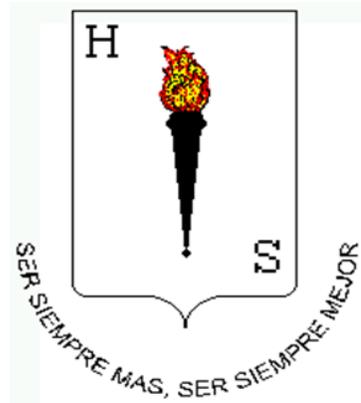


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PRE ECLAMPSIA

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA

EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA

MARISELA MARTÍNEZ GARCÍA

ASESORA DE TESIS

LIC. EN ENF. BALDERAS PEDRERA MARIA DE LA LUZ

MORELIA MICHOACAN.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

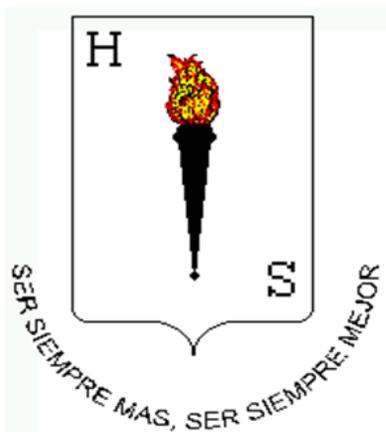
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PRE ECLAPMSIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA

EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA

MARISELA MARTÍNEZ GARCÍA

ASESORA

BALDERAS PEDRERA MARIA DE LA LUZ

MORELIA MICHOACAN

AGRADECIMIENTOS

A Dios por acompañarme en este largo caminar de la carrera de no dejarme caer y en cada tropiezo levantarme.

A mi madre que ha sido quien ha guiado mis pasos, que ha sido mi amiga, mi cómplice y aliada en mi vida, gracias por tu confianza, por tu compañía e inagotable apoyo y sobre todo por ese inmenso amor que me has mostrado, te amo mamá.

A mi amada hermana mayor que siempre confió en mí y que económicamente fue quien a echo posible que yo comenzara y terminara esta carrera, gracias hermana por privarte de cosas para que yo lograra este triunfo espero y hoy estés orgullosa de ti misma como yo lo estoy de ti por haber echo de mí una mejor persona y de haber hecho realidad uno de mis más grandes sueños, te amo.

A mis maestros que hoy han hecho posible un logro en mi vida y que han compartido conmigo su sabiduría para que yo lograra esta aventura que hoy me hace sentir orgullosa de mi misma, Gracias.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PRE ECLAMPSIA

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| INTRODUCCION..... | 2 |
| CAPITULO I | 3 |
| CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.2 ANTECEDENTES..... | 4 |
| 1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 5 |
| 1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 6 |
| 1.5 JUSTIFICACIÓN | 6 |
| 1.6 VIABILIDAD..... | 6 |
| CAPITULO II | 7 |
| CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1 CIENCIAS DE LA SALUD | 8 |
| 2.2 MEDICINA | 8 |
| 2.3 GINECOLOGÍA | 8 |
| 2.4 OBSTETRICIA | 9 |
| 2.4.1 EMBARAZO | 9 |
| 2.4.2. CONTROL PRENATAL..... | 9 |
| 2.5 PRE-ECLAMPSIA..... | 11 |
| 2.5.1 EPIDEMIOLOGÍA..... | 12 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.5.2 ETIOLOGÍA | 14 |
| 2.5.4 FISIOPATOLOGÍA DE PREECLAMPSIA | 20 |
| 2.5.5. CUADRO CLÍNICO | 22 |
| 2.5.6. CLASIFICACIÓN | 25 |
| 2.5.7 DIAGNÓSTICO..... | 27 |
| 2.5.7.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL..... | 30 |
| 2.7. COMPLICACIONES | 32 |
| 2.9-TEORÍAS MÉDICAS SOBRE PREECLAMPSIA..... | 35 |
| 2.10. ADOLESCENCIA | 40 |
| 2.10.1 COMCEPTUALIZACION DE LA DOLESCENCIA | 41 |
| 2.11. ENFERMERÍA | 41 |
| 2.11.1 ENFERMERÍA OBSTÉTRICA..... | 43 |
| 2.11.2 TEORÍA DE ENFERMERÍA SELECCIONADA PARA ÉSTE ESTUDIO | 45 |
| 2.11.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA | 48 |
| 2.11.3.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO..... | 49 |
| 2.11.3.2 CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PREVENCION EN EL CONTROL PRENATAL..... | 51 |
| 2.12. RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERIAE EN LA PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA EN CONTROL PRENATAL..... | 55 |
| 2.13. FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA | 57 |
| 2.14 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD (1952) | 58 |
| CAPITULO III | 60 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| CAPITULO III. ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 61 |
| CAPITULO IV..... | 62 |
| CAPÍTULO IV HIPOTESIS..... | 63 |
| 1.1 DESCRIPCION DE LA HIPOTESIA..... | 63 |
| 1.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES..... | 63 |
| 1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VAIABLES..... | 64 |
| 4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN..... | 65 |
| CAPITULO V..... | 69 |
| CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 70 |
| CAPITULO VI..... | 71 |
| CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS..... | 72 |
| CAPITULO VII..... | 81 |
| CAPÍTULO VII CONCLUSIONES..... | 82 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 83 |

RESUMEN

La pre eclampsia continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, por los efectos y consecuencias que ocasiona en diferentes órganos y sistemas.

Aun cuando la etiología de la pre eclampsia no se conoce con precisión, la prevención juega un papel muy importante para evitar la muerte por esta patología; por ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de autocuidado que permitan la detección oportuna para realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. En este sentido el control prenatal, la referencia de los casos y la atención de la urgencia obstétrica son de vital importancia.

Se han identificado importantes factores de riesgo para el desarrollo de este padecimiento, algunos de los cuales podrían ser manipulados, y en teoría ayudar a disminuir la probabilidad de desarrollar este síndrome.

INTRODUCCION

En la presente investigación se abordaron diferentes temas con la finalidad de desarrollar el tema principal como es cuidados de enfermería en la pre eclampsia. En el capítulo uno comencé haciendo una descripción de mi planteamiento del problema en cuanto a lo que representa en la actualidad esta patología, siendo esta una de las enfermedades con un alto índice de mortalidad materno-fetal además de que aún se desconoce a ciencia cierta su etiología. Por consiguiente encontré algunos antecedentes que existen que abordan este tema como son cuidados de enfermería en la pre eclampsia de los cuales me indujeron a que me planteara una pregunta de investigación la cual también es descrita. Así como intenté presentar una justificación del porqué de mi investigación, describiendo también mi objetivo al desarrollar esta investigación, de la viabilidad y de las limitaciones que tengo para su realización. En el capítulo dos abordé definiciones de varios temas para poder abordar y comprender el tema principal, comenzando con los temas de las Ciencias de la salud, la Medicina, la ginecología, la obstetricia, hasta abordar los temas enfocados a esta investigación como es la pre eclampsia y finalmente los cuidados de enfermería en la mujer gestante con pre eclampsia los cuales son desarrollados más ampliamente para su entendimiento. En los capítulos siguientes desarrollé el alcance de esta investigación, de la hipótesis y su descripción de la misma la manera en que realice esta investigación con la elaboración y ayuda de un cuestionario y por medio de gráficas para la comprobación de la hipótesis planteada en uno de los siguientes capítulos y así sucesivamente hasta llegar a una conclusión.

CAPITULO I

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Diversos estudios indican que la pre eclampsia, es uno de los desórdenes hipertensivos más frecuentes durante el embarazo, con una incidencia en la población general del 5% al 10%. Uno de los problemas sobre esta patología es el desconocimiento de su etiología, siendo la mujeres en extremos de la vida, (principalmente la mujer adolescente de 13 a 19 años) quien con frecuencia presenta esta patología.

Es conocido que la hipertensión en el embarazo es una complicación frecuente y potencialmente peligrosa para la madre, el feto y el recién nacido, tendiendo una serie de principales complicaciones que pueden causar la muerte, por lo que se maneja como una de la principales patologías que tienen una alta mortalidad materna. Por lo que uno de los objetivos es destacar los cuidados de enfermería que nos ayuden a identificar el síndrome de hipertensión inducida por el embarazo para darle una mejor atención a la mujer embarazada.

1.2 ANTECEDENTES

Es importante conocer los cuidados de enfermería que deben brindarse a las pacientes con pre eclampsia. Por lo que se han realizado investigaciones. Se realizó una encuesta descriptiva al personal de enfermería de los servicios de toco cirugía y gineco-obstetricia del Hospital Regional General No. 1 de Culiacán, Sinaloa, de marzo a junio de 2005, siendo el universo el 100% del personal de los servicios estudiados. Dentro de los criterios de selección, se incluyó a todo el personal de enfermería de base, incluso auxiliares de enfermería con título, se excluyeron 7 enfermeras por no estar tituladas.

Sin eliminar ninguna del estudio. La variable principal fue el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre pre eclampsia eclampsia, definiéndose como la información que tiene la enfermera sobre signos y síntomas, complicaciones y cuidados de la usuaria con dicha enfermedad, donde se estableció la escala de medición, determinándose como conocimiento bueno, del 86 al 100% de los ítems contestados correctamente, regular, del 70 al 85%, y deficiente en menos de 70%. Se elaboró un instrumento de recolección de datos, estructurado con treinta ítems, diseñado de acuerdo a los siguientes criterios; concepto, signos y síntomas, factores de riesgo, complicaciones, tratamiento y cuidados de pacientes con pre eclampsia-eclampsia, el cual se validó por tres rondas de expertos (un ginecólogo, la subjefe de enfermeras de educación y una coordinadora de cursos pos técnicos), posterior a esta revisión quedaron 20 temas y se aplicó una prueba piloto a personal de enfermería ajeno a los servicios de la investigación. Más tarde, el instrumento de medición se aplicó en forma directa y de manera individual al personal seleccionado para la investigación.

Los resultados se tabularon en cuadros y gráficas, utilizando frecuencia, porcentaje, medidas de tendencia central, promedio y desviación estándar. Previo se elaboró un consentimiento informado para el investigado, en donde firmó y aceptó participar en la investigación. (González, at el 2008)

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué nivel de conocimientos tienen las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre los cuidados de la pre eclampsia en las adolescentes, de Morelia Michoacán del primero junio al primero julio 20012?

1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar el nivel de conocimientos que tienen las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre los cuidados de la pre eclampsia, de Morelia Michoacán del primero junio al primero de julio 2012.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Se desconoce la incidencia con la que se presenta la pre-eclampsia así como la forma de presentación clínica más frecuente y la existencia de protocolos de tratamiento en el manejo de las pacientes adolescentes atendidas en el hospital de nuestra señora de la salud de Morelia Michoacán que padecen pre-eclampsia, desconociendo también si llevan un adecuado control prenatal y si se les brindan los cuidados adecuados de enfermería. Esta patología en la mujer adolescente tiene una frecuencia relativamente importante, siendo una de las principales causas de mortalidad en México.

1.6 VIABILIDAD

Se cuenta con los recursos tanto materiales como humanos con la posibilidad de asistir a la biblioteca de la para la adquisición de libros que pueden ser útiles para la misma investigación, así como la facilidad de adquirir libros de la misma escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

CAPITULO II

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 CIENCIAS DE LA SALUD

Cabe destacar que las ciencias de la salud son aquellas que permiten obtener los conocimientos necesarios para ayudar a prevenir enfermedades y a desarrollar iniciativas que promuevan la salud y el bienestar tanto de una persona en particular como de la comunidad en general. La bioquímica, la bromatología, la medicina y la psicología, entre otras, son ciencias de la salud. (León, et al, 2012).

2.2 MEDICINA

La medicina ha sido definida corrientemente como "la ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud", o "el arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad", o finalmente, "la ciencia de curar y precaver las enfermedades". Se puede objetar esas definiciones precisando que la medicina no ha sido siempre una ciencia, es decir, "conocimiento cierto de las cosas por sus principios y causas", y que difícilmente ha sido en algún momento sólo un arte, o sea, "la disposición o habilidad para hacer alguna cosa" o "el conjunto de reglas necesarias para hacer bien alguna cosa". (León B. et al 2012).

2.3 GINECOLOGÍA

Literalmente, ginecología significa "ciencia de la mujer", sin embargo, al aplicarla a la práctica de la medicina, se refiere como una especialidad médica y quirúrgica que estudia su fisiología, además de tratar las enfermedades de su sistema reproductor es decir: genitales externos, internos y mamas de la mujer no embarazada. (Sánchez. Recuperado el 11 de Mayo 2012.).

2.4 OBSTETRICIA

La Obstetricia, viene del latín *obstrare* <estar en espera> o *tología*; es la especialidad médica que se ocupa de la vigilancia y el cuidado del embarazo, parto y puerperio, además de comprender los aspectos psicológicos de la maternidad. (Sánchez. Recuperado el 11 de Mayo 2012).

2.4.1 EMBARAZO

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario). (Guías Diagnóstico de consulta externa. Recuperada el 11 de mayo 2012).

2.4.2. CONTROL PRENATAL

El control prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012).

2.4.2.1 LOS OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL SON:

- 1.-Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño
2. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
3. Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.

Continuación.

4. Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.
5. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
6. Detectar alteraciones en la salud materna y fetal.

(Rojas. Recuperado el 9 de mayo 2012).

2.4.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura. (Rivera.2008).

a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo. (Rivera.2008).

b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento. (Rivera.2008).

c) Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional. (Rivera.2008).

2.5 PRE-ECLAMPSIA

La pre eclampsia es un desorden multisistémico que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de embarazo, que conlleva cambios patológicos principalmente isquémicos, que afectan diversos órganos como placenta, riñón, hígado, cerebro, entre otros. De las complicaciones graves del embarazo es la más común y temida, por lo que se debe diagnosticar y tratar rápidamente, ya que en casos severos pone en peligro la vida de la madre y el feto. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012).

La hipertensión es la complicación médica más común del embarazo, aunque para algunos autores es la segunda complicación médica del embarazo sólo después de la anemia; es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulíparas de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a la pre eclampsia. Afecta entre 3-10% (promedio 5%) de los embarazos, es la principal causa de muerte materna en el mundo y en Estados Unidos representa al menos 15% de las muertes relacionadas con embarazo. (Pre eclampsia 2012).

Es definida como un incremento de al menos 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación, un incremento en la presión sanguínea diastólica de al menos 15 mmHg respecto a un nivel previo a la semana 20 combinado con proteinuria (> 300 mg en 24 horas). (Rivera, 2008).

Las mediciones de la presión arterial citadas deben ser medidas al menos 2 ocasiones con por lo menos 6 horas de separación. La proteinuria puede ser una toma simple de orina al azar que indique al menos 30 mg/dL 3 ó ++ en dos muestras de orina según el tipo de prueba. El criterio del incremento de 30 mmHg en la presión sistólica y/o 15 mmHg en la presión diastólica respecto a valores previos a la semana 20 de gestación ha sido eliminado por ser poco específico. (Rivera, 2008).

La Pre-eclampsia (PE) es un síndrome específico del embarazo secundario a una reducción de la perfusión de órganos múltiples, secundario al vaso espasmo 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. . (Rivera.2008).

Algunos autores señalan, que la hipertensión arterial no proteinúrica (descartada la hipertensión arterial crónica) tiende a considerarse como una forma distinta de pre-eclampsia y parece tener mejor pronóstico materno-fetal, siendo sinónimos los términos de hipertensión arterial transitoria e hipertensión arterial gestacional sin proteinuria: Sociedad Internacional y F.I.G.O. Sin embargo el Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy, modificó ligeramente el criterio del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y añadió el término: "hipertensión gestacional" para las mujeres que desarrollan hipertensión sin proteinuria durante el embarazo, reservando el término "hipertensión transitoria " para un diagnóstico definitivo hecho posparto. (Rivera. 2008).

2.5.1 EPIDEMIOLOGÍA

La pre eclampsia es la complicación médica más frecuente del embarazo, ha sido encontrada en 5 a 12% de los embarazos. La incidencia de eclampsia varía entre 2 y 13%o. En Carolina del Norte, Ananth (1995) describió una incidencia de pre eclampsia de 3,6% y, en Suecia, Ostlund (2004) la encontró en 2,4% de los embarazos. (Sixto. 2006).

En México, también es la complicación más frecuente del embarazo, la incidencia es de 47.3 por cada 1 000 nacimientos y es además, la primera causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia intensiva (debido a hemorragia masiva, para recibir soporte hemodinámico), según la secretaría de

salud (2001) la mortalidad por complicaciones del embarazo ocupa el 15º lugar en la mortalidad hospitalaria en general. Además, la tasa de pre eclampsia se ha incrementado 40% en el periodo entre 1990 y 1999 y constituye hasta 40% de los Partos prematuros iatrogénicos. (Pre eclampsia 2012).

La pre eclampsia es un trastorno propio de primigestas, fundamentalmente en los extremos de la edad reproductiva. De hecho, el 65-75% de mujeres con pre eclampsia son primigestas. Por tanto, el primer embarazo confiere cierto "efecto protector" (incluso si termina en un aborto espontáneo precoz), pero éste tiene "caducidad", se pierde con el paso de los años (a los 10 años el riesgo se iguala al de nulíparas) y con los cambios de pareja. (González.et al. 2008).

a) Edad: más frecuente en menores de 18 años y mayores de 35, aunque algunos estudios demuestran que el riesgo se puede observar en embarazos en menores de 21 años. (González.et al. 2008).

b) Clase social, raza, nivel socioeconómico: contrariamente a lo que se creía no predisponen a padecer PEC con más frecuencia. (González.et al. 2008).

c) Tabaco: las mujeres gestantes fumadoras habitualmente tienen con menor frecuencia eclampsia que las no fumadoras, el riesgo relativo es de 0.17, es un factor protector. El tabaco disminuye el riesgo de pre eclampsia y disminuye la Tensión arterial durante el embarazo. Autores argentinos prohíben absolutamente su consumo durante el transcurso del embarazo. Las explicaciones de la reducción de la pre eclampsia en fumadoras permanecen evasiva. (González.et al. 2008).

d) Paridad: las primigestas tienen más posibilidades de enfermedad hipertensiva del embarazo, son 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas. El riesgo de PEC es generalmente inferior en segundos embarazos que en primeros, pero no si la madre tiene un nuevo compañero para el segundo embarazo. (González.et al. 2008).

Una explicación es que reducen el riesgo con la exposición repetida maternal y la adaptación a antígenos específicos del mismo compañero. Sin embargo la diferencia en el riesgo podría en cambio ser explicado por el intervalo entre nacimientos. (González.et al. 2008).

e) Historia Familiar: las hijas de madres que tuvieron pre eclampsia tienen la posibilidad de padecerla hasta en un 26% de los casos, importante el papel hereditario de esta enfermedad. La contribución de genes paternos al feto pueden ser importantes en la fisiopatología de PEC, y genes maternos pueden tener un papel clave en la placentación. (González.et al. 2008).

2.5.2 ETIOLOGÍA

La naturaleza exacta del acontecimiento primario que causa la pre-eclampsia/eclampsia sigue siendo desconocida. Se considera de origen multifactorial, incluyendo alteraciones placentarias, vasculares, genéticas, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas, inmunológicas, o mixtas a las que se suman factores culturales, sociales, económicas y geográficas. (Moreno,et al 2012).

2.5.3 –PATOGENIA

La isquemia placentaria como mecanismo patogénico fundamental: La pre eclampsia se debe a una hipoxia o isquemia placentaria secundaria a una hipo perfusión trofoblástica, la cual se va agravando conforme progresa el embarazo hasta manifestarse clínicamente a partir de la mitad de la gestación. (Moreno, et al 2012).

Un embarazo normal, se producen una serie de cambios a nivel de las arterias espirales que irrigan el espacio intervelloso. Así, durante la implantación el trofoblasto penetra en la decidua e invade la pared de dichas arterias espirales, de

manera que el endotelio y la lámina elástica interna son sustituidas por células trofoblásticas. Se producen dos oleadas de invasión vascular por el trofoblasto en el lugar de la implantación, la primera inicia alrededor de las 6-8 semanas y segunda sobre las 16 semanas, completándose el proceso alrededor de las 18-20 semanas.

Al finalizar este proceso las arterias espirales quedan transformadas en las arterias útero-placentarias, cuyo diámetro en la zona de la implantación aumenta unas cuatro-seis veces en condiciones normales, al haber perdido el endotelio y pared musculo elástica a nivel de todo su segmento decidual y del tercio interno miometrial. Se piensa que esta infiltración trofoblástica es esencial para dilatar las arterias espirales, al hacerlas insensibles a la influencia de agentes vasopresores, con el fin de incrementar el flujo vascular útero-placentario en la segunda mitad del embarazo. (Moreno, et al 2012).

- En la pre eclampsia, la perfusión trofoblástica se altera por dos lesiones que afectan a las arterias espirales, ramas finales de las arterias uterinas encargadas del aporte de sangre al espacio intervelloso:

En primer lugar, hay una deficiente infiltración trofoblástica de las paredes de las arterias espirales durante la placentación al no producirse la segunda ola de invasión vascular por el trofoblasto, con lo que los cambios fisiológicos adaptativos o bien no se producen en absoluto o bien se limitan a los segmentos deciduales de las arterias espirales, con lo que el endotelio y la pared musculo elástica de los segmentos miometriales no se modifican, manteniendo intacto el musculo liso de la pared vascular que puede por tanto responder a los agentes vasoconstrictores circulantes, lo que hace que las arterias espirales no se dilaten lo que les correspondería (su diámetro es aproximadamente el 40% del de dichas arterias en un embarazo normal).

Esta implantación anormal del trofoblasto probablemente está mediada por mecanismos inmunológicos, aunque también puede ser secundaria a una patología micro vascular, o un tamaño placentario excesivo. El problema se desarrolla pues en un momento muy precoz del embarazo (placentación anormal) en el que no existe enfermedad clínica (estadió preclínico). (Moreno, et al 2012).

Y en segundo lugar, muchas arterias espirales sufren una aterosclerosis aguda. Se trata de una lesión endotelial característica de la pre eclampsia que consiste en la obstrucción total o parcial de la luz de dichas arterias por la formación de 4 agregados de plaquetas y fibrina e invasión por macrófagos cargados de lípidos vecinos (lipófagos o células espumosas). Se ha atribuido una base inmunológica a la aterosclerosis aguda. Sin embargo, sería más lógico suponer que no es más que una manifestación más de la lesión endotelial materna generalizada. (Moreno, et al 2012).

Estas dos lesiones, si bien son características de la pre eclampsia, no son patognomónicas de este trastorno, ya que ambas pueden también observarse en el retraso del crecimiento fetal sin afectación materna. (Moreno, et al 2012).

A consecuencia de la deficiente placentación, la aterosclerosis aguda y la trombosis asociada, se reduce el flujo vascular útero-placentario en un 50-70%, y se supone que esto produce una isquemia placentaria, que va a ser la responsable de todas las manifestaciones clínicas de la pre eclampsia, tanto del síndrome materno como del fetal. (Moreno, et al 2012).

La alteración endotelial y la respuesta inflamatoria sistémica materna como nexos de unión entre la patología placentaria primaria y la enfermedad generalizada:

En la actualidad se acepta que la disminución de la perfusión trofoblástica provoca la liberación por parte de la placenta isquémica de factores antiangiogénicos

(sFlt1: soluble fms-like tyrosine kinase-1, también conocido como sVEGFR-1, una variante soluble del receptor del factor de crecimiento vascular endotelial – VEGF -), los cuales pasan a la circulación sistémica materna y actúan contra el endotelio vascular e inducen una lesión subletal de dichas células endoteliales al antagonizar moléculas proangiogénicas (como el VEGF y el factor de crecimiento placentario – PIGF -).

En las pacientes que desarrollarán pre eclampsia, ya en estadios preclínicos (varias semanas antes de la aparición de los primeros signos/síntomas), existe un aumento de los niveles en sangre (y de su excreción en orina) del sFlt-1 y una disminución de los niveles de VEGF y PIGF libres.

El aumento del sFlt-1 es tanto más marcado cuanto más precoz y más grave vaya a ser la pre eclampsia y cuando ésta se asocia a retraso del fetal. Por ello, se piensa que el exceso de sFlt1 desempeña un papel causal en la patogénesis del síndrome materno de la pre eclampsia, neutralizando al VEGF y PIGF. (Moreno, et al 2012).

Las células endoteliales tapizan todos los vasos del organismo (siendo uno de los tejidos más extensos del organismo). Los factores trofoblásticos circulantes (sFlt-1 y otros) alteran específicamente las células endoteliales maternas, que se hallan en 5 diferentes lugares y con funciones diversas, causando así los muchos trastornos clínicos diferentes observados en la pre eclampsia. (Moreno, et al 2012).

Se sabe que las células endoteliales desempeñan complejas e importantes funciones protectoras:

- Mantenimiento de la integridad del compartimento vascular, regulando así la permeabilidad vascular. (Moreno, et al 2012).

- Modulación del sistema de coagulación: en condiciones fisiológicas evita la activación de la coagulación intravascular ya que produce y libera sustancias anticoagulantes. (Moreno, et al 2012).
- Regulación del tono vascular, al influir sobre el músculo liso subyacente de la pared vascular. En condiciones fisiológicas produce una vasodilatación local al producir sustancias vasodilatadoras: Prostaciclina y óxido nítrico. (Moreno, et al 2012).
- Funciones especializadas en algunos órganos como la filtración glomerular en los capilares glomerulares del riñón. (Moreno, et al 2012).

Al activarse o lesionarse las células endoteliales, como ocurre en la pre eclampsia, se pierden estas funciones protectoras normales y aparecen otras nuevas patológicas: Se pierde la integridad de los complejos de unión intercelular, así como la función de regulación del transporte de proteínas y líquidos, con lo que aumenta la permeabilidad vascular, favoreciéndose la extravasación de líquidos y proteínas desde el espacio intravascular (edemas). (Moreno, et al 2012).

Las células endoteliales lesionadas activan las plaquetas circulantes a ese nivel; éstas reaccionan liberando sustancias vasoconstrictoras (tromboxano A₂, serotonina, etc.) y pro coagulantes. Las células endoteliales lesionadas pierden su papel como antagonistas de los efectos vasoconstrictores de agentes presores circulantes normales: disminuye la producción de sustancias anticoagulantes y vasodilatadoras (Prostaciclina y óxido nítrico), mientras que la activación local plaquetaria hace que se libere tromboxano. En las mujeres con pre eclampsia está aumentado el cociente tromboxano/Prostaciclina. Además, el endotelio patológico adquiere la capacidad para producir un potente vasoconstrictor denominado endotelina-1. Todo ello se traduce por un lado en la aparición de un vasoespasmo en la zona donde la función del endotelio se halla alterada y, por otro lado, en una 6 agregación plaquetaria, activación local de la coagulación intravascular y consiguiente formación de coágulos intravasculares.

Ambos efectos reducen la perfusión del órgano afectado lo cual hace que, dependiendo de la susceptibilidad individual del endotelio de cada paciente, la pre eclampsia pueda manifestarse con una clínica muy variada. (Moreno, et al 2012).

Por otro lado, hoy en día también se sabe que la hipoxia trofoblástica acaba provocando un estrés oxidativo en la placenta durante la segunda mitad del embarazo. A consecuencia de ello hay un desequilibrio entre las defensas antioxidantes y la producción de radicales libres a favor de éstos últimos.

Este desequilibrio también contribuye a causar la alteración endotelial difusa mencionada, y además induce una respuesta inflamatoria sistémica en la madre. Se sabe que el trofoblasto hipóxico libera a la circulación materna, por apoptosis, material de detritus (micropartículas de las membranas del sincitiotrofoblasto, fragmentos de citoqueratinas, RNA y DNA solubles de origen fetal, e incluso células citotrofoblásticas).

Estos detritus trofoblásticos son proinflamatorios y su paso al torrente circulatorio materno se halla muy aumentado en la preeclampsia.

Aunque una mínima cantidad de estos productos puede hallarse en sangre materna en cualquier embarazo normal, el paso excesivo de tales sustancias genera una respuesta inflamatoria sistémica materna exagerada, que será la causante (junto con la alteración endotelial) de los signos clínicos de la preeclampsia, tanto maternos (hipertensión, proteinuria, alteración de función hepática, etc.), como fetales (retraso del crecimiento, asfixia o muerte) (estadio clínico de la preeclampsia). Múltiples marcadores de inflamación se hallan elevados en las mujeres con preeclampsia. (Moreno, et al 2012).

2.5.4 FISIOPATOLOGÍA DE PREECLAMPSIA

La preeclampsia produce importantes cambios fisiopatológicos (morfológicos y funcionales) que, en general (y de modo didáctico), podemos agrupar en tres niveles diferentes:

Patología placentaria primaria:

Como acabamos de ver, en su origen la preeclampsia es una enfermedad trofoblástica. Las dos lesiones placentarias características de la preeclampsia (placentación deficiente y aterosclerosis aguda de las arterias espirales) no son específicas de este trastorno, puesto que también pueden ocurrir en el retraso del crecimiento fetal con ausencia de síndrome materno. Estas lesiones placentarias ocurren mucho antes de que la preeclampsia llegue a expresarse clínicamente. (Moreno, et al 2012).

Patología secundaria:

Determinada por la repercusión materna y fetal de la patología placentaria primaria, a través de la lesión endotelial y la respuesta inflamatoria sistémica materna:

Sistema cardiovascular:

La reactividad vascular frente a agentes vasoconstrictores exógenos (vasopresina, catecolaminas, angiotensina II, etc.) está disminuida en un embarazo normal en comparación con mujeres no embarazadas. Por el contrario, las mujeres con preeclampsia tienen una mayor reactividad vascular, debido al desequilibrio entre el tromboxano y la prostaciclina.

Esta mayor sensibilidad a los agentes vasopresores circulantes normales origina un vasoespasmo generalizado, a consecuencia del cual se produce la hipertensión (por aumento de las resistencias periféricas). Este vasoespasmo contribuye a que disminuya la perfusión de los diversos órganos maternos, lo cual se piensa que es el origen de la alteración de la función orgánica que presentan las mujeres con preeclampsia. (Moreno, et al 2012).

Hemorreología:

En la preeclampsia no se produce la expansión fisiológica del volumen plasmático, estando éste reducido en comparación con un embarazo normal. La disminución del volumen plasmático provoca una hemoconcentración. Esta reducción del volumen plasmático se debe fundamentalmente a la hipoalbuminemia característica de este trastorno, la cual ocasiona una disminución de la presión osmótica coloidal que favorece la extravasación de líquido desde el compartimento vascular (hipovolemia) al espacio intersticial (edema). (Moreno, et al 2012).

Sistema renal:

La afectación renal constituye uno de los hallazgos más constantes en la preeclampsia, porque el endotelio glomerular es especialmente sensible.

La presencia de proteinuria indica enfermedad avanzada, asociada a peor pronóstico que si no hay proteinuria. La lesión anatomopatológica renal característica es la endotelios glomerular. El fallo renal está causado por una obstrucción glomerular secundaria al vasoespasmo, la endoteliosis y fenómenos de microtrombosis, impidiendo con ello la filtración de sangre en orina. Por tanto el problema primario no es una depleción de volumen. También se produce una alteración del sistema renina-angiotensinaaldosterona, estando los niveles de renina y angiotensina aumentados en el embarazo normal y disminuido en la preeclampsia. (Moreno, et al 2012).

La patología renal también provoca una hiperuricemia, componente bien descrito del trastorno, por aumento de la reabsorción y disminución de la secreción tubular. La hiperuricemia generalmente es un hallazgo precoz, que precede al inicio de la proteinuria (a veces hasta 3 semanas), y es útil para el diagnóstico en esta fase. (Moreno, et al 2012).

Conforme aumenta el ácido úrico plasmático, la concentración plasmática de urea y creatinina al principio permanecen inalteradas, tendiendo a aumentar lentamente después de que la proteinuria se haya hecho aparente. También hay retención de sodio e hipo calciuria. La hiperuricemia se asocia a peor pronóstico fetal. (Moreno, et al 2012).

2.5.5. CUADRO CLÍNICO

En la preeclampsia se afecta la microcirculación de todo el organismo, en especial la cerebral, por lo que allí se producen múltiples zonas de hemorragia causadas por la ruptura del endotelio vascular, con la consiguiente hipoxia. (Moreno, et al 2012)

Todo el fenómeno se debe, en gran medida, a la vasoconstricción sostenida y a la presencia de trombos plaquetarios, los cuales son más frecuentes en los lóbulos occipitales. (Moreno, et al 2012)

La vasoconstricción persistente, la trombosis y la hipoxia cerebral son importantes elementos constitutivos de la hipótesis que explica el mecanismo por el cual se presentan convulsiones en las pacientes con eclampsia. Clínicamente, estas convulsiones se caracterizan por ser tónico-clónicas generalizadas, de aparición en la segunda mitad del embarazo, y en pacientes que presentan edema, proteinuria e hipertensión arterial. (Moreno, et al 2012)

La ocurrencia de convulsiones antes de esta edad gestacional se puede correlacionar con la presencia de mola hidatiforme.

La presencia de amaurosis también es considerada un criterio diagnóstico de eclampsia (8,24). Hasta 90% de las pacientes preeclámpticas suele presentar signos o síntomas premonitorios de eclampsia como son cefalea severa, trastornos visuales, dolor en barra en el hipocondrio derecho e hiperreflexia osteotendinosa. Mattar y Sibai, así como Cifuentes, han reportado que se presenta una mayor incidencia de las convulsiones en el periodo anteparto: 72% y 50% respectivamente, mientras que 25% a 33% de las convulsiones se presentan en el periodo intraparto y 23% a 28% se suceden en el periodo posparto. Miles y cols. (25) reportaron que sólo 3% de 254 mujeres eclámpticas evaluadas presentaron convulsiones después de 48 horas posparto. (Moreno, et al 20012)

Además, estos autores sostienen que si la mujer presenta convulsiones más allá de los tres días posparto, se requiere una evaluación neurológica exhaustiva. Varios autores consideran como factor de riesgo importante para complicación materna la edad gestacional a la cual se presentan las convulsiones, y sentencian que es de peor pronóstico cuando se presentan antes de las 32 semanas de gestación y sobre todo si están asociadas a tensión arterial diastólica muy elevada y a la presencia de proteinuria.

Todo este cuadro a la vez se correlaciona en gran medida con una mayor tasa de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, Síndrome de HELLP, insuficiencia renal aguda y elevada morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Moreno, et al 2012).

TABLA

(Moreno, et al 20012)

| MANIFESTACIONES CLINICAS Y DE LABORATORIO DE LA PRE ECLAPMSIA | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Manifestaciones | Leve | Severa |
| MATERNAS | | |
| Presión arterial sistólica | $\geq 140 / < 160$ mm HG | 160 mm Hg |
| Presión arterial diastólica | $\geq 90 / < 110$ mm Hg | 110 mm Hg |

| | | |
|----------------------------------------|------------------|--------------------------|
| Síntomas visuales auditivos | Ausentes | Presentes y persistentes |
| Hiperreflexia | En ocasiones | Leve/accentuada |
| Dolor abdominal alto | Ausente | En ocasiones |
| Oliguria | Ausente o mínima | Menor a 17 ml/hora |
| Fetales | | |
| Retardo en el crecimiento intrauterino | Esporádico | Frecuente |
| Sufrimiento fetal | En ocasiones | En ocasiones |

Continuación

| MANIFETACIONES CLINICAS Y DE LABORATORIO DE LA PRE ECLAMPسيا | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Manifestaciones | Leve | severa |
| Laboratorio | | |
| Hemolisis intravascular | Ausente | En ocasiones |
| 2 Trombocitopenia | En ocasiones | En ocasiones |
| Proteinuria | 300 mg o más en 24 horas | 5 gr o más en 24 horas. |
| Transaminasa glutamicoexaminasa (TGO-AST). Transaminasa glutamicopiruvic.(TGPALT) Deshidrogenasa láctica (DHL) | Pueden estar o no elevadas | Pueden o no estar elevadas |

2.5.6. CLASIFICACIÓN

Preeclampsia leve: presión arterial de 140/90 mm Hg o más, o elevación de 30 mm Hg, en la sistólica y 15 mm Hg en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previa, se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria de más de 300 mg en 24 horas, ausencia de síntomas. (Moreno P, et al 20012).

Preeclampsia severa: presión arterial de 160/110 mm hg o más, después de las 20 semanas hasta los 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gr en 24 HRS, presencia de cefalea, acufenos, fosfenos, edema generalizado. (Moreno P, et al 20012).

Inminencia de eclampsia: se establece el diagnostico cuando después de la semana 20 de gestación, parto o puerperio (no más de 30 días), aparecen uno o más de los siguientes datos: presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg con presión arterial diastólica mayor de 115 mmHg, proteinuria mayor a 10 gr, estupor, pérdida parcial o total de la visión, dolor epigástrico en barra, hiperreflexia generalizada. (Moreno P, et al 20012).

Eclampsia: Presencia de preeclampsia con convulsiones y/o estado de coma, después de la semana 20 hasta treinta días posparto. (Moreno P, et al 20012).

Síndrome de Hellp: presencia de hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en pacientes con enfermedades hipertensiva inducida por el embarazo. (Moreno P, et al 20012).

Preeclampsia recurrente: presencia de cualquiera de los tipos de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, que aparece por segunda ocasión o más en embarazos consecutivos o no. (Moreno P, et al 20012) .

Enfermedad hipertensiva no clasificable: imposible de clasificar por carecer de elementos necesarios. O por haberse instituido tratamiento previo a su estatificación. (Moreno P, et al 20012).

Hipertensión transitoria: hipertensión arterial después de la semana 20 o en las primeras 40 horas de posparto sin ningún otro síntoma de preeclampsia. (Moreno P, et al 20012).

B) ENFERMEDAD VASCULAR CRÓNICA HIPERTENSIVA

Hipertension sistematica esencia: hipertension arterial independiente a la gestación o anterior a las 20 semanas y que persiste más de seis semanas posparto y que no sea a consecuencia de lesión de alteración anatomica o funcional renal. (Moreno P, et al 20012).

Hipertension crónica con enfermedad hipertensiva agregada: hipertensión arterial previa al embarazo agregándose preeclampsia, puede haber elevación de ácido úrico igual o mayor de 6 mg/dl. (Moreno P, et al 2012).

2.5.7 DIAGNÓSTICO

A- PRE-ECLAMPSIA LEVE.

Se establece que el diagnóstico de pre-eclampsia leve cuando se presentan dos o más de los siguientes signos a la semana 20 de gestación, durante el parto o en el puerperio (nomás de 30 días). (Moreno et al 2012).

- ▶ Presión sistólica, mayor o igual a 140 mm/Hg., o elevación mayor igual a 30 mm/Hg sobre la presión habitual
- ▶ Presión diastólica, mayor o igual a 90 mm/Hg., o elevación mayor igual a 15 mm/Hg., sobre la presión habitual.
- ▶ Proteinuria:
 - 30 mg/dl, o más en tiras reactivas (se requieren de dos determinaciones o más en un lapso de 6 horas o más.
 - Proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas. (Moreno et al 2012).

La medición de la presión arterial deberá realizarse con la paciente sentada y requiere de dos tomas consecutivas con un intervalo de 6 horas o más, en este lapso de horas debe permanecer en reposo. (Moreno et al 2012).

B) PRE-ECLAMPSIA SEVERA

se establece el diagnóstico de pre-eclampsia severa cuando después de la semana 20, durante el parto o en el puerperio (no más de 30 días), se presentan dos o más de los siguientes signos.

- ▶ Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg y presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg.
- ▶ Proteinuria mayor a 5 g en orina de 24 horas o su equivalente en tira reactiva (más de 3+)
- ▶ Oliguria de menos de 500 ml en 24 horas
- ▶ Trastornos cerebrales o visuales
- ▶ Edema generalizado. (Moreno et al 2012).

C) INMINENCIA DE PRE-ECLAMPSIA

Se establece el diagnóstico cuando de la semana 20 de gestación, durante el parto o puerperio (no más de 30 días), aparecen uno o más de los siguientes datos:

- Presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg con presión arterial diastólica mayor a 115 mm Hg.
- Proteinuria mayor a 10 gramos.
- Estupor
- Pérdida total o parcial de la visión
- Dolor epigástrico en barra
- Hiperreflexia generalizada

Por la gravedad de esta variedad clínica, las pacientes deben ser manejadas como eclámpicas. (Moreno et al 2012).

D) ECLAMPSIA

El diagnóstico se establece cuando pacientes con preeclampsia, presentas convulsiones o estado de coma, en ausencia de otra causa de convulsiones. (Moreno.et al 2012).

E) SINDROME DE HELLP

Se establece el diagnóstico mediante biometría hemática y pruebas de funcionamiento hepático en pacientes con presencia de cualquier tipo de hipertensión durante el embarazo, independientemente de la severidad de ésta, se le agrega disminución plaquetaria menor de 150 000/mm cúbicos, enzimas hepáticas elevadas; transaminasa glutámico oxalacetica (TGO-AST) mayor de 1.2 ml/dl.; se necesitan de dos o más criterios para establece el diagnóstico. (Moreno.et al 2012).

El síndrome se clasifica de acuerdo a la cuenta de plaquetas.

| TIPO | PLAQUETAS |
|------|-----------------------------------|
| I | Menos de 50 000 |
| II | Más de 50 000 y menos de 10 000 |
| III | Más de 100 000 y menos de 150 000 |

(Moreno.et al 2012).

2.5.7.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La Pre eclampsia-eclampsia pueden imitar y ser confundida con muchas otras enfermedades, incluida la hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, trastornos de vesícula biliar y páncreas, patologías inmunológicas o del colágeno (síndrome anti fosfolípido) por lo que debe tenerse en cuenta siempre la posibilidad de pre eclampsia ante cualquier mujer embarazada, más allá de 20 semanas de gestación. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012).

Puede presentarse como un reto diagnóstico complicado el diagnóstico diferencial entre pre eclampsia pura y otros trastornos hipertensivos del embarazo pues aunque el tratamiento y la conducta obstétrica tienen similitudes, no así el pronóstico, por lo que ceñirse a los criterios diagnósticos (previamente expuestos) minimiza errores. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012).

Tabla: Diagnóstico Diferencial En Pre eclampsia.

ALGUNAS PATOLOGIAS QUE PUEDEN CONFUNDIRSE CON PREECLAMPSIA
O ECLAMPSIA

| Diagnóstico diferencial neurológico | Diagnóstico diferencial de compromiso organo blanco | diagnóstico diferencial de alteracion vascular |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Epilepsia</p> <p>Trombosis Venosa Cerebral.</p> <p>Encefalitis</p> <p>Hemorragia Cerebral</p> | <p>Purpura</p> <p>Trombocitopenia autoinmune</p> <p>Hepatitis viral</p> <p>Hígado Graso</p> <p>Agudo del Embarazo</p> <p>Pancreatitis Aguda</p> <p>Colelitiasis vesicular</p> <p>Apendicitis Litiasis renal</p> <p>Glomerulonefritis</p> <p>Síndrome Uremico-hemolitico</p> | <p>Hipertensión secundaria.</p> <p>Adicción a cocaína</p> <p>Tirotoxicosis</p> <p>Feocromocitoma</p> <p>Microangiopatías</p> |

(Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

2.7. COMPLICACIONES

Maternas:

El síndrome de Hellp (Hemolysis, Elevated liver Enzymes, Low Platelets), descrito por Weinstein en 1982, complica al 10% de las pacientes con preeclampsia manifestándose por disminución plaquetaria menor de 150 000/mm³, enzimas hepáticas elevadas; transaminasas glutámico oxalacética (TGO-AST) mayor de 70 U.I/L., Transaminasas glutamicopiruvica (TGP-ALT) mayor de 50 U.I/L., deshidrogenasa láctica (DHL) mayor de 600U.I/L.; bilirrubinas elevadas mayor de 1.2 mg/dl.; hematíes fragmentados en el frotis de sangre periférica, presencia de hemoglobina libre en plasma y hemoglobinuria. Se requiere de dos o más criterios para establecer el diagnóstico, además de reportarse que 10 a 20% de las pacientes que presentan síndrome de Hellp son normotensas.

La clasificación de Martin es de gran utilidad por su factor pronóstico y en especial para establecer un manejo más integral de las pacientes con síndrome de Hellp.

| |
|-------------------------|
| CLASIFICACION DE MARTIN |
|-------------------------|

| TIPO | PLAQUETAS |
|------|-----------------------------------|
| I | Menos de 50 000 |
| II | Más de 50 000 y menos de 100 000 |
| III | Más de 100 000 y menos de 150 000 |

(Moreno et al 2012).

a) Desprendimiento prematuro de placenta

Debido al vaso espasmo sistémico, la hipoxia placentaria y la gravedad del cuadro clínico preeclámtico, se presentan alteraciones severas en la circulación materno fetal, con la formación de coágulo retro placentaria, la ocasiona la separación de la placenta de su zona de inserción, constituyendo una emergencia obstétrica para el feto y la madre; suele asociarse con el síndrome de Hellp y se debe realizar la interrupción del embarazo en forma urgente mediante operación cesárea.

b) Insuficiencia renal aguda

La lesión renal característica de la pre eclampsia es la glomérulo endotelios, la cual induce la eliminación de proteínas plasmáticas, especialmente de albúmina hacia la orina haciéndose manifiesta la proteinuria, la filtración glomerular y el flujo sanguíneo renal se ven disminuidos ocasionando retención de sodio, reducción en aclaramiento de ácido úrico y aumento el niveles de creatinina cuando la función renal ha reducido su eficiencia a la mitad.

La proteinuria es una de las manifestaciones fundamentales para el diagnóstico y pronóstico de la pre eclampsia/eclampsia, su estudio oportuno puede prevenir la insuficiencia renal, la necrosis tubular o cortical.

c) Edema cerebral

La hipertensión arterial es la precursora de la elevación de la presión intracraneal que daña el endotelio vascular intracraneal, habiendo extravasación de líquidos hacia el tejido del sistema nervioso central, que desencadenan hipoxia cerebral, ocasionan pérdida parcial o total de la autorregulación cerebral, alterándose el sistema vegetativo, llegando hasta la pérdida del estado de relación del medio ambiente y puede manifestarse el cuadro convulsivo

d) Coagulación intravascular diseminada

Se caracteriza por metabolismo acelerado de los factores de la coagulación, destrucción plaquetaria, activación del sistema fibrinolítico, formación de trombos en la microcirculación y actividad incontrolada de la trombina, destacándose por la prolongación de los tiempos de la tromboplastina (4 o más seg.), del tiempo de protrombina (2 o más seg.), detección de productos de degradación de fibrinógeno/fibrina, hemorragia peri vascular, necrosis en cerebro, hipófisis, riñones, placenta, etc.

e) Ruptura hepática

Es una complicación rara, de la preeclampsia/eclampsia, con alta letalidad. Se manifiesta por dolor epigástrico (dolor en barra) o en el cuadrante superior derecho, irradiado al hombro, región interescápulo-vertebral derecha, en hemicinturon, pudiendo generalizarse a todos el abdomen. El dolor es intenso, continúa y aumentan los movimientos respiratorios, con la palpación y con aquellas condiciones que aumenta la presión intraabdominal.

Por otra parte, en los caos de ruptura hepática existe elevación de la TGO, TGP Y DHL; varios antes de establecerse el cuadro clínico agudo se presenta palidez, taquicardia, ictericia leve, náuseas y vómito.

El dolor puede ser acompañado de manifestaciones como: vómito, tos, hipo, contracciones uterina, convulsiones y defecación, asi como distensión abdominal que aumente el peristaltismo.

f) Hemorragia cerebral

Esta es la principal causa de muerte en las pacientes con pre eclampsia severa y eclampsia. Se ha observado que hasta un 60 % de las pacientes eclámpticas que

mueren dentro de los días siguientes a la aparición de las convulsiones, presentaron esta complicación. En la mayoría de los casos la pacientes pre eclámpticas con hemorragia intracraneal ingresan al hospital en coma después de haber presentado cefaleas y convulsiones en su domicilio según refieren los familiares , además frecuentemente son pacientes que a la anamnesis no han tenido ningún control prenatal o ésta ha sido irregular. Presentan estupor, déficit sensorio motores (signos neurológicos focales), etc. El pronóstico es grave para el binomio madre/feto y la recuperación generalmente es la excepción; generalmente el coma se hace más profundo, se presenta parálisis respiratorio y el electroencefalograma muestra profundo, se presenta parálisis respiratoria y el electroencefalograma muestra pérdida de actividad eléctrica.

g) Fetales

Los trastornos hipertensivos durante la gestación se asocian a complicaciones neonatales importantes, como resultado de la alteración en el flujo sanguíneo o por infartos placentarios, siendo los más frecuentes la prematurez, retardo en el crecimiento intrauterino, oligohidramnios, edemas de mayor riesgo para desprendimiento prematuro de placenta y cesárea. La incidencia de estos efectos secundarios adversos depende de la severidad de la hipertensión, así como de la cronicidad.

2.9-TEORÍAS MÉDICAS SOBRE PREECLAMPSIA

A pesar que no se llevan unas estadísticas adecuadas, sí podemos decir que La pre eclampsia es una complicación del embarazo que afecta 5 a 7% de los embarazos normales y 25 % de los embarazos de alto riesgo, su origen es multifactorial; una de las teorías asociadas a su desarrollo es el aumento de los valores de la homocisteína, el cual se ha relacionado como factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular. (Gineco obstetricia. 2009).

1.- TEORIA GENETICA

Durante muchos años se ha reconocido una predisposición familiar a la eclampsia, ya que se conoce que hay un aumento en la frecuencia en hermanas e hijas de mujeres que han padecido la enfermedad, particularmente en mujeres nacidas de madres con eclampsia durante su embarazo. Se ha sugerido la existencia de un gen en los cromosomas 1, 3, 9, ó 18 como implicado, aunque sin llegar a ser demostrado por completo. (Gineco obstetricia. 2009).

Se ha propuesto también que esta susceptibilidad genética, tanto materna como fetal podría facilitar la alteración de la respuesta inmune. Las reacciones inmunitarias están determinadas genéticamente, por lo que, la predisposición genética parece jugar un papel importante en esta respuesta inmune. El equilibrio entre las respuestas inmunitarias maternas y el genotipo fetal quizás regulen el proceso de invasión trofoblástica necesario para la placentación normal. Una alteración en este equilibrio por factores maternos o fetales podría provocar la PEE. (Gineco obstetricia. 2009).

Otra hipótesis atractiva sería la existencia de una variante anormal de la molécula de angiotensinógeno, que se da en algunas hipertensas no embarazadas. (Gineco obstetricia. 2009).

2.- TEORIA DE LA PLACENTACION

La evidencia de PEE en pacientes afectas de mola hidatiforme y embarazo extrauterino, podría excluir la posible implicación del útero y feto, a favor de la placenta. Parece que la placentación es un prerrequisito indispensable en la patogénesis de la PEE, y se cree que la severidad de la PEE es proporcional a la masa placentaria (como ocurre en embarazos gemelares, mola hidatiforme, y enfermedad hemolítica del recién nacido). (Gineco obstetricia. 2009).

En el embarazo normal, existen cambios morfológicos en el seno uteroplacentario, consistentes en una invasión de células trofoblásticas migratorias hacia las paredes de las arterias espirales, que acontecen desde la semana 14-16 a las 20 semanas de gestación, lo que convierten al lecho arterial uteroplacentario en un sistema de baja resistencia, baja presión, y elevado flujo sanguíneo, esto es debido a la capacidad del trofoblasto de destruir la capa muscular y la innervación autónoma de estos vasos. El endotelio de las arterias espirales produce sustancias vasodilatadoras que aunado a lo anterior son indispensables para la circulación uteroplacentaria. (Gineco obstetricia. 2009).

Se ha comprobado que en la PEE los cambios fisiológicos que acontecen sobre las arterias espirales se sitúan en su porción decidual, manteniéndose el miometrio intacto anatómicamente, sin sufrir dilatación. Lo que sugiere una alteración o una inhibición de la migración trofoblástica a los segmentos miometriales de las arterias uteroplacentarias que restringen el mayor riego sanguíneo requerido en la etapa final del embarazo. (Gineco obstetricia. 2009).

3.- TEORIA INMUNOLOGICA.

Los factores inmunitarios pueden tener un papel importante en la aparición de PEE, provocados por la ausencia de anticuerpos bloqueadores, disminución de la reacción inmunitaria mediada por células, activación de neutrófilos, y participación de citoquinas. (Gineco obstetricia. 2009).

La vieja idea que prevalecía desde el comienzo de siglo, es que la PEE podría ser una alteración en el reconocimiento de la unidad feto placentaria por la madre. Esto ha sido sustentado por muchas observaciones que subrayan, la respuesta anormal de la madre hacia los antígenos feto-placentarios. (Gineco obstetricia. 2009).

4.- TEORIA DEL DAÑO CELULAR ENDOTELIAL.

Las células endoteliales se unen a la pared del vaso sanguíneo por medio de colágeno y de diversos glucosamino-glucanos, incluyendo la fibronectina. El endotelio está en contacto directo con la sangre, lo cual constituye una posición estratégica para participar en los ajustes homeostáticos del organismo. El endotelio regula el transporte capilar, participa en el proceso de la hemostasia, y regula la reactividad del músculo liso vascular. Se considera a la Prostaciclina (PGI₂) y el Óxido Nítrico (NO) como los mediadores más importantes de la vasodilatación vascular, además la PGI₂ es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria. (Gineco obstetricia. 2009).

También mediatizan la contracción del músculo liso vascular subyacente con factores derivados también del endotelio (EDRF), como las inducidas por Tromboxano (TXA₂) y prostaglandinas H₂ (PGH₂). Las contracciones que se producen por la anoxia, son producto de la secreción de endotelina y el anión su peróxido, ambos aceleradores de EDRF. (Gineco obstetricia. 2009).

El endotelio vascular tiene un importante papel en la prevención de la coagulación "in vivo. La exposición de la capa subendotelial por lesión de las células endoteliales produce agregación plaquetaria, liberación de TXA₂, y componentes activos de la coagulación. Las plaquetas activadas tienen un mecanismo para regular la síntesis de PGI₂. Las plaquetas en estado de agregación liberan ADP, reclutando a las plaquetas cercanas para formar el tapón plaquetario y liberación de ADP, el cual causa vasodilatación. Las células endoteliales pueden regular los efectos del ADP y ATP, ya que poseen ectoenzimas que rápidamente los fragmentan, produciendo AMP y adenosina que es un potente inhibidor de la función plaquetaria, y vasodilatador. (Gineco obstetricia. 2009).

El endotelio tiene además una participación activa en la fibrinólisis mediante la secreción de activadores del plasminógeno, el tipo tisular (tPA) que es el más importante los cuales inducen fibrinólisis al convertir el plasminógeno en plasmina, que a su vez fragmenta fibrina insoluble en otros productos menores más solubles. (Gineco obstetricia. 2009).

La trombina y las proteasas séricas estimulan la secreción de tPA en las células endoteliales, pero también inducen un aumento mayor y más persistente del Inhibidor de activación del plasminógeno derivado del endotelio (PAI), lo cual produce una disminución de la actividad total del tPA. (Gineco obstetricia. 2009).

Se sabe que el Oxígeno y los radicales peróxidos están incrementados en la PEE. Los radicales libres, incrementan la expresión de los receptores de la endotelina, potente vasoconstrictor. Esta exageración de la peroxidación podría no sólo representar un incremento en la producción de radicales oxidados por los neutrófilos, sino también una deficiencia o alteración de los mecanismos antioxidantes. (Gineco obstetricia. 2009).

Este desequilibrio del sistema oxidativo, es uno de los mediadores de las lesiones endoteliales que acontecen en la PEE. Estos sistemas antioxidantes extra e intracelulares son activados durante el embarazo normal. El moderado descenso de los radicales thiol intra y extracelulares, durante el embarazo normal, es exagerado en la PEE y refleja el intenso consumo, frente a la capacidad antioxidante en respuesta a la agresión oxidativa. (Gineco obstetricia. 2009).

Otra hipótesis que apoya esta teoría se basa en una inadecuada perfusión tisular del trofoblasto en etapas precoces de la gestación, resultando una agresión tisular, con liberación de factores tisulares, perpetuando el daño a nivel del endotelio.

Así, podría concluirse que existe una deficiencia antioxidante en la PEE, y podría liberarse un factor circulante originado en la placenta que alteraría la función y estructura endotelial, produciendo vasoconstricción, aumentando la permeabilidad capilar, y la coagulación intravascular. (Gineco obstetricia. 2009).

2.10. ADOLESCENCIA

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, no solo en los Estados Unidos, sino también en otras muchas culturas, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente. Tanto la conversación vulgar como en las obras novelistas, los autores dramáticos y los poetas han abundado las referencias a los “años tormentosos” comprendidos entre el final de la niñez y la edad adulta nominal. (La adolescencia, recuperado 27 abril 2012).

Los que han estudiado científicamente la conducta han propendido también señalar que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad. Algunos, especialmente los de mayor espíritu biológico, han hecho hincapié en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad, sin exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales y a los cambios en la estructura y a la función del cuerpo. (La adolescencia, recuperado 27 abril 2012).

Otros han propendido a descubrir en la cultura la causa primordial de los problemas de los adolescentes, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de la vida fundamental y normativa. Aunque existen diferencias de opinión en lo tocante a la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos, existe, no obstante, un acuerdo general en lo tocante a que el período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad. (La adolescencia, recuperado 27 abril 2012)

2.10.1 COMCEPTUALIZACION DE LA DOLESCENCIA

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro. (La adolescencia, recuperado 27 abril 2012).

Se dice que es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto, en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez, sin embargo, si solo se define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por otro, el concepto adolescencia y para el adolescente mismo. (La adolescencia, recuperado 27 abril 2012).

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. (La adolescencia, recuperado 27 abril 2012).

2.11. ENFERMERÍA

Florence Nightingale:

El significado de Enfermería de su modelo: Considera la enfermería como una vocación religiosa (sólo para mujeres), sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación. (Suzanne.et al. 1196.2009)

La palabra enfermería significa el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad .Y la oportuna selección y administración de dietas, Y todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad. En resumen unas buenas condiciones higiénicas para evitar la enfermedad. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri).

Enfermería: Considera que la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (contribuyendo a evitarle padecimientos a la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Dorotea Orem

Enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida así como a ayudar al paciente a recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Hildegarde Peplau. Nació en 1909.

Enfermería: Lo define como un proceso interpersonal terapéutico con otros procesos humanos a fin de lograr y alcanzar la Salud del individuo y comunidad. Instrumento educativo para proponer y facilitar una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva. (Suzanne.et al. 1196.2009)

2.11.1 ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

Modelo de atención de enfermería obstétrica

El modelo de atención obstétrica en enfermería tiene como características principales la atención centralizada en la mujer gestante y su familia; los tres marcos que le sirven de sustento son: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, el marco disciplinar de enfermería y el enfoque de riesgo. Todo esto con la utilización adecuada de los recursos institucionales y de la comunidad. (ENEO 2008).

El modelo de atención de enfermería obstétrica busca alcanzar la calidad de la atención al incorporar como puntos esenciales del mismo, el respeto a los valores de los pacientes y lograr los mayores beneficios con los menores riesgos. (ENEO 2008).

Para alcanzar la calidad de la atención se deben cubrir las dos dimensiones de ésta, la primera es la calidad interpersonal, la cual se traduce en las acciones plasmadas en las competencias de carácter profesional definidas en el perfil profesional para este modelo. La visión holística con la que se precisan actividades como la atención prenatal atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, es sólo un ejemplo de cómo se concretiza este respeto por la dignidad de la persona. (ENEO 2008).

La segunda es la calidad técnica, la cual se evidencia cuando se describen las competencias para las cuales se requiere del conocimiento teórico y de las aptitudes para utilizar el juicio crítico en la aplicación de técnicas que garanticen un alto nivel de seguridad para el binomio madre-hijo. (ENEO 2008).

De manera especial en México desde la época prehispánica la Tizitl (partera empírica) era la responsable de atender a la mujer en el embarazo, parto y puerperio y de dar los cuidados necesarios al recién nacido. Conforme las necesidades de atención fueron cambiando, esta práctica demandó de mayores conocimientos y técnicas propias de enfermería, por lo que fue necesario fusionar a la enfermería y la partería.

El legado heredado por la Tizitl, así como su prestigio social fue un antecedente importante para que la enfermera partera tuviera una gran aceptación social durante varias décadas, tanto a nivel comunitario, como institucional. (ENEO 2008).

A partir de la creación de la figura de la enfermera partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos, y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional independiente y responsable, que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del “Proceso de Atención de Enfermería” (valoración, planeación, ejecución, y evaluación). (ENEO 2008).

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud.

Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales. (ENEO 2008).

2.11.2 TEORÍA DE ENFERMERÍA SELECCIONADA PARA ÉSTE ESTUDIO

DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”.

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. (Suzanne.et al. 1196.2009)

METAPARADIGMAS: Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Epistemología: La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posible después razonamientos deductivos sobre la enfermería. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia, principal, sí cita los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la Enfermería. (Suzanne.et al. 1196.2009)

PRACTICA DE LA TEORÍA DE OREM.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño. (Suzanne.et al. 1196.2009)

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son:

1) Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana. (Suzanne.et al. 1196.2009).

2) De cuidados personales del Desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. El embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo. (Suzanne.et al. 1196.2009).

3) De cuidados personales de los trastornos de salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia. (Suzanne.et al. 1196.2009).

Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación:

1) Total, requiere de que se actué en lugar de él.

2) Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.

3) De Apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional. (Suzanne.et al. 1196.2009)

2.11.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados básicos derivan del concepto de necesidad básica y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requieran o bien ayudándola a desarrollar su fuerza, voluntad o conocimientos para que pueda satisfacerlas por sí misma de modo adecuado.

Los profesionales de enfermería asumen diversos roles cuando prestan asistencia a los pacientes. Estos roles se suelen desempeñar simultáneamente, ya que no se excluyen entre sí. Por ejemplo una enfermera puede actuar como asesora, a la vez que proporciona cuidados físicos, y mientras enseña aspectos de cuidados.

Las funciones requeridas en un momento determinado dependen de las necesidades del paciente y de aspectos específicos del entorno:

Rol de cuidadora: el papel de cuidadora tradicionalmente ha incluido aquellas actividades que ayudan al paciente física y psicológicamente, a la vez que preservan su dignidad. Las actuaciones de enfermería necesarias. Los cuidados engloban aspectos físicos, psicológicos, de desarrollo, culturales y espirituales.

Rol de comunicación: La calidad de la comunicación es un factor importante de los cuidados enfermeros. Las enfermeras deben ser capaces de comunicarse con claridad y precisión con el fin de cubrir las necesidades de la asistencia sanitaria del paciente.

Rol de educadora: como educadora, la enfermera ayuda al paciente a aprender sobre su salud y sobre los procedimientos sanitarios que necesita realizar para recuperarla y mantenerla.

Defensora del paciente: Por ejemplo exponiendo, los deseos de información del paciente ante el médico. También ayuda al paciente a la hora de ejercer sus derechos y hablar por sí mismo.

Rol de asesora: el asesoramiento es el proceso de ayudar a un paciente a reconocer y a enfrentarse a problemas sociales o psicológicos estresantes, a desarrollar mejores relaciones interpersonales y a promocionar el progreso personal mediante apoyo intelectual, emocional y psicológico. (Jean. Consultor de enfermería)

2.11.3.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO

Otorga atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Confirmar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico con base en los criterios de clasificación establecidos y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención en caso de detección de alto riesgo mediante las siguientes acciones: Integrar historia clínica gineco-obstétrica, lo que comprende aplicar técnicas y procedimientos tales como:

- Realizar el interrogatorio general y obstétrico.
- Efectuar exploración física general y ginecológica.
- Realizar somatometría.
- Determinar las cifras de las constantes vitales.
- Valorar altura del fondo uterino.
- Realizar las maniobras de Leopold.
- Auscultar la frecuencia cardiaca fetal.
- Valorar el estado nutricional de la madre.
- Solicitar exámenes básicos de laboratorio

. (Jean. Consultor de enfermería).

2 Determinar el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores y en cada una de las consultas. (Jean. Consultor de enfermería).

- Referir oportunamente al siguiente nivel de atención embarazos de alto riesgo.
- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la embarazada ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- Concertar con la embarazada el plan de control y cuidados dependiendo de las condiciones físicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales mediante las siguientes acciones:
- Programar el número de consultas de acuerdo con el estado general, edad gestacional y características individuales y familiares.
- Iniciar terapéutica preventiva encaminada a evitar procesos anémicos en la madre y defectos del producto al nacimiento.
- Capacitar a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo.
- Informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol, drogas y exposición a agentes químicos.
- Valorar el proceso de adaptación individual y familiar ante el evento obstétrico e identificar cambios en el estado emocional que requieran de atención especializada.
- Proponer acciones de preparación del ambiente familiar para recibir al recién nacido.
- Promover la adquisición de hábitos higiénicos dietéticos saludables durante el embarazo.
- Orientar sobre los aspectos de actividad física, recreativa y sexual
- Preparar física y emocionalmente a la pareja para la lactancia materna.

(Jean. Consultor de enfermería).

3. Identificar, utilizar o implementar las redes de apoyo familiar y de la comunidad para la atención del parto.

- Realizar los acuerdos con la comunidad para la creación de las redes de apoyo. (Jean. Consultor de enfermería).
- Realizar los trámites correspondientes, para que las embarazadas potenciales a utilizar las redes de apoyo cuenten con los medios necesarios para el uso de éstos. (Jean. Consultor de enfermería).

2.11.3.2 CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PREVENCION EN EL CONTROL PRENATAL

El control prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012).

La asistencia de la maternidad está cambiando. La mujer reconoce cada vez más la necesidad especial de apoyo y adquiere conocimiento sobre su cuerpo, los cambios que experimenta durante el embarazo y lo que podría ocurrir durante éste y el parto. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012).

La enfermería es la profesión de la salud cuyos objetivos parecen ajustarse mejor a las necesidades particulares de la embarazada. Por tanto, ahora más que nunca la enfermera debe prepararse para adoptar la responsabilidad de instruir, informar y brindar asistencia a la embarazada y a sus familiares. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012).

Objetivos de la enfermería en la asistencia prenatal

- Lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un producto sano sin que se altere la salud de la madre.
- Hacer que la experiencia de la familia sea de desarrollo positivo. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012).

PRIMERA CONSULTA PRENATAL

Objetivos de enfermería durante la primera consulta prenatal

- Determinar los factores entre los antecedentes de la paciente, su compañero y sus familiares que pudieran afectar la evolución prenatal de la embarazada, los resultados del embarazo y la salud a largo plazo.
- Valorar la salud física y emocional previa y actual de la paciente.
- Informar a la paciente y a su compañero sobre la asistencia de maternidad y las necesidades prenatales correspondientes.
- Establecer pronto una relación armónica, que se enriquecerá conforme la enfermera y la futura madre establezcan juntas prioridades en cuanto a asistencia prenatal y problemas relacionados. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

Valoración de enfermería

La primera consulta prenatal puede ser extensa, y puede durar una o dos horas.

Por lo general consta de las siguientes etapas:

1. Orientar a la paciente sobre el sitio donde se encuentra. Darle la bienvenida y ofrecerle una breve descripción del lugar, horarios que rigen, número telefónicos para consulta, y una explicación sobre lo que ocurre en la primera consulta prenatal. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

2. Obtener los antecedentes médicos. Esto constituye una biografía breve, y debe proporcionar la siguiente información:

- Datos demográficos.
- Antecedentes menstruales.
- Embarazo actual: problemas, medicaciones, tabaquismo, psicofármacos, consumo de alcohol, peligros ocupacionales.
- Embarazos previos: abortos (espontáneo, terapéutico); partos a término y pretérmino; lugar en que ocurrió el parto; tipo de parto, tiempo del trabajo de parto y estado del recién nacido; complicaciones del trabajo de parto, el parto y el puerperio.
- Antecedentes médicos y familiares.
- Revisión por aparatos y sistemas. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

► Diagnóstico de embarazo.

Última menstruación y fecha esperada de internamiento

La duración normal del embarazo, según se calcula a partir del primer día de la última menstruación, es de 280 días; 40 semanas; 10 meses lunares o 9 meses del calendario.

La fecha esperada de internamiento, o fecha del parto, puede estimarse empleando la regla de Nägele. Según esta regla, la fecha de internamiento se calcula añadiendo siete días a la fecha del primer día de la última menstruación, mas siete días menos tres meses, es igual a la fecha de internamiento. Por ejemplo, si la fecha de última menstruación normal de la paciente se inició el 4 de febrero, la fecha esperada de parto será el 11 de noviembre:

Febrero 4 + 7 = febrero 11

Febrero 11 – 3 meses = Noviembre 11

(Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

CONSULTAS PRENATALES SUBSECUENTES

Programa para las consultas prenatales de vigilancia.

- Cada cuatro semanas hasta la 28 del embarazo.
- Cada dos hasta la semana 36.
- Cada semana hasta el parto.

(Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

Las actividades durante estas consultas consisten en:

- Valoración del estado de embarazo entre las consultas.
- Valoración de las prácticas actuales de alimentación.
- Exploración física que consiste en:

(Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

- Medición de la presión arterial.

La medición de la presión arterial medida al principio del embarazo es un dato de referencia para la valoración y comparación posteriores de lecturas que pueden elevarse al avanzar la gestación. Tienen importancia un incremento sistólico de 30 torr (mm Hg) o uno diastólico de 15 torr respecto de la presión arterial de referencia.

(Jean D. Consultor de enfermería)

2.12. RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERIAE EN LA PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA EN CONTROL PRENATAL

En pacientes con alto riesgo (hipertensión crónica o enfermedad renal preexistente, diabetes mellitus pre-existente, enfermedades del tejido conectivo como lupus, trombofilias congénitas o adquiridas, obesidad, edad mayor a 40 años, embarazo múltiple y antecedente de pre eclampsia) se recomienda:

- El reposo en casa en el tercer trimestre y la reducción del estrés.
- Administrar 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico vía oral
- Uso de suplementos de calcio 1 gr al día, en embarazadas con factores de riesgo para pre-eclampsia con baja ingesta de calcio. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

No se justifica el uso de heparina, diuréticos y precursores de oxido nítrico como tratamiento preventivo de pre eclampsia. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

En mujeres con hipertensión crónica que usan inhibidores de la ECA, y bloqueadores de los receptores de angiotensina y atenolol, deberán suspenderse en el momento de diagnóstico del embarazo y cambiarlos por metildopa, labetalol, hidralazina o nifedipino. (Rojas. Recuperada el 9 de mayo 2012)

En la primera consulta se debe realizar la historia clínica completa de la paciente con énfasis en la identificación de factores de riesgo de acuerdo al modelo de control prenatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. (Ruiz, et al, 2007)

En las consultas subsecuentes efectuar y registrar las siguientes actividades:

- Calcular la edad gestacional
- Investigar presencia de cefalea, acúfenos y fosfenos
- Peso de la paciente
- Medición de la presión arterial. (Ruiz, et al, 2007).

CONTINUACION

- Medición de la altura del fondo uterino
- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal
- Valorar reflejos osteotendinosos
- Investigar presencia de edema
- Analizar estudios básicos de laboratorio (biometría hemática, glicemia, examen general de orina) realizados en etapa inicial del embarazo y los que se soliciten en consultas subsecuentes de acuerdo al criterio médico.
- La medición de la presión arterial deberá realizarse en el brazo derecho a la altura del corazón con la paciente sentada.
- Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro de mercurio.
- La presión arterial sistólica corresponde con el primer ruido de Korotkoff y la presión arterial diastólica con el quinto ruido de Korotkoff. (Ruiz, et al, 2007).

2.13. FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA

- Pre eclampsia en embarazo anterior
 - Periodo intergenésico mayor a 10 años
 - Hipertensión arterial crónica
 - Enfermedad renal previa
 - Diabetes Mellitus
 - Trombofilias
 - IMC ≥ 30 kg/m²
 - Mujeres mayores de 40 años
 - Historia familiar de pre eclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica e infertilidad
 - Primipaternidad
- Factor paterno positivo para pre eclampsia en pareja anterior

Las pacientes con IMC menor de 20.0 kg/m² o mayor de 25.0 kg/m² necesitan mayor atención para su requerimiento dietético

La magnitud del riesgo depende del número de factores presentes

- Infección de vías urinarias recurrente
- Presión arterial media igual o mayor a 95 mm Hg. en el segundo trimestre
- Ganancia excesiva de peso a lo esperado a edad gestacional
- Diabetes gestacional
- Sospecha de restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU)
- Embarazo múltiple
- Hidrops/degeneración hidrópica de la placenta.

2.14 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD (1952)

El origen de este hospital se remonta hacia mediados de la década de los cuarenta, cuando surgió una inquietud en la comunidad católica en cuanto a la atención médica de los pobres de la ciudad, ya que estos eran enviados a atenderse en el Sanatorio La Luz, una institución de organización protestante.

Es de este modo como surgió en la comunidad católica de la ciudad la necesidad de contar con un Hospital de carácter propio de su religión que brindara atención a los pobre y los mantuviera en el camino del catolicismo.

Para tal efecto, en el año de 1947 se creó la Asociación de Beneficios Privada Dr. Simón W. García, un patronato conformado por los fundadores del Hospital. Para la construcción de edificio se requirió de las donaciones de los fieles católicos que llegaban a través de tres parroquias de la ciudad, San José, la Merced y Santa Catalina de Siena (actualmente conocido como Las Monjas), así mismo se utilizó el terreno que comprendía el área de hortalizas del Hospital del Sagrado Corazón, antes Cárcel de Clérigos, el cual fue donado para tal efecto.

Distribución general Primera etapa

El terreno se ubica al norte del Hospital del Sagrado Corazón, en la esquina formada por las calles, Eduardo Ruiz al norte e Ignacio Zaragoza al poniente el centro histórico de la ciudad de Morelia, sobre esta última ubicando el acceso principal. El terreno comprendía un área de poco más de 970.00 m² con una superficie de construcción de 797.00 m² distribuido en 751.00 m² en la planta baja y 46.00 m² en la planta alta; esto comprendería a lo que se le puede considerar como la primera etapa del proyecto.

Es así como el 1 de mayo de 1948 comenzó la construcción del hospital, llevando a cabo el proyecto por los hermanos Juan y José Rodríguez Soto. En esta primera etapa del proyecto los espacios con los que contaba el edificio eran consulta externa, urgencias, medicina interna tanto para hombre como para mujeres, una oficina administrativa, una pequeña tienda interior, áreas de servicio que comprendían lavandería, cocina, comedor y el área de residencia de enfermeras y las Hermanas de la Caridad, encargadas de la administración del hospital por designio de la Asociación después de haber rechazado el compromiso la administración del Hospital del Sagrado Corazón. (García .2010)

CAPITULO III

CAPITULO III. ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir (El nivel de conocimientos que tienen las enfermeras del hospital de nuestra señora sobre los cuidado de enfermería en la pre eclampsia de Morelia Michoacán del primero junio al primero de julio 20012)

Tomando de punto de partida las ciencias sociales y sucesivamente fui bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar a (los cuidados de enfermería en la pre eclampsia).

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección de datos se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación

CAPITULO IV

CAPÍTULO IV HIPOTESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPOTESIS

El nivel de conocimientos que muestran las enfermeras sobre los cuidados de pre eclampsia es de un 65 a un 87%.

1.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

X=

LA Pre eclampsia, es importante estudiar esta patología ya que es un desorden multi sistémico que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de embarazo. Afectando entre 3-10% (promedio 5%) de los embarazos.

Y=

Enfermería, personal de atención en relación a la salud, por lo que considere importante valorar el nivel de conocimientos que tienen las enfermeras para brindar cuidados a la mujer embarazada con pre eclampsia

1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VAIABLES

Trasformación de la hipótesis en instrumento de medición

| Variable | Definición | Instrumento de medición | Que se va a medir |
|----------|------------|-------------------------|-------------------|
|----------|------------|-------------------------|-------------------|

| | | | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pre eclampsia | La pre eclampsia es un desorden multi sistémico que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de embarazo, Afecta entre 3-10% (promedio 5%) de los embarazos. | cuestionario | Solo a Enfermeras |
| Semanas | Periodo conformado por 7 días. | Cuestionario | Periodo |
| Clasificación | Son los trastornos hipertensivos del embarazo | Cuestionario | Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, Enfermedad vascular crónica hipertensiva |

4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTARA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

OBJETIVO: determinar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados de la pre eclampsia.

INSTRUCCIONES: sea tan amable de responder circulando una de las opciones que se le hacen en cada una de las preguntas, evite tachaduras.

1. ¿conoce usted que es la pre eclampsia?
 - a) Si
 - b) No

2. ¿En qué periodo o semanas se presenta la pre eclampsia?
 - a) Primer periodo-(20 semanas)
 - b) Segundo periodo-(20 semanas)
 - c) Cualquier periodo

3. ¿Cómo se clasifica la pre eclampsia?
 - a) Hipertensión y pre eclampsia leve
 - b) Eclampsia, Síndrome de Hellp, Pre eclampsia leve, severa y otras
 - c) Ninguna de las anteriores

4. ¿Cuáles son las principales alteraciones de la pre eclampsia?
- a) Cefalea, fiebre, edema,
 - b) Hipertensión y proteinuria
 - c) Hipertensión y edema
5. ¿A qué edad es más frecuente la pre eclampsia?
- a) De 13-20 y más de 40 años
 - b) De 13-20 años
 - c) De 20 a 40 años
 - d) Cualquier edad
6. ¿conoce los signos de la preeclampsia?
- a) Si
 - b) No
7. ¿cuáles son los signos y síntomas de la preeclampsia?
- a) Cefalea, Hipertensión, Edema, Dolor abdominal, visuales hepáticos.
 - b) Cefalea, Edema, Hipertensión
 - c) Hipertensión y Nauseas
8. ¿conoce cuáles son los riesgos para padecer pre eclampsia?
- a) Si
 - b) No

9 ¿Los riesgos para padecer pre eclampsia son?

- a) Diabetes mellitus, Antecedentes familiares, Extremos de la vida, otras.
- b) Diabetes y antecedentes familiares
- c) Se desconocen los riesgos

10 ¿cuál es la etiología de la pre eclampsia?

- a) Se desconoce
- b) Padecer diabetes mellitus
- c) Tener de 13 a 20 años

11. ¿Cuál es el porcentaje de incidencia con el que se presenta la pre eclampsia?

- a) 10 a 15%
- b) 5 a 10%
- c) 4 a 8%

12. ¿Cuál el nivel de proteinuria presente en las mujeres con preeclampsia?

- a) >300mg de proteinuria
- b) De 200 a 300
- c) 150 a 250

13. ¿En qué partes se del cuerpo se presenta el edema en la preeclampsia?

- a) miembros inferiores
- b) Miembros inferiores y menores y cara.
- c) general

14. ¿El edema siempre es causado por la preeclampsia?
- a) Si
 - b) No
 - c) En ocasiones
15. ¿La cefalea siempre es un síntoma específico de la pre eclampsia?
- a) Si
 - b) No
16. ¿siempre aparece sintomatología en la pre eclampsia?
- a) Si
 - b) No
 - c) Casi nunca
17. ¿Terminar con el embarazo es el mejor tratamiento para la pre eclampsia?
- a) Si
 - b) No
 - c) En algunos casos

CAPITULO V

CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental descriptiva transaccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis, (El nivel de conocimientos que muestran las enfermeras sobre los cuidado de pre eclampsia es de un 65 a un 87%), es falsa o verdadera.

Para fines de esta investigación se tomó como población a las Enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos. Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 17 preguntas cerradas. En la Operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario. Se realizó la prueba piloto a 5 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia. Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a 30 de las enfermeras que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de los tres turnos matutino, vespertino y nocturno.

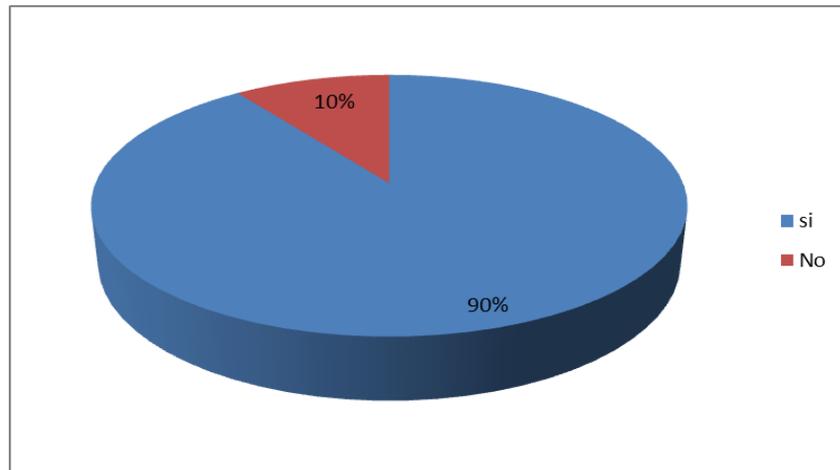
El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su Operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable. Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario. Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

CAPITULO VI

CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

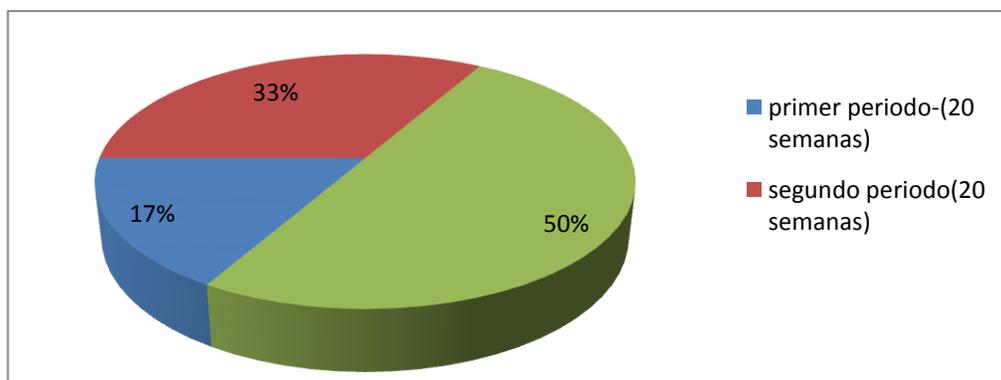
INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

1. ¿Conoce qué es la preeclampsia?



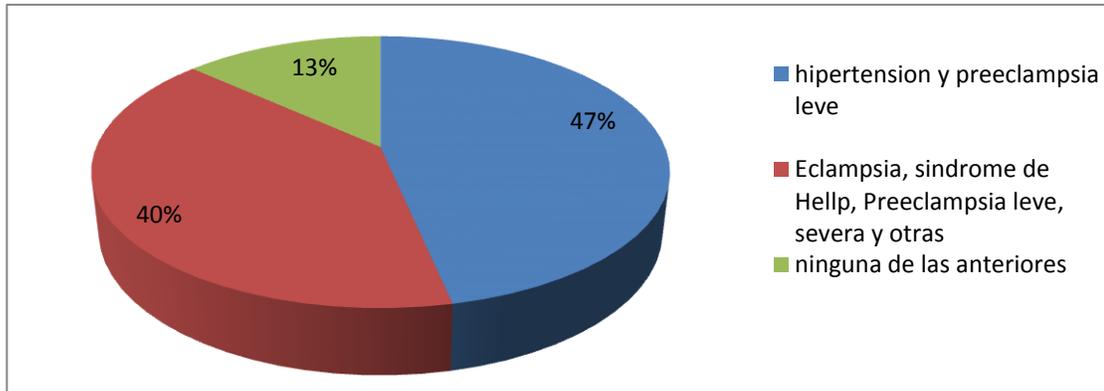
En la presente grafica se muestra que el 90% de las enfermeras contestaron saber que es la pre eclampsia y un 10% contestaron que no.

2. ¿En qué periodo o número de semanas se presenta la pre eclampsia?



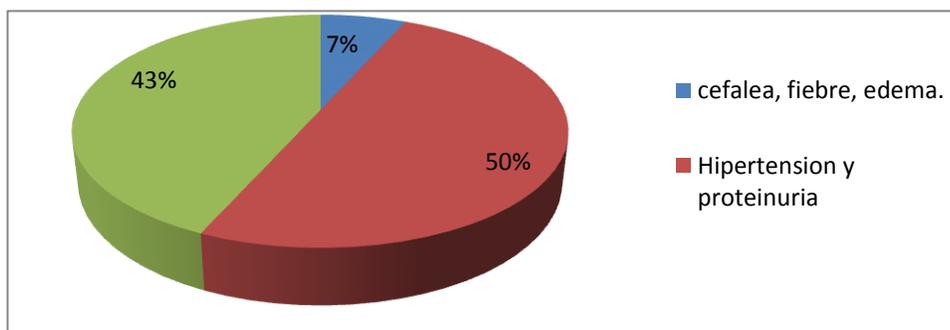
En la gráfica anterior se muestra que un 50% de las enfermeras contestaron que la pre eclampsia se presenta en cualquier periodo y 17% que en el primer periodo (20 semanas) y el 33% dice que en el segundo periodo (20 semanas).

3. ¿Cómo se clasifica la pre eclampsia?



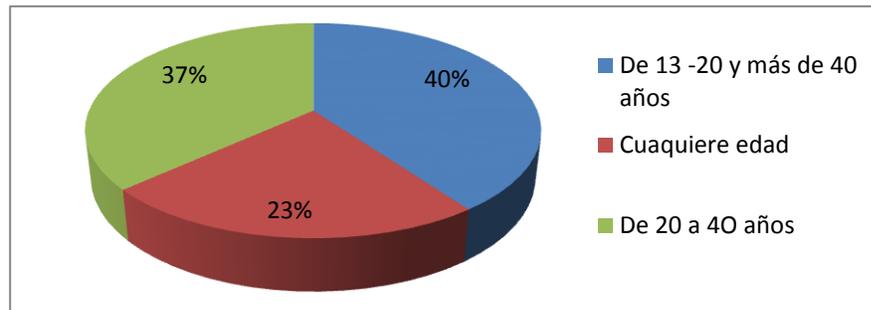
La grafica muestra que le 47 % de las enfermeras contestaron que la pre eclampsia se clasifica en Hipertensión y pre eclampsia leve y el 40% en Eclampsia, síndrome de Hellp, Pre eclampsia leve, severa y otras, y el 13% que ninguna de las anteriores.

4. ¿Cuáles son las principales alteraciones de la pre eclampsia?



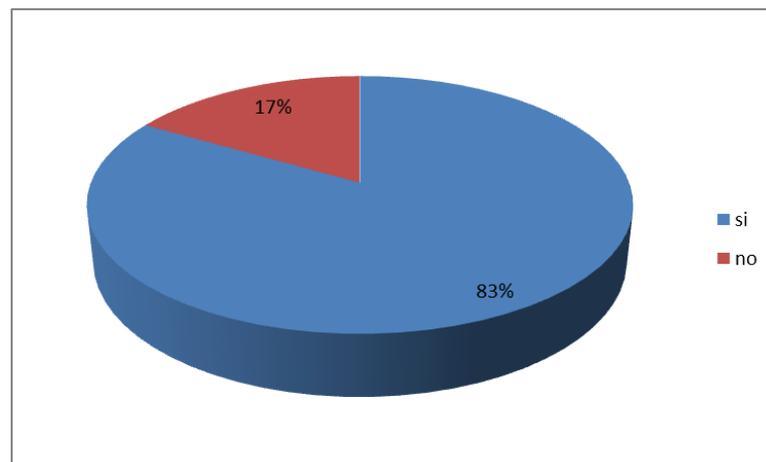
La grafica muestra que un 50% de las enfermeras contestaron que la hipertensión y proteinuria, 43% contestó que hipertensión y edema y el 7% que cefalea y fiebre.

5. ¿A qué edad es más frecuente la pre eclampsia?



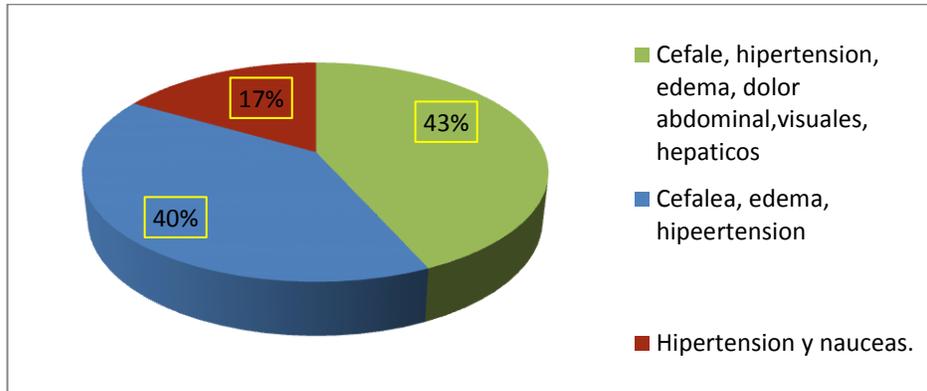
La grafica indica que el 40% de las enfermeras contestaron que la pre eclampsia se presenta de los 13-20, 23% que a cualquier edad y el 37% que de 20 a 40 años.

6. ¿Conoce los signos y síntomas de la pre eclampsia?

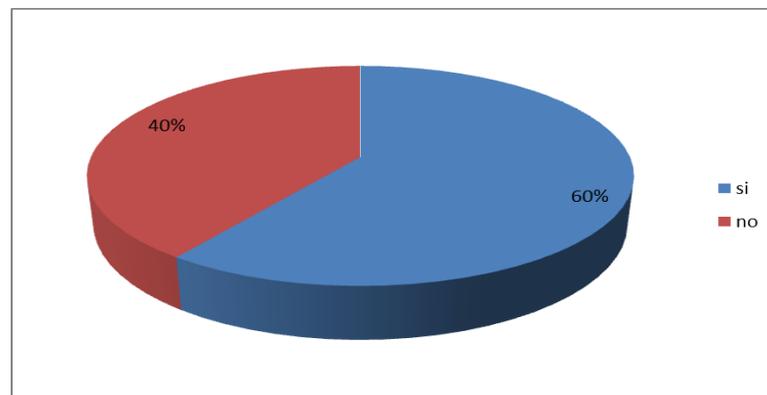


El 17% de las enfermeras contestaron que no conocen los signos y síntomas y el 83% contestaron que sí.

7. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la pre eclampsia?



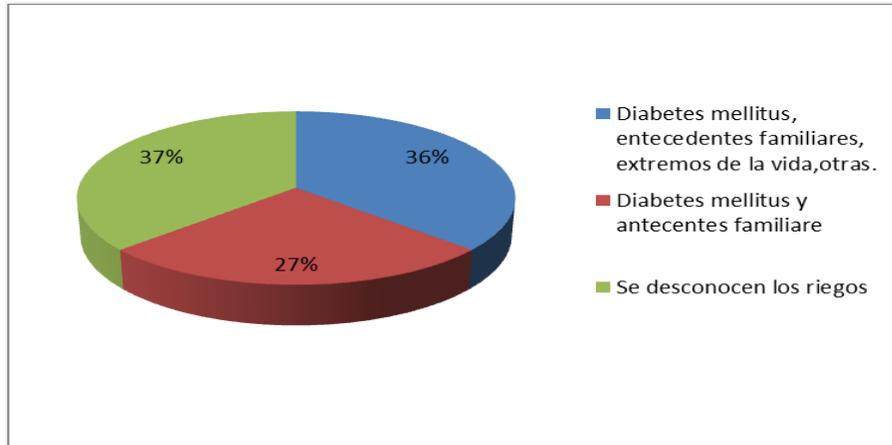
El 40% de las enfermeras contestaron que la cefalea, hipertensión, edema, dolor abdominal, visuales y hepáticos, el 43% contesto que la cefalea, edema e hipertensión y el 17% que solo hipertensión y nauseas



8. ¿Conoce los riesgos para padecer pre eclampsia?

El 40% contesto que no conocían los riesgos para padecer pre eclampsia mientras que el 60% contestaron que sí.

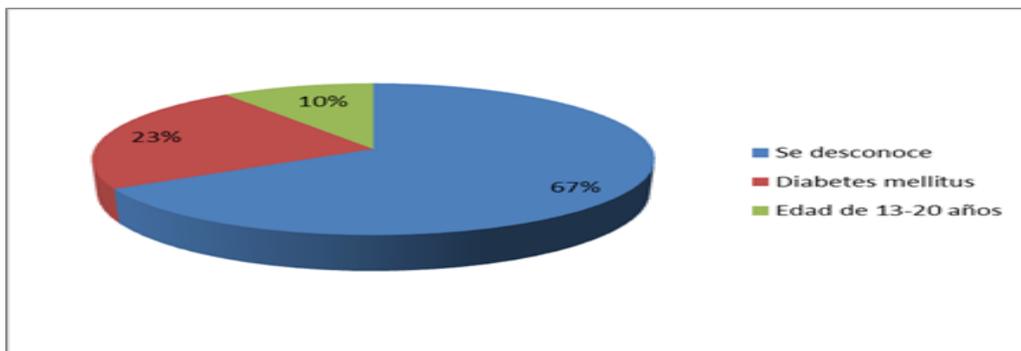
9. ¿Cuáles son los riesgos para padecer pre eclampsia?



El 36% contestaron que la Diabetes mellitus, antecedentes familiares, extremos de la vida y otras, el 27% contestó que la diabetes mellitus y antecedentes familiares mientras que el 37% contestó que los riesgos se desconocen

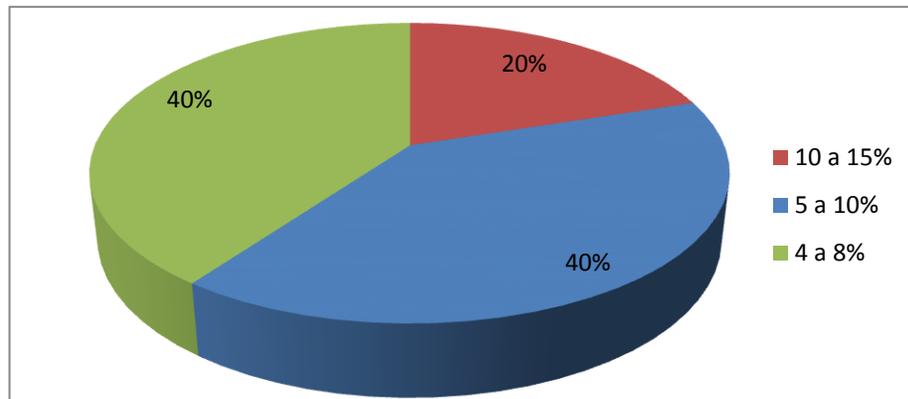
10. ¿Cuál es la etiología de la pre eclampsia?

ZZ



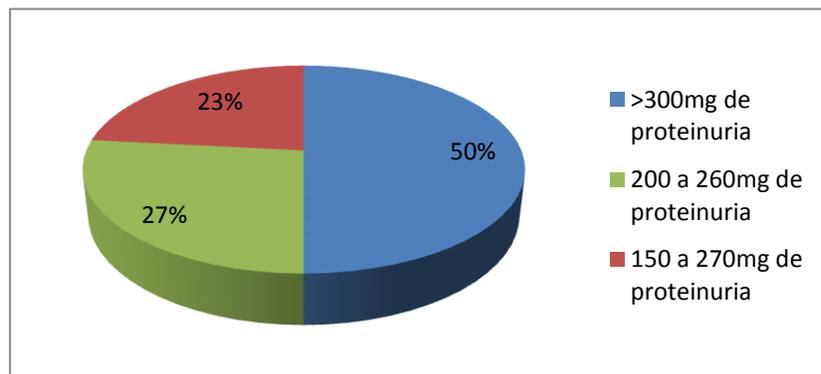
El 67% de las enfermeras contestaron que la etiología se desconoce, el 23% contestó que la diabetes es la etiología y el 10% que tener de 13-20 años es la etiología.

11. ¿Cuál es el porcentaje de incidencia con que se presenta la pre eclampsia?



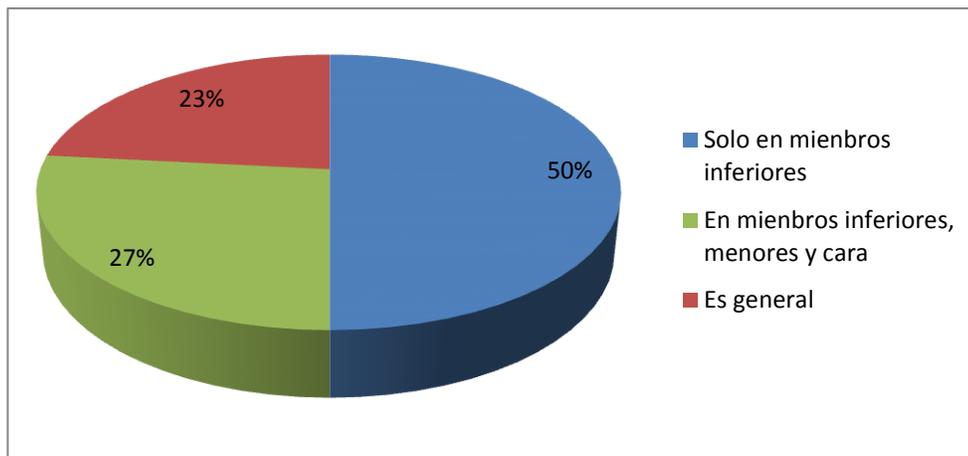
El 20% contestó que la incidencia es de 10 a 15%, el 40% que de 5 a 10% con un empate del 40% que de 4 a 8% es la incidencia.

12. ¿Cuál es el nivel de proteinuria que se presenta en la mujer gestante con pre eclampsia?



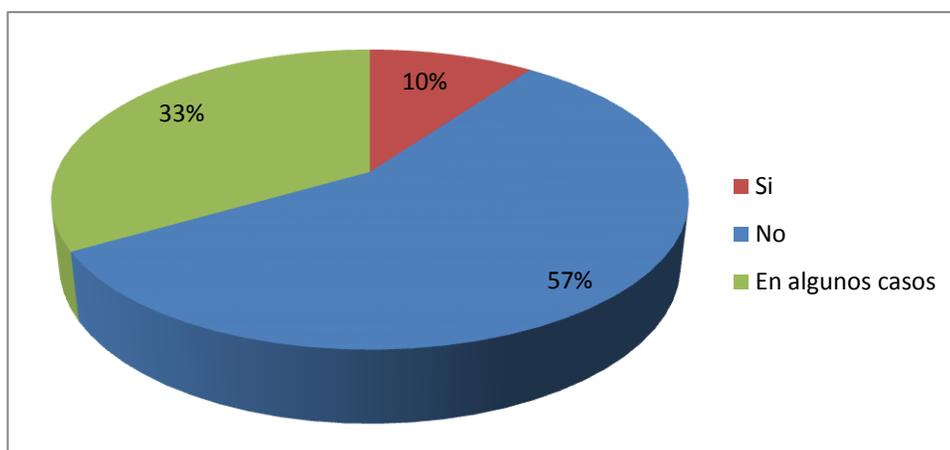
El 50% de las enfermeras contestaron que el nivel de proteinuria es > 300 mg de proteinuria, el 27% contestó que es de 200 a 260 mg, mientras que el 23 % contestaron que es de 150 a 270 mg de proteinuria.

13. ¿El edema en la mujer gestante con pre eclampsia se presenta en todo el cuerpo?



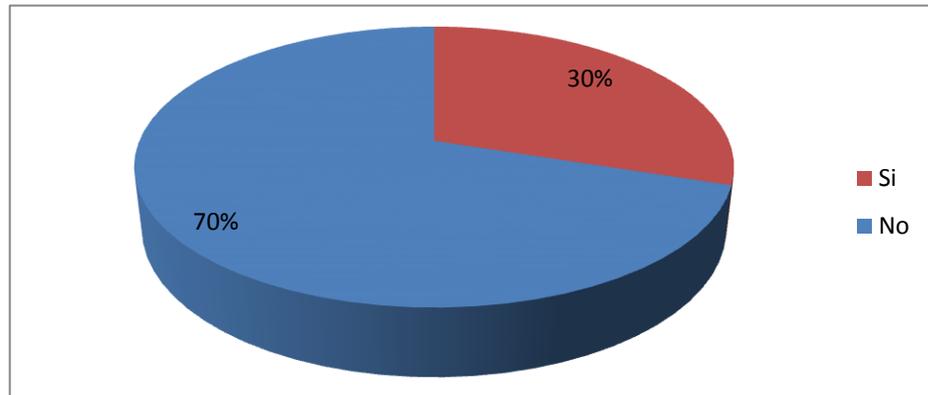
Un 50% contestó que solo se presenta en miembro inferiores, el 27% contestó que en miembros inferiores y cara, el resto el 23% contestó que el edema es general.

14. ¿El edema siempre es causado por la pre eclampsia?



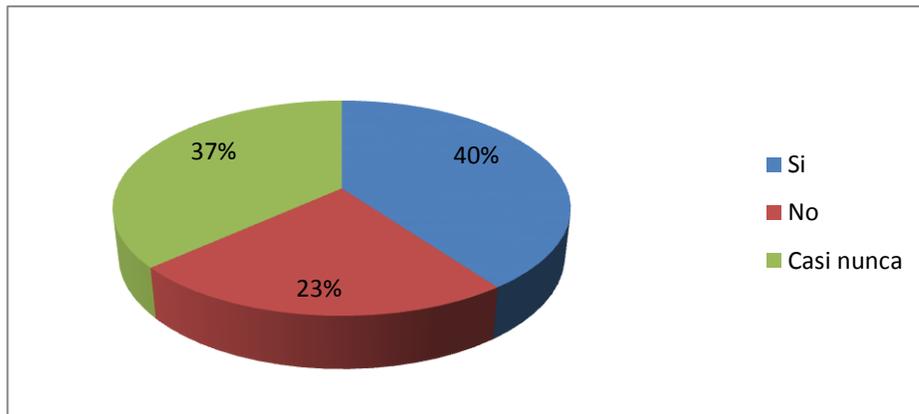
El 10% de las enfermeras contestaron que el edema siempre es causado por la pre eclampsia, el 57% contestó que no y el 33% contestó que en algunos casos

15. ¿La cefalea es un síntoma específico de la pre eclampsia?



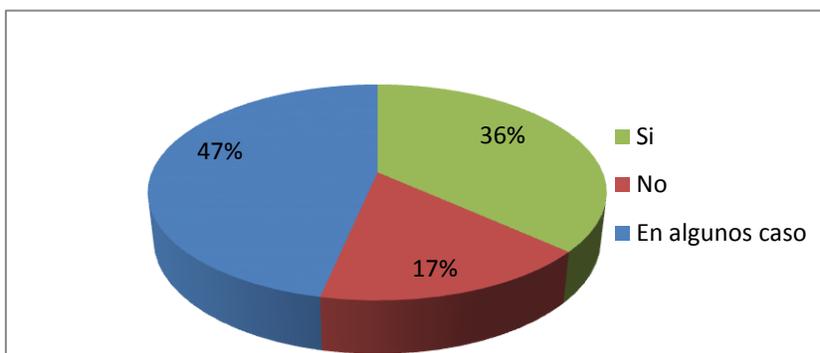
El 30% de las enfermeras contestaron que si mientras que el 70% contesto que no.

16. ¿Siempre aparece sintomatología en la pre eclampsia?



De las enfermeras encuestadas el 40% contestó que si, el 23% contestó que no y el 37% contestó que casi nunca.

17. ¿Terminar con el embarazo es el mejor tratamiento para la pre eclampsia?



De las enfermeras encuestadas el 36% contestaron que si es el mejor tratamiento es el terminar con el embarazo, el 17% contestó que no, mientras que el 47% contestó que en algunos casos.

CAPITULO

VII

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES

De la presente investigación se concluyó que el nivel de conocimientos que mostraron las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud sobre la pre eclampsia en la actualidad es muy bajo respecto al que se necesita para brindar un completo nivel de atención a la salud.

Se concluyó que las enfermeras estudiadas tienen muy pocos conocimientos sobre la pre eclampsia y sus cuidados por lo que considero que los cuidados que brindan son de poca calidad e insuficientes a los que respectivamente necesitan este tipo de enfermedades.

Y por último se concluyó que mi hipótesis planteada en esta investigación es falsa, ya que el nivel de conocimientos de las enfermeras mostrado en la investigación es aún más bajo del porcentaje formulado en la hipótesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. González H, Ballardo M, Domínguez L, Magaña R, Molina H, Uriarte Ontiveros, (2008 octubre) conocimiento de la enfermera en la atención a usuario con pre-eclampsia y eclampsia (n°14) [En línea] Culiacán, Sinaloa, México. Recuperado el 4 de mayo 2012, de revistas.um.es/eglobal/article/download/35861/34381
2. Obstetricia 2009. Recuperado 26 abril 2012., de <http://unidadmedicasanjuan-ginecoobstetricia.blogspot.mx/2009/12/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y.html>
3. Guías diagnósticas, recuperado 11 de mayo del 2012, de http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf
4. León B, Berendson S, Theoretical Medicine. Definition of medicine and its relation to biology. [En línea] Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Recuperado el 4 de mayo 2012 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n1/v7n1e1.pdf>
5. La adolescencia. [En Línea]. Recuperado 27 abril 2012, de <http://materialpsicologia.files.wordpress.com/2010/01/la-adolescencia.pdf>
6. Moreno P, López LL, Delgado I, Muñoz s.et al. (2012) Prevención, Diagnóstico y Manejo de la preeclampsia-eclampsia 3ra edición. [En Línea]. Delegación Miguel hidalgo México. Recuperado el 11 de junio 2012, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>
7. MOORHEAD, Su. Enfermería. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. 4° Edic. Mosby.2009.

8. Preeclampsia (2012) [En línea] Tu Sitio Web Gratis - Mex.tl es una parte de Infored. Recuperado el 3 mayo 2012, de http://www.laboratoriopasteur.mex.tl/19831_Preeclampsia-yEclampsia.html.
9. Rivera Montiel (2008) UNAM Control Prenatal [En Línea]. Recuperada el 7 Mayo 2012, de www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../CONPRENA.pdf.
10. Rojas S, J.A. Protocolo de manejo de preeclampsia-Eclampsia [En línea] clínica de maternidad Rafael calvo, recuperado el 9 de mayo 2012, de http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/protocolo_preeclamsia_eclampsia.pdf.
11. Ruiz M, Delgado L, Muñoz So.2007. Prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia-Eclampsia.4ta edición, [En Línea] .Delegación Miguel Hidalgo México. Recuperado el 25 de 05 2012, de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPSIA_ECLAMPSIA_lin-2007.pdf
12. Sixto E. Sánchez. (2006 Octubre-Diciembre) Epidemiología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia VOL 52 NO4. [En Línea] Recuperado el 6 mayo 2012,de, http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
13. Sánchez A. Ginecología y Obstetricia [En línea] recuperado el 11 de mayo 2012.dde<http://www.clinicalasalmanza.com.mx/Ginecologia%20y%20obstetricia.pdf>
14. Jean D.NEESON. Consultor de enfermería obstétrica, volumen 1 océano/centrum.Pag.137.
15. KEROUAC, Suzanne. Enfermería. El pensamiento enfermero. 1° Edic. Masson. 1996.7.
16. Eduardo M. preeclampsia grave y eclampsia 2011 3ra edición, Buenos Aires. [En Línea].recuperado 7 de mayo2012, de www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf.

17 -García s. Arquitectura hospitalaria en Morelia 2010.Morelia.UMSNH. [En Línea], recuperado 2 de junio 2012, de posarq.arq.umich.mx/~a9900749f/descargas/ahm0165.pdf.

18-Torales MC, Zelaya MB, Schiaffino PM, y col. Estados hipertensivos del embarazo en el hospital Madariaga.Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina 2003;126: 20-28

19. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Revista cubana de obstetricia y ginecología; 26: 17-21

20- Uranga Imaz F, Uranga Imaz F (h). Obstetricia. 5ta edición.Buenos Aires: intermedicina: 1983: 714-754.

21- Carrascal E, González M, De miguel JR, Ortiz C. Preeclampsia grave y síndrome de hellp posparto. Revistacubana de ginecología y obstetricia 2004;31: 38-39