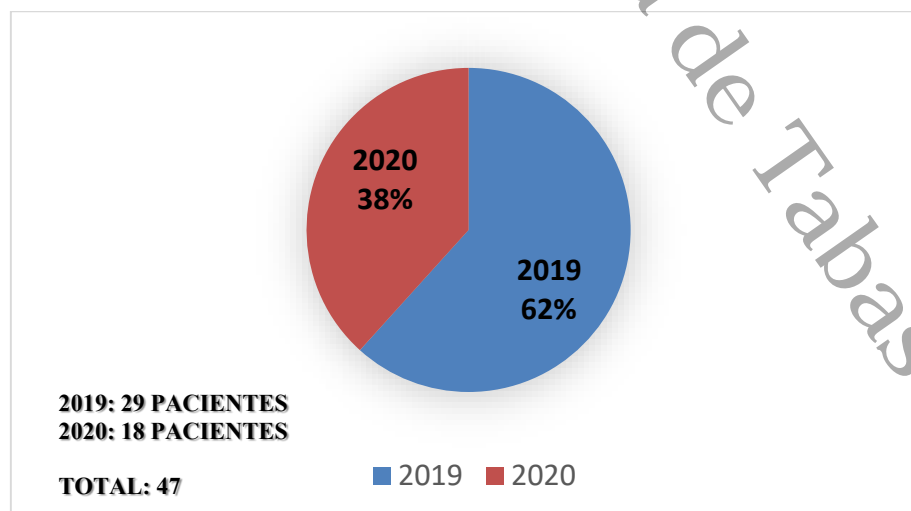
RESULTADOS

En 2019 hubo un total de 29 referencias de primer a segundo nivel por diagnóstico de enfermedad hipertensiva, correspondiente a un 61.7%. En 2020 del mes de enero a octubre hubo un total de 18 referencias, con un porcentaje de 38.3%.

Tabla 1. Tabla de frecuencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2019	29	61.7	61.7
2020	18	38.3	100.0
Total	47	100.0	

Gráfico 1: Frecuencia de pacientes referidas de primer a segundo nivel de atención del 1° de enero de 2019 al 31 de octubre de 2020.



Se encontró que los meses con mayor cantidad de referencias fueron Julio de 2019 12.8% (n=6) y octubre 2019 17% (n=8).

Tabla 2: Tabla de frecuencia de asistencia por mes y año.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ene 19	1	2.1	2.1
Abr 19	2	4.3	6.4
May 19	1	2.1	8.5
Jun 19	2	4.3	12.8
Jul 19	6	12.8	25.5
Ago 19	2	4.3	29.8
Oct 19	8	17.0	46.8
Nov 19	3	6.4	53.2
Dic 19	4	8.5	61.7
Ene 20	3	6.4	68.1
Feb 20	4	8.5	76.6
Mar 20	4	8.5	85.1
May 20	2	4.3	89.4
Jul 20	2	4.3	93.6
Ago 20	2	4.3	97.9
Oct 20	1	2.1	100.0
Total	47	100.0	

La edad media de referencia fue de 26 años. La edad máxima de referencia fue de 35 años y mínima de 18 años.

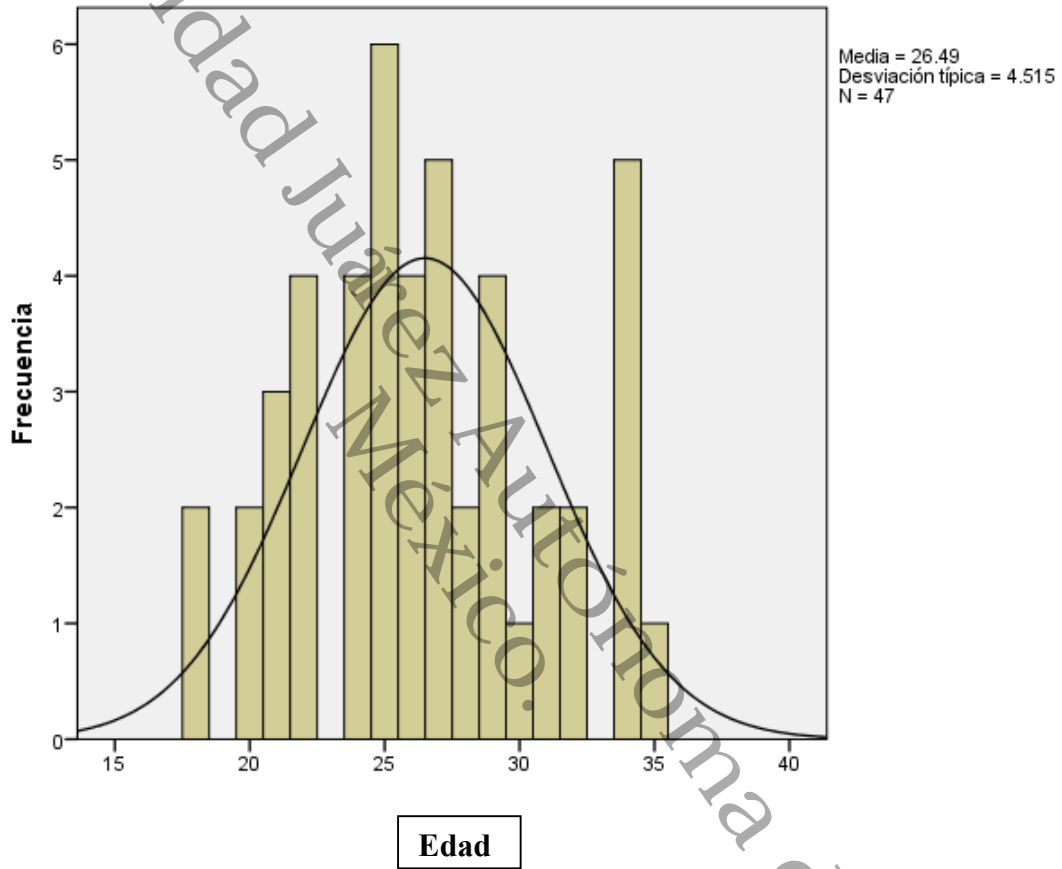
El inicio de vida sexual activa tuvo una media de 17.98. Siendo la edad máxima de 29 años y la mínima de 13.

Tabla 3. Frecuencia y promedio de edad de las pacientes e inicio de vida sexual activa.

	Edad	IVSA
N:	47	47
Media	26.49	17.98
Mínimo	18	13
Máximo	35	29

La media de edad de pacientes al momento de llegar al segundo nivel fue de 26.49 años.

Gráfico 2: Histograma de promedio de edad al momento de la atención clínica de primer nivel.

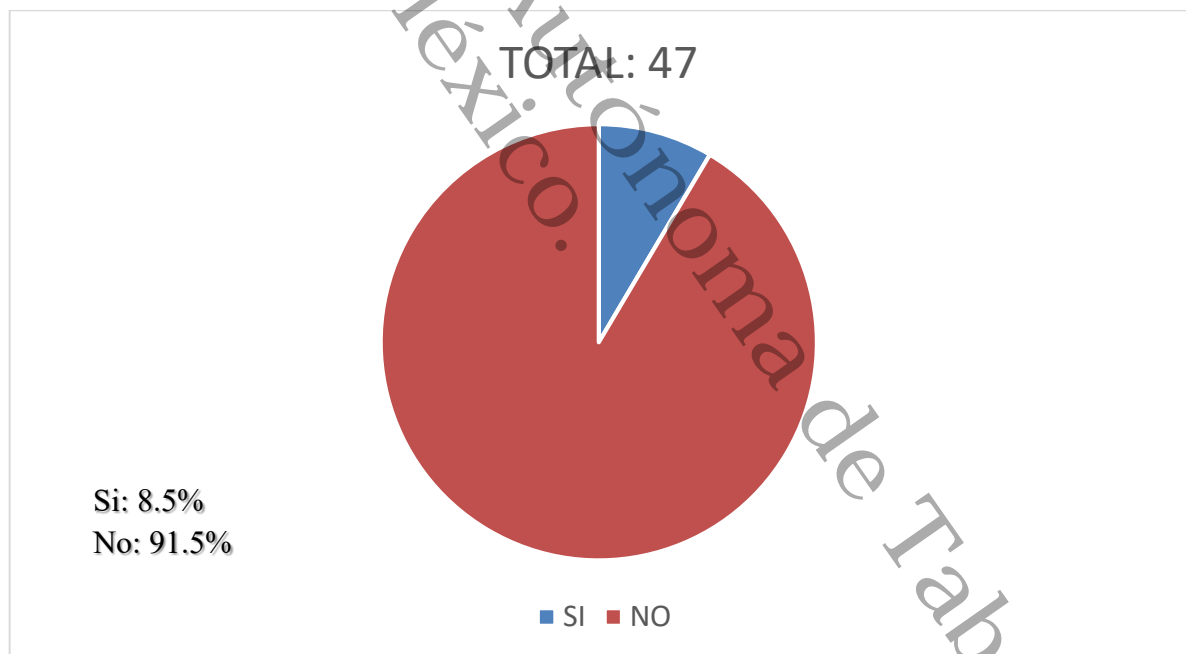


Se encontraron antecedentes de preeclampsia en embarazos previos en cuatro pacientes de 47 totales. Correspondiendo al 8.5%.

Tabla 4: Antecedente de preeclampsia en embarazos previos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	4	8.5	8.5
No	43	91.5	100.0
Total	47	100.0	

Gráfico 3: Antecedentes de preeclampsia en embarazo previo.

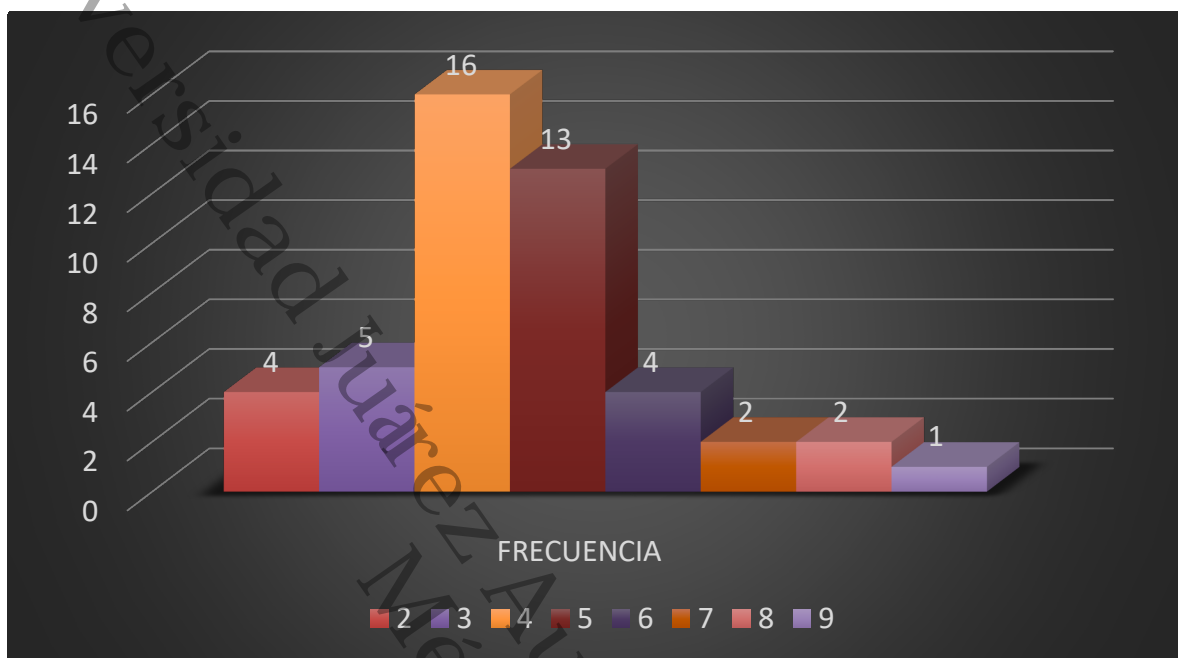


El 4.3% (n=2) tuvieron siete y ocho consultas de control prenatal. El 8.5% (n=4) tuvieron dos y seis consultas de control prenatal previas a su referencia a segundo nivel. El 10.6% (n=5) tuvieron tres consultas de control prenatal. El 27.7% (n=13) tuvieron cinco consultas de control prenatal. El 34% (n=16) tuvieron cuatro consultas de control prenatal. Únicamente el 2.1% (n=1) tuvieron nueve consultas de control prenatal previo a su referencia.

Tabla 5: Número de consultas de control prenatal previas a su referencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2	4	8.5	8.5
3	5	10.6	19.1
4	16	34.0	53.2
5	13	27.7	80.9
6	4	8.5	89.4
7	2	4.3	93.6
8	2	4.3	97.9
9	1	2.1	100.0
Total	47	100.0	

Gráfico 4: Histograma frecuencia de consultas de control prenatal previo a su referencia.



La media de número de consultas de control prenatal fue de 4.57. Con un número mínimo de dos y máximo de nueve.

Tabla 6: Media de número de consultas de control prenatal previas a la referencia a segundo nivel.

Total	47
Media	4.57
Mínimo	2
Máximo	9

Las pacientes fueron referidas del primer al segundo nivel de atención con un promedio de 36.17 semanas de gestación, con un mínimo de 25 y un máximo de 41 semanas. Fueron recibidas en el segundo nivel de atención con un promedio de 36.55 semanas de gestación.

Tabla 7: Promedio de semanas a las cuales las pacientes fueron referidas y de semanas a las cuales fueron recibidas en el segundo nivel de atención.

Estadísticos

	Referencia (semanas)	Recepción (semanas)
	47	47
Media	36.17	36.55
Mínimo	25	25
Máximo	41	41

Fueron enviadas 13 pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva a clasificar, correspondiendo a un porcentaje de 27.7%. Diez pacientes fueron enviadas con diagnóstico de hipertensión gestacional, correspondientes a un 21.3%. Trece pacientes fueron enviadas con diagnóstico de preeclampsia con un 27.7%. Once pacientes correspondieron al diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad con un porcentaje de 23.4%.

Tabla 8: Diagnósticos de referencia de primer a segundo nivel de atención.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermedad hipertensiva a clasificar	13	27.7	27.7
Hipertension gestacional	10	21.3	48.9
Preeclampsia	13	27.7	76.6
Preeclampsia con datos de severidad	11	23.4	100.0
Total	47	100.0	

Gráfico 5: Diagnósticos de referencia de primer a segundo nivel de atención.

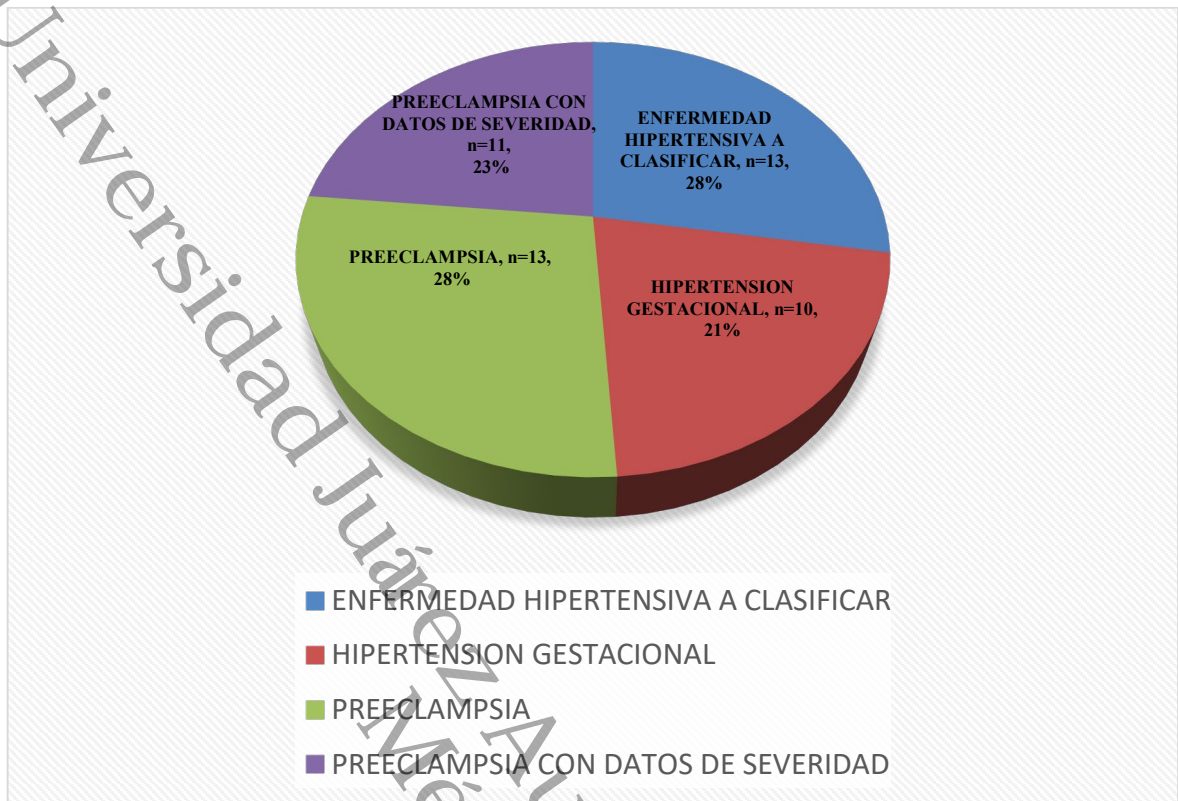


Tabla 9: Tabla de frecuencia de tensión arterial sistólica de envío.

La tensión arterial sistólica de envío correspondiente a 170 mmHg correspondió al 6.4% (n=3). A 150 mmHg correspondió el 10.6% (n=5). El 14.9% (n=7) correspondió a 160 y 120mmHG. El 17% (n=8) correspondió a 130 mmHg. El 36.2% (n=17) correspondió a 140mmHG.

T/A sistólica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
120	7	14.9	14.9
130	8	17.0	31.9
140	17	36.2	68.1
150	5	10.6	78.7
160	7	14.9	93.6
170	3	6.4	100.0
Total	47	100.0	

Tabla 10: Tabla de frecuencia de tensión arterial diastólica de envío

La tensión arterial diastólica de envío de 85, 95, 110 y 112 mmHg correspondieron a 2.1% (n=1) cada una. El 4.3% (n=2) correspondió a 70 mmHg. A 80 mmHg correspondió a 10.6% (n=5). El 29.8% (n=14) correspondió a 100 mmHg. El 46.8% (n=22) correspondió a 90 mmHg.

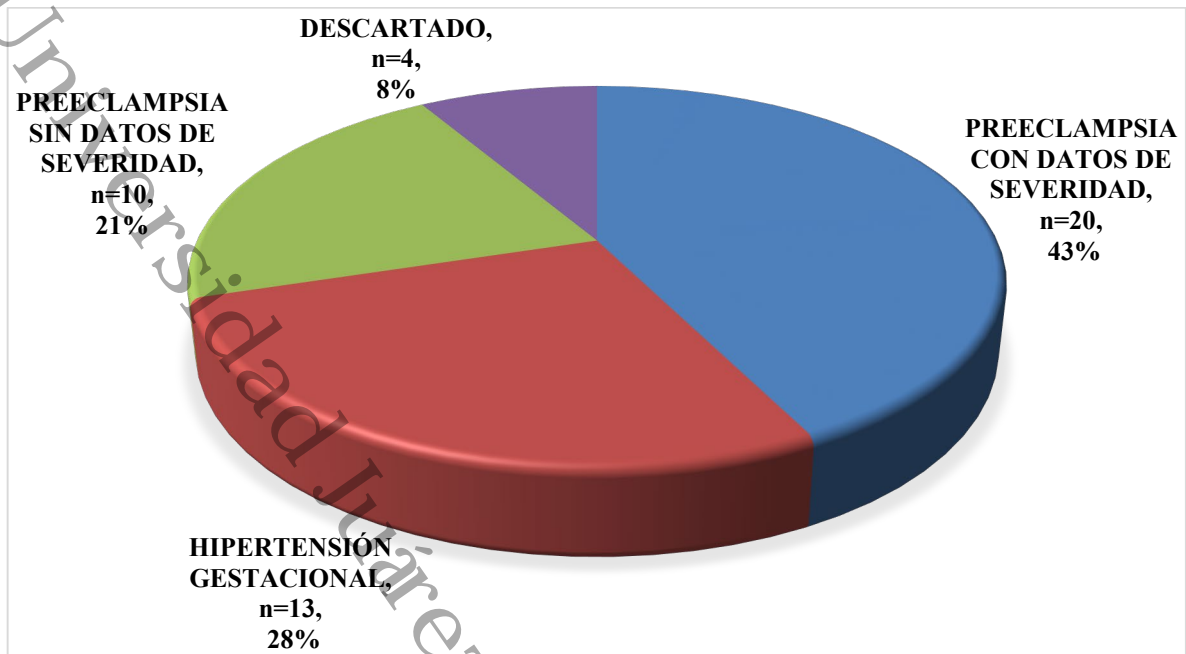
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
70	2	4.3	4.3
80	5	10.6	14.9
85	1	2.1	17.0
90	22	46.8	63.8
95	1	2.1	66.0
100	14	29.8	95.7
110	1	2.1	97.9
112	1	2.1	100.0
Total	47	100.0	

Tabla 11: Diagnósticos finales en segundo nivel de atención

El 42.6 % (n=20) de pacientes fueron diagnosticados con preeclampsia con datos de severidad, el 27.7% (n=13) tuvieron diagnóstico final de hipertensión gestacional. El 21.3% (n=10) correspondieron al diagnóstico de preeclampsia. Y el 8.5% (n=4) de los diagnósticos fueron descartados.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Preeclampsia con datos de severidad	20	42.6	42.6
Hipertension gestacional	13	27.7	70.3
Preeclampsia	10	21.3	91.6
Descartado	4	8.5	100
Total	47	100.0	

Gráfico 6: Diagnósticos finales en segundo nivel de atención.



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Tabla 12: Tabla de frecuencia de tensión arterial sistólica al momento de recepción en el segundo nivel de atención.

El 4.3% (n=2) fueron recibidas con 180mmHg. El 6.4% (n=3) fueron recibidas con 110mmHg. El 8.5% (n=4) se recibieron con 170mmHG. El 14.9% (n=7) correspondieron a 120, 130 y 140mmHg respectivamente. El 17% (n=8) correspondieron a 150mmHg. Finalmente, el 19.1% (n=9) fue obtenido por la tensión arterial sistólica de recepción de 160mmHg.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
110	3	6.4	6.4
120	7	14.9	21.3
130	7	14.9	36.2
140	7	14.9	51.1
150	8	17.0	68.1
160	9	19.1	87.2
170	4	8.5	95.7
180	2	4.3	100.0
Total	47	100.0	

Tabla 13: Tabla de frecuencia de tensión arterial diastólica al momento de recepción en el segundo nivel de atención.

El 4.3% (n=2) correspondió a 130mmHg. El 6.4% (n=3) correspondió a 120mmHg. El 10.6% (n=5) fue obtenido por la tensión arterial de 70mmHg. El 12.8% (n=6) correspondió a 110mmHg. A 80mmHg correspondió el 14.9% (n=7). A 90 y 100mmHg respectivamente correspondió el 25.5% (n=12).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
70	5	10.6	10.6
80	7	14.9	25.5
90	12	25.5	51.1
100	12	25.5	76.6
110	6	12.8	89.4
120	3	6.4	95.7
130	2	4.3	100.0
Total	47	100.0	

Tabla 14: Porcentaje de pacientes enviadas por enfermedad hipertensiva comparado con el porcentaje de pacientes con diagnóstico descartado.

Hubo un total de 47 pacientes referidas por enfermedad hipertensiva sin tomar en cuenta el diagnóstico específico. El 91% (n=43) de las pacientes enviadas confirmaron su enfermedad hipertensiva, en el 9% (n=9) se descartó dicha enfermedad.

	Enfermedad confirmada en segundo nivel	Enfermedad descartada en segundo nivel	Total
Frecuencia	43	4	47
Porcentaje	91%	9%	100%

Gráfico 7: Porcentaje de pacientes enviadas con diagnóstico confirmado comparado con el porcentaje de pacientes con diagnóstico descartado.

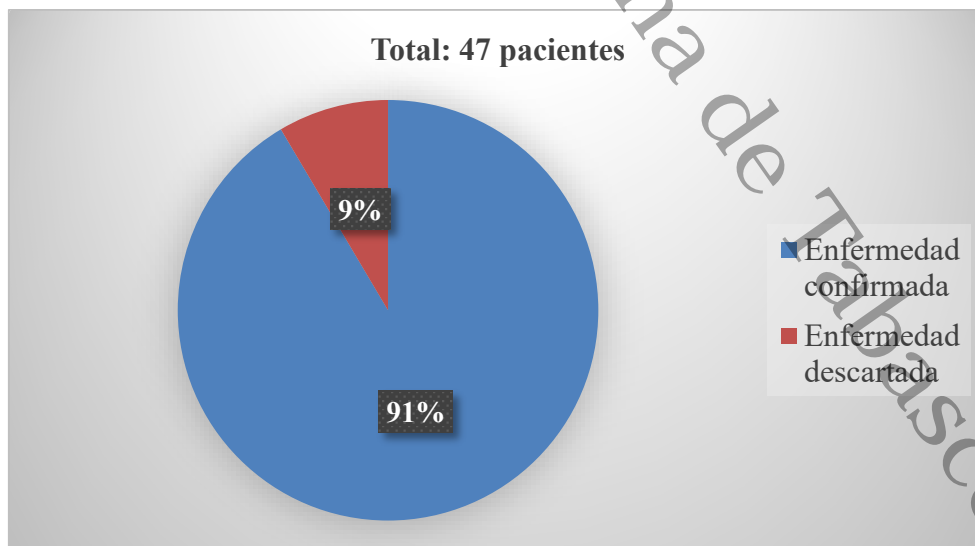


Tabla 14: Concordancia entre el primer y segundo nivel de atención

El diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad tuvo un total de referidos de n=20, de los cuales en 11 casos fue concordante el diagnóstico de referencia con el diagnóstico final en segundo nivel, en 9 casos fue no concordante, dando como resultado un índice de Kappa de 0.584 correspondiente a una fuerza de concordancia moderada.

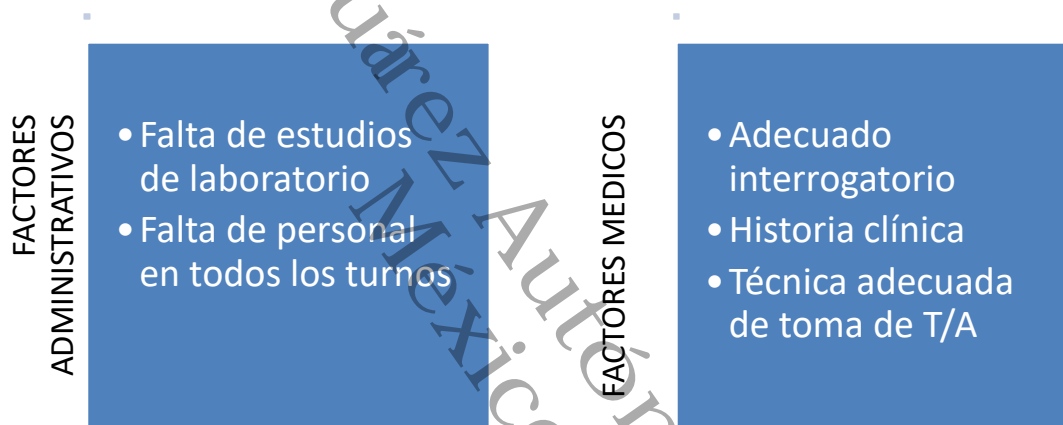
La preeclampsia, tuvo un total de referidos de n=13, de los cuales 7 casos fueron concordantes con el diagnóstico final de segundo nivel, en 6 casos fue no concordante, obteniendo como resultado un índice de kappa de 0.485 correspondiente a una fuerza de concordancia moderada.

El diagnóstico de hipertensión gestacional obtuvo un total de pacientes referidos de n=10, de los cuales 5 casos fueron concordantes y 5 casos fueron no concordantes. Dando como resultado un índice de Kappa de 0.256 correspondiente a una fuerza de concordancia regular.

CONCORDANCIA AL EGRESO					
PATOLOGIA	TOTAL DE REFERIDOS	SI	NO	INDICE KAPPA	FUERZA DE CONCORDANCIA
Preeclampsia con datos de severidad	20	11	9	0.584	Moderada
Preeclampsia	13	7	6	0.485	Moderada
Hipertensión gestacional	10	5	5	0.256	Regular

DISCUSIÓN

Durante el estudio se pudo comprobar que no existe concordancia satisfactoria en el diagnóstico de las enfermedades hipertensivas del embarazo, teniendo la mayor fuerza de asociación el diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad con un índice moderado. Entre los factores implicados, podemos mencionar los de tipo administrativo y los de tipo médico.



En cuanto a los factores administrativos, se encuentran la falta de estudios de laboratorio auxiliares, básicos y específicos, dependiendo en mayor medida del cuadro clínico presentado por las pacientes, el cual no siempre es característico. En relación con el entorno médico, un adecuado interrogatorio e historia clínica es fundamental, así como una técnica adecuada en la toma de presión arterial. (González Martel, Sánchez Cruza, & Enríquez Negreto, 2018)

De manera general, se confirmaron el 91% de los diagnósticos de enfermedad hipertensiva enviados, creando una falsa precepción de alta especificidad en el diagnóstico de las mismas, sin embargo, al dividir la muestra por los diferentes tipos de enfermedad hipertensiva y calcular la fuerza de asociación, nos damos cuenta de que los diagnósticos en primer nivel no son los adecuados.

La preeclampsia con datos de severidad fue la patología más referida, la cual correspondió a un índice de kappa de 0.584, lo cual equivale a una concordancia moderada. Esta patología obtuvo la fuerza de asociación más fuerte del estudio, lo cual se explica debido a que, al ser la variante más grave de la enfermedad, presenta un cuadro clínico característico, el cual vuelve innecesarios los estudios auxiliares para su diagnóstico oportuno y referencia.

La segunda patología en orden de número de referencia fue la preeclampsia en su variante sin datos de severidad, con un índice de kappa de 0.485, lo que corresponde a una fuerza de asociación moderada.

Esta variante de enfermedad hipertensiva se caracteriza por requerir estudios complementarios básicos para su diagnóstico, como son un examen general de orina y transaminasas hepáticas, así como un adecuado conocimiento de la clínica de presentación y un grado de sospecha elevado. (Portelli & Baron, 2018)

La tercera patología corresponde a la hipertensión gestacional, con un índice de kappa de 0.256, el más bajo del estudio, que corresponde a una fuerza de asociación regular. Esto debido a que, al tratarse de la variante menos grave de la enfermedad, es también la que menos síntomas y signos presenta, convirtiéndose normalmente en un hallazgo diagnóstico en caso de no contar con sospecha clínica.

Además de necesitar un protocolo de estudio completo para confirmarse o descartarse. (M, Smith, & Rodger, 2017)

Durante el estudio, se incluyeron en los diagnósticos de envío a la enfermedad hipertensiva a clasificar, y en los diagnósticos finales a los casos descartados. En el caso del primero no fue posible establecer la concordancia ya que, al tratarse de la variante no específica de la enfermedad, posterior a su ingreso en el segundo nivel de atención y con los auxiliares diagnósticos disponibles, se reclasificaron dentro de algunas de las otras categorías o incluso se descartaron algunos casos. Cabe resaltar, que después de una investigación exhaustiva en la literatura médica, no se encontró otro estudio que buscara una concordancia de enfermedades hipertensivas, lo cual destaca el abordaje del análisis aquí planteado.

Toda paciente con enfermedad hipertensiva durante el embarazo debe considerarse de alto riesgo, al tratarse esta de una enfermedad de características progresivas. Es de vital importancia, el adecuado diagnóstico y oportuna referencia para el manejo temprano de esta enfermedad y reducir la morbilidad y la mortalidad materna. En sus variantes más graves, se necesita de atención especializada y de accesibilidad a medios diagnósticos y terapéuticos, por lo cual un adecuado tamizaje se convierte en una necesidad vital. Ya que con esto se reducen los tiempos de espera, se optimizan los recursos humanos y materiales, previniendo complicaciones perinatales las cuales se relacionan a la aparición de la enfermedad hipertensiva en etapas tempranas del desarrollo, convirtiendo su diagnóstico y tratamiento temprano en un factor determinante para estos. (Van Esch, De Haan, & Van Heijst, 2017)

En México, el sistema de salud presenta carencias elementales de auxiliares diagnósticos en todos los turnos, propiciando el envío por sospechas diagnósticas, siendo necesario el apoyo del segundo nivel. Esto se traduce en la pérdida de tiempo y recursos, así como la disminución en la calidad de vida de la paciente e incluso afectando el pronóstico de la enfermedad.

Una de las propuestas de este estudio, es retroalimentar al primer nivel de atención, acerca de los resultados maternos de las pacientes referidas y de las patologías más comúnmente enviadas. También es recomendable la mayor disponibilidad de estudios de laboratorio para así evitar referencias a segundo nivel injustificadas. Por lo cual se vuelve de vital importancia la capacitación continua de los médicos de primer contacto acerca de los criterios diagnósticos y de referencias de las patologías hipertensivas en el embarazo. Así mismo, recomendamos una fuerte comunicación entre las autoridades médicas y administrativas del primer nivel de atención con sus equivalentes del nivel hospitalario y las jurisdicciones.

CONCLUSIÓN

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en México y en el mundo, así como una de las patologías más comúnmente observadas en los controles prenatales del primer nivel de atención. En algunos casos, evoluciona hasta las variantes más graves, por lo cual se requiere de una resolución pronta del embarazo, lo que hace necesaria su referencia a segundo nivel de atención, ya que existe la evidencia de que la tardanza entre el diagnóstico y el tratamiento empobrece el pronóstico al tratarse de una enfermedad progresiva. Una referencia adecuada repercute directamente en la calidad de vida de las pacientes.

La concordancia entre el diagnóstico de envío hacia el de segundo nivel y el egreso hacia el servicio de hospitalización (en caso necesario) es primordial para lograr el tratamiento oportuno y correcto, así como evitar uso de recursos innecesarios, retaso en la atención médica, complicaciones de la enfermedad, entre otros.

El máximo nivel de concordancia obtenido fue clasificado como MODERADO, sin embargo, lo consideramos insuficiente dado el contexto sociodemográfico y la gravedad de las complicaciones de la enfermedad. Lo cual establece un reto futuro de mejoría en el diagnóstico en primer nivel de atención, para lo cual es imperativo una estrecha comunicación entre ambos niveles de atención con la meta de mejorar la salud de la población.

PERSPECTIVAS

En base a los resultados obtenidos, este trabajo sirve como una justificación basada en evidencia para la implementación de cursos de educación continua en primer nivel de atención. Así mismo, al mejorar la comunicación entre el nivel básico de atención y el nivel hospitalario, la retroalimentación que de la misma surja, tendrá la utilidad crear un ciclo de mejora constante, donde se optimicen los tiempos de atención y los recursos médicos, en favor del cuidado y del bienestar de la mujer Tabasqueña.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

BIBLIOGRAFÍA

- Chávez , M., Herrera , C., & Ortega, S. (2019). Factores predisponentes de hipertensión inducida por el embarazo en hipertensión previa. *Centro Sur*, 4(1), 1-3. Recuperado el 07 de Enero de 2021, de <https://centroseditorial.com/index.php/revista/article/view/36/80>
- Coordinación técnica de excelencia médica. (146 de Marzo de 2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. *Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58-56. Recuperado el 07 de Enero de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112t.pdf>
- Godinez Vazquez, V. J., Godinez Vazquez, P. D., & Sosa Bustamante, G. P. (2020). Prevención de la Preeclampsia con ácido acetilsalicílico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1-2. Recuperado el 07 de Enero de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2019/im195c.pdf>
- Gómez León, A., Morales López, S., & Álvarez Díaz, C. D. (Mayo/Junio de 2016). Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(3), 49-55. Recuperado el 07 de Enero de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000300049
- González Martel, F. I., Sánchez Cruza, J. F., & Enríquez Negreto, M. D. (10 de Diciembre de 2018). Concordancia entre los diagnósticos de envío y final en pacientes adultos con síndrome doloroso abdominal. *Revista Salud Quintana Roo*, 11(40), 11-20. Recuperado el 07 de Enero de 2021
- Karchmer K., S. (2016). *Tratado de medicina perinatal*. Ciudad de México: Edición y Farmacia, SA de CV.
- Lagunes Espinoza, A. L., Rios Castillo , B., Peralta Pedrero, M. L., & Cruz Cruz, P. D. (2011). Guía de Práctica clínica. Enfermedades hipertensivas del embarazo. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 213-224. Recuperado el 07 de Enero de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2019/im195c.pdf>
- M, S., Smith, G., & Rodger, M. (2017). Comparison of risk factors and outcomes of gestational hypertension and pre-eclampsia. *PLoS ONE*, 2, 12. Recuperado el 08 de enero de 2021, de <http://www.cihir-sc.gc.ca/e/193.html>.
- Manterola , C., & Grande, L. (20 de Noviembre de 2018). Confiabilidad, precisión o reproducibilidad de las mediciones. Métodos de valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Revista Chilena de Infectología*, 680-688. Recuperado el 08 de Enero de 2021, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v35n6/0716-1018-rci-35-06-0680.pdf>
- Mayrink, J., Costa, M. L., & Cecatti, J. G. (2018). Preeclampsia in 2018: Revisiting Concepts, Physiopathology, and Prediction. *The Scientific World Journal*, 3-4. Recuperado el 07 de Enero de 2021, de <https://downloads.hindawi.com/journals/tswj/2018/6268276.pdf>

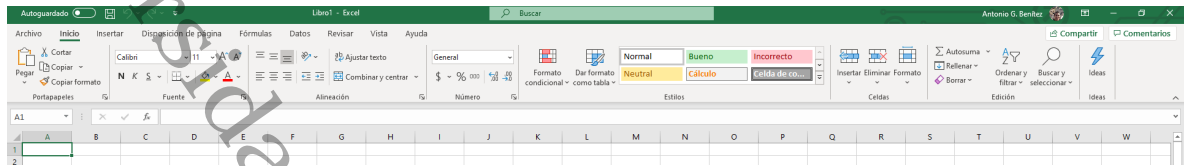
Portelli, M., & Baron, B. (2018). Clinical Presentation of Preeclampsia and the Diagnostic Value of Proteins and Their Methylation Products as Biomarkers in Pregnant Women with Preeclampsia and Their Newborns. *Journal of Pregnancy*, 2018, 23. Recuperado el 08 de Enero de 2021, de <https://www.hindawi.com/journals/jp/2018/2632637/>

Van Esch, J. J., De Haan, A. F., & Van Heijst, A. F. (23 de Febrero de 2017). Early-onset preeclampsia is associated with perinatal mortality and severe neonatal morbidity. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30, 2789-2794. Recuperado el 08 de enero de 2021, de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2016.1263295>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

ANEXOS

Anexo 1:



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.