



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-CUR- MATAGALPA - UNICAMP- LA DALIA**

**Departamento De Ciencia, Tecnología y Salud.
SEMINARIO DE GRADUACIÓN
Para optar al título de Licenciatura en Enfermería 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, sede de sector El Tuma, durante el II semestre del año 2024**

AUTORES

Br. Alicia Katiela Blandón Montenegro

Br. Carol Liseth Rivas Gonzales

Br. María Danelia Ramos Sevilla

TUTOR

MSc. Anielka Massiel Palacios Herrera

La Dalia, 2 de Diciembre 2024



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-CUR- MATAGALPA - UNICAMP- LA DALIA**

**Departamento De Ciencia, Tecnología y Salud.
SEMINARIO DE GRADUACIÓN
Para optar al título de Licenciatura en Enfermería 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, sede de sector El Tuma, durante el II semestre del año 2024**

AUTORES

Br. Alicia Katiela Blandón Montenegro

Br. Carol Liseth Rivas Gonzales

Br. María Danelia Ramos Sevilla

TUTOR

MSc. Anielka Massiel Palacios Herrera

La Dalia, 2 de Diciembre 2024

ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Valoración Del Docente.....	iii
Resumen.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	6
III. OBJETIVOS.....	7
IV. DESARROLLO DEL SUBTEMA.....	8
4.1. Síndrome hipertensivo gestacional.....	8
4.2. Caracterización Sociodemográfica de las pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional.....	12
4.3. Signos y síntomas del Síndrome Hipertensivo gestacional en las pacientes en estudio.....	19
4.4. Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional de las pacientes en estudio. 22	
4.5. Acciones de Enfermería en pacientes con hipertensión gestacional.....	29
V. CONCLUSIONES.....	32
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
VII. ANEXOS.	

DEDICATORIA

A Dios por la sabiduría y el don de la vida, quien nos ha premiado con el tiempo y la oportunidad de cumplir nuestra meta.

A nuestros padres, quien con su amor, apoyo incondicional y sabios consejos nos han guiado en cada paso de este camino. Gracias por creer en mí cuando a veces yo no lo hacía.

A mis profesores y mentores, quienes con su paciencia y dedicación me han proporcionado las herramientas necesarias para crecer personal y profesionalmente.

A mis amigos y compañeros, con quienes compartí experiencias, alegrías y retos a lo largo de esta etapa y finalmente a mí mismo, por la perseverancia, esfuerzo que me han permitido llegar hasta aquí. Este logro es también el reflejo del compromiso y la pasión por aprender y mejorar cada día más.

Br. Alicia Katiela Blandón Montenegro

Br. Carol Liseth Rivas Gonzales

Br. María Danelia Ramos Sevilla

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos dado la salud y fuerza para alcanzar nuestro proyecto.

Al equipo administrativo y personal de salud del Hospital primario La Dalia, por brindarnos la confianza, motivación y apoyo en nuestros años de preparación.

A nuestra Tutora MSc. Anielka Massiel Palacios Herrera por su colaboración y acompañamiento en la elaboración de nuestro seminario.

De esta manera agradecemos a MSc. Lessandra Flores Rodríguez, por guiarnos durante el inicio de nuestro trabajo.

A nuestras autoridades gubernamentales por reconstituir nuestros derechos a estudios superiores.

Br. Alicia Katiela Blandón Montenegro

Br. Carol Liseth Rivas Gonzales

Br. María Danelia Ramos Sevilla

VALORACIÓN DEL DOCENTE

RESUMEN

La hipertensión gestacional se define como la presión arterial sistémica $\geq 140/90$ mmhg de nueva aparición después de las 20 semanas de gestación, con una incidencia significativa en mujeres en edad reproductiva y un impacto considerable en la salud materna fetal. Esta investigación tuvo como propósito Analizar la incidencia y el manejo de síndrome hipertensivo gestacional en el municipio de la Dalia, sede de sector el Tuma, durante el II semestre del año 2024., se realizó un estudio de enfoque descriptivo, con corte transversal según el tiempo de desarrollo con una muestra de 5 mujeres embarazadas. Los datos se obtuvieron a través de la encuesta y guía de observación, los resultados indicaron que los principales factores de riesgos fueron edad avanzada, antecedentes familiares de hipertensión. Este estudio resalta la importancia de implementar estrategias preventivas y programas de atención prenatal enfocados en la detección temprana de factores de riesgos para reducir la incidencia y las complicaciones obstétricas, en conclusión se caracterizó socio demográficamente a las pacientes con hipertensión gestacional donde la mayoría de las mujeres encuestadas están entre las edades de 20 a 34 años, se identificaron los signos y síntomas mas predominantes como visión borrosa, epigastralgia y presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg, en la evaluación del manejo del síndrome hipertensivo se evidencio todos los estándares de calidad según lista de chequeo al expediente clínico y posteriormente se retomaron acción de Enfermería para una atención de calidad a las pacientes gestantes.

Palabras claves.

Síndrome hipertensivo.

Prevención.

Factores de riesgo.

Mortalidad materna y perinatal.

Complicaciones maternas.

Preeclampsia.

I. INTRODUCCIÓN.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la hipertensión gestacional, 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.

Este fue el primer estudio donde se evaluó el manejo del síndrome hipertensivo gestacional en el municipio de el Tuma La Dalia, sede de sector El Tuma.

El síndrome hipertensivo gestacional (SHG) presenta un desafío significativo en la atención contemporánea dado su impacto tanto en la madre con en el feto, ya que se caracteriza por la presión arterial elevada después de las 20 semanas de gestación, este síndrome se caracteriza por condiciones que abarca desde la hipertensión gestacional leve hasta la Preeclampsia, con complicaciones potencialmente fetales, por lo tanto el manejo va de acuerdo, Si la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y/o diastólica o igual a 90 mmHg, administre medicamentos antihipertensivos y reduzca la presión diastólica entre 80 a 60 mmHg y la sistólica entre 120 y 90 mmHg, con el objetivo de prevenir Preeclampsia y eclampsia.

Entre los antecedentes obstétricos durante el embarazo se encontró: en embarazo actual, diagnostico o sospecha de embarazo múltiple, menor de 20 años Mayor de 35 años, Insoinmunización Rh negativa en el embarazo actual o embarazos anteriores, Sangrado vaginal, masa pélvica, Presión arterial diastólica de 90 mmhg o más durante el registro de datos.

Es por lo que esta investigación se logró determinar manejos específicos, Caracterizar socio demográficamente a las embarazadas describir los signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional en la población en estudio, evaluar el manejo del síndrome hipertensivo gestacional según normativa 109 y retomar acciones de Enfermería en pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

Se realizó con el propósito de analizar la incidencia y el manejo de síndrome hipertensivo gestacional en el municipio de la Dalia, sede de sector el Tuma, durante el II semestre del año 2024, así como caracterizar socio demográficamente a las embarazadas en estudio, también describir los signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional en la población en estudio, para posteriormente, evaluar el manejo del síndrome hipertensivo gestacional según normativa MINSA y retomar acciones de Enfermería en paciente con síndrome hipertensivo gestacional a la población en estudio y al personal de salud, la causa, la etiología y el manejo de la patología, prevención de complicaciones graves como: La Preeclampsia, el parto pretérmino, el desprendimiento de placenta, o incluso problemas renales y cardiovasculares

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:

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 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 normoinserta 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 Serabia 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)

La presente investigación contiene un enfoque mixto, donde la metodología de la investigación combina tanto elementos cuantitativos como cualitativos en un solo estudio; por lo tanto es una investigación de carácter descriptiva, en el campo de estudio materno infantil de cohorte transversal dado a que se realizó durante el segundo semestre del año 2024, en el cual se recopiló y analizó información; con respecto a la muestra se encuentra una población de 37 embarazadas, en el sector del Tuma, de las cuales 5 presentaron síndrome hipertensivo gestacional, así mismo la técnica utilizada para dar salida a los objetivos es la encuesta y guía de observación por lo tanto se procesó la información a través de Word y Excel.

II. JUSTIFICACIÓN

Se eligió el síndrome hipertensivo gestacional porque presenta una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y es una causa importante de morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal. Esta condición incluye diferentes entidades clínicas, como la hipertensión gestacional, la preeclampsia y eclampsia, las cuales varían en severidad y consecuencias para la salud materno fetal, por consiguiente, se dará a conocer el manejo del síndrome hipertensivo gestacional.

Este trabajo tiene como propósito valorar el manejo del síndrome hipertensivo gestacional en las embarazadas del municipio el Tuma la Dalia, durante el segundo semestre del año 2024, debido al aumento de embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional que existen, se hace necesario realizar el presente estudio; por lo tanto, la importancia del tema, se refleja no solo en la salud inmediata de las mujeres embarazadas, sino también en las complicaciones a largo plazo, así como el mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida; en los fetos esta condición puede causar restricción del crecimiento intrauterina, parto pretérmino.

Tendrá como impacto, que el personal de salud comprenda el diagnóstico de manera más sencilla, realizando las intervenciones necesarias precozmente, que previenen el síndrome hipertensivo gestacional, esta investigación será útil para la universidad nacional autónoma de Nicaragua y servirá de guía para otros investigadores.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la incidencia y el manejo de síndrome hipertensivo gestacional en el municipio de la Dalia, sede de sector el Tuma, durante el II semestre del año 2024.

Objetivos Específicos

- 1- Caracterizar socio demográficamente a las embarazadas en estudio.
- 2- Describir los signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional en la población en estudio.
- 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

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.

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

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.

Principales complicaciones.

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

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 cesarías, 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 sistemática 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.



Ilustración 1 Mapa del municipio el Tuma la Dalia

Fuente: MINSA

El municipio de La Dalia está ubicado en la parte noreste del departamento de Matagalpa a 45 kilómetros de la cabecera departamental y a 145 kilómetros de la ciudad de Managua, la capital de Nicaragua. Tiene una extensión territorial de 651.3 kilómetros. Fue elevado a la categoría de municipio el 17 de agosto del año 1989 ya que antes su territorio formaba parte de los municipios de Matagalpa y San Ramón (MINSA, 2023).

Es un municipio que se encuentra estructurado alrededor de dos asentamientos con características urbanas, El Tuma y La Dalia que es a su vez, la cabecera municipal y en ellas están los representantes del gobierno local, la vía que comunica al municipio con otros departamentos, es de vital importancia ya que es una de las tres vías terrestres que unen a las dos grandes macro regiones del país, la del Centro y Pacífico con la de la Costa Caribe, su población es de 82,357 habitantes. (MINSA, 2023)

4.2. Caracterización Sociodemográfica de las pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional.

Según las características sociodemográficas son aquellas que describen aspectos de la composición de una población o grupo social en términos de variables sociológicas y demográficas. Estas características suelen incluir datos como la edad, la educación, la ocupación, el estado civil, la religión, la nacionalidad, la etnia, entre otros. Estas variables son importantes para comprender y analizar patrones sociales, comportamientos y tendencias en una población determinada. (Flores Oviedo, 2022)

En el sector del Tuma perteneciente al Hospital primario la Dalia se aplicó una encuesta a cinco mujeres embarazadas que fueron diagnosticadas con síndrome hipertensivo gestacional, al preguntar sobre la edad de ellas se obtuvieron los siguientes resultados.

Edad: Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la referencia, además es el tiempo que ha vivido una persona, cada uno de los períodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez. (Fernandez, 2021)

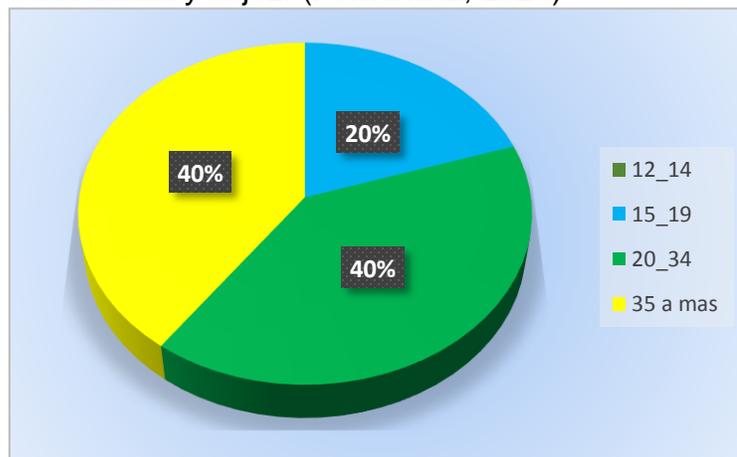


Gráfico N°. Edad de las gestantes

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con Síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Según el grafico N°1 el 20% de las mujeres encuestadas estan entre las edades de 15 a 19 años equivale a una paciente, un 40% de las pacientes de 20 a 34 años representa a 2 mujeres y el otro 40 % de las pacientes de 35 años a mas,2 según su grupo de edad, representan a las pacientes con sindrome hipertensivo gestacional durante el segundo semestres del año 2024.

De acuerdo, con Fernandez (2021), la edad esta basada en la información proporcionada, la edad no solo es un número sino que con lleva cambios y características propias de cada etapa de la vida, es fundamental la edad que eligimos tener nuestros hijos, porque repercute en nuestra salud y posibles complicaciones que podemos desencadenar durante nuestro embarazo.

La edad en las pacientes con hipertension gestacional es importante para poder identificar factores de riesgo y posibles complicaciones que pueden presentar durante el embarazo, sabemos que las edades consideradas como alto riesgo para embarazarse, es menor de 20 y mayor de 35 años, de esta manera logramos reconocer y tratar la patologia.

Religión: Es un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (Duvauchelle, 2022)

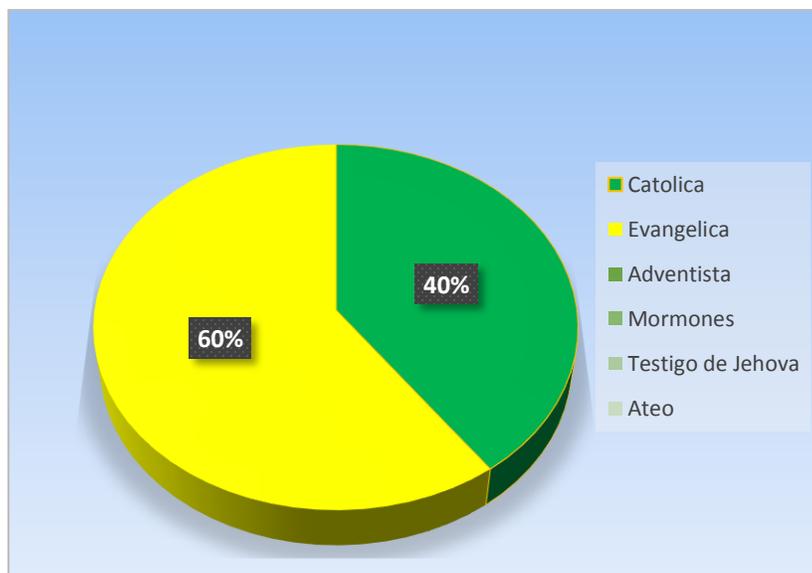


Gráfico N° 2 Religión de las pacientes.

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con Síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Según, el gráfico N°2 el 60% de las mujeres encuestadas tres practican la religion evangelica y un 40% que profesa el catolicismo dentro del ambito religioso equivale a dos pacientes.

Según, Duvauchelle (2022) “La religión abarca varios aspectos: no es solo una cuestión de creencias, sino también de emociones, comportamientos y rito, resalta que la religión tiene impacto tanto en el ámbito personal, como en el ámbito social, las creencias personales y la fe ayuda a las pacientes a lograr confiar en Dios para garantizar finalizar su embarazo sin complicaciones y si las hay lograr estabilizarla”.

En la relación con lo divino, el temor debería enfocarse en el amor y la confianza, siendo las prácticas rituales como la oración y el sacrificio fundamentales para las sociedades modernas, la religión es la guía para acercarnos a Dios y hacer crecer la confianza y la fe en el y en las demás personas.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Estudios, enseñanza. (Wert, 2022)

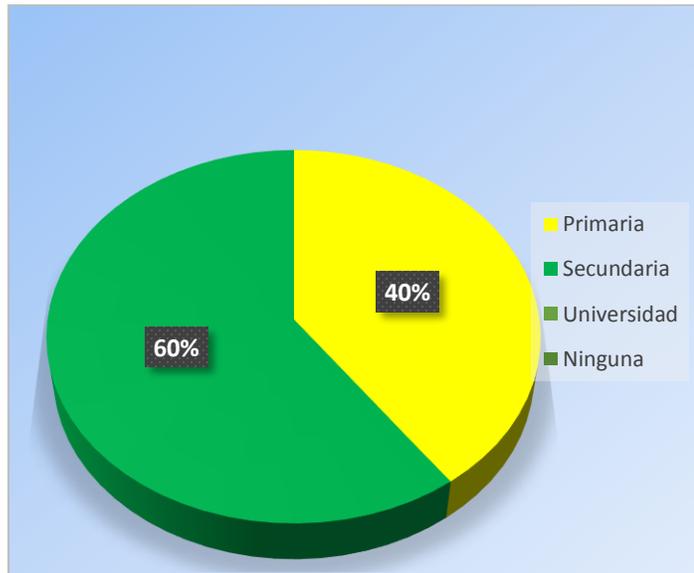


Gráfico N° 3 Grado académico de las pacientes

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con Síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Según el Gráfico N°3 el 60% de las pacientes encuestadas representa a 3 de ellas que han aprobado secundaria, un 40% de las embarazadas que representa 2 pacientes con primaria completa aprobada.

De acuerdo, con Wert (2022) la escolaridad es fundamental en la vida de todas las personas, tan solo el hecho de saber leer y escribir abre muchas puertas en el ámbito laboral y social, en las pacientes garantiza que ellas puedan identificar señales de peligro, leer la ficha de plan parto que les orienta cuando y como deben actuar.

Es la educación el seguimiento de cursos suficiente para garantizar el aprendizaje significativo, en las pacientes a estudio encontramos un 100% saben leer y escribir. En el municipio la Dalia hay un índice del 89% alfabetos y el 11% analfabetos, ya que se cuenta con construcción de nuevas escuelas y universidades que facilitan el acceso a la educación.

Estado civil: El estado civil es la situación en la que se encuentra una persona en determinado momento de su vida personal. Las circunstancias determinantes del estado civil pueden ser su edad, su filiación y si es soltero o casado. (Villegas, 2022)

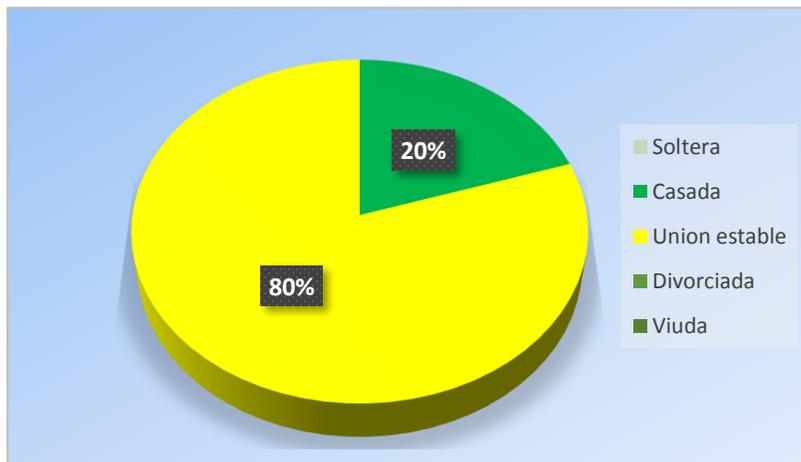


Gráfico N° 4 Estado civil de las pacientes

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con Síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Según el gráfico N° 4, el 80% de pacientes en unión estable son 4 embarazadas, un 20% que representa a 1 gestante casada.

El estado civil según, Villegas (2022) es fundamental para las pacientes embarazadas, ya que el apoyo emocional de la pareja en el embarazo fortalece el vínculo de la madre con el feto, el núcleo familiar estable, garantiza una estabilidad económica, social que ayudan a dar un mejor estilo de vida al bebé.

Los estados civiles varían según la cultura y las leyes de cada país, por lo tanto, según la muestra en estudio el estado civil que predomina es la unión de hecho estable, no es necesariamente bueno para la madre porque su marido tiene la libertad de dejarla sola con sus hijos y no necesariamente hacerse responsable de ellos, eso conlleva a pobreza por no contar con el proveedor, de esta manera se conoce que las mayoría de las embarazadas no tienen una fuente de ingreso propias, dependen de su marido para sustentar las necesidades básicas.

Los antecedentes familiares: son el registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Esto abarca las enfermedades actuales y pasadas. En la historia familiar a veces se observa la distribución de ciertas enfermedades en una familia. También se llaman antecedentes familiares e historia médica familiar. (Duvauchelle, 2022)

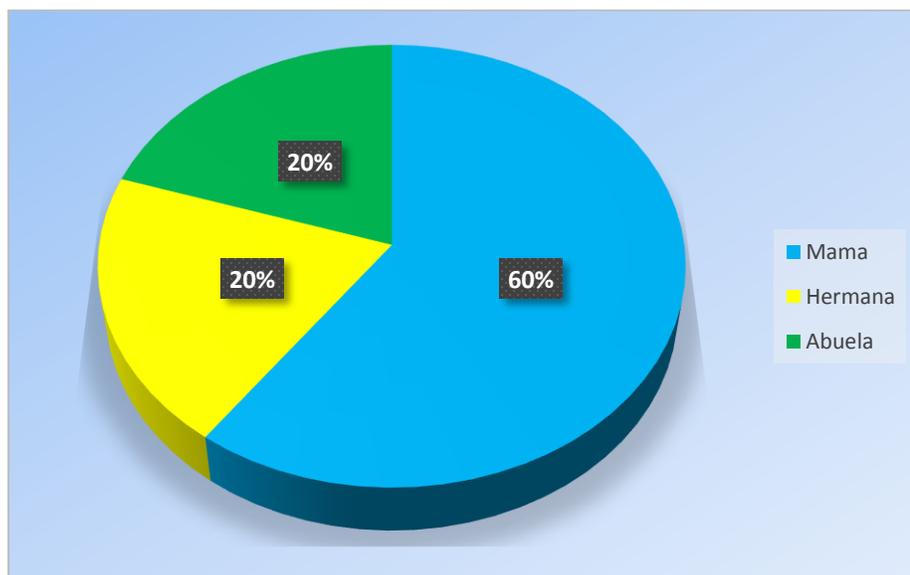


Gráfico N° 5 Antecedentes familiares

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con Síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Según el gráfico N° 5, el 60% de las mujeres encuestadas son 3 pacientes con antecedentes familiares (Madre) de hipertensión crónica y preeclampsia en embarazos

anteriores, y un 20% de 1 paciente que refiere antecedentes de Preeclampsia de su hermana y un 20% de su abuela que equivale a 1 embarazada.

Se puede inferir que la información contenida en los antecedentes familiares puede ser útil para identificar patrones genéticos o hereditarios en una familia, lo que podría ayudar en la prevención y tratamiento de enfermedades, los antecedentes familiares son de suma importancia en la anamnesis que se le realiza a las embarazadas para tomar decisiones oportunas durante cada trimestre de su embarazo.

La importancia de los antecedentes familiares en el ámbito médico, especialmente para la prevención y detección de enfermedades hereditarias. Además, el riesgo que conlleva tener una de esas patologías estando embarazada o adquirirlas durante el embarazo, como la hipertensión gestacional que aparece después de las 20 semanas de gestación, con riesgos colaterales si evoluciona a preeclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP.

Procedencia: es el origen de alguien o algo. Del latín *Procedens*, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. (Felipe IV, 2023)

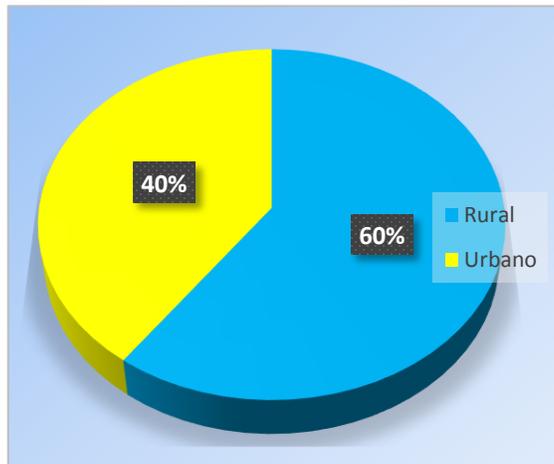


Gráfico N° 6 Procedencia geográfica de las pacientes

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Según el Gráfico N° 6 el 60% de las mujeres encuestadas representan a 3 pacientes que habitan en el área rural y un 40% en el área urbana que equivale a 2 pacientes.

Tal como dice, Felipe IV,(2023) La procedencia implica más que el simple punto de origen. Para las embarazadas en zonas rurales que no tienen acceso a servicios de salud, y están lejos del hospital, se tiene que garantizar el ingreso oportuno a casa materna, para su vigilancia y valoración especializada, así como su respuesta inmediata frente a una complicación obstétrica de emergencia.

La procedencia puede modificar estilos de vida, el origen influye en la percepción y valoración de personas, un 50% de las pacientes reúsan a su ingreso a casa materna así mismo, como personal de salud, se le orienta la importancia y posibles complicaciones, la cultura influye en la toma de decisiones.

4.3. Signos y síntomas del Síndrome Hipertensivo gestacional en las pacientes en estudio.

Definición de signos y síntomas

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, picor o ardor. (Rodríguez, 2021); los signos y síntomas deben ser tratado de una manera eficaz y oportuna, para la prevención de alto riesgo obstétrico que desenlace en forma fatal para él bebe y la gestantes, cabe señalar que los signos y síntomas son de fácil identificación en la atención primaria, y que es vital para el buen manejo clínico a través de las normas de atención del ministerio de salud, y su debida referencia a los siguientes niveles de atención.

Síndrome Hipertensivo Gestacional

La hipertensión gestacional se caracteriza por la elevación de presión arterial después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria. Aunque en este grupo, los resultados perinatales no son tan severos, es importante considerar que puede tratarse de una fase de preeclampsia antes de la aparición de proteínas en orina. (Ministerio de salud, 2018)

Signos y Síntomas	Descripción	Porcentaje de pacientes que presentan síntomas
Hipertensión arterial	PAS \geq a 140 mmhg o PAD \geq 90 mmhg	100%
Cefalea	Dolores de cabeza intensos que no seden con analgésicos comunes	100%
Visión Borrosa	Luz intermitente o sensibilidad a la luz	100%
Epigastralgia	Malestar y dolor el epigastrio .	100%

Tabla 1. Signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional de las pacientes en estudio

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

De acuerdo con la tabla N° 1 el 100% de las pacientes representan a 5 embarazadas que desencadenaron hipertensión gestacional después de las 20 semanas de gestación, los principales síntomas fueron cefalea, visión borrosa, Epigastralgia y como signo, presión arterial sistólica 140 mmHg y presión arterial Diastólica 90 mmHg.

Como señala Ministerio de salud, (2018) indico que, la hipertensión gestacional es una de las complicaciones más frecuente en las embarazadas que se puede diagnosticar y tratar siguiendo el manejo según el protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, identificando los signos y síntomas que se presentan en las embarazadas y controlarlos evitando que progresen.

Al comparar los signos y síntomas entre las embarazadas se logra identificar que generalmente varían, según la severidad de la patología que presenta cada una de ellas, el manejo se modifica dependiendo la resistencia del fármaco que presenta la paciente.

Hipertensión gestacional

La hipertensión gestacional se caracteriza por la elevación de presión arterial después de las 20 semanas de gestación (Normativa 109, 2018)

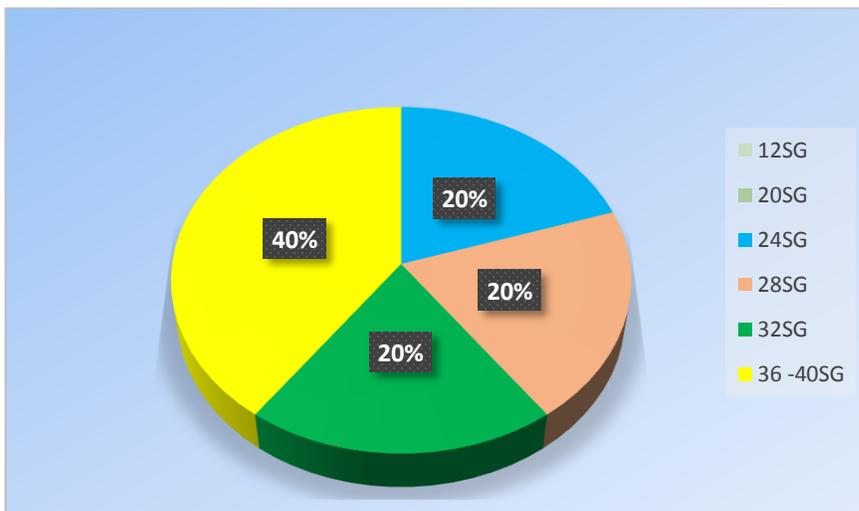


Gráfico 7: Semanas de gestación donde se le diagnostico hipertensión gestacional.

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Según el gráfico N° 7. Las semanas de gestación en la que se le diagnosticó hipertensión gestacional a las pacientes en estudio: 40% que representa de las 36 a 40 semanas de gestación un total de 2 pacientes, 20 % diagnosticado 32 SG, un 20% más a las 28 SG, y el otro 20% a las 24 SG.

En relación con Normativa 109, (2018) La hipertensión gestacional es exclusiva del embarazo y aparece en la segunda mitad de este. Esta condición implica un aumento del riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo, como Preeclampsia o parto prematuro, si no se controla adecuadamente. Aunque puede resolverse después del parto, también indica que la madre tiene mayor probabilidad de desarrollar hipertensión crónica en el futuro.

El hecho de que la hipertensión gestacional aparezca después de las 20 semanas destaca la necesidad de controles prenatales frecuentes para detectar signos tempranos, la aparición de hipertensión durante el embarazo podría ser una señal de alerta de futuros problemas cardiovasculares, lo que subraya la importancia del seguimiento postparto para confirmar o descartar hipertensión crónica.

4.4. Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional de las pacientes en estudio.

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 morbimortalidad materna y perinatal.

Como lo expresa (Ministerio de salud, 2022) Se entendió que un diagnóstico preciso permitirá personalizar el tratamiento, esto sugiere la importancia de identificar el SHG en fases tempranas para poder intervenir a tiempo y prevenir complicaciones

graves como la eclampsia o daño a órganos vitales. El objetivo del tratamiento es controlar la presión arterial y monitorear tanto a la madre como al feto.



Gráfico N° 8 Embarazadas con antihipertensivo

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Según el gráfico N° 8 Sugiere que el 100% de las embarazadas toman antihipertensivos lo cual representa a 5 pacientes.

El Ministerio de salud garantiza en cada sede de sector un stock de medicamentos para el cuidado obstétrico esencial de pacientes que lleguen a la unidad presentando síntomas relacionados a complicaciones en el embarazo, para iniciar la dosis de ataque y referirla urgentemente al hospital.

Tratamiento antihipertensivo

Si la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y/o diastólica o igual a 90 mmHg, administre medicamentos antihipertensivos y reduzca la presión diastólica entre 80 a 70 mmHg y la sistólica entre 130 y 120 mmHg, con el objetivo de prevenir la hipoperfusión placentaria y la hemorragia cerebral materna.

Manejo de la hipertensión gestacional

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 100 mmHg con uno de los siguientes agentes antihipertensivos: alfametildopa, labetalol y bloqueadores de los canales del calcio (Nifedipina)

Antihipertensivo que se pueden usar en el embarazo.

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 nifedipina 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 metildopa 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 metildopa en el embarazo (somnolencia, depresión).

Antihipertensivos que no se pueden usar en el embarazo

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 el feto toxicidad 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.

	Labetalol	Nifedipina	Alfametildopa
Mecanismo de acción	Bloquea receptores alfa y beta causando vasodilatación	Bloqueador canales de calcio, vasodilatador	Agonista central adrenérgico alfa-2

Uso en el embarazo	Puede ser utilizado tanto de forma prolongada como en la crisis hipertensiva	Puede ser utilizado tanto de forma prolongada como en la crisis hipertensiva	Solo para uso crónico, NO para crisis hipertensiva.
Dosis	<p>- Uso Prolongado: 200 Mg (Vo) cada 8-12 horas (Max 1,200 Mg)</p> <p>-Crisis Hipertensiva: 20, 40, 80 Mg (IV) Cada 10 Minutos (Max 300 mg). puede ser usada en infusión A 1 – 2 Mg/Min</p>	<p>- Uso Prolongado: Nifedipina de acción prolongada 20 mg cada 6-8 horas (Max 120 mg)</p> <p>-Crisis Hipertensiva: Nifedipina de acción rápida 20 mg cada 20 minutos.</p>	Uso Prolongado: 500 mg V O cada 6-8 horas (Max 2000 mg)
Efectos adversos	- Bronco constricción, hipotensión, fatiga, bradicardia, bloqueos cardíacos.	Hipotensión, cefalea, taquicardia refleja	- M a t e r nos, disfunción hepática, anemia hemolítica
Vida media	5 – 8 horas	2 horas (7 horas nifedipina de liberación prolongada)	1.4 horas
Comentarios	Evitar en pacientes con asma, Insuficiencia cardiaca.	Puede utilizarse junto con sulfato de magnesio. Interacción con sulfato de magnesio no se ha demostrado (22)	Puede ser menos efectiva para el control de presión que otros fármacos utilizados en pre eclampsia

En la tabla N° 2, se describe los tratamientos utilizados para el manejo adecuado para el síndrome hipertensivo gestacional.

Nota: Agentes antihipertensivos utilizados para el control de la presión arterial en el embarazo de normativa publicada. (Ministerio de Salud, 2018)

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 el 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.

El ministerio de salud evalúa al personal que atiende a los pacientes con los siguientes estándares de calidad, a través de una lista de chequeo obteniendo un porcentaje el cual de 5 expedientes que se le aplico la guía de observación el expediente clínico cumple el 100% de los estándares de calidad.

N°	Número de Expediente.	05/08/88	02/02/09	14/09/89	25/0392	25/08/90	
		1	2	3	4	5	%
1	Enumeró en el expediente clínico los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva y embarazo.	1	1	1	1	1	
2	Clasificó adecuadamente según las definiciones el trastorno hipertensivo asociado al embarazo.	1	1	1	1	1	
3	Realizó cinta reactiva en orina para búsqueda de proteinuria en paciente de bajo riesgo.	1	1	1	1	1	
4	Indicó cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs en paciente con alta sospecha de preeclampsia y sin proteinuria detectada en cinta reactiva.	NA	NA	NA	NA	NA	
5	Detectó de forma oportuna los criterios de severidad para preeclampsia.	1	1	1	1	1	
6	Indicó de forma oportuna (antes de las 16 semana uso de ASA en pacientes con riesgo de presentar preeclampsia).	1	1	1	1	1	

7	Plasmó en el expediente clínico los signos vitales, proteinuria, estado de conciencia, y estado fetal.	1	1	1	1	1	
8	Realizó el abordaje terapéutico según objetivos.	1	1	1	1	1	
9	En caso de emergencia hipertensiva, utilizó fármacos recomendados según disponibilidad.	1	1	1	1	1	
10	En pacientes con datos de severidad, administró neuro protección con Sulfato de Magnesio	NA	NA	NA	NA	NA	
11	En caso de prematurez indicó dosis de corticoide antenatal si nacimiento no era inminente.	NA	NA	NA	NA	NA	
12	Envió todos los exámenes de laboratorio pertinentes para descartar organicidad.	1	1	1	1	1	
13	Interrogó y plasmó en el expediente la presencia o ausencia de sintomatología materna como criterio de severidad.	1	1	1	1	1	
14	Planificó de forma oportuna la finalización de la gestación.	1	1	1	1	1	
15	Vigiló adecuadamente el periodo puerperal.	NA	NA	NA	NA	NA	
16	Reclasificó la enfermedad hipertensiva en el embarazo en el periodo oportuno.	1	1	1	1	1	
17	Pacientes en seguimiento por consulta externa recibieron manejo multidisciplinario.	1	1	1	1	1	
18	Se le brindó consejería sobre planificación y garantizó MPF según recomendaciones OMS post evento obstétrico.	1	1	1	1	1	
19	Brindó seguimiento puerperal en establecimiento de II nivel en caso de morbilidad severa asociada.	NA	NA	NA	NA	NA	
Expediente cumple:		Si	Si	si	Si	Si	
Promedio Global:		100%	100%	100%	100%	100%	

Tabla N° 3, Lista de chequeo

Fuente: Lista de chequeo de revisión del expediente clínico, tomada de la normativa

109

De esta manera, se puede interpretar que en cada una de las atenciones prenatales se enumeró los factores de riesgos para enfermedad hipertensiva durante el embarazo, se clasificó adecuadamente las definiciones del trastorno hipertensivo,

se les realizo cinta reactiva de uro análisis para la búsqueda de proteinuria. De este modo se detecta de forma oportuna los criterios de severidad para Preeclampsia con solo el hecho de diagnosticar SHG, se les realizo captación precoz y se enviaron a tamizaje del primer trimestre, (flujometria Doppler) que se les realiza entre las 11 y 13.6 SG para detectar riesgo de preeclampsia, se le inicio oportunamente aspirina 150 mg PO ID hora sueño, calcio 1.8 g PO ya que se administra entre las 12 y 16 SG y finaliza a las 36 SG, se les envió exámenes de laboratorio para descartar organicidad, se plasmó en el expediente clínico la presencia o ausencia de sintomatología materna, se le explico sobre los beneficios de las casas maternas para esperar ahí la finalización del embarazo, se les explico y se comentó en el expediente la consejería sobre planificación familiar, protección dual, uso de casa materna, parto institucional y humanizado, lactancia materna exclusiva.

4.5. Acciones de Enfermería en pacientes con hipertensión gestacional.

1. Monitoreo constante de signos vitales

Función asistencial: s la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en su recuperación de los procesos patológicos. Las actividades asistenciales se realizan en: Medios hospitalarios. La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico.

Medio extra hospitalario/comunitario. El personal de Enfermería desarrolla una función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro de un equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos, de las cuales están:

- Tomar la presión arterial regularmente para detectar aumentos de presión arterial al menos cada 4 – 6 horas.
- Vigilar el aumento de peso, ya que un incremento súbito puede indicar retención de líquidos.
- Administración de medicamentos

- Verificar la presencia de los signos y síntomas del Síndrome Hipertensivo Gestacional.
- Realizar análisis de proteinuria para descartar pre eclampsia.

Función docente: la Enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla.

Por una parte, la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación y control de la docencia. Por otra Parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseara intervenir en el proceso de educación. Dentro de la función docente están:

- Educar sobre la importancia de una ingesta moderada de líquidos y restringir el consumo de sal.
- Educación sobre el autocuidado
- Recomendar una dieta baja en sodio y rica en frutas, verduras y proteínas magras.
- Fomentar el descanso adecuado, preferiblemente en decúbito lateral izquierdo para mejorar el flujo sanguíneo placentario y reducir la presión arterial.
- Enseñar a la paciente a medir su presión arterial en casa, si es posible, y reconocer signos de alarma (dolor de cabeza persistente, cambios visuales).
- Realizar ejercicios físico moderado.
- Explicar los riesgos asociados con la hipertensión en el embarazo y la importancia del seguimiento regular.

Función administrativa: la administración comienza siempre que una actividad se haga con más de Una persona, y en el medio sanitario esto es muy frecuente. Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran con la finalidad de alcanzar determinados resultados; es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y

esfuerzos de todos los integrantes de organización dirigiéndolos razonablemente hacia el logro de unos objetivos comunes.

El propósito de la función administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo energía y dinero, pero siempre compatible con una calidad previamente acordada, dentro de ellas tenemos:

- Asegurarse de que la paciente siga el tratamiento antihipertensivo prescrito por el médico.
- Monitorear los efectos secundarios de los medicamentos y asegurar que los niveles terapéuticos sean adecuados.
- Preparación para complicaciones
- Estar alerta ante posibles signos de pre eclampsia severa o síndrome HELLP (dolor abdominal, náuseas, alteraciones hepáticas).
- Coordinar una derivación o traslado rápido en caso de emergencia.

Función investigativa: se realiza mediante todas aquellas actividades que van a fomentar el que la Enfermería avance mediante investigaciones, estableciendo los campos en que se considera que Enfermería desee trabajar:

Permite conocer nuevos aspectos de la profesión, permite mejorar la práctica.

Algunos campos de investigación son:

Identificación social de la comunidad sobre la cual se actúa, los procedimientos de Enfermería y su efectividad, las pruebas de nuevas técnicas.

V. CONCLUSIONES

- 1) Según el resultado al caracterizar socio demográficamente a las pacientes con hipertensión gestacional se clasificaron según su edad de las cuales, la mayoría de la mujeres encuestadas están entre las edades de 20 a 34 años, la religión que más predomina es la evangélica, escolaridad todas saben leer y escribir la mayoría tiene aprobado la secundaria, el estado civil que más predomina es la unión de hecho estable.

- 2) Los signos y síntomas que manifestaron las pacientes fueron, cefalea que ellas lo refirieron, visión borrosa, epigastralgia y presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg, presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, todas sintomáticas.

- 3) Se evaluó el manejo farmacológico y no farmacológico, aplicando una lista de chequeo al expediente clínico donde se verifico el cumplimiento de todos los estándares de calidad.

- 4) Se retomaron acciones de Enfermería, para brindar cuidados específicos en cada una de las etapas de las embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarez, J., & Guevara, M. (15 de mayo de 2018). service.es. alba editorial. Obtenido de <https://www.scielo.es>.
2. Casco Serabia et al, D. d. (2019). UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER. Managua, Nicaragua: 12 de Noviembre del 2020.
3. Casco, L. (2020). Obstetricia y Ginecología. Colombia: 30 marzo del 2022.
4. Cherney, A. H. (2013). Enfermadades en mujeres embarazadas. españa: Elsevier.
5. Duvauchelle, J. J. (20 de 01 de 2022). Diccionarios de NCI. Obtenido de <https://wwwgod.mx>
6. Espejo, E. (12 de septiembre de 2021). ciencia constituida. scientific electronic library online. Obtenido de <https://www.elsevier.es>
7. Estrada, E. (06 de Diciembre de 2023). Instituto Nicaraguense de Turismo. Obtenido de <https://www.mapanicaragua.com>
8. Felipe IV. (19 de Mayo de 2023). Asociacion de academias de la lengua espaola. Obtenido de <https://dle.rae.es>
9. Fernandez, J. M. (95 de 08 de 2021). Real Academia Española. Obtenido de <https://www.rae.es>
10. 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/>
11. Flores Oviedo, N. (01 de 01 de 2022). Factores sociodemograficos. Obtenido de <https://decs.bvsalud.org>
12. INIDE. (2023). Caracteristicas social y demograficas, <https://www.inide.gob.ni>.
13. INIDE. (2023). <https://www.inide.gob.ni>.

14. Lopez Garcia, A. P. (2019). Evolución clínica de las pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional. Managua: Octubre 2019.
15. Mendez, N. (2026). clasificacion de simbrome hipertencivo gestacional. medizan : sciclo sldi.
16. Ministerio de Salud. (2 de abril de 2022). Normativa Síndrome Hipertensivo Gestacional . Managua, Nicaragua.
17. MINSA, T. (2023). Características sociodemográficas la Dalia. La Dalia: 2023.
18. Nordhaus, W. (27 de Octubre de 2021). Administración de ciencias sociales. Obtenido de <https://facs.ort.edu.uy>
19. normativa SHG minsa, s. p. (2 de abril de 2022). sulfato de magnesio. SHG. managua, nicaragua: minsa.
20. Picado, A. 2. (20 de marzo de 2019). Obtenido de <https://www.minsa.gob.ni/>
21. Roble, O. Y. (30 de Marzo de 2020). American College. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>: www.ncbi.nlm.nih.gov
22. Rodriguez, C. I. (2021). Revista de signos. España: version on-line.
23. SALUD, L. G. (14 DE MARZO 2002). ARTICULO 32. MANAGUA.
24. salud, m. d. (noviembre de 2015). normativa 011 segunda edicion. normas de protocolo para la atención prenatal. managua, nicaragua, managua: biblioteca de la salud.
25. salud, m. d. (octubre de 2018). normativa 109. protocolo para la atención de complicaciones obstétricas. managua, segunda edición, nicaragua: biblioteca de la salud.
26. Shriver, E. K. (04 de abril de 2020). Obtenido de NIH...Transformación de descubrimientos en salud: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion#:text=embarazo%20es%20el%20t%C3%a9rmino%20utilizado,per%C3%Adodo>

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

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

VII. ANEXOS

Anexo N° 1. Operacionalización de variables.

Objetivos	Variable	Definición	Indicador	Escala de medición	Preguntas
Caracterizar sociodemográfica las embarazadas en estudio	Características sociodemográficas	Son aquellas que describen socio demográficamente aspectos de la 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.	Edad	12- 14 años 15-19 años 20-34 años >35 años	¿Qué edad tiene?
			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?

Objetivos	Variable	Definición	Indicador	Escala de medición	Preguntas
Describir signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional	Describir signos y síntomas	Según (Rodríguez 2021) define que los signos como las manifestaciones objetivas de una enfermedad estado donde donde el medico percibe o provoca. (Rodríguez 2021) menciona que los síntomas es la manifestación subjetiva de una enfermedad apreciable solamente por el paciente como dolor, picor, o ardor	Hipertensión Crónica	PAS: > a 140 mmhg o PAD: >90 mmhg previo a la concepción. -Identificada antes de las 20 semanas de gestación	¿Alguna vez le han diagnosticado hipertensión arterial crónica?
			Hipertensión Gestacional	-PAS: >140 mmhg PAD: >90 mmhg. -normalización de presiones después de las 12 semanas post parto . -Presencia de proteinuria	¿Toma antihipertensivos?
			Hipertensión con preeclampsia agregada	-Hipertensión arterial que inicia después de las 20 semanas de gestación. -Hipertensión resistente uso de 3 o más hipertensivos. -proteinuria nueva que empeora en 24 horas.	¿Ha presentado síntomas durante el embarazo?
			Preeclampsia Eclampsia	Dolor en el hipogastrio e hipocondrio derecho. -PA: > o igual a 160 mmhg o PAD: >110 mmhg. -Oliguria < 500 cc -Alteraciones visuales -Manifestaciones cerebrales	¿Ha presentado dolor abdominal?

Objetivo	Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Preguntas
Evaluar el manejo del síndrome hipertensivo gestacional según normativa	-manejo clínico -síndrome hipertensivo gestacional	<p>El manejo y el seguimiento que se le brinda a una paciente dependiendo de cada una de sus variantes (Ministerio de Salud, 2022)</p> <p>La hipertensión arterial en el embarazo debe definirse como una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmhg y/o una presión diastólica</p>	Manejo de la hipertensión gestacional.	<p>Manejo en el Primer Nivel de Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposo relativo. • Dieta hiperproteica, normo sódica, aumento de la ingesta de líquidos. Informar a la paciente y la familia acerca de señales de peligro de Preeclampsia grave, Eclampsia y sobre signos de bienestar fetal. • Embarazo entre 24 a 34 semanas y 6/7, indique maduración pulmonar (Dexametasona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis, ciclo único). • Alfa Metil Dopa (P.O.) en dosis de 250 mg cada 8 horas. Se deberá evaluar el bienestar fetal: movimientos fetales (más de 10 en 1 hora), perfil biofísico y monitoreo Fetal No Estresante (NST) 2 veces por semana (si están disponibles). • Si se identifica alguna alteración materno-fetal refiera a la unidad de salud de mayor resolución. • Vigile P/A dos veces por semana. • Controle peso materno semanal y el porcentaje de incremento de peso. • Vigile presencia de proteinuria en cinta reactiva dos veces por semana. Si se encuentra proteína en cinta reactiva ≥ 2 cruces (++) , remitir al hospital 	<p>Si NO Si No Si No Si No Si No Si No Si NO</p>	Guía de observación

		mayor o igual a 90 mmhg (Ministerio de Salud, 2022)		<ul style="list-style-type: none">• Biometría hemática completa, recuento de plaquetas, ácido úrico, creatinina, examen general de orina, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, cada 15 días.• Si la paciente persiste con P/A diastólica entre 90 mmHg y 100 mmHg refiera al hospital.• Si la paciente llega con P/A diastólica ≥ 110 mmHg y sistólica 160 mmHg, proteína en cinta reactiva ≥ 3 cruces (+++) y signos de inminencia de eclampsia, iniciar terapia de preeclampsia grave y referir a la unidad de salud de mayor resolución correspondiente.• Pacientes con embarazos ≥ 34 semanas, referir a Alto Riesgo Obstétrico del hospital de referencia.• Fortalecer las acciones que se orientan en el Plan de Parto (Consejería sobre señales de peligro, uso de la casa materna y del parto institucional) y del Censo Gerencial (marcar y garantizar seguimiento por factores de riesgo o por enfermedad activa)		
--	--	---	--	--	--	--

Anexo N° 2

Encuesta dirigida a embarazadas



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL MATAGALPA

DEPARTAMENTO CIENCIAS TECNOLOGÍA Y SALUD

UNICAMP – LA DALIA

Estimada usuaria somos estudiantes de Enfermería del programa UNICAMP, estamos realizando una investigación que tiene el objetivo de determinar el manejo del síndrome hipertensivo gestacional, es por ello por lo que necesitamos de su valiosa cooperación.

En a las siguientes preguntas:

I. **Características sociodemográficas.**

1. ¿Qué edad tiene?
 - a) 12- 14 años
 - b) 15- 19 años
 - c) 20- 34 años
 - d) >35 años
2. ¿Qué grado académico tiene aprobado?
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Universitaria
 - d) Ninguna
3. ¿Cuál es su estado civil?
 - a) Soltera

- b) Casada
 - c) Unión de hecho estable
 - d) Divorciada
 - e) Viuda
4. ¿A qué religión pertenece?
- a) Católica
 - b) Evangélica
 - c) Adventista
 - d) Mormones
 - e) Testigo de Jehová
 - f) Ateo
5. ¿Tiene algún familiar que padezca de presión alta?
- a) Mama
 - b) Hermana
 - c) Abuela
6. ¿Cómo es el área donde usted vive?
- a) Rural
 - b) Urbana
7. ¿Cómo es su economía?
- a) Clase alta
 - b) Clase media
 - c) Clase baja.

II. Signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional

8. ¿Alguna vez le han diagnosticado hipertensión crónica?
- a) Si
 - b) No
9. ¿Tomaba antihipertensivo antes del embarazada?
- a) Si
 - b) No

10. ¿Hace cuando le diagnosticaron hipertensión crónica?

- a) 1 año
- b) 2 años
- c) 3 años

11. ¿Toma antihipertensivo?

- a) Si
- b) No

12. ¿Ha presentado síntomas durante el embarazo?

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

13. ¿Ha subido de peso repentinamente?

- a) Si
- b) No

14. ¿Ha presentado cambio de visión?

- a) Borrosa
- b) Doble

15. ¿Ha presentado dolor abdominal?

- a) si
- b) no

16. ¿Ha presentado convulsiones?

- a) SI
- b) No

Anexo: 3 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.						
	Criterios	1	2	3	4	5	%
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 preeclampsia y sin proteinuria detectada en cinta reactiva.						
5.	Detectó de forma oportuna los criterios de severidad para preeclampsia.						
6.	Indicó de forma oportuna (antes de las 16 semana uso de ASA en pacientes con riesgo de presentar preeclampsia)						

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 prematurez indicó dosis de corticoide antenatal si nacimiento no era inminente.						
12.	Envío 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 externa recibieron manejo multidisciplinario.						
19.	Se le brindó consejería sobre planificación y garantizó MPF según recomendacionesOMS post evento obstétrico.						
20.	Brindó seguimiento puerperal en establecimiento de II nivel en caso de morbilidad severa asociada.						
	Expediente cumple:						
	Promedio Global:						

Anexo: 4 Gráficos.

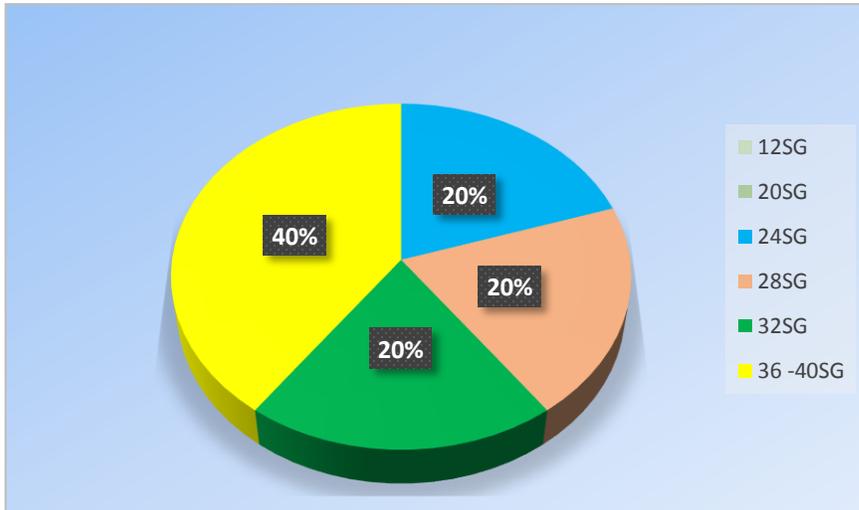


Gráfico 7: Semanas de gestación donde se le diagnostica hipertensión gestacional.

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con síndrome hipertensivo estacional del municipio La Dalia.

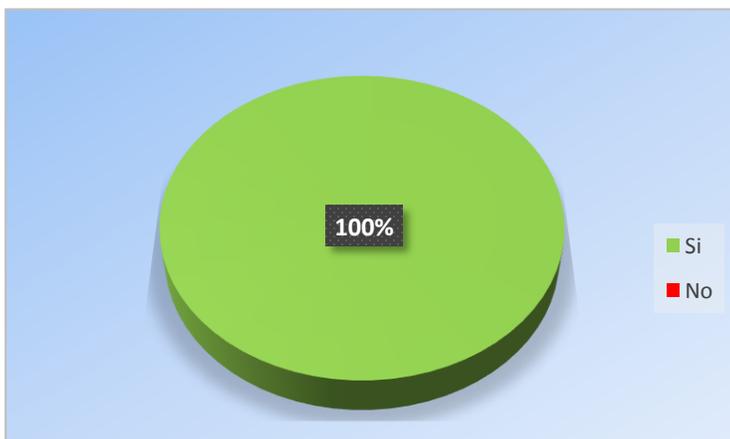


Gráfico 8: Pacientes que toma antihipertensivos

Fuente: Encuesta dirigida a gestantes con síndrome Hipertensivo Gestacional del municipio La Dalia.

Anexo N° 5 Parrillas de resultados.

Resultado 1

Edad de las gestantes con hipertensión Arterial		
N°	Rango de edad	Cantidad
1	12-14	0
2	15-19	1
3	20-34	2
4	35 a +	2

Resultado 2

Religión de las pacientes		
N°	Religión	Cantidad
1	Católica	2
2	Evangélica	3
3	Adventista	0
4	Mormones	0
5	Testigos de Jehová	0
6	Ateos	0

Resultado 3

Escolaridad de las gestantes con hipertensión Arterial		
N°	Nivel académico	Cantidad
1	Primaria	2
2	Secundaria	3
3	Universidad	0
4	Ninguna	0

Resultado 4

Estado civil de las gestantes con hipertensión Arterial		
N°	Estado civil	Cantidad
1	Soltera	1
2	Casada	0
3	Unión estable	4
4	Divorciada	0
5	Viuda	0

Resultado 5

Antecedentes familiares de las gestantes con hipertensión Arterial		
N°	Parentesco	Cantidad
1	Mama	3
2	Hermana	1
3	Abuela	1

Resultado 6

Procedencia geográfica de las gestantes con hipertensión Arterial		
N°	Procedencia	Cantidad
1	Rural	3
2	Urbana	2

Resultado 7

Semanas de gestación de las gestantes con hipertensión Arterial		
N°	Semanas	Cantidad
1	12 SG	0
2	20 SG	0
3	24 SG	1
4	28 SG	1
5	32 SG	1
6	36 SG	2

Resultado 8

Embarazadas con antihipertensivos		
N°	Opciones	Cantidad
1	SI	5
2	NO	0

Anexo N°6 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL MATAGALPA
UNICAMP- LA DALIA
DEPARTAMENTO CIENCIAS TECNOLOGÍA 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. A demás 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 UNICAMP-La Dalia me han explicado los objetivos de dicha
investigación.

Firma. _____

Fecha. _____

