

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

Dieta de consumo habitual y su relación con el desarrollo de las
enfermedades hipertensivas del embarazo a nivel de altura,

Pasco febrero del 2018

Para optar el título profesional de: Obstetra

Autoras: Bach. Esteffany Luz CARHUARICRA ESPINOZA

Bach. Jessica Kelly DE LA SOTA MARCELO

Asesora: Mg. Lola Maxima CHIRRE INOCENTE

Cerro de Pasco - Perú - 2019.

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

Dieta de consumo habitual y su relación con el desarrollo de las
enfermedades hipertensivas del embarazo a nivel de altura,

Pasco febrero del 2018

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS
PRESIDENTE

Mg. Samuel ROJAS CHIPANA
MIEMBRO

Mg. César TARAZONA MEJORADA
MIEMBRO

DEDICATORIA:

A nuestros padres y hermanos(as), quienes han sido pilares fundamentales en nuestras vidas para poder llegar a este punto de nuestra carrera, que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que nosotras tampoco lo hiciéramos aun cuando todo se complicaba.

Los amamos

RECONOCIMIENTO:

A Dios porque sin él nada de esto hubiera sido posible.

A nuestros padres: German y Esther; Félix y Angélica, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas y por el apoyo incondicional perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible

GRACIAS A USTEDES.

ABSTRAC

In some women, for causes that have not yet been well established, blood pressure increases unexpectedly during pregnancy. If before pregnancy the patient had normal blood pressure (below 140/85 mmHg), the condition is called pregnancy-induced hypertension. The mother with hypertension induced by pregnancy can suffer severe complications, both during pregnancy, delivery or puerperium¹. So we ask the following question: How does the habitual consumption diet influence the development of hypertensive diseases of pregnancy at height level?. The general objective was to determine the influence of the habitual consumption diet in the development of hypertensive diseases of pregnancy at height level.

In the present research study the type of COMPARATIVE DESCRIPTIVE STUDY was applied. The design that was used was of NO True Experiments of sub. Typology Transectional - Descriptive. After the execution of this research study, the following conclusions were reached:

1. 50% reported that the frequency of intake of a hyperproteic diet was 2 times per week, of which 32.4% were in patients in cases of non-occurrence of the clinical picture in question.
2. 58.9% reported that the intake of the hypercaloric diet was 3 times a week of which 32.4% were patients who did clinically demonstrate the hypertensive diseases of pregnancy.
3. 50% were randomly distributed for each of our cases of occurrence of hypertensive diseases; 47.1% reported that the frequency of intake of a dairy-based diet 2 to 1 only per week.
4. 55.9% reported the frequency of intake of an erythropoietic diet twice a week of which 29.4% were patients who developed the hypertensive disease of pregnancy.
5. 61.7% evidenced clinically under the analysis of clinical histories a diet of habitual consumption of inadequate form, of which 44.1% developed the disease in question and 17.6% did not develop the hypertensive disease.
6. Likewise, the value of the relative risk (RR) is calculated, obtaining a value equal to 2.51, evidencing that the patients who presented the hypertensive disease present 2.51 more possibilities of developing this disease in comparison with those who did not develop the hypertensive disease.

Key words: Hypertensive disease of pregnancy, habitual diet.

RESUMEN

En algunas mujeres, por causas que aún no han podido ser bien establecidas, la tensión arterial aumenta de manera inesperada durante el embarazo. Si antes del embarazo la paciente tenía cifras de presión sanguínea normales (por debajo de 140/85 mmHg), la enfermedad se denomina hipertensión inducida por el embarazo. La madre con dicha enfermedad puede sufrir complicaciones severas, tanto durante la gestación, parto o puerperio¹. Por lo que nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cómo influye la dieta de consumo habitual en el desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo a nivel de altura?. El objetivo general fue de determinar la influencia de la dieta de consumo habitual en el desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo a nivel de altura.

En el presente estudio de investigación se aplicó el tipo de ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO. El diseño que se utilizó fue de NO Experimentos Verdaderos de sub. Tipología Transeccional -

Descriptiva. Posterior a la ejecución del presente estudio de investigación se pudo arribar a las siguientes conclusiones:

1. El 50% nos refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta hiperproteica fue de 2 veces por semana, de las cuales el 32.4% fueron en las pacientes de casos de no ocurrencia del cuadro clínico en mención.
2. El 58.9% refirieron que la ingesta de la dieta hipercalórica fue 3 veces por semana, de las cuales el 32.4% fueron pacientes que si evidenciaron clínicamente las enfermedades hipertensivas del embarazo.
3. El 50% fueron repartidos aleatoriamente para cada uno de nuestros casos de ocurrencia de las enfermedades hipertensiva; el 47.1% refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta a base de lácteos de 2 a 1 sola vez por semana.
4. El 55.9% refirieron la frecuencia de ingesta de una dieta eritropoyetica de 2 veces por semana de las cuales el 29.4% fueron pacientes que desarrollaron la enfermedad hipertensiva del embarazo.
5. El 61.7% evidenciaron clínicamente bajo el análisis de las historias clínicas una dieta de consumo habitual de forma inadecuada, de las cuales el 44.1% desarrollaron la enfermedad en cuestión y el 17.6% no desarrollaron la enfermedad hipertensiva.

6. Asimismo, se calcula El valor del riesgo relativo (RR) obteniéndose un valor igual a 2.51 evidenciándonos que los pacientes que presentaban la enfermedad hipertensiva presentan 2,51 más posibilidad de desarrollar dicho mal en comparación con los que no desarrollaron la enfermedad hipertensivas.

Palabras claves: Enfermedad hipertensiva del embarazo, Dieta habitual.

INTRODUCCIÓN

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos.) pueden sumarse unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción ⁵.

La hipertensión en el embarazo es la primera causa de muerte en nuestro país, siendo también, causante de mortalidad fetal. La elección de la presente temática se debe a que es la patología más prevalente dentro de la obstetricia, por falta de información y programas preventivos con su respectiva difusión masiva, que permitan llegar a la comunidad para establecer un tratamiento en el momento oportuno. Significativamente, es

una complicación potencialmente peligrosa para la madre, feto y el recién nacido, teniendo en cuenta que, las madres que concurren a tener su parto a los servicios de maternidad de nuestro país, en alto porcentaje, no han recibido ningún control prenatal y dentro de las que han concurrido, solo el 15 al 20 %, lo han hecho en el primer trimestre⁶.

Los programas de control prenatal son la mejor forma de disminuir las complicaciones que pueden ocurrir durante el embarazo. Así se asegura el bienestar tanto del niño como de la madre y se previenen complicaciones. Una de las medidas preventivas que se llevan a cabo en las visitas prenatales al médico es el control de la presión sanguínea (tensión arterial), ya que permite detectar a tiempo una de las enfermedades más graves que pueden presentarse en la mujer embarazada: la hipertensión inducida por el embarazo, y en consecuencia, la preclampsia y la eclampsia⁷.

Se debe llegar a esta población a través de la educación para la salud, proceso que tiende a lograr la introducción de ideas nuevas, del uso y complemento de conocimientos y la capacitación para analizar la situación de salud y decidir cómo afrontar sus problemas de forma adecuada. La Atención Primaria de Salud, fue concebida inicialmente, como un proceso necesario para mantener la salud, prevenir eficazmente la enfermedad, detectar precozmente los problemas de salud y proveer el diagnóstico específico y tratamiento eficaz de las patologías prevalentes del grupo etario y como parte de ello es verificar el soporte nutricional de

las madres gestante y si estos eran factores de riesgo para el desarrollo de problema hipertensivos del embarazo⁸.

En una investigación previa llevada a cabo en el HAMA, se pudo precisar los factores de riesgo importantes para la mortalidad materna, a los mismos que se les calculó su riesgo atribuible poblacional por ciento. Sus resultados nos permitieron reorientar algunas acciones para reducir la tasa⁹.

La Pre eclampsia Se trata de la aparición, exclusivamente durante el embarazo, de tensión arterial elevada (Hipertensión Arterial) en presencia de alteraciones en los riñones (proteinuria: pérdida excesiva de proteínas por la orina) y acumulación o “retención de líquido” en forma de hinchazón o edema. Este problema se presenta en poco menos del 10% de todas las mujeres embarazadas y su frecuencia es muchísimo mayor cuando la paciente presenta algunas enfermedades previas particulares. En la población de mujeres sanas, la Pre eclampsia se ve con mayor frecuencia en las primerizas¹⁰.

El informe de Tesis está conformado por las siguientes partes; Resumen, Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y Anexos.

Las autoras.

ÍNDICE

Pag.

DEDICATORIA.

RECONOCIMIENTO

ABSTRAC

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE

ASPECTOS TEÓRICOS

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y planteamiento del problema.....	16
1.2 Delimitación de la investigación.	16
1.3 Formulación del problema.....	17
1.4 Formulación de objetivos.....	17
1.5 Justificación de la investigación.....	18
1.6 Limitaciones de la investigación.....	19

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio.....	20
2.2 Bases teóricas – científicas.....	25
2.3 Definición de términos.....	34
2.4 Formulación de hipótesis.....	35

2.5 Identificación de variables.....	35
2.6 Operacionalización de variables.....	36

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación.....	37
3.2 Método de Investigación.....	38
3.3 Diseño de Investigación	38
3.4 Población y Muestra	38
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos.....	40
3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación.....	40

SEGUNDA PARTE

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción del trabajo de campo	41
4.2 Presentación análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo	45
4.3 Prueba de hipótesis	60
4.4 Discusión de resultados	60

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

PRIMERA PARTE

ASPECTO TEÓRICO

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y planteamiento del problema. - La hipertensión arterial, la proteinuria y el edema conforman el cuadro clásico. La proteinuria será de 300 mg/L o más en orina de 24 h o concentración de 1 g/L o más en las emisiones de orina con intervalo no menor de 6 h. 2,3 Los edemas serán generalizados o al menos (+) después de 12 h de reposo en cama o ganancia de 5 libras de peso en una semana. El 30 % de las mujeres no preeclámpticas presentan edemas y el 40 % de las preeclámpticas no los tienen, o sea que el edema ocurrirá también en muchas mujeres embarazadas normales por lo que ha sido abandonado como un marcador de preeclampsia.

La mayoría de los autores consideran que la hipertensión arterial y la proteinuria son las condiciones indispensables para el diagnóstico, otros estiman que la preeclampsia puede cursar sin proteinuria en sus formas más leves.

Algunos grupos como el Australian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy and Canadian Hypertension Society hacen algunas recomendaciones al respecto señalando: eliminar el edema de los criterios diagnósticos, usar sólo los cambios en la tensión arterial diastólica y añadir la proteinuria como marcador diagnóstico.

1.2 Delimitación de la investigación. - El presente estudio de investigación tiene la delimitación teórica en los aspectos fisiopatológicos que se desarrollan las enfermedades hipertensivas durante el embarazo y la consideración especial que la altura no se manipulo el presente estudio porque no tiene comparación con muestra a nivel del mar; es por ello el presente estudio tiene una duración de febrero del 2018 hasta el febrero del 2019 tiempo que contempla desde su formulación hasta su ejecución y presentación de los resultados.

En cuanto a la delimitación espacial podemos referir que se obtuvo la factibilidad de realización del presente estudio de investigación y en cuanto al recurso humano y económico fueron enmarcados dentro de nuestra posibilidad para la ejecución del presente estudio de investigación.

1.3 Formulación del problema. –

¿Cómo influye la dieta de consumo habitual en el desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo a nivel de altura?

1.4 Formulación de objetivos.

El objetivo General fue: Determinar la influencia de la dieta de consumo habitual en el desarrollo de las enfermedades hipertensivas del embarazo a nivel de altura.

Con los siguientes Objetivos Específicos que guiaron nuestro estudio:

- 1) Seleccionar las historias clínicas según presentación de eventos clínicos de hipertensión por embarazo según diferentes criterios de inclusión y exclusión pre establecidas.
- 2) Realizar el análisis documentario de las Historias Clínicas de las pacientes que cursaron el diagnóstico de hipertensión arterial del embarazo.
- 3) Registrar datos significativos extraídos de la historia clínica que se relacionen con la dieta de consumo habitual de las gestantes que cursaron con el diagnóstico pre establecido.
- 4) Entrevistar a las pacientes que cursaron con el diagnóstico preestablecido para establecer el tipo de dieta de consumo habitual que tuvieron durante el desarrollo de este evento clínico.
- 5) Relacionar la dieta de consumo habitual que tuvieron las pacientes y determinar el factor de riesgo en el desarrollo de

la hipertensión arterial del embarazo a la muestra sujeto a estudio.

1.5 Justificación de la investigación:

1.5.1 Justificación teórica: La preeclampsia (PE) es un síndrome específico del embarazo secundario a una reducción de la perfusión de órganos múltiples secundario al vasospasmo y a la activación de la cascada de la coagulación, que ocurrirá después de la semana 20 de la gestación o más temprano de ocurrir enfermedad trofoblástica como mola hidatiforme o hydrops. La hipertensión arterial, la proteinuria y el edema conforman el cuadro clásico.

Algunos autores señalan que la hipertensión arterial no proteinúrica (descartada la hipertensión arterial crónica) tiende a considerarse como una forma distinta de preeclampsia y parece tener mejor pronóstico materno-fetal.¹⁴⁻¹⁷ Son sinónimos los términos de hipertensión arterial transitoria (Documento Consenso 1) e hipertensión arterial gestacional sin proteinuria (Sociedad Internacional y FIGO).^{18,19} Sin embargo, el Working Group Report On High Blood Pressure in Pregnancy, ⁶ modificó ligeramente el criterio del ACOG y añadió el término "hipertensión gestacional" para las mujeres que desarrollan hipertensión sin proteinuria durante el embarazo y reservó el término "hipertensión transitoria" para un diagnóstico definitivo hecho posparto.

1.5.2 Justificación práctica. La preeclampsia es una enfermedad de carácter progresivo e irreversible que afecta múltiples órganos, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. Complica de 3 a 22% de los embarazos. En el Perú, su incidencia fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria. La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones. En el Perú, es la segunda causa de muerte materna, con 32%. En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal es también la primera causa de muerte materna, entre los años 2003 y 2013, con 43%. Durante 2013, se atendió un total de 16 972 partos, de los cuales 1 427 (8,4%) estuvieron complicados con problemas de hipertensión arterial y 975 casos (5,74%) con preeclampsia/eclampsia.

1.6 Limitaciones de la investigación. - en el presente estudio de investigación no se tuvo ningún inconveniente que se pueda considerar como limitación en la obtención de los datos y poder obtener los resultados como rigor científico.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio.

Actualización en la epidemiología de la preeclampsia La preeclampsia es una complicación del embarazo que se caracteriza por una inadecuada placentación, con la resultante isquemia fetal y el compromiso de varios órganos maternos. Es una de las condiciones más graves en el embarazo y una importante causa de morbilidad materno perinatal. Se ha encontrado varios factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia, así como algunos factores protectores. Finalmente, las mujeres que desarrollan preeclampsia durante un embarazo, tienen mayor riesgo de presentar en el futuro diabetes mellitus, hipertensión arterial y complicaciones cardiovasculares. En este artículo se hace una actualización sobre la epidemiología de la preeclampsia.

La preeclampsia es la complicación médica más frecuente del embarazo. Se la ha encontrado en 1,91%⁽⁵⁾, 3,3%⁽⁶⁾, 4,2%⁽⁷⁾ y hasta 12% de los embarazos ⁽⁸⁾. Ananth⁽⁹⁾ halló en Carolina del Norte una incidencia de 3,6% y Ostlund⁽¹⁰⁾, en Suecia, la encontró en 2,4% de los embarazos. La incidencia de eclampsia varía entre 2 y 13 por mil partos ^(6.9.11,12). Liu⁽¹³⁾ halló que la incidencia de eclampsia disminuyó drásticamente desde 12,4 por 10 000 partos en 2003 hasta 5,9 en 2009.

En el Perú, los desórdenes hipertensivos leves a severos han sido encontrados desde 4,11%⁽¹⁴⁾, 4,8%⁽¹⁵⁾, 5,36%⁽¹⁶⁾, 6,6%⁽¹⁷⁾, 7,9%⁽¹⁸⁾ hasta 10,8%⁽¹⁹⁾ en gestantes que acuden a hospitales peruanos. La eclampsia ha sido hallada en 2,8 por mil⁽¹⁸⁾ hasta 7,9 por mil nacidos vivos⁽²⁰⁾.

Ruptura hepática y esplénica asociada con preeclampsia severa: Presentación de un caso. Gerardo González-Martinez, Jorge Aguirre-Suarez, Andrés Alarcón-Sandoval, Ángel Pulgar-Lehr y Otto Valbuena-Adrianza. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Centro Médico del Mar y Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, Hospital Universitario de Maracaibo. Estado Zulia, Venezuela. La ruptura esplénica es una rara complicación del embarazo y del postparto, por el contrario, la hemorragia hepática es más común como complicación del embarazo y está usualmente asociada con la preeclampsia. En este trabajo reportamos el caso de una paciente de 37 años de edad con un embarazo simple de 31,5 semanas, no controlado, con preeclampsia severa. Al

momento de su ingreso a la institución hospitalaria presentaba dolor abdominal, cefalea, hipertensión y palidez cutáneo-mucosa acentuada. Durante su valoración física de ingreso, la paciente presentó colapso circulatorio severo y se decidió su intervención quirúrgica. Se le practicó una cesárea segmentaria y durante la exploración abdominal se observó hemoperitoneo, ruptura esplénica grado III y un hematoma en cara anterolateral de hígado. Se realizó esplenectomía y evacuación del hematoma hepático. Deben considerarse la ruptura esplénica y el hematoma subcapsular hepático como diagnósticos diferenciales ante una inestabilidad hemodinámica pre, intra o postparto, bien sea natural o quirúrgico, en pacientes con preeclampsia severa. Este trabajo constituye el primer reporte en la literatura venezolana de la asociación entre ruptura esplénica, hematoma subcapsular hepático y preeclampsia severa. Un adecuado control prenatal, el conocimiento de esta asociación y una rápida intervención terapéutica son esenciales para asegurar la sobrevivencia materno-fetal.

Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna ADOLFO PINEDO, LUIS TÁVARA, OVIDIO CHUMBE, JORGE PARRA.

Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. Diseño: Estudio analítico de corte sobre 21621 casos ingresados al Sistema Informático Perinatal entre el 1 de julio de 1988 y el 31 de diciembre de 1992. Se identificó todos los casos de muerte materna y

utilizando una tabla de doble entrada se calculó el riesgo relativo (RR) y el riesgo atribuible a la población por ciento (RAP) de las variables sociales antropométricas, biológicas, las patologías del embarazo, parto y puerperio. La prueba estadística aplicada fue el cálculo del intervalo de confianza al 95% (IC 95 Yb). Resultados: Los factores de riesgo importantes por el RR con significancia estadística fueron: estado civil soltera, falta de control prenatal, eclampsia, tuberculosis, infección puerperal, hemorragia del II trimestre, edad gestacional <37 semanas, anemia, hemorragia puerperal, hemorragia del III trimestre, aborto séptico e infección urinaria. Conclusión: Se encontró asociación entre muerte materna y falta de control prenatal estado civil soltera y patologías prevalentes del embarazo.

La investigación en materia de dietética y nutrición ha demostrado la considerable influencia positiva que tiene una alimentación equilibrada sobre el curso del embarazo. Concretamente, el estado nutricional y los hábitos alimentarios de la futura madre son factores directamente relacionados su salud y la de su hijo. Se trata, por lo tanto, de un período muy adecuado para revisar los hábitos de vida. Una alimentación racional en esta etapa fisiológica de la vida femenina es la mejor ayuda para prevenir alumbramientos prematuros e incluso problemas ligados al desarrollo del recién nacido como puede ser la disminución de peso o de talla, menor resistencia a las infecciones, etc.

Aunque no se pueden prevenir ciertos problemas hereditarios (hemofilia, fenilcetonuria, etc.), es posible modificar una nutrición deficiente. Es sabido que estados de malnutrición y/o carenciales pueden provocar alteraciones en el curso del embarazo: partos prematuros, malformaciones fetales, abortos, etc. Todo esto ha llevado a asegurar que es imprescindible un adecuado estado nutricional para asegurar la normalidad en el curso de un embarazo. La evaluación del estado nutricional la debe llevar a cabo el médico que sigue el curso del embarazo junto con el profesional sanitario experto en nutrición (dietista - nutricionista).

Los especialistas señalan como circunstancias que pueden comprometer el estado nutricional materno: situación económica de privación, tercer embarazo en menos de dos años (las reservas maternas se agotan y es difícil que el organismo de la mujer no se resienta de algún modo: anemias, descalcificaciones, etc.), seguimiento de dieta terapéutica previa al embarazo, malos hábitos alimentarios, consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, bajo peso al inicio del embarazo, enfermedades asociadas, embarazos gemelares y embarazadas adolescentes.

Las necesidades de éstas últimas son superiores a las de la mujer adulta al estar aún en edad de crecimiento y establecerse una especie de competencia entre el organismo materno y el del feto por conseguir nutrientes esenciales para el desarrollo.

2.2 Bases teóricas – científicas

2.2.1 HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son complicaciones muy frecuentes consideradas causa importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal. Sobre el manejo de la hipertensión durante la gestación, las diversas guías actuales coinciden en tratar la presión arterial si es $\geq 160/105-110$ mmHg por el elevado riesgo de accidente cerebrovascular (stroke) asociado, y en normalizar la presión a $< 140/90$ si hay compromiso de órgano blanco. Sobre el tratamiento de la hipertensión leve-moderada, la evidencia concluye que reduce el riesgo de desarrollar hipertensión no controlada, pero no previene la preeclampsia. En lo que se refiere a la elección de un fármaco, entre los agentes recomendados, ningún agente específico es la primera opción porque no hay datos que apoyen uno sobre otro.

2.2.1.1 CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA Existen varias clasificaciones a nivel internacional para los trastornos hipertensivos durante el embarazo (4-6). Para esta revisión utilizaremos la del National Heart, Lung and Blood Institute (2000) (4), que distingue las siguientes:

- Hipertensión gestacional: hipertensión (HTA) que aparece después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria, con retorno a la normalidad, en el posparto.
- Preeclampsia: hipertensión gestacional asociada a una proteinuria superior a 0,3 g/24 h.
- Hipertensión crónica:

hipertensión preexistente al embarazo o diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación, que persiste hasta 12 semanas después del parto. • Preeclampsia sobreañadida: aparición de una proteinuria superior a 0,3 g/24 h en un contexto de hipertensión crónica.

2.2.1.2 MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN DURANTE LA GESTACIÓN Y OTRAS CONSIDERACIONES

En el manejo de la hipertensión durante la gestación, lo primero a tener en cuenta debería ser la consejería preconcepcional para discutir los riesgos asociados a la hipertensión durante la gestación. Luego, ya en el primer control de la gestante, se deberá hacer el tamizaje respectivo y de corroborarse el diagnóstico de HTA, se hará un seguimiento cercano a la gestante que tendrá como objetivo prevenir y/o evitar el desarrollo de preeclampsia, HTA severa y/o complicaciones maternas y/o fetales (6,18,19). Durante el seguimiento se le deberán realizar controles dirigidos a identificar complicaciones maternas y fetales (dichos exámenes se detallan en la tabla 1) y descartar la posibilidad de HTA secundaria,

AGENTE ANTIHIPERTENSIVO A USAR: Otro tema al que se ha buscado respuesta es la elección del agente antihipertensivo de mayor eficacia, pero a la fecha la evidencia disponible no ha demostrado que una droga sea superior a otra en su eficacia para prevenir complicaciones como el accidente cerebrovascular (stroke)

(23). El análisis secundario de los resultados del estudio CHIPS no permitió concluir en la elección de metildopa o labetalol, aunque haya habido un poco de menos complicaciones maternas y perinatales con la metildopa, efecto que aparentemente era especialmente beneficioso en mujeres con hipertensión preexistente.

2.2.1.3 FACTORES DE RIESGO • Preeclampsia en embarazo anterior • Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas. • Síndrome antifosfolípido. • Periodo intergenésico mayor a 10 años. • Antecedente de enfermedad renal o proteinuria. • Embarazo múltiple. • Antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades del colágeno, nefropatía. • Primipaternidad. • Primigestas o multiparidad. • Enfermedad trofoblástica del embarazo. • Obesidad. • Infecciones en el embarazo.

2.2.1.4 CRITERIOS PARA DAR EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA:

• Embarazo mayor a las 20 semanas de gestación excepto en los casos de embarazo molar. • Presión arterial mayor a 140/90mmHg en al menos dos tomas distintas con 6 horas de diferencia.

Proteinuria mayor o igual a 300mg/dl en 24 horas. Dentro de los criterios de severidad se encuentran: • Presión arterial mayor a 160/110mmHg en al menos 2 tomas con al menos 4 horas

diferencia más dos de los siguientes: o Proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas. o Creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl. o Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente. o Oliguria menor a 500ml en 24 horas. o Trombocitopenia por debajo de 100 000. o Alteración en las pruebas de función hepática con valores que doblan su nivel normal. o Trastornos visuales. Caracterizados principalmente por fosfenos o la presencia de tinnitus o acufenos. o Cefalea. o Edema pulmonar SÍNDROME DE HELLP Es una forma de preeclampsia severa con mayor gravedad la cual se describe por los siguientes signos clínicos: • Plaquetas por debajo de 100 000. • Transaminasas elevadas. • Aumento de la LDH. • Hiperbilirrubinemia (hemolisis). • Hiperuricemia por fallo renal agudo

2.2.1.5 Tratamiento: Preeclampsia sin datos de severidad El objetivo ante una preeclampsia sin datos de severidad es mantener cifras tensionales en niveles cercanos a los normales con una presión sistólica entre 135 y 155 mmHg y una presión diastólica entre 80 y 105mmHg. Dentro de los tratamientos utilizados para este fin se encuentran: • Metildopa en dosis de 250 a 500mg por día aunque se pueden utilizar inclusive dosis de hasta 2g cada día. Tratamiento de primera línea. • Hidralazina en dosis de 60 a 200mg por día. Se usa principalmente en emergencias ya que el riesgo de hipotensión es muy elevado. • Labetalol en dosis de 100 a 400mg,

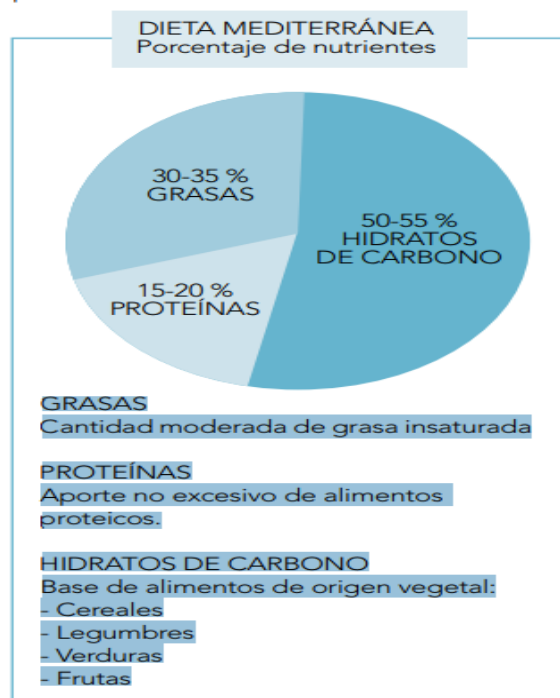
pero con dosis inclusive de hasta 1200mg al día. Debe evitarse en pacientes asmáticas o insuficiencia cardíaca y en mujeres en labor de parto ya que puede generar bradicardia fetal. • Nifedipina dosis de 10 a 20mg hasta 180mg al día.

2.2.2 DIETA DURANTE EL EMBARAZO

Si sigues unas pautas saludables de alimentación y buenos hábitos, no tendrás problema en el desarrollo de tu embarazo. Es cierto que, durante la gestación, además de las necesidades calóricas, también se aumenta la demanda en tu organismo de ciertos componentes, sobre todo de vitaminas y minerales. Si adaptas bien tu plan nutricional será suficiente con lo que aportan los alimentos. En el primer trimestre de gestación no es preciso consumir calorías adicionales, pero sí vigilar el orden de tomas y de nutrientes para asegurar reservas y prevenir complicaciones.

A partir del segundo trimestre es cuando se aconseja un incremento de entre 300 y 500 kcal, que deberá proceder principalmente de hidratos de carbono de absorción lenta como legumbres, pasta, arroz o patata. En el tercer trimestre se mantiene esa subida en calorías, pero asegurando alimentos con alto contenido en proteínas porque son necesarios para el desarrollo estructural del feto. **MACRONUTRIENTES**

Durante el embarazo no hay que seguir una dieta especial. Lo importante es tener una alimentación variada y equilibrada como lo es la dieta mediterránea, que se caracteriza por:



2.2.2.1 HIDRATOS DE CARBONO Macronutrientes, 50-55% kcal totales Los hidratos de carbono son imprescindibles por ser la principal fuente de energía, y tal como hemos explicado anteriormente, el embarazo aumenta el gasto energético, por eso estos hidratos de carbono deben ser la base de tu alimentación. Además, al ser alimentos de origen vegetal nos aportan fibra, que ayuda a prevenir los problemas digestivos que se pueden producir y el estreñimiento. También te ayudan a sentirte saciada y previenen un posible aumento de colesterol y diabetes gestacional.

2.2.2.2 VERDURAS Y HORTALIZAS Su aporte energético es muy bajo y contiene mucha fibra que mejora el estreñimiento y nos sacia. Las verduras contienen potasio para mejorar la retención

de líquidos, vitamina C y ácido fólico. Recuerda tomar un plato, guarnición, o mezclarla con carbohidratos y proteína siempre en comida y cena.

2.2.2.3 FRUTAS Contienen hidrato de carbono en forma de fructosa y fibra soluble, pero son especialmente importantes por su alto contenido en potasio, vitamina C y agua, que nos ayudan a prevenir la preeclampsia. Intenta tomar como mínimo 3 piezas al día, distribuidas en diferente toma. **LÁCTEOS** El grupo de lácteos aporta los 3 nutrientes: carbohidratos en forma de lactosa, grasas, y proteína de alta calidad como es la caseína, imprescindible para cubrir las necesidades en el embarazo. Los lácteos también aportan grasas saturadas, de las que no se debe abusar, sobre todo en situación de sobrepeso o diabetes. Pero hemos de recordar que en esa grasa también se encuentran vitaminas liposolubles como la A y la D, por lo que no debemos recurrir a desnatados, la mejor opción siempre son los semidesnatados.

2.2.2.4 PROTEÍNAS (15-20% kcal totales) Los requerimientos de proteínas aumentan en el segundo y tercer trimestre porque éstas son necesarias para crear tejidos nuevos. Es mejor medir la cantidad de proteína total en gramos por kilos de peso, por eso la cantidad recomendada es diferente para cada persona. Se encuentra en alimentos de origen animal, pero también en lácteos y en legumbres. Para asegurar un consumo adecuado debemos

incluir proteína siempre en comida y cena. A partir del 2º trimestre, para incrementar su consumo, podemos incluir un mínimo entre horas como jamón cocido, pavo o frutos secos. Carnes Es una buena fuente de proteína, hierro y otras vitaminas y minerales, como os explicamos en la tabla anterior, por es muy recomendable variar mucho su consumo:

2.2.2.5 GRASAS (30% Kcal Totales) La grasa debe provenir fundamentalmente del aceite de oliva. Pero también conviene elegir alimentos con grasa omega-3, como frutos secos y pescados, en especial, el ácido DHA es esencial en el desarrollo del sistema nervioso del feto. **Aceite de Oliva** El aceite de oliva es el gran referente de la dieta mediterránea, debido a su contenido en ácido oleico, vitamina E y otros antioxidantes. Este alimento ayuda a: - Prevenir enfermedades cardiovasculares como hipercolesterolemia y preeclampsia. - Mejorar nuestras defensas y es antioxidante. - Mejorar el control metabólico de la glucosa, previniendo diabetes gestacional. Este aceite siempre tiene que ser tu grasa de elección diaria para cocinar y aliñar tus platos, o incluso incluirlo con pan en el desayuno.

RESUMEN DE NUTRIENTES

Nutrientes	Alimentos	Primer Trimestre	Segundo y Tercer Trimestre
Hidratos de Carbono	<p>HC: Cereales, derivados, legumbre, arroz, pasta, y patata</p> <p>VE: Verduras y Hortalizas</p> <p>FR: Frutas</p> <p>LA: Lácteos</p>	Consumo normal, bien distribuido. Evitar azúcares y dulces	Aumentar cantidades en una o 2 tomas al día
Fibra	<p>HC: Integrales y Legumbre</p> <p>VE Y FR</p>	Asegurar el consumo	Aumentar si hay estreñimiento
Proteína	<p>PR: Alimentos de origen animal</p> <p>LAC: lácteos</p> <p>HC: Legumbre</p>	<p>0,8 g Kg de Peso/día</p> <p>Variedad de alimentos</p>	<p>1 – 1,5 g Kg de Peso/día</p> <p>Aumentar cantidades en una toma al día</p>
Grasa	<p>Elegir grasa Insaturada (AGI)</p> <p>GR: Aceite de Oliva</p> <p>PR: Frutos secos y Pescados Azules</p>	<p>Asegurar grasa insaturada</p> <p>Ω3-DHA: Vegetal y pescado</p> <p>Evitar grasas saturadas (carnes grasas y embutidos)</p>	Mantener consumo
Líquidos	<p>Agua</p> <p>Infusiones, sopas, caldos</p>	Asegurar 2L día	Aumentar 0,5L, en especial si hay retención de líquidos

2.3 Definición de términos

- **Preeclampsia** es una enfermedad que se presenta únicamente en las mujeres embarazadas, generalmente se da en los últimos meses del embarazo, es decir, puede ir desde la semana 20 y mayormente su duración es hasta el día 30 después del parto.
- **Hipertensión:** tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, o tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg.
- **Hipertensión Crónica** (pre-existente): Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y no se resuelve postparto.
- **Hipertensión Gestacional** (hipertensión inducida por el embarazo): Hipertensión descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria. La hipertensión gestacional puede ser un diagnóstico provisional: algunas mujeres pueden desarrollar proteinuria (pre-eclampsia), aunque otras pueden tener hipertensión preexistente que ha sido enmascarada por la disminución fisiológica en la TA en el inicio del embarazo.
- **Diagnóstico de Hipertensión Gestacional** es confirmado si no se ha desarrollado preeclampsia y la TA ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas postparto. Preeclampsia: desorden multisistémico que se asocia con hipertensión y proteinuria, y

raramente se presenta antes de las 20 semanas de embarazo. Los cambios patológicos vistos en la preeclampsia son principalmente isquémicos, afectando la placenta, riñón, hígado, cerebro, y otros órganos

- **Dieta habitual:** Régimen alimentario o hábito alimentario es la composición, frecuencia y cantidad de comida que constituye la alimentación de los seres vivos conformando hábitos o comportamientos nutricionales.

2.4 Formulación de Hipótesis. La hipótesis de investigación que se sometió a su contraste investigativo fue: La dieta de consumo habitual tiene influencia directa con el desarrollo de las enfermedades hipertensiva del embarazo a nivel de altura.

2.5 Identificación de variables:

Variable Independiente: Enfermedades Hipertensiva del Embarazo.

Variable Dependiente: Dieta de Consumo Habitual.

Variable Interviniente: • Preeclampsia en embarazo anterior •

Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas. •

Síndrome antifosfolípido. • Periodo intergenésico mayor a 10 años.

• Antecedente de enfermedad renal o proteinuria. • Embarazo

múltiple. • Antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión,

trombofilia, enfermedades del colágeno, nefropatía. •

Primipaternidad. • Primigestas o multiparidad. • Enfermedad

trofoblástica del embarazo. • Obesidad. • Infecciones en el

embarazo.

2.6 Operacionalización de variables

OPERATIVIDAD DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ESCALA DE MEDIDA
VI: Enfermedades Hipertensiva del Embarazo.	Complicaciones durante el embarazo en los diferentes trimestres.	Ocurrencia de Hipertensión en el Embarazo No ocurrencia de Hipertensión en el Embarazo	Ausente Leve Moderado Severo Ausente Leve Moderado Severo	Ordinal y nominal según los indicadores a medir
VD: Dieta de Consumo Habitual.	Soporte Nutricional durante el embarazo	-Dieta Hiperproteica -Dieta Hipercalórica -Dieta a base de Lácteos -Dieta Eritropoyetica	SI – NO SI – NO SI – NO SI – NO	Ordinal y nominal según los indicadores a medir

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación. En el presente estudio de investigación se tomó como referencia a la clasificación de Méndez I., Namihira D. Por lo que el tipo de investigación fue: Descriptiva, y Comparativa que incluye las siguientes características.

- **RETROSPECTIVO PARCIAL:** Por ser de acuerdo al periodo en que se capta la información.
- **TRANSVERSAL:** Por ser de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado.
- **COMPARATIVO:** Por ser de acuerdo con la comparación de las poblaciones.
- **OBSERVACIONAL:** Por ser de acuerdo a la interferencia del investigador en el estudio

3.2 Método de Investigación. - Bajo la tendencia actual se utilizó los métodos generales tales como, análisis, síntesis y el método particular como la descriptiva sustantiva; con ayuda del método auxiliar estadístico.

3.3 Diseño de Investigación. - Según R. H. Sampieri el diseño que se utilizó el diseño de NO Experimentos Verdaderos de sub. Tipología Transeccional - Descriptiva de que corresponde a la adopción del siguiente esquema

M1 X1, X2, X3..... xn

Donde:

M: números de Historias clínicas y pacientes que cursaron con cuadros hipertensiva del embarazo.

X1,2,3,n: Observación a la unidad muestral (historias clínicas).

3.4 Población y Muestra. –

Población: Están consideradas todas las historias clínicas y los pacientes que cursaron con diagnóstico clínico de hipertensión del embarazo.

Muestra: Se utilizó la técnica No Probabilística de tipo intencional, ya que para la selección de cada grupo se considerará la totalidad de historia clínicas y los pacientes que son un promedio de 34 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con historial obstétrico sin compromiso sistémico.
- Pacientes que sea su primer debut con esta enfermedad hipertensiva
- Pacientes que no consumieron fármaco durante el embarazo
- Pacientes sin riesgo obstétrico evidente
- Paciente que no tenga problemas nutricionales o metabólicos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Son los criterios de forma antónimo considerados para este estudio.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Se aplicó los siguientes instrumentos para la recolección de los datos:

TÉCNICAS

- ▶ Entrevista
- ▶ Análisis documental

INSTRUMENTOS:

- Encuesta estructurada sobre la dieta en el embarazo

- Ficha de registro obstétrica

3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos.

La información obtenida en los diferentes instrumentos de aplicación fue procesada en cuadros y gráficos estadísticos que permitieron una mayor visualización, análisis e interpretación de los resultados. Para el análisis se recurrirán a medios estadísticos que se mencionan a continuación.

Los datos encontrados en el presente estudio fueron sometidos a un contraste hipotético bajo técnicas estadísticas de riesgo relativo y la técnica no paramétricas como es la Chi cuadrada con el modelo de homogenización y el modelo de independencia de criterios, estos resultados que fueron obtenidos mediante el uso de programas estadísticos como Microsoft Excel, Epi-Info 2012, Stat estadistic; nos permitió hacer la inferencia respectiva a partir de los datos de la muestra en estudio hacia las poblaciones similares.

3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación.

Para la validación de nuestro instrumento se sometió a evidencia relacionado con el contenido que se refiere al grado refleja un dominio específico del contenido que se mide, de la misma manera se sometió la valides relacionado al constructo. Con el análisis de factores y para la confiabilidad de los instrumentos se realizó a través del coeficiente de CRONBACH obteniendo como resultado de 0.50 a 0.75 representado una confiabilidad alta de dichos instrumentos.

SEGUNDA PARTE
CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción del trabajo de campo.

El presente estudio tuvo como sede el departamento de Pasco de la localidad de Cerro de Pasco, distritos de Chaupimarca, se encuentra situado a 4,380 metros sobre el nivel del mar.

Los pobladores se caracterizan por ser mineros, amas de casa, comerciantes la mayoría es informal donde laboran generalmente ambos padres desde las primeras horas de la mañana otros se dedican a la artesanía y a la técnica empírica como la construcción de viviendas. Solamente los trabajadores estables y contratados por el Estado tienen derecho al Seguro social y sus beneficios.

Las familias que conforman generalmente son convivientes, con carga numerosa de hijos, algunos tienen casa propia y la mayoría vive en

condiciones de hacinamiento y promiscuidad, poseen alumbrado público tienen escasez de agua y no tiene desagüe.

Las familias se unen en edad temprana teniendo sus hijos precozmente e intervalos ínter genésicos cortos poseen malos hábitos alimentarios por lo que muestran signos de desnutrición, prevaleciendo sus gastos generalmente en necesidades superfluas.

Ambos sectores se ubican circundando a la actividad minera (tajo abierto), reciben agua sin potabilizar y contaminada por la actividad minera y desechos domésticos. El Hospital de contingencia Daniel Alcides Carrión, se encuentra ubicado en el barrio de La Esperanza, distrito de Chaupimarca a 4380 m.s.n.m. El clima de Cerro de Pasco se caracteriza por ser permanentemente frígido con una temperatura que oscila entre - 10° C a 15° C. La infraestructura de contingencia del Hospital consta de un solo piso en el cual están ubicados dos módulos. En el módulo "A" se encuentra ubicado los consultorios externos, los programas CIRA, CEDA, PAI, PCT, es decir la atención ambulatoria; también en él se encuentran las oficinas administrativas como: Dirección, Secretaría, Oficina de Personal Social, Logística, sistema integral de salud y Jefatura de Enfermería.

En el módulo "B" se encuentra ubicado el servicio de farmacia, servicio de Emergencia, laboratorio. Banco de sangre y servicio de Ecografías y RX a la vez se encuentran los servicios de hospitalización, a la derecha se encuentra el servicio de neonatología con tres ambientes

alto riesgo, intermedios y aislados, al costado el servicio de Pediatría con cuatro ambientes cada uno con tres camas, en el ala izquierda se encuentran los servicios de Cirugía, Medicina y ginecobstetricia donde la atención es asistencial. Al margen derecho se encuentra el Servicio de Cirugía que cuenta con 4 ambientes y 14 camas; a la margen izquierda se encuentra ubicado el servicio de Medicina que cuenta con 4 ambientes y 19 camas; en donde también se encuentra la unidad de recuperación, llamada también UCI. y al fondo el servicio de ginecobstetricia. A estos servicios ingresa los pacientes ya sea por consultorio externo o emergencia, generalmente con diagnósticos y más sus indicaciones de Exámenes Auxiliares (HB., Hct. Hgr, Grupo y factor sanguíneo, exámenes de radiología y ecografía); generalmente estos pacientes son mayores de 15 años.

Este Centro Hospitalario en su gran mayoría recibe pacientes con patologías, en el Servicio de Cirugía: Casos como Apendicitis, Peritonitis, Colecistitis, vólvulos que en su gran mayoría son problemas intestinales; a su vez en el Servicio de Medicina recibe a pacientes con patologías que en su mayoría son deshidratación severa, diarrea disentérica, y en una mínima cantidad pacientes de Traumatología. Y en el servicio de ginecobstetricia ingresan gestantes en fase de parto y mujeres con problemas ginecológicos. Por lo cual durante la estadía del paciente al recibir un tratamiento farmacológico y de fluido terapia es por la

canalización de una vía endovenosa periférica para facilitar su recuperación y disminuir los días de estancia hospitalaria.

La población del Departamento de Pasco es de 254,065 habitantes perteneciendo el 77 % en la sierra y 23% en la selva de cerro de Pasco, Capital del departamento en los últimos tiempos viene centrando una parte considerable de la población departamental que en la actualidad atraviesa una problemática muy peculiar debida a su crecimiento desordenado a causa del avance del tajo abierto sobre la ciudad.

En cuanto a la distribución de la población Departamental por áreas urbanas y rurales; el 57% de la población rural viene descendiendo a un 40%.

4.2 Presentación análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo.

CUADRO N° 01

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FRECUENCIA INGESTA DE UNA DIETA HIPERPROTEICA SEGÚN OCURRENCIA DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO FEBRERO DEL 2018

Frecuencia de ingesta de una dieta hiperproteica	ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO				TOTAL	
	Casos de no ocurrencia		Casos de ocurrencia		N	%
	N	%	N	%		
3 veces por semana.	02	5.9	-	-	02	5.9
2 veces por semana.	11	32.4	06	17.6	17	50.0
1 vez por semana	04	11.7	11	32.4	15	44.1
Total	17	50.0	17	50.0	34	100

FUENTE: Encuesta estructurada sobre la dieta en el embarazo y ficha de registro obstétrica.

COMENTARIO DEL CUADRO N° 01

En el presente cuadro estadístico se puede visualizar las variables de frecuencia de ingesta de una dieta hiperproteica según la ocurrencia de enfermedades hipertensiva durante el embarazo; como mera explicación investigativa se tomó 34 historias clínicas a las cuales se les realizaron el análisis documentario respectivo y se clasificaron 17 para cada uno de nuestra muestra de las gestantes que si evidenciaron casos de ocurrencia de enfermedad hipertensiva y no ocurrencia del cuadro clínico en mención.

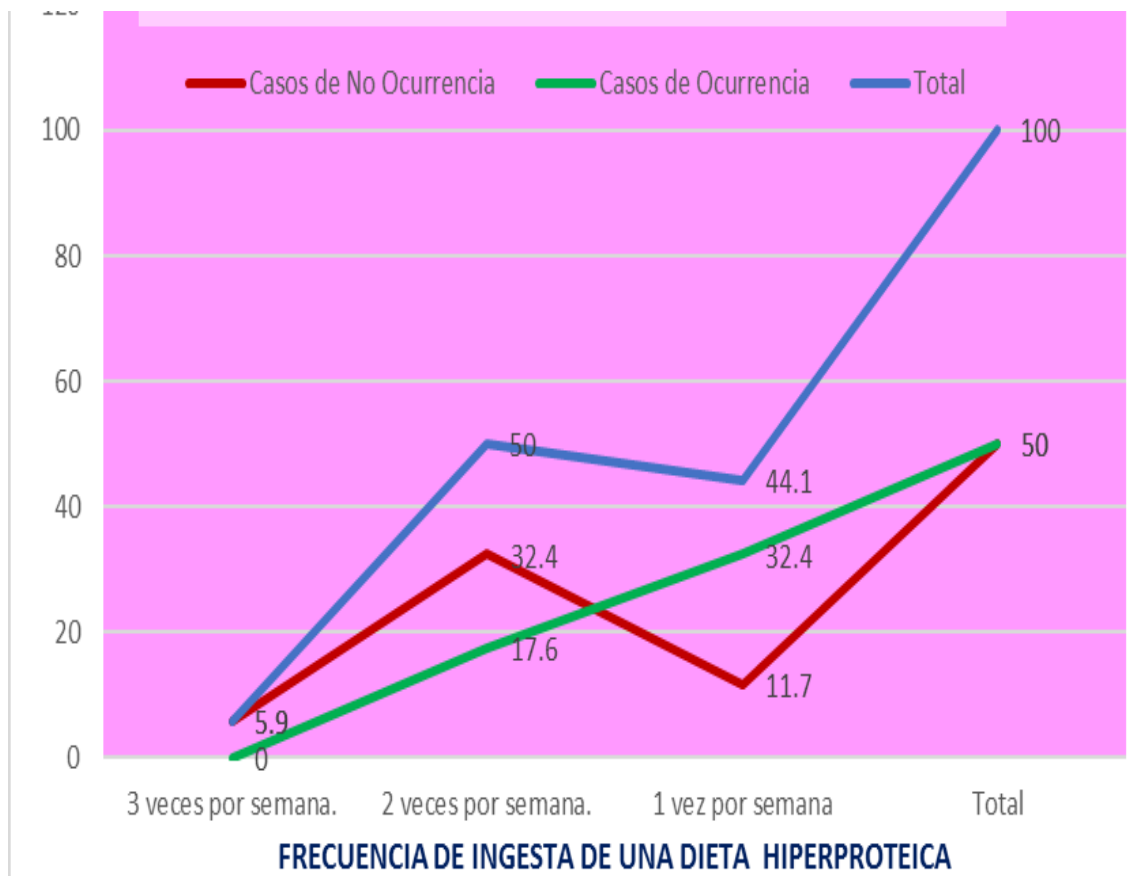
Así mismo se procedió a realizar la visita domiciliaria para ejecutar nuestra ficha de encuesta estructurada, posterior a esto arribamos a los primeros resultados de: Del 100% de nuestra muestra de estudio, el 50% nos refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta hiperproteica fue de 2 veces por semana, de las cuales el 32.4% fueron en las pacientes de casos de no ocurrencia del cuadro clínico en mención y el 17.6% fueron de las pacientes de casos de ocurrencia de las enfermedad hipertensiva el 44.1% de nuestra muestra refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta hiperproteica fue de 1 vez por semana; de las cuales el 32.4% pertenecieron a pacientes que si evidenciaron clínicamente la enfermedad hipertensiva y el 11.7% fueron del grupo de pacientes de casos de no ocurrencia.

Esto en definitiva nos muestra que más del 50% de nuestra muestra en estudio la frecuencia de ingesta de dieta hiperproteica fue

menos a 2 por semana y como sabes teóricamente que la ingesta de este tipo de dieta es un soporte clínico nutricional para el binomio madre niño.

GRAFICO N° 01

**EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FRECUENCIA INGESTA DE UNA
DIETA HIPERPROTEICA SEGÚN OCURRENCIA DE ENFERMEDADES
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO FEBRERO DEL 2018**



FUENTE: Cuadro N° 01

CUADRO N° 02

**EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FRECUENCIA INGESTA DE UNA
DIETA HIPERCALORICA SEGÚN OCURRENCIA DE ENFERMEDADES
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO FEBRERO DEL 2018**

FRECUENCIA DE INGESTA DE UNA DIETA HIPERCALÓRICA	ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO				TOTAL	
	Casos de no ocurrencia		Casos de ocurrencia		N	%
	N	%	N	%		
1 vez por semana	02	5.9	-	-	02	5.9
2 veces por semana.	06	17.6	06	17.6	12	35.2
3 veces por semana.	09	26.5	11	32.4	20	58.9
Total	17	50.0	17	50.0	34	100

FUENTE: Encuesta estructurada sobre la dieta en el embarazo y ficha de registro obstétrica

COMENTARIO DEL CUADRO N° 02

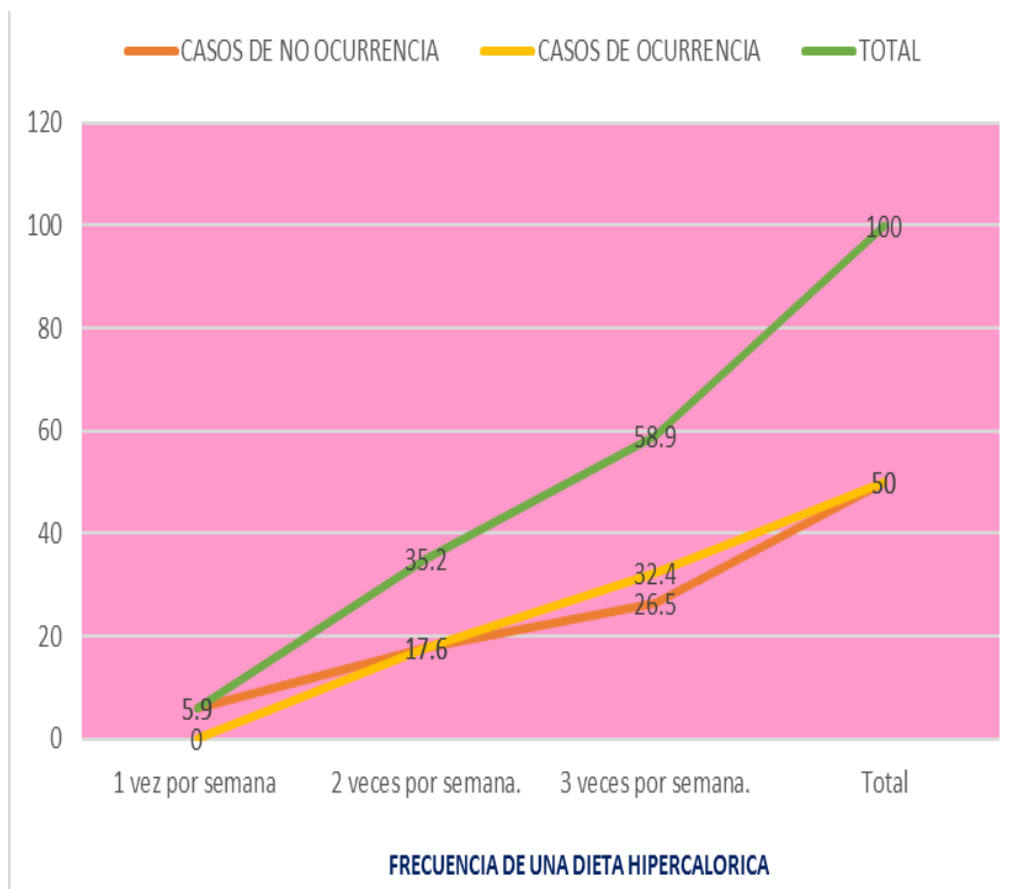
En el presente cuadro estadístico se visualiza la frecuencia de ingesta de una dieta hipercalórica según la ocurrencia de enfermedades hipertensiva del embarazo por lo que se arribó a los siguientes resultados:

Del 100% de nuestra muestra en estudio el 58.9% refirieron que la ingesta de la dieta hipercalórica fue 3 veces por semana de las cuales el 26.5% fueron pacientes de no ocurrencia y el 32.4% fueron pacientes que si evidenciaron clínicamente las enfermedades hipertensivas del embarazo. Así mismo el 35.2% refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta hipercalórica de 2 veces por semana de las cuales el 17.6% fueron de pacientes de ocurrencia y no ocurrencia de los cuadros clínicos en mención.

Por lo que esto en definitiva nos hace ver que el mayor porcentaje de las madres gestante consumieron más carbohidrato y que esto solo nos aporta calorías mas no los oligoelementos necesarios para desarrollo del feto y por consiguiente el desarrollo de muchas enfermedades como el cuadro clínico en mención.

GRAFICO N° 02

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FRECUENCIA INGESTA DE UNA DIETA HIPERCALORICA SEGÚN OCURRENCIA DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO FEBRERO DEL 2018.



UENTE: Cuadro N° 02

CUADRO N° 03

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FRECUENCIA INGESTA DE UNA DIETA A BASE DE LÁCTEOS SEGÚN OCURRENCIA DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO FEBRERO DEL 2018

FRECUENCIA DE INGESTA DE UNA DIETA A BASE DE LÁCTEOS	ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO				Total	
	Casos de no ocurrencia		Casos de ocurrencia			
	N	%	N	%	N	%
3 veces por semana.	02	5.8	-	-	02	5.8
2 veces por semana.	08	23.6	08	23.5	16	47.1
1 vez por semana	07	20.6	09	26.5	16	47.1
Total	17	50.0	17	50.0	34	100

FUENTE: Encuesta estructurada sobre la dieta en el embarazo y ficha de registro obstétrica

COMENTARIO DEL CUADRO N° 03

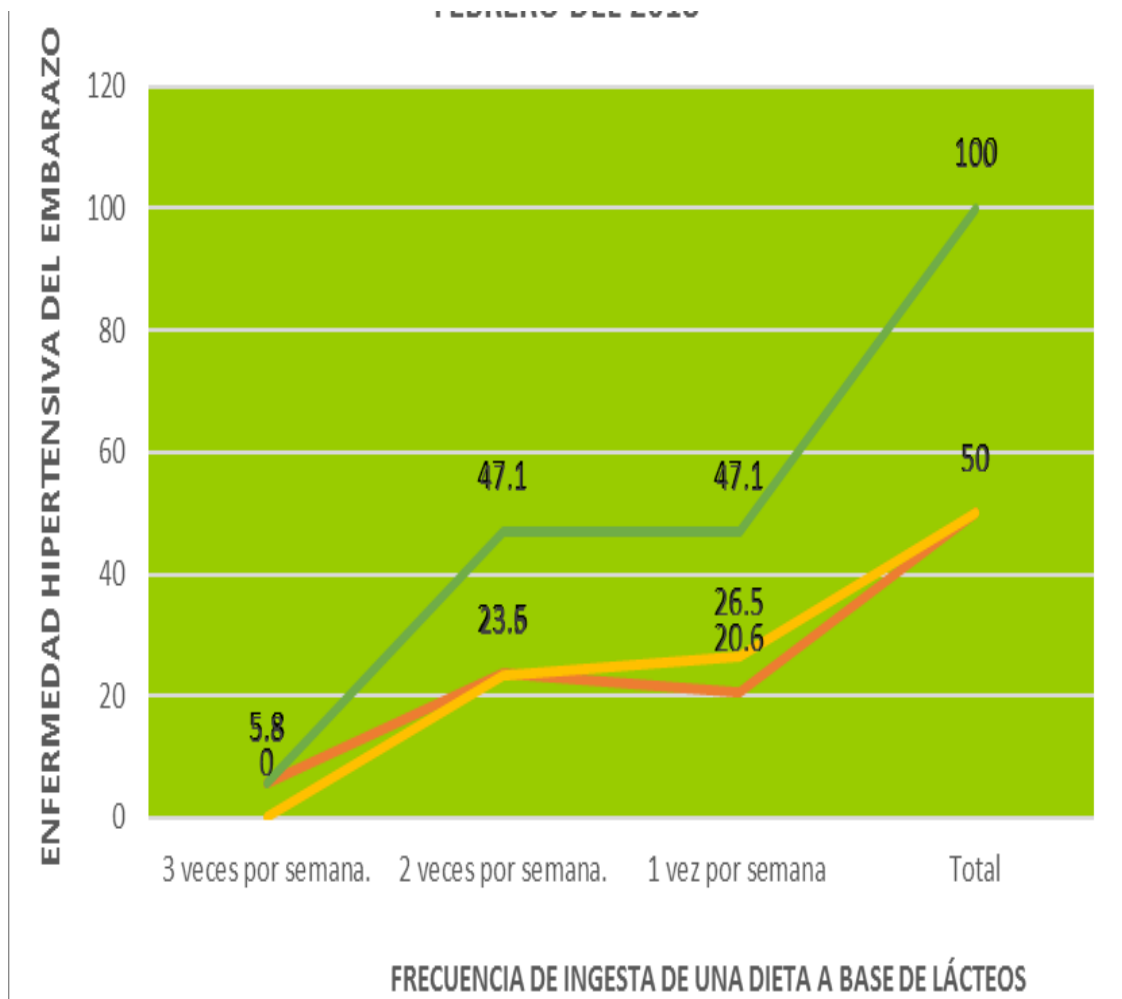
En el presente cuadro estadístico se puede visualizar la frecuencia de una dieta a base de lácteos según enfermedades hipertensiva del embarazo de las cuales pudimos llegar a los siguientes resultados:

Del 100% de nuestra muestra en estudio el 50% fueron repartidos aleatoriamente para cada uno de nuestros casos de ocurrencia de las enfermedades hipertensiva; el 47.1% refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta a base de lácteos de 2 a 1 sola vez por semana de las cuales 50% fueron de casos de ocurrencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo y menos del 50% fueron el grupo de pacientes que no evidenciaron este cuadro clínico en mención.

Estos datos encontrados en el presente estudio es un soporte riguroso en la investigación obstétrica ya que nos refiera que no tuvieron una ingesta adecuada de calcio en la dieta diaria de este grupo de pacientes por lo que se puede relacionar que la ingesta pobre de calcio esta en relación a desencadenamiento de los clínicos de enfermedad hipertensiva.

GRAFICO N° 03

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FRECUENCIA INGESTA DE UNA
DIETA A BASE DE LÁCTEOS SEGÚN OCURRENCIA DE
ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO
FEBRERO DEL 2018.



FUENTE: Cuadro N° 04.

CUADRO N° 04

**EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FRECUENCIA INGESTA DE UNA
DIETA ERITROPOYETICA SEGÚN OCURRENCIA DE
ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO
FEBRERO DEL 2018**

Frecuencia de ingesta de una dieta Eritropoyetica	Enfermedades Hipertensivas Del Embarazo				total	
	Casos de no ocurrencia		Casos de ocurrencia			
	N	%	N	%	N	%
3 veces por semana.	02	5.9	-	-	02	5.9
2 veces por semana.	09	26.5	10	29.4	19	55.9
1 vez por semana	06	17.6	07	20.6	13	38.2
Total	17	50.0	17	50.0	34	100

FUENTE: Encuesta estructurada sobre la dieta en el embarazo y ficha de registro obstétrica

COMENTARIO DEL CUADRO N° 04

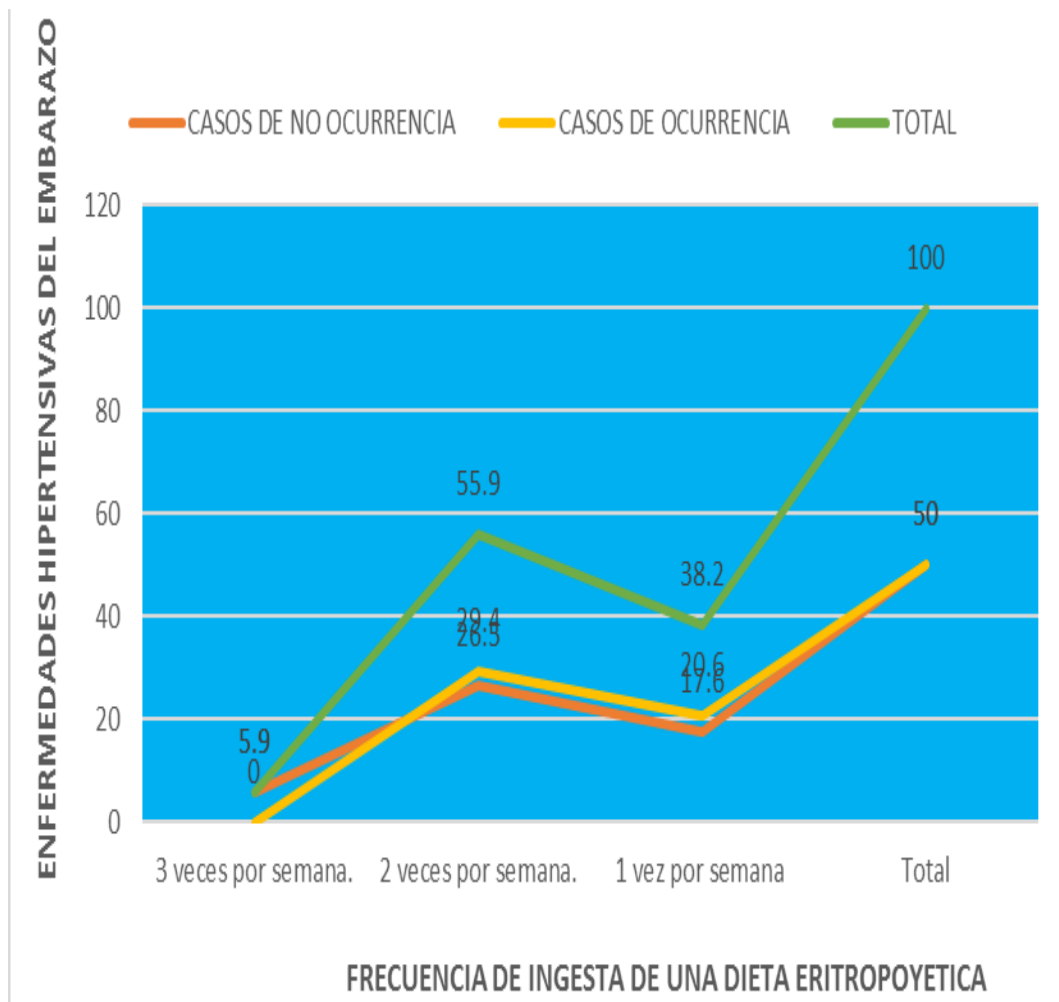
En este cuadro estadístico se puede visualizar la frecuencia de ingesta de una dieta eritropoyética que consiste en verduras o producto de color verde que se encuentra registrado en nuestros instrumentos de investigación así mismo esto se relacionó según los casos de ocurrencia de enfermedades hipertensiva del embarazo donde se halló los siguientes resultados:

Del 100% de la muestra en estudio, el 55.9% refirieron la frecuencia de ingesta de una dieta eritropoyética de 2 veces por semana de las cuales el 29.4% fueron pacientes que desarrollaron la enfermedad hipertensiva del embarazo y el 26.5% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad así mismo el 38.2% refirieron la ingesta de una dieta eritropoyética de una sola vez por semana de las cuales el 20.6% fueron pacientes que si desarrollaron la enfermedad en mención y el 17.6% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad.

Estos resultados nos refieren que en definitiva los pacientes sujetos a estudio tuvieron una menor ingesta de verduras principal fuente de aporte de elementos eritropoyéticos por lo que se puede contrastar el hecho del por qué las gestantes tuvieron un grado de anemia.

GRAFICO N° 04

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FRECUENCIA INGESTA DE UNA DIETA ERITROPOYETICA SEGÚN OCURRENCIA DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO FEBRERO DEL 2018



FUENTE: Cuadro N° 04.

CUADRO N° 05

**DIETA DE CONSUMO HABITUAL (Ganancia de peso en el Embarazo)
SEGÚN OCURRENCIA DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL
EMBARAZO, PASCO FEBRERO DEL 2018**

DIETA DE CONSUMO HABITUAL	Enfermedades hipertensiva del embarazo				total	
	Casos de no ocurrencia		Casos de ocurrencia		N	%
	N	%	N	%		
Inadecuada.	06	17.6	15	44.1	21	61.7
Adecuada.	11	32.4	02	5.9	13	38.3
Total	17	50.0	17	50.0	34	100

FUENTE: Encuesta estructurada sobre la dieta en el embarazo y ficha de registro obstétrica

$$RR = \frac{1.90}{0.50} = 2.51$$

(valor significativo)

$$X_c^2 = 10.08 > X_t^2 (gl = 1; \alpha = 0.05) = 3.84$$

Decisión:

$H_0 =$ Se rechaza

$H_i =$ Se acepta

COMENTARIO DEL CUADRO N° 05

En el epílogo del análisis de nuestros resultados se puede visualizar las variables de dieta de consumo habitual en forma adecuada o no adecuada de acuerdo al promedio de la frecuencia de consumo según la ocurrencia o no de los casos de enfermedades hipertensiva del embarazo por lo que se halló los siguientes resultados:

Del 100% de nuestra muestra en estudio. El 61.7% evidenciaron clínicamente bajo el análisis de las historias clínicas una dieta de consumo habitual de forma inadecuada, de las cuales el 44.1% desarrollaron la enfermedad en cuestión y el 17.6% no desarrollaron la enfermedad hipertensiva asimismo el 38.3% si tuvieron una adecuada dieta de consumo habitual de las cuales el 32.4% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad en mención y el 5.9% si desarrollaron la enfermedad.

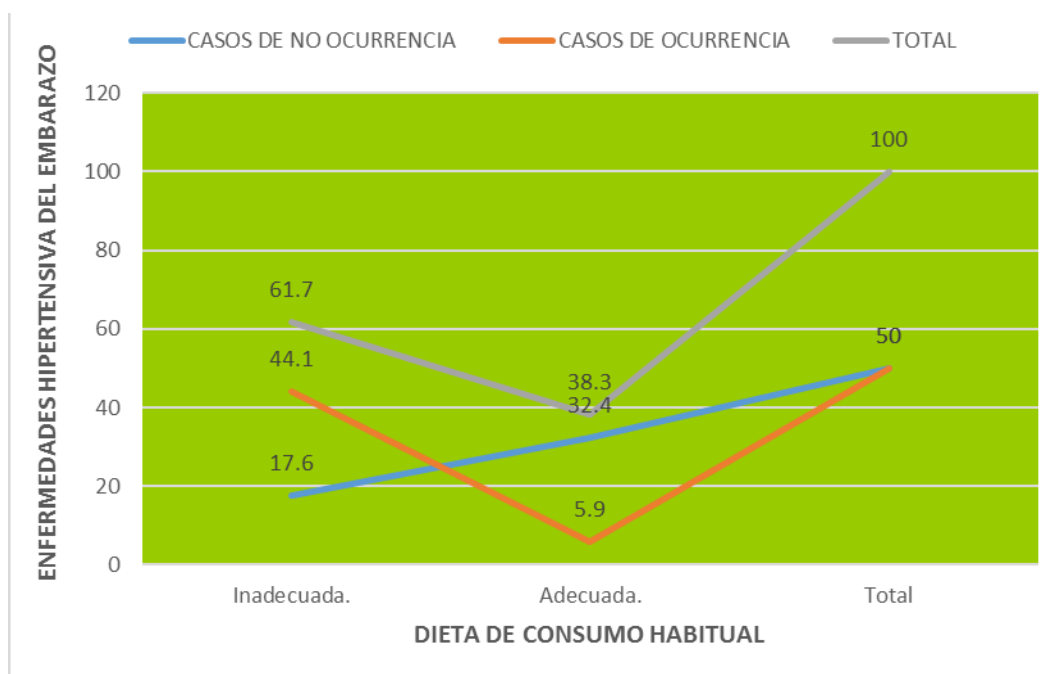
En la investigación se busca ser más riguroso con nuestro análisis ya que tuvimos más pacientes que desarrollaron la enfermedad por falta de una dieta de consumo habitual adecuada de acuerdo a los criterios o variables preestablecidos en los anteriores cuadros estadísticos

El presente cuadro fue sometido a un contraste hipotético bajo la técnica no paramétrica de la ji cuadrada encontrándose una ji cuadrada calculada mayor a la tabulada mostrándonos una asociación significativa

Asimismo, se calcula El valor del riesgo relativo (RR) obteniéndose un valor igual a 2.51 evidenciándonos que los pacientes que presentaban la enfermedad hipertensiva presentan 2,51 más posibilidad de desarrollar dicho mal en comparación con los que no desarrollaron la enfermedad hipertensiva.

GRAFICO N° 05

DIETA DE CONSUMO HABITUAL (Ganancia de peso en el Embarazo) SEGÚN OCURRENCIA DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, PASCO FEBRERO DEL 2018



FUENTE: Cuadro N° 05

4.3 Prueba de hipótesis. - Para el presente estudio se sometió a prueba de hipótesis bajo los siguientes parámetros:

4.3.1 Selección de las hipótesis nula y alterna: que están representado en el cuadro Nro. 05 donde se puede evidenciar la hipótesis nula la que sometió a docimasia.

4.3.2 Planteamiento del nivel de significancia: la que nos determinó el nivel de confiabilidad y margen de error que fue de 0.05 y con un nivel de confiabilidad del 95%.

4.3.3 Selección de la prueba estadística: para el presente estudio se eligió la prueba no paramétrica y no paramétrica la que está diseñada en la prueba de hipótesis del último cuadro estadístico esto es la prueba de chi cuadrada y la prueba de riesgo relativo.

4.3.4 Decisión y conclusión estadístico: que es la última fase de esta prueba por lo que se arribó la conclusión de refutar y no aceptar la hipótesis nula.

4.4. Discusión de resultados. - Una de las teorías que se barajan para explicar la fisiopatología de la preeclampsia/eclampsia es la siguiente: los mecanismos inmunológicos de inmunotolerancia entre trofoblasto y tejidos maternos que normalmente se producen durante la gestación, en los casos de preeclampsia no ocurrirían con normalidad. Esto produciría una alteración de la placentación y la producción de factores tóxicos

circulantes que producirían lesiones endoteliales (células que tapizan los vasos). La consecuencia de las lesiones endoteliales serían microlesiones vasculares y vasoespasmo generalizados que explicarían la aparición de hipertensión, la proteinuria debido a la afectación renal, los edemas por el aumento de la permeabilidad vascular, los síntomas cerebrales y hepáticos por daños en los vasos sanguíneos y la isquemia. Las alteraciones sanguíneas serían por consumo de plaquetas y destrucción de hematíes en los vasos dañados.

Por ello que en el presente estudio se trata de explicar la etiopatogenia más posible en desarrollar la enfermedad hipertensiva durante el embarazo es así que tenemos muchos antecedentes en donde explican cómo se desarrolla este cuadro clínico en mención en relación a su etiopatogenia, pero todos ellos son etiopatogenias posibles nada certero.

Ruptura hepática y esplénica asociada con preeclampsia severa: Presentación de un caso. Gerardo González-Martínez, Jorge Aguirre-Suárez, Andrés Alarcón-Sandoval, Ángel Pulgar-Lehr y Otto Valbuena-Adriana. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Centro Médico del Mar y Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, Hospital Universitario de Maracaibo. Estado Zulia, Venezuela. La ruptura esplénica es una rara complicación del embarazo y del postparto, por el contrario, la hemorragia hepática es más común como complicación del embarazo y está usualmente asociada con la preeclampsia. En este trabajo reportamos el caso de una paciente de 37 años de edad con un embarazo simple de

31,5 semanas, no controlado, con preeclampsia severa. Al momento de su ingreso a la institución hospitalaria presentaba dolor abdominal, cefalea, hipertensión y palidez cutáneo-mucosa acentuada. Durante su valoración física de ingreso, la paciente presentó colapso circulatorio severo y se decidió su intervención quirúrgica. Se le practicó una cesárea segmentaria y durante la exploración abdominal se observó hemoperitoneo, ruptura esplénica grado III y un hematoma en cara anterolateral de hígado. Se realizó esplenectomía y evacuación del hematoma hepático. Deben considerarse la ruptura esplénica y el hematoma subcapsular hepático como diagnósticos diferenciales ante una inestabilidad hemodinámica pre, intra o postparto, bien sea natural o quirúrgico, en pacientes con preeclampsia severa. Este trabajo constituye el primer reporte en la literatura venezolana de la asociación entre ruptura esplénica, hematoma subcapsular hepático y preeclampsia severa. Un adecuado control prenatal, el conocimiento de esta asociación y una rápida intervención terapéutica son esenciales para asegurar la sobrevivencia materno-fetal.

En nuestro estudio encontramos algo parecido al presente antecedente de estudio considerando que el hígado es el órgano productor de elementos eritropoyetico en su capacitación conjuntamente con la médula ósea y que partir de agentes como la dieta eritropoyetica es por eso que del 100% de la muestra en estudio, el 55.9% refirieron la frecuencia de ingesta de una dieta eritropoyetica de 2 veces por semana

de las cuales el 29.4% fueron pacientes que desarrollaron la enfermedad hipertensiva del embarazo y el 26.5% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad así mismo el 38.2% refirieron la ingesta de una dieta eritropoyética de una sola vez por semana de las cuales el 20.6% fueron pacientes que si desarrollaron la enfermedad en mención y el 17.6% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad.

Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna ADOLFO PINEDO, LUIS TÁVARA, OVIDIO CHUMBE, JORGE PARRA. Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. Diseño: Estudio analítico de corte sobre 21621 casos ingresados al Sistema Informático Perinatal entre el 1 de julio de 1988 y el 31 de diciembre de 1992. Se identificó todos los casos de muerte materna y utilizando una tabla de doble entrada se calculó el riesgo relativo (RR) y el riesgo atribuible a la población por ciento (RAP) de las variables sociales antropométricas, biológicas, las patologías del embarazo, parto y puerperio. La prueba estadística aplicada fue el cálculo del intervalo de confianza al 95% (IC 95 Yb). Resultados: Los factores de riesgo importantes por el RR con significancia estadística fueron: estado civil soltera, falta de control prenatal, eclampsia, tuberculosis, infección puerperal, hemorragia del II trimestre, edad gestacional <37 semanas, anemia, hemorragia puerperal, hemorragia del III trimestre, aborto séptico e infección urinaria. Conclusión: Se encontró asociación entre muerte materna y falta de

control prenatal estado civil soltera y patologías prevalentes del embarazo.

La investigación en materia de dietética y nutrición ha demostrado la considerable influencia positiva que tiene una alimentación equilibrada sobre el curso del embarazo. Concretamente, el estado nutricional y los hábitos alimentarios de la futura madre son factores directamente relacionados su salud y la de su hijo. Se trata, por lo tanto, de un período muy adecuado para revisar los hábitos de vida. Una alimentación racional en esta etapa fisiológica de la vida femenina es la mejor ayuda para prevenir alumbramientos prematuros e incluso problemas ligados al desarrollo del recién nacido como puede ser la disminución de peso o de talla, menor resistencia a las infecciones, etc.

Aunque no se pueden prevenir ciertos problemas hereditarios (hemofilia, fenilcetonuria, etc.), es posible modificar una nutrición deficiente. Es sabido que estados de malnutrición y/o carenciales pueden provocar alteraciones en el curso del embarazo: partos prematuros, malformaciones fetales, abortos, etc. Todo esto ha llevado a asegurar que es imprescindible un adecuado estado nutricional para asegurar la normalidad en el curso de un embarazo. La evaluación del estado nutricional la debe llevar a cabo el médico que sigue el curso del embarazo junto con el profesional sanitario experto en nutrición (dietista - nutricionista).

Los especialistas señalan como circunstancias que pueden comprometer el estado nutricional materno: situación económica de privación, tercer embarazo en menos de dos años (las reservas maternas se agotan y es difícil que el organismo de la mujer no se resienta de algún modo: anemias, descalcificaciones, etc.), seguimiento de dieta terapéutica previa al embarazo, malos hábitos alimentarios, consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, bajo peso al inicio del embarazo, enfermedades asociadas, embarazos gemelares y embarazadas adolescentes.

Las necesidades de éstas últimas son superiores a las de la mujer adulta al estar aún en edad de crecimiento y establecerse una especie de competencia entre el organismo materno y el del feto por conseguir nutrientes esenciales para el desarrollo. Este estudio tomado como antecedente de discusión para nuestro estudio se arribó al resultado más importante que Del 100% de nuestra muestra en estudio. El 61.7% evidenciaron clínicamente bajo el análisis de las historias clínicas una dieta de consumo habitual de forma inadecuada, de las cuales el 44.1% desarrollaron la enfermedad en cuestión y el 17.6% no desarrollaron la enfermedad hipertensiva asimismo el 38.3% si tuvieron una adecuada dieta de consumo habitual de las cuales el 32.4% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad en mención y el 5.9% si desarrollaron la enfermedad.

Asimismo, se calcula El valor del riesgo relativo (RR) evidenciándonos que los pacientes que presentaban la enfermedad hipertensiva presentan 2,51 más posibilidad de desarrollar dicho mal en comparación con los que no desarrollaron la enfermedad hipertensiva.

CONCLUSIONES

1. Así mismo se procedió a realizar la visita domiciliaria para ejecutar nuestra ficha de encuesta estructurada, posterior a esto arribamos a los primeros resultados de: Del 100% de nuestra muestra de estudio, el 50% nos refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta hiperproteica fue de 2 veces por semana, de las cuales el 32.4% fueron en las pacientes de casos de no ocurrencia del cuadro clínico en mención y el 17.6% fueron de las pacientes de casos de ocurrencia de las enfermedad hipertensiva el 44.1% de nuestra muestra refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta hiperproteica fue de 1 vez por semana; de las cuales el 32.4% pertenecieron a pacientes que si evidenciaron clínicamente la enfermedad hipertensiva y el 11.7% fueron del grupo de pacientes de casos de no ocurrencia.
2. Del 100% de nuestra muestra en estudio el 58.9% refirieron que la ingesta de la dieta hipercalórica fue 3 veces por semana de las cuales el 26.5% fueron pacientes de no ocurrencia y el 32.4% fueron

pacientes que si evidenciaron clínicamente las enfermedades hipertensivas del embarazo. Así mismo el 35.2% refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta hipercalórica de 2 veces por semana de las cuales el 17.6% fueron de pacientes de ocurrencia y no ocurrencia de los cuadros clínicos en mención.

3. Del 100% de nuestra muestra en estudio el 50% fueron repartidos aleatoriamente para cada uno de nuestros casos de ocurrencia de las enfermedades hipertensiva; el 47.1% refirieron que la frecuencia de ingesta de una dieta a base de lácteos de 2 a 1 sola vez por semana de las cuales 50% fueron de casos de ocurrencia de las enfermedades hipertensivas del embarazo y menos del 50% fueron el grupo de pacientes que no evidenciaron este cuadro clínico en mención.
4. Del 100% de la muestra en estudio, el 55.9% refirieron la frecuencia de ingesta de una dieta eritropoyetica de 2 veces por semana de las cuales el 29.4% fueron pacientes que desarrollaron la enfermedad hipertensiva del embarazo y el 26.5% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad así mismo el 38.2% refirieron la ingesta de una dieta eritropoyetica de una sola vez por semana de las cuales el 20.6% fueron pacientes que si desarrollaron la enfermedad en mención y el 17.6% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad.
5. Del 100% de nuestra muestra en estudio. El 61.7% evidenciaron clínicamente bajo el análisis de las historias clínicas una dieta de

consumo habitual de forma inadecuada, de las cuales el 44.1% desarrollaron la enfermedad en cuestión y el 17.6% no desarrollaron la enfermedad hipertensiva asimismo el 38.3% si tuvieron una adecuada dieta de consumo habitual de las cuales el 32.4% fueron pacientes que no desarrollaron la enfermedad en mención y el 5.9% si desarrollaron la enfermedad.

6. Asimismo, se calcula El valor del riesgo relativo (RR) obteniéndose un valor igual a 2.51 evidenciándonos que los pacientes que presentaban la enfermedad hipertensiva presentan 2,51 más posibilidad de desarrollar dicho mal en comparación con los que no desarrollaron la enfermedad hipertensiva.

RECOMENDACIONES.

Tenga en cuenta que "comer bien" no significa ni comer mucho ni comer basándose en alimentos caros.

1. Todos los alimentos tienen un lugar en la dieta: varíe al máximo la alimentación, incluyendo todos los grupos básicos de alimentos y dentro de cada uno de ellos, alimentos de distintos tipos (fruta, verdura, etc.)
2. Seleccione los alimentos en función de su calidad y no de la cantidad, por el mayor aumento de las necesidades de proteínas, de ciertas vitaminas y minerales, en comparación con las energéticas, sobre todo en el primer trimestre.
3. Fraccione la alimentación en varias tomas (entre 4 y 6) a lo largo del día, con el fin de reducir las posibles molestias digestivas, conseguir un mejor control de la glucemia y no desequilibrar su dieta.

4. Coma despacio, masticando bien los alimentos, en ambiente relajado, tranquilo, evitando distracciones (TV, radio, etc.) y ordenadamente: comience por el primer plato, después el segundo y por último el postre.
5. Vigile el consumo de fruta. Además de vitaminas contiene azúcares sencillos que pueden favorecer el aumento de peso. No más de 4 al día.
6. Evite el consumo de alcohol. Disminuye el aprovechamiento de ciertos nutrientes (proteínas, hierro, vitaminas del grupo B, calcio), aporta calorías vacías y su abuso puede provocar malformaciones en el feto.
7. Beba abundante líquido a lo largo del día, preferentemente fuera de las comidas para evitar molestias estomacales. En el caso de mujeres que sigan pautas alimentarias alejadas del equilibrio anteriormente propuesto (dieta vegetariana) será conveniente el asesoramiento con profesionales sanitarios expertos en temas de alimentación (dietistas - nutricionistas), para revisar con meticulosidad el consumo habitual de alimentos y ver la manera de combinar los distintos alimentos con el fin de reducir el riesgo de déficits nutritivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO PRETÉRMINO A NIVEL DEL MAR Y LA ALTURA Carrillo CE, Wo A. Acta Andina 1994.
2. QUE SE PUEDE ESPERAR CUANDO SE ESTÁ ESPERANDO (3ª ED.) de Murkoff, Heidi e. y eisenberg, arlene y hathway, sandee editorial:medici 2006.
3. EL NUEVO GRAN LIBRO DEL EMBARAZO Y DEL PARTO de kitzinger, sheila editorial:medici 2007
4. EMBARAZO Y PARTO NATURAL: GUIA PARA DISFRUTAR NATURALMENTE DE LA MATERNIDAD de lindemann, ortrud editorial:oceano ambar 2006

5. EMBARAZO SEMANA A SEMANA de mcdougall, jane editorial: grijalbo mondadori, s.a. 2005.
6. VAMOS A SER PADRES: GUIA DEL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO de roca, elisenda y basil, carlota editorial:grijalbo mondadori, s.a. 2004.
7. EL PARTO: 101 CONSEJOS ESENCIALES de fenwick, Elizabeth editorial:javier vergara, editor, s.a. 2005.
8. PREVALENCE OF IRON DEFICIENCY IN CHILDREN AGED 9-24 MONTH FROM LARGE URBAN AREA OF ARGENTINA Calvo EB, Gnazzo N. Am J Clin Nutr 1990.
9. GUIA DE LA ALIMENTACION DE LA EMBARAZADA de sachet, paul editorial:ediciones medici SA 2007.
- 10.RECUPERA TU FIGURA de mackin, deborah editorial:pearson educacion 2004
- 11.EL NO DESEADO: ENCUENTRO CON EL NIÑO QUE NO PUDO VENIR de meurois-givaudan, daniel editorial:ediciones luciernaga s.l. 2006

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL OBSTETRICIA
ANEXO Nº 1
FICHA DE REGISTRO OBSTÉTRICA

I. OBJETIVO:

Registrar y clasificar a las historias clínicas según indicadores específicos; edad, CPN, estado civil, número de gestaciones, No de hijos, antecedentes gíneco obstétricos.

II. DATOS GENERALES:

Fecha:

I.- DATOS GENERALES.

e. Factores Socio demográficos:

• Edad

• Escolaridad

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Analfabeta | 5. Secundaria incompleta |
| 2. Alfabetizada | 6. Secundaria completa |
| 3. Primaria incompleta | 7. Técnica |
| 4. primaria completa | 8. Universitaria |

• Estado civil

- | | |
|---------------|------------------------|
| 1. Soltera | 4. Separada/divorciada |
| 2. casada | 5. Viuda |
| 3. Acompañada | 6. Otro. |

• Procedencia

1. Urbana 2. Rural

• Ocupación

1. Ama de Casa 4. Trabajadora domestica
2. Estudiante 5. Técnica.
3. Profesional 6. Otros

• Religión

1. católica 3. Evangélica
2. Ninguna 4. Otras.

II.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Número de embarazos

Número de partos

Número de abortos

A qué edad inicio sus relaciones sexuales

Número de compañeros sexuales

Que método de planificación familiar utiliza?

1. Gestagenos orales 3. Otros
2. Gestagenos inyectados 4. Ninguno

Ha tenido usted alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si No¿Cuál?

Si su respuesta es afirmativa a la pregunta anterior,

especifique si usted recibió tratamiento para dicha patología.

Si No.

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL OBSTETRICIA
ANEXO Nº 02
ENCUESTA ESTRUCTURADA SOBRE LA DIETA EN EL

EMBARAZO

1.- Datos generales:

- | | |
|----------------|-------------------------|
| a. Código..... | d. Sexo..... |
| b. Edad..... | e. Peso inicial..... |
| c. Fecha..... | f. V. Hematológico..... |

2.- Marque usted de acuerdo a lo que responda la entrevistada:

Todo es un aproximado

Alimentos grupo 1 (leche y quesos)

Leche: 2 tazas grandes o 3 vasos medianos (600 ml)

Queso: 1 porción del tamaño de una caja de fósforos (60 g)

Reemplazos posibles: 1 vaso de leche por ½ yoghurt, o toda la leche por porción mediana de queso (doble de mencionada arriba)

Alimentos grupo 2 (carnes y huevos)

Carnes: 1 bife chico o 1 hamburguesa casera o 1 filet de pescado o 1 muslo de ave, o 1 taza de menudos o 1 bife hígado chico (180 g).

Huevos: 1.

Reemplazos posibles: 1 porción de carne por 1 vaso de leche más 1 porción de cereales o legumbres.

ó 1 porción de carne por una porción de queso más una porción de cereales o legumbres.

ó 1 porción de carne por una porción de cereales más 1 porción de legumbres.

Alimentos grupo 3. (frutas y verduras)

Hortalizas verdes y amarillas: 4 o más tazas tamaño desayuno. 2 tazas de estas crudas (90 g).

Frutas frescas: 1 mediana o 2 pequeñas (lo ideal 1 cítrico diario). (150 g).

Papas; batatas, etc.: 1 grande o 2 medianas o 4 choclos (90 g).

Alimentos grupo 4.(cereales, legumbres y azúcares)

Pan: 2 tamaño felipe (150 g).

Fideos cocidos: 12 cucharadas; o arroz cocido: 9½ cucharadas; o maíz cocido: 4½ cucharadas; o legumbres crudas: 4½ cucharadas. (50 g)

Aceite: 5 cucharaditas; o margarina: 6 cucharaditas chicas. (150 g)

Azúcar: 5 cucharaditas chicas. (45 g)

Dulces: 2 cucharadas soperas o 1 porción mediana de dulces compactos. (30 g)

Desayuno

1 pocillo café, té o mate, con 200 ml leche
1½ cucharadita azúcar (15g)
1 rebanada pan (25g)
1½ cuchara de manteca (15 g)

Media Mañana

1 vaso de leche (200 ml)
1 cucharada de mermelada (15 g)
1 rebanada de pan (25 g)

Almuerzo

Caldo espesado con 2 cucharadas soperas (25 g)
de arroz, fideos o sémola.
1 lonja de carne (90 g)
1½ cucharadita de Aceite (15 g)
Verduras como tomate, lechuga, zanahoria (90 g);
con limón o vinagre.
Queso (30 g)
1 rebanada de pan (25 g)
1 fruta pequeña (75 g)

Merienda

1 taza de café, mate o té con 1½ cucharadita de
azúcar (15 g)
1 cucharada de mermelada (15 g).
1 rebanada pan (25 g).
1 vaso de leche (200 ml).

Cena

1 lonja de carne (90 g).
1½ cucharadita de Aceite (15 g).
Verduras grupo C (90 g).
Queso (30 g).
2 rodajas de pan (50 g)
Café, té, mate con 1½ cucharadita azúcar (15 g).
1 fruta pequeña (75 g).
Caldo espesado con 2 cucharadas soperas de arroz
(25 g); sémola o fideos.

Por lo tanto la madre consume más:

- 1) Dieta hiperproteica.....
- 2) Dieta hipocalórica.....
- 3) Dieta a base de derivados de lácteos.....
- 4) Dieta eritropoyetica.....

Gracias por su atención