



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-CUR-MATAGALPA

DEPARTAMENTO CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD

UNICAM- LA DALIA

SEMINARIO DE GRADUACION

**PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA MATERNO
INFANTIL**

TEMA

**Incidencia y manejo de síndrome hipertensivo gestacional en el municipio de la dalia,
durante el II semestre del año 2024.**

SUBTEMA

**Incidencia y manejo de Síndrome Hipertensivo Gestacional en el municipio de La Dalia,
puesto de salud la mora, durante el II semestre del 2024**

AUTORES

Br. Carlos Alberto Jarquin Pastran.

Br. Ezequiel de Jesús Hernández Centeno.

Br. Osman Josué Rodríguez Montenegro.

TUTOR

MSc. Anielka Massiel Palacio Herrera

La Dalia noviembre 2024



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN-CUR-
MATAGALPA**

DEPARTAMENTO CIENCIAS TECNOLOGIA Y SALUD

UNICAM- LA DALIA

CEMINARIO DE GRADUACION

**PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA MATERNO
INFANTIL**

TEMA:

**Incidencia y manejo de síndrome hipertensivo gestacional en el municipio de la dalia,
durante el II semestre del año 2024.**

SUBTEMA:

**Incidencia y manejo de síndrome hipertensivo gestacional en el municipio de la dalia,
puesto de salud la mora durante el II semestre del año 2024.**

AUTORES:

Br. Carlos Alberto Jarquin Pastran.

Br. Ezequiel de Jesús Hernández Centeno.

Br. Osman Josué Rodríguez Montenegro.

TUTOR:

MSc. Anielka Massiel Palacio Herrera

La Dalia noviembre 2024

ÍNDICE

Dedicatoria.....	
..... i	
Agradecimiento.....	
.....ii	
Valoración del docente.....	del
.....iii	
Resumen.....	
.....iiii	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	5
III. OBJETIVOS.....	6
IV. DESARROLLO DEL SUBTEMA.....	7
4.1. Síndrome hipertensivo gestacional.....	8
4.2. Caracterización sociodemográfica de las pacientes diagnosticada con síndrome hipertensivo gestacional.....	12
4.3. Descripción de los Signos y síntomas de las pacientes del síndrome hipertensivo gestacional.....	18
4.4. Manejo del síndrome Hipertensión Gestacional según normativas MINSA.....	19
4.5. Acciones de enfermería que se retomaron a pacientes diagnosticada con síndrome hipertensivo gestacional.....	28
V. CONCLUSIONES.....	30
VI. BIBLIOGRAFIA.....	31
Anexo.....	
.....iiii	

DEDICATORIA

A Dios: quien nos da la vida y sabiduría, quien nos ha bendecido con el tiempo y la oportunidad de realizar nuestros sueños.

A nuestros padres: Familia Jarquín Pastran, familia Hernández centeno, familia Rodríguez Montenegro por creer en nosotros quienes han sido el pilar para nuestra formación como seres de bien quienes nos brindaron su amor y apoyo incondicional.

A nuestros docentes: quienes nos imparten de su conocimiento con amor y dedicación.

Br: Carlos Alberto Jarquin Pastran

Br: Ezequiel de Jesús Hernández Centeno

Br. Osman Josué Rodríguez Montenegro

AGRADECIMIENTO

A Dios: por habernos dado salud, sabiduría para alcanzar una de nuestras metas, la culminación de la carrera.

Al personal de salud del hospital del hospital primario la dalia: por darnos su apoyo, la confianza y motivación en nuestros años de preparación.

A nuestros padre hermanos y amistades: quienes nos dieron consejos y acompañamiento en cada momento de trayecto de preparación.

A nuestra tutora MSc. Anielka Massiel Palacios Herrera: por su colaboración y acompañamiento en la elaboración de nuestro trabajo.

A nuestras autoridades gubernamentales: por reconstituir nuestro derecho a los estudios superiores.

Br: Carlos Alberto Jarquin Pastran

Br: Ezequiel de Jesús Hernández Centeno

Br. Osman Josué Rodríguez Montenegro



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL, MATAGALPA

CUR-MATAGALPA

VALORACION DEL TUTOR

Por medio de la presente en carácter de tutora doy por valorado el seminario de graduación: con tema general: **incidencia y manejo del síndrome hipertensivo gestacional en el municipio La dalia, durante el II semestre del año 2024.** Con subtema: **incidencia y manejo del síndrome hipertensivo gestacional en el municipio La Dalia, puesto de salud la mora, durante el II semestre del año 2024.**

Realizada, por los estudiantes **Br.** Carlos Alberto Jarquin Pastran **con núm. de carnet:** 20612898 **Br.** Osman Josué Rodríguez Montenegro **con núm.** De carnet: 20612832 **Br.** Ezequiel de Jesús Hernández Centeno **con núm. de carnet:** 20613019 cumple con las normas metodológicas establecidas por la UNAN Managua para optar al título de licenciatura en enfermería materno infantil.

Dicho trabajo es de gran importancia ya que **analiza la incidencia y el manejo del síndrome hipertensivo gestacional en el municipio la dalia, puesto de salud la mora, durante el II semestre del año 2024.**

Dado en la ciudad de Matagalpa, a los dos días del mes de diciembre del año dos mil veinte y cuatro.

MSc. Anielka Massiel Palacios Herrera

Tutora

RESUMEN

El síndrome hipertensivo gestacional es una patología que se presenta en el segundo periodo del embarazo, en Nicaragua el síndrome hipertensivo gestacional se presenta en un 10% de embarazo según, últimos informes de la OMS, por lo que es asociado a un sin número de síntomas. En este semanario se recopiló toda la información referente a la problemática del síndrome hipertensivo gestacional. Este estudio se llevó a cabo en el puesto de salud La Mora, con un universo de tres recursos, 1 médico y 2 enfermeros que atienden los controles prenatales. El tipo de estudio es mixto debido a que se analiza la cantidad de mujeres embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional, y la calidad de la atención brindada por el personal de salud, se utilizó instrumento guía de observación, revisión de expedientes clínicos de embarazadas con SHG, es descriptivo ya que se describieron el conocimiento y manejo del personal de salud sobre SHG, según de tiempo es de corte transversal por que se tomaron los datos registrados en el tiempo de estudio así como la información actual, según periodo y secuencia es transversal ya que las variables se estudiaron al mismo tiempo, se llevó a determinar el manejo del síndrome hipertensivo gestacional, se identificaron signos y síntomas se evaluó el manejo y se retomaron acciones de enfermería.

I. INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica los trastornos hipertensivos constituyen en una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables del 18% de morbimortalidad tanto materna como perinatal especialmente en las zonas rurales en donde la población no está estandarizada en conocimiento en estas patologías. El síndrome de hipertensión gestacional es una condición médica que afecta algunas mujeres durante el embarazo se caracteriza por la presión arterial elevada y puede incluir otros síntomas.

De acuerdo, con el Ministerio de Salud el síndrome hipertensivo en el embarazo es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio. Es persistente que después del parto hasta el 5% de las embarazadas tienen hipertensión crónica, pero hasta un 10% tendrán hipertensión secundaria con causas endocrinas o renales si la hipertensión persiste después del periodo post parto (de 6 a 12 semanas) el diagnóstico será hipertensión crónica.

Se trabajo con esta patología porque la hipertensión arterial es una de las frecuente en el embarazo y causas significativas de morbilidad y mortalidad, en el municipio ay una incidencia del 6.15% de un total de 650 embarazadas de las cuales 40 en el mes aproximadamente presentan síndrome hipertensivo gestacional.

Está investigación analizo los manejos específicamente de la Caracterización sociodemográfica de las embarazada al identificar los signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional en la población, se evaluó el manejo del síndrome hipertensivo gestacional según normativa y se retomaron acciones de Enfermería en pacientes con síndrome hipertensivo gestacional,

Este estudio se realizó con enfoque mixto, con algunas características cualitativas y cuantitativas, de tipo analítico descriptivo, debido a que describe como es la atención a embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional, el lugar donde se realizó el estudio fue el puesto de salud la mora, del municipio la Dalia donde labora 1 medico 2 licenciados con horario de atención de 8 a 5 pm.

En la población de estudio lo conformaron 48 embarazadas de las cuales 3 de ellas presentaron síndrome hipertensivo gestacional las cuales fueron nuestra muestra, el objeto de estudio fue el síndrome hipertensivo gestacional que asistieron al puesto de salud la mora.

El método usado fue el científico y la técnica ocupada fue la guía de observación a expedientes clínicos de pacientes embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional para lograr los objetivos de estudio se investigó el manejo de las hipertensiones gestacionales en las pacientes y las intervenciones de enfermería a aplicar.

Antecedentes

A continuación, se exponen diversos estudios realizados desde contextos internacionales, nacionales y locales que involucra una o dos variables de este estudio y que le dan sustento a esta investigación utilizamos el instrumento de revisión de expedientes de otros informes y estudios realizados a nivel internacional y nacional: 3 El Síndrome hipertensivo gestacional ha sido estudiado en múltiples ocasiones tanto a nivel mundial como a nivel nacional.

En países desarrollados tiene una incidencia del 7 – 10 % en las pacientes embarazadas de las cuales, el 20 – 25 % corresponde a preeclampsia y el 70 % a hipertensión gestacional con una tasa de mortalidad materna que oscila del 0 – 17 % y mortalidad fetal de un 10 – 37 %. (7) según OMS 2014. Un estudio realizado en Cuba, cuyo objetivo fue caracterizar a las pacientes con preeclampsia que ingresaban en el hospital gineco-obstétrico "Justo Legón Padilla", a través de una investigación retrospectiva, longitudinal y analítica en 118 gestantes que ingresaron por esta enfermedad. Sus resultados fueron interesantes y confirmaron las características que en términos generales hacen parte de las mujeres susceptibles a padecer esta patología:

La mayor incidencia de la preeclampsia grave apareció en el grupo de 30 a 34 años y en el de 20 a 24 años, con 28 y 27% respectivamente. La paridad fue otra variable analizada donde predominó la nuliparidad (52,54 %), resultado este altamente significativo. El 77,9 % de las gestantes con preeclampsia grave tuvieron su parto antes de las 37 semanas de embarazo. El 77,6 % de las pacientes del grupo en relación con la vía del nacimiento, la cesárea constituyó en el grupo estudio la principal vía del parto con el 67,2 %. (Roble, 2020)

La Universidad de Colombia conformó un grupo elaborador de la guía que incluyó médicos especialistas y metodólogos. Formuló ocho preguntas clínicas para ser respondidas por la presente guía de práctica clínica (GPC). Se realizaron búsquedas sistemáticas de revisita sistemáticas y, cuando se consideró pertinente, estudios primarios en PubMed y Central durante 2021. Se seleccionó la evidencia para responder cada una de las preguntas clínicas planteadas. En reuniones de trabajo periódicas, para calificar la evidencia y formular las recomendaciones. Además, se presentan los puntos de buenas prácticas clínicas (BPC) y los flujogramas de prevención, manejo y seguimiento. Finalmente, la presente guía fue realizada por la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), del Seguro 4 Social de Salud (EsSalud) del Perú, con el objetivo de brindar recomendaciones para la prevención y el manejo de la enfermedad para gestantes con riesgo de desarrollar la enfermedad hipertensiva del embarazo, o gestantes con enfermedad hipertensiva del embarazo. No. La guía está dirigida al personal médico y de obstetricia de cada nivel de atención de Salud que participa en la atención multidisciplinaria de la gestante con esta condición. La población objetivo de la guía son las mujeres gestantes en riesgo de desarrollar o con diagnóstico, preeclampsia y preeclampsia severa. (Casco, 2020)

Se realizó un estudio retrospectivo en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque durante el período de octubre 2018 a octubre del 2019 con el objetivo de Identificar la evolución clínica de las pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque. El universo lo constituyeron 830 pacientes y la muestra 263 pacientes que ingresaron al servicio de alto riesgo durante el periodo de estudio con diagnóstico de síndrome hipertensivo gestacional. Se obtuvieron los siguientes resultados: las edades de las pacientes fueron en su mayoría entre 15 – 25 años con 154 (58.6%), seguida de las pacientes entre 26-35 años con 24.1%. Con respecto al nivel de educación 116 (44.1%) lograron concluir la secundaria. En los antecedentes obstétricos 167 (63.5%) pacientes tuvieron parto vía vaginal de estas 112 (42.6 %) eran primigestas, la gran mayoría 84.4 % con embarazo a término entre 37 y 41 semanas. La preeclampsia moderada fue el mayor diagnóstico de ingreso, 118 pacientes (44.9%) seguida de la hipertensión gestacional en 72 pacientes (27.4%), La mayoría evolucionó satisfactoriamente, un pequeño porcentaje 3% (7 mujeres) evolucionaron de preeclampsia moderada a preeclampsia grave. Las complicaciones más

frecuentes fueron desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y hemorragia posparto ambas presentes en 8 pacientes para un 3 % correspondiente y el síndrome de HELLP en 6 pacientes (2.3%), Insuficiencia renal 5 pacientes (1.9 %), La condición de egreso el 100 % fue dada de alta en buenas condiciones. (López García, 2019)

En La UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA realizó una investigación sobre el síndrome hipertensivo gestacional el cual concluye que en todos los países y en especial en Latinoamérica los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un 18% de morbimortalidad tanto materna como perinatal.

Según estadísticas nacionales reportadas en el mapa del MINSA, los trastornos hipertensivos corresponden a un 4.4% (9,656) de egresos maternos en los últimos 3 años. El síndrome hipertensivo gestacional se considera una de las 3 causas más importantes de morbimortalidad materna después de la hemorragia posparto y sepsis. En Nicaragua constituye la segunda causa de muerte y la primera asociada a morbilidad materna y fetal según los datos del mapa de mortalidad materna del MINSA con una prevalencia aproximada del 19%. La calidad en la atención que se brinda a las embarazadas antes, durante y después del parto incide en el desenlace del estado de salud de las mujeres y de sus recién nacidos. El principal objetivo de la calidad de atención es lograr los mayores beneficios en la atención médica, con los menores riesgos posibles para el binomio madre e hijo. (Casco Sarabia et al, 2019)

En el 2019, el Hospital Escuela Cesar Amador Molina Matagalpa, realizó un estudio en todas aquellas pacientes que acudieron al servicio de Emergencia y que fueron diagnosticadas y manejadas como preeclampsia grave, Los resultados de este estudio reflejan las debilidades y fortalezas en el manejo de la Preeclampsia Grave en el servicio de emergencias, ya que se obtuvo un nivel de cumplimiento general del Protocolo de preeclampsia grave del 90.4 %. Las debilidades se basan en gran parte al manejo de las medidas generales (81.3%), sobre todo en la colocación de sonda Foley, y en el manejo de las medidas anticonvulsivantes (80.4%); por otro lado, las fortalezas están basadas en la identificación de los criterios diagnósticos; así como en el manejo farmacológico donde se cumplió en el 100% de las pacientes. (Picado, 2019)

II. JUSTIFICACIÓN

El síndrome hipertensivo gestacional es un tema de suma importancia para la salud pública, ya que es una de la principal causa de muerte materna. En Nicaragua, el síndrome hipertensivo gestacional ocupa el segundo lugar en las causas de mortalidad materna y fetal. Y que puede tener consecuencias graves si no se diagnostica y se trata adecuadamente, es fundamental abordar este problema de manera integral comprendiendo las implicaciones diagnósticas las opciones de tratamiento y medidas preventivas necesarias.

La investigación contribuirá a mejorar la atención de Enfermería a las mujeres embarazadas, ya que dicho estudio tiene como propósito determinar el manejo del síndrome hipertensivo en el municipio la Dalia puesta de salud la mora del II semestre del año 2024, al caracterizar socio demográficamente a las embarazadas, identificar signos y síntomas, evaluar el manejo y retomar acciones de Enfermería que ayuden a prevenir o minimizar daños tanto a la madre como al feto o recién nacido. Entre las atenciones que Enfermería podría brindar se encuentran la monitorización de presión arterial y la frecuencia cardiaca de los pacientes, la educación sobre la importancia de una dieta saludable y el control del peso, la promoción de estilos de vida saludable.

Los resultados de esta investigación beneficiaran significativamente a los profesionales de la salud, pacientes, familia y comunidad por lo que se abordará aspectos claves sobre el manejo de esta patología. Es fundamental para la universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-MANAGUA) ya que permitirán fortalecer los conocimientos basados en las normativas del Ministerio de Salud y contribuirá a una atención de calidad y calidez.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar la incidencia y el manejo de Síndrome Hipertensivo Gestacional en el municipio de La Dalia, puesto de salud la mora en el II semestre del 2024.

Objetivos Específicos:

- 1- Caracterizar socio demográficamente a las embarazadas en estudio.
- 2- Describir los signos y síntomas que presentaron las embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional.
- 3- Evaluar el manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional según normativa MINSA.
- 4- Retomar acciones de Enfermería en paciente con Síndrome Hipertensivo gestacional

IV. DESARROLLO DEL SUBTEMA



Este estudio fue realizado en el puesto de salud la mora, ubicado a 10 km de la cabecera Municipal El Tuma La Dalia; donde se determinó el manejo del síndrome hipertensivos gestacional.

Ilustración 1 mapa de Google map, la mora

Actualmente esta unidad de salud cuenta con tres recursos, (1 médico general y dos licenciados en enfermería), con una red comunitaria de 12 líderes comunitarios, se atiende a un total de 9 comunidades y una población de 4,372 habitantes. Servicios que se brindan: Atención general a la población, Planificación familiar, Papanicolau, atención prenatal, vacunación, VPCD, en las comunidades se llevan estrategias tales como: CCM, ECMAN y PROCOSAN.

Su infraestructura es de concreto y piso, cuenta con tres ambientes de atención, recepción, farmacia, baño, bodega, red de frio. De igual manera, tiene acceso a energía, agua potable. En el censo Gerencial se encontraron 48 embarazadas de las cuales 3 de ellas son pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

Incidencias del síndrome hipertensivo gestacional.

La incidencia se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad o condición que ocurren en una población específica durante un período de tiempo determinado. Esta medida es crucial para entender la propagación de enfermedades y evaluar la efectividad de intervenciones preventivas y tratamientos. (Last, J, M., (2001))

La incidencia del SGH varía según la población y las condiciones de estudio. En Nicaragua la Hipertensión gestacional se presenta en un 10% de embarazo según datos de la OMS. Conocer y

detectar las patologías asociadas y las enfermedades cardiovasculares es imprescindible para el personal de salud.

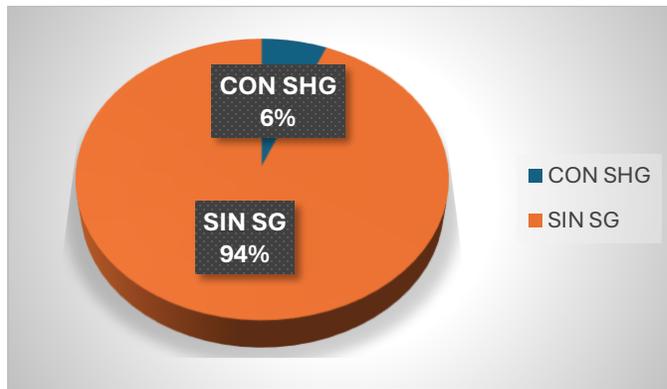


Ilustración N 1. Embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional

Fuente. Expedientes clínicos

La grafica muestra el porcentaje de las embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional y las que no presentan SHG. De la cuales el 6% presentan y el 94% no presentan SHG.

Esto indica que es una condición poco frecuente en la muestra analizada, la baja incidencia del síndrome hipertensivo gestacional sugiere que no es una afección común, pero su impacto en las pacientes que las padecen podría ser significativo.

Dado que la mayoría de las pacientes no presentan esta condición, es importante analizar si existen factores de riesgo específicos en el grupo afectado.

El análisis nos lleva a reflexionar sobre: la importancia del monitoreo, seguimiento para evitar complicaciones, factores ambientales y prevención, investigación y concientización.

4.1. Síndrome hipertensivo gestacional

De acuerdo con el ministerio de salud (2018) la hipertensión arterial en el embarazo es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o en puerperio y son responsables de un 18% de morbilidad tanto materna como perinatal. Optimizar la atención de la salud, estandarizar criterios de definición y diagnóstico para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos es un paso necesario hacia alcanzar la reducción de complicaciones maternas y

perinatales. La hipertensión arterial en el embarazo debe definirse como una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmhg y/o una presión diastólica mayor o igual a 90 mmhg.

Entre las principales causas y factores de riesgo están:

Alteraciones en los vasos sanguíneos de la placenta: En algunos casos, la placenta no se desarrolla adecuadamente, lo cual afecta el flujo de sangre y puede desencadenar una respuesta hipertensiva. Hay una predisposición genética en algunas mujeres que aumenta su riesgo de desarrollar hipertensión gestacional. Edad materna avanzada (más de 35 años). Primer embarazo o embarazo de gemelos o 9 múltiples, Obesidad o sobrepeso, historial de hipertensión arterial o enfermedades renales previas. Antecedentes familiares de preeclampsia o hipertensión gestacional, la falta de actividad física, el estrés y una dieta alta en sodio también pueden aumentar el riesgo de hipertensión durante el embarazo.

Las principales complicaciones incluyen

Hipertensión gestacional puede progresar a preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino La hipertensión afecta el flujo sanguíneo a la placenta, lo que puede limitar la cantidad de oxígeno y nutrientes que recibe el feto. Desprendimiento prematuro de placenta en esta complicación, la placenta se separa de la pared uterina antes del nacimiento, lo cual puede causar sangrado intenso. Parto pretérmino Síndrome HELLP Es una complicación severa de la preeclampsia, que afecta el hígado y las células sanguíneas. Incluye hemólisis (destrucción de glóbulos rojos), elevación de las enzimas hepáticas y bajo conteo de plaquetas.

Posibles complicaciones del síndrome hipertensivo gestacional

Factores de riesgo de las embarazadas en estudio

Los factores de riesgo de las 3 pacientes de estudios lo podemos enumerar en:

1. factores maternos: Edad materna <18 o >35 años,
2. factores obstétricos: Nuliparidad, intervalo prolongado entre embarazo.
3. Factor relacionado con el estilo de vida: estrés elevado.

En una embarazada con síndrome hipertensivo es un signo de alarma que puede indicar preeclampsia inminente, es fundamental el seguimiento médico riguroso, para evitar complicaciones

Hipertensión arterial crónica: se define como hipertensión crónica en el embarazo a la elevación de presión arterial que procede a la concepción o que se detecta antes de las 20 semanas de gestación esto aumenta en número de cesáreas, partos pretérminos y muertes perinatales. (Normativa 077, 2018)

Hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada

La preeclampsia agregada es diagnóstica cuando una o más de las manifestaciones sistemáticas de preeclampsia aparece después de las 20 semanas de gestación es una paciente conocida como hipertensa crónica.

Preeclampsia – Eclampsia

La preeclampsia es una enfermedad hipertensiva específica del embarazo que ocurre después de las 20 semanas de gestación se debe tomar en cuenta, se presentan con hipertensión arterial y daño multiorgánico característicos de preeclampsia en ausencia de proteinuria.

Eclampsia

Es la presencia de una convulsión generalizada en una mujer con preeclampsia.

En el municipio Tuma La Dalia, departamento de Matagalpa, existe una incidencia del 6.15% de un total de 650 embarazadas, de las cuales 40 embarazadas aproximadamente en el mes presentan síndrome hipertensivo gestacional, de estas 34 presentan complicaciones obstétricas al año.

En el municipio el Tuma la Dalia se realizó un estudio en el hospital primario la Dalia, cuenta con las especialidades de pediatría, medicina interna, odontología y ginecología, con 27 sectores rurales y 2 urbanos, por lo que uno de ellos es el sector El Tuma, cuenta con un médico general y dos enfermeros y una red comunitaria conformada por 12 líderes comunitario.

Embarazo

El Ministerio de salud (2015), menciona que el embarazo es una condición de la mujer resultado de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal de la paciente.

El embarazo es el término utilizado para describir el periodo en el cual un feto se desarrolla en el útero o vientre de una mujer y suele durar aproximadamente 40 semanas.

Embarazo actual

- ✓ Diagnostico o sospecha de embarazo múltiple.
- ✓ Menos de 20 años de edad
- ✓ Mayor de 35 años de edad
- ✓ Insoinmunización Rh negativa en el embarazo actual o embarazos anteriores
- ✓ Sangrado vaginal
- ✓ Masa pélvica
- ✓ Presión arterial diastólica de 90mmhg o más durante el registro de dato

Signos y síntomas

- ✓ PAS \geq 140mmhg o PAD \geq 90mmhg que aparece por primera vez después de las 20 semanas de gestación.
- ✓ Normalización de la presión arterial después de las 12 semanas postparto
- ✓ Puede representar una fase pre-proteinuria de pre eclampsia.

Hipertensión gestacional

Es un tipo específico de hipertensión que se presenta después de la semana 20 en mujeres sin antecedentes previo de hipertensión y sin otros síntomas asociados de daños en órgano

4.2. Caracterización sociodemográfica de las pacientes diagnosticada con síndrome hipertensivo gestacional.

Se realizo un estudio a las embarazadas con hipertensión gestacional utilizando la guía de observación aplicadas a embarazadas con SHG del puesto de salud la mora, donde se encuentran

Edad.

Se aplico una encuesta en el puesto de salud la Mora a tres embarazadas diagnosticadas con Síndrome Hipertensivo, encontrando los siguientes resultados.



Gráfico No 2. Edad de la paciente

fuentes. Encuesta dirigida a las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

La grafica muestra el porcentaje de los rangos de edades de embarazadas con sindrome hipertensivo gestacional el cual el 33% estan entre las edades de 30 a 35 años y el 67% estan entre los 15 y 20 años de edad.

Esto significa que la mayoría de los casos se presentan en adolescentes y jóvenes adultas a partir de este dato podemos interpretar que el síndrome hipertensivo gestacional afecta mayormente

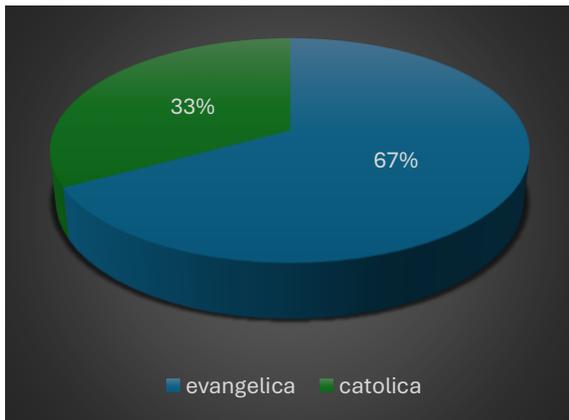
a embarazadas de 15 a 20 años, lo que sugiere que la edad temprana en el embarazo podría ser un factor de riesgo.

Aunque en menor porcentaje las embarazadas de 30 a 35 años también presentan este problema lo que podría indicar que la hipertensión gestacional no es exclusiva de adolescentes. Factores como la madurez biológica, acceso a atención médica y condiciones de vida pueden influir en la prevalencia del síndrome en estos grupos de edad.

Este análisis lleva a reflexionar sobre: prevención y educación sexual, atención prenatal y factores socioeconómicos. El gráfico de edades indican una mayor incidencia del síndrome hipertensivo gestacional en adolescentes, lo que resalta la necesidad de estrategias preventivas, mejor educación en salud y atención médica accesible para este grupo de riesgo.

Religion

Es muy importante considerar que las creencias y la religión de cada persona juegan papeles importantes sobre su salud, formación y demás funcionamientos de actividades, en nuestra siguiente gráfica demostraremos las religiones que profesan las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.



Grafica N° 3. Religión de las pacientes

fuente. Encuesta dirigida a las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

La gráfica muestra el porcentaje de cada religión que profesan la paciente con síndrome hipertensivo gestacional. El cual el 33% profesan el catolicismo y el 67% profesan la religión evangélica.

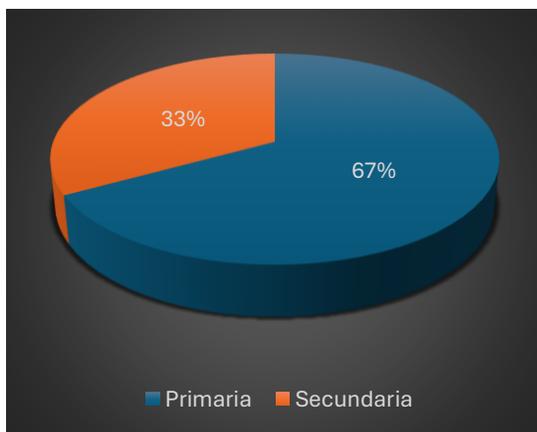
Esto significa que la mayoría de las mujeres afectadas pertenecen a la religión evangélica. A partir de estos datos podemos interpretar que: la proporción de casos de hipertensión gestacional es más alta en las mujeres evangélicas lo que podría estar relacionado con factores culturales socioeconómicos o de acceso a la salud en este grupo.

La religión, por si sola, no es un factor determinante del síndrome hipertensivo gestacional, pero puede estar vinculada a la práctica de la salud, alimentación y acceso a servicios médicos, en algunas comunidades, ciertas creencias pueden influir en la búsqueda de atención médica, lo que podría atrasar el diagnóstico y control del síndrome hipertensivo gestacional.

Más que con la religión en sí, es importante promover estrategias d salud inclusivas para todos los grupos religiosos, garantizando acceso de información y atención prenatal de calidad.

Escolaridad.

Es nuestro estudio se investigó la escolaridad de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional. Como resultado se obtuvieron los siguientes datos.



Gráfica N° 4. Escolaridad de las pacientes

Fuente. Encuesta dirigida a pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

La grafica muestra el porcentaje de escolaridad de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional el cual el 33% aprobaron la secundaria y el 67% terminaron la primaria.

Esto indica que la mayoría de las mujeres afectadas tienen un nivel educativo bajo. La mayor prevalencia del síndrome hipertensivo gestacional en mujeres con baja escolaridad podría estar relacionada con la falta de información sobre la salud materna y dificultades económicas.

Las mujeres que solo terminaron la primaria pueden tener menor acceso a controles prenatales adecuados lo que aumenta el riesgo de complicaciones en el embarazo, un mayor nivel educativo suele asociarse con mejores condiciones de vida, mayor acceso a información sobre alimentación, cuidados prenatales y prevención de enfermedades.

Este análisis nos lleva a reflexionar sobre: la importancia de la educación en la salud materna y garantizar el acceso a controles prenatales adecuados. La educación y el acceso a información son herramientas claves para reducir los riesgos durante el embarazo y mejorar la calidad de vida de las madre y su bebés.

Estado civil.

En nuestro estudio también se investigó el estado civil de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional del puesto de salud de la mora, como resultados se obtuvieron los siguientes datos.

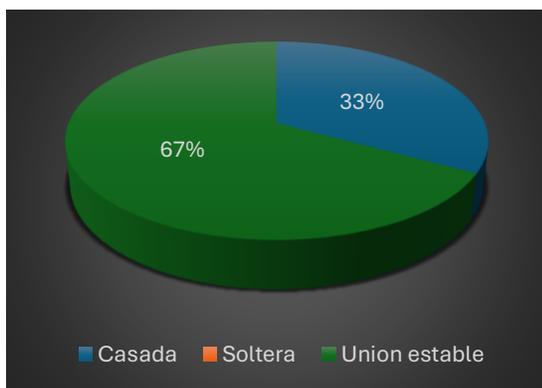


Grafico N° 5. Estado civil de las pacientes.

fuelle. Encuesta dirigida a pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

. La grafica muestra el porcentaje del estado civil de las pacientes embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional, el cual el 33% están casada y el 67% unión estable.

Esto significa que la mayoría de las embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional no tienen un matrimonio formalizado, la mayor incidencia del síndrome en mujeres en unión estable podría estar relacionada con factores sociales y económicos.

Las mujeres de unión estables podrían tener menos estabilidad económica y menos acceso al servicio de salud de calidad, lo que aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo, estar casada podría implicar una mayor seguridad económica y emocional, lo que favorece un mejor seguimiento prenatal y una reducción del riesgo de hipertensión gestacional.

Es necesario reforzar las estrategias de educación materna y el servicio equitativo a servicios de salud, asegurando que todas las mujeres, independientemente de su estado civil, reciban la atención necesaria para un embarazo seguro.

Procedencia.

En nuestro estudio también se investigó el Área de las embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional de la more obteniendo los siguientes datos.

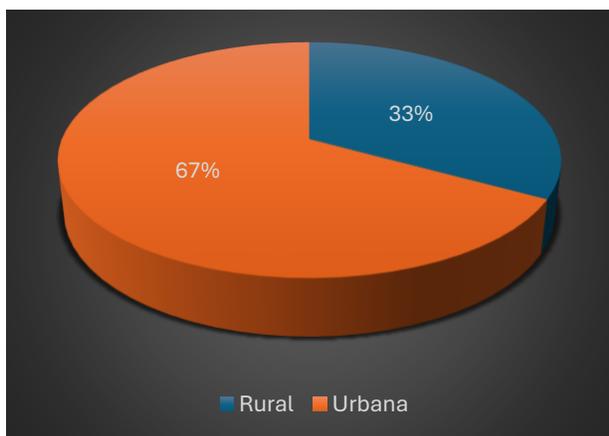


Gráfico N°6. Procedencia de las pacientes

fuelle. Encuesta dirigida a pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

La grafica muestra el porcentaje de la procedencia de las embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional el cual el 33% habitan en zona rural y el 67% en la zona urbana de la mora.

Esto indica que la mayoría de las mujeres afectadas con síndrome hipertensivo gestacional residen en áreas urbanas. A partir de estos datos podemos interpretar que: La mayor incidencia del síndrome en zonas urbanas podría estar relacionada con factores con mayor estrés, alimentación poco saludable, sedentarismo y contaminación todos ellos posible desencadenantes de la hipertensión gestacional.

En las zonas rurales aunque el porcentaje es menor puede haber un su registró de casos debido a dificultades de acceso lo que impide un diagnóstico oportuno. Las embarazadas en zonas urbanas tienen mayor acceso a hospitales y clínicas, lo que podría explicar la mayor detención del síndrome hipertensivo gestacional en estos entornos.

Es necesario fortalecer la educación en salud el acceso a atención prenatal en todas las regiones para reducir los riesgos del síndrome hipertensivo gestacional.

Signos y síntomas de pacientes diagnosticada con síndrome hipertensivo gestacional

Según Rodriguez (2021) define el signo como la manifestación objetiva de una enfermedad o estado donde el medico percibe o provoca.

Los síntomas es la manifestación subjetiva de una enfermedad, apreciable solamente por el paciente como dolor, comezón o ardor. (Rodríguez, 2021)

(Ministerio de Salud, 2022) Dice que los síntomas son manifestaciones subjetivas que el paciente experimenta y expresa pero que no son objetivamente observables o medibles por el personal de salud y los signos son las manifestaciones objetivas que el profesional de salud puede medir o verificar durante la evaluación clínica.

4.3. Descripción de los Signos y síntomas de las pacientes del síndrome hipertensivo gestacional.

En la siguiente tabla se presentan los datos que detallan los signos y síntomas de las pacientes en estudio del síndrome hipertensivo gestacional. Esta información es útil para el monitoreo y diagnóstico temprano para esta condición contribuyendo a una atención más efectiva y a la prevención de complicaciones durante el embarazo.

Tabla 1. Signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional.

Signos y síntomas					
pacientes	Hipertensión arterial	Nauseas	cefalea	Cambios de visión	Dolor de abdomen
Embarazada Nº 1	Si	No	Si	No	No
Embarazada Nº 2	Si	No	No	Si	No
Embarazada Nº 3	Si	No	Si	No	No

Fuente. Encuesta dirigida a pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

La tabla presenta datos de las tres pacientes, las 3 presentan hipertensión arterial, Dos de ellas presentan cefalea, mientras 1 no la tienen, Solo una presenta cambio borroso en la visión mientras que las otras no.

Dado que la hipertensión arterial está presente en todos los casos, podría ser un factor común que contribuya a la cefalea y cambios visuales. La paciente que no tiene cefalea pero si tiene cambio en la visión la paciente podría tener una manifestación distinta de la hipertensión arterial lo que sugiere que la enfermedad puede afectar a las pacientes de manera distintas. La cefalea, al estar presente en los dos casos, podría ser un síntoma frecuente de hipertensión, pero no exclusiva. La paciente sin cambio visual pero con cefalea sugiere que la cefalea podría aparecer sin alteración visuales.

Es importante evaluar si la cefalea y los cambios en la visión están directamente relacionados con la hipertensión o si pueden deberse a otra patología. Como la hipertensión arterial es un factor común, se debe monitorear a las pacientes para prevenir complicaciones con crisis hipertensivas, accidentes cerebro vasculares o daños ocular.

4.4. Manejo del síndrome Hipertensión Gestacional según normativas MINSA.

LISTA DE CHEQUEO

Se revisó la lista de chequeo para un mejor manejo, el cual es una herramienta que sirve para evaluar y verificar el cumplimiento del procedimiento y el tratamiento.

Que hace referencia tanto como la parte diagnostica como al tratamiento de la condición.

Tabla N ° 7. Lista de chequeo

**ENFERMEDAD HIPERTENSIVA Y EMBARAZO: Basado en el Manual
IMPAC de OMS WHO/RHR/00.7**

A continuación, se mencionan una serie de indicaciones de cumplimiento obligatorio para el manejo de las complicaciones obstétricas, cada una de ellas deberá de consignarse en el expediente clínico durante el proceso de atención. En la realización de auditoría del expediente clínico, se utilizará esta lista de chequeo. Cada columna corresponde a un expediente clínico evaluado.

En cada casilla se marcará: 1 si se registró la indicación en el expediente clínico, 0 si no se encuentra, y NA (No Aplica), en aquellos casos en los que por situación clínica de la paciente o el contexto del establecimiento de salud no se plasme en el expediente clínico tal indicación.

Se considera que el expediente cumple cuando no existe 0 en ninguna de sus casillas.

	Número de Expediente.	0					
		1	1	0			
		0	4	4			
		4	0	0			
		0	1	8			
		8	0	8			
			4	9			
	Criterios	1	2	3	4	5	Promedio
1.	Enumeró en el expediente clínico los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva y embarazo.	1	1	1			

2.	Clasifico adecuadamente según las definiciones el trastorno hipertensivo asociado al embarazo.	1	1	1			
3.	Realizó cinta reactiva en orina para búsqueda de proteinuria en paciente de bajo riesgo.	1	1	1			
4.	Indicó cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs en paciente con alta sospecha de pre eclampsia y sin proteinuria detectada en cinta reactiva.	N A	N A	N A			
5.	Detectó de forma oportuna los criterios de severidad para pre eclampsia.	1	1	1			
6.	Indicó de forma oportuna (antes de las 16 semana uso de ASA en pacientes con riesgo de presentar pre eclampsia)	1	1	1			

7.	Plasmó en el expediente clínico los signos vitales, proteinuria, estado de conciencia, y estado fetal.	1	1	1			
8.	Realizó el abordaje terapéutico según objetivos.	1	1	1			
9.	En caso de emergencia hipertensiva, utilizó fármacos recomendados según disponibilidad.	1	1	1			
10.	En pacientes con datos de severidad, administró neutro protección con Sulfato de Magnesio	NA	NA	NA			

11.	En caso de prematuros indicó dosis de corticoide antenatal si nacimiento no era inminente.	NA	NA	NA			
12.	Envió todos los exámenes de laboratorio pertinentes para descartar organicidad.	1	1	1			
13.	Interrogó y plasmó en el expediente la presencia o ausencia de sintomatología materna como criterio de severidad.	1	1	1			
14.	Planificó de forma oportuna la finalización de la gestación.	1	1	1			
16.	Vigiló adecuadamente el periodo puerperal.	1	1	1			
17.	Reclasificó la enfermedad hipertensiva en el embarazo en el periodo oportuno.	1	1	1			
18.	Pacientes en seguimiento por consulta externarecibieron manejo multidisciplinario.	1	1	1			
19.	Se le brindó consejería sobre planificación y garantizó MPF según recomendaciones OMS post evento obstétrico.	NA	NA	NA			
24.	Brindó seguimiento puerperal en establecimiento de II nivel en caso de morbilidad severa asociada.	NA	NA	NA			
	Expediente cumple:	Si	si	si			

Promedio Global:	100%	100%	100%			
-------------------------	------	------	------	--	--	--

Fuente. Normativa 109

Se puede interpretar que cada una de las atenciones prenatales se enumeró los factores de riesgo para la enfermedad hipertensiva durante el embarazo se clasificó adecuadamente las definiciones del trastorno hipertensivo se les realizó cinta reactiva de uro análisis para la búsqueda de proteinuria

La tabla ilustra el cumplimiento de los estándares de calidad basado en la revisión de expedientes clínicos mediante la lista de chequeo, de los expedientes revisado el 100% cumplen con el manejo establecido..

El predominio del cumplimiento sugiere que la mayoría de los procesos relacionados con el manejo de los expedientes están alineados con los estándares de calidad.

Esta grafica no solo comunica resultados actuales si no también impulsa la reflexión sobre como optimizar los procedimientos y garantizar una mejora continua.

Manejo del síndrome hipertensivo

Según Ministerio de Salud (2022) el manejo y seguimiento que se le brinde a la paciente depende de la clasificación de cada una de sus variantes. Debido a esto es necesario realizar un diagnóstico, manejo y seguimiento adecuado y oportuno para mejorar la morbilidad materna y perinatal.

En su forma pura, no se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad perinatal, ni a una disminución del peso de los recién nacidos. En general su manejo es expectante hasta las 38 semanas de gestación, siempre y cuando se haya descartado una preeclampsia. La terapia antihipertensiva se deberá comenzar si persiste la presión arterial diastólica entre 90 a 109 mmhg con uno de los siguientes agentes antihipertensivos: Alfa Metal Dopa, Labetalol y Bloqueadores de los Canales del Calcio (Nifedipina)

Dosis inicial o de ataque

Utilizar Labetalol 10 mg IV. Si la respuesta con la dosis anterior de Labetalol es inadecuada después de 10 minutos, administre Labetalol 20 mg IV, aumente la dosis a 40 mg y luego a 80 mg según repuesta, con intervalos de 10 min. Entre cada dosis. En casos extremos utilice Nifedipina: 10mg vía oral cada 4 horas para mantener la presión arterial diastólica entre 90 y 100 mmhg.

No utilizar la vía sublingual. No utilizar nifedipina y sulfato de magnesio juntos.

Medicamentos antihipertensivos que se pueden usar.

La mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan Labetalol oral, nifedipina y metildopa como antihipertensivos de primera línea, se recomiendan Labetalol intravenoso, nifedipina oral o hidralazina IV para tratar la hipertensión severa.

El Labetalol es un bloqueador alfa y beta (no selectivo) combinado, que se usa en forma oral y parenteral; predomina el bloqueo beta, particularmente cuando se administra Labetalol por vía parenteral. El efecto general es vasodilatación sin taquicardia refleja o reducción del gasto cardiaco. El Labetalol debe usarse con precaución en mujeres con asma leve a moderada (u otra contraindicación para la beta bloqueo no selectivo) y no en mujeres con asma grave o moderada. También puede aumentar el riesgo de bradicardia e hipoglucemia neonatal.

El nifedipino es un bloqueador de los canales de calcio dihidropiridínico que actúa sobre el músculo liso vascular para producir vasodilatación y reducir la resistencia vascular sistémica. La formulación de liberación intermedia se puede usar para la hipertensión severa o no severa durante un período de tiempo más corto, mientras que la formulación de liberación prolongada es apropiada para la hipertensión no severa. Este fármaco puede provocar taquicardia refleja, sofocos y/o cefalea (particularmente entre aquellos predispuestos) y edema periférico cuando se usa en dosis altas.

La hidralazina es un vasodilatador de acción directa, reduce la resistencia vascular periférica, después del metabolismo en la pared del vaso, lo que puede explicar la variabilidad en el inicio del efecto entre individuos y un tiempo más prolongado hasta el inicio (10-20 minutos). Los efectos secundarios son similares al nifedipino, otro vasodilatador.

La alfametildopa es un antagonista de los receptores alfa de acción central que disminuye el tono simpático y reduce la resistencia vascular periférica. Está disponible sólo en una formulación oral. Sus efectos secundarios del sistema del uso de alfametildopa en el embarazo (somnolencia, depresión).

Medicamentos antihipertensivos que no se puede usar.

Ningún medicamento antihipertensivo es un teratógeno humano comprobado. Sin embargo, es mejor evitar algunos agentes durante el embarazo, dadas las preocupaciones posibles o comprobadas sobre la fototoxicidad y la disponibilidad de agentes alternativos. El atenolol, un betabloqueante cardio selectivo, puede reducir la velocidad de crecimiento fetal. Muchos médicos se sienten incómodos al usar tiazidas y diuréticos similares a las tiazidas debido a preocupaciones teóricas sobre la reducción de la expansión del volumen plasmático gestacional, sin embargo, los diuréticos no se asociaron con resultados adversos cuando se utilizaron durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia. Su uso probablemente se limite mejor a circunstancias específicas (riñón en esponja medular). Los IECA y ARA II no deben usarse en mujeres una vez embarazadas (recomendación grado C y D) aunque no parecen ser teratógenos, puede haber un exceso de abortos espontáneos, restricción del crecimiento fetal y morbilidad neonatal después de su uso al comienzo del embarazo, incluso cuando se suspende el medicamento al comienzo del embarazo.

Tabla Agentes antihipertensivos utilizados para el control de la presión arterial en el embarazo

Tabla 2 agentes antihipertensivos.

Fármaco	Dosis	Efectos adversos	Efecto de acción	Mecanismo de acción
Nifedipina	10-40 mg por vía oral, repetir en 30 minutos si es necesario; luego 10 a 30 mg cada 6 a 12 horas al día. Dosis máxima es de 120 mg en 24 horas	-Taquicardia -cefalea	5 – 10 minutos	-vasodilatador -calcio antagonista
Labetalol	100-600 mg por dosis, 3 a 4 veces al día Dosis máxima: 1200 mg, 10-20 mg IV, luego 20-80 mg cada 10-30 minutos dosis acumulativa máxima de -dosis máxima de 300 mg o ya sea en infusión continua de 1-2 mg/min IV	-Evitar en mujeres con asma -Evitar en enfermedad miocárdica preexistente, función cardiaca descompensada -Bloqueo cardiaco -Bradycardia	1-2 minutos	a y b bloqueador

Hidralazina	5 mg IV O IM, que 5-10 mg IV cada 20-40 min -Dosis máxima de 20 mg; o en infusión continua de 0,5-10 mg/h	-Dosis altas se asociadas con hipotensión - Cefalea 10 – 20 minutos Vasodilatador - Trazados anormales de la frecuencia cardíaca fetal	10-20 min	Vasodilatador
Alfametildopa	250-750 mg por dosis, tres veces al día Anti adrenérgico de acción central Dosis máxima 2,500 mg en 24 horas			Anti adrenérgico de acción central

fuelle. normativa 109Nota: Agentes antihipertensivos utilizados para el control de la presión arterial en el embarazo de (Ministerio de Salud, 2022). Normativa publicada. Página 13.

Si no se controla la presión arterial con primer fármaco y alcanza dosis media en 24 horas puede agregar segundo fármaco antihipertensivo con el fin de mejor control pronto y evitar picos

de hipertensión arterial. Cuando se haya resuelto la hipertensión severa, cambie a la medicación oral de rutina; No exceder la dosis máxima de Labetalol IV que es de 300 mg en total en un ciclo de tratamiento; Si la nifedipina o la hidralazina fueron el fármaco inicial utilizado, elija Labetalol oral o metildopa oral como fármaco alternativo, y dosis inicial de Labetalol IV; No exceda la dosis máxima de hidralazina IV de 20 mg.

4.5. Acciones de enfermería que se retomaron a pacientes diagnosticada con síndrome hipertensivo gestacional.

Las acciones de enfermería en el síndrome hipertensivo gestacional se centran en la detección temprana, monitoreo y manejo de signos y síntomas que puedan indicar complicaciones en el embarazo, como preeclampsia y eclampsia. El objetivo principal es proteger tanto la salud de la madre como la del feto, previniendo complicaciones graves mediante un seguimiento riguroso y apoyo emocional.

El cuadro siguiente ofrece una visión general de los pasos y protocolos sugeridos en la valoración y tratamiento de la hipertensión gestacional en el contexto de atención primaria, de acuerdo con los lineamientos del MINSA.

Tabla 3- Acciones de Enfermería.

Etapa de valoración	Acciones de Enfermería
Etapa inicial	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar signos vitales: (tomar presión arterial en reposo, frecuencia cardiaca, respiración y temperatura). ✓ Identificar antecedentes de hipertensión, diabetes u otras condiciones de riesgo.

Identificación de síntomas de alarma	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar y registrar síntomas de alarmas como: cefalea intensa, visión borrosa, edemas en cara y manos. Dolor en epigastrio. ✓ Verificar la presencia de proteínas en orinas.
Educación a la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar a la paciente sobre la importancia de los controles prenatales y la detección temprana de síntomas- ✓ Instruir sobre signos de alarma y cuando acudir al centro de salud. ✓ Fomentar una dieta saludable y actividad física.
Control periódico de la presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar controles frecuentes de la presión arterial y llevar un registro. ✓ Reportar cualquier elevación significativa de la presión arterial a los médicos responsables.
Monitoreos de parámetros clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar regularmente la presencia de edemas, alteraciones en visión y función renal (análisis de proteínas en orina según protocolo)
Administración de medicamentos (si es indicado)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar y administrar los antihipertensivos prescritos por el médico, según las guías del Minsa. ✓ Monitorear los efectos y posibles efectos secundarios.
Apoyo psicoemocional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar apoyo emocional a la paciente y su familia para reducir el estrés y la ansiedad. ✓ Fomentar un ambiente de apoyo y confianza durante el seguimiento.

V. CONCLUSIONES

1. Se caracterizo socio demográficamente a las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional y se encontraron 3 con SHG de 48 embarazadas y dos en edad de 15 a 20, dos evangélicas y una católica, dos terminaron la primaria y una la secundaria, una casada y una en unión estable y una vive en zona rural y dos en lo urbano de la mora.
2. Al describir los signos y síntomas que presentaron las pacientes los cuales son: hipertensión gestacional, cefalea y cambio en la visión.
3. Al evaluar el manejo del síndrome hipertensivo gestacional se logró dar repuesta a los signos y síntomas de esta patología siguiendo normativas Minsa a pacientes embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional siguiendo el tratamiento farmacológico y no farmacológico aplicándole a la lista de chequeo para evaluar la calidad del manejo.
4. Se realizaron acciones de enfermería basada en la normativa establecida por el Minsa, para la atención de embarazada con síndrome hipertensivo gestacional, se ejecutó intervenciones claves, como la monitorización continua de los signos vitales, la administración de fármacos antihipertensivo bajo prescripción médica, y la educación a la paciente sobre la importancia de la dieta y el descanso y su control se obtuvieron resultados satisfactorios.

VI. BIBLIOGRAFIA

s.f.). Obtenido de <https://uaeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html3>

(s.f.). Obtenido de <https://uaeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html#:~:ex+=la%20organizacio%c3n%20mundial%20de%20la,diversos%20cambios%20fisiol5>

Alvarez, J., & Guevara, M. (15 de mayo de 2018). service.es. *alba editorial*. Obtenido de <https://www.scielo.es>.

Casco Serabia et al, D. d. (2019). *UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER*. Managua, Nicaragua: 12 de Noviembre del 2020.

Casco, L. (2020). *Obstetricia y Ginecologia*. Colombia: 30 marzo del 2022.

Cherney, A. H. (2013). *Enfermadades en mujeres embarazadas*. España: Elsevier.

Duvauchelle, J. J. (20 de 01 de 2022). *Diccionarios de NCI*. Obtenido de <https://wwwgod.mx>

Espejo, E. (12 de septiembre de 2021). ciencia constituida. *scientific electronic library online*. Obtenido de <https://www.elsevier.es>

Estrada, E. (06 de Diciembre de 2023). *Instituto Nicaraguense de Turismo*. Obtenido de <https://www.mapanicaragua.com>

Felipe IV. (19 de Mayo de 2023). *Asociacion de academias de la lengua espaola*. Obtenido de <https://dle.rae.es>

Fernandez, J. M. (95 de 08 de 2021). *Real Academia Española*. Obtenido de <https://www.rae.es>

Fhabian et al. (25 de Marzo de 2020). *Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clinica*. Obtenido de <https://www.researchgate.net/>: <https://doi.org/>

Flores Oviedo, N. (01 de 01 de 2022). *Factores sociodemograficos*. Obtenido de <https://decs.bvsalud.org>

(2024). *guia de observacion*. la mora puesto de salud: expedientes.

INIDE. (2023). *Caracteristicas social y demograficas*, <https://www.inide.gob.ni>.

INIDE. (2023). <https://www.inide.gob.ni>.

Lopez Garcia, A. P. (2019). *Evolución clínica de las pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional*. Managua: Octubre 2019.

Mendez, N. (2026). *clasificacion de simbrome hipertencivo gestacional*. medizan : sciclo sldi.

Ministerio de Salud. (2 de abril de 2022). Normativa Síndrome Hipertensivo Gestacional . Managua, Nicaragua.

MINSA, T. (2023). *Cracteristicas sociodemograficas la Dalia*. La Dalia: 2023.

Nordhaus, W. (27 de Octubre de 2021). *Administracion de ciencias sociales*. Obtenido de <https://facs.ort.edu.uy>

normativa SHG minsa, s. p. (2 de abril de 2022). sulfato de magnesio. *SHG*. managua, nicaragua: minsa.

Picado, A. 2. (20 de marzo de 2019). Obtenido de <https://www.minsa.gob.ni/>

Roble, O. Y. (30 de Marzo de 2020). *American College*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>: www.ncbi.nlm.nih.gov

Rodriguez, C. I. (2021). *Revista de signos*. España: version on-line.

SALUD, L. G. (14 DE MARZO 2002). *ARTICULO 32*. MANAGUA.

salud, m. d. (noviembre de 2015). normativa 011 segunda edicion. *normas de protocolo para la atencion prenatal*. managua, nicaragua, managua: biblioteca de la salud.

salud, m. d. (octubre de 2018). normativa 109. *protocolo para la atencion de complicaciones obstetricas*. managua, segunda edicion, nicaragua: biblioteca de la salud.

Shriver, E. K. (04 de abril de 2020). Obtenido de NIH...Transformacion de descubrimientos en salud:

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion#:text=embarazo%20es%20el%20t%C3%a9rmino%20utilizado,per%C3%Adodo>

Villegas, R. (01 de 02 de 2022). *Estado civil*. Obtenido de <https://www.conceptosjuridicos.com>

Wert, j. i. (04 de 07 de 2022). *Diccionario de la lengua Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es.com>

Anexo



CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL MATAGALPA
DEPARTAMENTO CIENCIAS TECNOLOGIA Y SALUD

Anexo N°1. Operacionalización de Variable

Tabla N° Operación variable sociodemográfica

Objetivos	Variable	Definición	Indicador	Escala de medición	Preguntas
Caracterizar sociodemográfica a las	Características sociodemográficas	Son aquellas que describen sociodemográficamente aspectos de la	Edad	12- 14año 15-19 año 20-34 año >35 año	¿Qué edad tiene?

embarazadas en estudio	composición de una población o grupo social en términos variables sociológicos y demográficos. Estas características suelen incluir datos como la edad, la escolaridad. Estado civil, religión, antecedentes familiares, procedencia y economía.	Escolaridad	Primaria Secundaria Universidad Ninguna	¿Qué grado académico tiene aprobado?
		Estado civil	Soltera Casada Unión estable Divorciada viuda	¿Cuál es su estado civil?
		Religión	Católica Evangélica Sabatista Testigo de Jehová Ateo	¿A qué religión pertenece?
		Antecedentes Familiares	HTA (mama) HTA (hermana) HTA (abuela)	¿Tiene algún familiar de padezca de la presión alta?
		Procedencia	Rural Urbana	¿Cómo es el área donde usted vive?
		Economía	Clase alta Clase media	¿Cómo es su economía?

		<p>los síntomas es la manifestación subjetiva de una enfermedad apreciable solamente por el paciente como dolor, picor, o ardor</p>	<p>Hipertensión con preeclampsia agregada</p>	<p>-normalización de presiones después de las 12 semanas post parto .</p> <p>-Presencia de proteinuria.</p> <p>-Hipertensión arterial que inicia después de las 20 semanas de gestación.</p> <p>-Hipertensión resistente uso de 3 o más hipertensivos.</p> <p>-proteinuria nueva que empeora en 24 horas.</p>	<p>¿Ha presentado síntomas durante el embarazo?</p> <p>¿Ha presentado convulsiones?</p>
--	--	---	---	---	---

			<p>Preeclampsia</p> <p>Eclampsia</p>	<p>-Presencia de convulsiones.</p> <p>-Presencia de convulsiones antes durante, y después del parto.</p> <p>-Dolor en el hipogastrio e hipocondrio derecho.</p> <p>-PA: > o igual a 160mmhg o PAD: >110mmhg.</p> <p>-Oliguria <500cc</p> <p>-Alteraciones visuales</p> <p>-Manifestaciones cerebrales</p> <p>-Edema agudo en el pulmón, o cianosis</p>	<p>¿Ha presentado dolor abdominal?</p>
--	--	--	--------------------------------------	---	--

			Síndrome de HELLP	-Hemólisis -Elevación de enzimas hepáticas - Trombocitopenia	
--	--	--	----------------------	---	--

Fuentes. Normativa 109

Anexo 2

Parria de resultados

Resultado 1

Edad de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional		
N°	Rango de edades	cantidad
1	15-20	2
2	20-25	0
3	25-30	0
4	30-35	1

Fuente. encuesta

resultado 2

Religión de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional		
N°	Religión	cantidad
1	Evangélica	2
2	Católica	1
3	morava	0
4	otras	0

Resultado 3

Escolaridad de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional		
N°	Escolaridad	cantidad
1	Primaria	2
2	Secundaria	1
3	universidad	0

Fuente. encuesta

Resultado 4

Estado civil de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional		
N°	Estado civil	Cantidad
1	Casada	1
2	Soltera	0
3	Unión estable	2

Fuente. encuesta

resultado 5

procedencia de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional		
N°	Zona	Cantidad
1	Rural	1
2	urbana	2

Anexo 3

Estimada usuaria somos estudiantes de Enfermería del Programa UNICAM, estamos realizando una investigación que tiene el objetivo de Determinar el manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional, es por ello que necesitamos de su valiosa cooperación.

n a las siguientes preguntas:

I. Características sociodemográficas.

1. ¿Qué edad tiene?
 - a) 12- 14 años
 - b) 15- 19 años
 - c) 20- 34 años
2. >35 años

3. ¿Qué grado académico tiene aprobado?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Universitaria
- d) Ninguna

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión de hecho estable
- d) Divorciada
- e) Viuda

5. ¿A qué religión pertenece

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Adventista
- d) Mormones
- e) Testigo de Jehová

f) Ateo

6. ¿Tiene algún familiar que padezca de presión alta?

- a) Mama
- b) Hermana
- c) Abuela

7. ¿Cómo es el área donde usted vive?

- a) Rural
- b) Urbana

8. ¿Cómo es su economía?

- a) Clase alta
- b) Clase media
- c) Clase baja.

II. Signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional

9. ¿Alguna vez le han diagnosticado hipertensión crónica?

- a) Si
- b) No

10. ¿Tomaba antihipertensivo antes del embarazada?

- a) Si
- b) No

11. ¿Hace cuando le diagnosticaron hipertensión crónica?

- a) 1 año
- b) 2 años
- c) 3 años

12. ¿Toma antihipertensivo?

- a) Si
- b) No

13. ¿Ha presentado síntomas durante el embarazo?

- a) Cefalea
- b) Vomito
- c) Mareo

14. ¿Ha subido de peso repentinamente?

- a) Si
- b) No

15. ¿Ha presentado cambio de visión?

- a) Borrosa
- b) Doble

16. ¿Ha presentado dolor abdominal?

- a) si
- b) no

17. ¿Ha presentado convulsiones?

- a) SI

Anexo 4

Tabla N ° 7. Lista de chequeo

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA Y EMBARAZO: Basado en el Manual IMPAC de OMS WHO/RHR/00.7							
<p>A continuación, se mencionan una serie de indicaciones de cumplimiento obligatorio para el manejo de las complicaciones obstétricas, cada una de ellas deberá de consignarse en el expediente clínico durante el proceso de atención. En la realización de auditoría del expediente clínico, se utilizará esta lista de chequeo. Cada columna corresponde a un expediente clínico evaluado.</p> <p>En cada casilla se marcará: 1 si se registró la indicación en el expediente clínico, 0 si no se encuentra, y NA (No Aplica), en aquellos casos en los que por situación clínica de la paciente o el contexto del establecimiento de salud no se plasme en el expediente clínico tal indicación.</p> <p>Se considera que el expediente cumple cuando no existe 0 en ninguna de sus casillas.</p>							
	Número de Expediente.						
	Criterios	1	2	3	4	5	Promedio
1.	Enumeró en el expediente clínico los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva y embarazo.						

2.	Clasificó adecuadamente según las definiciones el trastorno hipertensivo asociado al embarazo.						
3.	Realizó cinta reactiva en orina para búsqueda de proteinuria en paciente de bajo riesgo.						
4.	Indicó cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs en paciente con alta sospecha de pre eclampsia y sin proteinuria detectada en cinta reactiva.						
5.	Detectó de forma oportuna los criterios de severidad para pre eclampsia.						
6.	Indicó de forma oportuna (antes de las 16 semana uso de ASA en pacientes con riesgo de presentar pre eclampsia)						

7.	Plasmó en el expediente clínico los signos vitales, proteinuria, estado de conciencia, y estado fetal.						
8.	Realizó el abordaje terapéutico según objetivos.						
9.	En caso de emergencia hipertensiva, utilizó fármacos recomendados según disponibilidad.						
10.	En pacientes con datos de severidad, administró neuro protección con Sulfato de Magnesio						
11.	En caso de prematuros indicó dosis de corticoide antenatal si nacimiento no era inminente.						

12.	Envió todos los exámenes de laboratorio pertinentes para descartar organicidad.						
13.	Interrogó y plasmó en el expediente la presencia o ausencia de sintomatología materna como criterio de severidad.						
14.	Planificó de forma oportuna la finalización de la gestación.						
16.	Vigiló adecuadamente el periodo puerperal.						
17.	Reclasificó la enfermedad hipertensiva en el embarazo en el periodo oportuno.						
18.	Pacientes en seguimiento por consulta externarecibieron manejo multidisciplinario.						
19.	Se le brindó consejería sobre planificación y garantizó MPF según recomendaciones OMS post evento obstétrico.						
24.	Brindó seguimiento puerperal en establecimiento de II nivel en caso de morbilidad severa asociada.						
	Expediente cumple:						
	Promedio Global:						

fuentes. normativa 109

Anexo N°4. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL MATAGALPA

UNICAM- LA DALIA

DEPARTAMENTO CIENCIAS TECNOLOGIA Y SALUD

PROTOCOLO

Consentimiento Informado

Por medio de la presente, Yo _____
identificado(a) con el número de cedula _____ de la ciudad de

_____, departamento de _____, permito que realicen uso de mis datos con fin académico en el trabajo de estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Por ende, accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de la manera más honesta posible. Además accedo a participar en actividades relacionadas con la investigación realizada. Finalmente, autorizo que los datos que se recolectan en la encuesta sean utilizados y sean reflejados en el resultado de la investigación.

Expreso que los estudiantes de la universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua UNICAM-La Dalia me han explicado los objetivos de dicha investigación.

Firma. _____

Fecha. _____