

95



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Sistema de Universidad Abierta



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Título

Estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo, en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del ISSSTE e Instituto de Salud en el Estado de Chiapas (Hospital Regional y Centro de Salud "U") de San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Trabajo de investigación que para obtener el título de

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presentan:

Guillén Trujillo Gabriela
Sánchez Astudillo Arlene Berenice
Urbina Nájera Bélgica Anahí

Asesor:

Mtro. Julio Hernández Falcón

San Cristóbal de las Casas, Chiapas. México.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Marcamos con fuego en la memoria los pocos contactos que hemos tenido, en los años opacos de rutina y de pecado, con almas que hicieron más sabias a nuestra alma; que dijeron lo que pensábamos; que nos enseñaron lo que sabíamos; que nos dieron la oportunidad de ser lo que interiormente éramos.

EMERSON, Divinity School Address, 1838

AL SER SUPREMO
POR DARNOS LA OPORTUNIDAD
DE EXISTIR.

A NUESTRA FAMILIA E HIJO,
MOTIVO CONSTANTE DE
SUPERACION.

A LOS MAESTROS, QUIENES CON
SU EXPERIENCIA NOS
CONDUJERON AL CAMINO DEL
SABER.

A NUESTRO ASESOR POR
COADYUVAR A LA CONSECUCIÓN
DE LOS PROPÓSITOS
EDUCATIVOS.

INDICE GENERAL

CAPITULOS	PAG
CAPITULO I. INTRODUCCION.....	9
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1.DEFINICION.....	11
2.2.ETIOLOGÍA.....	11
2.3.EPIDEMIOLOGIA.....	14
2.4. FISIOPATOLOGIA... ..	22
2.5.CLASIFICACION.....	23
2.6. PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO.....	31
2.7. NIVELES DE PREVENCION.....	36
2.8. COMPLICACIONES.....	38
2.9.PRONOSTICO.	40
CAPITULO III MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. JUSTIFICACION.....	41
3.2. OBJETIVOS.....	43
3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	44
3.4. HIPOTESIS.....	44
3.5. TIPO DE ESTUDIO.....	45
3.6. UNIDADES DE OBSERVACION.....	45
3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	45
3.8. UNIVERSO DE MUESTRA.....	46
3.9. VARIABLES DE ESTUDIO.....	46
3.10 INSTRUMENTO.....	48
3.11. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	49
3.12.PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO.....	49

CAPITULO IV RESULTADOS

4. 1. DATOS GENERALES.....	50
4.2. TENSION ARTERIAL.....	51
4. 3.INGRESO ECONOMICO.....	72
4. 4 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.....	72
4. 5 ENFERMEDADES COEXISTENTES.....	72
4.6. TOXICOMANIAS.....	72
4. 7 ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.....	88
4.8 CONSULTAS PRENATALES.....	88
4. 9 INGESTA DE ALIMENTOS DURANTE EL EMBARAZO.....	88
4.10 CONTROL PRENATAL.....	122
4.11 HALLAZGOS LABORATORIALES.....	122
4.12 DISCUSIÓN y ANALISIS	135
4.13 PROPUESTAS.....	137
4.14 CONCLUSIONES.....	139

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA.....	140
ENTREVISTA.....	143
GLOSARIO DE TERMINOS.....	145
ESQUEMA DE AUTOEVALUACION DE RIESGO MATERNO Y REPRODUC- TIVO EN EL HOGAR.....	147

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO # 1. EDAD.....	53
GRAFICA # 1 EDAD.....	54
CUADRO # 2 PESO ANTERIOR.....	55
GRAFICA # 2 PESO ANTERIOR.....	56
CUADRO # 3 PESO ACTUAL.....	57
GRAFICA # 3 PESO ACTUAL.....	58
CUADRO # 4.TALLA.....	59
GRAFICA #4. TALLA.....	60
CUADRO # 5. ESTADO CIVIL.....	61
GRAFICA # 5. ESTADO CIVIL.....	62
CUADRO # 6. OCUPACION.....	63
GRAFICA # 6. OCUPACION.....	64
CUADROS 7. ESCOLARIDAD.....	65
GRAFICA # 7. ESCOLARIDAD.....	66
CUADRO # 8 TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA.....	67
GRAFICA # 8. TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA.....	68
CUADRO # 8ª. TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA.....	69
GRAFICA # 8ª. TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA.....	70
CUADRO # 9. SALARIO.....	72
GRAFICA # 9. SALARIO.....	73
CUADRO # 10. HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD (HIPERTENSIÓN ARTERIAL).....	74
CUADRO # 10. HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD. (HIPERTENSIÓN ARTERIAL).....	75
CUADRO # 10-A. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.....	76
GRAFICA # 10-A. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.....	77
CUADRO # 10-B. ANEMIA.....	78
GRAFICA # 10-B. ANEMIA.....	79

CUADRO # 10-C. PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.....	80
GRAFICA # 10C. PREECLAMPSIA ECLAMPSIA.....	81
CUADRO # 11. FAMILIARES CON ENFERMEDADES PREEXISTENTES.....	82
GRAFICA #11. FAMILIARES CON ENFERMEDADES PREEXISTENTES.....	83
CUADRO # 12. TABAQUISMO.....	84
GRAFICA # 12. TABAQUISMO.....	85
CUADRO # 13. ALCOHOLISMO.....	86
GRAFICA # 13. ALCOHOLISMO.....	87
CUADRO # 14. EMBARAZOS.....	90
GRAFICA # 14. EMBARAZOS.....	91
CUADRO # 14-A. PARTOS.....	92
GRAFICA # 14-A. PARTOS.....	93
CUADRO # 14-B. CESAREAS.....	94
GRAFICA # 14-B. CESAREAS.....	95
CUADRO # 14-C. ABORTOS.....	96
GRAFICA # 14-C. ABORTOS.....	97
CUADRO # 14-D. MOTIVO DE LA CESAREA.....	98
GRAFICA # 14-D. MOTIVO DE LA CESAREA.....	99
CUADRO # 14-E. MOTIVO DEL ABORTO.....	100
GRAFICA #14-E. MOTIVO DEL ABORTO.....	101
CUADRO #15. SEMANAS DE GESTACION.....	102
GRAFICA # 15. SEMANAS DE GESTACION.....	103
CUADRO # 16. CONSULTAS PRENATALES.....	104
GRAFICA # 16. CONSULTAS PRENATALES.....	105
CUADRO # 17. ALIMENTOS QUE INGIERE DURANTE EL EMBARAZO (CARNE).....	106
GRAFICA # 17. ALIMENTOS QUE INGIERE DURANTE EL EMBARAZO (CARNE).....	107
CUADRO # 17-A FRUTAS.....	108
GRAFICA # 17-A. FRUTAS.....	109
CUADRO # 17-B VERDURAS.....	110

GRAFICA #17-B. VERDURAS.....	111
CUADROS 17-C. CEREALES.....	112
GRAFICA # 17-C. CEREALES.....	113
CUADRO # 17-D. LECHE.....	114
GRAFICA # 17-D. LECHE.....	115
CUADRO # 17-E. DERIVADOS DE LA LECHE.....	116
GRAFICA # 17-E. DERIVADOS DE LA LECHE.....	117
CUADRO # 17-F. HUEVOS.....	118
GRAFICA # 17-F. HUEVOS.....	119
CUADRO # 17-G. LIQUIDOS.....	120
GRAFICA # 17-G LIQUIDOS.....	121
CUADRO #18. CONTROL PRENATAL EN EMBARAZOS ANTERIORES.....	123
GRAFICA # 18. CONTROL PRENATAL EN EMBARAZOS ANTERIORES.....	124
CUADRO # 18-A CON QUIEN.....	125
GRAFICA # 18-A. CON QUIEN.....	126
CUADRO # 19. HEMOGLOBINA.....	127
GRAFICA #19.HEMOGLOBINA.....	128
CUADRO # 20. GRUPO SANGUINEO.....	129
GRAFICA # 20. GRUPO SANGUINEO.....	130
CUADRO # 21. EXAMEN GENERAL DE ORINA.....	131
GRAFICA # 21. EXAMEN GENERAL DE ORINA.....	132
CUADRO # 22. AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO.....	133
GRAFICA # 22. AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO.....	134

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión Inducida por el embarazo conocida anteriormente con el termino de toxemia sigue siendo a la fecha la enfermedad de las teorías, no obstante los adelantos de la medicina moderna su etiología no se conoce con precisión; sin embargo se ha relacionado estrechamente con factores genéticos e inmunológico.¹

En países industrializados y subdesarrollados es causa de morbi-mortalidad materna representando un problema de Salud Pública importante. En Estados Unidos en 1990 ocupo el segundo lugar como causa de muerte materna, en Canadá en la década de los 70s, 80s ocupo el tercer lugar, en América Latina y el Caribe las causas de morbimortalidad coincide con las observadas en otras partes del mundo ocupando el segundo lugar la hipertensión inducida por el embarazo precedida por hemorragias (prenatal y puerperal).²

En México la tasa de mortalidad materna registrada en 1990 fue de 5.4 defunciones por 10,000 nacidos vivos registrados y en el año de 1996 las cifras oficiales registraron una tasa de 4.8 por cada 10,000 nacidos vivos registrados.³

En estudio realizado por el IMSS en los años 1986-1993 reportan 20 a 34 casos de hipertensión inducida por el embarazo por cada 1000 nacidos vivos registrados.⁴ En 1993 en el Sistema Nacional Salud (SNS) se registraron 36,373 casos de morbilidad y se reportaron 320 defunciones por eclampsia, con una tasa de 1.13 por 10,000 nacidos vivos registrados y para 1996, 38,892 casos y 444 defunciones, con una tasa de 1.64 por 10,000 nacidos vivos registrados. Los reportes de defunción, identifican en orden de frecuencia las siguientes complicaciones: hemorragia cerebral, síndrome de HELLP, Coagulopatía Intravascular Diseminada (CID), choque hipovolémico, Insuficiencia Renal, Insuficiencia Cardíaca, falla orgánica múltiple, ruptura hepática, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta (DPPNI), encefalopatía

¹ P. Toth, Peter / Jothivijayarani A. Manual de práctica familiar... p. 3

² <http://health.yahoo.com/health/diseases-and-conditions/disease-Feed/Data/preeclampsia> p.2

³ <http://www.medforum.nl/gynfo/leading10.htm> p.4

⁴ PEREZ CABRERA, Manuel y Cols. Manejo de la toxemia..p. 14

hipertensiva, insuficiencia renal aguda⁵

Para la enfermera la práctica del cuidado demanda un enfoque anticipatorio a riesgos, en este punto reside la importancia para la enfermera de la mujer en etapa reproductiva y en forma particular la mujer con cuadro clínico de hipertensión inducida por el embarazo.

Con este propósito la presente investigación se ha organizado en cuatro capítulos:

1.- Introducción, II. Marco teórico, III. Material y método y IV Resultados.

⁵ RÚBIO GUERRA, Alberto. Hipertensión arterial... p. 232

CAPITULO II. MARCO TEORICO.

2.1.DEFINICIÓN

Hipócrates, que vivió en el siglo IV a. C. ya conocía el hecho de que las mujeres embarazadas tenían crisis epileptiformes; el trastorno se denominaba eclampsia, aunque la palabra no se refiere a convulsiones; es de origen griego y significa un suceso súbito. Muy poco se sabía de la eclampsia hasta que en 1843, Lever (del Hospital Guy) descubrió que muchas de las mujeres que presentaban crisis además tenían albuminuria. Sin embargo, no fue sino a principios de este siglo, cuando con la introducción del esfigomanómetro, se reconoció que la eclampsia se vinculaba a la hipertensión. El hecho que la albuminuria y la hipertensión podían preceder al inicio de las convulsiones dio origen al concepto de "pre-eclampsia" como trastorno clínico.

Durante años se afirmó que el útero grávido libera una toxina, y el trastorno se conoció como toxemia del embarazo, pero han fracasado todos los esfuerzos por encontrar cualquier toxina, y hoy en día se evita la palabra "toxemia".⁶ En la actualidad la Obstetricia moderna emplea el vocablo Hipertensión Inducida por el Embarazo (P.I.H.); la cual se caracteriza por un espectro clínico que va de los aumentos mínimos de presión sanguínea a la hipertensión grave, con disfunción multiorgánica, exclusiva de las embarazadas.⁷

2.2 ETIOLOGIA

En 1916 el Médico Alemán Zweitel refirió a la Preeclampsia como la enfermedad de las teorías más de siete decenios después, este señalamiento todavía es válido, encontrándose los siguientes conceptos de importancia sobre el origen de la

⁶ LEWIS / chamberlain. Trastornos hipertensivos en el embarazo. p. 98

⁷ SCOTT, Diana. Trastornos hipertensivos gestacionales. P. 431

Hipertensión Inducida por el embarazo:

1. Tono Vascular Incrementado.

La renina se origina y almacena en el aparato yuxtaglomerular del riñón, también la producen la placenta y el riñón fetal. La renina actúa en el sustrato de renina para originar angiotensina I que se convierte en el vasoconstrictor potente angiotensina II.

En el embarazo normal, disminuye la respuesta al efecto de la angiotensina II, mientras en el embarazo hipertensivo hay mayor respuesta y más concentraciones circulantes de angiotensina II. Esta respuesta reducida a la angiotensina II en el embarazo normal puede deberse al efecto de contra equilibrio ejercido por la prostaciclina (prostaglandina PGI 2) un vasodilatador potente presente en las paredes de los vasos sanguíneos. Las concentraciones de prostaciclina son mayores en el embarazo normal. Un aumento ligero en las concentraciones de angiotensina II parece ocasionar elevación en la presión sanguínea y en el flujo sanguíneo útero placentario, tal vez mediante la estimulación del incremento en la producción del vasodilatador local prostaciclina.⁸

2. - Acción anormal de las prostaglandinas.

Las prostaglandinas son potentes mediadores de la reactividad vascular a los agentes vasoactivos en embarazadas y no embarazadas. Además, las prostaglandinas no son las únicas sustancias que influyen en la reactividad vascular a los agentes vasoactivos, también poseen dicho efecto los esferoides.⁹

Es probable que otros modificadores de la reactividad vascular a los agentes vasoactivos compliquen la situación, pero parece evidente que la síntesis de prostaglandinas o prostanoïdes es un factor modulador clave en embarazadas.

Si la Hipertensión Inducida por el Embarazo fuera un síndrome de deficiencia de

⁸ Op.Cit. p.107

⁹ Op.Cit: p. 434

prostaglandinas el problema podría ser el déficit de un precursor de prostaglandinas, reducción de la actividad de la sintetasa de prostaglandinas o acción deficiente de estas sustancias.¹⁰

3. - Factores Inmunitarios.

Se sabe que en los primeros meses del embarazo las células trofoblásticas pasan a la circulación materna; esto puede suceder quizá en mayor grado en el embarazo hipertensivo por lo tanto se puede liberar una cantidad excesiva de antígeno hacia la circulación materna y resultar en la formación de complejo antígeno anticuerpo que se depositan en sitios específicos como los glomérulos renales y la placenta.¹¹

Es difícil explicar el predominio de la hipertensión en el primer embarazo, sin pensar en un mecanismo inmunitario que tras exposición de los antígenos fetales protege de alguna manera a la madre contra el trastorno en gestaciones ulteriores.¹²

Sutherland y Cols. Plantean que el genotipo materno es todavía más importante que los antígenos fetales en cuanto a los fenómenos inmunitarios que contribuirían a la hipertensión grave inducida por el embarazo; otros investigadores han señalado que un factor paterno, supuestamente inmunitario, al parecer ejerce en ocasiones efecto potente. De igual manera, otras características de la hipertensión gestacional se prestan al análisis inmunológico. En ocasiones, los descendientes de preeclámpticas tienen características del síndrome materno, por ejemplo, en cuanto a trombocitopenia, podría ser que el consumo plaquetario de la madre preeclámptica sea de origen inmunitario y que el hijo sufra trombocitopenia a causa del mismo ataque inmunitario.¹³

¹⁰ SCOTT, Diana. Trastornos hipertensivos gestacionales. P. 435

¹¹ LEWIS / CHAMBERLAIN. Trastornos hipertensivos en el embarazo. p. 107

¹² Op.Cit. p. 437

¹³ Idem. P. 437

4. - Trastornos en la Coagulación.

En pacientes con hipertensión del embarazo severa se ha observado reducción en el número de plaquetas circulantes, aumento en los productos de degradación del fibrinógeno y disminución en la actividad fibrinolítica, esto sugiere la presencia de coagulación intravascular. Además se han encontrado alteraciones en las concentraciones de los factores VIII, IX y X. El depósito de fibrina es una de las características histopatológicas bien conocida de la hipertensión del embarazo. Se ha afirmado que quizá la placenta libera tromboplastina, la cual ocasiona coagulación intravascular diseminada, y que el depósito de fibrina en el riñón y la placenta resulta en el desarrollo de hipertensión e insuficiencia placentaria.¹⁴

3.3 EPIDEMIOLOGIA.

La preeclampsia-eclampsia es de alta morbi-mortalidad materna en países industrializados y subdesarrollados, representa por lo tanto un problema de Salud Pública importante.

En Estado Unidos la incidencia de preeclampsia es de un 5 a 7% de todos los partos, y para la eclampsia de 0.56/1000 en un estudio realizado durante ocho años y en 1990 la preeclampsia, ocupó el segundo lugar como causa de muerte materna.¹⁵

En estudios de Chesly y Cooper en 1986 demostraron que la incidencia de preeclampsia en hermanas de preeclámpticas es del 37%, en hijas de preeclámpticas es del 26%, en nietas del 16%, pero en nueras sólo el 6%. Es posible pensar en la existencia de un gene maternal único con una frecuencia del 0.25%.

¹⁴ LEWIS / CHAMBERLAIN. Trastornos hipertensivos en el embarazo. p. 108

¹⁵ RUBIO GUERRA, Alberto. Hipertensión arterial. P. 231

Esta predisposición fue considerada real, utilizando la determinación de anticuerpos leucocitarios materno-fetales por Kilpatrick y Jonson. ¹⁶

La hipertensión inducida por el embarazo afecta más o menos a mujeres nuliparas, las mujeres de más edad, que acumulan una incidencia creciente de hipertensión crónica tiene mayor riesgo de presentar hipertensión agravada por el embarazo, por tanto en el pasado se ha considerado que las mujeres en ambos extremos de edad reproductiva son más susceptibles. ¹⁷

Los factores raciales y genéticos son importantes debido a que contribuyen a la incidencia de la hipertensión crónica. De más de 5600 nuliparas que dieron a luz en el Partlan Hospital, el 18% de las mujeres blancas desarrollo hipertensión inducida por embarazo; Esta incidencia fue del 20% en mujeres hispánicas y del 22% en afro americanas. ¹⁸

Hasta el momento ninguna de las teorías ha sido comprobada. La preeclampsia ocurre en aproximadamente el 5% del total de las embarazadas. El riesgo se incrementa en las mujeres primerizas, madres adolescentes, madres de más de 40 años de edad, mujeres afroamericanas, mujeres con múltiples embarazos y en mujeres con un historial de diabetes, hipertensión o con enfermedades renales. ¹⁹

Las muertes maternas causadas por la preeclampsia son raras en Estados Unidos. Las muertes fetales o perinatales son altas y generalmente de acuerdo a como el feto madura. El riesgo de preeclampsia recurrente en subsecuentes embarazos es de aproximadamente el 33%. La preeclampsia no parece conducir a la presión sanguínea alta crónica ²⁰

¹⁶ G. MARIONA, Federico. Toxemia en el embarazo. p. 2

¹⁷ WILLIAMS, Trastornos hipertensivos del embarazo. p. 757

¹⁸ Idem. P. 756

¹⁹ <http://heath.yahoo.com/health> p. 1

²⁰ Id. P.4

En general la hipertensión inducida por el embarazo puede prevenirse y ha disminuido su frecuencia en Estados Unidos ya que la mayoría de las mujeres reciben ahora una asistencia prenatal adecuada. Durante el período de 1990 a 1991 fue aproximadamente de 1/2300 partos en el Partlan Hospital²¹

Canadá como causa de mortalidad materna en la década de los 70's y 80's ocupó el tercer lugar precedida por las hemorragias e infecciones.²²

En Alajuela, Costa Rica. La hipertensión arterial durante el embarazo, es una de las complicaciones comunes de la gestación, ocurriendo en aproximadamente el 5% al 10% de todos los embarazos. La preeclampsia-eclampsia son propias de la mujer embarazada o en la fase puerperal, afectándola generalmente después de la 20va. Semana de gestación.²³

En el estudio realizado en el Hospital Calles Sierra de Venezuela, se evidenció que entre el período de 1993 a 1997 de 11,195 partos hubo un total de 22 casos de eclampsia con una incidencia relativamente alta ya que de un 0.20% o sea, un caso por cada 509 pacientes, el 63.3% de las eclámpticas eran primigestas, con edades comprendidas entre los 14 y 30 años; con apenas un 4.54% (1 caso) eran múltiparas, y un 22.72% de las embarazadas tenían una edad de 30 años o más, y sólo un 31.81% de eclámpticas con II y III gestas. De los cuales un 18.19% de los embarazos fueron controlados y el 81.81% restante (18 embarazos no controlados) hubo una alta incidencia entre las embarazadas que provenían del medio urbano 36.36%, seguidas por un 22.72% del medio rural.²⁴

²¹ WILLIAMS, Trastornos hipertensivos del embarazo. p. 757

²² RUBIO GUERRA, Alberto. Hipertensión arterial. P. 231

²³ www.geocities.com/HotSprings/3023/index3.html p.1

²⁴ Editor@indexmedico.com p.6

En dicho estudio se evidencio que el inicio de convulsiones se iniciaron antes del parto con un total de un 68.18%, seguido por un 27.27% en el posparto y finalizando con un 4.5% durante el parto. El mayor número de eclámpticas correspondió a los embarazos con gestaciones de 28 a 37 semanas, con un 71.42% de los cuales el 28.57% (6 pacientes) eran de edades comprendidas entre los 18 y 28 años, seguidas con un 19.04% de pacientes con 30 años o más. ²⁵

En aquellas gestaciones de 37 semanas o más hubo un total de 23.80% de pacientes eclámpticas, las cuales predomino el grupo erario de 18 a 20 años 13.63%, seguido por las de 14. a 17 años con 9.52%. Por último se reporta un solo caso 4.76% de eclámpticas con menos de 28 semanas y grupo erario mayor de 30 años, lo que revela el gran alto índice de probabilidad de que aquellos embarazos pretérmino aumenten las tasas de morbi-mortalidad del Hospital "Calles Sierra". Se concluye que el alto índice que reportó el estudio del Hospital se debió al gran porcentaje de embarazos no controlados, traduciéndose en las condiciones clínicas del recién nacido y alto índice de hospitalización por dicha patología ²⁶

En Colombia la preeclampsia es la causa principal de mortalidad materna y prenatal; es, por tanto, un problema de salud pública. Las tasas de mortalidad materna han disminuido en un 35% en los últimos nueve años, no evolucionando en forma esperada, ni está de acuerdo con el grado de desarrollo del país y hay serias diferencias en su comportamiento en las distintas regiones y grupo de población. ²⁷

Encontrándose como factores de riesgo madres solteras, primigestas, adolescentes, mestizas, residentes en áreas urbanas. ²⁸

²⁵ Idem. P. 9

²⁶ Idem p. 7

²⁷ HERRERA M, Julián y Cols, Calcio ácido linoleico en la prev. De la preeclampsia...p. 2

²⁸ Ibid. P. 7

En el estudio realizado en el Hospital de Caldas, Manizales, España, entre enero de 1993 y diciembre de 1995 la primera causa de muerte fue preeclampsia-eclampsia.

En morbilidad los trastornos hipertensivos fueron la segunda causa con 4.2% del total de egresos obstétricos. La preeclampsia grave y la eclampsia aportaron un importante 28.8% al total de trastornos hipertensivos durante el embarazo. Del total de muertes 83.3% ocurrieron como causa directa del embarazo, parto o puerperio e incluyeron preeclampsia 5 casos; eclampsia 8 casos, la preeclampsia-eclampsia fue la primera causa básica, con 13 muertes y 543 años de vida potencial perdidos y aunque su aporte total de egresos obstétricos fue sólo 4.2% contribuyó con 43.3% de las muertes maternas. Las tasas de preeclampsia-eclampsia por edad, son ligeramente mayores en el grupo de adolescentes (7.6%) y en mayores de 34 años (12%) que en el grupo de 20 a 34 años (11. 3%)²⁹

En el Reino Unido la incidencia de hipertensión gestacional es aproximadamente el 20% en las primigrávidas y del 10% en las multigrávidas, y a la preeclampsia proteinúrica (PPE) es de aproximadamente el 5% en las primigrávidas y del 1.5% en las multigrávidas.³⁰

La evidencia de Trinidad y Fiji sugiere que las mujeres hindúes tienen una tendencia mayor a la preeclampsia que los negros. Hay una mayor probabilidad de que la eclampsia y la PPE ocurran en las hijas y en las hermanas, pero no en cuñadas de las mujeres que tenían estas condiciones. Un cambio de marido puede llevar a preeclampsia en el segundo embarazo de una mujer en donde el primer embarazo fue normal. Definitivamente existe un componente genético hacia la preeclampsia pero su forma exacta no es conocida. Un estudio reciente en Noruega concluyó que tanto la madre como el feto contribuye al riesgo de preeclampsia, la contribución del feto que está afectado por los genes paternos.³¹

²⁹ LEON JARAMILLO, Morbi-mortalidad materna, eclampsia, preeclampsia. P. 3

³⁰ <http://www.medforum.nl/gynfo/leading10.htm> p.1

³¹ Idem. P. 7

En México es la Segunda causa de muerte precedida por las hemorragias del parto y puerperio.³² En la ciudad de México presentó una tasa de mortalidad materna de 13.9% en mujeres eclámpticas en un estudio de 1963 a 1971³³

En el curso de 1986 a 1993, la morbilidad por preeclampsia-eclampsia en las unidades hospitalarias del 1MSS ha mostrado una tendencia al incremento, ya que ha pasado de 20 a 34 casos por 1000 nacidos vivos en dicho periodo paralelamente la mortalidad materna por esta complicación obstétrica ha permanecido estable oscilando en cifras entre 14 y 17 por 100,000 nacidos vivos.³⁴ Siendo los factores de riesgo los siguientes:

- Nivel socioeconómico bajo.
- Madre soltera o no unida.
- Antecedentes familiares de preeclampsia-eclampsia.
- Edad menos de 20 años.
- Edad de 35 años o más.
- Primer embarazo.
- Multigestas.
- Embarazo Múltiple.
- Enfermedad trofoblástica.
- Polihidramnios.
- Preeclampsia-eclampsia en un embarazo anterior.
- Hipertensión arterial de cualquier orden.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad renal crónica.

³² BRIONES GARDUÑO, Jesús y Cols, Protocolo de manejo en la preeclampsia eclampsia, p. 3

³³ RUBIO GUERRA, Alberto. Hipertensión arterial, p. 231

³⁴ *Ibid.*, p. 231

- Enfermedad autoinmune.³⁵

De acuerdo a cifras proporcionadas por el IMSS e ISSSTE; en Chiapas mueren cada día cinco mujeres por causas relacionadas con la maternidad, la tasa de mortalidad materna se estimó en 120 muertes por 100,000 nacidos vivos para 1980 a 1982 y en 1995 disminuyó a 65 por 100,000 nacidos vivos. El Consejo Estatal de Población reconoce que las muertes maternas están seriamente subestimadas, por lo que el fenómeno pudiera ser de mayor magnitud. La poca confiabilidad del registro de las muertes maternas en el Estado nos traduce una insuficiencia en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población.³⁶

En San Cristóbal de las Casas, durante 5 años los municipios considerados de mediano riesgo por mortalidad materna son: Huixtán, Cintalapa, Chilón, Tapachula, Oxchuc, San Cristóbal.

En La Jurisdicción Sanitaria II de San Cristóbal la mayor incidencia de muertes maternas es en San Cristóbal de las Casas, con una tasa de 7.02 por 10,000 nacidos vivos registrados. Las principales causas de muerte materna son

³⁵ Pérez Cabrera, Manuel. Norma técnica médica para la prevención... p.10, 11

³⁶ Comité por una maternidad sin riesgos en Chiapas. Muerte materna en Tenejapa. P. 6

**DIAGNOSTICO DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA No. II**

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA 200

CAUSAS	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ABORTO Y SUS CONSECUENCIAS	5	4.55	16.67	0	25	0
EDEMA PROTEÍNURIA	5	4.55	5.56	7.14	0	0
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	0	0	11.11	7.14	0	0
ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y LA CAVIDAD	5	0	5.56	7.14	0	0
COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO	60	68.18	55.56	42.86	43.75	100
COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PUERPERIO	25	22.73	5.6	35.71	31.25	0
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Se ha observado que las pacientes acuden a consulta en el momento del parto para la atención del mismo, previa manipulación por parteras, en el cuadro anterior se manifiesta el sesgo de información, por la falta de personal, material y equipo para promover los servicios de salud reproductiva y perinatal, e insuficiente cobertura de los servicios de salud a las poblaciones marginadas. Esto nos conlleva a no capturar la información necesaria en las zonas consideradas de alto y mediano riesgo para conocer las deficiencias de Salud y evitar complicaciones al binomio madre-hijo.

Los datos anteriores nos hacen pensar que la investigación en el área de Salud en nuestro Estado se le ha dado poca importancia, siendo un área muy extensa para la investigación de campo, donde se pueden implementar programas estratégicos para evitar el rezago cultural que tanto daño hace a toda población marginada.

2.4. FISIOPATOLOGÍA.

Aunque la etiología de la Hipertensión Inducida por el Embarazo se desconozca, se sabe en cambio, que la fisiopatología es un vasoespasmo arteriolar generalizado de causa desconocida, la cual se manifiesta con sintomatología en casi todos los órganos y sistemas maternos; los cambios fisiopatológicos importantes son:

- Hipovolemia (hemoconcentración)
- Aumento de las resistencias periféricas vasculares.
- Aumento de la angiotensina II.
- Incremento de la noradrenalina.
- Disminución de la prostaciclina.
- Aumento de la actividad adrenérgica.
- Disminución del volumen plasmático.
- Disminución del flujo sanguíneo útero placentario. (Principal causa de muerte intrauterina).

Estos cambios fisiopatológicos producen:

- Hipovolemia con retención de sodio y agua.
- Alteraciones en la coagulación por disminución de las plaquetas y depósitos de fibrina.
- Daño vascular con proteinuria, aumento de la permeabilidad capilar y edema.

- Aumento de la resistencia periférica e hipertensión.³⁷

2.5. CLASIFICACIÓN

“La más aceptada por útil y clara es la propuesta por el colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, que la agrupa en 4 categorías:

- 1) Hipertensión inducida por el embarazo. A) Preeclampsia.
B) Eclampsia.
- 2) Hipertensión crónica.
- 3) Hipertensión crónica con preeclampsia agregada.
- 4) Hipertensión transitoria o tardía.

Ha sido difícil establecer los límites de normalidad en la presión arterial aceptándose como rango de normalidad en la población general el de 140/85 mmHg. Por lo que se recomienda individualizar el diagnóstico de Hipertensión en el embarazo según estos criterios:

1. Mayor de 30 mmHG. O más sobre la presión sistólica habitual.
2. Mayor de 15 mmHG. O más sobre la presión diastólica habitual.
3. Presión sistólica igual o mayor de 140 mmHg.
4. Presión diastólica igual o mayor de 90 mmHg.³⁸

³⁷ MONDRAGÓN CASTRO, Héctor, Toxemia gravídica, p. 321

³⁸ RUBIO GUERRA, Alberto. Hipertensión arterial, p. 1

PREECLAMPSIA

A) **PREECLAMPSIA LEVE:** Es la presencia de hipertensión, proteinuria o edema generalizado, o ambos después de la vigésima semana de gestación, puede manifestarse durante el parto o Puerperio inmediato (24-48 hrs.) Y en ocasiones en forma tardía (7 días pos-embarazo).³⁹

BASES PARA EL DIAGNÓSTICO:

- Se caracteriza por T/A de 140/90 mmHg ó más pero menor de 160/110 o elevación de 30 mmHG. En la sistólica y 15 mmHg. En la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas la medición se hará con la paciente sentada.
- Proteinuria de 300 Mg, en 24 horas o más pero menos de 2 gr, o su equivalente en una tira reactiva.
- Edema leve una + o más.
- Ausencia de síndrome vasculoespasmódico (cefalea, amaurosis, fosfenos, acufenos).⁴⁰

TRATAMIENTO.

- Manejo en consulta externa por médico familiar o en el servicio de Enfermería Materno Infantil (EMI) realizando actividades de vigilancia del embarazo.
- Medición y registro de peso y talla.
- Medición de T/A con el paciente sentado.
- Valoración del crecimiento uterino y del estado de salud del feto (ausencia de la frecuencia cardiaca fetal obtenida).
- Valoración del edema, localización y grado.

³⁹ Idem. P. 2

⁴⁰ RUBIO GUERRA, Alberto. Hipertensión arterial, p. 234

- Valoración de BH y glicemia.
- Examen general de orina.
- Valoración de riesgo obstétrico en cada consulta.
- Aplicación de Toxoide tetánico.
- Prescripción de ácido fólico, hierro y polivitaminas.
- Prescripción de medicamentos.
- Reposo diurno además del nocturno 3 ó 4 veces al día durante 30 minutos en decúbito lateral izquierdo.
- Caseinato de calcio en polvo 1 cucharada sopera en un vaso con leche 3 veces al día.
- Dieta normosódica.
- Vida emocional tranquila.
- Alfametildopa 1 tableta de 250mg. Cada 8 horas.
- En caso de aumentar la cifra de T/A, albuminuria, edema mayor de una + canalizar con médico especialista.⁴¹

B) PREECLAMPSIA GRAVE.

Se clasifica como grave si presenta uno o más de los siguientes criterios.

1. Presión sistólica igual o mayor de 160 mmHg. Presión diastólica igual o mayor de 110 mmHg. En 2 ó más ocasiones en un lapso de 6 horas en reposo.
2. Proteinuria de 5gr ó más en 24 horas o tres a cuatro + en tiras reactivas.
3. Oliguria de 400 ml ó menor en 24 horas.
4. Alteraciones visuales o cerebrales.
5. Edema pulmonar o cianosis.
6. Trombocitopenia.
7. Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen "dolor en barra".

⁴¹ PEREZ CABRERA, Manuel, Manejo de la toxemia... p. 18, 19

La persistencia de cefalea intensa debe ser objeto de vigilancia estrecha ya que puede ser la manifestación que precede a una crisis convulsiva. El dolor abdominal en epigastrio o subcostal derecho es un síntoma que anuncia inminencia de eclampsia, se atribuye a distensión de la cápsula de Gisson por micro hemorragia en parénquima hepático. Debe descartarse ante dolor persistente la presencia de un hematoma capsular subcapsular.^{42 43 44}

En la preeclampsia severa el compromiso fetal se puede presentar de dos maneras:

- Enfermedad fetal como la manifestación inicial de preeclampsia.
 - Enfermedad fetal asociada a enfermedad materna.

En la primera forma se presenta retardo en el crecimiento intrauterino de inicio temprano y lentamente progresivo como consecuencia de una alteración en la interfase entre el trofoblasto invasor y las arteriolas uterinas, mucho antes de cualquier manifestación materna. Se acompaña de oligohidramnios y perfil biofísico fetal anormal. Sin embargo la segunda forma es la más frecuente y los fetos no presentan inicialmente signos de retardo en el crecimiento intrauterino y el perfil biofísico fetal es normal. Puede presentar hipoxemia por insuficiencia placentaria aguda como resultado de progresión de la enfermedad con alteraciones de la reserva placentaria o de una exacerbación aguda de vasoconstricción placentaria, o por pérdida repetitiva de tejido placentario con resultados de hemorragia dentro de la placenta (abruptio) o entre la placenta y la pared uterina.⁴⁵

BASES DE DIAGNOSTICO.

HALLAZGOS DE LABORATORIO.

EN LA CITOLOGIA HEMÁTICA: Trombocitopenia, aumento del hematocrito debido a

⁴² Op.Cit, p. 232

⁴³ QUILLIGAN, J. Edwar, Trastornos hipertensivos del embarazo, p. 105.

⁴⁴ ARANGO GOMEZ, Fernando. Efectos fetales y neonatales..., p. 2

la hemoconcentración, alteraciones en el frotis sanguíneo compatible con anemia hemolítica microangiopática. En los casos graves puede haber anormalidad en las pruebas de coagulación que van desde prolongación en el Tiempo de Protrombina (TP) y Tiempo de TromboPlastina (TPT) hasta un cuadro florido de coagulación intravascular diseminada. Puede hacer hiperazoemia y aumento del ácido úrico relacionado con la gravedad de la enfermedad. Su elevación se debe a la disminución de la depuración de uratos. También ha habido aumento de las enzimas hepáticas. La proteinuria debe ser mayor de 300 Mg, por 24 horas en casos leves, pero igual o superior a 5 gr, por 24 horas en los graves, ó 3 a 4 + en tiras reactivas. Es común la oliguria que puede ser grave y llegar a la anuria.⁴⁶

TRATAMIENTO.

- Hospitalización
- Reposo en cama (dorso lateral izquierdo) con permiso de ir al baño.
- Dieta Hiperproteica (70 a 100 gr./día)
- Sedación con fenobarbital intramuscular (IM.) O intravenosa (I.V) una ampolla de 333mg. C/8 ó C/12 hrs. Tiene su mayor efecto a los 15 min. Tiempo en el que se alcanza su mayor concentración en el cerebro.⁴⁷
- Registro diario de peso de la paciente.
- Control estricto de líquidos.
- Toma de T/A cada 4 horas.
- Pruebas de orina tomadas C/24 hrs. Para determinar los niveles de proteínas, estriol y creatinina.
- Pruebas de condición fetal sin stress y observar movilidad fetal durante 2 horas diarias cuando el feto esta despierto.
- Es prudente programar pruebas complementarias de laboratorio, pruebas de no stress, ultrasonido para determinar la edad fetal y estimar el peso, así como amniosentesis para observar la madurez pulmonar fetal.

⁴⁵ Idem, p. 2

⁴⁶ RUBIO GUERRA, Alberto. Hipertensión arterial, p. 233, 234

⁴⁷ PEREZ CABRERA, Manuel. Manejo de la toxemia en cuidados intensivos, p. 16

- Administración de hidrocortisona por vía I.V. en dosis de 1 gr. C/8 hrs. , hasta obtener un total de 4 gr. en un periodo de 24 hrs. Tiene como objeto aumentar la actividad de los agentes pulmonares tensoactivos y evitar la insuficiencia respiratoria en el recién nacido (R/N)⁴⁸
- Examen de fondo de ojo.⁴⁹
- Examen de reflejos osteotendinosos.⁵⁰

ECLAMPSIA

Es la presencia de convulsiones, coma o ambos en la mujer con manifestaciones de preeclampsia siempre que se descarte epilepsia, hemorragia cerebral, y otras entidades que sean causa de convulsiones.⁵¹

Las convulsiones se describen en 4 etapas:

- **AURA:** En la eclampsia es visual con luces y manchas brillantes, gripo causado por espasmo de los músculos respiratorios y laríngeo, en general, no se nota.
- **FASE TONICA:** Durante la cual la paciente pierde la conciencia, tiene contracturas musculares y generalizadas y cianosis. El feto puede mostrar signos de hipoxia.
- **FASE CLONICA:** Durante la cual hay movimientos violentos; la paciente se puede morder la lengua y presentar vómito y aspiración del mismo.⁵²

⁴⁸ QUILLIGAN J. Edward. Trastornos hipertensivos en el embarazo, p. 110, 111

⁴⁹ MONDRAGÓN CASTRO, Héctor. Toxemia gravídica, p. 326

⁵⁰ BAILY, Ellen, toxemia, p. 780

⁵¹ RUBIO GUERRA, Alberto, Hipertensión arterial, p. 234

⁵² LEWIS / CHAMBERLAIN. Trastornos hipertensivos del embarazo, p. 104

BASES PARA EL DIAGNÓSTICO:

- ✓ Edema.
- ✓ Presión sanguínea elevada.
- ✓ Proteínuria
- ✓ Convulsiones generalizadas.

La presión sanguínea por lo general es superior a 160/100 mmHg y el pulso es lleno y de rebote. La taquicardia constituye un mal pronóstico si es superior a 120 por minuto. Existe aumento de la frecuencia respiratoria y un aumento ligero de la temperatura.⁵³ Cuando esta es mayor de 39°C, se sospecha de hemorragia cerebral.⁵⁴

La excreción de orina disminuye, es de color oscuro y puede en realidad contener sangre.⁵⁵ Se observa anasarca, amaurosis, dolor epigástrico, vómito, desorientación, irritabilidad o hiperreflexia, espasmo arteriolar generalizado o focal y llegar al estado de coma.⁵⁶

TRATAMIENTO.

Paciente hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos adultos.

1. Reposo absoluto.
2. Mantener vía aérea permeable.
3. Administración de oxígeno.
4. Colocar a la paciente en posición de trendelenburg.
5. Aspiración de secreciones.
6. Monitorear clínicamente la presión arterial, reflejos osteotendinosos y pupilares,

⁵³ QUILLIGAN J. Edward. Trastornos hipertensivos del embarazo, p. 105, 106.

⁵⁴ WILLIAMS, Trastornos hipertensivos en el embarazo, p. 779

⁵⁵ OP Cit., p. 106.

⁵⁶ MONDRAGÓN, Héctor, Toxemia Gravidica, p. 324

frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, coloración.

7. Instalar sonda foley.
8. Control estricto de líquidos.
9. Registro periódico de la presión venosa central.
10. Minimizar estímulos.
11. Evitar traumatismo, cama con barandales y protegida.
12. Cánula de Guedel para evitar mordeduras de la lengua.
13. Vigilar estado de conciencia.
14. Vigilancia materna por laboratorio cada 24 horas, solicitar determinación de proteínas, creatinina, estradiol, química sanguínea (Q.S), T.P., T.P.T., Fibrinógeno, cada 3 días, medición de glicemia, creatinina, urea con depuración de ácido úrico, proteínas plasmáticas, bilirrubinas, transaminasas, deshidrogenasa láctica y pirubica, ácido láctico, electrolitos y gasometría.
15. Administración de sulfato de magnesio dosis de carga de 4 a 6 gr. En 100 ml, de líquido en un lapso de 20 minutos seguida de infusión de mantenimiento de 2 grs. , en 100 ml, de líquido y controlar la presión arterial con hidralazina de 20-40 Mg, I.V o labetalol 20 Mg. I.V.
16. Valorar la interrupción del embarazo.^{57 58}

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Es la presencia de hipertensión antes del embarazo o identificación de la misma antes de la vigésima semana de gestación o la persistencia de hipertensión después de 6 semanas posparto. La causa más frecuente es la hipertensión esencial, seguida de la enfermedad renal crónica; en estas mujeres el riesgo de desarrollar preeclampsia es 2 a 7 veces mayor, así como también se eleva el riesgo de retardo en el crecimiento fetal y desprendimiento de placenta.⁵⁹

⁵⁷ QUILLIGAN J. Edward. Trastornos hipertensivos del embarazo, p. 112, 113

⁵⁸ MANUAL DE urgencias. P. 400

⁵⁹ ARANGO GOMEZ, Fernando, Efectos fetales y neonatales..., p. 5

HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA AGREGADA

Cuando existe diagnóstico de hipertensión crónica y en el embarazo se agrega proteinuria, edema generalizado o ambos, hasta un 25% de estas embarazadas desarrollan preeclampsia. Esta entidad revela mayor gravedad, ya que aumenta la incidencia de desprendimiento de placenta, insuficiencia renal y por lo tanto mayor mortalidad materna y perinatal.⁶⁰

HIPERTENSIÓN TRANSITORIA.

Es el desarrollo de hipertensión en el tercer trimestre del embarazo, sin proteinuria ni edema generalizado. La hipertensión también puede acontecer en el puerperio. Estas pacientes suelen recuperar sus valores de tensión arterial normales dentro de los 10 días posparto. En ocasiones es difícil efectuar el diagnóstico y ante la duda deberán tratarse como si fueran preeclámpticas.⁶⁰

2.6 PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO.

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

De manera que la enfermera dé la atención y cuidado de los pacientes incluyendo la mujer en etapa reproductiva; este cuidado lo proporciona a través del proceso atención de enfermería que permite la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación del cuidado, garantizando confiabilidad en sus acciones, crecimiento profesional y satisfacción personal.

Algunos de los principales problemas que se pueden presentar a la mujer con

⁶⁰ RUBIO GUERRA, Alberto. Hipertensión arterial, p. 234, 235

hipertensión inducida por el embarazo son:

PROBLEMA No1.

NECESIDAD: Necesidad de Oxígeno.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno del riesgo tisular periférico relacionado con interrupción del flujo arterial manifestándose por tensión arterial mayor o igual a 140/90.

OBJETIVO: Vigilancia estrecha de signos vitales enfatizando en las cifras de tensión arterial.

INTERVENCIÓN:

- Toma y registro gráfico de tensión arterial cada hora (en miembro superior izquierdo a la altura del corazón del paciente en posición sedante).
- Administración de medicamentos antihipertensivos como: Nifedipina cápsula sublingual 10 mg. Repitiendo la dosis cada 30 minutos hasta 4 dosis en caso de no disminuir la tensión arterial.
- Hidralazina intravenosa 10 Mg en 15 minutos impregnación y mantenimiento 50 Mg en un litro de solución Hartman.
- Labetalol 100 a 200 cada 12 horas.

FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN:

- La tensión arterial individual varía de una hora a otra de día a día, disminuye durante el sueño y puede elevarse notablemente con emociones fuertes como el temor y el enojo, o con el ejercicio.
- El objetivo primordial de los antihipertensivos es prevenir la hemorragia intracraneal y el fallo ventricular izquierdo además del vasoespasmo arteriolar selectivo del cerebro que generan las crisis eclámpicas.

PROBLEMA No 2.

NECESIDAD: Necesidad de líquidos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen hídrico relacionado con trastorno del mecanismo regulador manifestándose por edema, anasarca, aumento de peso, oliguria.

OBJETIVO: Funcionamiento renal adecuado hasta que el feto sea viable.

INTERVENCIÓN:

- Registro exacto de ingestión y excreción.
- Control de líquidos
- Peso diario
- Fomentar la ingestión adecuada de líquidos
- Explicar y realizar la orden de: Reposo en cama (decúbito lateral izquierdo); Vendaje y elevación de miembros inferiores.

FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN:

- Una eliminación de orina menos de 25 ml/hr (600 ml/24 hr.) Se considera inadecuada.
- Los signos más constante de preeclampsia es un aumento excesivo de peso por acumulación de agua en los tejidos.
- Para asegurar un adecuado funcionamiento del riñón el ser humano (adulto) necesita ingerir de 2000 ml a 3000 ml en 24 horas.
- El reposo disminuye la presión arterial, aumenta el flujo sanguíneo renal y puede cuasar diuresis. El vendaje ayuda a una mejor irrigación sanguínea en miembros inferiores.

PROBLEMA No. 3

NECESIDAD: Necesidad de protección y seguridad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Temor relacionado con presencia de convulsiones como lo manifiesta en sus propias declaraciones.

OBJETIVO: Verbalizará el decremento del temor después de una hora.

INTERVENCIÓN:

- Explicar; clarificar como reconocer la presencia de convulsiones, para dar aviso.
- Tratamiento de convulsiones (administración de sulfato de magnesio).
- Valorar la respuesta a la medicación (observando signos de intoxicación).
- Valorar estado físico cada hora.
- Toma y registro de signos vitales.
- Vigilar reflejos osteotendinosos.
- Proporcionar medidas de seguridad.
- Cama acojinada y con barandales.
- Colocar cánula de Guedel
- Tener preparado equipo de urgencias.
- Observar si inicia el trabajo de parto.
- Valorar y eliminar factores contribuyentes.
- Aislar al paciente en una habitación oscura y tranquila.

FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN:

- Previa a la convulsión se presenta un síntoma llamado aura.
- Existe toxicidad en el paciente cuando se administra más de 10 meq de sulfato de magnesio desarrollando depresión respiratoria, parálisis y paro

cardiaco.

- Los signos vitales indican el funcionamiento fisiológico básico.
- La capacidad de una persona para protegerse se afecta por su estado sensorial, mental, emocional, de movilidad y comodidad, reposo y sueño.
- El ruido, calor, frío, iluminación excesiva y conversaciones o actividades de personas en el cuarto del paciente afectan su capacidad de reposo y producen estrés y ansiedad.

PROBLEMA No 4.

NECESIDAD: Necesidad de líquidos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno de la excreción urinaria relacionada con hinchazón, aumento de tamaño e isquemia intracapilar glomerular manifestada por proteinuria mayor de 300 mg en 24 horas.

OBJETIVOS: Mantener el control de las concentraciones de proteínas en orina de 24 horas. El paciente hará la recolección de orina en 24 horas.

INTERVENCIÓN:

- Solicitar cuantificación de creatinina y albúmina en orina de 24 horas.
- Valorar volumen urinario cada 24 horas o cada micción.
- Proporcionarle el orinal al paciente.
- Registro exacto de ingestión y excreción de líquidos.
- Control de líquidos cada 24 horas.

FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN:

- Los datos de valoración constituyen valores de referencia para comparar las mediciones posteriores que puedan indicar cambios en las condiciones y la

necesidad de ajustar el plan de tratamiento.

- El decremento en la excreción urinaria puede indicar riego renal insuficiente y deshidratación
- La deshidratación llega a reducir el volumen sanguíneo circulante, dando por resultado disminución del riego periférico, el exceso de líquidos puede acumularse en los pulmones.

2.7. NIVELES DE PREVENCIÓN.

PRIMER NIVEL:

PREVENCIÓN:

La comunicación educativa, tiene como propósito promover la información acerca de una salud previa al embarazo, durante el embarazo, el puerperio y la lactancia, reconocer los factores de riesgo de la preeclampsia/eclampsia; se orientará sobre educación sexual, planificación familiar, control prenatal temprano y continuo, medidas higiénico dietéticas entre otras.

DETECCIÓN:

Búsqueda intencionada de posibles casos de presentar preeclampsia/eclampsia de acuerdo a factores predisponentes, orientación preconcepcional para prevenir embarazos no deseados, promover la vigilancia prenatal para la detección y atención de complicaciones del embarazo, exámenes de laboratorio, aplicación de toxoide tetánico, descartar tuberculosis, sífilis y VIH.

MEDIDAS RECOMENDADAS:

Evitar Alimentos: Embutidos, enlatados, salados o conservados, carnes secas saladas, quesos maduros, concentrados industriales de consomés, salsas de soya, así como refrescos; aporte energético adicional 300 Kcal/día; proteínas: fundamental en el segundo trimestre de la gestación. Incremento proteico a dieta basal, 60 g/día de preferencia de origen animal; cítricos, hierro 30 mg/día; caseinato de calcio, vitaminas A y D, ácido fólico, reposo: reducción de la actividad física; sueño de 8 a 10 horas diarias; Hábitos intestinales: evitar la constipación intestinal con ingesta de líquidos adicionales (2 a 3 litros diarios de agua en 24 Horas); evitar toxicomanías, automedicación, drogas; orientación sobre lactancia materna, aclarar dudas con respecto a relaciones sexuales, factores de riesgo y signos de alarma.

SEGUNDO NIVEL Y TERCER NIVEL.

Los pacientes referidos de un primer nivel se vigilarán estrechamente, para detectar oportunamente alteraciones en las que se sospeche evolución a grado severo, se continuarán con todas las medidas de vigilancia del embarazo hasta alcanzar donde sea posible la madurez pulmonar fetal, control médico estrecho, citas de acuerdo al caso, diario o cada tercer día y/o a los 7 ó 14 días, se solicitarán estudios de laboratorio y gabinete, en casos que agrave el cuadro clínico, deberá hospitalizarse, no permitir que el embarazo rebase las 38 a 40 semanas; tratamiento de la preeclampsia severa: hospitalización, vigilancia de funciones vitales, proporcionar ambiente de reposo y confort, medidas higiénico dietéticas de acuerdo al caso, control metabólico, monitorización materno fetal; prevención de crisis, tratamiento antihipertensivo.

CRITERIOS PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO:

CAUSAS MATERNAS:

Estados fisiopatológicos con mala respuesta terapéutica, crisis hipertensivas continuas, oliguria severa (menor de 30 ml/h.), proteinuria severa (mayor a 5 g/L), depuración de creatinina menor de 50 ml/dl, trombocitopenia severa, hemólisis microangiopática, alteraciones de la función hepática, crisis convulsivas, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta.

CAUSAS FETALES:

Sufrimiento fetal agudo o crónico agudizado, oligohidramnios severo, retardo en el crecimiento fetal, óbito fetal.

MANEJO DE LA PACIENTE POST PREECLAMPSIA ECLAMPSIA:

Se sugiere contrarreferirla al primer nivel de atención médica para evaluación médica general principalmente de: Planificación familiar, manejo psicoemocional, descartar secuelas neurológicas, oftalmológicas, cardiovasculares, renales, hepatopatías y control de las condiciones generales de salud.

2.8 COMPLICACIONES.

1. **SÍNDROME DE HELLP.** Del Ingles H-Hemólisis. EL-Elevación de enzimas en el hígado. LP-Bajo número de plaquetas. Es decir, síndrome caracterizado por hemólisis microangiopática daño hepático o manifestación por la elevación de enzimas: transaminasa glutámico oxalacética (TGO) transaminasa glutámica piruvica (TGP), deshidrogenasa láctica (DHL) y bilirrubinas; también existe Trombocitopenía. El síndrome de HELLP en orden de frecuencia puede complicarse con: insuficiencia renal aguda, CID, DPPIN.⁶¹
2. **"COAGULACIÓN INTRAVACULAR DISEMINADA:** Se presenta más

⁶¹ <http://personal.redestb.es/ajf/sinHELLP.html> p. 1 a 3

frecuentemente en la preeclampsia-eclampsia complicada con síndrome de HELLP y con abruptio placentae.

3. *DPPIN*: (Abruptio placentae) puede presentarse en cualquier caso de preeclampsia-eclampsia pero es más frecuente en las formas severas y sobre todo en aquellas con alguna complicación grave como el síndrome de Hellp y crisis hipertensiva de difícil corrección.
4. *HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POR RUPTURA HEPÁTICA*: La isquemia secundaria a vasoespasmo puede llegar a necrosis hepatocelular y esta a su vez puede causar hemorragia hepática intraparenquimatosa esta hemorragia puede ser petequial o puede evolucionar a un gran hematoma que este contenido dentro de la cápsula de Glibson. La ruptura del hematoma subcapsular provocará hemoperitoneo, choque y muerte.
5. *PROBLEMAS NEUROLÓGICOS*: Edema cerebral, hemorragia cerebral, isquemia, trombosis e infección cerebral.
6. *EDEMA CEREBRAL*: es el exceso de contenido de agua en los compartimientos de líquido del cerebro. Puede desarrollarse por presión intravascular aumentada, presión oncótica reducida y daño del endotelio vascular. Se piensa que en mujeres eclámpticas se desarrolla con resultados de anoxia asociada a las convulsiones o como pérdida de la autorregulación cerebral secundaria a hipertensión arterial severa. Puede haber obnubilación, confusión y coma. El diagnóstico se confirma con la Tomografía Axial Computarizada (TAC)
7. *HEMORRAGIA CEREBRAL*: Es la más temible y fatal de las complicaciones de la eclampsia. El mejor tratamiento es el preventivo: Abatir la crisis hipertensiva y terminación del embarazo".⁶²
8. *LESION RENAL*: Se trata de una lesión reversible pero sólo después del nacimiento de la criatura y, una vez establecido el tratamiento, puede modificarla durante el embarazo. Corresponde a un estrechamiento de las luces capilares de los glomérulos con aumento de citoplasma en las células endoteliales con presencia de depósitos osmofílicos subendoteliales y sin

⁶² PEREZ CABRERA, Manuel, Manejo de la toxemia..., p. 26 a 32

ningún cambio observado en la membrana basal. Hay diferentes prolongaciones celulares pero no se observa proliferación de la célula que se presenta en contacto con la membrana basal. La lesión puede apreciarse correctamente solo a través del microscopio.⁶³

9. *PROBLEMAS FETALES*: El vasoespasmo y el volumen reducido de sangre disminuyen el flujo de sangre uterina lo que puede provocar infartos placentarios, mala nutrición fetal y dar como resultado un recién nacido con bajo peso al nacer.⁶⁴

2.9. PRONÓSTICO

En la preeclampsia leve el pronóstico para la madre y el feto depende en grado considerable de la edad gestacional del feto, de que se presente mejoría después de la hospitalización, de cuándo y cómo se realiza el parto, y de si sobreviene eclampsia.⁶⁵

El pronóstico de la eclampsia, hipertensión agravada por el embarazo y preeclampsia severa es siempre grave; es una de las patologías más peligrosas que pueden afectar a una mujer embarazada y a su feto.

Por todo lo anterior ¿Cuáles son los factores que predisponen la aparición de Hipertensión Inducida por el Embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas?.

⁶³ QUILLIGAN J. Edward. Trastornos hipertensivos del embarazo, p. 108

⁶⁴ IDEM. P. 108

⁶⁵ WILLIAMS, Trastornos hipertensivos del embarazo, p. 773

CAPITULO III. MATERIAL Y METODO

3.1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la mujer juega un papel importante dentro del progreso social y económico del país, pero en cuestión de reproducción hay un gran abandono, por la falta de conocimiento y la dificultad de prestaciones de servicios de salud en zonas marginadas. Por ello hemos puesto nuestro interés en investigar los trastornos hipertensivos del embarazo; ya que en el país constituye una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad materno fetal, seguida de hemorragias e infecciones.

En la Ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, es de suma importancia el estudio de los trastornos hipertensivos del embarazo, ya que existe una mediana tasa de mortalidad materna de 7.02 por 10,000 nacidos vivos registrados, y a partir de 1998 no se ha registrado ningún caso de esta patología, esto nos indica el sesgo de información pues el problema es real y se vive día a día afectando tanto a la madre como al feto, porque generalmente el pronóstico de estas pacientes es grave justificando la interrupción del embarazo, independientemente de la edad gestacional, ocasionando en algunos casos la pérdida del neonato, un parto espontáneo o inducido en forma necesaria.

Es por ello que no podemos continuar indiferentes en un problema de salud que compete exclusivamente a la mujer, en la que todo trabajador de salud se encuentra inmerso. He ahí que el Programa Nacional de Salud considera a la madre-hijo como prioridad y realiza la extensión de cobertura a través de los servicios de Salud Reproductiva, sin embargo a pesar de ser una buena estrategia, nos damos cuenta que debido a la situación de la crisis económica y política por la que atraviesa nuestro país; esta no puede tener la suficiente extensión, pues la pobreza, el aumento constante de la canasta básica, falta de recursos humanos, difícil acceso a los servicios de salud por la población que reside en comunidades marginadas, aumento de los costos de atención médica, dificultad de acceso a las escuelas para

una preparación profesional de calidad, la falta de habla de los diferentes dialectos existentes en nuestro estado, la falta de interés y conciencia humana del personal que labora en un primer nivel de Salud; son suficientes para no saber educar y sensibilizar a la población a la que se brinda el servicio.

Por lo que a pesar de ser una patología prevenible al 100% se convierte en un problema de alto riesgo para el binomio madre-hijo y de alto costo para la familia. Por lo cual el costo de una investigación de esta magnitud es inferior a los beneficios que puedan obtenerse de ella.

3.2. OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar los factores que predisponen a la aparición de toxemia en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional)

ESPECIFICOS:

- Dar a conocer los factores detectados en la gestantes derechohabiente y no derechohabiente que favorecen la aparición de Hipertensión Inducida por el Embarazo.
- Evaluar si la inasistencia de la mujer embarazada a la consulta prenatal influye en la detección de hipertensión inducida por el embarazo.
- Describir en forma específica que dentro de los factores para padecer Hipertensión Inducida por el Embarazo son las primigestas y las Multigestas.
- Comparar la incidencia de morbilidad de Hipertensión Inducida por el Embarazo en San Cristóbal de las Casas, en las instituciones ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) con la incidencia Nacional.
- Comparar la edad y el peso de la gestante como factores predisponentes de Hipertensión Inducida por el Embarazo.

3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH se realizó una prueba piloto del 3 al 7 de abril del presente año, teniendo como resultado 46 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden al primer y segundo nivel de atención en las Instituciones antes citadas, en la cual fue necesario agregar datos de importancia para detectar factores predisponentes de hipertensión inducida por el embarazo, percatándonos que la edad, peso anterior, escolaridad, ingreso económico, primigestas y asistencia a control prenatal fueron los principales factores de riesgo siendo este último el más trascendente ya que por este medio es factible prevenir, detectar y tratar complicaciones durante el primer y segundo trimestre de embarazado, desafortunadamente las pacientes encuestadas acudieron a consulta en el último trimestre o cuando estaba implantado el trabajo de parto, siendo aquí la toma de decisiones para evitar convulsiones durante el trabajo de parto y puerperio, aunque no siempre se tiene un buen pronóstico para la madre ya que la hipertensión inducida por el embarazo se encuentra asociada con otras patologías propias del embarazo o sobre agregadas tales como padecimientos crónico degenerativos que hacen más difícil el reestablecimiento del estado de salud del binomio.

3.4. HIPÓTESIS.

Los factores que predisponen la aparición de Hipertensión Inducida por el Embarazo en mujeres embarazadas de la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional), de San Cristóbal de las Casas, Chiapas; están relacionadas directamente con la inasistencia a control prenatal.

3.5. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo y transversal.

3.6. UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Mujeres embarazadas que asistan a la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional), en el área de consulta externa de medicina familiar y especialidad; en los turnos matutino y vespertino de lunes a viernes durante los meses de abril y mayo de 2000.

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Mujeres derechohabientes y no derechohabientes que asistan a la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Mujeres no embarazadas, los días sábado, domingo y festivos, turno nocturno.
- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** Mujeres gestantes en estado crítico y aquellas que se nieguen a dar información.

3.8. UNIVERSO MUESTRA.

50 encuestas aplicadas durante una semana de lunes a viernes en el turno matutino y vespertino en la Clínica del ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas; como prueba piloto

3.9 VARIABLES DE ESTUDIO.

1. *EDAD*: Los extremos de la vida reproductiva de una mujer predisponen la aparición de complicaciones durante el embarazo tanto en mujeres adolescentes como en niñas.
2. *PESO*: Principalmente el sobrepeso provoca que se presenten manifestaciones o problemas agregados durante el embarazo como la hipertensión arterial, aumento de triglicéridos, colesterol, ácido úrico, etc.
3. *TALLA*: Las mujeres con estatura menor de 1.50 cm están predispuestas a tener complicaciones durante el embarazo.
4. *TENSIÓN ARTERIAL*: Las cifras tensionales forman un papel importante ya que esto nos puede dar una señal importante y detectable por un esfigmomanómetro de Hipertensión Inducida por el Embarazo en etapas tempranas.
5. *ESTADO CIVIL*: La ausencia de una pareja durante el embarazo puede influir en el estado anímico de la gestante, por el apoyo moral, físico y económico que esta le pueda proporcionar durante la gestación.
6. *ESCOLARIDAD*: El grado de estudios permite una mejor aceptación de los cuidados y posibles tratamientos durante el embarazo y evitar factores predisponentes de riesgo durante el mismo.
7. *INGRESO ECONÓMICO*: El ingreso económico mayor al salario mínimo permite acceder a los servicios de salud necesarios durante el embarazo la carencia de este puede influir en la detección de problemas, por el poco o nulo acceso a los servicios de Salud.

8. **ANTECEDENTES PERSONALES Y HEREDOFAMILIARES DE PADECIMIENTOS CRÓNICO-DEGENERATIVOS:** Esto se debe tomar muy en cuenta ya que los principales padecimientos que afectan a la mujer embarazada son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus que predisponen la presencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo, necesitando que la mujer embarazada lleve un control estricto prenatal para evitar complicaciones que pueden ser irreversibles.
9. **ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:** La primigestas, múltiparas, embarazos gemelares, abortos frecuentes. Hipertensión Inducida por el Embarazo recurrente pueden influir en la aparición de problemas durante el embarazo.
10. **ASISTENCIA ACTUAL A LA CONSULTA PRENATAL:** La detección oportuna y temprana de factores de riesgo y problemas durante el embarazo nos conlleva a la culminación de un embarazo en condiciones ideales para el binomio madre-hijo.
11. **DIETA:** Las costumbres alimenticias tales como: disminución de la ingesta de líquidos, deficiente alimentación, entre otras provocan que puedan presentarse: desnutrición, infecciones que tienen una trascendencia importante durante el embarazo.
12. **TOXICOMANIAS:** El consumo de cigarrillos y alcohol predisponen la aparición de enfermedades no deseadas para la madre y el binomio que pueden tener complicaciones severas para ambos.
13. **HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO:** La exploración física no brinda la oportunidad de detectar problemas en la madre y el laboratorio no brinda datos no observables importantes para la gestante.

3.10 INSTRUMENTO

El plan de recolección de datos se conformo de una encuesta con ocho apartados de 38 preguntas en total de las cuales 22 fueron preguntas abiertas y 16 preguntas cerradas.

DATOS GENERALES: Edad, peso anterior, peso actual, talla, tensión arterial, estado civil, ocupación, escolaridad.

DATOS ESPECIFICOS: Ingreso económico quincenal, ha padecido alguna enfermedad (hipertensión arterial, diabetes mellitus, Nefropatías, anemia, preeclampsia-eclampsia).

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Hipertensión arterial, Nefropatías, diabetes mellitus, preeclampsia-eclampsia.

TOXICOMANIAS: Tabaquismo y alcoholismo.

DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS: Embarazos, partos, cesáreas, abortos, fecha de última regla, motivo de la cesárea anterior, motivo del aborto anterior, embarazo gemelar, número de consultas.

TIPO DE ALIMENTACIÓN: carne, frutas, verduras, cereales, leche, derivados de la leche, huevos y cantidad de liquido.

CONTROL PRENATAL: Con quién: médico general, partera, médico especialista.

HALLAZGOS LABORATORIALES: Hemoglobina, grupo sanguíneo, examen general de orina.

3.11 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

El estudio es de carácter estadístico aleatorio simple con reposición, considerando la fórmula finita e infinita con una confianza del 95%, una variabilidad de 0.5 de P y 0.5 de Q, un error de 5%, resultando un total de 215 encuestas.

3.12 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.

Para el procesamiento de la información recolectada se empleó la estadística descriptiva. De manera que se elaboraron cuadros, gráficas y se confrontaron los resultados con el marco teórico.

CAPITULO IV. RESULTADOS.

Posterior a la aplicación de 215 encuestas a mujeres embarazadas derechohabientes al ISSSTE y población abierta del ISECH, en un primer y segundo nivel de atención los resultados fueron los siguientes.

4.1 DATOS GENERALES

Podemos señalar que la Edad de las embarazadas en un 33.95% fluctúan entre los 15-20 años seguida, en un 26.98% por las de 21-25; en un 20.93% entre los 26 a 30 años el resto se encuentra en las edades de 31 a 36 años o más.

Los indicadores, escalas de medición o medios de diagnóstico que nos permiten estimar en algunos casos los riesgos con relación a los diferentes componentes corporales de cuatro tipos, uno de ellos es el peso: la ganancia ponderal en el embarazo normal es de 10.9 Kg en promedio, con límites inferior y superior de 9.8 y 11.5 Kgs., respectivamente. En el primer trimestre de 900 a 1800 gr, y en el segundo y tercer trimestre de 1500 a 1800 gr, por mes.

El peso actual de 66 ó más Kgs. fue 25.58%; el 23.25% entre 61 a 65 Kgs.; el 19.54% en 51 a 55 Kgs., de acuerdo al dato de peso anterior el 35.81% lo desconocía, si tomamos en cuenta que el 24.65% antes del embarazo pesaba entre 51 a 60 Kgs., considerando como promedio 55.5 Kgs, y de acuerdo al aumento ponderal por semana de gestación de 21 a 36 semanas con el 60.93%, tomando como promedio de gestación 28 semanas; se puede considerar que la ganancia ponderal de las pacientes estudiadas, estuvo acorde con los requerimientos, 0 – 10 semanas, 65 gr por semana; 10 – 20 semanas, 335 gr por semana; 20 a 30 semanas, 450 gr por semanas; 30 a 40 semanas, 335 gr por semana; estos datos no pueden ser 100% confiables ya que hay un alto porcentaje de mujeres que desconocían su peso antes del embarazo

La talla en un 40.47% se encuentra entre 1.46 a 1.50 cm, el 27.44% en menos de 1.45 cm, el 17.21% entre 1.51 a 1.55 cm; el resto 14.88% se encuentra entre 1.56 a 1.70 cm. . En lo que se refiere a talla durante la evaluación nutricional también se debe de considerar como factor de riesgo que se asocia a complicaciones maternas y fetales; al igual que las madres adolescentes, multiparidad en intervalos menores de dos años, bajo nivel socioeconómico y cultural, hábitos alimenticios, enfermedad sistémica crónica, entre otras; sin embargo en la bibliografía y estudios consultados en el presente estudio no se encuentra una relación de peso talla como factor de riesgo. Finalmente, podemos decir que las mujeres cuyo peso previo al embarazo es alrededor del 80% de su peso ideal tienen un alto riesgo de complicaciones durante la gestación; a saber: diabetes mellitus, tromboembolias, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, etc.

El 49.77% de las encuestadas son casadas, el 44.19% en unión libre y el 6.04% son solteras o divorciadas. Considerando que el 94.96% de las mujeres contaban con pareja y solamente el 6.04% estaba sin pareja, este dato no es significativo como factor de riesgo para este estudio.

Las amas de casa ocupan el 79.07% seguidas por profesionistas con el 13.49% y el 7.44% en otras actividades (estudiantes y comerciantes). La escolaridad de nuestra población en un 35.84% curso la primaria incompleta, el 19.07% son analfabetas, el 17.67% secundaria, el 27.42% se encuentran en el rubro de profesional, primaria completa, bachillerato y nivel técnico.(Ver cuadros y gráficas del 1 al 7).

4.2 TENSIÓN ARTERIAL

Encontramos que la tensión arterial sistólica de los pacientes el 7.44% estaba entre las cifras de 140 a 161 ó más mmHg., y la tensión arterial diastólica el 15.34% entre 90 ó más de 110 mmHg. Lo cual nos permite analizar y concluir que tenemos un gran problema como lo es la hipertensión inducida por el embarazo, pues de acuerdo a los

parámetros clínicos se habla que la tensión arterial sistólica deberá ser igual o mayor de 140 mmHg., ó más sobre la tensión arterial basal. Por consiguiente la tensión arterial diastólica será mayor de 30 mmHg., ó más de acuerdo a la tensión basal, o igual o mayor a 90 mmHg. Sin embargo sabemos de antemano que de acuerdo a la tensión arterial basal los porcentajes obtenidos aumentan notablemente, pues en nuestra población existe tensión arterial basal hasta de 90/60 ó menos mmHg., pero también sabemos que por falta de educación a la salud no se le da la importancia correspondiente a la toma de tensión arterial estando sanos.

CUADRO # 1

Edad estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

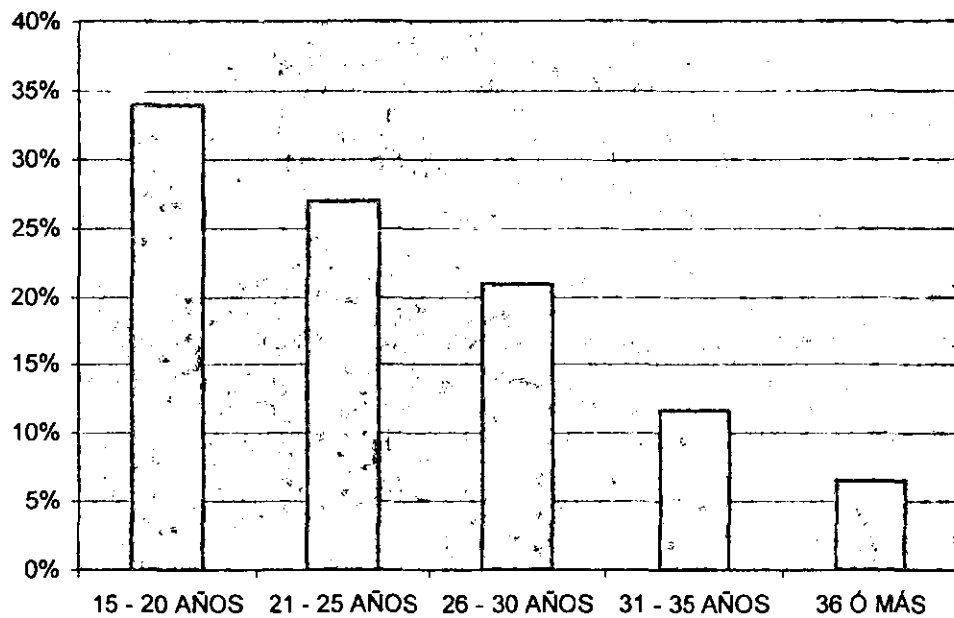
EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
15 A 20 AÑOS	73	33.95%
21 A 25 AÑOS	58	26.98%
26 A 30 AÑOS	45	20.93%
31 A 35 AÑOS	25	11.63%
36 Ó MÁS	14	6.51%
T O T A L :	215	100%

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 1

Edad estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

EDAD



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 2

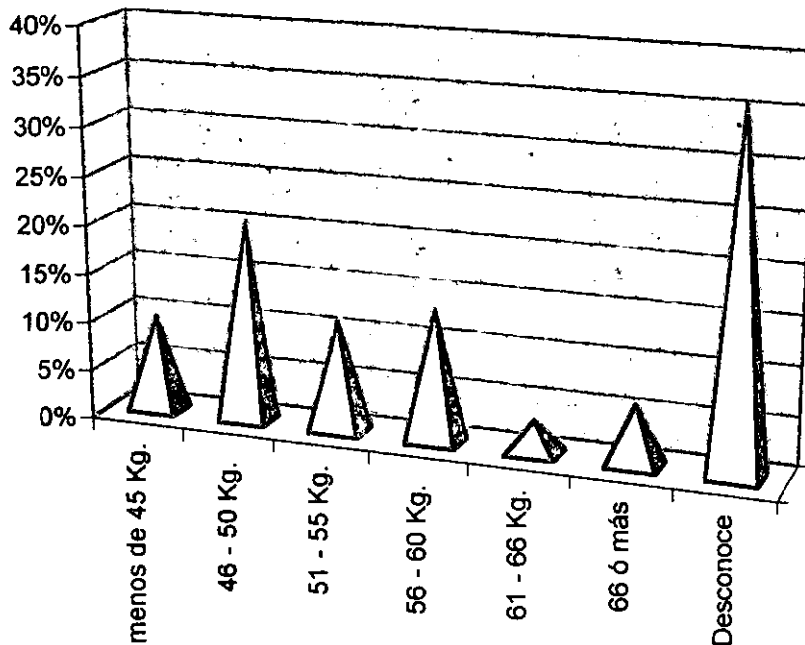
Peso anterior estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

PESO ANTERIOR	NUMERO	PORCENTAJE %
- 45 Kgrs	21	9.77
46 – 50 Kgrs	44	10.47
51 – 55 Kgrs	24	11.16
56 – 60 Kgrs	29	13.49
61 – 66 Kgrs	7	3.25
66 o más Kgrs	1	6.05
Desconoce	77	35.81
TOTAL :	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 2

Peso anterior estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 3

Peso actual estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

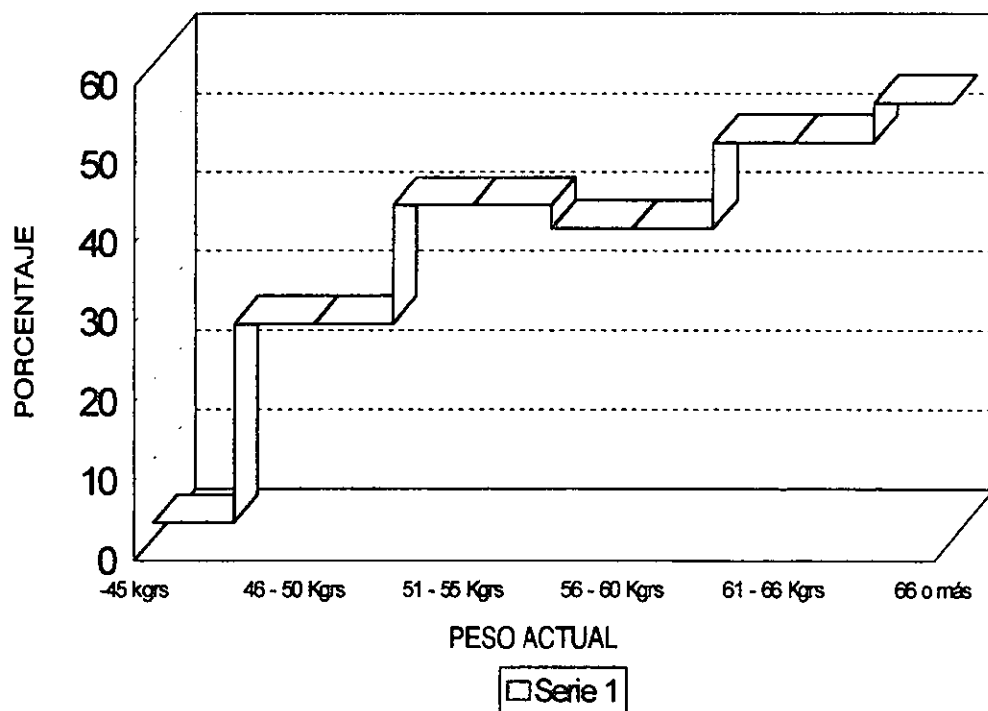
PESO ACTUAL	NUMERO	PORCENTAJE %
<45 kgrs	2	0.94
46 – 50 Kgrs	27	12.55
51 – 55 Kgrs	42	19.54
56 – 60 Kgrs	39	18.14
61 – 66 Kgrs	50	23.25
66 o más	55	25.58
TOTALES:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 3

Peso actual estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

PESO ACTUAL



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 4

Talla estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

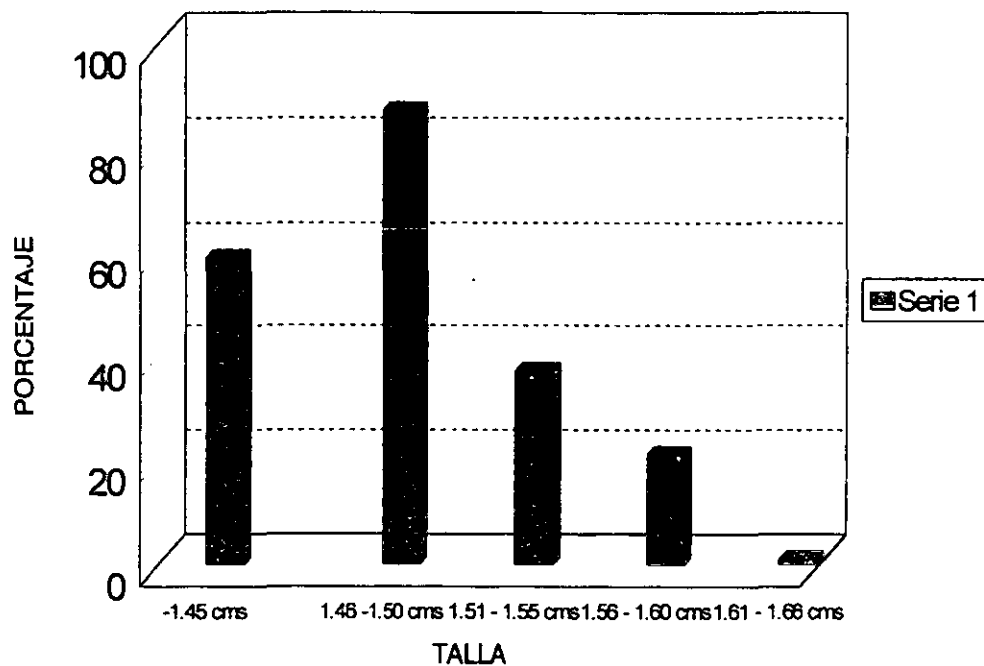
TALLA	NUMERO	PORCENTAJE %
-1.45 cms	59	27.44
1.46 –1.50 cms	87	40.47
1.51 – 1.55 cms	37	17.21
1.56 – 1.60 cms	21	9.77
1.61 – 1.66 cms	10	4.65
1.66 – 1.70 cms	1	0.46
TOTALES:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 4

Talla estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

TALLA



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 5

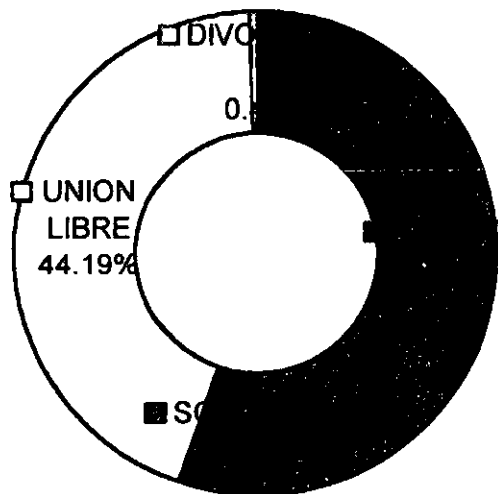
Estado Civil estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE %
CASADA	107	49.77
SOLTERA	12	5.58
UNION LIBRE	95	44.19
DIVORCIADA O ABANDONADA	1	0.46
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 5

Estado Civil estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 6

Ocupación estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

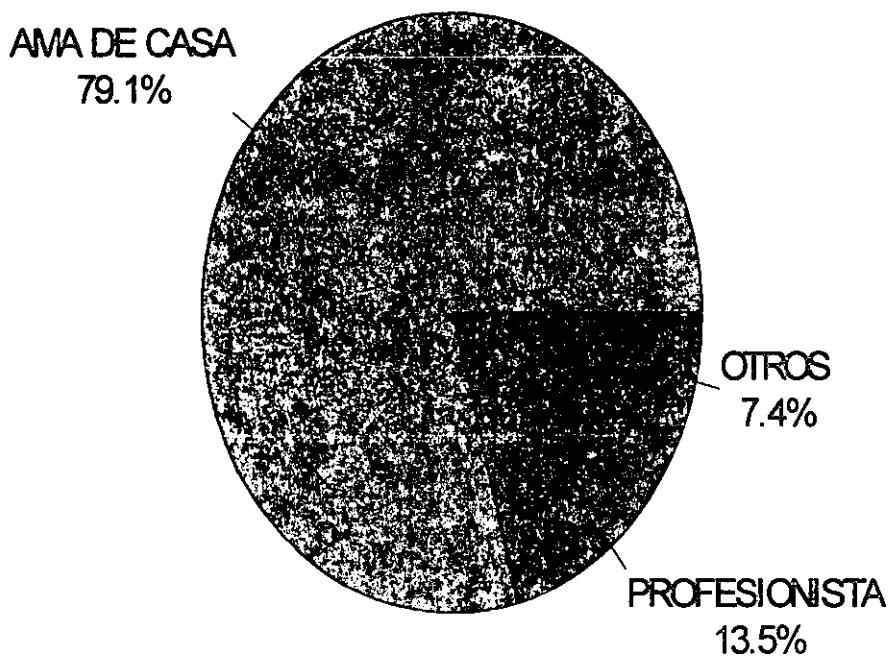
OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE %
AMA DE CASA	170	79.08
PROFESIONISTA	29	13.49
OTROS	16	7.44
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 6

Ocupación estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

OCUPACION



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 7

ESCOLARIDAD estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

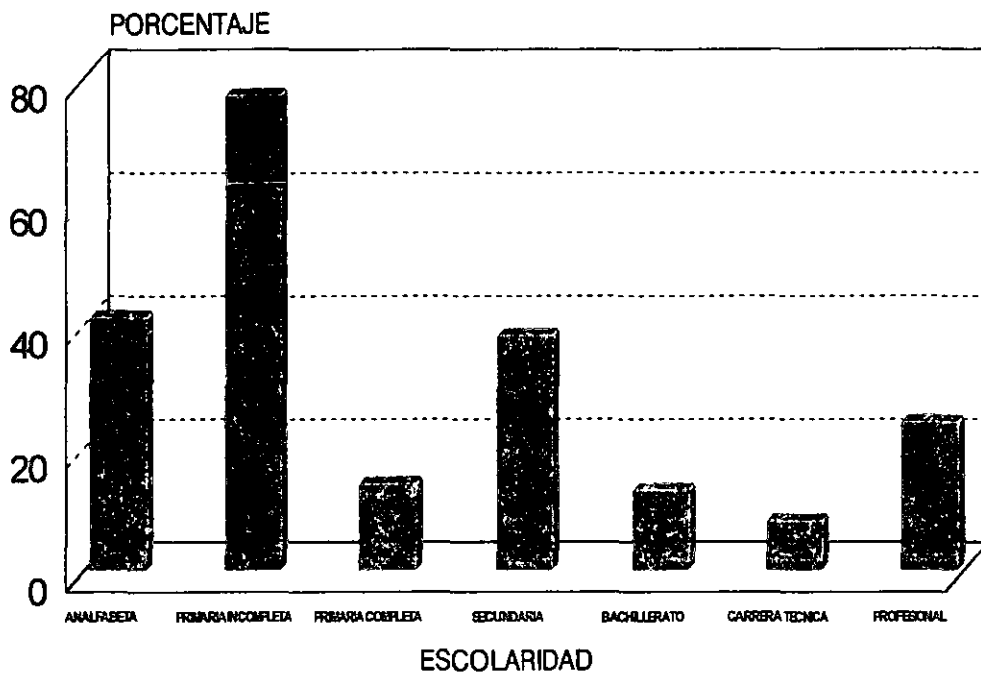
ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE %
ANALFABETA	41	19.07
PRIMARIA INCOMPLETA	77	35.82
PRIMARIA COMPLETA	14	6.51
SECUNDARIA	38	17.67
BACHILLERATO	13	6.05
CARRERA TECNICA	8	3.72
PROFESIONAL	24	11.16
TOTAL	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 7

ESCOLARIDAD estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

ESCOLARIDAD



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 8

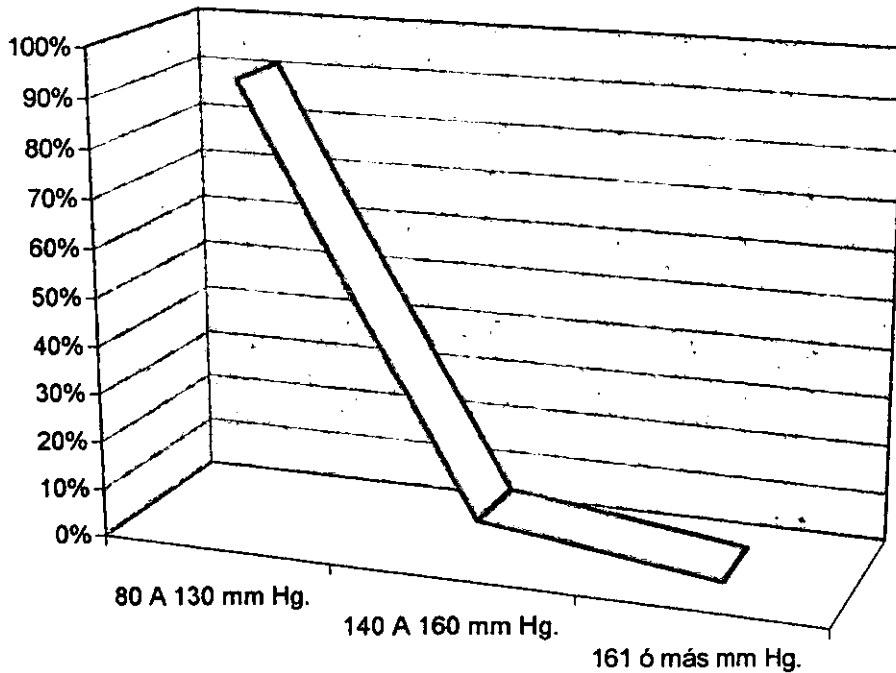
TENSION ARTERIAL SISTOLICA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

T/A SISTOLICA mmHg	NUMERO	PORCENTAJE %
80 - 139	199	92.56
140 – 160	15	6.98
161 o más	1	0.46
TOTAL :	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 8

TENSION ARTERIAL SISTOLICA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 8a

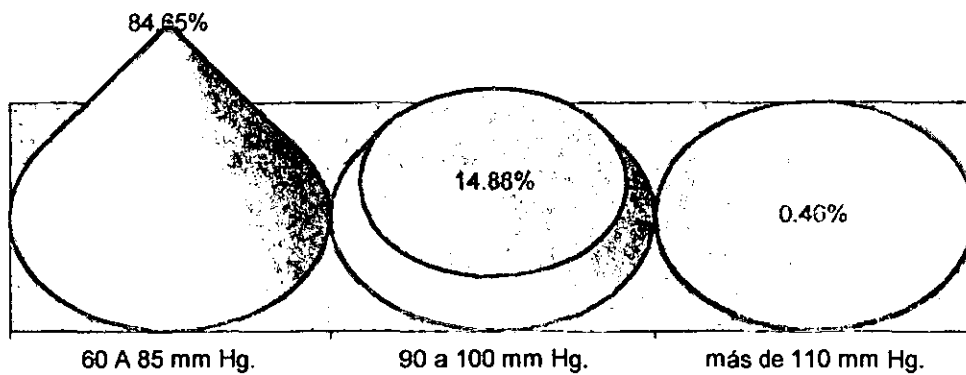
TENSION ARTERIAL DIASTOLICA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

T/A DIASTOLICA mmHg	NUMERO	PORCENTAJE
60 A 85	182	84.65
90 A 100	32	14.88
MÁS DE 110	1	0.46
TOTAL :	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del ISSSTE e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 8a

TENSION ARTERIAL DIASTOLICA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 9

SALARIO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas

DIABETES MELLITUS	NUMERO	PORCENTAJE %
MEDIO Y ALTO	50	23.26
BAJO	80	37.21
MUY BAJO	45	39.53
TOTALES:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

4.3 INGRESO ECONOMICO QUINCENAL

El ingreso económico quincenal en un 39.53% se encuentra en el nivel muy bajo a menos de 500 pesos), seguida por un 37.21% bajo (de 501 a 900) y el resto 23.26% en el nivel medio alto (1000 a más). (ver cuadro y gráfica # 9)

4.4 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Las gestantes en un 93.49% no padecieron hipertensión alguna, el resto 6.51% si presentaron; el 85.12% no presento nefropatías, el 10.70% presento nefropatía activa, el 4.21% se encuentra dentro de nefropatía controlada y no controlada; únicamente el 14.88% presentó infección de vías urinarias y el 85.12% restante no, sin embargo al compararla con el cuadro de examen general de orina, el 87.91%, no tenía el estudio por lo que nos permite concluir que si existen procesos infecciosos no detectados y mucho menos tratados ya que el 76.74% no lleva un control prenatal, por lo tanto representa un riesgo materno fetal.

El 83.26% no presento anemia, el 16.74% sí; de acuerdo a lo que la paciente refería que el médico le mencionaba prescribiéndole sulfato ferroso y ácido fólico; el 93.02% no presento preeclampsia eclampsia, el 6.98% sí. (ver cuadros y gráficas del # 10 al # 10 C).

4.5 ENFERMEDADES COEXISTENTES

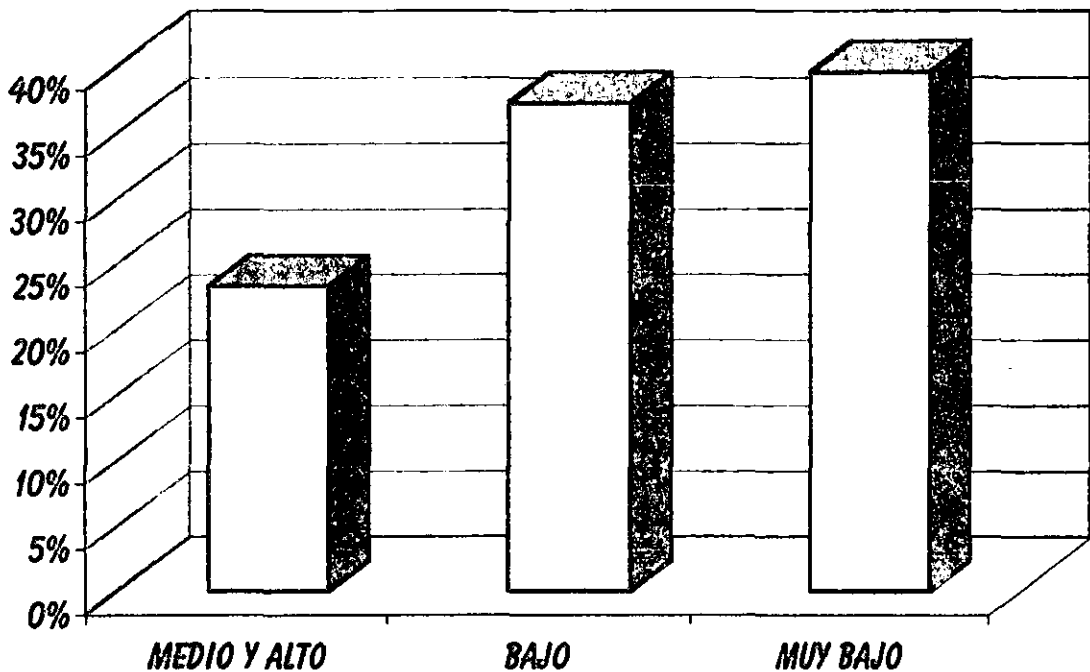
Dentro de los antecedentes familiares de enfermedad en un 54.89% no se reporto, hipertensión arterial en un 18.60%, diabetes mellitus en un 15.81%, las nefropatías en un 9.30% y por último preeclampsia eclampsia en un 1.40%. (ver cuadro y gráfica # 11)

4.6 TOXICOMANIAS

El 97.21% de nuestra población no consume tabaco el resto que es el 2.79% consume de 3 a 4 cigarrillos al día. El 97.21% no ingiere bebidas alcohólicas, el 2.79% sí. (ver cuadro y gráfica # 12 y 13)

GRAFICA # 9

SALARIO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 10

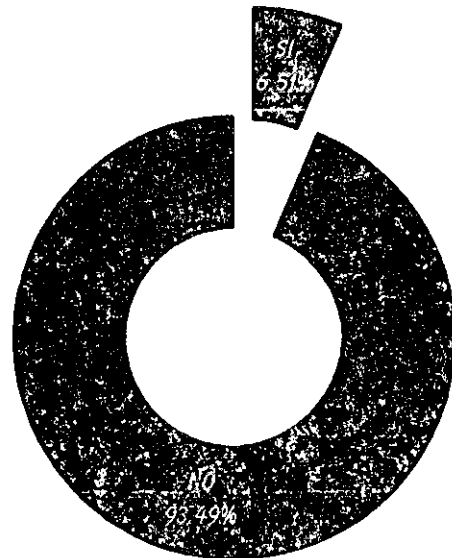
HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

HIPERTENSION ARTERIAL	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	14	6.51
NO	201	93.49
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 10

HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 10-A

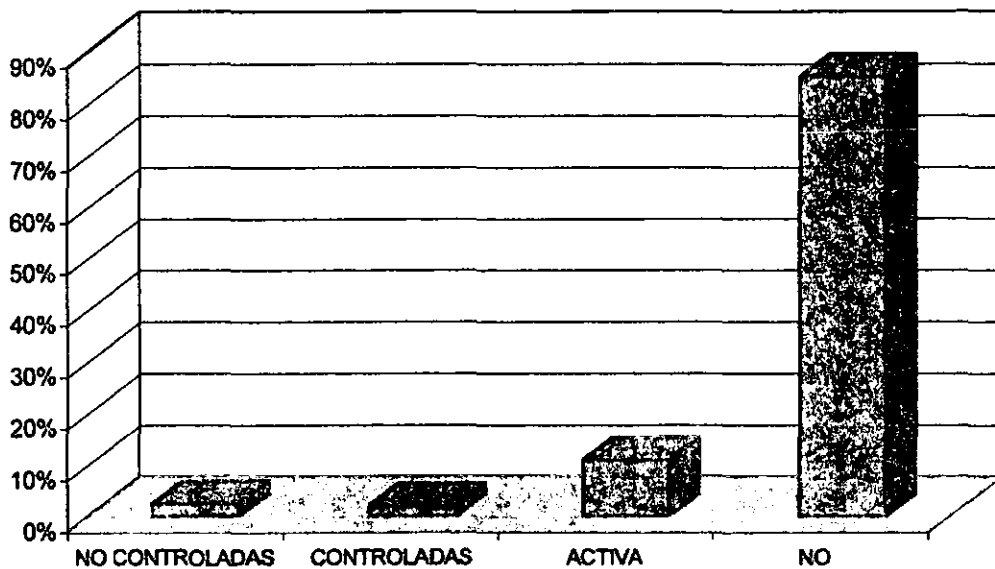
INFECCION DE VIAS URINARIAS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

INFECCION DE VIAS URINARIAS	NUMERO	PORCENTAJE %
NO CONTROLADAS	5	2.32
CONTROLADAS	4	1.86
ACTIVA	23	10.70
NO	183	85.12
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 10-A

INFECCION DE VIAS URINARIAS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 10-B

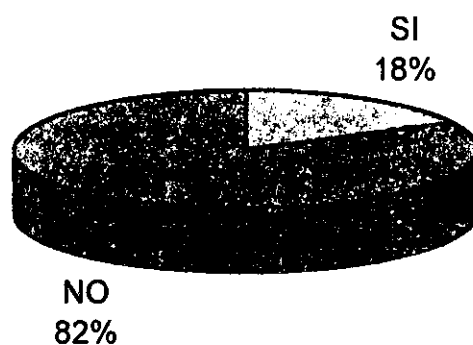
ANEMIA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

ANEMIA	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	36	16.74
NO	179	83.26
TOTAL :	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 10-B

ANEMIA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CUADRO # 10-C

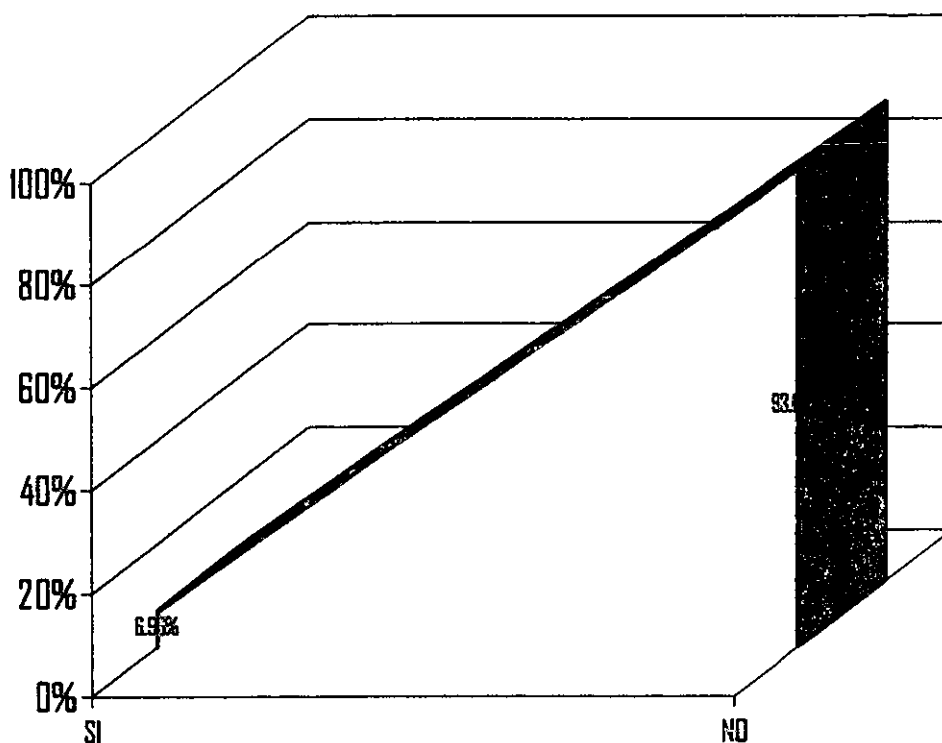
PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	15	6.98
NO	200	93.02
TOTAL :	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 10-C

PRECLAMPSIA-ECLAPMSIA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 11

FAMILIARES CON ENFERMEDADES PREEXISTENTES estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

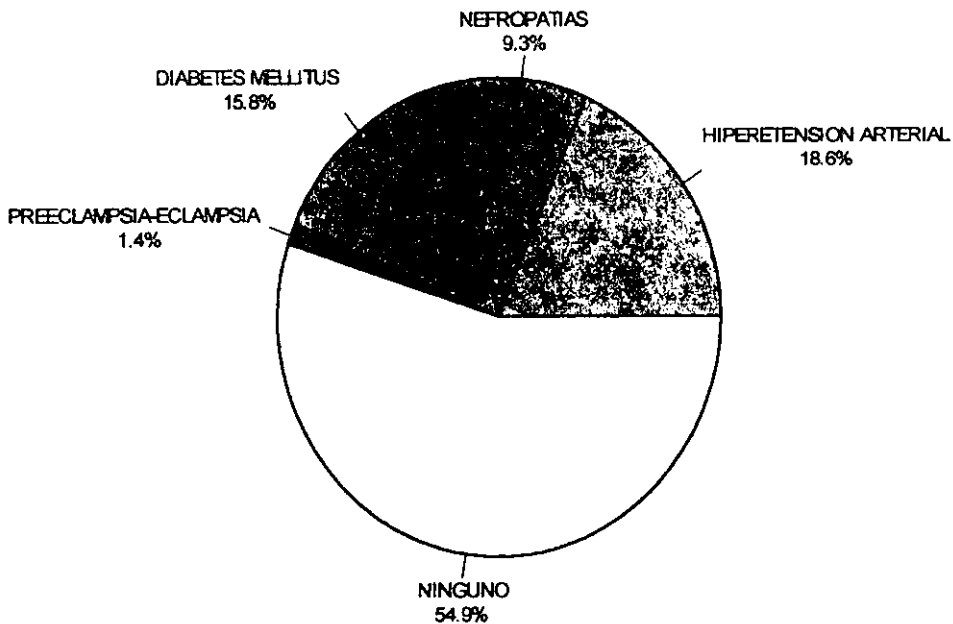
FAM. CON ENF. PREEXISTENTES	NUMERO	PORCENTAJE %
HIPERETENSION ARTERIAL	40	18.60
NEFROPATIAS	20	9.30
DIABETES MELLITUS	34	15.81
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	3	1.40
NINGUNO	118	54.89
TOTAL :	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 11

FAMILIARES CON ENFERMEDADES PREEXISTENTES estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

FAMILIAR CON ENFERMEDAD PREEXISTENTE



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 12

TABAQUISMO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

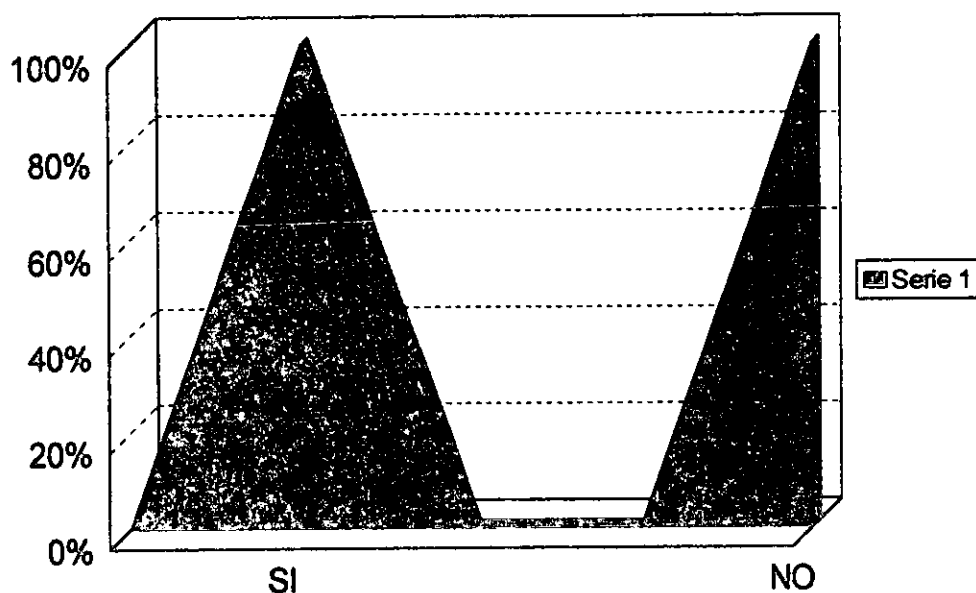
TABAQUISMO	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	6	97.21
NO	209	2.74
TOTAL :	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 12

TABAQUISMO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

TABAQUISMO



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 13

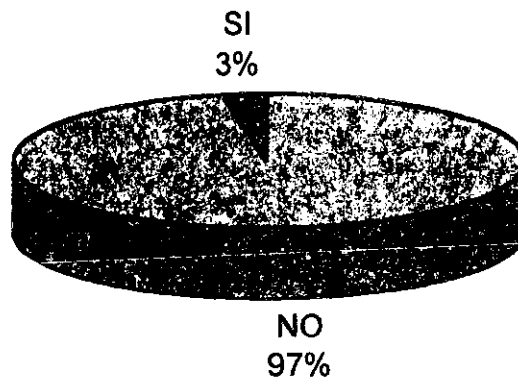
ALCOHOLISMO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

ALCOHOLISMO	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	6	2.79
NO	209	97.21
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 13

ALCOHOLISMO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

4.7 ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

El 45.12% tienen el antecedente de un embarazo, seguida por un 21.86% con dos embarazos, el 17.67% de cuatro a más y el 15.35% con tres embarazos; un 60% de nuestra población es nulípara, mismas que al compararlo con los grupos de edades, nos percatamos que el 45.58% se encuentran en los extremos no óptimos como bien menciona el estudio realizado en el Hospital Calles Sierra de Venezuela y León Jaramillo "las primigestas, edades entre 14 y 30 años ocurre con mayor frecuencia". Seguida por un 31.36% de uno a tres partos y 8.84% de cuatro a más partos; el 86.98% no han tenido ninguna cesárea, el 10.7% una y 2.32% dos. De los cuales el 42.85% fueron por DCP, 17.86% por inadecuada presentación del producto, 17.86% por causa desconocida y 21.34% por preeclampsia eclampsia, malformaciones del producto, problemas maternos. El 87.44% cero abortos, 12.56% entre uno y dos, encontrando que el 33.33% fueron espontáneos, 25.93% por traumatismos, 18.52 por infecciones, 22.22% provocados y por otras causas.

Con relación a las semanas de gestación un 60.93% se encontraban entre la semana 21 a la 36, 26.98% más de 36 semanas, 12.09% entre 20 ó menos semanas. (ver cuadros y gráficas de la # 14 al 15)

4.8 CONSULTAS PRENATALES

Asistieron a más de 7 consultas prenatales solo el 1.86%, entre 4 y 6 consultas 21.40%, de 1 a 3 el 39.55% y cero consultas el 37.21%. (ver cuadro y gráfica # 16)

4.9 INGESTA DE ALIMENTOS DURANTE EL EMBARAZO

El 46.51% de las pacientes consume carne, 78.14% frutas, 86.5% verduras, 53.95% cereales, 45.12% derivados de la leche, 39.07% leche y 76.28% huevos; Sin embargo en

forma ocasional el 33.49% consume carne, 18.14% frutas, 11.16% verduras, 37.21% cereales, 33.02% derivados de la leche, 19.54% leche, 17.21% huevos, dando como excedente que el 20% no consume carne, 3.72 frutas, 2.33% verduras, 8.84% cereales, 21.86% derivados de la leche, 41.39% leche, 6.51% huevos. Líquidos en un 41.40% ingieren un litro al día, el 37.67% menos de un litro, 20.93% dos ó más litros. (ver cuadros y gráficas del # 17 al 17-G)

CUADRO # 14

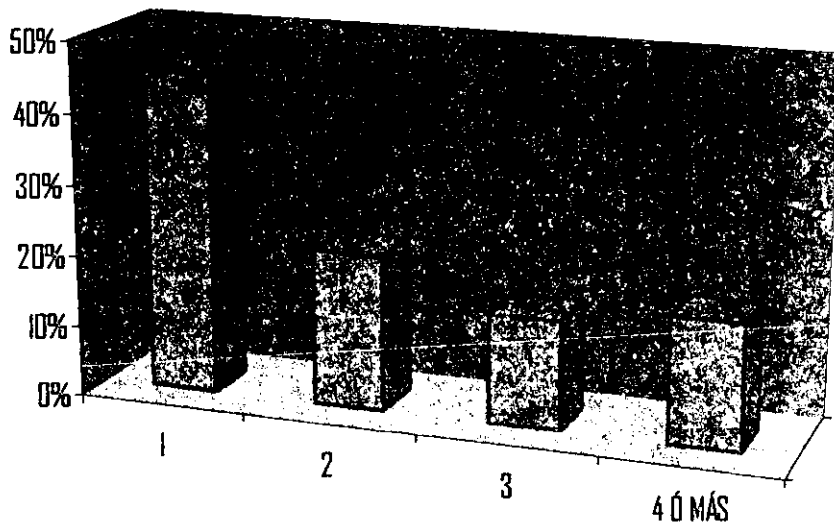
EMBARAZOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

EMBARAZOS	NUMERO	PORCENTAJE %
I	97	45.12
II	47	21.86
III	33	15.35
IV	38	17.67
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 14

EMBARAZOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 14-A

PARTOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

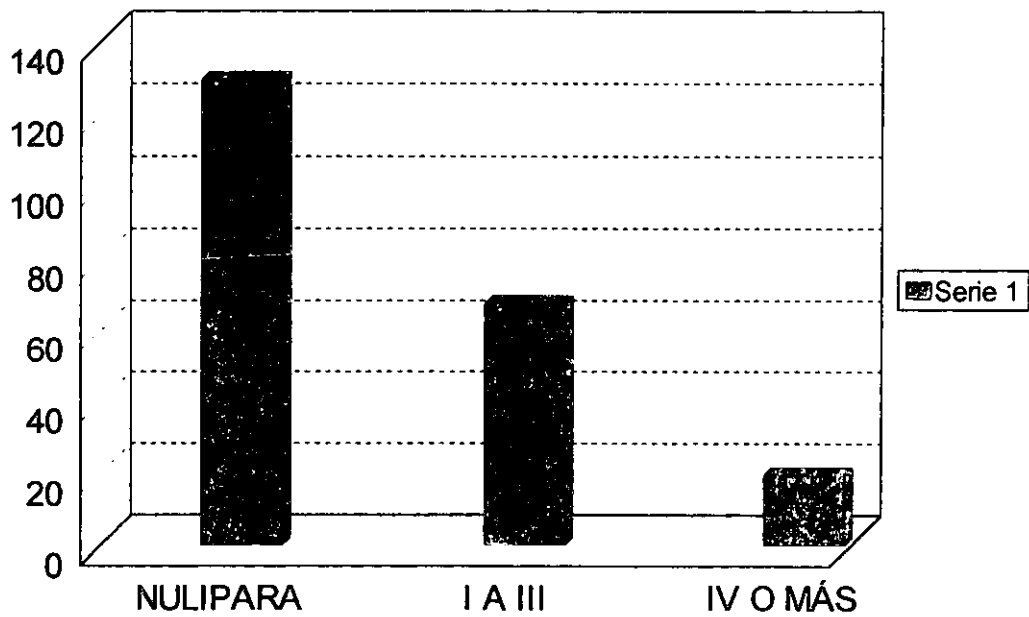
PARTOS	NUMERO	PORCENTAJE %
NULIPARA	129	60
I A III	67	31.16
IV O MÁS	19	8.84
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 14-A

PARTOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

PARTOS



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 14-B

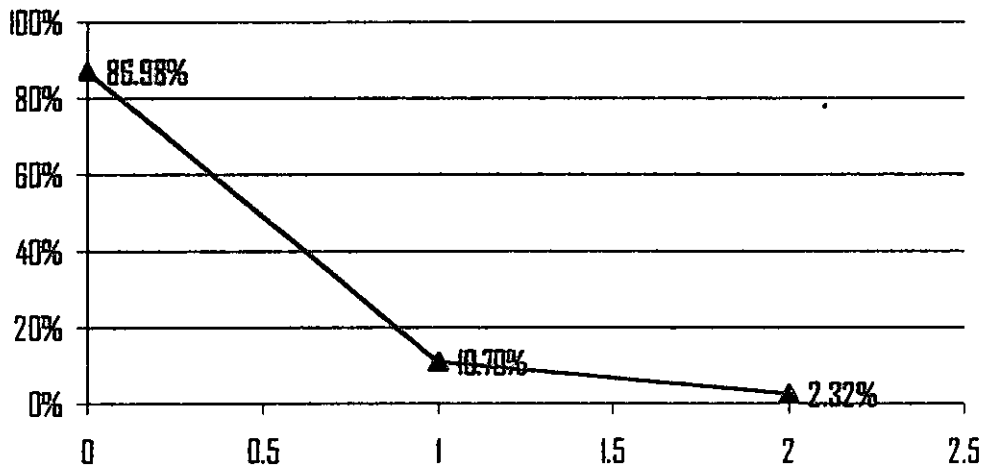
CESAREAS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CESAREAS	NUMERO	PORCENTAJE %
O	187	86.98
I	23	10.70
II	5	2.32
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 14-B

CESAREAS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 14-C

ABORTOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

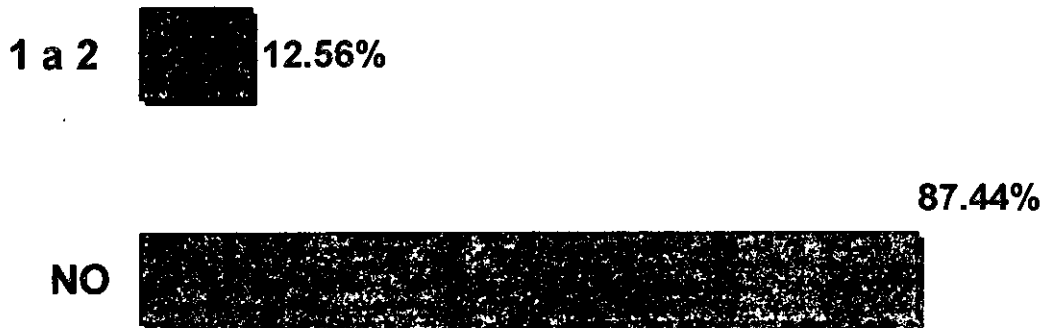
ABORTOS	NUMERO	PORCENTAJE %
NO	188	87.44
I A II	27	12.56
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 14-C

ABORTOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

ABORTOS



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 14-D

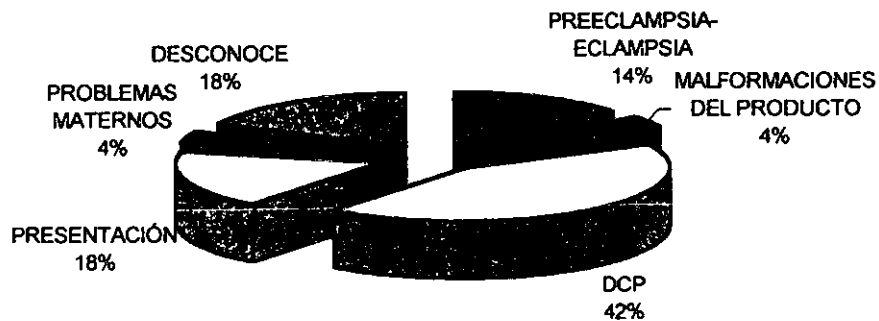
MOTIVO DE LA CESAREA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

MOTIVO DE LA CESAREA	NUMERO	PORCENTAJE %
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	4	14.29
MALFORMACION DEL PRODUCTO	1	3.57
D.C.P.	12	42.85
PRESENTACION	5	17.86
PROBLEMAS MATERNOS	1	3.57
DESCONOCE	5	17.86
TOTAL:	28	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 14-D

MOTIVO DE LA CESAREA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 14-E

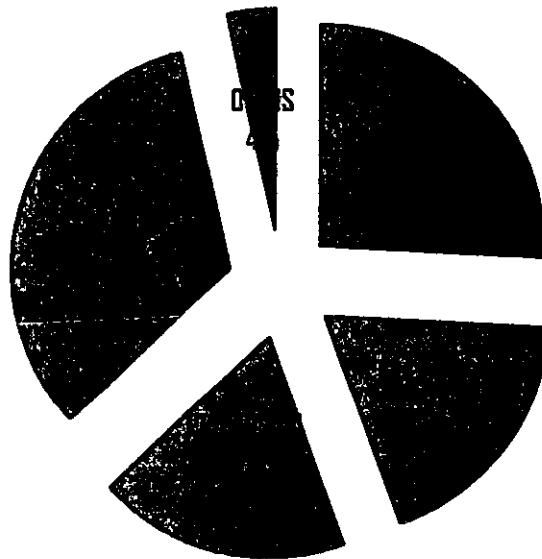
MOTIVO DEL ABORTO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

MOTIVO DEL ABORTO	NUMERO	PORCENTAJE %
TRAUMATISMO	7	25.93
INFECCIONES	5	18.52
PROVOCADO	5	18.52
ESPONTANEO	9	33.33
OTROS	1	3.70
TOTAL :	27	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICO # 14-E

MOTIVO DEL ABORTO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 15

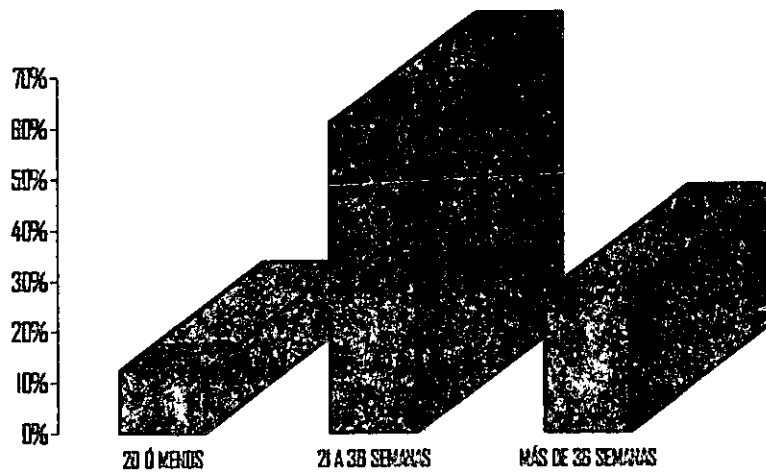
SEMANAS DE GESTACION estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

SEMANAS DE GESTACION	NUMERO	PORCENTAJE %
20 O MENOS	26	12.09
21 A 36	131	60.93
MAS DE 36	58	26.98
TOTAL :	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICO # 15

SEMANAS DE GESTACION estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 16

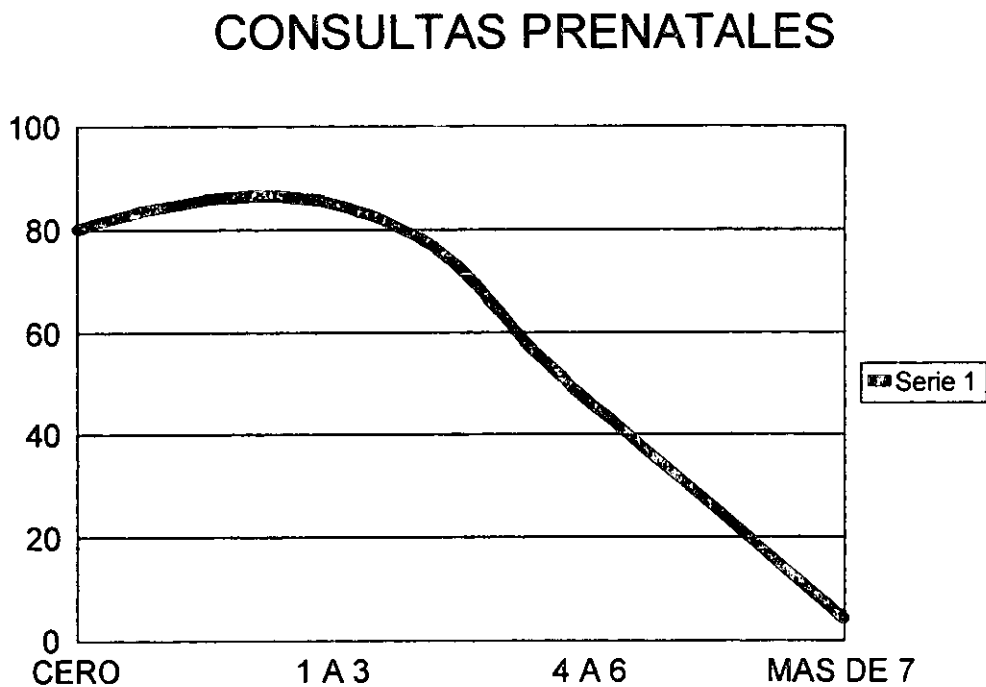
CONSULTAS PRENATALES estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CONSULTAS PRENATALES	NUMERO	PORCENTAJE %
CERO	80	37.21
1 A 3	85	39.53
4 A 6	46	21.40
MAS DE 7	4	1.86
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICO # 16

CONSULTAS PRENATALES estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 17

ALIMENTOS QUE INGIERE DURANTE EL EMBARAZO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

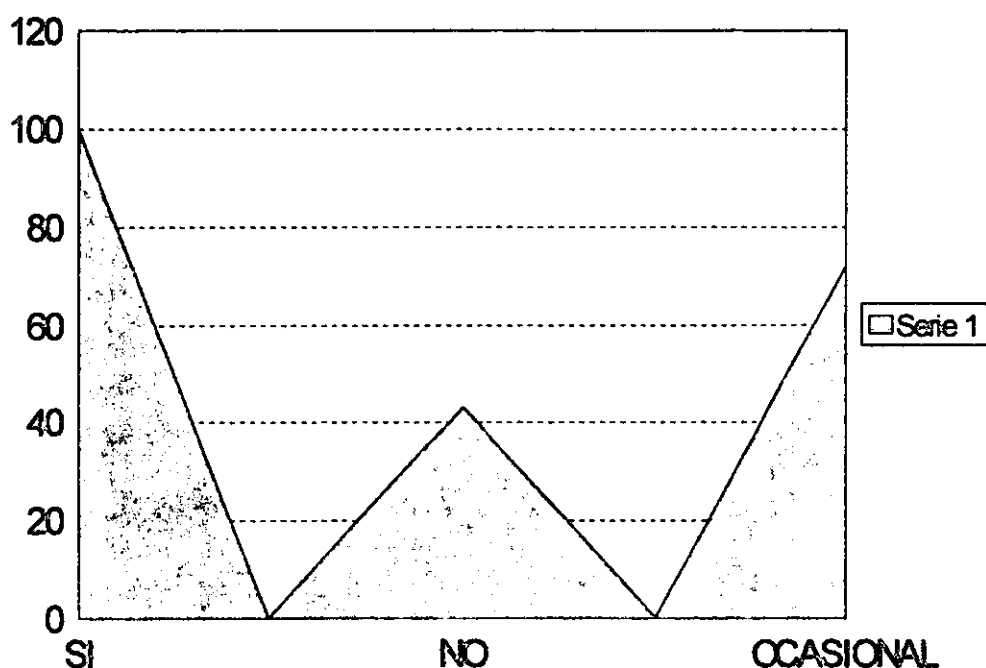
CARNE	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	100	46.51
NO	43	20
OCASIONAL	72	33.49
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICO # 17

ALIMENTOS QUE INGIERE DURANTE EL EMBARAZO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CARNE



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 17-A

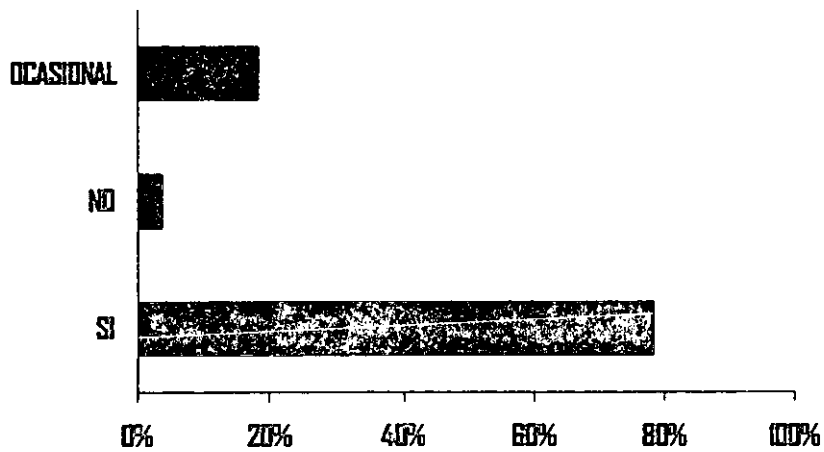
FRUTAS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

FRUTAS	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	168	78.14
NO	8	3.72
OCASIONAL	39	18.14
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICO # 17-A

FRUTAS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 17-B

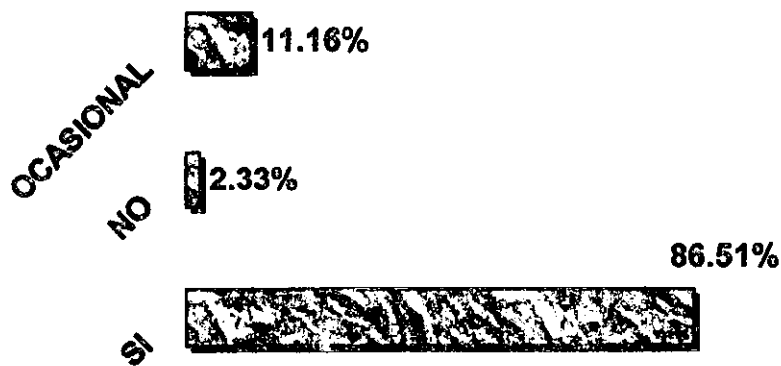
VERDURAS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

VERDURAS	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	186	86.51
NO	5	2.33
OCASIONAL	24	11.16
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 17-B

VERDURAS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 17-C

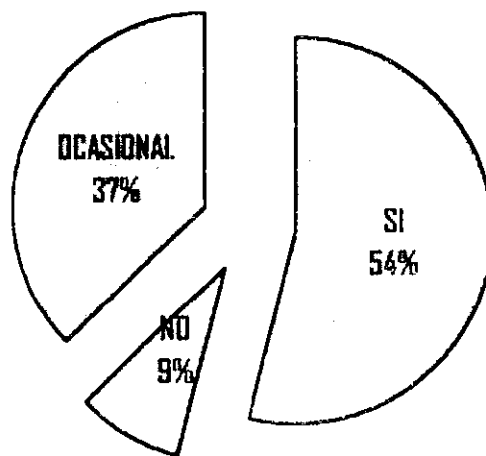
CEREALES estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CEREALES	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	116	53.95
NO	19	8.84
OCASIONAL	80	37.21
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICO # 17-C

CEREALES estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 17-D

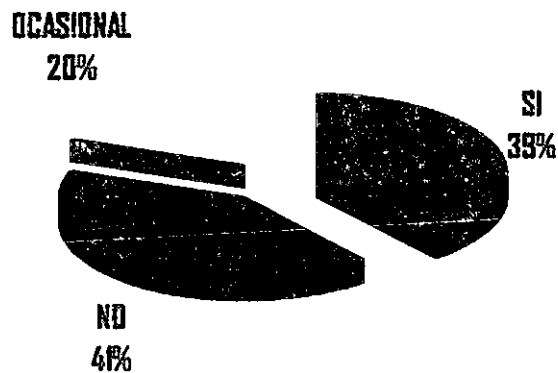
LECHE estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

LECHE	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	84	39.07
NO	89	41.39
OCASIONAL	42	4
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 17-D

LECHE estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 17-E

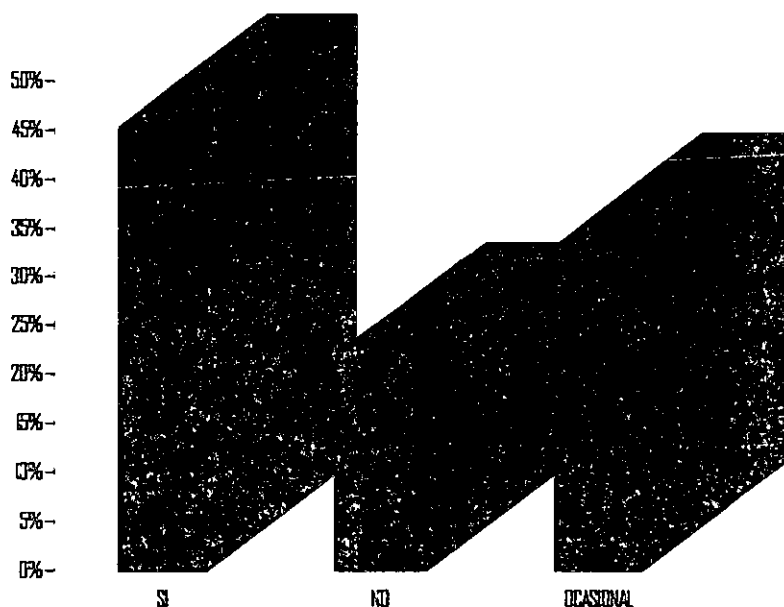
DERIVADOS DE LA LECHE estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

DERIVADOS DE LA LECHE	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	97	45.12
NO	47	21.86
OCASIONAL	71	33.02
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 17-E

DERIVADOS DE LA LECHE estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 17-F

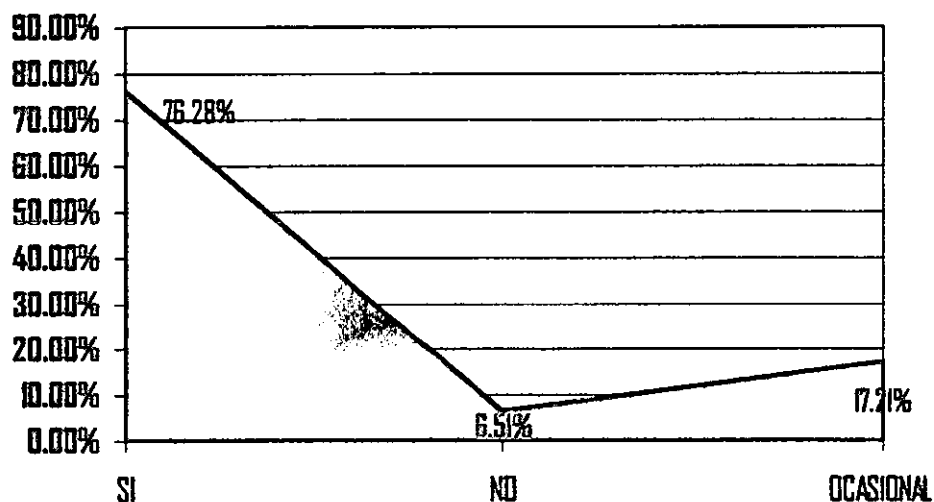
HUEVOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

HUEVOS	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	164	76.28
NO	14	6.51
OCASIONAL	37	17.21
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 17-F

HUEVOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 17-G

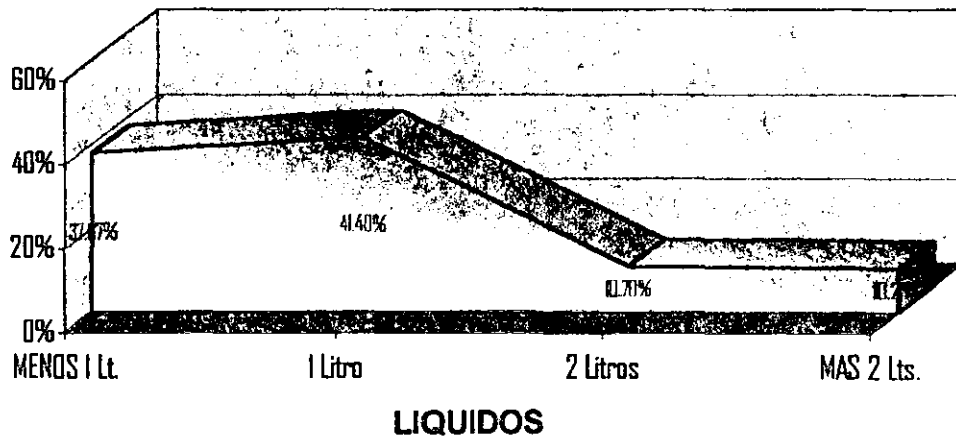
LIQUIDOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

LIQUIDOS/DIA	NUMERO	PORCENTAJE %
MENOS DE 1LITRO	81	37.67
1 LITRO	89	41.40
2 LITROS	23	10.70
MAS DE 2 LITROS	22	10.23
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 17-G

LIQUIDOS estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

4.10 CONTROL PRENATAL

En lo que corresponde a control prenatal en embarazos anterior únicamente el 58.33% lo llevo y el 41.67% no llevo un control; siendo un 48.15% con médico general, 42.60% con parteras empíricas y 9.25% con médico especialista. (ver cuadro y gráfica # 18 y 18-A)

4.11 HALLAZGOS DE LABORATORIO

Las cifras de hemoglobina el 55.82% de los pacientes no lo conocía, 29.77% se encontraba entre 11 ó más y el resto 14.41% entre 10.9 a menos de 8. El 55,35% tampoco conocía su grupo sanguíneo y factor Rh, 40.97% eran "O" Rh positivo y el 3.72% entre "A" y "B" positivos.

En el examen general de orina el 87.91% no contaba con ningún estudio, el 6.51% presento cristales, 2.79% albúmina y 2.79 fueron normales.

El aumento de peso durante el embarazo en el 38.60% se desconoce, el 31.63% se encuentra en menos de 9 kilos, 17.21% dentro de 9 a 12 kilos y el 12.56% de 12 ó más kilos. (ver cuadros y gráficas de la # 19 a la 22)

CUADRO # 18

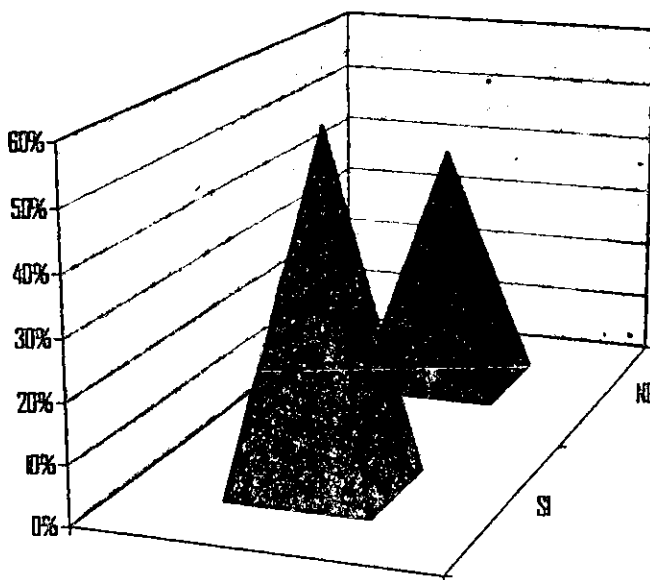
CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS ANTERIORES estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS ANTERIORES	NUMERO	PORCENTAJE %
SÍ	63	58.33
NO	45	41.67
TOTAL:	108	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 18

CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS ANTERIORES estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 18-A

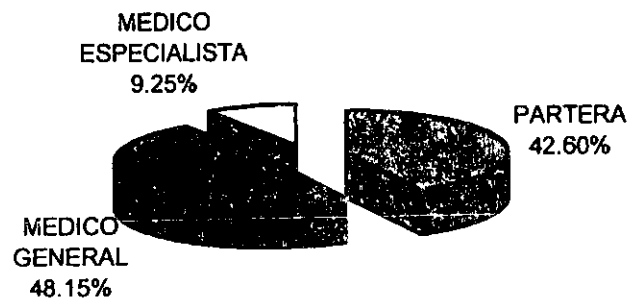
CON QUIEN estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CON QUIEN	NUMERO	PORCENTAJE %
PARTERA	46	42.60
MEDICO GENERAL	52	48.15
MEDICO ESPECIALISTA	10	9.25
TOTAL:	108	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 18-A

CON QUIEN estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 19

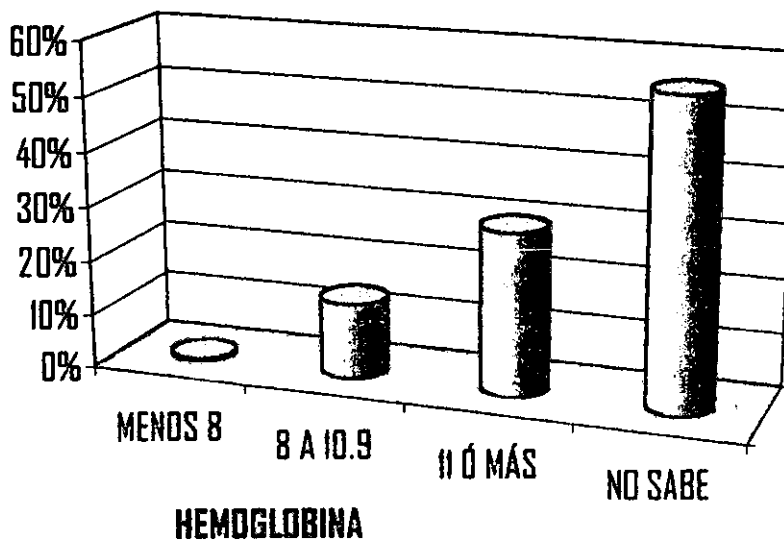
HEMOGLOBINA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

HEMOGLOBINA MGRS/DL	NUMERO	PORCENTAJE %
MENOS DE 8	1	0.46
8 A 10.9	30	13.95
11 O MÁS	64	29.77
NO SABE	120	55.82
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 19

HEMOGLOBINA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 20

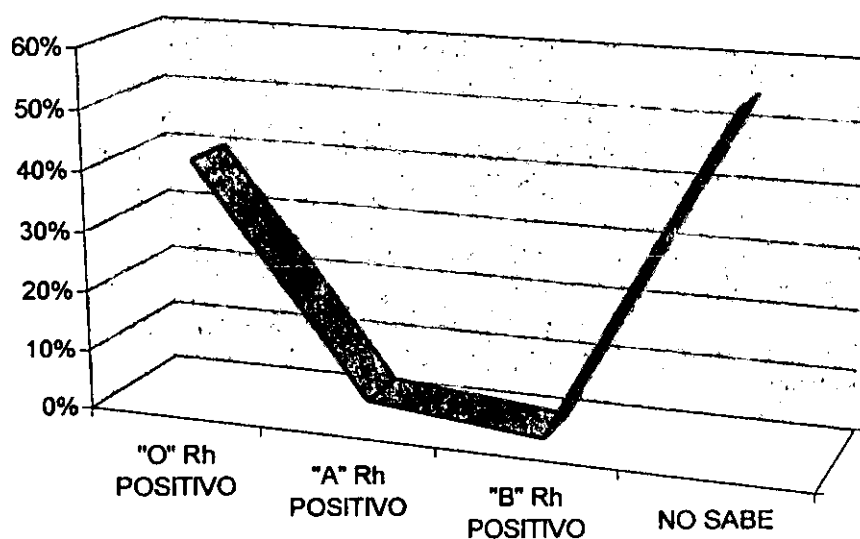
GRUPO SANGUINEO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRUPO SANGUINEO	NUMERO	PORCENTAJE %
"O" Rh POSITIVO	88	40.93
"A" Rh POSITIVO	8	3.26
"B" Rh POSITIVO	1	0.46
NO SABE	119	55.35
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

GRAFICA # 20

GRUPO SANGUINEO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 21

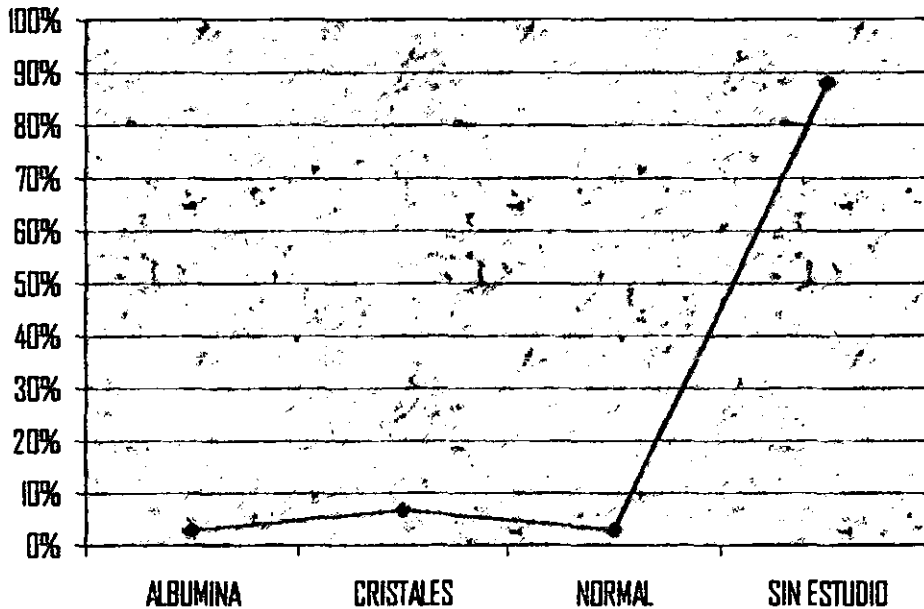
EXAMEN GENERAL DE ORINA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

EXAMEN GENERAL DE ORINA	NUMERO	PORCENTAJE %
ALBUMINA	6	2.79
CRISTALES	14	6.51
NORMALES	6	2.79
SIN ESTUDIO	189	87.91
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas

GRAFICA # 21

EXAMEN GENERAL DE ORINA estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CUADRO # 22

AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

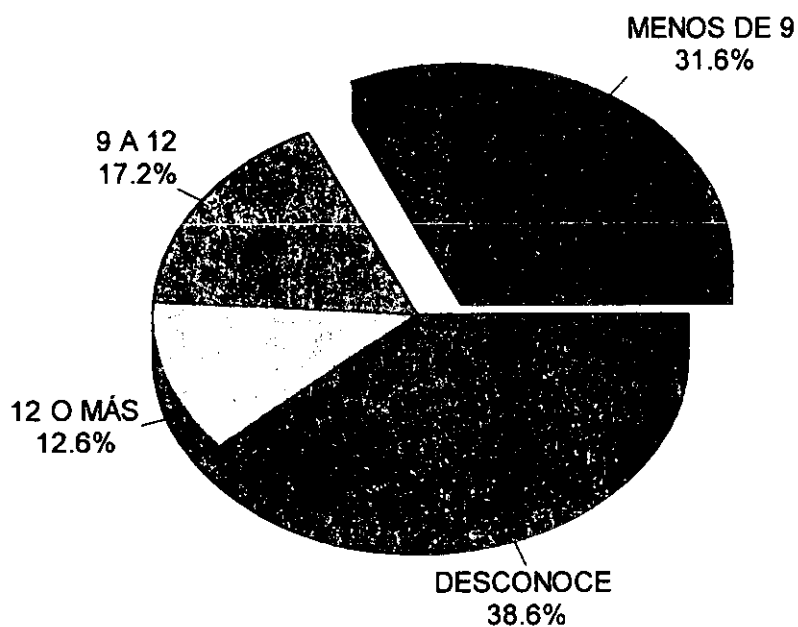
AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO EN Kgs.	NUMERO	PORCENTAJE %
MENOS DE 9	68	31.63
9 A 12	37	17.21
12 O MÁS	27	12.56
DESCONOCE	83	38.60
TOTAL:	215	100

Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas

GRAFICA # 22

AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO estudio descriptivo de factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (CSU y HR) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: 215 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. e ISECH (Centro de Salud y Hospital Regional) de San Cristóbal de las Casas, Chiapas

4.12 DISCUSION Y ANÁLISIS

En la región Altos se realizó un estudio sobre factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo siendo el único que hasta la fecha; se evidenció que en el periodo de abril y mayo del año en curso el 33.95% de las gestantes se encuentra entre 15 y 20 años; en el apartado de escolaridad encontramos en primer lugar a mujeres con educación primaria incompleta que no les permite realizar actividades profesionales sino únicamente desarrollarse como madre y ama de casa, al igual que las analfabetas siendo lo anterior de acuerdo con la publicación de muerte materna en municipios indígenas de los Altos de Chiapas, uno de los factores de riesgo de tipo social. El estado civil de la población es estable, una estabilidad de tipo moral, no siendo así en lo referente a ingreso económico en el cual encontramos un número significativo en el apartado de salario mínimo y por debajo del mismo, reflejándose en una alimentación deficiente en calidad y cantidad; de acuerdo con Reeder un ingreso económico bajo limita la adquisición de alimentos básicos durante la gestación y como consecuencia, encontramos madres con desnutrición crónica, productos de bajo peso y problemas de desarrollo e inmadurez.

En lo que se refiere a consultas prenatales en primer lugar se encuentran las gestantes que han asistido de 1 a 3 veces seguidas por aquellas que no asistieron a consulta, en ambos grupos el embarazo cursaba entre la 21 y 36 semanas de gestación calculada por fecha de última regla; de acuerdo al estudio del Hospital Calles Sierra de Venezuela el mayor número de eclámpicas correspondió a embarazos con gestaciones de 28 a 37 semanas de gestación, lo cual revela un alto índice de probabilidad de que en aquellos embarazos pretérminos aumentan las tasas de morbimortalidad. 32 pacientes del total de nuestra población presentaron una tensión diastólica de 90 a 100 mm Hg, que de acuerdo a la clasificación de Rubio la presión diastólica igual o mayor a 90 mm Hg. Lo considera una preeclampsia leve.

El peso anterior del embarazo en la mayor parte de las gestantes se desconoce, en lo que aumentaron de peso en el embarazo el 31.63% aumento menos 9 kilos, en el intervalo gestacional de 20 a más de 36 semanas de gestación, cifras que no se encuentran dentro del incremento de peso recomendado por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, que fluctúa entre los 10 a 12 kilos en todo el embarazo. De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestras gestantes referente a la talla, 146 pacientes se encuentran en el intervalo de 1.45 a 150 cm. En los antecedentes gineco obstétricos encontramos en primer

lugar las primigestas, seguida por secundigestas y el resto entre la tercera y más gestaciones. Son las primigestas que de acuerdo a estudios epidemiológicos de la Universidad de Bristol, Reino Unido las que están expuestas en este caso a padecer hipertensión inducida por el embarazo.

En cuanto a cesáreas 187 pacientes no han sido intervenidas quirúrgicamente el resto en frecuencia de una y dos ocasiones, el motivo del tratamiento es la desproporción cefalopélvica aclarando que la Jurisdicción Sanitaria II de 1998 a la fecha no ha reportado casos de preeclampsia-eclampsia, pero las cesáreas por DCP aumentado. Referente a aborto 27 pacientes se encuentran en el intervalo de 1 a 2, siendo estos espontáneos, seguidos por traumatismos, infecciones y provocados.

Las patologías presentadas durante el embarazo actual encontramos las infecciones de vías urinarias, anemia, seguidas por preeclampsia-eclampsia, hipertensión arterial.

Los antecedentes familiares nos dan a conocer los siguientes datos en orden de frecuencia: hipertensión arterial, diabetes mellitus, infección de vías urinarias, preeclampsia-eclampsia, siendo la última y de acuerdo con Mariona de la Universidad de Medicina de Minnesota quienes estarían en un riesgo aproximado del 26%, esto es (4 veces mayor que el esperado en la población general), a presentar preeclampsia. En general y respecto a lo antes mencionado podríamos decir que la atención prenatal definida como: el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal en nuestra región no ha tenido los alcances que el programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000). En los cual se tiene como meta de cobertura Nacional la atención prenatal de calidad, debiendo otorgarse mediante el enfoque de riesgo, con un mínimo de cinco consultas durante el embarazo e incluir orientación adecuada a las mujeres sobre cuidados y signos de riesgo.

4.13 PROPUESTAS

Ampliar la cobertura de los servicios de salud y eficiencia de los programas de control del niño sano, planificación familiar, y de riesgo reproductivo; los cuales serán puestos en marcha por personal capacitado técnica y científicamente para facilitar la participación activa de los diversos contextos culturales existentes en la región.

- Establecer la vinculación con Instituciones de Seguridad Social y Pública que permitan el fácil acceso y atención de la mujer, independientemente de que sean o no derechohabientes.
- Evaluación continua de los alcances de programas relacionados con la atención del binomio madre-hijo.
- Solicitar el establecimiento del servicio de enfermería materno infantil (EMI) en las Instituciones de Salud con las que cuente la comunidad.
- Sensibilizar al recurso humano sobre la problemática de Salud en lo que se refiere a la muerte materna; que le permita interesarse en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de factores de riesgo de la hipertensión inducida por el embarazo, a los que se encuentra expuesta la gestante facilitando su referencia al nivel de atención correspondiente.
- Elaborar estudios en forma periódica donde se encuentren datos específicos sobre preeclampsia-eclampsia en nuestro Estado.
- Capacitación continua al personal de salud en los diversos niveles de atención.
- Evaluar en forma periódica la aplicación del lineamiento técnico para prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia.
- Sensibilizar a las mujeres de los Altos de Chiapas que el embarazo es un evento que requiere atención y control prenatal con calidad y auto cuidado, haciendo de este ciclo reproductivo una experiencia gozosa.
- Adiestramiento y asesoría continua a grupos de parteras identificadas en las comunidades, siendo tarea específica de las Instituciones de Salud.
- Certificación de muertes maternas por causa en los municipios que conforma la región II de los altos de Chiapas.
- Generar, sistematizar y difundir en coordinación con las Instituciones de Salud; la información que existe sobre maternidad sin riesgo.

- Ser participantes directas para impulsar la investigación, las cuales nos permite conocer aspectos socio cultural, para una mejor comprensión de la problemática y hacer propuestas reales.
- Vinculación con los diferentes subsistemas de salud, específicamente en el primer nivel de prevención, que nos permita participar de manera integral en la resolución del problema de morbi-mortalidad materno-fetal.
- Información general sobre educación sexual que cuyo objetivo es disminuir daños a la salud reproductiva y por ende a la mujer.
- Investigación minuciosa a aquellos organismos gubernamentales y no gubernamentales sobre la aplicación y alcance de la atención al binomio.
- Formar, localizar, concienciar e invitar a mujeres embarazadas para formar parte de un club en la comunidad con la asesoría permanente de enfermería, para la supervisión y seguimiento de nuevas embarazadas.
- La enfermera comunitaria identificará a cada mujer embarazada, para realizar visitas domiciliarias cada semana o mes donde capacitará a las mujeres sobre: factores de riesgo, signos de alarma, preparación de alimentos, higiene, vacunación, control prenatal, lactancia materna, control prenatal, entre otros.
- El personal de enfermería comunitario utilizará técnicas didácticas de interacción con las mujeres en edad reproductiva, embarazadas, padres, parteras, verificando que la información fue asimilada, así como permitirles exponer sus temores y aclarar ideas erróneas que ponen en peligro su bienestar.
- Capacitar continuamente a parteras empíricas evitando riesgos maternos y fetales, con los recursos disponibles de la comunidad utilizando técnicas de asepsia y antisepsia.
- Capacitar a las futuras madres y parteras sobre la atención inmediata al recién nacido y hasta los cinco años sobre: lactancia materna, vacunación, higiene, para valorar el estado de salud y detectar complicaciones.
- Organizar reuniones mensuales con el personal de salud para capacitarlos sobre la valoración de riesgo reproductivo, materno y fetal.

4.14 CONCLUSIONES.

San Cristóbal de las Casas, Chiapas ubicada como cabecera Municipal en la Región Altos de Chiapas; en la actualidad se brinda atención a la Salud dentro de lo que conocemos como segundo nivel; en el cual se realizó el presente estudio que nos permite conocer la calidad de la atención de la mujer embarazada que asiste a un servicio de salud sea o no derechohabiente donde encontramos que la salud perinatal componente fundamental del programa de Salud reproductiva y cuya misión es la de garantizar una maternidad saludable; no es llevada a cabo como programa, exponiendo a la embarazada a un riesgo potencial de padecer complicaciones propias de la gestación, como lo es la hipertensión inducida por el embarazo que en nuestro país sigue siendo una de las principales causas de muerte materna. En Chiapas, específicamente en la Región II, de acuerdo a datos proporcionados por la Jurisdicción Sanitaria II no se reportan casos de preeclampsia-eclampsia desde 1998 y en 1997 la incidencia fue 7.14%, esto nos habla de un gran sesgo de información ya que los lineamientos para la atención de preeclampsia-eclampsia del Sector Salud no se llevan a cabo como se debiera, porque esto genera en los galenos y el equipo multidisciplinario más carga de trabajo por el protocolo que esto genera en cada paciente; como consecuencia las pacientes asisten a consulta en un periodo avanzado del embarazo con la patología ya instalada o evolucionando a la complicación y a la muerte.

Es necesario entonces insistir en llevar a efecto en todas las Instituciones de Salud los lineamientos para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia así como un departamento de EMI (enfermería materno infantil) que permita a la enfermera mayor acercamiento con mujeres en edad reproductiva, para realizar acciones educativas y de auto cuidado así como detección oportuna de factores de riesgo en el embarazo, parto y puerperio, con la finalidad de vigilar el embarazo normal, diagnosticar y canalizar con el especialista en forma oportuna los casos de embarazos de alto riesgo evitando así complicaciones para el binomio madre-hijo, obteniendo de esto una maternidad saludable.

BIBLIOGRAFIA

1. ARANGO GOMEZ, Fernando. Congreso de perinatología. Efectos fetales y neonatales de los trastornos hipertensivos del embarazo, Estados Unidos. Abril de 1999. P. 73.
2. ARÉVALO, Luigi Mivali y Cols. Revista del Hospital Cardón. Venezuela. Edición 2. Factores predisponentes de eclampsia en la población de Paraguaná. 1993-1997. p. 8.
3. BAILY, Raffensperger. Enciclopedia de la Enfermería. Océano centrum, España 1997, Vol. 5.
4. BRIONES GARDUÑO, Jesús Carlos y Cols. Protocolo de manejo de la preeclampsia/eclampsia, Estudio comparativo. Vol. 67. No. 1. Ene-feb. 1999. p.8.
5. DUGAS, B: W. Tratado de enfermería práctica. 4ª. Edición. Editorial Interamericana, México, D. F. 1986 p. 793.
6. Editor@indexmedico.com p.6
7. ESTADO GONZALEZ, Joaquín. Página gineco obstétrica. Alajuela, Costa Rica, Enero 1998. P. 3
8. FEDERICO G., Mariona. Chairman, Dept. of obstetric & Gynecology, Wayne State University school of medicine, Southfield, Minnesota 1989. Toxemia en el embarazo. p. 7.
9. FIORELLI Rodríguez Sergio. Complicaciones médicas en el embarazo. Ed. Mc Graw-Hill interamericana, México, 1996.
10. FRIESNER, Arline, Raft Beverly. Enfermería materno Infantil, México, Ed. Manual Moderno. 1984
11. GRATACOS E. Revista Atención primaria. Publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina de familia y comunitaria. Vol. 58. no, 1332. diagnóstico de preeclampsia eclampsia. Feb. 2000, p. 63.
12. H. De Tourris, R. Hennon. Manual ilustrado de ginecología y obstetricia; 2ª. Edición. Interamericana, 1980 p. 440.
13. HERNÁNDEZ CABRERA, Jesús y Cols. Revista cubana obstet ginecol, 1999. Enfermedad hipertensiva gravídica; Algunos factores biosociales y obstétrico. p.8
14. HERRERA M., Julián y Cols. Hemeroteca icfes gobierno Colombia, Vol. 27. no. 3-4, abril 1999. Calcio-ácido linoleico en la prevención de la preeclampsia y la hipertensión arterial inducida por el embarazo. p. 15
15. <http://gasnet.med.yale.edu/gta/pre-eclampsia.html> p.6

16. <http://gastroenterology.medscape.com/medscape/womesHealth/journal/19.../w117.hojo.htm>. P. 6
17. <http://heath.yahoo.com/health/diseases-and-conditions/disease-feed-data/preeclampsia>. P.4
18. <http://paginas.deagrpa.com.mx/gentes-y-paginas-persoanles/checo.../dx-edad-gestacional.htm> p.7
19. <http://personal.redestb.es/ajf/sinHELLP.html> p.3
20. <http://www.ebano.com/band17/b/7-5.html> p.3
21. <http://www.lanic.utexas.edu/projec/farmacos/999rec03.htm>. P.2
22. <http://www.medforum.nl/gynfo/leading10.htm>. P.5
23. J.L. MOLINUEVO, Guix. Atención primaria. Publicación oficial de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria. Vol. 55. no, 1278. ceguera súbita durante el embarazo. p. 45
24. JA, Kim, Mi, K Mcfarland Gertrude, M. Mclane Audrey. Guía clínica de enfermería, diagnóstico en enfermería. 5ª. Edición, Mosby/Doyma Libros. Barcelona, España 1995. P. 413.
25. LEON JARAMILLO, Eduardo. Revista del hospital de Caldas Manizales. Morbilidad mortalidad materna, aborto, eclampsia, preeclampsia, cesárea, España. 1996. p. 11
26. LEWIS / CHAMBERLAIN. Obstetricia. Manual moderno. 15ª. Edición. México, 1994. P. 110.
27. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia, Secretaria de Salubridad y asistencia, México 2000. p. 45.
28. LOEBL, Suzanne, Manual de farmacología, Orientaciones S. A. De C. V., México, D. F., 1990.
29. LUGO SÁNCHEZ, Ana y Cols. Revista cubana obstet. Ginecol. 1999. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. p. 5
30. M. GINE, David y Cols. Manual Medicina de urgencias. 4ª. Edición, Interamericana México 1998. p. 1185.
31. MONDRAGÓN, Héctor. Obstetricia básica ilustrada. 2ª. Edición, editorial trillas. México 1995. p. 822.
32. Muerte materna en Tenejapa. Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos en Chiapas, Editorial Fray Bartolomé. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. 1999. P.27
33. MURRAY, Atkinson, Proceso atención de enfermería 5ª. Edición, México, Ed. Mac. Graw Hill-Interamericana. 1994. P. 141

34. NEEDSON, Jean D. Consultor de enfermería obstétrica. Océano Centrum. Barcelona España, 1992. Vol. I y II, p. 496
35. O.P.S. Manual Sobre el enfoque de riesgo en la atención materno fetal. Washington D.C., OMS/OPS, 1986
36. P. TOTH, Peter / Jothivijayarani, a. manual de práctica familiar de la Universidad de Iowa. 3ª. Edición, capítulo 8. 1999. p. 6
37. PEREZ CABRERA, Manuel y Cols. Hospital de Gineco obstetricia No. 4. Dr. Luis Castelazo Ayala. IMSS. Manejo de la toxemia en la unidad de cuidados intensivos. México 1994. P. 323.
38. QUILLIGAN J, Edwar. Biblioteca internacional de ginecología operatoria, ciencia y tecnología, 4ª. Edición, editorial grupo Noriega. Vol. 1. México, D. F., 1992. p. 1155.
39. REEDER MASTROIANNI, Martin. Enfermería materno infantil. 15ª. Edición. Editorial Harla. México 1983. p. 1157.
40. RUBIO GUERRA, Alberto. Temas de medicina interna. Hipertensión arterial. Tomo 2. editorial Interamericana. México 1995.p. 241
41. SCOTT, Diaara. Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. 6ª. Edición. Editorial Mc. Gras Hell, Interamericana. New York 1994. p. 450.
42. SOKOLOW, Maurice y Cols. Cardiología Clínica. Manual Moderno. México, D. F. 1979. p. 222.
43. WATSON Hawkins, Picrfedeici Higgins. Enfermería ginecológica y obstétrica. México, Ed. Harla. 1984.
44. WATSON, Hawkins, Pierfedeici Higgins. Biblioteca básica de enfermería. Ed. Harla, México, D. F., 1998. Tomo 2.
45. WILLIAMS. Obstetricia. 4ª. Edición. Editorial Masson S. A. México 1996. p3456.
46. WILLIS HURST, J. The heart arteries and veins. 4a. Edición. Editorial Mc. Graw Hill, Measuring and recording, system blood pressure. Cap, 17. 1978.

ANEXOS 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

Entrevista de factores que predisponen la aparición de toxemia en mujeres embarazadas.

OBJETIVO: Contar con un instrumento que permita el análisis de los factores que predisponen la aparición de hipertensión inducida por el embarazo

INSTRUCCIÓN: Llenar a lápiz.

DATOS GENERALES:

EDAD: _____ PESO ANTERIOR: _____ PESO ACTUAL: _____
TALLA: _____ EDO. CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____
_____ ESCOLARIDAD: _____
TCA: _____

DATOS ESPECIFICOS:

1) ¿Ha cuánto haciende su ingreso económico quincenal? _____

2) ¿Ha padecido alguna enfermedad?, señale cuál de las siguientes:

Hipertensión arterial	SÍ () NO ()
Diabetes mellitus	SÍ () NO ()
Infección de vías urinarias	SÍ () NO ()
Anemia	SÍ () NO ()
Preeclampsia-eclampsia	SÍ () NO ()

3) Familiares con enfermedades preexistentes.

Hipertensión arterial	SÍ () NO ()
Diabetes mellitus	SÍ () NO ()
Infección de vías urinarias	SÍ () NO ()
Anemia	SÍ () NO ()
Preeclampsia-eclampsia	SÍ () NO ()

4) Toxicomanías.

Tabaquismo	SÍ () NO ()
Alcoholismo	SÍ () NO ()

5) Antecedentes Gineco obstétricos.

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

_____ FUR: _____ Embarazo gemelar: _____

Motivo de la cesárea anterior:

Preeclampsia-eclampsia: _____ DCP: _____ Malformaciones del
producto: _____ Presentación: _____ Problema Matematos:
_____ Desconoce: _____

Motivo del Aborto:

Traumatismos: _____ Infecciones: _____ Espontáneo: _____
Provocado: _____ Otros: _____

6) Número de consultas prenatales: _____

7) Alimentos que ingiere en la semana: Líquidos: _____ MI diarios.

ALIMENTO	SÍ	NO	OCASIONAL
CARNE			
FRUTAS			
VERDURAS			
CEREALES			
LECHE			
DER. DE LA LECHE			
HUEVOS			

8) Control Prenatal en embarazos anteriores: Sí _____ NO: _____

¿Con quién? :

Enfermera: _____ Partera: _____ Médico Oral. : _____

Médico Especialista: _____

9) Hallazgos laboratoriales: Hemoglobina: _____ Grupo sanguíneo: _____
EGO _____

ANEXO 2

GLOSARIO DE TERMINOS.

ALBUMINURIA: Presencia de albúmina sérica en orina.

ALDOSTERONA: Principal hormona mineralocorticoide segregada por la corteza suprarrenal, cuya actividad biológica principal es la regulación del agua y equilibrio electrolítico. Promoviendo la retención de sodio (y por tanto de agua) y la excreción de potasio; la retención de líquidos induce un aumento de volumen plasmático, edema e hipertensión, la secreción de aldosterona es estimulada por la angiotensina II.

AMAUROSIS: (Lat. Del gr. Amaurosis, oscurecimiento, ceguera), especialmente ceguera sin lesión aparente del ojo, por enfermedad del nervio óptico, médula espinal o cerebro.

ANASARCA: Edema masivo generalizado.

ANTICUERPO: Molécula de inmunoglobina con una secuencia de aminoácidos específica en virtud de la cual interacciona solamente con el antígeno que indujo su síntesis en las células de la serie linfoide, los anticuerpos se clasifican según su moda de acción en aglutininas, bacterio Usinas, hemolisinas, opsoninas, precipitinas.

ANTÍGENO: Cualquier sustancia capaz, en condiciones apropiadas de inducir una respuesta inmune específica y de reaccionar con los productos de dicha respuesta, esto es, con anticuerpos específicos o con linfocitos T específicamente sensibilizados.

CREATININA: compuesto nitrogenado cristizable sintetizado en el cuerpo. Anhídrido de la creatinina, es el producto final de su metabolismo, se encuentra en músculo, sangre y se excreta en orina.

EPILEPTIFORME: (Epilepsia + forma). Semejante a la epilepsia o a sus manifestaciones; d.t. epileptoide. Que ocurre en paroxismos graves o repentinos.

ESTRIOL: Producto de reducción de estradiol y estrona que tiene actividad estrógena relativamente débil y que se demuestra en concentraciones altas en orina, especialmente el de la embarazada.

FOSFENOS: Sensación visual objetiva que aparece con los ojos cerrados en ausencia de luz visible.

GEN: Segmento de una molécula de DNA que contiene toda la información necesaria para la síntesis de un producto. Es la unidad biológica de la herencia, que se auto reproduce de padres a hijos.

GENOTIPO: Toda la constitución genética de un sujeto.

HIPERAZOEMIA: Exceso de urea u otros cuerpos nitrogenados en la sangre.

HIPOVOLEMIA: Disminución del volumen del líquido (plasma en el cuerpo).

IDIOPATICA: Que se origina en el propio ser, de causa no identificada.

OLIGODRAMNIOS: Presencia de menos de 300 ml de líquido amniótico al término del embarazo.

OLIGURIA: Secreción deficiente de orina en relación con la ingestión de líquidos, conocida también como oliguresis e hipouresis.

OMNUBILACIÓN: Descenso del nivel de conciencia.

OSMOFILICOS: Que tiene afinidad por soluciones con presión osmótica elevada.

PROSTAGLANDINAS: (glándula próstata + in, porque se descubrió originariamente en el semen) Cualquier miembro de un grupo de componentes derivados de ácidos grasos de 20 carbonos no saturados.

PROTEINURIA: Presencia de un exceso de proteínas séricas en la orina.

ANEXO 3

ESQUEMA DE AUTOEVALUACION DE RIESGO MATERNO Y REPRODUCTIVO EN EL HOGAR

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: _____ EDAD _____
DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____
GRADO DE ESCOLARIDAD _____ EDO. CIVIL _____
OCUPACIÓN _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

___ DIABETES ___ HIPERTENSIÓN ARTERIAL ___ EMBARAZO GEMELAR
OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

___ DIABETES ___ HIPERTENSIÓN ARTERIAL OTROS _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

___ EMBARAZOS ___ PARTOS ___ ABORTOS ___ CESAREAS FUR: _____
FECHA DEL ÚLTIMO PARTO _____ MUERTE DE HIJOS EN EMB.
ANTERIORES _____ PESO DE LOS HIJOS AL NACER _____

EMBARAZO ACTUAL:

PESO ANTES DEL EMBARAZO _____ TALLA _____ GRUPO SANGUINES _____
VACUNAS _____ ¿INGIERES ALCOHOL? _____ ¿CUÁNTAS VECES A LA
SEMANA? _____ ¿FUMAS? _____ ¿CUÁNTOS CIGARROS AL DIA?

AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS _____ ¿ASISTES AL DENTISTA? _____
¿TE HAS HECHO PAPANICOLAOU? _____ ¿ASISTES A CONSULTA? _____
¿CON QUIEN? _____

ELEMENTOS DE AUTOEXPLORACIÓN:

PARTE EXAMINADA

CABEZA CUELLO

TORAX Y CORAZON

SENOS

DATOS ANORMALES

Nódulos o agrandamiento irregular de la tiroides, lesiones de ojos o boca, caries o absceso de dientes, infecciones de oídos.

Tos, aceleración del corazón, dolor del pecho.

Palpación de masas o nódulos, salida de secreción sanguinolenta o sero sanguinolenta por pezón, lesiones o enrojecimiento.

PIEL

Palidez, color amarillo de la piel, enrojecimiento, lesiones.

EXTREMIDADES

Limitaciones de movimientos, varices, hinchazón de pies, manos y cara.

ABDOMEN

Ventre demasiado grande o pequeño para la fecha calculada del parto, ausencia de ruidos cardiacos del bebe después de las 10 semanas; percepción de movimientos fetales, endurecimiento del vientre.

PELVIS.

Presenta salida por la vagina de líquido amarillento, purulento, espumoso, blanco gaseoso o gris y de mal olor, lesiones, hemorragia o salida de líquido amniótico, hemorroides.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EMBARAZO Y ESTADO GENERAL

FECHA INICIAL:

- _____ Emociones en el embarazo
- _____ Estreñimiento o hemorroides
- _____ Dolor de espalda
- _____ Calambres en piernas
- _____ Estrías del embarazo
- _____ Dificultad para dormir
- _____ Hinchazón en cara, pies y manos
- _____ Náuseas y vómito
- _____ Agruras
- _____ Varices
- _____ Dolor de cabeza
- _____ Nariz tapada y alergias

SIGNOS DE ALARMA

- _____ Sangrado por vagina
- _____ Hinchazón en cara y dedos de manos
- _____ Dolor de cabeza intenso y continuo
- _____ Visión borrosa
- _____ Destellos de luz ante los ojos
- _____ Dolor de vientre intenso
- _____ Vómito
- _____ Escalofríos y fiebre
- _____ Salida repentina de líquido por vagina.

ASISTENCIA PREVENTIVA

PLATICAS SOBRE:

- _____ Efectos de fumar y tomar alcohol en el embarazo
- _____ Actividad, ejercicio, viajes, trabajo y actividad sexual
- _____ Prevención de accidentes
- _____ Cuidado odontológico
- _____ Métodos anticonceptivos: (DIU, píldora, condón, salpingoclasia, vasectomía, otros)
- _____ Lactancia materna y amamantamiento
- _____ Asistencia en el trabajo de parto y la expulsión del bebe
- _____ Parto normal y colaboración de la pareja durante el embarazo.
- _____ Signos del parto
- _____ Orientación de las medidas por emprender en caso de:
 - _____ hemorragia, rotura de la fuente, fiebre
 - _____ Cuidados del recién nacido
 - _____ Higiene y alimentación.
 - _____ Uso de ropa cómoda.

REMEDIOS NATURALES CONTRA MOLESTIAS PEQUEÑAS DEL EMBARAZO.

Náuseas y vómito: Ingerir pan tostado o galletas, caminar en el aire fresco, ingerir té de hierbabuena, menta u otras hierbas medicinales.

Dolor de cabeza: Aplicar un lienzo húmedo en la frente y nuca, masaje de cuello, hombros, cara, cuero cabelludo y frente, caminar.

Ardor de estómago o agruras: Ingerir pequeños sorbos de agua, sentarse derecha.

Cansancio: Reposar cuando el cuerpo lo requiera, sentarse con los pies en alto, hacer ejercicio.

Calambres de las piernas: Sentarse derecha, enderezar las piernas, dar masaje a las piernas, caminar cuando sea posible, aplicar compresas húmedas en el músculo acalambrado, con agua tibia.

Estreñimiento: Ingerir líquidos muy calientes o muy fríos con el estómago vacío, masticar lo mejor posible, ingerir verduras crudas, jugo de ciruela, hacer ejercicio, tomar de 6 a 8 vasos de agua al día.

Venas varicosas: Estar sentado con los pies elevados, varias veces al día, usar media con elástico, no sentar o estar de pie por largo tiempo, usar zapatos cómodos.

Hemorroides: Sentarse en una tina con agua tibia durante 15 a 20 minutos 3 ó 4 veces al día, aplicar compresas con jugo de limón o vinagre diluido.

Dolor de espalda: Ejercicio, aplicar calor a la espalda, masaje y reposo.

Hinchazón: Sentarse con las piernas en alto, la mayor parte de las veces, evitar alimentos salados, no estar de pie por mucho tiempo, evitar ropa apretada, reposo.

Dificultad para conciliar el sueño: Ejercicio, baño tibio a la hora de acostarse, ingerir agua caliente con jugo de limón, leche caliente a la hora de acostarse, disminuir ruido y luces, evitar el café.

Nariz tapada y alergias: Respirar el vapor de un recipiente, tomar abundantes líquidos, gotas en la nariz con agua de sal, dar masaje y aplicar compresas calientes y húmedas sobre la nariz.

PARÁMETROS DE RIESGO:

IDENTIFICACIÓN:

Edad: Menor de 15 años y mayor de 35 años.

Escolaridad: Ninguna

Estado civil: Soltera.

Ocupación: Es conveniente limitar las horas de trabajo a 40 horas semanales

ANTECEDENTES FAMILIARES: Si existen se considera un riesgo.

ANTECEDENTES PERSONALES: Si existen se considera un riesgo.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Embarazos: Ninguno o más de 3

Abortos: uno o más

Partos: Ninguno o más de 3

Cesáreas: una o más

Fecha de último parto: menos de 2 años.

Peso de los hijos al nacer: menos de 2500 Kg., ó más de 3500 Kg.

EMBARAZO ACTUAL:

Peso: Para valorar el aumento durante el embarazo normalmente es de 9 a 12 Kg.

Talla: Menos de 1.45 cm.

Vacunas: Principalmente Toxoide tetánico, para evitar tétanos neonatal.

Grupo sanguíneo: Para valorar incompatibilidad de Rh.

Ingesta de Alcohol: Puede ocasionar síndrome de alcoholismo fetal, problemas neurológicos, conductuales y psicosociales y puede a veces llevar al aborto o muerte fetal.

Fumar: Fumar durante el embarazo guarda relación con un número mayor de abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragias, ruptura prematura de membranas, recién nacido menor de 2500 Kgs., impide la asimilación de vitaminas y minerales esenciales durante el embarazo.⁶⁶

⁶⁶ REEDER, Mastroianni, Martín, Enfermería Materno.... P. 421 a 461