

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA- LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA



**Monografía para optar al título de Licenciada en Enfermería con
mención en Materno Infantil.**

TITULO:

**Conocimientos de factores predisponentes y prácticas de
medidas preventivas relacionados con la Hipertensión en el
embarazo, Atención Prenatal, Puesto de Salud Santa Ana León,
Enero 2012.**

AUTORAS:

Bra. Ana Isabel Garay Cárcamo.

Bra. Virginia Dominga Rodríguez Morales.

TUTORAS:

Lic. Clementina Tercero Romero.

Lic. Emma Vargas.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darnos la bendición de iluminar nuestro sendero de la vida, por permitirnos culminar nuestros estudios con éxito.

A NUESTROS PADRES:

Por estar presentes en cada momento en los cuales los hemos necesitado, porque con su gran amor nos han proporcionado el deseo de seguir adelante y alcanzar todas nuestras metas propuestas.

A NUESTRA TUTORA:

Lic. Clementina Tercero Romero, por dedicar parte de su tiempo para transmitirnos sus conocimientos y comprender nuestras fallas.

También a Lic. Leouvad Tercero Altamirano porque también nos transmitió muchos de sus conocimientos a lo largo de nuestros años de estudio.

AL PERSONAL DE SALUD DEL PUESTO SANTA ANA:

Por habernos permitido realizar nuestro estudio con su población.

A LAS EMBARAZADAS:

Por habernos proporcionado información que sin la cual no hubiese sido posible culminar nuestro trabajo monográfico.



DEDICATORIA

A DIOS:

Por darnos el privilegio de existir, la sabiduría y el entendimiento de seguir el camino por el cual hasta hoy recorreremos.

A NUESTROS PADRES:

Por brindarnos el apoyo incondicional en todo momento de la vida, tanto sentimental como económico y por brindarnos consejos que nos alientan a querer llegar al triunfo profesional.



OPINION DEL TUTOR.

La Hipertensión en el embarazo con todas sus variedades es la segunda causa de mortalidad materna de aquí se deriva la importancia del conocimiento de los factores que predisponen a desarrollar cualquier patología hipertensiva durante el embarazo de igual manera las medidas que aplican para prevenirlas.

Los resultados reflejan que la gran mayoría de pacientes conocen los factores de riesgos además tienen practicas beneficiosas para su salud, pero hay porcentaje significativo que tienen practicas alimenticias no recomendables para la salud de madre y del neonato mucho menos para la prevención de la Hipertensión.

Lic. Clementina Tercero Romero

RESUMEN

Se realizó un estudio cuyo objetivo fué determinar los conocimientos de los factores predisponentes y prácticas de las medidas preventivas relacionadas a la hipertensión en el embarazo, Atención Prenatal, Puesto de Salud Santa Ana, León, Enero 2012, dicho estudio es cuantitativo-descriptivo, la población total fue de 60 embarazadas que asisten al programa de Control Prenatal, la muestra es del 50% (30) embarazadas, se aplicó el método probabilístico aleatorio simple las variables independientes fueron factores de riesgos predisponentes y medidas preventivas y la dependiente síndrome hipertensivo.

Los resultados obtenidos se procesaron en la base de datos electrónica (EPI-INFO) y luego se expresaron en tablas.

Los principales resultados fueron: entre las características socio demográficas prevaleció el grupo etareo de 14 a 20 años de edad, con 7 meses de embarazo, en unión libre, amas de casa, sin hijos y de procedencia urbana. Se concluyó a demás que la mayoría de las embarazadas tienen el conocimiento adecuado de los signos de alarma y de los factores que predisponen a la hipertensión gestacional, además tienen prácticas de medidas que le ayudan a prevenir dicha patología, pero estas a la vez no tienen el conocimiento adecuado acerca de su alimentación ya que en su mayoría además de consumir alimentos que le ayudan a prevenir la hipertensión también consumen alimentos que las predispone al desarrollo de esta enfermedad.

Palabras claves: síndrome hipertensivo gestacional, embarazo, preeclampsia, factores predisponentes, practicas.



INDICE

Contenido	Página
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	6
Problema.....	7
Objetivos.....	8
Marco teórico.....	9
Factores de riesgos predisponentes.....	14
Medidas preventivas.....	20
Diseño metodológico.....	25
Resultados.....	28
Discusión.....	33
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	43



INTRODUCCION

La frecuencia del Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) a nivel mundial se ha estimado en 5 a 7 % de todos los embarazos. La frecuencia en un hospital o localidad puede verse afectadas por el numero de pacientes, el numero de pacientes primigestas, la situación geográfica, si el hospital es de tercer nivel (máximo grado de especialización), de primero o segundo, la metodología utilizada para la evaluación de los datos y el nivel general de desarrollo económico. (1)

La actual mortalidad perinatal en Chile (9 por 1.000 nacidos vivos) es muy semejante a países desarrollados y refleja un avance notable en las políticas de prevención y tratamiento de las diversas patologías materno-fetales en las últimas décadas en Chile. La dificultad para disminuir aún más dichas tasas se debe a que patologías materno-fetales que afectan dicho marcador no han podido ser prevenidas ni tratadas en forma eficaz. Dentro de ellas destacan las malformaciones congénitas, las aneuploidías fetales, el parto prematuro (PP), los trastornos hipertensivos del embarazo (SHE) y el Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU). El SHG es la causa principal de morbi-mortalidad materna infantil en cuando menos 7 de los principales institutos obstétricos de la ciudad de MÉXICO. (2)

En Nicaragua la elevada tasa de mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública cuyo comportamiento en los últimos 10 años refleja una tendencia hacia el aumento. La hipertensión en el embarazo es la tercer causa de muerte en nuestro país, siendo también, causante de mortalidad fetal, además es una causa importante de morbilidad que aunque es transitoria puede potencialmente dejar secuelas severas; sobre todo porque es una entidad cuya etiología aun no está bien definida. (3)

Los programas de control prenatal son la mejor forma de disminuir las complicaciones que pueden ocurrir durante el embarazo. Así se asegura el bienestar tanto del niño como de la madre y se previenen complicaciones. Una de las medidas preventivas que se llevan a cabo en las visitas prenatales es el control de la presión sanguínea (tensión

arterial), ya que permite detectar a tiempo la hipertensión inducida por el embarazo, y en consecuencia, la preeclampsia y la eclampsia. (4)

Se debe llegar a esta población a través de la educación para la salud, proceso que tiende a lograr la introducción de ideas nuevas, del uso y complemento de conocimientos y la capacitación para analizar la situación de salud y decidir cómo afrontar sus problemas de forma adecuada.

La Atención Primaria de Salud, fue concebida inicialmente, como un proceso necesario para mantener la salud, prevenir eficazmente la enfermedad, detectar precozmente los problemas de salud y proveer el diagnóstico específico y tratamiento eficaz de las patologías prevalentes del grupo etareo. (5)



ANTECEDENTES

En el año 1987 diferentes organismos internacionales y diversos gobiernos de más de 45 países reunidos en Nairobi pusieron en marcha el Programa para una Maternidad Segura, cuyo objetivo principal fue reducir las defunciones maternas en un 50% para el año 2000.

En América Latina y el Caribe con el fin de implementar esta estrategia, diferentes organismos internacionales han participado en diversas acciones, entre ellas, el Plan Regional para la Reducción de la Muerte Materna y otras acciones encaminadas a la implementación de Cuidados Obstétricos Esenciales en los once países de América Latina que tienen las más altas cifras de mortalidad materna, entre ellos Nicaragua.

En el año 2003, en el Hospital de referencia nacional Materno-Infantil, “Fernando Vélez Paiz” ubicado en la ciudad de Managua, Nicaragua, realizó una revisión de expedientes clínicos para evaluar el cumplimiento del protocolo de manejo del síndrome hipertensivo gestacional. El 56.5% cumplió con la normativa que se estableció en dicho hospital, esto incluía: diagnóstico, medidas generales y manejo terapéutico.

Se identificó que la actitud y las limitaciones de insumos en el servicio fueron los factores que más contribuyeron a estos resultados.

El Plan Nacional de Salud 2004 – 2015 dado a conocer por el MINSA menciona que “la mortalidad materna va en descenso y pasó de una tasa de 125 x 100,000 nacidos vivos en 1996, a 96.6 x 100,000 nacidos vivos en el 2002”.

En la última década la tasa de mortalidad materna en Nicaragua ha venido disminuyendo significativamente. Pasó de 87 muertes maternas por cada 100,000 nvr a 86.5 en el 2005. Datos preliminares del 2008, la sitúan en 66 por cada



100,000 nvr¹⁵. De éstas, la mortalidad materna en adolescentes representó el 16.8% en el 2005, y aumentó al 20% en el 2007¹⁶.

Los SILAIS que registran mayor número de fallecidas son Matagalpa, Jinotega, RAAS, RAAN, Chontales y Matagalpa. La mayor parte de estas muertes ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas: la hemorragia, hipertensión durante el embarazo, la sepsis, el aborto inducido en condiciones inseguras y los partos obstruidos.

Con la intención de continuar este proceso y bajo la iniciativa, coordinación y colaboración de parlamentarias y parlamentarios nicaragüenses de diferentes bancadas, el Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas –IEEPP – en colaboración con las Embajadas de Holanda Suecia y en Nicaragua, está desarrollando con las y los parlamentarios nicaragüenses, un proyecto de mediano plazo, dirigido a la contribución del cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, “Mejorar la salud materna” cuya meta es reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Las principales causas de muerte estaban asociadas a las obstétricas directas causadas por hemorragias y Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG). En el 2005, ambas causas representaron el 74% del total de fallecimientos maternos, y para el 2007 descendió a 59%. El mayor número de fallecimientos a causas de hemorragia se registró en partos atendidos a nivel domiciliario. En el 2007 representó el 64% y para el 2008 tuvo un leve incremento del 1%.

Si bien la tasa de mortalidad materna en Nicaragua ha disminuido en las últimas décadas, las estadísticas del MINSA evidencian que algunos departamentos y Regiones Autónomas del Atlántico presentaban tasas alarmantes y, en algunos casos, con tendencias elevadas al promedio registrado a nivel nacional. Las Regiones Autónomas del Atlántico presentaban los mayores índices de mortalidad materna. En el 2000, la RAAN y RAAS registraron 204 y 192 muertes maternas por



cada cien mil nacidos vivos, en el 2007 éstas se elevaron a 220.2 y 284.2, respectivamente.

De igual forma, Chontales, Jinotega y Matagalpa experimentaron altos índices de mortalidad aunque con tendencias decrecientes. En cambio, en Río San Juan, la tasa de mortalidad materna presentó oscilaciones. En el 2001 registró una tasa de 473 muertes maternas, luego, en el 2004 se redujo a 92.3, y para el 2006 se elevó hasta 230.9 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos.

Aunque las estadísticas oficiales evidencian tendencias decrecientes en el número de muertes maternas, las mismas son cuestionadas por organizaciones que trabajan por los derechos de la mujer y la niñez, quienes aducen que éstas no son del todo reales y que el número de fallecimientos maternos podría ser mayor dada la existencia de enormes sub registros en el MINSA, variedad en las tasas de mortalidad maternas en un mismo período aún dentro de la misma institución y la inconsistencia en los datos oficiales. En el 2008, el MINSA reportó 66 muertes maternas, en cambio, el Banco Central de Nicaragua registró 86, para ese mismo año.¹⁸

En noviembre de 2008, una delegación de cuatro parlamentarias nicaragüenses, participaron en la Conferencia “Salud de la mujer e infantil y supervivencia de la madre y el recién nacido” en La Haya. La Conferencia fue auspiciada por la Unión Interparlamentaria (UIP), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Parlamento de los Países Bajos. Durante la Conferencia, se dio seguimiento a la primera reunión de mujeres parlamentarias de países desarrollados y en desarrollo, realizada en Londres en marzo de 2007, que promovió la inversión para reducir la mortalidad de la mujer y asegurar la asistencia médica de la madre y el niño.

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, plantea “Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes”, Nicaragua tiene como meta disminuirla a 40 por cada 100,000 nacidos vivos en el 2015. (1,2)

JUSTIFICACIÓN

Los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones con gran repercusión en la salud materna, por causas que aún no han podido ser establecidas, la tensión arterial aumenta de manera inesperada durante el embarazo. La mayoría de las embarazadas afectadas por esta patología, necesitan hacer cambios en los estilos de vida (dieta, reposo, etc.). La hipertensión disminuye progresivamente luego del parto y su estado se normaliza hacia la sexta semana después del nacimiento del bebé; sin embargo, una parte de las pacientes puede tener como secuela la persistencia de la hipertensión arterial.

El Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) es una de las complicaciones maternas más frecuentes y graves que pueden ocurrir en el transcurso de la gestación. Su incidencia fluctúa entre el 7 y 10%, constituye la primera causa de mortalidad materna en nuestro medio, es además una de las primeras causas de RCIU, Bajo Peso Fetal, prematurez y de morbilidad perinatal.

Es por ello, que el presente estudio se realizó con el propósito de determinar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas, para poder proporcionar información que pueda ser utilizada por el personal de salud (personal médico y de enfermería) de dicho puesto de salud y coadyuvar de esta manera a que las pacientes puedan modificar sus estilos de vida y por consiguiente de salud, así como también disminuir los gastos económicos por parte del paciente y por el sistema de salud.



PROBLEMA:

Cada año en Nicaragua el Síndrome Hipertensivo Gestacional cobra la vida de muchas mujeres y niños, esta es una complicación que se presenta en aproximadamente el 10% de los embarazos y es causa importante de morbilidad materna y fetal. En embarazos tempranos es aun más difícil, ya que se intenta mantener el bienestar del binomio madre-hijo y se debe tomar en cuenta el riesgo materno-fetal. Por esto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos de factores predisponentes y prácticas de medidas preventivas relacionadas a la Hipertensión Gestacional de las embarazadas asistentes al Puesto de Salud Santa Ana León, Enero 2012?



OBJETIVOS

General:

- Determinar los conocimientos de factores predisponentes y prácticas de medidas preventivas relacionadas a la Hipertensión Gestacional de las embarazadas asistentes al Puesto de Salud Santa Ana León, Enero 2012.

Específicos:

- Caracterizar socio demográficamente las mujeres en estudio.
- Identificar los conocimientos de factores de riesgo predisponentes a la Hipertensión Gestacional.
- Describir las prácticas de medidas preventivas de la Hipertensión Gestacional.



MARCO TEORICO

Palabras claves:

CONOCIMIENTOS: son características que nos ayudan a medir cuanto sabe una persona acerca de un tema específico o ideas que tiene una determinada persona basándose en la experiencia acumulada, inteligencia relacionada íntimamente a sus vivencias inmediatas.

CONOCIMIENTOS DE LOS FACTORES DE RIESGO: es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

PRACTICAS: son las actividades que las personas realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, sirve además para prevenir accidentes y riesgos que puedan llegar a ser mortales o causar daño psicológico o mental. (6)

MEDIDAS PREVENTIVAS: es algo que se puede hacer, ya sea una persona en particular o un grupo de personas en la sociedad, etc., que sirve para prevenir que ocurra algún acontecimiento desagradable de cualquier índole.

EMBARAZO: Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación. (5)



1) CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL SHG.

Según el MINSA en el año 2002, La hipertensión es la complicación medica mas común en el embarazo, aunque para algunos es la segunda complicación medica del embarazo solo después de la anemia; es mas frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulíparas de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. (7)

Patricia Castelli en el 2009 refiere que existen tres signos clínicos de la hipertensión inducida por el embarazo, que se unifican bajo la denominación de toxemia aguda: edema, proteinuria e hipertensión, pero en la actualidad solo se toma como valor pronóstico la hipertensión y la proteinuria, ya que el edema puede presentarse en cualquier embarazo, inclusive en el normal.

Dada esta situación, se la clasifica como todo estado en el cual, la proteinuria, la hipertensión arterial, o ambas, se hacen presentes durante el embarazo, por primera vez o antes del inicio del mismo. (8)

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se establece a través de la detección de los signos de alarma como (Cefalea intensa, Hinchazón en los pies, cara y manos, mirar chispitas, Escuchar zumbidos) y síntomas cardinales del síndrome Hipertensivo Gestacional: hipertensión, proteinuria y edema. (5)

La hipertensión inducida por el embarazo se debe de de diferenciar de la hipertensión arterial crónica (esencial o secundaria), ya que son entidades de origen diferente y cuyo abordaje también es distinto. Sin embargo en las pacientes que presentan hipertensión arterial crónica también puede ocurrir el síndrome Hipertensivo Gestacional, lo cual implica el cuadro inicial. (8)



Hipertensión: (8)

Se considera hipertensión cuando la embarazada presenta:

- Tensión arterial sistólica: Igual o mayor de 140 mm. de Hg, la presión sistólica es una expresión del gasto cardíaco. O un aumento de más 30 mm. de Hg en pacientes cuya presión se conoce con anterioridad al embarazo.
- Tensión arterial diastólica: Igual o mayor de 90 mm. de Hg, la presión diastólica es una medida adecuada de la resistencia vascular periférica, porque es el elemento fisiopatológico en la hipertensión. O un aumento de más de 15 mm. de Hg en pacientes con controles previos al embarazo.

Proteinuria. (8)

Según Patricia Castelli (2009), proteinuria es la presencia de albúmina en orina en cantidad do sable:

- 300 mg de albúmina por litro en una muestra de 24 hs.
- 1 g de albúmina, en dos muestras simples obtenidas por cateterismo o a la mitad de la micción.

Se considera como proteinuria a la presencia de proteinuria en orina mayor o igual 1(+) en cinta de uro análisis. Debe de realizarse recolección de orina de 24 horas si existen proteínas en orina mayor o igual 1+ en dipstick. Proteinuria en orina mayor o igual a 300mg/l en orina de 24 horas. (11, 5)

Edema: (8)

El edema puede ser causado por vaso espasmo y disminución de la presión oncótica pero no define la preclampsia. Por las diversas causas de edema durante el embarazo el edema ya no es parte importante del diagnostico de Hipertensión Gestacional.



MANEJO DE LA HIPERTENSION (HTA) ESTABLECIDA (8)

Anamnesis: cuando se ha comprobado una HTA establecida hay que evaluar si la paciente posee antecedentes familiares de hipertensión o de PE y si ha tenido HTA antes del embarazo actual. Si la tuvo, debe consignarse si la presentó en relación a gestaciones previas, cuál fue la conducta adoptada y si se comprometió el peso del recién nacido (RN). La detección de cifras tensionales elevadas antes de las 24 semanas de gestación, apoya la hipótesis de que se trata de una HTA crónica y no de una PE. Las diferencias pueden ser escasas en cuanto al manejo de la paciente, pero tienen importancia en cuanto al riesgo materno y fetal, mayor en la PE. La ausencia o presencia de cefalea, fotopsias y tinnitus permite catalogar a una madre como portadora de un cuadro moderado o severo, en los cuales las medidas terapéuticas van a ser diferentes.

Examen físico: el elemento cardinal es precisar los niveles de PA mediante determinaciones repetidas hasta obtener estabilidad (variaciones de 2 o menos mm Hg). En pacientes hospitalizadas la presión debe tomarse en decúbito dorsal o lateral izquierdo. En esta última posición el manguito se coloca en el brazo izquierdo. Si la determinación se realiza en el brazo derecho se pueden obtener cifras falsamente menores, dadas por el nivel mayor al del corazón.

Otros hechos importantes son el edema facial, los reflejos osteotendíneos exaltados y la presencia de otras complicaciones como insuficiencia cardíaca, epigastralgia y compromiso de conciencia. El examen de fondo de ojo permite caracterizar la cronicidad del cuadro (aumento del brillo arteriolar y alteración de cruces arteriovenosos) o certificar la gravedad del cuadro actual (vasoespasma importante, retina brillante edematosa, exudados, hemorragias, edema de papila).



Laboratorio: (8)

Hemograma: el hematocrito elevado certifica la hemoconcentración propia de la PE. Las alteraciones en el recuento de plaquetas y las alteraciones morfológicas en los glóbulos rojos reflejan daño endotelial y señalan la severidad del cuadro (trombocitopenia, esquistocitos, signos de hemólisis y/o aparición de crenocitos).

Examen de orina: evalúa el compromiso renal agudo o previo, y alteraciones asociadas como infecciones urinarias a través de la presencia de cilindros, hematuria, bacteriuria y/o piuria.

Uricemia: un valor sobre 5 mg/dl es característico de Preeclampsia.

Proteinuria: cualitativa o cuantitativa (sobre 300 mg en orina de 24 horas o sobre 1 gr/lt en una muestra aislada) indica nefropatía previa o Preeclampsia. La magnitud de la proteinuria reviste importancia para evaluar la severidad y progresión de la Preeclampsia.

Balance de creatinina: es el mejor parámetro para evaluar la función renal, porque si se consideran otros como la creatininemia o uremia pueden existir modificaciones sutiles que no sobrepasan los valores normales de estas determinaciones, pero que sí traducen una reducción de función renal o una incapacidad para alcanzar el aumento propio de una gestación normal. La recolección de orina de 24 horas es, además, útil, porque permite cuantificar con precisión la proteinuria.

Electrocardiograma: la presencia de hipertrofia ventricular indica hipertensión previa al embarazo.

Enzimas hepáticas: esta determinación se agrega en una PE severa o si existen indicadores de consumo plaquetario o de glóbulos rojos que indiquen daño endotelial importante. Una elevación de enzimas hepáticas asociada a estas alteraciones hace el



diagnóstico de síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia) forma grave de Preeclampsia.

1.1) FACTORES DE RIESGOS

El conocimiento de los factores de riesgo asociados a los estados hipertensivos del embarazo, adquiere una posición relevante cuando se trata de seleccionar poblaciones donde las posibilidades de obtener resultados no deseados, obliga a intentar el diagnóstico precoz y la referencia oportuna a nivel adecuado. (8)

FACTORES PREDISPONENTES AL DESARROLLO DE LA PE-ECLAMPSIA (6)

Nuliparidad: aproximadamente el 75% de los casos de Preeclampsia corresponden a primigestas. Esta alta incidencia de la enfermedad en primigestas se atribuye a menor desarrollo de la vascularización uterina, ya que se ha confirmado que el calibre de sus arterias uterinas es menor que el de las multíparas.

Historia familiar: las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado Preeclampsia o eclampsia, tienen una incidencia significativamente mayor de la enfermedad, lo que apunta a factores genéticos predisponentes, probablemente relacionados con los sistemas reguladores de presión arterial.

Grupos de edad extremos: la mayor parte de los estudios muestra una incidencia mayor antes de los 20 años y después de los 35 años, siendo una curva en "J" la que mejor representa la relación incidencia-edad.

Embarazo múltiple: la incidencia de la enfermedad es alrededor de 5 veces mayor que la observada en la población general de embarazadas, lo que se atribuye a mayor demanda placentaria.

Hipertensión crónica: la incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación a lo esperado.



Diabetes Mellitus: existe una mayor incidencia de Preeclampsia en embarazadas diabéticas con inadecuado control metabólico y con nefropatía diabética.

Mola hidatiforme: la aparición de Preeclampsia es precoz y frecuente en las molas de gran tamaño.

1.2 CLASIFICACIÓN: Patricia Castelli clasifica el SHG de la siguiente manera:

1	Hipertensión arterial inducida por el embarazo: hipertensión arterial que se desarrolla como consecuencia del embarazo.	
	1.1	Sin proteinuria: a) Leve o moderada. b) Severa.
	1.2	Con proteinuria o preeclampsia: a) Leve o moderada. b) Severa.
2	Hipertensión arterial crónica: hipertensión arterial esencial (90%) o secundaria (10%) que antecede al embarazo y que se mantiene después del parto.	
3	Hipertensión arterial crónica agravada por el embarazo: a) Preeclampsia sobreimpuesta. b) Eclampsia sobreimpuesta.	
4	Eclampsia.	
5	Emergencia hipertensiva.	
6	Estado Hipertensivo transitorio.	

El MINSA en el año 2002, la clasifica de la siguiente manera: (7)

1. Hipertensión crónica.
2. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada.
3. Hipertensión inducida por el embarazo.
4. Preeclampsia:
 - a) Moderada.
 - b) Grave.
 - c) Eclampsia.

1. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO O GESTACIONAL. (8)

Las pacientes presentan cifras tensionales iguales o mayores a 140/90 mmHg que cursan embarazo de más de 20 semanas, sin antecedentes previos de hipertensión arterial y que se normalizan durante el puerperio o a los 42 días del posparto.

Diagnóstico y significado clínico:

Es un tipo de hipertensión arterial latente sin proteinuria ni edema, desencadenada por los cambios hemodinámicos propios de la gestación, que aparece tardíamente (después de las 20 semanas de gestación). Puede hacerse recurrente en embarazos próximos con apariciones cada vez más tempranas. Esta condición se asocia a la ocurrencia futura de hipertensión arterial crónica esencial.

1.1 PREECLAMPSIA LEVE, MODERADA Y SEVERA. (8)

Enfermedad multisistémica inducida por el embarazo caracterizado por hipertensión arterial, proteinuria y edema. Aparece habitualmente después de las 20 semanas de gestación, más frecuentemente en el tercer trimestre y revierte en el postparto. Afecta

preferentemente a primigestas (75%). Otros factores de riesgo para esta enfermedad son la historia familiar, el embarazo gemelar, la enfermedad molar y la hipertensión arterial crónica. La severidad de la enfermedad depende de los niveles de presión arterial y de la magnitud del daño de otros parénquimas entre los que destacan el riñón, el hígado y el cerebro. Las cifras tensionales llegan o superan valores de 160/110 mmHg y la proteinuria sobrepasa los 2g/d, pudiendo desarrollar eclampsia.

2. HIPERTENSION CRONICA. (8)

Corresponde a un aumento en las cifras de presión arterial por sobre 140/90 detectada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de éste. Se observa en pacientes con antecedentes de hipertensión arterial y habitualmente multíparas. Siendo una enfermedad crónica persiste en el período del post parto. El 90% de los casos obedece a hipertensión arterial esencial y el 10% restante a hipertensión arterial secundaria. Entre estas últimas destacan la etiología renal (glomerulopatías, reno-vascular, nefritis intersticial, trasplante), vascular (enfermedades del colágeno, vasculitis, coartación aórtica) y endocrina (diabetes mellitus, feocromocitoma, hiperaldosteronismo).

En ocasiones y a consecuencia de los cambios hemodinámicos y vasculares propios del embarazo, las pacientes hipertensas crónicas pueden presentar una ligera mejoría en las cifras de presión arterial lo que debe ser interpretado con cautela en especial con relación al tratamiento medicamentoso que puedan estar recibiendo. Este puede readecuarse pero no suspenderse, pues al sobrepasar las 20 semanas de gestación las cifras tensionales vuelven a sus valores habituales o incluso empeoran.

Las pacientes hipertensas crónicas de larga data, mayores de 40 años y con cifras mayores de 160/110 tienen un mayor riesgo de ver agravada su enfermedad hipertensiva. Presentan además una mayor probabilidad de presentar preeclampsia sobreagregada, accidentes vasculares, insuficiencia cardíaca y renal y desprendimiento prematuro de placenta. Entre las complicaciones fetales puede existir retardo del



crecimiento intrauterino y prematurez con el consiguiente aumento en la morbilidad neonatal.

3. HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA CON PREECLAMPSIA-ECLAMPIA SOBREAGRAGADA.

Diagnóstico:

Esta forma de hipertensión arterial es particularmente grave ya que supone la aparición de pre-eclampsia con todo el daño renal y exaltación neurosensorial que trae consigo en una paciente ya comprometida por una forma crónica de hipertensión. Se sospecha por una agravación en la sintomatología hipertensiva con aumento en las cifras de presión arterial, disminución del volumen urinario y exaltación neurosensorial. El examen de fondo de ojo puede demostrar vasoconstricción y/o edema de papila agregado a las lesiones preexistentes. En el laboratorio destacan la aparición o agravamiento de la proteinuria en orina de 24 horas, descenso en el clearance de creatinina, hiperuricemia y aumento del hematocrito lo que sugiere un estado de hemoconcentración. (10)

El MINSA en el 2002, refiere que esta se clasifica en leve, moderada y severa y su manejo debe de ser obligatorio con un especialista en medicina interna. Se debe de recordar que las tiazidas pueden provocar trombocitopenia neonatal, hiperglicemia o glucosuria. Los casos con síndrome hipertensivo Gestacional sobreagregados a la hipertensión arterial crónica se debe de manejar como las preeclámpticas. (7)

4. ECLAMPSIA

La eclampsia corresponde a la ocurrencia de convulsiones y/o coma en una paciente preecláptica sin enfermedad neurológica previa, siendo la forma más grave de hipertensión arterial inducida por el embarazo.



Su incidencia aproximada es de 3/1000 partos, habiéndose logrado una caída en su frecuencia así como en las cifras de mortalidad materna y perinatal gracias a un mejor manejo de la preeclampsia. En general la crisis ecláptica ocurre en el 44% de los casos en el período antenatal, 33% intraparto y 23% en el post parto.

Los mecanismos involucrados en la patogenia de las crisis convulsivas y/o coma incluyen daño endotelial del territorio vascular cerebral con isquemia hemorragia edema y vasoespasmo transitorio. (10)

Las convulsiones eclápticas representan un peligro de la vida tanto para la madre como para el feto. El manejo principal debe de orientarse a prevenir las lesiones maternas durante las crisis convulsivas, incluye el uso de una baja-lengua entre los dientes y prevenir posibles secuelas maternas.

Las medidas de emergencia se centran en garantizar la oxigenación materna y disminuir los riesgos de aspiración y no tanto en detener el episodio convulsivo (los cuales tardan entre 60-90 segundos). No se debe de dar ninguna droga para detener o disminuir el primer episodio convulsivo, pero si se debe de aplicar Sulfato de Magnesio para prevenir las convulsiones posteriores. (7)



2) PRACTICAS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL SHG.

2.1 Pasos para evitar la hipertensión en el embarazo: (11)

Según Tártaros González son los siguientes:

1. Control prenatal adecuado que ofrece la posibilidad del diagnóstico precoz y la referencia oportuna a nivel que corresponda.
2. Evite el exceso de sodio. Consuma alimentos bajos en sal o sin sal agregada a ellos, como frutas, granos y hortalizas. No debe consumir más de 2300 mg de sodio al día, así que asegúrese de ver el contenido de sodio en los alimentos antes de consumirlos.
3. Beba suficiente agua. El consumo de 8 a 13 vasos de agua al día ayuda a prevenir la hipertensión. El agua es un diurético natural y ayudará a mantener su sistema limpio y purificado.
4. Descanse de estar de pie. Debe asegurarse de tomar un descanso de 10 minutos cada hora que esté de pie. Si puede elevar sus pies por encima del corazón, tanto mejor.
5. Haga ejercicio regularmente. Hacer ejercicio con regularidad ayuda a su sistema circulatorio a mantener las cosas moviéndose a buen ritmo. Esto puede ayudar a prevenir la inflamación.
6. Descanse lo suficiente por la noche. Es normal sentirse cansada durante el embarazo, pero la fatiga extrema no es una buena señal. Asegúrese de que está durmiendo por lo menos 6 horas por noche.
7. Evite el exceso de cafeína. Algunos estudios han demostrado que la presión arterial aumenta con la cafeína.



8. Reduzca el estrés. Los altos niveles de estrés han sido conocidos por causar presión arterial más alta. Pruebe algunas técnicas de relajación para reducir el estrés o buscar ayuda en cualquier campo que uno siente que está causando mucha tensión.

9. La alimentación tiene que ser rica en frutas y verduras, cereales integrales y alimentos que ayudan a controlar la tensión alta (ajo, apio, brócoli, pescado azul, cebolla, azafrán, hinojo, orégano, tomillo, pimienta). (11)

Según Gabriela Gottau, El chocolate, como muchos alimentos, tiene sus pro y sus contra, pero en el último tiempo se han observado los efectos beneficiosos sobre la salud de las sustancias que contiene, sobre todo, el chocolate negro.

Y entre todas las bondades encontradas, se han señalado sus efectos sobre el cerebro, sobre la salud cardiovascular de mujeres pos menopáusica y, ahora, un nuevo estudio muestra sus beneficios en la dieta de la mujer gestante.

Una investigación estadounidense publicada en la revista Epidemiology, afirma que consumir chocolate negro durante el embarazo podría reducir el riesgo de preeclampsia que se trata de la elevación de la presión arterial durante la gestación.

El chocolate negro, cuya proporción de cacao es mayor, contiene teobromina sustancia estimulante que actúa sobre el corazón, relaja la musculatura y dilata los vasos sanguíneos, logrando, por consiguiente, una reducción de la presión sanguínea.

Según los científicos, la teobromina, sustancia que pertenece a las xantinas al igual que la cafeína y la teofilina, se ha utilizado en el tratamiento del dolor precordial o de pecho, en casos de hipertensión arterial y para tratar el endurecimiento de las arterias.

Los investigadores evaluaron a 2.291 mujeres que acababan de ser madres y les preguntaron cuánto chocolate habían consumido en su primer y tercer trimestre de gestación.



También se determinó el nivel de teobromina en la sangre del cordón umbilical de los niños y, finalmente, se supo que las mujeres que ingerían más chocolate y cuyos hijos tenían más concentración de teobromina en sangre, eran poseedoras de un menor riesgo de sufrir preeclampsia.

Concretamente se observó un 40% menos riesgo de desarrollar preeclampsia en aquellas embarazadas que durante el tercer trimestre consumían 5 o más porciones semanales de chocolate.

Al relacionar el riesgo de preeclampsia con el consumo de chocolate negro en el primer trimestre de [embarazo](#), el efecto protector se hizo presente aunque fue de menor intensidad. Ya que las mujeres que consumían 5 o más porciones en esta etapa tenían un 19% menos probabilidades de desarrollar hipertensión durante la gestación.

No sólo la teobromina podría estar involucrada en este efecto protector ante la preeclampsia, sino que otros componentes del chocolate tales como los antioxidantes podrían contribuir a mejorar la circulación sanguínea y así, reducir la presión arterial durante el embarazo.

La hipertensión es una enfermedad en aumento entre las embarazadas debido al incremento del sobrepeso y obesidad en este momento biológico. Por eso, los resultados de este estudio son muy alentadores y quizá, otros alimentos con xantinas arrojen resultados semejantes.

No obstante, recordemos que la porción estándar de chocolate pesa sólo 25 gramos, y por ello, su consumo debe ser moderado y preferir los chocolates negros cuya proporción de químicos y grasas es inferior que aquellos cuya composición incluye más leche, azúcar u otros agregados.

Lo importante en estos casos es prevenir, no sólo la preeclampsia que puede ocasionar severas consecuencias en la madre y en el bebé en gestación, sino también, la obesidad materna y la diabetes pregestacional. (12)



Según la Dra. Aliza, Sólo hace falta una dieta variada y ejercicio físico adecuado a este momento importante en la vida de una mujer, para prevenir patologías o alteraciones metabólicas que pueden ocasionar consecuencias indeseadas. (6)

2.2 Los remedios caseros contra la presión alta pueden ser una buena solución para aquellas personas que padecen de hipertensión. (13)

Francisco Argel refiere, Si bien su intención es la de acompañar un tratamiento integral, a la larga pueden colaborar de manera importante, a controlar dicho problema.

Algunas plantas para la hipertensión pueden resultarte de buena manera para combatir este problema. Dentro de este grupo puedes hallarte con algunas como la cola de caballo, que ayuda a evitar la retención de líquidos, también el olivo o el alcanfor.

El ajo es uno de los mejores aliados con los que puedes contar para combatir la hipertensión. Es que este vegetal es perfecto como depurador de la sangre, eliminador de toxinas y muy bueno en general para prevenir problemas de dicha índole. De hecho, la Agencia Federal de Salud de Alemania, indica que es saludable consumir por día cuatro gramos de ajo crudo (el equivalente a un diente y medio del vegetal a diario).

Más allá de esto, el factor alimenticio siempre es clave en esta clase de circunstancias. Las comidas ricas en vitamina C, potasio y calcio son muy buenas para contrarrestar el sodio, por ende son alimentos recomendados para la hipertensión. La dieta DASH también puede ser muy efectiva para frenar el avance de esta problemática y se viene practicando con éxito en varias partes del mundo.

2.3 Dietas contra la presión arterial alta para hipertensos (13)

Aquellas personas que padecen de hipertensión arterial tienen que llevar una dieta muy reducida en sodio para poder remontar dicho problema. Dentro de los más comunes



planes alimenticios para detener la presión alta se encuentra la dieta DASH. Aquí te contamos su principal enfoque y algunos trucos que propone la misma.

Dentro de las diferentes dietas relacionadas con la hipertensión que existen, la DASH (Dietary Approaches to Stop Hipertensión = enfoques dietéticos para frenar con la hipertensión), es una de las más famosas a nivel mundial, ya que en estudios demostró reducir considerablemente la presión alta en pacientes que se sometían a ella.

Hay que consumir muy pocas carnes rojas, grasas saturadas, lácteos sin desnatar, dulces y bebidas carbonatadas en general. El pescado, las carnes de aves, las frutas, los vegetales, los frutos secos y el [aceite de oliva](#) tienen su lugar preponderante en este plan alimenticio.

Siempre es mejor efectuar reemplazos que beneficien a las [verduras](#) en detrimento de otros alimentos. En vez de comer una hamburguesa grande, come una pequeña y acompaña la de una buena porción de vegetales con fibra, sin ir más lejos. Cambia las galletas por frutas. Ahí es donde notarás la diferencia, ya que consumirás muchas menos calorías.

La dieta DASH se caracteriza por ser alta en fibra y ese es su principal objetivo. Así es como deberás consumir cinco o seis porciones diarias de vegetales y frutas. El potasio, calcio o magnesio serán los minerales más buscados para incorporar a tu alimentación, ya que repercuten en la sanidad de tu corazón.

Perder calorías innecesarias en tu alimentación es otro de los objetivos de la dieta DASH. Por ejemplo, emplear vinagretas de aderezo en lugar de mayonesa u otros productos de dicha índole, limitar el consumo de azúcar, consumir mucha agua y comer pequeñas porciones de carne a favor de incorporar, grandes porciones de verduras.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es cuantitativo-descriptivo- de corte transversal.

- ***Cuantitativo:*** porque se utiliza la recolección y análisis de datos establecidos previamente utilizamos la medición numérica.
- ***Descriptivo:*** porque la variable principal corresponde a una variables dependiente, alrededor de la cual se analizan otras variables que corresponden al objeto de estudio.
- ***De corte transversal:*** porque se refiere al abordaje del fenómeno en un momento o periodo de tiempo determinado.

AREA DE ESTUDIO:

Esta investigación se realizó en la ciudad de León área Urbana en el P/S Santa Ana; el cual limita Al Norte: con manzana 428, Barrio Guadalupe; Al Sur: con el Reparto Rigoberto López Pérez; Al Este: Reparto Sinaí; y Al Oeste: con el Reparto Julio Canales, cuenta con una población general de 5,407 habitantes.

UNIDAD DE ANALISIS:

La unidad de análisis fué las embarazadas inscritas en el programa de Control Prenatal del P/S Santa Ana.

UNIVERSO O UNIDAD DE ESTUDIO:

Nuestra población era de 30 embarazadas que asisten al programa de Control Prenatal.



FUENTE DE INFORMACION:

Primaria: Información brindada por las mismas personas en estudio (mujeres embarazadas).

Secundaria: expedientes e información brindada por el personal de enfermería.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Los criterios de inclusión son:

- ✓ Mujeres que asisten al Control Prenatal al Puesto de Salud Santa Ana.
- ✓ Mujeres embarazadas de todas las edades.
- ✓ Mujeres que acepten participar en el estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Dependiente:

- ✓ Síndrome Hipertensivo Gestacional.

Independiente:

- ✓ Conocimientos de los factores de riesgo predisponentes que tienen las embarazadas que asisten al P/S Santa Ana.
- ✓ Practicas de las medidas preventivas que tienen las embarazadas asistentes al P/S Santa Ana.

TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Para la obtención de la información de la investigación se elaboró una entrevista, conteniendo preguntas cerradas.

VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION:

Se realizó una prueba piloto a 4 personas con características similares a la población en estudio y que pertenezca a otro sector.



METODO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Se realizó visita a los domicilios de cada una de las embarazadas que asisten al Puesto de Salud a Atención Prenatal, aplicándosele el instrumento de recolección de datos, previa explicación de los objetivos de estudio.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS:

Una vez recolectada la información se procedió a introducirla en una base de datos electrónica (EPI-INFO) para su posterior análisis y presentación de los datos en tablas. Para procesar los textos, se utilizó el programa Word 2007. El análisis es descriptivo y usamos porcentajes haciendo cruce de variables.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS:

Los resultados de la investigación son presentados por medio de tablas para facilitar la comprensión de los mismos.

ASPECTOS ETICOS:

Consentimiento informado: Se solicito permiso verbal a la directora de la institución y a las pacientes para realizar dicha investigación.

Confidencialidad: Se le explico a las entrevistadas el objetivo de la entrevista y que era con fines de aprendizaje y la información que se obtuviera no se facilitaría a terceras personas.

Voluntariedad: Las entrevistadas decidieron participar en el trabajo investigativo.



RESULTADOS

Referente a la edad de las embarazadas en estudio el 53% (16) de ellas corresponden al grupo etareo de 14-20 años de edad, el 27% (8) corresponde al grupo etareo de 21-25 años, el 10% (3) tienen la edad de 26-30 años y otro 10%(3) de 31-35 años de edad. (Tabla #1)

Con respecto a la edad gestacional de la población estudiada el 27% (8) tienen 7 meses de embarazo, el 20% (6) expreso tener 5 meses de embarazo, un 17% (5) refirió tener 4 meses de embarazo, el 13% (4) dijo tener 6 meses, otro 13% (4) dijo tener 8 meses y un 10% (3) dijeron tener 3 meses de embarazo. (Tabla #2)

En relación al estado civil de las embarazadas en estudio el 57% (17) corresponde a unión libre, el 27% (8) están solteras y el 17% (5) son casadas. (Tablas #3)

En cuanto a la escolaridad el 37% (11) tienen secundaria incompleta, un 20% (6) tienen secundaria completa, otro 20% no culminaron estudios universitarios, un 10% (3) poseen primaria incompleta, un 7% (2) tienen primaria completa, un 3%(1) son técnico y otro 3% (1) completaron el nivel universitario. (Tabla # 4)

De acuerdo a la ocupación el 63% (19) son amas de casa, el 13% (4) son estudiantes, un 3% (1) es tortillera, otro 3%(1) es panadera, otro 3%(1) es domestica, otro 3% (1) costurera, y otro 3%(1) es trabajadora de un ciber. (Tabla #5)

Del 100% el 63% (19) no tienen hijos, el 20%(6) tienen 1 hijo, el 10% (3) tienen 3hijos, el 7%(2) tienen 2 hijos. (Tabla #6)

Del gran total el 87% (26) son del área urbana y el otro 13%(4) son del área rural. (Tabla #7)

Referente a los conocimiento acerca de cuándo se considera una Hipertensión gestacional, el 50%(15) de las embarazadas entrevistadas expresó que es cuando la P/A es de 140/90, un 27%(8) dijo que es cuando la P/A es de 120/80, un 20%(6) refirió que es cuando la P/A es de 100/70 y un 3%(1) dijo no saber. (Tabla #8)

En cuanto a los conocimiento acerca de las semanas de embarazo en las que se puede desarrollar una Hipertensión Gestacional un 40%(12) dijo que de las 21-35 semanas de embarazo se puede desarrollar la hipertensión, un 33%(10) refirió que de las 35-40 semanas de embarazo, un 23%(7) expresó que de las 12-20 semanas de embarazo y 7%(2) manifestó no saber. (Tabla #9)

Refiriéndonos a los conocimiento acerca de los grupos de edades con mayor predisposición al desarrollo de la hipertensión gestacional un 63%(19) refirió que la edad que más predispone es de 35 años a más, un 40%(12) dijo que eran las menores de 20 años de edad, un 20%(6) refirió que son las de 21 a 34 años de edad y un 3%(1) expresó no saber. (Tabla #10)

Tomando en cuenta los conocimiento sobre los signo de alarma de la hipertensión en el embarazo un 77% (23) dijo que uno de los signos de alarma es hinchazón en cara, manos y pies, un 70% (21) refirió que es mirar chispita, un 67%(20) expresó que es cefalea intensa, un 57% (17) manifestó que es escuchar zumbidos y un 7% (2) dijo no conocer los signos de alarma. (Tabla # 11)

Según los conocimiento acerca de los factores predisponente a la hipertensión gestacional el 20%(6) dijo que era la edad, un 17% (5) expresó que es ser primigestas, un 13% (4) manifestaron que son los antecedentes personales y familiares, ser múltipara, la obesidad, diabética y las enfermedades renales, un 10% (3) refirió que es el embarazo gemelar y un 3% (1) dijo no saber. (Tabla#12)

Refiriéndose a los conocimientos acerca de los síntomas de la hipertensión gestacional el 77%(23) refiere que el aumento exagerado de peso es uno de los síntomas de la hipertensión gestacional, el 73% (22) dijo que es la P/A de 140/90 mmHg, un 70% (21) expresó que es el edema generalizado, un 67% (20) menciona que es la cefalea intensa, un 60% (18) manifestaron que son visión borrosa y mirar chispita y un 3% (1) dijo no saber. (Tabla #13)

De acuerdo al conocimiento sobre la predisposición que hace el embarazo a la hipertensión gestacional el 50%(15) refirió que el embarazo si predispone a una

hipertensión gestacional, un 40%(12) dijo que quizás, el 7%(2) manifestó que el embarazo no predispone a la hipertensión y un 3%(1) expresó no saber. (Tabla#14)

En relación a las prácticas de medidas para evitar hipertensión gestacional un 100%(30) dijo que evitan el consumo excesivo de sal, un 97% (29) mencionaron tener un control prenatal sistemático, bebe suficiente agua por lo menos dos litros al día, hacen periodo de siesta, evitan el consumo de café y reducen el estrés y un 13%(4) refirió consumir chocolates. (Tabla#15)

En cuanto a alimentación durante el embarazo relacionados con la frecuencia de consumo que tienen las embarazadas un 63% (19) dijo que consumen pescado casi siempre, un 23% (7) refirió que nunca lo consumen, un 13% (4) expresó que siempre lo consumían. En relación al consumo de pollo el 50% (15) refirió que lo consumen casi siempre, el 47% (14) dijo que siempre lo consumen y un 3% (1) expresó que nunca lo consume. Refiriéndonos al consumo de los alimentos con poca sal un 77% (23) dijo que siempre se alimentaban con poca sal y un 23% (7) refirió que casi siempre. Con respecto al consumo de alimentos salados el 100% (30) expresó que nunca lo consumen. (Tabla#16)

A la vez en cuanto al consumo de frutas y vegetales el 67% (20) refirió que siempre y un 33% (10) menciono que casi siempre lo consume. al preguntar si consumían carnes rojas el 67% (20) dijo que casi siempre la consume, el 27(8) refirió que nunca y el 23% (7) expresó que siempre la consume. En el consumo de lácteos un 43% (13) dijo que siempre lo consume, el 33% (10) dijo que casi siempre, un 23% (7) expresó que nunca lo consumen. En relación al consumo de dulce el 50% (15) manifestó que casi siempre lo consume, un 37% (11) refirió nunca consumirlo y un 13% (4) dijo que siempre lo consumían. (Tabla#16)

En relación a las prácticas que tienen las embarazadas en cuanto al consumo de bebidas y su frecuencia referente a la ingesta de cervezas un 97%(29) dijo que nunca y el 3%(1) refirió que casi siempre; en el consumo de gaseosa el 53%(16) expresó que casi siempre, un 27%(8) dijo que nunca y el 20%(6) menciono siempre consumirla. En

--	--

cuanto a ingerir licor el 100%(30) de las embarazadas refirió que nunca lo hacen; un 87%(26) dijo siempre ingerir refrescos naturales y un 13%(4) expresó que casi siempre lo ingiere. En cuanto al consumo de café el 80%(24) dijo que nunca y el 20%(6) expresó que casi siempre lo ingiere; referente al consumo de agua 97%(29) manifestó que siempre lo ingieren y un 3%(1) expresó que casi siempre la consumen. (Tabla#17)

Según los grupo de edades más predisponentes a desarrollar Hipertensión Gestacional relacionado con la edad de las embarazadas, en cuanto al grupo etareo de 14 a 20 de edad el 20%(6) expresaron que las edades de mayor predisposición al desarrollo de la hipertensión son las menores de 20 años, y con un mismo porcentaje las de 21 a 34 años, de igual manera las de 35 años a más, y de este mismo grupo 3% (1) dijo no saber. Referente al grupo etareo de 21 a 25 años de edad un 17% (5) expresó que las edades más predisponentes son las de 35 años a más, un 10%(3) dijo de 21 a 34 años, el 7% (2) manifestó ser las menores de 20 años de edad. Del grupo etareo de 26 a 30 años el 10% (3) menciona que las más predisponentes son las menores de 20 años y un 7% (2) dijo que son las de 21 a 34 años. Y del grupo etareo de 31 a 35 años un 7% (2) dijo que son más predisponentes las de 35 a más edad, el 3% (1) manifestó que son las menores de 20 años y con el mismo porcentaje las de 21 a 34 años de edad. (Tabla #18)

Refiriéndose a los factores predisponentes a desarrollar Hipertensión gestacional en relación a las edades de las embarazadas entrevistadas del grupo etareo de 14 a 20 años de edad el 33% (10) expresó que uno de los factores predisponentes es la edad, y con el mismo porcentaje manifestaron que son los antecedentes personales, los familiares y las multigestas, un 3% (11) refirió que son las primigestas, el 30% (9) opinaron que es la obesidad y con el mismo porcentaje la diabetes y las enfermedades renales, y un 3%(1) dijo no saber. Del grupo etareo de 21 a 25 años el 23% (7) refirió que uno de los factores predisponentes es la edad, a la vez con la misma cifra manifestaron el embarazo gemelar, la obesidad, la diabetes y las enfermedades renales y con el 20% (6) dijo que los antecedentes personales y un mismo porcentaje expresó los antecedentes familiares, primigestas y multigestas. (Tabla# 19).

A la vez del grupo etareo de 26 a 30 años de edad el 10% (3) opino que un factor predisponente es la obesidad, un 7%(2) manifestó que uno de los factores es la edad y con un mismo porcentaje mencionaron los antecedentes personales y familiares, primigestas, multigestas, embarazo gemelar, la diabetes y las enfermedades renales. Y el grupo etareo de 31 a 35 años de edad el 10% (3) expresó que el factor predisponente es la edad, un 7%(2) dijo que uno de los factores son los antecedentes personales y con un mismo porcentaje mencionaron los antecedentes familiares, primigestas, multigestas, embarazo gemelar, la obesidad, la diabetes y las enfermedades renales. (Tabla# 19).

De acuerdo a las practica de las medidas para prevenir la Hipertensión en el embarazo relacionada con la edad de las embarazadas del grupo etareo de 14 a 20 años de edad un 53% (16) manifestó evitar el consumo excesivo de sal, un 50% (15) respondió poner en práctica el control prenatal sistemático y de igual porcentaje refirieron beber suficiente agua, por lo menos 2 litros al día, hacer periodo de siesta, evitar el consumo excesivo de café y reducir el estrés, un 7% (2) dijo consumir chocolate. Del grupo etareo de 21 a 25 años de edad el 27% (8) refirió poner en práctica el control prenatal sistemático, con el mismo porcentaje expresó evitar el consumo excesivo de sal, beber suficiente agua, hacer período de siestas, evitar el consumo de café y reducir el estrés, y un 3% (1) dijo consumir chocolate. (Tabla#20).

Del mismo modo el grupo etareo de 26 a 30 años de edad un 10% (3) refirió asistir a los controles prenatales sistemáticamente, con el mismo porcentaje evitan el consumo excesivo de sal, beber suficiente agua, por lo menos 2 litros al día, hacer periodo de siesta, evitar el consumo excesivo de café y reducir el estrés. El grupo etareo de 31 a 35 años un 10% (3) manifestó tener un control prenatal sistemático y de igual porcentaje refirieron beber suficiente agua, por lo menos 2 litros al día, hacer periodo de siesta, evitar el consumo excesivo de café y reducir el estrés, y un 3% (1) refirió consumir chocolate. (Tabla#20).



DISCUSION

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Según la Dra. Aliza Lifshitz la mayor incidencia de Hipertensión gestacional está en las edades extremas es decir menores de 20 años y mayores de 35 años de edad; también menciona que tanto mujeres multíparas como nulíparas presentan altos índices de hipertensión gestacional y Patricia Castelli refiere que la hipertensión gestacional puede presentarse después de las 20 semanas de gestación.

Un 54% (16) corresponde al grupo etareo de 14 a 20 años de edad siendo este el grupo etareo de mayor predominio y el 10% (3) corresponde al grupo etareo de 26 a 30 años y de 31 a 35 años de edad. En cuanto a la edad gestacional la mayoría de las embarazadas tienen 7 meses de embarazo siendo estas el 27% (8) y la minoría tiene tres meses de embarazo siendo el 10% (3) de las entrevistadas. En relación al estado civil de las embarazadas estudiadas un 57% (7) están en unión libre, siendo la mayoría de la población en estudio y la minoría corresponde al 17% (5) quienes están casadas. La escolaridad de ellas en su mayoría tienen secundaria incompleta y un menor porcentaje tiene técnico y universidad completa. Refiriéndonos a la ocupación un 63% (19) son amas de casa siendo la ocupación de mayor predominio seguida por estudiantes con un 13% (4). En cuanto al número de hijos un 63% de las embarazadas no tienen hijos y un 7% (2) tienen dos hijos siendo la minoría. En relación a la procedencia la de mayor predominio en el estudio es la urbana con un 37% (26) y la de menor predominio la rural con un 13% (4).

Tomando como referencia la edad de las embarazadas consideramos que la mayoría están en riesgo de presentar una Hipertensión gestacional ya que estas son menores de 20 años de edad, tienen más de 20 semanas de gestación, así como también la mayoría no tienen hijos,



CONOCIMIENTOS DE LOS FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPERTENSION EN EL EMBARAZO.

Patricia Castelli considera que hay Hipertensión gestacional cuando la embarazada presenta tensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg y una tensión arterial diastólica igual o mayor de 90 mmHg; el 50% de las embarazadas entrevistadas refieren que hay Hipertensión gestacional cuando los valores de la presión arterial son de 140/90 mmHg, por lo que podemos decir que el otro 50% de las embarazadas estudiadas no saben o tienden a confundir las cifras normales de la presión arterial con la de la hipertensión.

A la vez Castelli refiere que la hipertensión aparece habitualmente después de las 20 semanas de gestación más frecuentemente en el tercer trimestre del embarazo y revierte en el posparto; referente a esto la mayoría de las entrevistadas piensan lo mismo que refiere la autora, ellas (embarazadas) manifiestan que se puede desarrollar a partir de las 21 semanas de embarazo, por lo que confirmamos que la mayoría de estas tienen el conocimiento adecuado de cuando pueden desarrollar una hipertensión gestacional.

Referente a los grupos de edades que con mayor incidencia pueden presentar hipertensión gestacional, la Dra. Aliza Lifshitz refiere que son las mujeres menores de 20 años y después de los 35 años de edad, a lo que la mayoría de las entrevistadas respondió que las mujeres de mayor predisposición al desarrollo de la hipertensión gestacional son las de 35 años a más edad y otra cifra significativa respondió que son las menores de 20 años por lo que podemos decir que la gran mayoría de ellas tiene el conocimiento adecuado de las edades de mayor riesgo a desarrollar una hipertensión.

Para Lenin Santa María el diagnóstico se establece a través de la detección de los signos de alarma como cefalea intensa, hinchazón en cara, manos y pies, mirar



chispitas, escuchar zumbidos de oídos; al momento de entrevistar a las embarazadas si sabían cuales eran los signos de alarma de la hipertensión gestacional estas coinciden con lo dicho por el autor, ya que nos respondieron que son: dolor de cabeza (cefalea), hinchazón de cara, manos y pies, mirar chispitas y escuchar zumbido y tan solo una minoría nos respondió que no sabe cuáles son los signos de alarma, por lo que consideramos que los estudiantes que realizan sus prácticas profesionales en dicho puesto han hecho una gran labor, ya que las entrevistadas nos refirieron que recibían charlas educativas únicamente por estudiantes, quizás esto sea debido al gran cantidad de personas que solicitan de atención por lo que al personal de salud no le da tiempo de brindar la información.

En cuanto a los factores predisponentes de la hipertensión gestacional relacionada a la edad, la Dra. Aliza Lifshitz refiere que los grupos de edades de mayor predisposición son las edades extremas menor de 20 años y después de los 35 años de edad; agregando también como factor predisponente la nuliparidad, ya que aproximadamente el 75% de los casos corresponden a primigestas; la historia familiar de las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado preeclampsia tienen una incidencia significativamente mayor de la enfermedad, los embarazo múltiple tienen una incidencia aumentada de la enfermedad, alrededor de 5 veces mayor que la observada en la población general de embarazadas; Los antecedentes personales tienen mucho mayor influencia de la enfermedad porque quintuplica la probabilidad de padecerla en relación a lo esperado; La diabetes mellitus predispone a una mayor incidencia en embarazadas diabéticas con inadecuado control metabólico y con nefropatía diabética y en el Manual de enfermería Zamora se hace mención también de la multiparidad, el riesgo biosicosocial alto con obesidad y enfermedades renales como factores predisponentes de la hipertensión.

En relación a los factores predisponentes la minoría de las entrevistadas refirió no saber cuáles eran los factores predisponentes a la hipertensión, por lo que

podemos decir que la gran mayoría de las embarazadas tienen el conocimiento adecuado de cuáles son los factores que predisponen a la hipertensión, ya que estas coinciden con lo referido por los autores.

En el Manual de Zamora se hace mención de los síntomas de la hipertensión gestacional así como son: cefalea intensa, alteración de la visión, alteración de la función renal, edema en pies, manos y cara, y es Patricia Castelli quien hace mención de presión arterial de 140/90 mmHg, aumento exagerado de peso como una primera manifestación subjetiva de la hipertensión gestacional debido a la retención anormal de agua y favoreciendo la aparición de edema, en relación a esto el 3% (1) de las embarazadas manifestó no tener el conocimiento de los síntomas de la hipertensión, por lo que se puede confirmar que la gran mayoría identifica los síntomas de la hipertensión.

Patricia Castelli manifiesta que la hipertensión gestacional puede ser desarrollada por los cambios hemodinámicos propios de la gestación que aparecen después de las 20 semanas gestantes. Un 50% de las embarazadas entrevistadas manifestaron que el estar embarazadas están predispuestas a desarrollar hipertensión, por lo que podemos decir que el porcentaje restante no tiene el conocimiento exacto ya que no coincide con lo manifestado por la autora, estas respondieron que el embarazo quizás ó no podría predisponer la hipertensión.



PRACTICAS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS

- (1) Según Tártaros González para prevenir la hipertensión gestacional, una embarazada debe de poner en práctica las siguientes acciones:
- a) Tener control prenatal adecuado, lo que ofrece la posibilidad del diagnostico precoz.
 - b) Evitar el consumo excesivo de sodio y cafeína.
 - c) Consumir de 8 a 13 vasos de agua al día ya que esta es un diurético natural y ayudara a mantener su sistema limpio y purificado.
 - d) Asegurarse de tomar un descanso de 10 minutos cada hora que este de pies y asegurarse de estar durmiendo por lo menos 6 horas por las noches.
 - e) Reducir el estrés ya que estos han sido asociados al aumento de la presión arterial. Sumando a estos Gabriela Gottau hace referencia el consumir chocolate negro es beneficioso ya que contiene teobromina, sustancia estimulante que actúa sobre el corazón, relaja la musculatura y dilata los vasos sanguíneos logrando por consiguiente la reducción de la presión sanguínea.

En los resultados del estudio referente a las medidas que practican las embarazadas para evitar la hipertensión, el gran porcentaje de las entrevistadas refirieron tener un control prenatal adecuado, evitar el consumo excesivo de sal, beber suficiente agua, hacer periodos de siestas, evitar el consumo excesivo de café y reducir el estrés, por lo que se puede confirmar que en su totalidad las embarazadas practican acciones antes mencionadas por los autores, evitando de esta manera la hipertensión durante su embarazo.

Tártaros González menciona que la alimentación de la embarazada tiene que ser rica en frutas y verduras coincidiendo a la vez con Francisco Javier Argel quien a demás menciona que hay que consumir pocas carnes rojas, grasas saturadas, lácteos, dulces y bebidas carbonatadas en general; el pescado, las carnes de aves, las frutas y vegetales tienen su lugar preponderante en el plan alimenticio de la embarazada; y para un 67% (20) de las entrevistadas expresó consumir casi

siempre frutas y verduras y con un mismo porcentaje refirieron consumir carnes rojas, un 63% (19) expresó consumir casi siempre pescado, un 50% (15) consume carne de pollo y dulces, todos estos lo hacen con una frecuencia de casi siempre, un 43% (13) siempre consume lácteos, en cuanto a las bebidas y con qué frecuencia lo hacen el 97% (29) expresó que nunca consume cerveza, un mismo porcentaje refirió que siempre consume suficiente agua, más del 87% (26) dijo siempre tomar refrescos naturales, el 80% (24) nunca toma café y un 53% (16) casi siempre ingiere gaseosas. En base a estas respuestas podemos decir que la gran mayoría de las entrevistadas tienen buenas prácticas en cuanto a los alimentos y bebidas que deben de ingerir durante su embarazo pero a la vez tienen malos hábitos porque consumen alimentos que los autores antes mencionados no recomiendan consumir durante la gestación, afirmando de esta manera que las embarazadas no tienen las prácticas adecuadas en cuanto a los alimentos que no deberían de consumir durante su embarazo.



CONCLUSIONES

Con el estudio realizado en el Puesto de Salud Santa Ana, podemos concluir en que:

La mayoría de las embarazadas están entre las edades de 14 a 20 años de edad, teniendo 7 meses de embarazo, en unión libre, con secundaria incompleta, son amas de casa, sin hijos y de procedencia urbana.

La mayoría de las entrevistadas saben que: los signos de alarma de una hipertensión gestacional son cefalea intensa, mirar chispitas, escuchar zumbidos, hinchazón de cara, manos y pies, además conocen los factores que predisponen a dicha patología, entre estos la edad, antecedentes personales y familiares, nuliparidad, multiparidad, embarazo gemelar, obesidad, diabetes y enfermedades renales.

La mayor parte de la población estudiada practica medidas adecuadas que le ayudan a prevenir la hipertensión entre las cuales están:

- Asisten al control prenatal sistemático.
- Evitan el consumo excesivo de sal y café.
- Ingieren suficiente agua durante el día.
- Hacen periodos de siestas.
- Evitan el estrés.

Así mismo, estas (embarazadas) consumen alimentos como pescado, carne de ave (pollo), carne roja, frutas y vegetales, lácteos, dulces y alimentos con poca sal y entre las bebidas que ingieren están: refrescos naturales, agua y gaseosa.



RECOMENDACIONES

Después del análisis recomendar:

A LA JEFA DE ENFERMERÍA DEL PUESTO DE SALUD SANTA ANA:

- Organizar e integrar a todas las gestantes a club de embarazadas para impartir charlas educativas sobre las diversas patologías que puedan afectar el embarazo.

✓ AL PERSONAL DE ENFERMERIA Y MEDICO:

- Concientizar a todas las gestantes sobre la importancia de integrarse al club de embarazadas para explicarle los beneficios que obtendrán.
- Continuar brindando temas relacionados a las diferentes patologías que afectan el embarazo.
- Utilizar medios visuales para impartir las charlas educativas así como: papelografos, imágenes, videos, etc.



BIBLIOGRAFIA

1. Gómez M, Ricardo y Col. Síndrome Hipertensivo del Embarazo, obtenido el 1 de junio del 2007. Fecha de acceso en agosto 2011. www.cedip.cl/boletin/boletinSHG.pdf.
 2. Etienne Beals. Estudio Comparativo de la Morbimortalidad del Producto Gestacional en Mujeres Embarazadas con Preeclampsia moderada o severa. Obtenido en julio del 2009. Fecha de acceso septiembre del 2011. http://revista.anacem.cl/pdf/vol3/revistaanacem_vol3N1_investigacion.pdf.
 3. Trujillo Bárcenas, María del Carmen. Manejo de las pacientes con preeclampsia en el servicio de AROII en el periodo comprendido entre octubre del 2002 y octubre 2003. Tesis para optar al IV año de residencia de ginecología y obstetricia. UNAN-LEON.
 4. Fajardo, Jaime. Manejo obstétrico y complicaciones de las pacientes embarazadas hipertensas en la sala de ARO II del HEODRA, en el periodo de septiembre- diciembre del 2000. Tesis para optar al IV año de la Residencia de Ginecología (UNAN-LEON).
 5. Santamaría L, Lenin. Aplicación del protocolo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetra en el Hospital Vélez Paiz. 2003.
 6. Lifshitz Aliza. Embarazo y Salud. Obtenido en mayo del 2010. Fecha de acceso agosto del 2011. <http://www.embarazoybebes.com.ar/embarazo/como-prevenir-y-bajar-la-presion-alta-en-el-embarazo/>.
 7. Ministerio de salud de Nicaragua. Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas. Síndrome Hipertensivo Gestacional. Nicaragua-2002. Pág. 49-62, 167-187.
 8. Castelli Patricia. Síndrome Hipertensivo Gestacional. Obtenido en julio del 2009. Fecha de acceso agosto del 2011. www.monografias.com/BoletinSHG.
-

9. Botero Uribe, Jaime y Col. Preeclampsia- eclampsia en obstetricia y ginecología 7^{ma} ed. Colombia. Copyright, 2004. Pág. 212-220.
10. The Magpie Trial Collaborative Group. THE LANCET. VOL 359, JUNIO 2002.
11. Tártaros Gonzalo Castello. [Como evitar la hipertension en el embarazo](http://www.comodisminuiralahipertension.com/como-evitar-la-hipertension-en-el-embarazo/). Obtenido en el 2010. Fecha de acceso agosto del 2011. <http://www.comodisminuiralahipertension.com/como-evitar-la-hipertension-en-el-embarazo/>.
12. Gottau Gabriela. El chocolate previene la hipertensión en el embarazo. Obtenido en noviembre del 2008. Fecha de acceso septiembre del 2011. <http://www.vitonica.com/prevencion/el-chocolate-previene-la-hipertension-en-el-embarazo>.
13. Argel Francisco Javier. Remedios para la hipertensión. Obtenido en 2009. Fecha de acceso agosto del 2011. <http://www.innatia.com/s/c-remedio-para-hipertension/a-remedios-para-hipertensos.html>.



ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

ENTREVISTA

Estimada participante, somos estudiantes del V año de Lic. En Enfermería con mención en Materno infantil y les estamos realizando entrevista con el objetivo de recoger información acerca del conocimiento y práctica que tienen ustedes acerca de la Hipertensión en el embarazo. Esta entrevista se realizará de manera confidencial. Esperamos su colaboración.

Responda a las siguientes preguntas:

1. Datos socio demográficos:

Edad: _____

Ocupación: _____

Edad Gestacional: _____

Número de hijos: _____

Estado civil: _____

Procedencia: _____

Escolaridad: _____

2. Conocimientos de los factores de riesgo de la hipertensión en el embarazo.

2.1 ¿Sabe usted cuando una embarazada tiene hipertensión en el embarazo?

- a) Presión arterial 140/90mmHg.
- b) Presión arterial de 100/70 mmHg.
- c) Presión arterial de 120/80 mmHg.

2.2 ¿Sabe usted en que semana del embarazo se puede desarrollar la hipertensión?

- a) 12-20_____
- b) 21-35_____
- c) 35-40 _____



2.3 ¿Cuáles son los grupos de edades con mayor predisposición a desarrollar hipertensión en el embarazo.

- a) <20 años _____
- b) 21-34 años _____
- c) 35 a más. _____

2.4 ¿Conoce usted cuales son los signos de alarma de la hipertensión en el embarazo?

- a) Cefalea intensa _____
- b) Hinchazón en los pies, manos y cara. _____
- c) Mirar chispitas. _____
- d) Escuchar zumbidos _____

2.5. ¿Conoce cuales son los factores que predisponen a la hipertensión en el embarazo?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| a) Edad. _____ | f). Embarazo Gemelar. _____ |
| b) Antecedentes Familiares. _____ | g). Obesidad. _____ |
| c) Antecedentes personales. _____ | h). Diabetes. _____ |
| d). Primigesta. _____ | i). Enfermedades Renales. _____ |
| e). Multípara. _____ | |

2.6 ¿Cuáles de los siguientes síntomas considera usted que se presentan en la hipertensión durante el embarazo?

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| a) Aumento exagerado de peso. _____ | d) Cefalea. _____ |
| b) P/A 140/90 mmHg. _____ | e) Visión borrosa. _____ |
| c) Edema generalizado. _____ | f) Mirar chispitas. _____ |

2.7 ¿Sabe usted si el embarazo puede predisponer al desarrollo de la Hipertensión?

- a) Si _____ b) No _____ c) d) Quizas _____
-

Practicas de las medidas preventivas para la hipertensión en el embarazo.

3.1 ¿Cuáles de estas medidas practica usted para evitar la hipertensión durante su embarazo?

- a) Control prenatal adecuado. _____
- b) Evitar el exceso de sodio. _____
- c) Beber suficiente agua. _____
- d) Descansar de estar de pie. _____
- e) Evitar el exceso de consumo de cafeína. _____
- f) Reducir el estrés. _____
- g) Consumir chocolates. _____

3.2 ¿Qué alimentos consume usted durante su embarazo? y ¿con que frecuencia los consume?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| a) Pescado. _____ | b) Carne de pollo. _____ |
| aa. Siempre. _____ | ba. Siempre. _____ |
| ab. Casi siempre. _____ | bb. Casi siempre. _____ |
| ac. Nunca. _____ | bc. Nunca. _____ |
| | |
| c) Alimentos con poca sal. _____ | d) Alimentos salados. _____ |
| ca. Siempre. _____ | da. Siempre. _____ |
| cb. Casi siempre. _____ | db. Casi siempre. _____ |
| cc. Nunca. _____ | dc. Nunca. _____ |
| | |
| e) Frutas y vegetales. _____ | f) Carnes rojas. _____ |
| ea. Siempre. _____ | fa. Siempre. _____ |
| eb. Casi siempre. _____ | fb. Casi siempre. _____ |
| ec. Nunca. _____ | fc. Nunca. _____ |



g) Lácteos sin desnatar.

ga. Siempre. _____

gb. Casi siempre. _____

gc. Nunca. _____

h) Dulces. _____

ha. Siempre. _____

hb. Casi siempre. _____

hc. Nunca. _____

3.2 ¿Qué bebidas consume usted durante su embarazo? y ¿con que frecuencia lo consume?

a) Cerveza. _____

aa. Siempre. _____

ab. Casi siempre. _____

ac. Nunca. _____

d) Gaseosa. _____

da. Siempre. _____

db. Casi siempre. _____

dc. Nunca. _____

b) Licor. _____

ba. Siempre. _____

bb. Casi siempre. _____

bc. Nunca. _____

e) Refrescos naturales. _____

ea. Siempre. _____

eb. Casi siempre. _____

ec. Nunca. _____

c) Café. _____

ca. Siempre. _____

cb. Casi siempre. _____

cc. Nunca. _____

f) Agua. _____

fa. Siempre. _____

fb. Casi siempre. _____

fc. Nunca. _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACION!

Tabla N°1. Edad de las embarazadas del P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Edades	n	%
14-20	16	53
21-25	8	27
26-30	3	10
31-35	3	10
Total	30	100

Fuente: Entrevista.

Tabla N°2 Edad Gestacional de las embarazadas del P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Edad gestacional	n	%
3 meses.	3	10
4 meses.	5	17
5 meses.	6	20
6 meses.	4	13
7 meses.	8	27
8 meses.	4	13
Total	30	100

Fuente: entrevista



Tabla N°3. Estado civil de las embarazadas del P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Estado civil	n	%
Casada	5	17
Soltera	8	27
Unión libre	17	57
Total	30	100

Fuente: Entrevista.

Tabla N°4. Escolaridad de las embarazadas del P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Escolaridad	n	%
Primaria Completa	2	7
Primaria Incompleta	3	10
Secundaria Completa	6	20
Secundaria Incompleta	11	37
Técnico	1	3
Universidad Completa.	1	3
Universidad incompleta	6	20
Total	30	100

Fuente: Entrevista.



Tabla N°5. Ocupación que tienen las embarazadas del P/S Santa Ana, León
Enero 2012.

Ocupación	n	%
Ama de casa	19	63
Costurera	1	3
Domestica	1	3
Estudiante	4	13
Operaria	2	7
Panadera	1	3
Tortillera	1	3
Otra (Ciber)	1	3
Total	30	100

Fuente: Entrevista.

Tabla N°6. Número de hijos que tienen las embarazadas del P/S Santa Ana,
León, Enero 2012.

N° Hijos	n	%
0 hijo.	19	63
1 hijo.	6	20
2 hijos.	2	7
3 hijos.	3	10
Total	30	100

Fuente: Entrevista.



Tabla N°7. Procedencia de las embarazadas del P/S Santa Ana, León Enero 2012.

Procedencia	n	%
Rural	4	13
Urbana	26	87
Total	30	100

Fuente: Entrevista.

Tabla N°8. Conocimientos acerca, de cuándo se considera una Hipertensión gestacional, que tienen las embarazadas del P/S Santa Ana, León Enero 2012.

Cuando es Hipertensión.	n	%
Presión arterial de 140/90 mmHg	15	50
Presión arterial de 100/70 mmHg	6	20
Presión arterial de 120/80 mmHg	8	27
No sabe.	1	3
Total	30	100

Fuente: Entrevista.



Tabla N°9. Conocimiento acerca de las semanas de embarazo en las que se puede desarrollar una Hipertensión Gestacional, consideradas por las embarazadas del P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Semanas de embarazo en las que Se puede desarrollar la Hipertensión.	n	%
De las 12 a las 20 semanas	7	23
Da las 21 a las 35 semanas	12	40
De las 35 a las 40 semanas	10	33
No sabe.	2	7

Fuente: Entrevista.

Tabla N°10. Conocimiento de los Grupo de edades con mayor predisposición al desarrollo de la Hipertensión gestacional, que tienen las embarazadas que acuden al P/S Santa Ana León, Enero 2012.

Edades predisponentes	n	%
Menores de 20 años.	12	40
De 21 a 34 años.	6	20
De 35 años a más.	19	63
No sabe.	1	3

Fuente: Entrevista.

Tabla N°11. Conocimiento acerca de los Signos de alarma de la Hipertensión gestacional, que tienen las embarazadas que asisten al P/S Santa Ana, León Enero 2012.

Signos de alarma	n	%
Cefalea intensa.	20	67
Hinchazón en cara, manos y pies.	23	77
Mirar chispita.	21	70
Escuchar zumbidos.	17	57
No saben	2	7

Fuente: Entrevista.

Tabla N°12. Conocimientos acerca de los Factores predisponentes a la Hipertensión gestacional que tienen las embarazadas del P/S Santa Ana, León Enero 2012.

Factores Predisponentes	n	%
Edad.	6	20
Antecedentes personales.	4	13
Antecedentes familiares.	4	13
Primigestas.	5	17
Múltiparas.	4	13
Embarazo gemelar.	3	10
Obesidad.	4	13
Diabetes.	4	13
Enfermedades renales.	4	13
No sabe.	1	3

Fuente: Entrevista.

Tabla N°13. Conocimientos sobre los Síntomas de la Hipertensión gestacional, que tienen de las embarazadas que asisten al P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Síntomas de la hipertensión.	n	%
Aumento exagerado de peso.	23	77
P/A de 140/90 mmHg.	22	73
Edema generalizado.	21	70
Cefalea intensa.	20	67
Visión borrosa.	18	60
Mirar chispitas.	18	60
No sabe.	1	3

Fuente: Entrevista.

Tabla N°14. Conocimientos sobre la predisposición que hace el embarazo a la Hipertensión gestacional, que tienen las embarazadas que asisten al P/S Santa Ana, León Enero 2012.

Embarazo Predispone	n	%
Si	15	50
No	2	7
Quizás	12	40
No sabe	1	3
Total	30	100

Fuente: Entrevista.



Tabla N°15. Medidas preventivas de la Hipertensión gestacional, que tienen las embarazadas que son atendidas en el P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Medidas preventivas	n	%
Control prenatal sistemático.	29	97
Evitan el consumo excesivo de sal.	30	100
Beben suficiente agua, por lo menos 2 litros al día.	29	97
Hacen periodos de siestas.	29	97
Evitan el consumo excesivo de café.	29	97
Reducen el estrés.	29	97
Consumen chocolate.	4	13

Fuente: Entrevista.

Tabla N°16. Alimentación durante el embarazo relacionados con la frecuencia de consumo que tienen las embarazadas asistentes al P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Tipo de alimentación.	Frecuencia con que lo consume.					
	Casi siempre.		Nunca.		Siempre.	
	N	%	n	%	n	%
Pescado.	19	63	7	23	4	13
Carne de pollo.	15	50	1	3	14	47
Alimento con poca sal.	7	23	-	-	23	77
Alimento salado.	-	-	30	100	-	-
Frutas y vegetales.	10	33	-	-	20	67
Carne roja.	20	67	8	27	2	7
Lácteos.	10	33	7	23	13	43
Dulces.	15	50	11	37	4	13

Fuente: Entrevista.

Tabla N°17. Bebidas que ingieren durante el embarazo relacionado a la frecuencia de consumo de las embarazadas que asisten al P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Tipos de bebidas.	Frecuencia con que lo consume.					
	Casi siempre.		Nunca.		Siempre.	
	N	%	n	%	n	%
Cerveza	1	3	29	97	-	-
Gaseosa	16	53	8	27	6	20
Licor	-	-	30	100	-	-
Refrescos naturales	4	13	-	-	26	87
Café	6	20	24	80	-	-
Agua	1	3	-	-	29	97

Fuente: Entrevista.

Tabla N°18. Grupo de edades más predisponentes a desarrollar Hipertensión Gestacional relacionado con la edad de las embarazadas que asisten al P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Edad más predisponente	Edad de las embarazadas							
	14 a 20 años		21 a 25 años		26 a 30 años		31 a 35 años	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Menor de 20 años.	6	20	2	7	3	10	1	3
21 a 34 años	6	20	3	10	2	7	1	3
35 a más edad.	6	20	5	17	-	-	2	7
No sabe.	1	3	-	-	-	-	-	-

Fuente: Entrevista.

Tabla N° 19. Factores predisponentes a desarrollar Hipertensión gestacional en relación a las edades de las embarazadas entrevistadas. P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Factores predisponentes	Edad en años de las embarazadas							
	14 a 20 años		21 a 25 años		26 a 30 años		31 a 35 años	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Edad	10	33	7	23	2	7	3	10
Antecedentes personales	10	33	6	20	2	7	2	7
Antecedentes familiares	10	33	6	20	2	7	2	7
Primigestas	11	37	6	20	2	7	2	7
Multigesta	10	33	6	20	2	7	2	7
Embarazo gemelar	8	27	7	23	2	7	2	7
Obesidad	9	30	7	23	3	10	2	7
Diabetes	9	30	7	23	2	7	2	7
Enfermedad renal	9	30	7	23	2	7	2	7
No sabe.	1	3	-	-	-	-	-	-

Fuente: Entrevista.

Tabla N°20. Práctica de las Medidas para prevenir la Hipertensión en el embarazo relacionada con la edad de las embarazadas estudiadas P/S Santa Ana, León, Enero 2012.

Medidas preventivas	Edades de las embarazadas entrevistadas							
	14-20 â		21-25 â		26-30 â		31-35 â	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Control prenatal sistemático.	15	50	8	27	3	10	3	10
Evitan el consumo excesivo de sal.	16	53	8	27	3	10	3	10
Beben suficiente agua, por lo menos 2 litros al día.	15	50	8	27	3	10	3	10
Hacen periodos de siestas.	15	50	8	27	3	10	3	10
Evitan el consumo excesivo de café.	15	50	8	27	3	10	3	10
Reducen el estrés.	15	50	8	27	3	10	3	10
Consumen chocolate.	2	7	1	3	-	-	1	3

Fuente: Entrevista.