



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I. S. S. S. T. E.

ESTUDIO DE PACIENTES QUE PRESENTARON
 PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA Y VALORACION
 DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

T E S I S G R U P A L
 QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 Y O B S T E T R I C I A
 P R E S E N T A N :
 LOPEZ GOMEZ ADRIANA
 MANZANO BORJA ESPERANZA
 MARCOS CARO REBECA
 OLGUIN HERNANDEZ MA. DE LOS ANGELES
 SALAS MARTINEZ E. OLIVIA



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1991

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
DEFINICION DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACION	3
ANTECEDENTES	4
OBJETIVOS	15
METODOLOGIA	16
RESULTADOS	23
CRUCE DE VARIABLES	38
DISCUSION	40
CUADROS Y FIGURAS	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
ANEXO I	59
ANEXO II	66
ANEXO III	77
REFERENCIAS	78

INTRODUCCION

El síndrome preeclampsia-eclampsia está caracterizado por hipertensión, proteinuria y con frecuencia edema, que se presentan durante el embarazo o al inicio del puerperio. Históricamente ha constituido un modelo clásico de hipótesis confusas y antagónicas acerca de su etiología y fisiopatología, así como de sus efectos en la madre y el producto.

A pesar de la relativa baja frecuencia de la enfermedad, que varía entre un 1% (en 23,888 ingresos ginecoobstétricos reportados en el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " del ISSSTE de 1987 a 1990) y 5.8% (en 339,850 partos atendidos en unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social en la República Mexicana de 1974 a 1975); la severidad con que se presenta este síndrome y lesiona al binomio madre-hijo, motivaron la realización de este estudio con tres objetivos principales: detectar las posibles secuelas neurológicas, renales y vasculares en la madre; evaluar el crecimiento y desarrollo de sus hijos e iniciar un continuo seguimiento de éste tipo de pacientes para identificar factores de riesgo y posibles secuelas que puedan fundamentar medidas preventivas en embarazos posteriores.

DEFINICION DEL PROBLEMA

A pesar de que existe gran cantidad de información acerca de la etiología, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión durante el embarazo; no se dispone de muchos datos sobre la evolución posterior a su resolución; así como de algunos factores que podrían condicionar diferencias importantes tanto en el estado de salud de las madres, como de sus hijos. Por esta razón se consideró pertinente realizar un estudio exploratorio en las pacientes que presentaron preeclampsia o eclampsia en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, entre octubre de 1987 a junio de 1990, que incluyera los principales antecedentes de su estancia hospitalaria; así como el análisis prospectivo del estado actual de salud tanto de las madres como de los hijos correspondientes a ese embarazo.

JUSTIFICACION

Aunque en nuestro país la frecuencia de la enfermedad es intermedia en relación con datos de 38 países, ya que 20 registraron cifras más altas y 18 menores (1); las importantes repercusiones inmediatas a nivel fisiológico tanto en la madre, como en el producto y el desconocimiento de las posibles secuelas que el padecimiento pueda condicionar en ambos a corto y mediano plazos son los principales argumentos para el desarrollo de el presente trabajo.

ANTECEDENTES

Se han aplicado más de 60 nombres a los estados hipertensivos del embarazo. Entre los más comunes tenemos: toxemia, complejo EPH (edema, proteinuria e hipertensión), -preeclampsia y eclampsia, etc (2).

Definición

Se describe como preeclampsia al síndrome que aparece exclusivamente en el embarazo, parto o puerperio a partir de las semanas 20 a 24 de gestación y que se caracteriza por edema, proteinuria e hipertensión (3). La eclampsia es la aparición de una o más convulsiones, no atribuibles a condiciones cerebrales (como epilepsia o hemorragia cerebral) en una paciente con preeclampsia (2).

Clasificación

Preeclampsia

- a) Leve; consiste en la elevación de la presión sistólica de 130 a 140 mmHg y de 90 a 100 en la diastólica en dos mediciones realizadas con un intervalo de seis horas, además de edema leve en áreas maleolares y pretibiales, así como proteinuria de 0.5 a 1.5 gr/l en orina de 24 horas.

- b) Moderada; cursa con una presión sistólica de 140 a 150 mmHg y diastólica de 100 a 110, en dos mediciones realizadas con un intervalo de seis horas, edema moderado en extremidades inferiores, en cara y manos; así como proteinuria de 1.5 a 3 gr/l en orina de 24 horas.
- c) Severa; elevación de la presión sistólica a más de 160 mmHg y diastólica mayor a 110, en dos mediciones con un intervalo de seis horas, edema severo generalizado y proteinuria mayor de 3 gr/l en orina de 24 horas (3).

Eclampsia

Es cuando a todo lo anterior se agregan crisis convulsivas tónico-clónicas o estado de coma.

Existen varios factores predisponentes asociados al desarrollo de la preeclampsia-eclampsia, que para nuestro estudio se dividirán en factores ginecoobstétricos y socioeconómicos. Dentro de los factores ginecoobstétricos se considera la edad, ya que se observa mayor frecuencia en jóvenes por debajo de los 20 y mujeres al final de los 30 y principios de los 40. Otras condiciones que predisponen o están asociadas con el desarrollo de preeclampsia eclampsia incluyen: mola hidatidiforme, hidramnios, embarazo múltiple, enfermedad cardiovascular hipertensiva, - enfermedad renal crónica y diabetes mellitus (2). Si una paciente presenta preeclampsia en un embarazo, hay un 50%

de posibilidades de que se repita en un embarazo subsecuente, pero con este antecedente la probabilidad aumenta al 75%. Estas pacientes con preeclampsia recurrente probablemente tienen una hipertensión esencial ocultada por el embarazo (4).

Las primíparas tienen mayor riesgo de preeclampsia-eclampsia en todas las edades en relación con las multíparas. Esta relación varía de 1:1 a 6:1. La preeclampsia-eclampsia aparece con mayor frecuencia al término de la gestación y es poco común antes de la semana 24 o después de transcurridas 12 horas del parto; en general, al rededor de la tercera parte de los casos de eclampsia aparecen - antes, otro tercio durante y un tercio después del parto (2).

Se ha encontrado que uno de los efectos de los contraceptivos orales es el aumento de la tensión arterial. En algunas mujeres puede producirse hipertensión a los pocos meses de comenzar el uso de anticonceptivos orales (4). En un estudio realizado en 16 mujeres que estaban empleando anticonceptivos orales y que eran hipertensas se encontró que seis (37.5%) habían tenido presión normal; ocho (50%) que suspendieron el uso de la pildora volvieron a lo normal; dos que la volvieron a tomar desarrollaron - nuevamente hipertensión y seis de estas pacientes recupe-

raron su tensión normal sin tratamiento . Se considera que estos hallazgos pudieron estar asociados a un aumento notable en la concentración del sustrato de renina sérica encontrada en mujeres afectadas . En pacientes que habían tomado la píldora durante más de seis meses y con un antecedente de hipertensión del embarazo, se consideró que la elevación de ambas presiones era mayor cuando se utilizaban preparaciones que contenían más de 50 mg de estrógenos (5).

Existen informes de que la preeclampsia es más frecuente cuando el recién nacido es del sexo masculino y se atribuye a que el antígeno de histocompatibilidad " Y " podría estar asociado a alteraciones de la expresión antigénica. Los datos obtenidos son comparables con la hipótesis de que un gen recesivo único determina el desarrollo de la preeclampsia, aunque no excluye la posibilidad de una herencia poligénica (6).

Los procesos de urbanización e industrialización favorecen la aparición de enfermedades del corazón , hipertensión y neurosis; la gravedad y letalidad de tales enfermedades es más alta en la clase trabajadora, debido a sus condiciones de trabajo, vivienda, alimentación, higiene, estado de hacinamiento , recreación , ingreso económico,

oportunidades y calidad de la atención médica (7).

Los factores socioeconómicos que se asocian al síndrome de preeclampsia-eclampsia son: mujeres embarazadas solteras, obreras, desnutridas y con problemas emocionales; elementos que condicionan o limitan la detección oportuna del padecimiento (8).

No existe opinión unánime en cuanto a la manera exacta en que la nutrición influye en el surgimiento de la preeclampsia. Se ha afirmado varias veces que las deficiencias nutricionales son importantes pero no fundamentales, aunque no existe una prueba convincente de una relación causa-efecto (9).

Secuelas en la madre

Las posibles secuelas maternas de la hipertensión provocada por preeclampsia o eclampsia pueden clasificarse en alteraciones neurológicas, cardiovasculares, endócrinas y renales (10).

Las alteraciones neurológicas pueden dividirse en cambios retinianos y del sistema nervioso central. En los primeros se encuentra espasmo focal y estrechamiento general y progresivo de las arteriolas, así como la aparición de hemorragias y exudados con producción de escotomas, visión borrosa e incluso ceguera, especialmente en pacientes con

papiledema o con hemorragia del área macular. La disfunción del sistema nervioso central se manifiesta por cefalea matinal, mareos, fosfenos, vértigo y pérdida de la conciencia; pero los trastornos más graves son los que se deben a una oclusión vascular o hemorragia (11).

En la eclampsia, cuando la trombosis venosa es la base de las convulsiones, las pacientes sufren evidente daño cortical y aproximadamente un 50% tienen convulsiones periódicas que persisten indefinidamente. En estudios de pacientes eclámpicas se observó que la frecuencia final de la hipertensión posterior a la eclampsia en el primer embarazo; es casi idéntica a la que ocurre en mujeres no seleccionadas de igual edad y raza. El concepto de que la preeclampsia causa hipertensión crónica en mujeres que no la desarrollaron de otra forma surge de estudios de seguimiento en los que la mitad o más de las pacientes - eran multíparas en el momento de su preeclampsia (12).

Las mujeres que eventualmente desarrollaron hipertensión esencial, a menudo manifiestan la diabetes por hipertensión gestacional. Es interesante saber que en un estudio de seguimiento, la diabetes fué cinco veces más común de lo esperado en las primíparas que tuvieron eclampsia, y diez veces más en las eclámpicas multíparas (13).

Las lesiones arterioescleróticas producidas por la hiper-

tensión en las arterias aferentes, eferentes y de los capilares glomerulares, constituyen las lesiones reno-vasculares más observadas en la hipertensión arterial y condicionan un deficiente filtrado glomerular, además de una disfunción tubular renal, debido a lo cual hay proteinuria y hematuria microscópica. Aproximadamente un 10% de las muertes secundarias a hipertensión son debidas a insuficiencia renal (11). El exámen de orina, que suele ser el primer paso en la valoración de función renal, puede constituir un indicador adecuado. La densidad proporciona información sobre la función concentradora de los tubulos renales. En los pacientes con alimentación normal, su valor es de 1016 a 1022. Ante un deterioro renal progresivo, la densidad queda fija en 1010 y la orina es isotónica respecto al plasma y ácida en la mayoría de los casos. La presencia de eritrocitos, leucocitos y cilindros hialinos granulosos así como la albuminuria, sugiere una enfermedad renal parenquimatosa. Si la albuminuria es de más de 2 gr/l en 24 horas, debe pensarse en un síndrome nefrótico. Un paciente con hipertensión esencial benigna rara vez tiene algo más que trazas de albúmina o algún eritrocito en la orina (14).

Por otra parte, se reconoce que la proteinuria eclámptica desaparece rápidamente después del parto y que conse-

cuentemente la eclampsia es diferente de la nefritis crónica (12).

Secuelas en el producto

Por lo que toca a los productos de estos embarazos, las alteraciones tensionales durante la gestación motivan - disfunción placentaria, que clínicamente puede ser desde anomalías no diagnosticables hasta la muerte del feto. El resultado prenatal de esos embarazos complicados por preeclampsia condicionan una alta morbilidad y mortalidad que varía en proporción directa con la severidad - del trastorno y edad gestacional. Los principales problemas perinatales son: prematuridad, asfixia neonatal y retraso en el crecimiento intrauterino. Existen pocos - estudios de seguimiento de recién nacidos de madres, con preeclampsia-eclampsia. En los realizados, se reportan - trastornos neonatales como hipotensión, hipotermia, sepsis, enterocolitis necrosante y daño neurológico (cuando existe el antecedente de retraso en el crecimiento intrauterino). Esta enfermedad repercute también en la maduración de algunos órganos en el feto; se ha postulado que el desequilibrio producido por la hipertensión provoca una aceleración en la maduración pulmonar y cerebral, que paradójicamente ayuda a que el recién nacido

tenga una mejor respuesta al nacimiento, sin embargo no debe olvidarse que existen otros factores que actuando sinérgicamente producen más daño que beneficio (15).

Existen dos divisiones principales del sistema nervioso central que controlan las funciones neuromusculares: la corteza cerebral y los núcleos subcorticales que constituyen la parte más primitiva del cerebro. Las células de los núcleos subcorticales comienzan a madurar y terminan este proceso mucho antes que las células de la corteza. Los cambios observables en el comportamiento del niño están asociados con los avances en la maduración cortical que se refleja en el comportamiento mediante la supresión o disminución de ciertas actividades y por la integración de tipo neuromuscular. Aunque el recién nacido inicia su vida con todas sus células nerviosas presentes la mayoría no ha desarrollado todos sus potenciales y no lo harán por muchos años. Esto significa que no se pueden llevar a cabo mediciones sofisticadas para conocer las funciones del sistema nervioso, especialmente las del central y las que pueden hacerse son en el mejor de los casos gruesas. Sin embargo, aunque no se pueden predecir las aptitudes del recién nacido, sus habilidades o potenciales pueden indicar normalidad o la presencia de alteraciones neurológicas (16).

Los factores que influyen en la mortalidad del feto y el neonato también pueden aumentar las posibilidades de problemas en los sobrevivientes. En general, cuanto más bajo es el peso al nacer, mayor es la incidencia de ulteriores deterioros. La asfixia prolongada puede producir lesiones cerebrales definitivas, aunque asfixias severas antes o después de nacer, pueden dejar al cerebro indemne. Además de estos grupos, otros recién nacidos con riesgo tienen mayores posibilidades de trastornos en el desarrollo posterior. Este grupo heterogéneo incluye niños con asfixia, resucitación prolongada o bajo índice de apgar a los cinco minutos y dificultad respiratoria grave. Es bien conocida la reducida actitud intelectual de los niños nacidos prematuramente y cuanto más inmaduro es el niño, mayores es la probabilidad de tal déficit. La interrelación de la prematuridad con complicaciones del embarazo que contribuyen al daño por asfixia pueden constituir factores primariamente responsables (17).

La capacidad para usar símbolos en el período temprano preoperativo de la inteligencia, que es de los diez y ocho a los veinticuatro meses, es un requisito previo para el desarrollo del lenguaje. La falta de estímulos, la privación de la madre, la carencia de énfasis en la verbalización y las perturbaciones nerviosas centrales o

psicopatología severa, contribuyen al desarrollo demorado de la formación del símbolo y del lenguaje en los niños. Algunos niños perturbados pueden no usar lenguaje en absoluto o pronunciar sólo palabras en vez de oraciones con pronombres para comunicarse (18).

En función de estos antecedentes se eligieron las variables cuya medición se realizó según la metodología propuesta en el capítulo respectivo.

OBJETIVOS

- Describir las principales características del padecimiento en las pacientes y sus productos, con diagnóstico confirmado de preeclampsia-eclampsia durante su estancia hospitalaria, atendidos en el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " entre el período comprendido del 1º de octubre de 1987 al 14 de junio de 1990.
- Identificar el estado actual de salud de la madre.
- Valorar el crecimiento y desarrollo de los niños de acuerdo a su edad actual, que nacieron del embarazo complicado por preeclampsia-eclampsia.
- Correlacionar los hallazgos identificados durante la estancia hospitalaria en éstas pacientes y sus hijos, con su estado actual de salud.
- Elaborar un folleto en el que se den ha conocer aspectos relevantes de la enfermedad y su prevención, con el proposito de disminuir la morbilidad y mortalidad secundarias a ésta.

METODOLOGIA

El universo estuvo constituido por 239 pacientes que presentaron preeclampsia eclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, así como los productos de esta gestación atendidos en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el período que comprende del 1o de octubre de 1987 al 14 de junio de 1990.

Del archivo clínico del hospital se recolectaron en forma retrospectiva los antecedentes de la estancia hospitalaria tanto de la madre como del producto. Posteriormente se realizaron visitas domiciliarias del 1o de abril al 15 de agosto de 1990 en las delegaciones del Distrito Federal de Iztapalapa e Iztacalco, así como en siete zonas del estado de México; Nezahualcoyotl, Pantitlán, Aragón, Ecatepec, Los Reyes la Paz y Texcoco, para recabar la información correspondiente al estado actual de salud de la madre y de su hijo.

Se utilizó un cuestionario que consta de dos apartados:

I. Antecedentes de la estancia hospitalaria.

II. Recolección de datos durante la visita domiciliaria mediante el interrogatorio y exploración física de la madre y el niño.

Los datos se concentraron en una hoja de tabulación que

se codificó manualmente. El análisis se realizó en base a dos unidades de observación: la madre y el producto en los cuales se estudiaron las siguientes variables:

1 . DATOS REFERENTES A LA MADRE DURANTE SU ESTANCIA
HOSPITALARIA

VARIABLE	CATEGORIA
1.1 Edad	Número de años cumplidos
1.2 Antecedentes ginecoobstétricos	
a) Gestación	Número de embarazos
b) Paridad	Número de partos
c) Abortos	Número de abortos
d) Cesárea	Número de cesáreas
1.3 Metodología anticonceptiva y tiempo de uso	Utilización de: hormonales orales, inyectables, dispositivo intrauterino, barrera, ritmo, oclusión tubaría bilateral, histerec-tomía total abdominal; me-ses cumplidos
1.4 Edad gestacional	Semanas de gestación
1.5 Diagnóstico	Preeclampsia leve, modera-da severa o eclampsia

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1.6 Resolución del embarazo | Parto o cesárea |
| 1.7 Servicio en el que fué atendida | Puerperio fisiológico, patológico, terapia intensiva. |

2 . DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD ACTUAL DE LA MADRE

- | | |
|--|---|
| 2.1 Edad | Número de años cumplidos |
| 2.2 Antecedentes ginecoobstétricos | |
| a) Gestación | Número de embarazos |
| b) Paridad | Número de partos |
| c) Aborto | Número de abortos |
| d) Cesárea | Número de cesáreas |
| 2.3 Metodología anticonceptiva y tiempo de uso | Utilización de hormonales orales, inyectables, dispositivo intrauterino, barrera, ritmo, oclusión tubaría bilateral, histerectomía total abdominal; meses cumplidos |
| 2.4 Interrogatorio | |
| a) Cefalea | Ausente - presente |
| b) Memoria | Recordar cuatro palabras no relacionadas entre sí |

c) Acúfenos	Ausente - presente
d) Fosfenos	Ausente - presente
e) Visión borrosa	Ausente - presente
f) Disnea	Ausente - presente
g) Polidipsia	Ausente - presente
h) Polifagia	Ausente - presente
i) Nicturia	Ausente - presente
j) Oliguria	Ausente - presente
k) Tenesmo vesical	Ausente - presente
l) Disuria	Ausente - presente
2.5 Exploración física	
a) Signo de Meniere	Negativo - positivo
b) Signo de Romberg	Negativo - positivo
c) Marcha en Tandem	Negativo - positivo
d) Signo de Giordano	Negativo - positivo
e) Tensión arterial	Milímetros de mercurio
2.6 Pruebas clínicas	
a) Destrostix	Miligramos de glucosa por decilitro
b) Multistix	
- Glucosa	Miligramos por decilitro
- Gravedad específica	Rangos: 1000-1010, 1015-1020, 1025-1030
- Sangre	Negativa, trazas no hemo-

	lizadas, trazas hemolizadas, bajo, moderado, alto
- pH	Rangos: 5, 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5
- Proteína	Negativa, trazas, 30, 100, 300, 2000 ó más miligramos por decilitro
-Urobilinogeno	Normal, 2, 4, 8 unidades por decilitro
- Nitritos	Negativo - positivo
- Leucocitos	Negativo, trazas, bajo, moderado, alto
- Bilirrubina	Negativo, bajo, moderado, alto
- Cetonas	Negativo, trazas, bajo, moderado, alto

2.7 Estudio socioeconómico

a) Casa	Propia, rentada, otros
b) Tipo de construcción	Concreto, adobe, mixto
c) Número de habitaciones	Número; excluyendo cocina y baño
d) Luz	Intra o extradomiciliaria
e) Agua	Intra o extradomiciliaria
f) Drenaje	Intra o extradomiciliaria

g) Integrantes de la familia	Número de personas
h) Ocupación	Hogar, obrera, empleada, enfermera, profesionista, intendente
i) Ingreso económico	Ingreso mensual en pesos
2.8 Hábitos higiénico-dietéticos	
a) Frecuencia de baño	Diario, cada tercer día o una vez por semana
b) Cambio de ropa	Diario, cada tercer día o una vez por semana
c) Consumo de carne	Número de veces por semana
d) Consumo de leche	Número de veces por semana
e) Consumo de huevo	Número de veces por semana
f) Consumo de verdura	Número de veces por semana
g) Consumo de fruta	Número de veces por semana

3 . DATOS CORRESPONDIENTES AL NACIMIENTO DEL PRODUCTO

3.1 Peso al nacer	Peso en gramos
3.2 Sexo	Femenino o Masculino
3.3 Apgar	Al minuto y cinco minutos con rango de cero a nueve
3.4 Lugar de estancia	Cunero fisiológico, cuida -

dos intensivos neonatales,
cunero intermedio y pato -
lógico

4 . DATOS SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE SALUD DEL PRODUCTO

4.1 Edad	Meses cumplidos
4.2 Peso	Gramos
4.3 Talla	Centímetros
4.4 Evaluación del desarrollo psicomotor	
a) Desarrollo motor	Normal, regular, insuficiente o deficiente
b) Percepción	Normal, regular, insuficiente o deficiente
c) Adaptación e integración	Normal, regular, insuficiente o deficiente
d) Lenguaje	Normal, regular, insuficiente o deficiente
e) Reflejos transitorios	Normal, regular, insuficiente o deficiente

RESULTADOS

Del total de 239 casos de preeclampsia-eclampsia identificados durante el período de estudio, se encontraron únicamente 185 (77%) expedientes de pacientes a quienes se les visitó en su domicilio. De esta cifra de 185 pacientes se entrevistaron y exploraron únicamente 95 madres y 84 menores, por las razones siguientes: 28 (15%) no se encontraron por cambio de domicilio o lugar de residencia, 27 (14%) no existía su domicilio (por la calle o por el número), 27 (14%) rehusaron cooperar al interrogatorio y en ocho pacientes (4%) su dirección fue incompleta. De los 97 niños registrados, se restaron nueve por muerte neonatal y cuatro que se encontraban en la unidad de cuidados intensivos neonatales (de los cuales dos niños procedieron de parto gemelar).

1 . DATOS REFERENTES A LA MADRE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

1.1 Edad

El promedio se encontró en 27 años con una desviación estándar (DS) de 7.3 y un coeficiente (CV) de 26; por otro lado 54 y 41 edades están por arriba y abajo del

promedio, respectivamente

1.2 Antecedentes ginecoobstétricos

a) Número de gestación

El promedio de las pacientes gestantes osciló en dos embarazos con una DS de 1.9 y un CV de 79%. Arriba y abajo del promedio se ubicaron 66 y 29 pacientes respectivamente, por lo que llama la atención que la mayor parte (69%) tuvieron menos de tres embarazos.

b) Paridad

El promedio es de un parto con una DS de uno y un CV de 177%. El 86% tuvieron menos de tres partos.

c) Aborto

77 pacientes (81%) no presentaron abortos, 17 (17.8%) tuvieron de uno a dos abortos y hubo un caso de embarazo ectópico.

d) Cesárea

Sin cesáreas previas se encontraron 77 pacientes - (81%) y 18 (19%) de una a dos cesáreas previas.

1.3 Metodología anticonceptiva y tiempo de uso

Se observó que 43 pacientes (44.2%) no se controlaban con ningún método; 17 (17.9%) utilizaron hormonales orales; 15 (15.8%) dispositivo intrauterino (DIU); cinco (5.3%) ritmo; cuatro (4.2%) barrera; dos combinaron hormonales orales, inyectables y DIU; las ---

cuatro restantes se controlaron con obstrucción tubaria (OTB) y métodos combinados. El tiempo de uso promedio fué de 16.3 meses, con una DS de 23.8 y un CV 145.8%; con 71 pacientes (74.7%) por arriba del promedio (que incluyen 43 (45.2%) que no usan ningún método anticonceptivo) y 31 (32.6%) por debajo.

1.4 Edad gestacional

Se dividieron a las pacientes en tres grupos de edad gestacional. De 26 a 32 semanas se encontraron a cinco (5.2%); de 33 a 36 semanas, 15 (15.7%) y de 37 a 42, 75 (78.9%). El promedio fué de 39 semanas con una DS de 6.3 y un CV de 16%; se identificaron 60 pacientes (63.1%) por arriba y 35 abajo del promedio respectivamente, es decir la mayor parte de los embarazos fueron a término.

1.5 Diagnóstico

De acuerdo a la clasificación mencionada se observaron 33 pacientes como casos de preeclampsia leve - (34.7%); como moderada 31 (32.6%) y 29 como severa - (30.5%); sólo hubo dos pacientes eclámpticas (2.1%).

1.6 Resolución del embarazo

La cesárea fué la vía de resolución más empleada en 76 pacientes (80%); 18 (18.9%) se resolvieron por eutocia y un caso por fórceps.

1.7 Servicio en el que fué atendida

66 pacientes (69.5%) se atendieron en puerperio patológico, 24 (25%) en puerperio fisiológico y cinco (5.2%) en la unidad de cuidados intensivos.

2 . DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD ACTUAL DE LA MADRE

2.1 Edad

El promedio es de 28 años, con una DS de 8.5 y un CV de 30%; por otra parte 49 (51.5%) y 46 (48.4%) de las pacientes se encuentran abajo y arriba del promedio respectivamente.

2.2 Antecedentes ginecoobstétricos

a) Gestación

El promedio es de dos gestaciones, con una DS de 1.9 y un CV de 73%, encontrándose 60 pacientes (63.2%) - con uno y dos embarazos, 22 (23.2%) de tres a cinco y 13 (13.6%) de seis a nueve.

b) Paridad

51 pacientes no han tenido partos (53.6%), 27 (28.4%) tienen como antecedente uno y dos partos, 15 (15.7%) de tres a cinco y dos pacientes (2.1%) de siete a ocho partos.

c) Aborto

74 (77.8%) refieren no tener antecedentes de abortos; 14 (14.5%) han tenido uno; cinco (5.2%) con dos, una (1%) con cinco abortos y una paciente (1%) refirió un embarazo ectópico.

d) Cesárea

19 pacientes no han tenido cesáreas (20%), 56 (58.9%) refieren esta vía de resolución una vez, 16 (16.8%) dos veces, tres (3.1%) en tres ocasiones y una paciente en cuatro (1.2%).

2.3 Metodología anticonceptiva y tiempo de uso

26 pacientes no emplean método (27.4%), 23 OTB (24.2%), 17 DIU (17.9%), hormonales orales ocho (8.4%), de barrera seis (6.3%), ritmo cinco (5.2%), hormonales inyectables tres (3.2%), hormonales inyectables más DIU tres (3.2%), ritmo más DIU dos (2.1%) e histerectomía total abdominal dos pacientes (2.1%). El tiempo de uso promedio de todos los métodos es de nueve meses, con una DS de 10.6 y un CV de 111%; por otra parte, se observa que 61 (64.2%) pacientes se encuentran por abajo del promedio incluyendo a 26 pacientes que no emplean método anticonceptivo y por arriba del promedio 39 pacientes (41%).

2.4 Interrogatorio

a) Cefalea

El síntoma fué referido como ausente en 43 pacientes (45.2%), se presentó en la región frontal en 31 casos (32.6%) y occipital en 21 (22%).

b) Memoria

En esta prueba 29 pacientes (30.5%) recordaron las cuatro palabras, 48 (50.5%) nombraron tres, 12 (12.6%) dos, tres pacientes (3.2%) una palabra y tres pacientes (3.2%) no recordaron ninguna.

c) Acúfenos

Este síntoma estuvo ausente en 55 pacientes (57.9%) y presente en 40 (42.1%).

d) Fosfenos

Ausente en 54 pacientes (56.8%) y presente en 41 (43.2%).

e) Visión horrosa

En 68 pacientes fué referido como ausente (72%) y presente en 27 (28%).

f) Disnea

Ausente en 38 pacientes (40%) y presente en 57 (60%).

g) Polidipsia

Ausente en 26 pacientes (27%) y presente en 69 (73%).

h) Polifagia

en 29 pacientes (30%) se encontró ausente en 66 (70%)

presente

i) Nicturia

Ausente en 66 pacientes (70%) y presente en 29 (30%)

j) Oliguria

81 pacientes (85%) refirieron no notar disminución en la cantidad de orina y 14 (14.7%) sí lo manifestaron

k) Tenesmo vesical

Ausente en 74 pacientes (77%) y presente en 21 (23%)

l) Disuria

Ausente en 22 pacientes (23%) y presente en 73 (77%)

2.5 Exploración física

a) Signo de Meniere

Fué negativo en 61 pacientes (64.2%) y positivo en 34 (35.8%)

b) Signo de Romberg

No se presentó en 91 pacientes (95.8%) y se identificó en cuatro (4.2%)

c) Marcha Tandem

Fué negativa en 78 pacientes (82.1%) y positiva en 17 (17.9%)

d) Signo Giordano

Fué negativo en 63 pacientes (67%) y positivo en 32 (33%)

e) Tensión arterial

El promedio de la tensión arterial sistólica se encontró en 122.1, la DS de 24.6 y un CV de 20.1%. En la tensión arterial diastólica el promedio fué de 78.9 con una DS de 13.5 y un CV de 17.1%. Hubo 55 y 40 pacientes abajo y arriba del promedio de la tensión sistólica, así como 33 y 62 con respecto a la diastólica, respectivamente.

2.6 Pruebas clínicas

a) Destrostix

Se encontraron 53 pacientes (55.8%) con destrostix de 100 mg/dl; 18 (18.9%) con 70; 11 (11.6%) con 140; - ocho (8.4%) con 180; tres (3.2%) con 250; una (1.1%) con 120 y una (1.1%) con 400 mg.dl de glucosa en sangre total. El promedio fué de 118.6% mg/dl, con una DS de 48.8 y un CV de 41.1%.

b) Multistix

La glucosa en orina fué negativa en 92 pacientes - (97%) y positiva en 3 (3%); la bilirrubina negativa en 61 pacientes (64.3%) y positiva en 34 (35.7%); la cetona negativa en 86 pacientes (90%), con trazas - seis (6.3%), bajo y moderado en tres pacientes (3.1%). En 40 pacientes (42.1%) la gravedad específica se - ubicó en 1030, 17 (17.9%) con 1020, 15 (15.8%) con

1025, 12 (12.6%) con 1015, 10 entre 1000 y 1010 - (10.5%) y una paciente con 1080 (1%). Se encontró - sangre negativa en la orina de 48 pacientes (50.6%), 18 muestras (19%) resultaron alteradas por que las - pacientes se encontraban en su período menstrual, 11 (11.6%) tuvieron trazas no hemolizadas, siete trazas hemolizadas (7.3%), tres (3.1%) con bajo, dos con mo- derado (2.1%) y siete con alto (6.3%). En 60 pacien- tes (63.1%) el pH en orina fué de 6.5, en 10 (10.5%) de 7; en 16 (16.9%) de 5; en nueve (9.5%) de 7.5 a 8.5. Se encontraron trazas de proteínas en 44 pacien- tes (46.3%), fué negativo en 18 (19%), 18 con 30 mg (19%), 12 con 100 mg (12.6%) y tres con 300 mg (3.1%). El urobilinógeno fué normal en 94 pacientes (93.7%) y en una (1.1%) de cuatro U/dl. Los nitritos fueron negativos en 75 casos (79%) y positivos en 20 (21.1%). Los leucocitos no se reportaron en 47 pacientes (40.5%) y hubo 48 positivos (50.5%).

2.7 Estudio socioeconómico

a) Tipo de casa

Hubo 46 pacientes (48.4%) con casa propia, 20 (21.1%) con casa rentada y las 29 restantes (30.5%) viven con familiares o en casa prestada.

b) Tipo de construcción

El material de construcción predominante en 78 casos (82.1%) fue el concreto y el material mixto correspondió a 17 (17.9%).

c) Número de habitaciones

Se encontró que 73 pacientes (76.9%) viven en casa que tiene de una a tres habitaciones, ocho (8.4%) cuentan con cuatro habitaciones, 10 (10.5%) tienen de cinco a seis y cuatro (4.2%) tienen de siete a diez habitaciones.

d) Luz

92 pacientes (96.8%) tienen este servicio intradomiciliario, tres (3.1%) lo tienen extradomiciliario.

e) Agua

89 casas (93.6%) contaron con este servicio intradomiciliario y seis (6%) extradomiciliario.

f) Drenaje

87 casos (91.5%) tienen drenaje intradomiciliario en las ocho restantes (8.4%) extradomiciliario.

g) Integrantes de la familia

El número de personas que componen la familia en 68 pacientes (71.4%) fué de tres a cinco, en 21 pacientes (22%) de seis a nueve, sólo tres pacientes (3.1%) tuvieron dos integrantes y tres (3.1%) de 11 a 12 -

personas.

h) Ocupación

La ocupación principal fué el hogar en 53 pacientes (35.7%), nueve pacientes son profesoras (9.4%), ocho (8.4%) secretarias, siete empleadas (7.3%), seis (6.3%) enfermeras, cinco (5.3%) profesionistas, tres (3.1%) intendentes, dos (2.1%) costureros y dos (2.1%) comerciantes.

i) Ingreso económico mensual

El promedio fué de 710 mil pesos con una DS de 415 - mil pesos y un CV de 64 con una dispersión marcada - ya que los límites observados fueron de 200 mil a 2.5 millones de pesos. También cabe señalar que 64 casos (67.5%) son menores al promedio.

2.8 Hábitos higiénico-dietéticos

a) Frecuencia de baño

Se observó que 68 pacientes (71.5%) acostumbran bañarse diariamente, 26 (27.3%) cada tercer día y sólo una (1.5%) lo realiza dos veces por semana

b) Cambio de ropa

82 pacientes (86.3%) se cambian diariamente y 14 (13.6%) cada tercer día.

c) Consumo de carne

14 pacientes (14.7%) la toman siete veces a la sema-

na, tres (3.1%) seis veces, cuatro (4.2%) cinco veces, 11 (11.5%) cuatro veces, 35 pacientes (36.8%) la consumen tres veces, 20 (21%) dos veces y ocho (8.4%) - solo un día a la semana.

d) Consumo de leche

71 pacientes con (74.7%) la toman diariamente, dos (2.5%) cuatro veces a la semana, nueve (9.4%) tres - veces, cuatro (4.2%) dos veces, seis casos (6.1%) la ingieren una vez y tres (3.1%) ninguna.

e) Consumo de huevo

24 pacientes (25.2%) consumen diariamente, dos (2.1%) seis veces, nueve (9.4%) la consumen cuatro veces, 27 (28.4%) tres veces, 18 (18.9%) dos veces, 10 pacientes (10.5%) una vez y cinco (5.2%) ninguna vez.

f) Consumo de verdura

49 pacientes (51.8%) consumen diariamente, dos (2.1%) de cinco a seis veces a la semana, cuatro (4.2%) -- cuatro veces, 25 (26.3%) en tres ocasiones, seis - (6.3%) dos veces, siete (7.3%) una y dos (2.1%) no la consumen.

g) Consumo de fruta

Las pacientes refieren consumir fruta en 63 casos - (66.3%) siete días a la semana, 22 (23.1%) dos, tres y cuatro veces a la semana, cuatro pacientes (4.2%)

la consumen cinco y seis días y seis (6.3%) la consumen sólo un día.

3. DATOS CORRESPONDIENTES AL NACIMIENTO DEL PRODUCTO

3.1 Peso al nacer

El peso promedio fué de 3017 g, con una DS de 822 gr y un CV de 27%. Los rangos fueron de 650 a 4800 gr. Se encontraron por arriba del promedio 42 niños -- (43.3%) y por abajo 48 (49.5%), de un total de 90 con peso registrado. En siete casos (7.2%) no se registraron por gravedad o defunción.

3.2 Sexo

55 (56.7%) fueron del sexo masculino, 41 (42.3%) femenino y un caso en el que no se registró el sexo.

3.3 Apgar al minuto y cinco minuto

Al minuto el promedio fué de 7.2 y a los cinco de 8.3, la DS de 1.9 y 1.8 con CV de 26% y 22.3% respectivamente.

3.4 Lugar de estancia

56 neonatos (57.8%) se atendieron en cunero fisiológico, 17 (17.5%) en el intermedio, 13 (13.4%) en la unidad de cuidados intensivos neonatales, siete (7.3%) en patológico y en cuatro (4.1%) hubo muerte neonatal.

4 . DATOS SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE SALUD DEL PRODUCTO

4.1 Edad

El promedio fué de 13 meses, una DS de 10.4 meses y un CV de 80%.

4.2 Peso

El promedio fué de 8,906.4 gr con una DS de 4,511.9 gr y el CV 50.6%; el 81% de los niños se encontró dentro de los percentiles normales (69%) o incluso por arriba (12%) y sólo el (19%) por debajo (Figura 1).

4.3 Talla

Se registró un promedio de 67.1 cm, con una DS de 28 cm y un CV de 41.8% (Figura 2).

4.4 En la evaluación del desarrollo psicomotor los resultados son los siguientes:

- a) Desarrollo motor, con un promedio de 73.2, una DS de 33.6 y un CV de 46%.
- b) Percepción, con promedio de 80.6, una DS de 32.4 y un CV de 40.2%.
- c) Adaptación e integración, promedio de 72, una DS de 33 y CV de 45.9%.
- d) Lenguaje, el promedio osciló en 72, una DS de 36.1 y un CV de 50.1%.

e) Reflejos transitorios, se obtuvo un promedio de 74.3,
DS de 35.2 y CV de 47.4%.

CRUCE DE VARIABLES

Al analizar las posibilidades de asociación entre algunas de las variables estudiadas, destacan los siguientes casos:

- Edad gestacional y gravedad de la preeclampsia
A pesar del reducido número de casos, se observó una mayor frecuencia de preeclampsia severa en los casos de prematuridad y de la leve en los embarazos a término ($P < 0.05$), según se observa en el cuadro 1.
- Número de embarazos y gravedad de la preeclampsia
No se observó relación ($P > 0.05$) entre el número de embarazos y la gravedad del padecimiento (Cuadro 2).
- Métodos anticonceptivos y gravedad de la preeclampsia
Se identificó una mayor frecuencia ($P < 0.05$) de los estadios más graves de la enfermedad en las pacientes que habían estado recibiendo hormonales (Cuadro 3).
- Número de embarazos y Apgar
No se demostró asociación ($P > 0.05$) entre el número de embarazos previos y el Apgar al minuto y a los cinco minutos.
- Sexo del producto y gravedad de la preeclampsia
No se demostró relación estadísticamente significativa ($P > 0.05$) entre el sexo del producto y la severi-

dad del padecimiento (Cuadro 4).

- Peso del producto y edad materna

Como un hallazgo interesante se determinó una asociación directamente proporcional ($r = 0.70$) entre la edad de la madre y el peso del producto (Figura 3).

- Peso del producto y sexo

Se identificó un mayor peso en los productos del sexo masculino ($P < 0.05$), en relación al femenino (Cuadro 5)

- Gravedad de la preeclampsia y nivel actual del desarrollo neurológico del producto

No se demostró asociación ($P > 0.05$) entre el antecedente de la gravedad de la enfermedad en la paciente, con el nivel de desarrollo neurológico de los niños correspondientes a ese embarazo (Cuadro 6).

- Tensión arterial y síntomas

Se identificó una relación estadísticamente significativa ($P < 0.05$) entre la tensión arterial alta (superior a 130/90 mmHg) y la presencia de los tres síntomas analizados: fosfenos, acúfenos y cefalea (Cuadro 7).

- Glicemia, glucosuria y síntomas

No se demostró asociación ($P > 0.05$) entre la hiperglicemia o glucosuria y los síntomas de polidipsia o polifagia (Cuadros 8 y 9).

DISCUSION

Una de las contribuciones más importantes del presente - trabajo fué la experiencia obtenida durante su desarrollo; ya que enfrentarse a los problemas concretos de la investigación es muy diferente a las enseñanzas teóricas recibidas en el transcurso de la carrera.

En primer lugar, es importante destacar los alcances y - limitaciones que tiene este estudio en función de la metodología utilizada. El universo al que pertenecen las - unidades de observación, limita las posibilidades de extrapolación los resultados y conclusiones obtenidas, a las - pacientes que acuden a los servicios de ginecoobstetricia del ISSSTE; con todas sus características definidas por medio del estudio socioeconómico descrito. Se trata de - mujeres jóvenes, de clase media o media baja, con hábitos higiénico-dietéticos aceptables y que cuentan con servicios y satisfactores básicos (como dato interesante basta recordar que el 67.5% de las encuestadas perciben menos de dos veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal). Todos estos antecedentes deben tenerse en mente al analizar la información referente al padecimiento en cuanto a su evolución y resultado, ya que estos constituyen - factores que condicionan diferencias radicales entre dife-

rentes grupos de población, a pesar de tratarse de la misma enfermedad. Otra situación importante fueron los obstáculos para obtener los datos originalmente programados, tanto a nivel retrospectivo (antecedentes de la estancia hospitalaria), como prospectivo (encuesta sobre el estado actual de salud del binomio madre-hijo), que originaron una pérdida de aproximadamente un 23% de casos, que al compararse con otros estudios sobre el tema, es baja (15). Sin embargo, debe señalarse la importancia que para la investigación tiene el hecho de contar con un buen sistema de información y registro, situación en la que puede influir de manera trascendente la enfermera y el personal médico al desarrollar adecuadamente los aspectos administrativos.

En términos generales el perfil del grupo de pacientes estudiados carecen de los principales factores de riesgo tradicionalmente establecidos (6,11,15), ya que se trató de mujeres jóvenes en su gran mayoría, con un máximo de tres embarazos en el 86% de los casos y un 79% de las pacientes cursaban con más de 37 semanas de gestación. Los únicos dos riesgos identificados fueron el sexo masculino (6) del producto (ya que hubo en promedio cuatro hombres por cada tres mujeres) y una alta proporción de mujeres con historia de uso de anticonceptivos (hormonales 17.9% y DIU

15.8% principalmente, con un 75% de ellas arriba del - promedio de utilización, que fué de 16 meses. Por otra - parte, tanto en la frecuencia de los estadios más graves de la enfermedad, como en su evolución intrahospitalaria, se pudo constatar el efecto benéfico de la ausencia de los factores de nivel socioeconómico, toda vez que sólo 5.2% de las pacientes requirió de la unidad de cuidados intensivos; en 18.9% el parto fue por vía vaginal y el - 80% se resolvió por cesárea.

Entre los datos del interrogatorio sobre el estado de salud actual de la madre, llama la atención que el porcentaje de mujeres que no utiliza metodología anticonceptiva pasó del 44.2% a 27.4% (16.8% menos) y las que usaban hormonales de 15.8% a 8.4% (7.4% menos). Esta observación refleja, por un lado, que las pacientes entendieron la - conveniencia del control natal con métodos no hormonales y que además fueron candidatas muy susceptibles a recibir educación para la salud (Figura 4).

La conveniencia del seguimiento de este tipo de pacientes queda demostrada por los altos porcentajes de patología detectada (14% de diabéticas y 8.4% de hipertensas, además de otros 12 y 10% de sospechosas de ambos padecimientos respectivamente) que justificarían ampliamente la - vigilancia médica posterior a la resolución de estos em-

barazos: lo cual permitiría una detección oportuna de complicaciones posteriores o incluso su prevención. Cabe mencionar que las pruebas clínicas practicadas identificaron datos sugestivos de infección de vías urinarias, así como lesiones renales y hepáticas, que ameritaban mayores estudios para confirmarlas o descartarlas; por lo cual se canalizaron a su clínica de adscripción. Otra situación importante es que ninguna de las pacientes presentó signos de daño neurológico evidente, lo cual muy probablemente también es consecuencia de su nivel socioeconómico y accesibilidad a una atención médica adecuada.

En lo referente a los productos de estos embarazos, tanto los datos relativos a su nacimiento, como de su estado actual de salud muestran características favorables. El Apgar promedio al minuto, y a los cinco minutos (que fué de 7.2 y 8.3, respectivamente) así como los resultados de los exámenes neurológicos practicados, indican ausencia de secuelas. Cabe sin embargo, hacer la reflexión de que los principales efectos secundarios reportados (15,18,20) aparecen hasta la edad escolar. Por otra parte, en cuanto a su crecimiento, el hecho de que un 81% de los menores tenga un peso y talla normal (69%), o superior (12%), al correspondiente para su edad, hace evidente que este

grupo de pacientes no tuvo influencias nocivas de la enfermedad, desde el punto de vista de estos parámetros. Entre las asociaciones importantes identificadas destacan algunas que permiten inferir medidas preventivas:

- a) El haberse determinado que a menores edades de la madre corresponde una mayor gravedad del padecimiento, lleva a recomendar el control natal en edades jóvenes.
- b) La mayor frecuencia de la eclampsia en los casos de control natal con hormonales, motiva la recomendación de evitarlos.
- c) Otro hallazgo que apoya la recomendación de no embarazarse en edades muy jóvenes, es el hecho de que el peso del producto es más adecuado en relación directa a una mayor edad de la madre, dentro de unos límites razonables.
- d) Desde el punto de vista clínico resulta interesante la relación encontrada entre la triada de síntomas: cefalea, acúfenos, fosfenos y la presión arterial alta, por la posibilidad de identificar con un simple interrogatorio, a aquellos casos sospechosos para confirmarlos posteriormente con la toma de la tensión arterial.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 1
 EDAD GESTACIONAL Y GRAVEDAD
 DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

EDAD GESTACIONAL	ECLAMPSIA	PREECLAMPSIA SEVERA	PREECLAMPSIA MODERADA	PREECLAMPSIA LEVE	TOTAL
PREMATUREZ (26-32.6 SEM.)	0	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0	6 (100%)
PRETERMINO (33-36.6 SEM.)	1 (7.1%)	5 (35.7%)	5 (35.7%)	3 (21.4%)	14 (100%)
TERMINO (37-42 SEM.)	1 (1.3%)	18 (24%)	25 (33.3%)	31 (41.3%)	75 (100%)
TOTAL	2 (2.1%)	28 (29.4%)	31 (32.6%)	34 (35.8%)	95 (100%)

FUENTE: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y DESTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 2

NUMERO DE GESTACION Y GRAVEDAD
 DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

NUMERO DE GESTACION	ECLAMPSIA	PREECLAMPSIA SEVERA	PREECLAMPSIA MODERADA	PREECLAMPSIA LEVE	TOTAL
I	0	10 (24.3%)	13 (31.7%)	18 (43.9%)	41 (100%)
II	1 (3.8%)	9 (34.6%)	10 (38.4%)	6 (23%)	26 (100%)
III	1 (16.6%)	1 (16.6%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	6 (100%)
IV	0	1 (16.6%)	1 (16.6%)	4 (66.6%)	6 (100%)
V	0	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	5 (100%)
VI	0	3 (37.5%)	2 (25%)	3 (37.5%)	8 (100%)
VII	0	0	1 (100%)	0	1 (100%)
VIII	0	1 (50%)	1 (50%)	0	2 (100%)
TOTAL	2 (2.1%)	28 (29.4%)	31 (32.6%)	34 (35.8%)	95 (100%)

FUENTE: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 3

ANTICONCEPTIVOS Y
 PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

METODO	ECLAMPSIA	PREECLAMPSIA SEVERA	PREECLAMPSIA MODERADA	PREECLAMPSIA LEVE	TOTAL
NINGUNO	0	10 (22.7%)	15 (34.1%)	19 (43.2%)	44 (100%)
HORMONALES (ORAL-INYEC.)	0	8 (36.4%)	7 (31.8%)	7 (31.8%)	22 (100%)
• DIU	2 (13.3%)	8 (53.3%)	2 (13.3%)	3 (20%)	15 (100%)
BARRERA Y RITMO	0	1 (12%)	2 (25.5%)	5 (62.5%)	8 (100%)
• COMBINADOS (HO, HI, DIU, RIT)	0	4 (80%)	1 (20%)	0	5 (100%)
• OTB	0	0	1 (100%)	0	1 (100%)
TOTAL	2 (2.1%)	31 (32.6%)	28 (29.5%)	34 (35.8%)	95 (100%)

FUENTE: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL

- DIU: DISPOSITIVO INTRAUTERINO.
- HO: HORMONAL ORAL.
- HI: HORMONAL INYECTABLE.
- RIT: RITMO.
- OTB: OCLUSION TUBARIA BILATERAL.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 4

SEXO DEL PRODUCTO Y
 PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

SEXO DEL PRODUCTO	ECLAMPSIA	PREECLAMPSIA SEVERA	PREECLAMPSIA MODERADA	PREECLAMPSIA LEVE	TOTAL
MASCULINO	1 (1.9%)	17 (31.5%)	18 (33.3%)	10 (33.3%)	54 (100%)
FEMENINO	1 (2.4%)	12 (28.6%)	14 (33.3%)	15 (35.7%)	42 (100%)
TOTAL	2 (2%)	29 (30.2%)	32 (33.3%)	33 (34.4%)	96 (100%)

FUENTE: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "IGNACIO ZARAGOZA"

NOTA:

EN UN CASO SE DESCONOCE EL SEXO DEL PRODUCTO.

P > 0.05

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 5
 PESO DEL PRODUCTO Y SEXO

SEXO PESO (KGS)	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
500 - 1000	1 (100 %)	0	1 (100 %)
1001 - 1500	3 (50 %)	3 (50 %)	6 (100 %)
1501 - 2000	4 (66.6 %)	2 (33.3 %)	6 (100 %)
2001 - 2500	4 (28.5 %)	10 (71.4 %)	14 (100 %)
2501 - 3000	11 (64.7 %)	6 (35.2 %)	17 (100 %)
3001 - 3500	14 (60.9 %)	9 (39.1 %)	23 (100 %)
3501 - 4000	10 (55.6 %)	8 (44.4 %)	18 (100 %)
4001 - 4500	1 (33.3 %)	2 (66.6 %)	3 (100 %)
4501 - 5000	2 (66.6 %)	1 (33.3 %)	3 (100 %)
TOTAL	50 (54.9 %)	41 (45.1 %)	91 (100 %)

NOTA:

- SE REGISTRARON CINCO MUERTES NEONATALES MASCULINAS.
- EN UN CASO SE DESCONOCE EL SEXO DEL PRODUCTO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 6
 GRAVEDAD DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA
 Y NIVEL ACTUAL DEL DESARROLLO
 NEUROLOGICO DEL PRODUCTO

DESARROLLO TIPO NEUROLOGICO PREECLAMPSIA	NORMAL	REGULAR O DEFICIENTE	TOTAL
ECLAMPSIA Y PREECLAMPSIA SEVERA	23 (85.7%)	4 (14.8%)	27 (100%)
PREECLAMPSIA MODERADA Y LEVE	47 (82.5%)	10 (17.5%)	57 (100%)
TOTAL	70 (83.3%)	14 (16.7%)	84 (100%)

FUENTES: INDIRECTA: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL.
 DIRECTA: VALORACION CLINICA DEL PRODUCTO.

RPC = 1.2

NOTA: AL TOTAL SE AGREGAN 9 (NUEVE) NIÑOS QUE TUVIERON
 MUERTE NEONATAL Y 4 (CUATRO) QUE SE ENCONTRARON
 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
 DEL HOSPITAL.

P > 0.05

RPC: RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS

P: PROBABILIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 7

TENSIÓN ARTERIAL Y SÍNTOMAS

TENSIÓN ARTERIAL	FOSFENOS		TOTAL
	PRESENTES	AUSENTES	
ALTA (130/90)	23 (60.5%)	15 (39.5%)	38 (100%)
NORMAL (120/80)	18 (31.6%)	39 (68.4%)	57 (100%)
TOTAL	41 (43.2%)	54 (56.8%)	95 (100%)

RPC 3.3

P < 0.05

TENSIÓN ARTERIAL	ACUFENOS		TOTAL
	PRESENTES	AUSENTES	
ALTA (130/90)	22 (57.9%)	16 (42.1%)	38 (100%)
NORMAL (120/80)	18 (31.6%)	39 (68.4%)	57 (100%)
TOTAL	40 (42.1%)	55 (57.9%)	95 (100%)

RPC = 3.0

P < 0.05

TENSIÓN ARTERIAL	CEFALEA		TOTAL
	PRESENTES	AUSENTES	
ALTA (130/90)	26 (68.4%)	12 (31.6%)	38 (100%)
NORMAL (120/80)	26 (45.6%)	31 (54.4%)	57 (100%)
TOTAL	52 (54.7%)	43 (45.3%)	95 (100%)

RPC = 2.6

P < 0.05

FUENTE: DIRECTA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 8

GLICEMIA Y SINTOMAS

GLICEMIA	POLIDIPSIA		TOTAL
	PRESENTES	AUSENTES	
ALTA (110 mg)	9 (37.5%)	15 (62.5%)	24 (100%)
NORMAL (110 mg)	15 (21.1%)	56 (78.9%)	71 (100%)
TOTAL	24 (25.3%)	71 (24.7%)	95 (100%)

RFC= 2.2

P > 0.05

GLICEMIA	POLIFAGIA		TOTAL
	PRESENTES	AUSENTES	
ALTA (110 mg)	8 (33.3%)	16 (66.7%)	24 (100%)
NORMAL (110 mg)	21 (29.6%)	50 (70.4%)	71 (100%)
TOTAL	29 (30.5%)	66 (69.5%)	95 (100%)

FUENTE: DIRECTA

RFC= 1.2

P > 0.05

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

CUADRO 9

GLUCOSURIA Y SINTOMAS

GLUCOSURIA	POLIDIPSIA		TOTAL
	PRESENTES	AUSENTES	
POSITIVA	2 (100%)	0	2 (100%)
NEGATIVA	28 (30.1%)	65 (69.9%)	93 (100%)
TOTAL	30 (31.6%)	65 (68.4%)	95 (100%)

P > 0.05

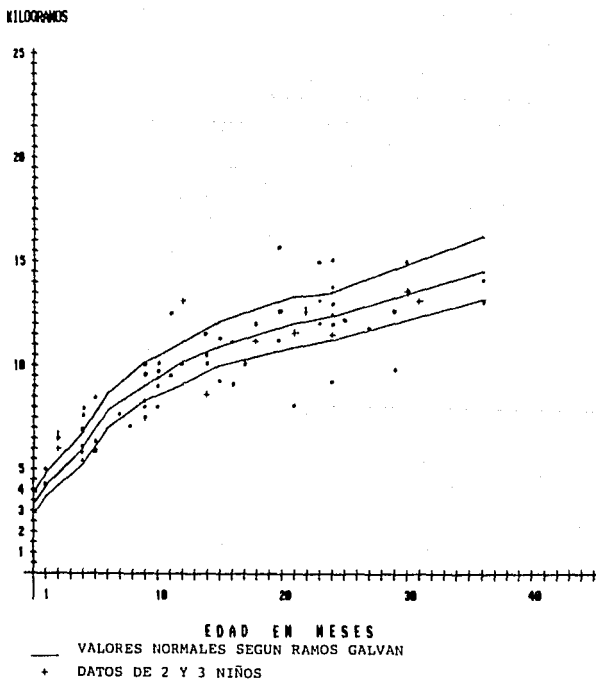
GLUCOSURIA	POLIFAGIA		TOTAL
	PRESENTES	AUSENTES	
POSITIVA	2 (6.9%)	27 (93.1%)	29 (100%)
NEGATIVA	0	66 (100%)	66 (100%)
TOTAL	2 (2.1%)	93 (97.9%)	95 (100%)

FUENTE: DIRECTA

P > 0.05

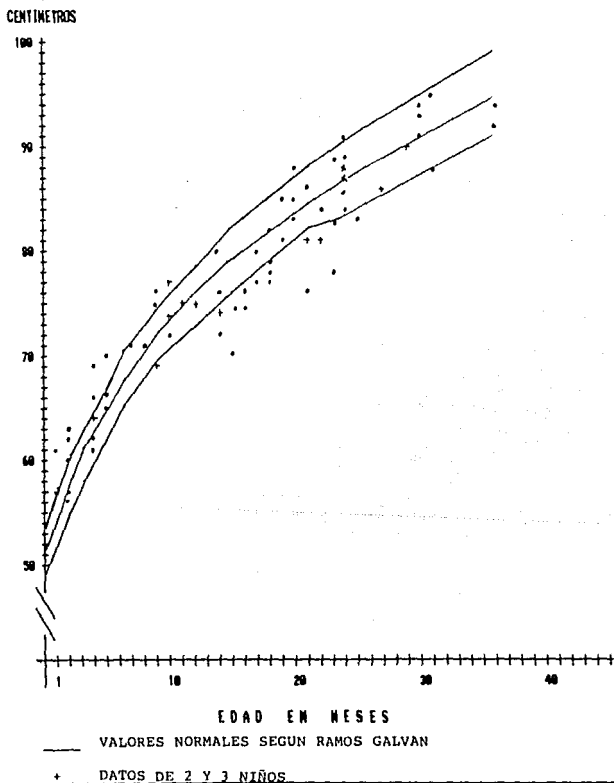
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

FIGURA 1
PESO Y EDAD ACTUAL DE LOS NIÑOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

FIGURA 2
TALLA Y EDAD ACTUAL DE LOS NIÑOS

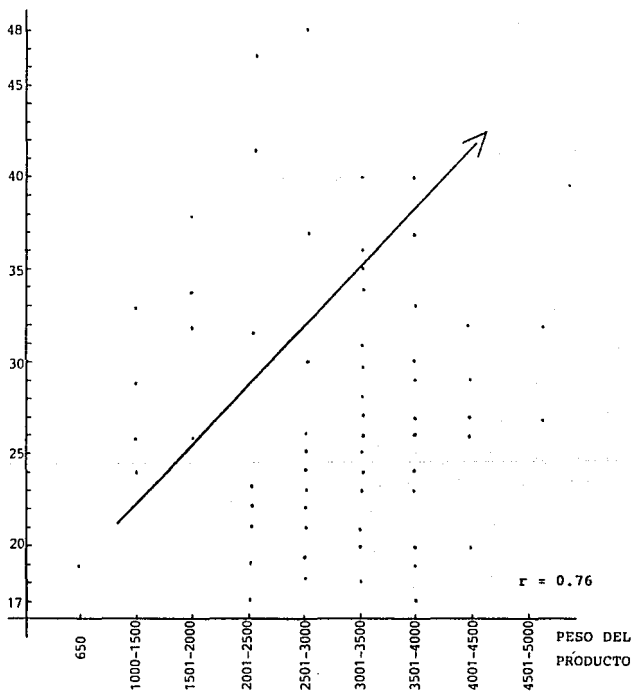


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y DEBETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

FIGURA 3

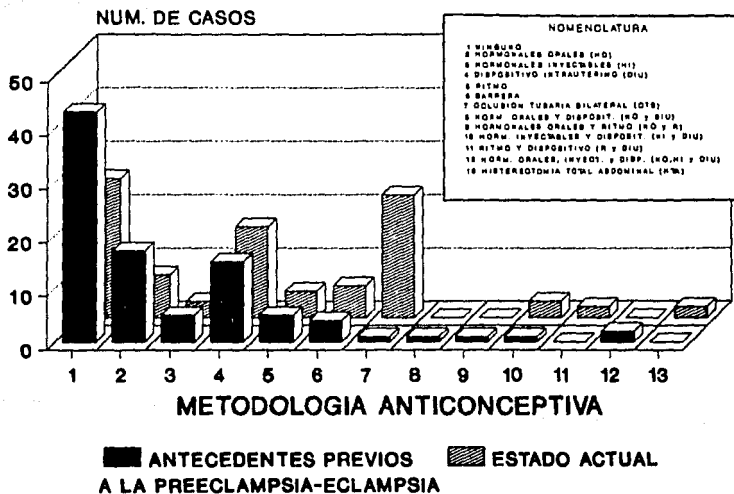
EDAD MATERNA VS. PESO DEL PRODUCTO

EDAD MATERNA



* Se registraron cinco muertes neonatales

FIGURA 4
METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Independientemente del ejercicio metodológico y la adquisición de mayores conocimientos sobre la preeclampsia o eclampsia, obtenidos por medio del desarrollo de este trabajo de investigación; una de las principales contribuciones en nuestra formación profesional, fué el hecho de ver como en la realidad la mayor parte de los problemas de salud estudiados son completamente prevenibles con medidas muy sencillas, básicamente al alcance de nuestra profesión, que pueden y deben ser llevadas a cabo en unidades médicas de primero, segundo o tercer nivel, por enfermeras.

Para ejemplificar mejor estos conceptos podemos hacer un símil económico, con los tres tipos de actividades sustantivas en el área de la salud: promoción, prevención y curación.

La promoción sería el equivalente al ahorro, con una visión a largo plazo y objetivos muy generales que incidirían en la mayor parte de las enfermedades. La prevención sería la inversión a mediano plazo, con objetivos muy definidos y orientación comunitaria. En tercer lugar la curación, equivaldría al gasto diario para enfrentar la necesidad de resolver problemas individuales. Por desgracia

este último tipo de actividades es la que predomina incluso en unidades médicas de primer nivel y consideramos que constituye una de las situaciones que la enfermera debe contribuir a modificar (19).

Por último cabe hacer la reflexión que si bien es cierto que en nuestro país se adoptó el modelo hospitalario, asistencial y curativo, sin haber solucionado previamente los problemas de saneamiento ambiental, educación higiénica y las campañas de prevención, y mientras predomine la educación curativa en nuestro modelo de atención a la salud, jamás habrá recursos suficientes para mejorar el nivel de salud de los mexicanos.

ANEXO I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL " IGNACIO ZARAGOZA "

I. S. S. S. T. E.

El presente cuestionario se aplica con el propósito de -
obtener datos que den a conocer el estado actual de salud
de pacientes que presentarán preeclampsia o eclampsia -
durante el embarazo, parto o puerperio.

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____

II. ANTECEDENTES MATERNOS

Edad: _____

Gestación: _____

Paridad: _____

Aborto: _____

Cesárea: _____

Metodología anticonceptiva: _____

Tiempo de uso: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Semanas de gestación: _____

Resolución del embarazo: _____

Servicio en el que fue atendida: _____

III. NIVEL SOCIOECONOMICO

Habitación

Casa propia () Rentada () Otros ()

Tipo de construcción

Concreto () Adobe () Mixto ()

Número de habitaciones (excluyendo cocina y baño) _____

Servicios con que cuentan

Luz () Agua () Drenaje ()

Intradomiciliarios () Extradomiciliarios ()

Ingreso económico mensual _____

Número de integrantes de la familia _____

IV. HABITOS HIGIENICO DIETETICOS

Frecuencia de baño _____

Frecuencia del cambio de ropa _____

Consumo por semana de: Carne _____

Huevo _____

Fruta _____

Leche _____

Verdura _____

V. ESTADO ACTUAL

Edad _____

Gestación _____

Paridad _____

Aborto _____

Cesárea _____

Metodología anticonceptiva _____

Tiempo de uso _____

Memoria _____

Signo de Meniere

Positivo () Negativo ()

Signo de Romberg

Positivo () Negativo ()

Marcha en Tandem

Positiva () Negativo ()

Acúfenos

Presente () Ausente ()

Fosfénos

Presente () Ausente ()

Visión borrosa

Presente () Ausente ()

Cefalea

Presente () Ausente ()

Disnea	
Presente ()	Ausente ()
Polidipsia	
Presente ()	Ausente ()
Polifagia	
Presente ()	Ausente ()
Destrostix _____	
Nicturia	
Presente ()	Ausente ()
Oliguria	
Presente ()	Ausente ()
Tenesmo vesical	
Presente ()	Ausente ()
Disuria	
Presnte ()	Ausente ()
Signo de Giordano	
Positivo()	Negativo ()
Multistix	
Glucosa _____	
Bilirrubina ____	
Cetonas _____	
Gravedad _____	
Sangre _____	
pH _____	

Proteínas _____
Urobilinógeno _____
Nitritos _____
Leucocitos _____
Tensión arterial ____ / ____

VI. ANTECEDENTES DEL PRODUCTO

Edad _____
Apgar _____
Sexo _____
Peso _____
Lugar de estancia:
Cunero fisiológico ()
Cunero patológico ()
Unidad de cuidados intensivos ()

VII. ESTADO ACTUAL DEL PRODUCTO

Peso _____
Talla _____
Valoración de los siguientes aspectos tomando en cuenta
la edad actual del producto.
Desarrollo motor _____
Percepción _____
Adaptación e integración _____

Lenguaje _____

Reflejos transitorios _____

ANEXO II

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA " ISSSTE

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

RECIENTE NACIDO

M O T O R	- Tono muscular ligeramente aumentado	()
	- En decúbito dorsal inclina la cabeza hacia los lados	()
	- En decúbito ventral levanta momentáneamente la cabeza	()
	- Reacciona con actividad motora masiva a los estímulos	()
	- Mantiene las manos empuñadas	()
PERCEPCION	- Observa objetos moviendose en su línea de visión	()
	- Se sobresalta al oír ruidos fuertes y súbitos	()
	- Tiene preferencia por los sabores dulces	()
	- Parpadea al rozarle las pestañas	()
	- Respuesta lenta a los estímulos nociocéptivos (picarle con alfiler)	()
ADAPTACION	- Sigue el movimiento de un objeto en un arco de 60°	()
	- Lloro cuando tiene hambre o esta molesto	()
E	- Disminuye su actividad al oír una voz suave	()
INTEGRACION	- Hace movimientos rotatorios cuando esta en el agua	()
LENGUAJE	- Emite sonidos asociados al llanto, hipo, tos, estornudo	()
	- Tiene sonidos faringéos	()
REFLEJOS	- Reflejo tónico del cuello (en posición supina voltear la cabeza hacia un lado y otro, el brazo de ese lado mostrará rigidez),	()
	Moro (voltear fuerte), succión, búsqueda (tocar mejillas), prensión, reciproco de pataleo	()
TRANSITORIOS	- Reflejos de vejiga e intestino muy activo	()
	- Suspensión vertical cabeza arriba: piernas flexionadas	()
	- Suspensión vertical cabeza abajo: caderas ligeramente flexionadas	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

DOS A TRES MESES

M O T O R	- Posición de la cabeza aún hacia los lados	()
	- En decúbito ventral incorpora la cabeza	()
	- Respuesta masiva a los estímulos	()
	- Movimientos vigorosos durante el baño	()
	- Las manos empuñadas	()
PERCEPCION	- Cierra los ojos a las luces fuertes	()
	- Se sobresalta a los ruidos fuertes	()
	- Muestra preferencia al sabor del agua dulce	()
	- Muestra inconformidad cuando le estimulan las fosas nasales	()
	- Responde despacio al estímulo nociocectivo	()
ADAPTACION E	- Ojos y cabeza siguen un objeto en arco de 90°	()
	- Puede sonreír en respuesta a una caricia	()
INTEGRACION	- En la posición habitual de alimentación da señales de saber que va a comer	()
LENGUAJE	- Balbucea	()
	- Empieza a vocalizar sonidos de vocales	()
REFLEJOS TRANSITORIOS	- Reflejo tónico del cuello, moro, succión, reciproco de pataleo, aropalpebral, de prensión	()
	- Reflejos esfinterianos muy activos	()
	- Orina aproximadamente 20 veces en 24 horas	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

CUATRO MESES

M O T O R	- Se sienta con ayuda	()
	- Se rasca y mueve los dedos	()
	- Alcanza un juguete y lo empuña	()
	- Mueve las extremidades independientemente	()
	- Presenta un tono muscular normal	()
PERCEPCION	- Intenta fijar los ojos	()
	- Voltea la cabeza hacia donde proviene el sonido	()
	- Discrimina el agua ligeramente endulzada	()
	- Presenta latencia al dolor muy corto	()
	- Voltea la cabeza cuando se le toca	()
ADAPTACION E INTEGRACION	- Sus ojos siguen el movimiento de una persona	()
	- Juega con sus manos y con su sonaja	()
	- Toma sus juguetes y se los lleva a la boca	()
	- Se inquieta ante sus alimentos	()
	- Se rie ante un estímulo	()
LENGUAJE	- Modula su voz cuando se arrulla	()
	- Perfecciona su vocalización	()
REFLEJOS	- Presenta reflejo de succión	()
	- Reflejo de pararse o reciproco de pataleo	()
	- Reflejo plantar indefinido	()
TRANSITORIOS	- Presenta suspensión vertical; cabeza arriba: con las caderas casi extendidas suspensión cabeza abajo: las piernas casi derechas	()
	- Reflejo de vejiga e intestino menos sensitivos	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

SIETE A OCHO MESES

M O T O R	- Gatea y comienza a arrastrarse	()
	- Empezar a sentarse sin ayuda	()
	- Con ayuda trata de pararse brevemente	()
	- Usa la prensión palmo radial predominantemente	()
	- Gira sobre su eje en busca de un objeto	()
PERCEPCION	- Extiende sus brazos en busca de un objeto	()
	- Reconoce las voces familiares	()
	- Muestra disgusto por algún alimento	()
	- Escucha el tic de un reloj en su oído	()
	- Localiza el sitio estimulado	()
ADAPTACION E INTEGRACION	- Da los brazos a las personas	()
	- Mientras se alimenta sostiene su botella	()
	- Sostiene dos cubos	()
	- Golpea la cuchara en la mesa como imitando	()
	- Demanda atención	()
Lenguaje	- Pronuncia las sílabas ba, ma y da	()
REFLEJOS	- Presenta el reflejo de succión	()
	- El reflejo extensor plantar es indefinido	()
	- Reflejo de caída y levantamiento bien definido	()
	- Tiene unas 16 micciones en 24 horas	()
TRANSITORIOS	- Extiende los brazos hacia el suelo con la columna hiperextendida	()
	- Las piernas las mantiene derechas	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

NUEVE A DIEZ MESES

M O T O R	- Gatea con bastante habilidad	()
	- Se ayuda para incorporarse	()
	- Señala los objetos con el dedo índice	()
	- Inicia con prensión tipo pinza	()
	- Se sienta sin ayuda	()
PERCEPCION	- Oye el sonido de un reloj a cierta distancia	()
	- La latencia del dolor continua constante	()
	- Predomina la visión con los dos ojos	()
	- Discrimina los alimentos que no le gustan	()
	- Presta atención al oír su nombre	()
ADAPTACION	- Empieza a imitar a los adultos	()
	- Puede empezar a mecerse	()
	- Define mejor sus deseos	()
E	- Bebe cuando se le da en taza	()
	- Se mueve independientemente y explora	()
INTEGRACION	- Muestra disgusto o gusto por los extraños	()
Lenguaje	- Emite sonidos ma-ma, da-da	()
REFLEJOS	- Reflejo de succión	()
	- Reflejo plantar exterior definido	()
	- Tiene unas 14 micciones en 24 horas	()
TRANSITORIOS	- El reflejo de pataleo desaparece	()
	- Reflejo de tipo permanente de caerse y pararse	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

ONCE A DOCE MESES

M O T O R	- Camina con ayuda	()
	- Mejora la prensión tipo pinza	()
	- Suavemente introduce un cubo en una taza	()
	- Coloca dos cubos, uno sobre otro	()
	- Inicia juegos sencillos con algún juguete	()
PERCEPCION	- Escucha la música	()
	- Localiza ruidos distantes	()
	- Puede repeler un olor desagradable	()
	- Localiza un área de dolor con su mano	()
	- Ve y toca un objeto a cierta distancia	()
ADAPTACION	- Ayuda a ponerse la ropa	()
	- Entrega un objeto que se le pide	()
E	- Imita escribir en un papel o borrar	()
	- Intenta comer por sí mismo	()
	- Explora los objetos con los ojos y las manos	()
INTEGRACION	- Muestra timidez	()
LENGUAJE	- Entiende algunas ordenes que se le den	()
	- Tiene un vocabulario de una a tres palabras	()
REFLEJOS	- El reflejo de succión se va extinguiendo	()
	- El reflejo plantar es predominantemente flexor	()
TRANSITORIOS	- Mejora el control de esfínteres	()
	- Suspensión cabeza abajo: extiende las manos al suelo	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

TRECE A QUINCE MESES

M O T O R	- Camina con pasos desiguales y base amplia	()
	- Sube escaleras ayudado	()
	- Es capaz de recoger unas migajas hábilmente	()
	- Abre y cierra cajas pequeñas	()
PERCEPCION	- Prefiere el color rojo	()
	- Oye perfectamente desde una distancia de dos pulgadas	()
	- Disminuye la latencia en respuesta al dolor	()
	- Localiza mejor cuando lo tocan	()
ADAPTACION E INTEGRACION	- Recuerda durante poco tiempo dónde dejó los juguetes	()
	- Tiene deseos específicos y los pide señalando	()
	- Le gustan los animales de juguete	()
	- Abraza sus muñecos	()
	- Apunta a sus ojos y nariz señalándolos cuando se le pregunta	()
	- Muestra interes al ver libros con imagenes	()
- Diferencia entre otros niños y adultos	()	
LENGUAJE	- Tiene un vocabulario de tres a seis palabras	()
	- Entiende varias palabras como: perro, carro, etc.	()
REFLEJOS TRANSITORIOS	- Los reflejos de búsqueda y succión desaparecen	()
	- El reflejo plantar es predominantemente flexor	()
	- Tiene cerca de 12 micciones en 24 horas	()
	- Suspensión cabeza abajo: extiende las manos hacia el suelo	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

DIECISEIS A DIECIOCHO MESES

M O T O R	- Corre rígidamente con caídas ocasionales	()
	- Sube a las sillas y camas	()
	- Abre cajones	()
	- Intenta destapar botellas pequeñas	()
	- Muestra dominancia sobre las manos	()
PERCEPCION	- Ve objetos a cierta distancia	()
	- Le gusta oler perfumes	()
	- Entiende cuando se le habla por su nombre	()
ADAPTACION E	- Trata de ponerse su ropa	()
	- Trae los juguetes cuando se le pide	()
INTEGRACION	- Se alimenta solo	()
	- Construye torres con dos o tres cubos	()
	- Puede dibujar burdamente imitando una raya	()
LENGUAJE	- Tiene un vocabulario de seis o más palabras	()
	- Nombra algunos dibujos de su libro	()
	- Puede obedecer ordenes	()
	- Usa una extensa jergonza	()
REFLEJOS TRANSITORIOS	- El reflejo plantar es predominante	()
	- El reflejo de Landau está presente	()
	- Suspensión cabeza abajo: extiende las manos hacia el suelo	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

VEINTIDOS A VEINTICUATRO MESES

M O T O R	- Corre sin caerse	()
	- Sube y baja escaleras solo	()
	- Aproxima el pulgar al meñique	()
	- Puede voltear hojas de un libro una por una	()
	- Toma un lápiz con los dedos	()
PERCEPCION	- Puede ver un objeto a cierta distancia	()
	- Oye un reloj a una distancia de tres pulgadas	()
	- La latencia al dolor es menor que al nacimiento	()
	- Localiza el dolor en el lugar preciso	()
ADAPTACION	- Acomoda tres o más cubos	()
	- Imita trazos circulares	()
E INTEGRACION	- Acomoda triángulos, círculos y cuadrados en forma precisa	()
	- Intenta doblar un papel	()
	- Trae varios objetos cuando se le ordena verbalmente	()
LENGUAJE	- Empieza a hablar haciendo oraciones de dos a tres palabras	()
	- Usa pronombres como tú o yo	()
	- La jerigonza ha sido suspendida, pero hace gestos	()
REFLEJOS TRANSITORIOS	- Hay control de esfínteres	()
	- El reflejo Landau está presente	()

DESARROLLO DEL NIÑO POR EDAD SEGUN ALVAREZ CHACON

TRES AÑOS

M O T O R	- Sube las escaleras alternando los pies	()
	- Se sostiene en un pie momentáneamente	()
	- Toma el lápiz con los dedos	()
PERCEPCION	- Localiza la dirección del sonido	()
	- La latencia de dolor es de aproximadamente la mitad que a los dos años	()
	- Puede reconocer la estimulación simétrica y simultánea (ambas mejillas)	()
	- Reconoce algunos olores	()
DESEMPEÑO	- Dobla papel	()
	- Copia círculos	()
	- Acomoda figuras geométricas de primera intención o después de uno o dos intentos	()
INTEGRATIVO	- Repite tres dígitos	()
	- Selecciona claramente el más pesado de dos cubos	()
	- Se alimenta él mismo	()
	- Se pone los zapatos	()
LENGUAJE	- Usa los pulgares	()
	- Cuando le ordenan verbalmente pone una pelota sobre o debajo de una silla	()
	- Diferencia el sexo	()
	- Comprende las preguntas y respuestas	()
REFLEJOS	- Control completo de los esfínteres	()
TRANSITORIOS	- Ocasionalmente se moja cuando esta durmiendo	()

A N E X O I I I

¿ QUE SE PRESENTA EN EL FETO ?

S E C U E L A S :

RECOMENDACIONES A MUJERES QUE NO HAN PRESENTADO LA ENFERMEDAD

SI SE PRESENTA LA ENFERMEDAD.

EN LA MADRE



- RETARDO EN SU CRECIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO
- PUEDE NACER ANTES DE TIEMPO
- BAJO PESO AL NACIMIENTO

- DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA ANTES DEL NACIMIENTO



ALTERACIONES CIRCULATORIAS



DAÑO HEPATICO (HIGADO)



DAÑO RENAL CAUSADO POR LA HIPERTENSION DURANTE EL EMBARAZO



- ALTERACIONES EN LA CIRCULACION DE LA PLACENTA QUE PRODUCE SUFRIMIENTO DEL FETO Y PUEDE INCLUSO HABER MUERTE FETAL



MUERTE DEL FETO Y PUEDE INCLUSO HABER MUERTE FETAL

EN EL NIÑO



- RETARDO EN EL CRECIMIENTO
- PUEDE HABER DAÑO NEUROLOGICO NO DETECTABLE EN LOS PRIMEROS AÑOS

SINO HASTA LA EDAD ESCOLAR (6-7 AÑOS) -MUERTE DEL NIÑO

SI ESTA EMBARAZADA :



DEBE VISITAR AL MEDICO CADA MES PARA EL CONTROL DE PESO Y TENSION ARTERIAL, ADEMAS DE LA EVOLUCION GESTACIONAL



TENER UNA ALIMENTACION BALANCEADA

SI NO ESTA EMBARAZADA :

EVITE EL USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES, ALTERNAN- DOSLOS CON METODOS NO HORMONALES COMO: BARRERA, RITHQ DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Y ESTA EMBARAZADA:

SUS CITAS MEDICAS SERAN MAS CONSTANTES DEBIENDO USTED VIGILAR Y COMUNICAR CUALQUIER SINTOMA DE SOSPECHA

Y NO ESTA EMBARAZADA:

DEBE CHECARSE PERIODICAMENTE SU TENSION ARTERIAL



LA VALORACION DEL DESARROLLO NEUROLOGICO, PESO Y TALLA DEL NIÑO DEBE VIGILARSE CONTINUAMENTE PARA DETECTAR EN FORMA OPORTUNA ALTERACIONES QUE REQUIERAN ATENCION ESPECIFICA

UN HIJO DE MADRE CON PREECLAMPSIA ECLAMPSIA REQUIERE DE MAS ATENCION Y VIGILANCIA DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS A FIN DE ESTIMULAR SU DESARROLLO



REFERENCIAS

- 1 . Instituto Mexicano del Seguro Social. Factores de Riesgo Perinatal México 1978 99-101
- 2 . Danforth N David. Tratado de Obstetricia y Ginecología Editorial Interamericana 4ª Edición México 1988 462-488
- 3 . L. Shhwarez Ricardo, Doverges A. Carlos. Obstetricia Editorial Ateneo Argentina 1988 220-602
- 4 . Stanley G Clayton, R. Newton Jonh. Obstetricia Editorial Salvat 764
- 5 . R. Bickerstafr Edwin. Los Anticonceptivos Orales y Complicaciones en el Sistema Nervioso Editorial El Manual Moderno 61-62
- 6 . Parra Roldan Dionisio. Epidemiología de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Tesis México 1990 88
- 7 . Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Edi-

UNIVERSIDAD DE LA BUENOS AIRES

ciones S.A. 2ª Edición México 1984

- 8 . López-Llera Méndez Mario. La Toxemia del Embarazo.
Editorial Limusa 2ª Edición México 1985 33

- 9 . H. Robinson Corinne. Nutrición Básica y Dietoterapia
Editorial Prensa Médica Mexicana. 1ª Edición México
1986

10. Pritchard A.Jack. Williams Obstetricia. Editorial
Salvat 3ª Edición España 1987 517

11. Alba Leonel Adela. Prevalencia de la Hipertensión
Arterial en la República. Tesis México 1989

12. Iffy Kaminetzky Lesly. Obstetricia y Perinatología.
Editorial Interamericana Tomo II Argentina 1985
1277-1278

13. Chávez Ignacio. Hipertensión Arterial Esencial Edi-
torial Crousier 1ª Edición Tomo II México 1984 211

- 14 Alcocer González Luis Angel. Hipertensión Arterial
Diagnóstico y Tratamiento. Editorial La Prensa Médi-

ca Mexicana 1ª Edición

15. Cacique Rios Irma Leticia. Morbi-Letalidad Perinatal y Materna en Embarazos Complicados por Hipertensión Arterial Tesis México 1988 15-16

16. S. Rodríguez Romeo. Nueva Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Pediátrico. 7ª Edición México 1986 Editorial Fco. M. Cervantes 98-102

17. Gorham Babson, Martínez Pernoll. Diagnóstico y Tratamiento del Feto y Recién Nacido de Riesgo. Editorial Panamericana 4ª Edición Argentina 1985

18. S. Hafii Mohammad. Desarrollo Humano, Crecimiento y Trastornos Emocionales de la Infancia. Niñez y Adolescencia Editorial Ateneo 1ª Edición 461

19. IEPES. Diálogo Nacional Salud y Seguridad Social. México, 1988 7-8

20. Libretas de Registro de Ingresos y Egresos de la Unidad Tocoquirúrgica México 1987-1990

21. Instituto Nacional de Perinatología. Significado Clínico de la Hipertensión Asociada al Embarazo México, 1987 28

22. Ramos Galván R., Somatometría Pediátrica. Archivo de Investigación Médica (México) 6 : Suplemento 1. 1975.

Esta TESIS fue impreso en los Talleres
Gráficos "ESCORPIO"
Cda. Mariana R. del Toro de Lasserín
No. 25 Local J Esq. Rep. de Chile
Centro, México, D. F.
Tel. 596-33-53 y 596-16-51