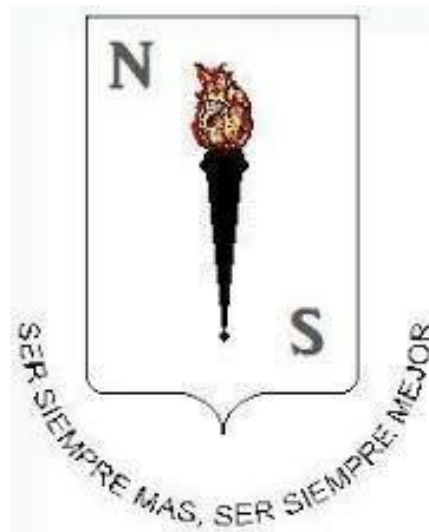


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS:

OBESIDAD FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR
PREECLAMPSIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

KENIA LILIANA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN. ENF. Y OBST. LETICIA MEZA ZAVALA

MORELIA, MICHOACÁN 2023.



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que de una u otra forma estuvieron conmigo, porque cada una aportó con un granito de arena; y es por ello que a todos y cada uno de ustedes les dedico y agradezco todo mi esfuerzo, sacrificio y tiempo que entregué a esta tesis.

A ti Dios mío, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; por mi vida, que la he vivido junto a ti. Gracias por iluminarme y darme fuerzas para caminar por tu sendero.

A ti mami, que tienes algo de Dios por la inmensidad de tu amor, y mucho de ángel por ser mi guarda y por tus inalcanzables cuidados.

A mi familia por siempre estar pendiente y preocupados por mi esfuerzo y dedicación apoyándome donde quiera que estén.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de Tesis a Dios, por ser mi verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mi madre, porque gracias a ella sé que la responsabilidad se debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

A mis hermanas porque, aunque se encuentren ocupadas siempre he tenido su compañía y protección en todo momento, cuya inspiración han sido ellas.

A mis amistades de la Preparatoria porque, aunque no nos veamos seguido siempre están motivándome siempre con su apoyo incondicional, y quienes se sumaron a mi vida para hacerme compañía con sus sonrisas de ánimo.

A mi Camilita preciosa mi bella perrita, mi ángel guardián que ya está en el cielo viendo como cada día me acuerdo más de ella.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
OBJETIVOS	5
HIPÓTESIS.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
VARIABLES.....	7
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I Estados Hipertensivos en el Embarazo.....	8
1.1 Definición.....	9
1.2 Generalidades.....	9
1.3 Preeclampsia.....	9
1.4 Clasificación.....	10
1.5 Patología.....	10
1.6 Predicción.....	11
1.7 Prevención.....	11
1.7.1 Manipulación Dietética.....	11
1.7.2 Prevención Primaria de Preeclampsia.....	12
1.8 Diagnóstico.....	12
1.8.1 Determinación Cualitativa y Cuantitativa de Proteinuria.....	12
1.9 Tratamiento.....	12
1.9.1 Tratamiento de Trastorno Hipertensivo del Embarazo.....	13
1.9.2 Objetivos Principales del Tratamiento.....	13
1.9.3 Medidas No Farmacológicas.....	14
1.9.4 Medidas Farmacológicas.....	14
1.9.5 Tratamiento Farmacológico.....	14
1.9.6 Tratamiento Farmacológico Ambulatorio Vía Oral.....	15
1.9.7 Sulfato de Magnesio.....	16
1.9.8 Manejo de Preeclampsia.....	16

CAPÍTULO II Intervención de Enfermería en Paciente con Preeclampsia.....	17
CAPÍTULO III Obesidad.....	18
3.1 Generalidades.....	19
3.2 Definición.....	19
3.3 Morbilidad y Mortalidad Relacionadas con la Obesidad.....	21
3.4 Morbilidad Materna.....	21
3.5 Embarazo y Obesidad.....	22
CAPÍTULO IV Embarazo de Alto Riesgo y Control Prenatal.....	23
4.1 Definición.....	23
4.2 Control Prenatal.....	23
4.3 Identificación de los Factores.....	23
4.4 Determinación de la Edad Gestacional.....	24
4.5 Diagnóstico de la Condición Fetal y la Condición Materna.....	24
4.6 Educación Materna.....	24
4.7 Periodicidad del Control Natal.....	25
CAPÍTULO V Intervenciones de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia.....	26
5.1 Generalidades.....	26
5.2 Código Mater.....	27
5.3 Triage Obstétrico.....	28
5.3.1 Clasificación del Triage Obstétrico.....	31
5.4 Equipo de Código Mater y Procesos de Atención.....	35
5.5 Funciones Específicas del Equipo Multidisciplinario.....	36
5.6 Cuidados de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia.....	38
CAPÍTULO VI Factores Protectores de la Preeclampsia.....	39
6.1 Importancia de los Factores Protectores.....	39
6.2 Identificación de los Factores Protectores.....	39
6.3 Factores que Pueden Cambiarse Fácilmente.....	40
6.4 Alimentación Durante el Embarazo.....	40

6.5 Control del Estado Nutricional del Embarazo.....	42
6.6 Aspectos Nutricionales a Tener en Cuenta Durante el Embarazo.....	42
6.7 Requerimientos Nutricionales Durante el Embarazo.....	42
6.8 La Actividad Física Durante el Embarazo.....	46
ANÁLISIS DE DATOS.....	51
CONCLUSIONES.....	53
SUGERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	57
GLOSARIO.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	72

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un problema obstétrico de gran importancia debido a su alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Su etiología se desconoce, no obstante, se sugiere que posee una base genética e inmunológica que resulta en un trastorno multisistémico caracterizado por hipertensión, bien sea sistólica, diastólica o ambas, al encontrarse varias cifras tensionales de 140/90 mmHg o una presión arterial media (PAM) de 105 mmHg, pero en este tema nos interesa saber que tan potente es el factor de la obesidad en una mujer embarazada, debido a que la obesidad está reconocida por el área médica como la contribuyente de desarrollar o acelerar complicaciones en nuestra salud en edades muy tempranas, pero el punto a tratar es saber que tan riesgoso es padecer antes o durante el embarazo.

A la enfermera desde su origen se le ha contribuido el cuidado y la atención de mujeres embarazadas.

Por lo que conforme a la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida, pero enfocándose al lado obstétrico es importante saber los riesgos que una mujer con problemas de sobrepeso u obesidad pueda tener al embarazarse.

La obesidad en México su tasa es cada vez más alta por lo cual es preocupante e importante está investigación sobre el embarazo relacionado con la obesidad y así poder tener soluciones a las preguntas de este tema.

ANTECEDENTES

La existencia de convulsiones en la mujer embarazada, fue referida en antiguas escrituras de Egipto y China miles de años AC. Hipócrates, siglo IV AC, se refirió a la gravedad de las convulsiones durante la gestación.

Existen pocas referencias sobre la enfermedad, dado que la obstetricia fue ejercida por parteras, y la eclampsia no era diferenciada de la epilepsia.

León Chesley siglo XX; dedicó toda su vida al estudio de la hipertensión en el embarazo, luego con el pasar del tiempo el profesor Jack A. Pritchard (1921-2002) fue una figura emblemática dentro de la obstetricia moderna. Se desempeñó como director de obstetricia en el Parkland Memorial Center, donde diseñó un nuevo modelo para la atención del embarazo de alto riesgo. Además fijó normas para cuidados prenatales que luego alcanzarían vigencia en toda la nación, y contribuyó al conocimiento del tratamiento de la preeclampsia-eclampsia y las hemorragias obstétricas. Y hasta la actualidad sigue siendo la causa de más del 10% de muertes maternas según la OMS. (Hernandez, 2012)

Brauner, T. realizó una investigación con el tema la Intervención de la enfermera en clientes en situación crítica, que requiere cuidados intensivos como la hipertensión , en el año (2000) se fundamentan en un módulo de asistencia vinculado a la interacción del equipo multidisciplinario, con el objetivo de lograr metas específicas que generen el establecimiento del equilibrio en la salud, utilizando como muestra a 64 mujeres gestantes, llegando a la siguiente conclusión que la interrelación genera información y experiencia relevante en una enfermedad, en la que la falta de cuidados puede generar situaciones críticas que afectan el sistema orgánico total del usuario. (Navarro, 2010)

Valdez, R. en el año 1999 realizó una investigación sobre las estrategias comunitarias de prevención de la hipertensión arterial en embarazadas en el sector La Sabanita de Ciudad Bolívar, utilizando como muestra 18 embarazadas , con el objetivo identificar factores de riesgo para incremento de HTA gestacional, llegando a la siguiente conclusión : en la hipertensión arterial en usuarias embarazadas es significativo considerar la edad, raza de la usuaria, los antecedentes familiares y hereditarios en relación con la hipertensión arterial y enfermedad coronaria, el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas, la dieta, el sobrepeso, tipo de trabajo, condiciones que provocan los niveles de presión. (Valdez, 2000)

Cedeño, M; Guevara, E. y Mercado, O en el año 2003, realizaron un estudio con el tema programa educativo con factores de riesgo de preeclampsia, cuyo objetivo fue diseñar un programa educativo referido a factores de riesgo a preeclampsia utilizando como muestra a un grupo de embarazadas. La investigación fue un proyecto factible con diseño transversal. Entre las conclusiones tenemos: que el nivel de información de las embarazadas en cuanto a las generalidades, fisiología y fisiopatología de la enfermedad, es muy bajo, pues se ubicó en un 78%. (Cedeño, 2003)

Figeroa, A. en el año 2000 realizó una investigación con el tema la toxemia gravídica genera complicaciones de salud para los usuarios con el objetivo de identificar las principales complicaciones y actuar sobre ellas , utilizando como muestra a 86 embarazadas de la clínica San Alfonso de Chicago , llegando a la siguientes conclusiones: que afectan su estructura orgánica a través de la funcionalidad en la presión arterial, la proteinuria, edema y disminución de la irrigación sanguínea en el útero, frente a lo cual la atención de calidad que considere la valoración bajo los procedimientos más efectivos para lograr el restablecimiento de la usuaria. Estos aspectos valorativos de la hipertensión arterial deben tomarse en cuenta desde el punto de vista asistencial y de orientación a las embarazadas para que así reconozcan los riesgos fisiopatológicos asociados a la hipertensión arterial o presión arterial elevada. (Figeroa,2000)

Cácedas .L Beals.E. en el año 2009, realizaron una investigación con el tema Estudio Comparativo de la morbilidad del producto gestacional en mujeres embarazadas con preeclampsia eclampsia moderada-severa , con el objetivo de de comparar la morbilidad del producto gestacional , utilizando como muestra a 1886 embarazadas del hospital del profesor, llegando a la siguiente conclusión: si bien las diferencias clínicas para el diagnóstico de preeclampsia moderada o severa son claras las complicaciones pueden traer al producto de la gestación no presentar diferencias , salvo analizar el RCIU. (Cáceda, 2009)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia es un síndrome que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante durante el parto y el puerperio caracterizado por hipertensión arterial y proteinuria.

La preeclampsia es un estado hipertensivo del embarazo que afecta entre el 3 y el 5% (Dr. Sánchez Alfredo Padrón Revista Mexicana de medicina intensivista y emergencias) de los mismos, se sabe que el sobrepeso está relacionado con una presión arterial elevada. Asimismo, las personas obesas poseen mayores niveles de triglicéridos en sangre y de colesterol LDL por el contrario, sus niveles de colesterol HDL o "buen colesterol" son más bajos que en personas que están en su peso adecuado.

El 51% de las mujeres mexicanas en edad reproductiva tienen sobrepeso u obesidad (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Lo que indica que más de la mitad de éstas inician el embarazo con exceso de peso. La obesidad es un factor de riesgo materno para desarrollar preeclampsia. El diagnóstico de hipertensión gestacional se establece en las mujeres en quienes la presión arterial 140/90 mmHg o cuando se produce un aumento encima de los valores basales de 30 mm Hg sistólica o 15 mm Hg en la diastólica al menos en dos ocasiones con 6 o más horas de intervalo, la proteinuria es un signo importante en la preeclampsia se define como la presencia de 300 mg o más de proteína en la orina de 24 horas, otros signos relacionados.

con la preeclampsia, otros como cefalea, dolor epigástrico, trombocitopenia, trastornos visuales o edema también se consideran para el diagnóstico. Uno de los factores relacionados con la obesidad es la retención del peso ganado durante el embarazo y la excesiva ganancia de peso durante éste empeora la obesidad materna.

Ocurre primordialmente en las nulíparas después de la semana 20 de gestación, y más a menudo cerca del término. El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Considerando la importancia de la participación del profesional de enfermería para intervenir en los problemas que desarrolla la mujer en su embarazo por la patología que conlleva tener obesidad, nos surge el siguiente cuestionamiento.

La obesidad se asocia con una serie de complicaciones preconcepcionales, en el período prenatal, durante el parto y posparto, lo que aumenta directamente los riesgos de morbilidad y mortalidad en la madre y el niño demandando demanda indirecta de recursos en los servicios de salud.

El estado nutricional tiene relación directa con el crecimiento fetal y el resultado perinatal.

Más del 40% de las mujeres que cursan un embarazo se encuentran con sobrepeso u obesidad.

La obesidad complica el 28% de los embarazos, con un 8% categorizada como "obesidad extrema" con IMC >40.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo afecta la obesidad a las mujeres embarazadas?

OBJETIVOS

General

- Conocer la influencia de la obesidad en las embarazadas para desarrollar preeclampsia.

Específicos

- Identificar qué porcentaje de las embarazadas con obesidad que desarrollaron preeclampsia.
- Comparar el porcentaje de mujeres con obesidad que desarrollaron preeclampsia y mujeres en peso adecuado que también desarrollaron preeclampsia.
- Identificar qué porcentaje de las embarazadas que desarrollaron preeclampsia tuvo un control prenatal.
- Conocer los resultados de estudios de laboratorio en las pacientes que padecieron preeclampsia.

HIPÓTESIS

Las mujeres con obesidad durante el embarazo tienen una mayor frecuencia de desarrollar preeclampsia.

JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia es un síndrome idiopático específico del embarazo que se presenta después de las 20 semanas de la gestación se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Se presentan 50.000 muertes maternas a nivel mundial por este síndrome y en países en vías de desarrollo como México y América Latina constituyen la principal causa de muerte siendo responsable de una cuarta parte de las muertes maternas.

La obesidad, problema de salud que afecta a la población, caracterizada por ser una enfermedad crónica, multifactorial, donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuyen al desarrollo del padecimiento. Su importancia epidemiológica se debe principalmente a que participa activamente en la fisiopatología de múltiples enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial.

La obesidad que complica el embarazo también ha aumentado justo con la prevalencia global de la obesidad, la obesidad produce una morbilidad materna excesiva.

No hay duda de que la obesidad es un factor de riesgo constante para la preeclampsia. En una revisión de estudios que comprendió a más de 1.4 millones de mujeres, observaron que el riesgo de preeclampsia se elevó al doble con cada aumento de 5 a 7 kg anterior al embarazo.

El profesional de Enfermería tiene como misión realizar intervenciones de Enfermería y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y del respeto de la intercultural.

El enfoque de riesgo reproductivo implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permiten identificar las situaciones que pudieran significar una anomalía en el ciclo gestacional. Durante la realización de mi servicio social observé una prevalencia en las mujeres embarazadas con obesidad las cuales tenían un alto nivel de complicaciones en el embarazo.

Es por esto la realización de mi trabajo con el fin de brindar datos de las pacientes con preeclampsia y así brindar de manera profesional los cuidados de Enfermería para la atención de las mujeres que tienen obesidad en el embarazo.

VARIABLES

- Preeclampsia
- Proteinuria
- Hipertensión arterial
- Edema
- Obesidad
- Sobrepeso
- Ganancia de peso
- Triglicéridos
- Colesterol LDL.
- Edad reproductiva
- Riesgo materno
- Control prenatal

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I Estados Hipertensivos en el Embarazo

1.1 Definición

La enfermedad hipertensiva del embarazo, designa a una serie de trastornos hipertensivos que se caracterizan por tener en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo. La hipertensión arterial en el embarazo sistólica mayor o igual a 140 MMHG, o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 MMHG, o una Presión Arterial Media (PAM) de 105 MMHG, en dos tomas con un intervalo con 6 horas o una sola toma de 160/110 MMHG a partir de 20 semanas de gestación.

1.2 Generalidades

Los estados hipertensivos del embarazo consisten en preeclampsia y eclampsia, hipertensión crónica (esencial o secundaria a la enfermedad renal, enfermedad endocrina u otras causas), hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada e hipertensión gestacional.

La Preeclampsia es la hipertensión asociada con proteinuria y edema; ocurre primordialmente en las nulíparas después de la semana 20 de gestación, y más a menudo cerca del término. La hipertensión se define como la presión arterial igual o mayor a 104/90 mm Hg o un aumento en la presión arterial media de 20 mm Hg el incremento de la presión arterial de 30/15 mm Hg sobre los valores del primer trimestre.

Los datos recientes refieren que no aumentan los fenómenos adversos en las mujeres con estos cambios, pero una elevación en la presión arterial de esta magnitud requiere observación estrecha.

La proteinuria se define como una excreción de 300mg o más en una muestra de 24h o 30 mg/dL en una muestra aleatoria puede ocurrir preeclampsia en mujeres que tiene hipertensión crónica (preeclampsia sobreagregada); el pronóstico es peor para la madre y el feto que cuando ocurre cualquiera de estas alteraciones aisladamente.

Se produce preeclampsia en 6% de la población general; la frecuencia varía según la localización geográfica., edad materna menor de 20 años o mayor de 35 años, estado socioeconómico de bajo ingreso, gestación múltiple, mola hidatiforme, polihidramnios.

1.3 Preeclampsia

Es un síndrome específico del embarazo caracterizado por perfusión orgánica reducida secundaria a vasoespasmo y activación endotelial. La enfermedad hipertensiva del embarazo, designa a una serie de trastornos hipertensivos que se caracteriza por tener en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo.

La hipertensión arterial durante el embarazo se define como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg en dos tomas con un intervalo de dos tomas cada 6 horas o una sola toma de 160/110 mm Hg a partir de las 20 semanas de gestación.

1.4 Clasificación

1.-Hipertensión crónica pre gestacional.

Tensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mm Hg en dos tomas aisladas, previos al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.

2.-Preeclampsia.

Tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg o Tensión arterial sistólica mayor o igual 104 mm Hg (en dos tomas) y proteinuria mayor de 300 mg en 24 horas; o un asunto de 15 mm Hg o más en la TAD habitual.

3.-Hipertensión gestacional.

Tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica sin proteinuria después de las 20 semanas que desaparece luego de los tres meses de postparto.

4.-Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreagregada.

5.-Eclampsia.

Convulsiones y/o coma en una mujer con preeclampsia.

1.5 Patología

En el caso de la preeclampsia se identifica deterioro grave patológico de la función en diversos órganos y sistemas, tal vez como consecuencia de vasoespasmo e isquemia.

Cualquier teoría satisfactoria de la fisiopatología de la preeclampsia debe explicar la observación de que los trastornos hipertensivos causados por el embarazo son muchos más probables en las mujeres que:

- a) Se exponen vellosidades crónicas por primera vez.
- b) se expone a la superabundancia de vellosidades, como sucede en los embarazos gemelares y en caso de mola hidatiforme.
- c) sufren enfermedades vasculares preexistentes.
- d) están genéticamente predispuestas a desarrollar hipertensión durante el embarazo.

El vasoespasmo es un fenómeno básico en la fisiopatología de la preeclampsia y eclampsia. Este concepto se basa en observaciones directas de vasos sanguíneos pequeños de lechos ungueales, fondos oculares y conjuntivos bulbares, y se conjeturó por los cambios histológicos reconocidos en diversos órganos afectados. La constricción vascular produce resistencia al flujo de sangre y explica el desarrollo de hipertensión arterial.

Es probable que el propio vaso espasmo ejerza un efecto dañino sobre los vasos. Más aún en las células endoteliales. Es muy probable que estos cambios produzcan lesión de estas células y fugas entre ellas que dan lugar al depósito de los constituyentes de la sangre, entre ellos plaquetas y fibrinógeno, a nivel endotelial.

Se presume que tales cambios vasculares, en conjunto con la hipoxia local de los tejidos circundantes, culminan en hemorragia, necrosis, y otros trastornos de órganos terminales observados en casos de preeclampsia grave.

Aunque las posibles consecuencias maternas de los trastornos hipertensivos consecutivos al embarazo son diversas, con fines de simplificación estos efectos se describen aquí con base en sistemas organismos específicos. La causa principal del trastorno fetal se produce como resultado de la perfusión útero placentaria reducida.

1.6 Predicción

Se han propuesto diversos marcadores bioquímicos y biofísicos, basado sobre todo en patologías y fisiopatología de los trastornos hipertensivos originados por el embarazo, con la finalidad de predecir el desarrollo de preeclampsia durante la parte tardía del embarazo.

Los investigadores han tratado de identificar marcadores tempranos de problemas como placentación inadecuada, perfusión placentaria reducida, disfunción de las células endoteliales y activación de la coagulación. Casi todos estos intentos proveen estrategias de prueba con baja sensibilidad para predecir la preeclampsia.

En la actualidad no se dispone de pruebas de investigación de la preeclampsia dignas de confianza válida y económica.

1.7 Prevención

Se dispone de diversas estrategias para prevenir la preeclampsia. casi todas consisten en manipulaciones de la dieta e intentos farmacológicos de modificar los mecanismos fisiopatológicos que parezcan participar en el desarrollo de este trastornó.

Entre estos últimos se encuentran el ácido acetilsalicílico a dosis bajas y los antioxidantes.

1.7.1 Manipulación Dietética:

Uno de los primeros esfuerzos destinados a prevenir la preeclampsia fue la restricción de sal durante el embarazo. Está demostrado que esta medida carece de eficacia. De manera semejante, aun no se demuestra que el calcio complementario prevenga algunos de los trastornos hipertensivos atribuibles a la gestación. Entre otras manipulaciones dietéticas ineficaces investigadas figura la administración de aceite de pescado todos los días.

1.7.2 Prevención Primaria de Preeclampsia

La prevención primaria de toda enfermedad es la meta de la medicina preventiva. En cuanto a trastornos hipertensivos gestacionales, no se dispone aún de una prevención farmacológica efectiva.

1.8 Diagnóstico

Durante las visitas preconcepcional y prenatal, es necesario el control de la tensión arterial en todas las consultas, ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente (ver GPC Preconcepcional y prenatal, MSP). La OMS recomienda un mínimo de cinco controles prenatales.

Siendo las cifras de TA fundamentales para el diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos gestacionales.

1.8.1 Determinación Cualitativa y Cuantitativa de Proteinuria

Para el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo acompañado de proteinuria se debe realizar una proteinuria en tirilla o una determinación de proteinuria en 24 horas. Para la determinación cualitativa de proteinuria en tirilla se introduce el extremo de la tirilla 30 segundos en la orina recolectada del chorro medio.

Se sacude suavemente golpeándola al costado del contenedor y el resultado se lee por comparación del color que adquiere la superficie de la tirilla en contacto con la orina con la tabla de colores sobre la etiqueta del envase.

1.9 Tratamiento

La finalidad básica de cualquier tratamiento de cualquier embarazo complicado por preeclampsia incluye:

- a) Interrupción de este con el menor traumatismo posible para la madre y el feto.
- b) Nacimiento de un lactante que a continuación prospere.
- c) Restablecimiento completo de la salud materna. En cierto caso la preeclampsia, sobre todo en las mujeres a término acerca de este, se atienden con igual eficiencia las tres finalidades con la inducción del parto.

1.9.1 Tratamiento de Trastorno Hipertensivo del Embarazo

Conocedores de que la etiopatogenia de los trastornos hipertensivos gestacionales son aún poco clarificados, las siguientes premisas son parte del tratamiento:

- La terapia indicada es elegir el momento oportuno y el lugar adecuado para la terminación de la gestación.
- El manejo obstétrico de la preeclampsia se basa fundamentalmente en el balance entre la salud fetal neonatal y la salud materna.
- No existen evidencias sobre mejores resultados entre conductas activas o expectantes en el manejo de la preeclampsia.

Dar a luz es el mejor tratamiento de la preeclampsia, ya que una vez que:

Cuando ha salido el feto, los síntomas suelen remitir. Por tanto, si una embarazada tiene preeclampsia se debe intentar finalizar la gestación inmediatamente, bien mediante inducción del parto (en los casos leves), o bien mediante una cesárea (en los casos graves). En estos casos, se deben tratar los síntomas de la preeclampsia hasta que el bebé alcance la madurez suficiente para sobrevivir fuera del útero materno, este tratamiento consiste en administrar fármacos antihipertensivos y recomendar reposo relativo a la paciente.

1.9.2 Objetivos Principales del Tratamiento

1. Prevenir el desarrollo de convulsiones y de esta manera, disminuir el riesgo de un ACV (accidente cerebro vascular).
2. Disminuir el vasoespasmo y evitar así, que la HTA deje secuelas en la madre.
3. Obtener un RN en buenas condiciones para evitar problemas en la etapa neonatal y en el desarrollo neurológico.

1.9.3 Medidas No Farmacológicas

Reposo: No se ha demostrado en ningún tipo de trastorno hipertensivo que el reposo mejore los resultados del embarazo.

Restricción de Sodio: Se recomienda dieta normo-sódica en pacientes con hipertensión gestacional o preeclampsia. Continuar dieta hipo sódica indicada previamente en hipertensas crónicas.

No reducción de peso: No se recomienda la reducción de peso durante el embarazo para prevenir la hipertensión gestacional.

1.9.4 Medidas Farmacológicas

El riesgo de hipertensión grave se redujo a la mitad con el uso de antihipertensivos.

Sin embargo, los antihipertensivos no se asociaron con cambios en el riesgo de preeclampsia, muerte fetal-neonatal, parto prematuro o neonato pequeño para la edad gestacional.

Ante cifras tensionales mayores a 160/110 mmHg, la terapia antihipertensiva se realiza con el objeto de disminuir las complicaciones maternas, como la hemorragia cerebral.

1.9.5 Tratamiento Farmacológico

El riesgo de hipertensión grave se redujo a la mitad con el uso de antihipertensivos.

Sin embargo, los antihipertensivos no se asociaron con cambios en el riesgo de preeclampsia, muerte fetal-neonatal, parto prematuro o neonato pequeño para la edad gestacional.

Ante cifras tensionales mayores a 160/110 mmHg, la terapia antihipertensiva se realiza con el objeto de disminuir las complicaciones maternas, como la hemorragia cerebral.

1.9.6 Tratamiento Farmacológico Ambulatorio Vía Oral

Si se considera el manejo ambulatorio por ausencia de signos de gravedad y posibilidad de control estricto ambulatorio, se debe utilizar cualquiera de estos fármacos:

- **Alfametildopa:** 500 a 2.000 mg/día, comprimidos de 250 y 500 en dos a cuatro dosis. Es un agonista adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica, su primera elección para la mayoría de las sociedades científicas. Seguridad bien documentada luego del primer trimestre y mientras dure la lactancia.
- **Nifedipina:** 10-40 mg/día, comprimidos de 10 y 20 mg en una a cuatro dosis. Es un bloqueante de los canales de calcio, se recomiendan los preparados por vía oral de liberación lenta. No debe administrarse por vía sublingual para evitar riesgo de hipotensión brusca. Seguro en el embarazo y lactancia.

1.9.7 Sulfato De Magnesio

El sulfato de magnesio representa la primera elección para prevenir la aparición de convulsiones en las mujeres con preeclampsia severa.

Además, se ha relacionado con una reducción significativa en la recurrencia de las crisis convulsivas.

Uso de Sulfato de Magnesio Para la prevención de Eclampsia:

Como dosis de impregnación se utiliza el sulfato de magnesio a 4 gramos por vía intravenosa en 20 minutos. Como dosis de mantenimiento a 1 gr/hora intravenoso en bomba de infusión de preferencia. La infusión debe iniciarse al ingreso de la paciente y continuar durante 24 horas después del evento obstétrico.

Efectos Adversos del Sulfato de Magnesio

La administración de sulfato de magnesio no está exenta de efectos adversos, que incluyen: rubor, náusea, cefalea, somnolencia, letargia, retención urinaria, impactación fecal, hipotermia y visión borrosa.

1.9.8 Manejo de la Preeclampsia Leve

Se realizará un tratamiento en forma ambulatoria, debe alertarse a la paciente sobre los signos y síntomas de empeoramiento de la preeclampsia. Debe recomendarse una dieta regular, sin restricciones de sal, ni limitaciones en la actividad física.

Además debe indicarse la toma de la presión arterial en forma diaria, la vigilancia del peso y los edemas como así también la realización de laboratorio de control en forma periódica.

CAPÍTULO II Intervención de Enfermería en Paciente con Preeclampsia

Brindar atención ante la presencia de Preeclampsia–Eclampsia y Síndrome de HELLP a través de las siguientes actividades:

- Evalúa el estado físico, mental y emocional de la paciente a través del interrogatorio y exploración física para confirmar el diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia o Síndrome de HELLP.
- Valora la situación hemodinámica, mediante la medición de los signos vitales.
- Valora la condición de los reflejos osteotendinosos.
- Detecta signos de preeclampsia (proteinuria, edema e hipertensión arterial).
- Interroga sobre la aparición de síntomas como: cefalea, acúfenos y dolor. Identifica datos de sufrimiento fetal (taquicardia, bradicardia, salida de meconio, entre otros).
- Monitoriza la frecuencia cardíaca fetal.

Determina el grado de evolución de la preeclampsia (leve o severa) e inicia el tratamiento a fin de lograr la estabilización de la paciente a través de:

- La canalización de 2 venas periféricas.
- La ministración de soluciones parenterales y antihipertensivos según el manual de atención del protocolo del MSP.
- La colocación de la parte en posición de decúbito lateral izquierdo.
- La administración de oxígeno a 3 Lt por minuto si el caso lo amerita.
- La aplicación de anticonvulsivos ante la presencia de crisis convulsivas conforme a lo establecido en el “Manual de Atención de Urgencias Obstétricas”.
- Gestiona la referencia urgente al nivel de atención especializada
- Identifica necesidades de tipo emocional o problemas de tipo mental.
- Deriva a la paciente en caso de requerir atención especializada.

CAPÍTULO III Obesidad

La obesidad, se define como el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal, se considera hoy en día una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones. Según su origen, la obesidad se puede clasificar en endógena y exógena. La endógena es la menos frecuente de estos dos tipos, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos la presentan, este tipo de obesidad es debida a problemas provocados a la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (hipotiroidismo), el síndrome de Cushing (glándulas suprarrenales), diabetes mellitus (problemas con la insulina), el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo, entre otros, esta es un tipo de obesidad causada por problemas internos, debido a ellos las personas no pueden perder peso (incluso lo aumentan) aún llevando una alimentación adecuada y realizando actividad física.

En cambio la obesidad exógena es aquella que se debe a un exceso en la alimentación o a determinados hábitos sedentarios, en otras palabras, la obesidad exógena es la más común y no es causada por ninguna enfermedad o alteración propia del organismo, si no que es provocada por los hábitos de cada persona. Este tipo constituye aproximadamente entre el 90 y 95% de todos los casos de obesidad, lo que significa que la mayoría de personas que la padecen es por un inadecuado régimen de alimentación y/o estilo de vida.

En ocasiones, no se trata únicamente de que haya una alimentación excesiva, si no de que existe una falta de actividad o ejercicio físico y por consiguiente, una falta de gasto de energía.

Causas

La obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles se desarrollan por causas multifactoriales para el individuo y fomentadas por una cultura de consumo, con una determinante socioeconómica y por el actual enfoque al entorno de comodidad (generador de obesidad), la cual se caracteriza para realizar todo trabajo con un mínimo esfuerzo, mayor acceso de alimentos con bajo contenido de fibra, con alto contenido en sodio, de alta densidad energética, bebidas con alto aporte calórico, un mayor tamaño de porción de alimentos y bebidas, una vida sedentaria propiciada y fomentada por un constante desarrollo tecnológico, además de una actividad cotidiana hasta cierto punto rutinaria (niveles reducidos de actividad física en el hogar, escuela, trabajo, al utilizar transporte particular, y actividades recreativas que requieren bajo gasto energético (juegos electrónicos), etc., además del fomento en el consumo de tabaco y alcohol, lo anterior por datos obtenidos de la encuesta nacional de ingreso y gasto de los hogares. Desde el punto de vista económico existen dos vertientes por las que se puede desarrollar obesidad. En una situación de pobreza (relación indirecta), la falta de una dieta adecuada en cantidad y calidad, particularmente durante la gestación y los primeros dos años de vida lleva al retraso en el crecimiento uterino y postnatal, además se han descrito algunos de los mecanismos fisiológicos que se han encontrado,

los cuales relacionan el balance positivo de energía con la acumulación de grasa en individuos con desnutrición temprana.

3.1 Generalidades

El peso obsesivo se ha convertido en uno de los principales problemas de salud de los países ricos. Debido a su importancia médica y sus efectos diversos sobre el embarazo, se describirán por separado en este capítulo. La prevalencia de la obesidad en Estados Unidos ha aumentado de forma constante a medida que se ha incrementado la propiedad económica. Por varios años la obesidad se ha denominado epidémica, que definida en términos estrictos implica un brote generalizado temporal de un gran incremento de la frecuencia y la gravedad.

Infortunadamente la obesidad en términos más correctos es endemia. Un trastorno que está presente con regularidad. Así mismo su prevalencia ha ido aumentando desde 1960.hasta 1991, alrededor de un tercio de los adultos de estados unidos tenían preobesidad y casi 300.000 muertes se atribuyen cada año a la obesidad (Allison et al., 1999).

Las autoridades de salud pública comenzaron a combatir el problema de la obesidad a finales del decenio de 1980.un objetivo declarado de Healthy People 2000 fue reducir la prevalencia de las personas con preobesidad 20% o menos al final del siglo XX. Esta meta no solo no se logró si no que para el año 2000 más de la mitad de la población tenía preobesidad.

Muchas enfermedades relacionadas con la obesidad, entre ellas diabetes, cardiopatía, hipertensión, apoplejía y osteoporosis. Las mujeres obesas que se embarazan (y sus fetos) están predispuestas a diversas complicaciones graves vinculadas con la gestación. Los efectos maternos de largo plazo comprenden tasas elevadas y aumentadas de morbilidad y mortalidad.

Así mismo estudios recientes demuestran que las mujeres embarazadas obesas padecen a menudo morbilidad.

3.2 Definición

La obesidad es la enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad.

La OMS define como obesidad cuando el índice de masa corporal, el cálculo entre la estatura y el peso del individuo es igual o superior a 30 kg/m².

De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, con estudiantes de primaria, se encontró que un 50% adquieren un dulce, un 40% compra una fritura acompañada de una bebida azucarada y un 2% de los estudiantes eligieron una fruta, comprados en la cooperativa de la escuela en el recreo y en puestos de la calle a la hora de la salida de la escuela. Al iniciar la primaria, sólo 5% de los niños presentan sobrepeso de un 25%, pero estos mismos niños de 11 a 12 años de edad al concluir la primaria, tendrán un sobrepeso del 33%.

3.2.1 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha determinado por estudios que un 15% de los escolares tienen sobrepeso (tasa de obesidad más alta del mundo), también se encontró un aumento en jóvenes de un 15%, en adultos 30%, tanto en países desarrollados como en países “en Transición Nutricional” (Íbero América y Asia), esto tal vez se debe a un mayor consumo de productos manufacturados (comida rápida), consumo de productos de origen animal y/o cambios en el estilo de vida (sedentarismo).

En países desarrollados se ha determinado que existe una relación directa entre el nivel socioeconómico y la obesidad mientras que en países en desarrollo se ha determinado una relación indirecta.

En México la epidemia de obesidad es un problema de gran magnitud en todos los grupos sociales, de edad y género. Experimenta un aumento vectorial que no se tiene registrado en ningún otro país, con mayor prevalencia de obesidad en adultos, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006. De los datos obtenidos en la ENSANUT 2006, de la población adulta considerada en el 2006 (de 20 años y más), con un total de 65 095 420 personas de ambos géneros, cerca del (70%) 45 566 794 presentó obesidad y sobrepeso.

El problema de obesidad y sobrepeso fue muy similar para ambos géneros, con lo que respecta a este grupo de 20 y más años de edad .

Cálculo de Obesidad, índice cintura-cadera (ICC). Hasta hace no mucho tiempo el cálculo internacional de obesidad se establecía por el índice de masa corporal (IMC), en el cual se consideraba que un individuo adulto presenta obesidad cuando su índice de masa corporal (IMC) es superior a 30 kg/m^2 , el cual se obtiene como el producto de dividir los kilogramos de peso entre los metros al cuadrado de su estatura (kg/m^2), actualmente se considera que es más exacto el índice cintura-cadera (ICC), en el cual se realiza por medio de un cálculo de la proporción entre la medida de la cintura y cadera, para saber si se padece obesidad mediante el ICC, se mide la cintura en su parte más estrecha (dejando el abdomen flojo, no debe contraerse ni contener la respiración), luego se mide la cadera en el área de mayor extensión, el paso siguiente es dividir la medida de la cintura por la medida de la cadera, cuando la cifra es superior a 0,8 este resultado ya está indicando un sobrepeso importante.

3.3 Morbilidad y Mortalidad Relacionadas con la Obesidad

La obesidad es costosa, no sólo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad, sino también en términos del momento en dólares interviniendo en asistencia sanitaria. Colditz (1999) calculó que cada año fallecen 300.000 adultos a causa de la obesidad.

Las personas que tiene preobesidad corren un mayor riesgo de un número elevado de complicaciones como Diabetes tipo II, hipertensión, cardiopatía, miocardiopatía por obesidad, osteoartritis, esterilidad parcial está bien conocida la relación directa entre la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2. Según Hossain et al. El 90% de la diabetes del tipo 2 es atribuida al exceso de peso. La cardiopatía debido a la obesidad es efecto de hipertensión, hipervolemia y dislipidemia. El peso excesivo implica un incremento en las tasas de mortalidad temprana.

3.4 Morbilidad Materna

La obesidad produce una morbilidad materna excesiva como diabetes gestacional, preeclampsia, embarazo de postérmino, cesárea de urgencias, hemorragia postparto, infecciones urinarias, óbito. Weiss et al. (2004) comunicó resultados adversos y morbilidad materna similares en un estudio multicéntrico prospectivo de más 16.000 mujeres con obesidad desde clase I y II dentro del estudio valoración de riesgo durante el primer y segundo trimestre de embarazo destacó sobre todos los incrementos notables de la hipertensión gestacional.

La obesidad y la hipertensión son factores frecuentes que producen insuficiencia cardiaca perinatal. Así que las mujeres obesas presentan dificultades con la anestesia que incluye la inserción difícil de la angélica epidural y raquídea y complicaciones por intubaciones fallidas o difíciles.

3.5 Embarazo y Obesidad

La obesidad se acompaña de la esterilidad parcial debido al incremento de resistencia de insulina. En su reseña, Neill y Nelson –Precy (200) correlacionaron las alteraciones de la fecundidad en las mujeres con un índice de masa corporal mayor a 30kg. En 6 500 ciclos de inyección de semen intracitoplasmático para fecundación in vitro, observaron que la implantación, el embarazo y las tasas de nacimientos vivos se reducían en forma progresiva y significativa con cada una de las embarazadas con sobrepeso.

No hay duda de que la obesidad es un factor de riesgo constante para la preeclampsia (cedergren, 2004). En una revisión de estudio comprendió a más de 1.4 millones de mujeres, observaron que el riesgo de preeclampsia se eleva al doble con cada aumento de 5 a 7 kg.

La obesidad también se vincula con inflamación leve y activación endotelial. Así mismo desempeña una función integral en la preeclampsia. Ramsay confirmó que las pacientes embarazadas obesas tenían una notable elevación de la concentración sérica de interleucina 6 y proteína C, así como signos de alteraciones de la función endotelial.

CAPÍTULO IV Embarazo de Alto Riesgo y Control Prenatal

4.1 Definición

Identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la Madre y su hijo.

El riesgo perinatal debe ser evaluado durante el control prenatal tanto en 1 anamnesis, del primer control como en las de los controles siguientes. Esto permite determinar si se trata o no de un embarazo de alto riesgo.

Embarazo de alto riesgo es aquel que cursa en presencia de factores de riesgo materno fetales los cuales pueden derivar de elementos epidemiológicos (historia clínica) o biológico (propios de la paciente o del feto).

Se estima que entre el 10 y 20% de los embarazos tienen factores de riesgo y esto contribuye al 80% de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal. El desafío es detectarlos y manejarlos adecuadamente. El control prenatal es la medida más eficiente para reducir el riesgo, tanto en la población general como en la población de alto riesgo.

4.2 Control Prenatal

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbimortalidad materna perinatal.

Los objetivos del control prenatal son:

- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional (pilar fundamental del control prenatal)
- Diagnosticar la condición fetal diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre (puede cooperar con su autocuidado; siempre enseñar los signos de alarma).

4.3 Identificación de los Factores

Factores de riesgo:

Corresponde a las características biológicas, social o ambiental que al estar presente se asocia con un aumento de la probabilidad de que, tanto la madre como el feto o recién nacido puedan sufrir un daño desde el punto de vista médico el daño es morbimortalidad que puede experimentar un individuo que como consecuencia de la acción del factor de riesgo.

4.4 Determinación de la Edad Gestacional

Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización. De por sí, no constituye el comienzo del embarazo, un punto que se mantiene controversial, por lo que se han diseñado sistemas alternos de conteos para dar con el comienzo del embarazo.

4.5 Diagnóstico de la Condición Fetal y la Condición Materna

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- Latidos cardíacos fetales
- Movimientos fetales
- Tamaño uterino
- Estimación clínica del peso fetal
- Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.

4.6 Educación Materna

La embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

Signos y síntomas de alarma:

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

4.7 Periodicidad del Control Natal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgo detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazo sin factor de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación.

El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo de crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc).

CAPÍTULO V Intervenciones de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia

5.1 Generalidades

La Enfermera obstetra es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relaciones interpersonales y de respeto a la interculturalidad de tal forma que asegure el nacimiento de un nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas.

Estas competencias se dividen en específicas y generales; las primeras están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto, del puerperio y del recién nacido; así mismo, se incluyen competencias para la atención de urgencias obstétricas, las de comunicación, interculturalidad y administrativa.

El manejo de las pacientes con preeclampsia deberá siempre estar orientado a la seguridad materna, reducción de los factores de riesgo, detección oportuna de complicación obstétrica.

La consulta prenatal de las embarazadas, después de las 20 semanas de gestación, debe incluir la determinación de la presión arterial y la proteinuria.

Posteriormente después de las 20 semanas de gestación, en cada evaluación prenatal se deba identificar la presencia de hipertensión, proteinuria, cefalea, vómito, alteraciones visuales, dolor epigástrico, disminución de la frecuencia cardíaca fetal y alteraciones de crecimiento.

La enfermera debe aprovechar toda oportunidad tomada para tomar la presión arterial en todas las pacientes con preeclampsia.

Se debe de promover la existencia en toda mujer embarazada, para la detección temprana de toda paciente con preeclampsia.

Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el diagnóstico riesgo de la alteración materno fetal se recomienda; revisar el historial obstétrico para valorar factores de riesgo de padecer preeclampsia, determinar el grado de conocimiento que la paciente tiene de su patología, fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de bienestar fetal y seguridad personal, instruir a la paciente en técnicas de autocuidado para aumentar un resultado de evolución favorable, recomendar que asista a la atención médica inmediatamente cuando detecte disminución de movimientos fetales 4 o más contracciones durante una hora antes de las 37 semanas de gestación y signos y síntomas de preeclampsia.

La enfermera de atención prenatal debe proporcionar una atención de confianza y estimular la participación de la familia, con red y apoyo.

5.2 Código Mater

Hace un año se publicó en la revista de Medicina y terapia intensivista de Asociación Mexicana las declaraciones del secretario de salud en relación a que la causa de la mortalidad materna en nuestro país no ha disminuido como se ha esperado debido a tres factores principales: la falta de aprendizaje de autoayuda por parte de las pacientes, la mala preparación del médico y enfermeras en la necesidad de áreas especializadas en este tipo de pacientes. En respuesta a estos conceptos, proponemos que dentro de las estrategias hospitalarias se contemple la implementación del equipo de respuesta rápida que en obstetricia se ha denominado MATER.

Definición:

Es un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica (hipertensión arterial, sangrado y sepsis).

Base Normativa

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4.
- Ley General de Salud: Artículos 3, 27, 61 y 64.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Artículo 39.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Artículos 14, 18, 20, 21 y 22.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Artículo 40.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información del Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- Guía de Práctica Clínica, Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel.
- Programa de Acción Específico 2013-2018, Salud Materna y Perinatal.
- Programa de Acción Específico 2013-2018, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

5.3 Triage Obstétrico

Antecedentes

La palabra “triage” proviene del verbo francés “Trier”, que significa clasificar o seleccionar y fue de uso común en algunas labores agrícolas. En el contexto médico fue utilizada inicialmente durante las Guerras de Coalición en el siglo XVIII, por indicación de Napoleón Bonaparte al jefe médico de sus tropas Dominique Jean Larrey, en ella se establecía que debían trasladarse del campo de batalla a los hospitales, únicamente a los soldados que tuvieran posibilidades de recuperación, para lo cual se entrenó al personal militar sanitario.

Debido a la eficacia del triage, su aplicación continuó durante los conflictos bélicos posteriores y aún hoy en día sigue vigente, el objetivo de esta metodología de selección, fue la pronta y oportuna atención a los soldados y civiles heridos, de acuerdo con la severidad de las lesiones y los recursos existentes, se categoriza la urgencia identificando a aquellos que se clasificaban como no recuperables y distinguiéndose de los recuperables. Para optimizar el recurso técnico médico en condiciones de escasez y gran demanda de atención (situación bélica y de desastres naturales o civiles). Una selección errónea favorecía el compromiso severo de un órgano, una extremidad o incluso la muerte.

En la cotidianidad de la prestación del servicio de urgencias, la afluencia cada vez mayor de pacientes incluso con problemas poco graves, impulsó a los servicios de salud a clasificar la gravedad e identificar aquellos que requerían atención inmediata y los que podían esperar de manera segura; la experiencia obtenida en el campo de batalla, se adaptó a los tiempos de paz.

En la actualidad, en la atención de las emergencias médicas se continúa aplicando el Triage, valorando las necesidades del paciente para la determinación del sitio apropiado para el tratamiento definitivo.

En obstetricia, la estrategia del Triage fue utilizada desde 1999 en Canadá, con la participación de personal de enfermería; otros países que lo han implementado son Inglaterra, España, Chile, El Salvador y México.

Donde empezó a implementarse en el Instituto de Salud del Estado de México en el año 2002, como una respuesta a la saturación de los servicios de urgencias obstétricas y habiendo probado su factibilidad en unidades médicas de esta entidad federativa.

Definición

El Triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir esta.

Se utiliza en los servicios de urgencias obstétricas o en el área de admisión de la unidad de tococirugía. Permite identificar de manera expedita a aquellas pacientes que son candidatas a la activación del Código Mater para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), diferenciándose de aquellas que, aunque recibirán atención, no implican el mismo sentido de emergencia.

El Triage, no es un procedimiento administrativo más, es la oportunidad de garantizar la organización sistemática y confiable de los servicios de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, cuando la demanda es importante y se requiere proporcionar atención médica con oportunidad de acuerdo al estado de salud de la paciente.

Su aplicación objetiva y lógica, permite la planificación de la atención inmediata, la satisfacción de la demanda y la contribución a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal y deberá adaptarse a las características normativas, de estructura, equipamiento y en general de recursos con los que cuenta la institución y la unidad en particular, con base en su marco normativo, estructural y funcional.

Objetivos del Triage Obstétrico

- Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, al clasificar mediante la escala del Triage obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención.

Políticas

- El personal directivo, estatal, delegacional, regional y jurisdiccional, realizará la difusión del Triage obstétrico descrito en este lineamiento y vigilará, supervisará y evaluará su implementación y cumplimiento de acuerdo a los criterios establecidos en este documento de acuerdo a su ámbito de competencia.
- El Director de la unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención, será el responsable con la participación de su cuerpo de gobierno de apoyar e impulsar la capacitación, asesoría y/o adiestramiento en servicio del personal involucrado en la aplicación del Triage obstétrico señalado en este lineamiento, así como de su supervisión, evaluación y seguimiento.
- El personal directivo de los cuerpos de gobierno de las unidades hospitalarias, será el responsable de apoyar la capacitación, proporcionar asesoría y/o adiestramiento en servicio y realizar su seguimiento al personal involucrado, en la aplicación del Triage obstétrico señalado en este lineamiento.
- El personal de salud otorgará atención médica a la paciente, respetando sus derechos humanos y sus características individuales considerando la interculturalidad.
- El personal de salud otorgará información y orientación sencilla, veraz y entendible a la paciente y su familia, sobre el tiempo de espera para la atención y las condicionantes de salud del binomio madre-hijo.
- El personal de salud con formación académica: médica/o especialista gineco-obstetra, médica/o especialista en medicina familiar, médica/o general, licenciada/o en enfermería y obstetricia, licenciada/o en enfermería u otro personal de salud, podrá realizar el Triage obstétrico previa capacitación. No deberá realizarlo personal médico ni de enfermería en formación.
- El Triage obstétrico debe funcionar las 24 horas, los 365 días del año.
- En ningún caso la paciente abandonará la unidad de salud sin haber recibido atención por el personal médico, posterior a la valoración en el Triage.
- Se deberá contar con un procedimiento bien definido de entrega-recepción de la paciente obstétrica desde el Triage a los diferentes servicios, a fin de garantizar la continuidad de la atención.

Propósitos del triage:

- Identifica rápidamente a las usuarias en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
- Asegura la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica de la usuaria.
- Asegura la reevaluación periódica de las usuarias que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Determina el área más adecuada para tratar una paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
- Disminuye la saturación del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.
- Proporciona información que ayuda a definir la complejidad del servicio.

5.3.1 Clasificación del Triage Obstétrico

La clasificación se basa en un sistema de puntuación, que consiste en métodos sencillos y prácticos de la utilización de mediciones fisiológicas de rutina para identificar a las usuarias en riesgo.

Este sistema facilita la asistencia oportuna a todas las usuarias, una vez identificadas, por aquellas/os que poseen habilidades apropiadas, conocimientos y experiencia.

Elementos para la evaluación:

- 1) Observación de la usuaria.
- 2) Interrogatorio.
- 3) Signos vitales.

1. Código rojo (Emergencia)

Elementos:

- Observación: La paciente se encuentra somnolienta, estuporosa o con pérdida de la consciencia, con datos visibles de hemorragia, con crisis convulsivas en el momento de la llegada, respiración alterada o cianosis.

- Interrogatorio: Antecedentes recientes de convulsiones, pérdida de la visión, sangrado transvaginal abundante, cefalea pulsátil, amaurosis, epigastralgia, acúfenos, fosfenos.

- Signos vitales: Con cambios graves en sus cifras.
 1. En caso de hipertensión la tensión arterial es igual o mayor a 160/110 mmHg, en caso de hipotensión la tensión arterial es igual o menor a 89/50 mmHg, correlacionar con la frecuencia cardiaca.
 2. Índice de choque mayor a 0.8, frecuencia cardiaca entre la tensión arterial sistólica.
 3. Frecuencia cardiaca menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto, siempre correlacionar con cifras de tensión arterial.
 4. temperatura mayor a 39°C o menor a 35°C.
 5. La frecuencia respiratoria se encuentra por debajo de 16 o por arriba de 20 respiraciones por minuto.

2. Código amarillo (Urgencia Calificada)

Elementos:

- Observación: La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada, no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.

- Interrogatorio: Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina regular, expulsión de líquido transvaginal, puede referir hipomotilidad fetal, responde positivamente a uno o varios datos de alarma de los siguientes; como sangrado transvaginal escaso/moderado, cefalea no pulsátil, fiebre no cuantificada.

- Signos vitales: Cambios leves en sus cifras.
 1. La tensión arterial está entre 159/109 mmHg y 140/90 mmHg, en caso de hipotensión la tensión está entre 90/51 y 99/59 mmHg, correlacionar con frecuencia cardíaca.
 2. Frecuencia cardíaca con mínima entre 50-60 y máxima entre 80-100 latidos por minuto, siempre correlacionada con cifras de tensión arterial.
 3. Índice de choque (0.7 a 0.8), frecuencia cardíaca entre la tensión arterial sistólica.
 4. Temperatura de 37.5°C a 38.9°C.

3. Código verde (Urgencia No Calificada)

Elementos:

- Observación: La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada. No existen alteraciones en la ventilación. No existe coloración cianótica de la piel. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.

- Interrogatorio: Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina irregular, expulsión de moco, con producto con edad gestacional referida de término o cercana al término, motilidad fetal normal. Responde negativamente interrogatorio a datos de alarma obstétrica.

- Signos vitales:
 1. Se encuentran dentro de la normalidad.
 2. No existen datos de hipertensión, hipotensión, taquicardia, ni fiebre.

Cabe señalar que el interrogatorio por sí solo no determina la gravedad de la paciente debido a la subjetividad de la información.

Una vez realizado el Triage, cuando la condición de la paciente lo permita, se debe continuar con el protocolo de atención en el embarazo, no olvidando documentar el estado serológico de la mujer al VIH y la sífilis.

5.4 Equipo de Código Mater y Procesos de Atención

Equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios (gineco obstetra, enfermera, intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido), capacitados en urgencias obstétricas.

Objetivo.

Prevenir y/o disminuir la mortalidad materna y perinatal, mediante tres acciones (A identificar, B tratar y C trasladar)

PROCESO ABC:

A Identificar (signos de alarma):

- Hipertensión o hipotensión arterial
- Convulsiones tónico-clónicas
- Alteraciones del sensorio o estado de coma
- Sangrado transvaginal u otra vía.
- Taquicardia – taquipnea, cianosis, hipertermia > 38.5 °C
- Choque

B Tratar (guías clínicas):

- Preeclampsia-eclampsia
- Sangrado obstétrico
- Sepsis

C Trasladar:

- Unidad de choque o cuidados intensivos obstétricos
- Quirófano o Unidad de Toco-Cirugía.

1. Ingresar la paciente por sus propios medios o por personal de ambulancia.
2. Es valorada por personal Triage, quien activa código mater mediante alarma sonora.
3. Inicia tratamiento de acuerdo a guías clínicas. (Mencionadas en intervenciones de Enfermería punto).
4. Traslada para manejo complementario a Unidad de Choque o Cuidados Intensivos Obstétricos, o bien a quirófano o la Unidad de Toco-Cirugía.
5. Retroalimentación permanente del sistema, mediante capacitación continua, evaluación crítica de resultados y revisión periódica de la evidencia científica.

5.5 Funciones Específicas del Equipo Multidisciplinario

1.- Gineco -obstetra: valoración integral materno – fetal.

- Estado de conciencia.
- Cardiopulmonar.
- Reflejos osteotendinosos.
- Frotis de sangre periférica.
- Rastreo ultrasonográfico básico (vitalidad fetal, localización placentaria y calidad del líquido amniótico).
- Exploración pelvi-genital inicio de tratamiento acorde con el diagnóstico mediante guías clínico-terapéuticas correspondiente.
- Resolución obstétrica quirúrgica.

2.- Enfermera:

Signos vitales, venoclisis y toma de Muestras sanguíneas e instala sonda de Foley.

- Presión arterial.
- Frecuencia cardiaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Temperatura.
- Toma muestras de laboratorio (BH, glucosa, enzimas, coagulación).
- Instalar venoclisis con 1,000 mL de solución mixta.
- Insertar sonda de Foley N° 16 con bolsa recolectora.
- Cuidados generales de enfermería.
- Intensivista – internista:
- valoración neurológica.
- Hemodinámica y metabólica.
- Escala de Glasgow.
- Gasto cardiaco y resistencias vasculares periféricas (bioimpedancia).
- Función hepatorenal (pruebas de función hepática y renal
Hidroelectrolítico y ácido-base (electrolitos séricos y gasometría)
Niveles de glucemia.
- Ventilación y capnografía Apoyo organo-funcional y tratamiento multiorgánico.

3.- Pediatra:

Conocer las condiciones fetales y preparar reanimación neonatal.

- Aplicación de surfactante exógeno.
- Apoyo ventilatorio mecánico.
- Reanimación básica y avanzada.
- Tratamiento integral del recién nacido.

4. Anestesiólogo:

Conocer las condiciones maternas y fetales y adecuar manejo anestésico.

- Intubación oro o nasotraqueal.
- Anestesia general inhalatoria.
- Anestesia locorregional.

5. Trabajadora social:

Vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.

- Información sobre estado de salud.
- Consentimiento informado para diversos procedimientos.
- Trámites administrativos diversos.
- Vinculación con centros hospitalarios o servicios en otras unidades médicas.

6. Laboratorio:

Realizar exámenes solicitados con carácter de urgencia.

- Biometría hemática con cuenta de plaquetas.
- Pruebas de coagulación (tiempos de protrombina, trombina y tromboplastina parcial).
- Determinación de glucosa, ácido úrico y creatinina sérica.
- Aminotransferasas y deshidrogenasa láctica.
- Gasometría arterial o venosa.
- Electrolitos séricos (sodio, potasio y cloro).
- Pruebas de compatibilidad sanguíneas, grupo.
- Sanguíneo y factor Rh.

7.- Ultrasonido:

Rastreo abdominal y pélvico.

- Monitorear frecuencia cardíaca, movimientos somáticos, presentación, sitio de inserción placentaria y características morfológicas de la misma, apreciación cuantitativa del líquido amniótico, valoración de reactividad fetal mediante cardiotocografía externa.

5.6 Cuidados de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia

- 1) La enfermera debe asegurarse de mantener una adecuada función respiratoria.
- 2) Determinar constantes vitales.
- 3) Instalar dos accesos venosos permeables y tomar muestras para laboratorio: BH;
- 4) QS; TP; TPT; TGP; DHL, Bilirrubina y gasometría arterial así como solicitud al banco de sangre.
- 5) Monitorizar frecuencia cardiaca materna fetal.
- 6) Colocación de sonda vesical a permanencia para medir diuresis, toma de muestra, toma de bililabstix y toma de muestra de EGO.
- 7) Coordinarse con el médico para voceo de código mater.
- 8) Mantener a la paciente en semifowler decúbito lateral izquierdo.
- 9) Colaborar en la instalación de catéter central.
- 10) Administrar soluciones indicadas por ejemplo:
- 11) Glucosa al 5% 1000 ml cada 8 horas previa carga de 300ml para mantener un aporte hídrico y calórico de 125 ml por hora.
- 12) Aplicar soluciones electrolíticas (fisiológica, Hartman) que permanecen más tiempo en el espacio intravenoso o expansores del plasma: haemaccel. 13) Derivación de PVC y medición de volumen urinario cada hora.
- 14) Apoyo para la monitorización fetal.
- 15) Tener disponible medicamentos antihipertensivos ejemplo: hidralazina a dosis de 5 a 10 mg. I.V, nifedipina, alfametildopa, isoxuprina amp.
- 16) Contar con anticonvulsivantes DFH y diazepam.
- 17) Preparar sulfato de magnesio (vasodilatador cerebral)
- 18) Esquema ZU SPA: impregnación con 6 mgr I.V. administrados en un periodo de 10 a 15 minutos diluidos en 100ml de solución glucosada al 5% administrar en 20 minutos. Mantenimiento de 1 a 2 gr I.V. por hora.
- 19) Evitar estímulos externos (ruido excesivo, luz, etc)
- 20) Valorar constantemente estudios neurológicos.
- 21) Determinación de tensión arterial cada 15 minutos.
- 22) Cuidados preoperatorios para interrupción de embarazo.
- 23) Documentar intervenciones en hoja de enfermería, control de líquidos, control de tensión arterial.
- 24) Acompañada del camillero entregar a la paciente al servicio indicado (QX, UCI)

CAPÍTULO VI Factores Protectores de la Preeclampsia

Los factores protectores son aquellas acciones encaminadas a la reducción de una conducta de riesgo, específicamente, estos factores actúan como buffers o amortiguadores de los factores de riesgo a los que cada individuo se ve expuesto. (SENDA, 2006)

6.1 Importancia de los Factores Protectores

Si esto no se ha roto, no hay que arreglarlo”, es una máxima favorita de algunas personas. No obstante, nosotros sugerimos que hay que tratar de arreglar las cosas antes de que se rompan.

Parece ser que el mejor. El camino para resolver un problema es pararlo antes que suceda.

Por todas estas razones, prevenir para que el problema no surja, tiene sentido. Para prevenir que un problema ocurra, uno debe intervenir en áreas específicas de la comunidad y ayudar a la gente a cambiar sus patrones de conducta.

Los factores protectores son la clave para comprender cómo ayudar a la gente a cambiar sus conductas y prevenir problemas de salud.

Frecuentemente los factores protectores pueden agruparse en dos categorías: aquellas que ocurren en el ambiente y aquellas que son características personales de los sujetos.

6.2 Identificación de los Factores Protectores

Los factores de riesgo son consistentes. Esto es, no discrimina raza, género y estatus socioeconómico, entre mayores factores de riesgo tiene la persona, más probabilidad hay de que padezca un problema de salud. (SENDA, 2006) Después, determinar los factores de riesgo para los problemas usando la técnica de, ¿Por qué?. Este es un método usado frecuentemente

para identificar las situaciones que afectan a los problemas de la comunidad.

Ejemplo.

Linda, estudiante de preparatoria de 17 años, está dejando de asistir a la escuela.

¿Por qué?

Porque las mujeres embarazadas no asisten a los controles prenatales

6.3 Factores que Pueden Cambiarse Fácilmente

La mayoría de los factores caen en una de tres categorías o “grados de mutabilidad”:

- Algunos factores protectores pueden cambiar completamente. Como ya lo habíamos mencionado anteriormente, Obesidad.
- Algunos factores de riesgo pueden ser modificados, pero uno no es capaz de cambiarlos completamente.
- Existen algunos factores de riesgo que usted no sería capaz de afectar directamente. Por ejemplo, herencia genética.

6.4 Alimentación Durante el Embarazo

La alimentación de la embarazada debe ser adecuada, como se observa en el plato del bien comer y las reglas de combinar y variar. Y además de agregar a partir del cuarto mes un plato 13 más de guisado al día.

(González, 2009).

Durante el embarazo, debe ser muy cuidadosa con su alimentación ya que si es deficiente, pudiera tener un bebé de bajo peso y con mayor riesgo de sufrir enfermedades o incluso de morir.

Cuando la alimentación es exagerada, aumentará de peso más de lo esperado, lo que puede ocasionar complicaciones en su salud y la del bebé.

Recomendaciones:

- Consume verduras y frutas de temporada
- Incluye alimentos ricos en calcio, hierro y ácido fólico
- Disminuye el consumo de pan dulce, pastelitos, galletas, frituras, pizzas, hamburguesas, hot-dogs, refrescos y postres. Estos son alimentos con alto contenido de grasa y azúcares y con pocas vitaminas, minerales y fibra.
- Modera el consumo de la sal y de alimentos que la contengan, como: embutidos (jamón, salchichas, queso de puerco, mortadela, etc.), quesos, enlatados, cecina, catsup, agua mineral, consomé en polvo, aceitunas y galletas saladas
- De preferencia realice cinco comidas durante el día: Desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. Incluye todos los grupos de alimentos.
- Puedes ingerir una taza de café o té al día, si lo deseas.
- Consume quesos bajos en sal y grasa, pasteurizados como: panela, cottage, requesón
- No comas alimentos crudos o que no estén bien cocidos, ejemplo: sushi, ceviche, carne tártara, salmón crudo, carpaccio, carne a medio término
- Evita el abuso de picantes y condimentos, para disminuir las agruras.

En caso de estreñimiento

Incluye alimentos con alto contenido de fibra, como la naranja (con bagazo), mandarina, piña, higos, ciruela pasa, tamarindo, germen de trigo, de soya, avena, cebada, ensaladas verdes.

Toma de 2 a 3 litros de agua diario, incluidos los líquidos que ingieres con tus alimentos (caldo de res, sopas, leche, etc.)

En caso de náusea y vómito se recomienda:

- Comer alimentos en pequeñas cantidades, varias veces al día.
- Comer por la mañana porciones pequeñas de tortilla tostada, palomitas sin sal, ni mantequilla, ocasionalmente galletas habaneras.
- Paleta helada y/o pedacitos de hielo.
- Limitar el consumo de alimentos con grasa.

Importancia de una alimentación saludable durante el embarazo

Durante el embarazo se debe tener cuidado especial en escoger los alimentos para consumir la calidad y cantidad que realmente se necesita,

sin comer el doble como se acostumbra. No se necesitan dietas especiales, dietas restrictivas, ni eliminar el consumo de algunos alimentos por creencias o tabúes equivocados; al menos que exista alguna contraindicación médica o nutricional. En la práctica cotidiana muchas mujeres en edad fértil tienen un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, por lo cual debe haber una preocupación especial por cubrir las recomendaciones de estos alimentos. El cambio en la dieta debe por lo tanto ser más cualitativo, que cuantitativo.

Las mujeres embarazadas son un grupo que requiere de atenciones especiales. El hecho de encontrarse transitando un proceso de crecimiento y desarrollo constantes, hace imprescindible una alimentación balanceada y nutritiva, a la vez que una hidratación abundante.

6.5 Control del Estado Nutricional del Embarazo

Uno de los parámetros que sigue el especialista en control del estado nutricional durante el embarazo es realizar la historia de la mujer gestante: antecedentes familiares, edad, situación económica, antecedentes de enfermedad, tabaquismo, drogadicción, número de embarazos, etc. (González, 2009)

6.6 Aspectos Nutricionales a Tener en Cuenta Durante el Embarazo

Un buen estado nutricional inicial de la gestante es de suma importancia para un desarrollo adecuado del embarazo.

El médico es el que va a supervisar adecuadamente el estado nutricional de la futura madre.

Conocer los cambios fisiológicos relacionados con la alimentación que llevamos para poder adaptarla a nuevas situaciones.

Tener conocimientos de las necesidades de macro y micronutrientes para tener una dieta equilibrada y no sufrir déficit ni excesos. No hacer caso a como que “Hay que comer por dos”.

6.7 Requerimientos Nutricionales Durante de el Embarazo

Una dieta sana y equilibrada es indispensable en cualquier etapa de la vida de una persona.

En el caso de la mujer embarazada, el cuidado de la dieta tiene todavía más importancia. Los alimentos deben cubrir necesidades energéticas para alimentar en condiciones al bebé, además de prepararse para la etapa de lactancia.

Una buena alimentación que cubra los requerimientos nutricionales durante el embarazo, y que garantice la salud de madre e hijo, debe incluir cinco elementos indispensables: hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. (González, 2009)

Necesidades Energéticas en el Embarazo

Las necesidades energéticas dependen de la constitución de la madre gestante, de su estado nutricional habitual, de si ejerce o no actividad física y de si se mantiene o no en su peso ideal.

La principal fuente de energía son los hidratos de carbono, destacando los complejos como el arroz, las legumbres, las patatas, las frutas, etc.

Las embarazadas no deben abusar de los hidratos de carbono simples, que se encuentran en el azúcar refinado, la miel, los dulces o la bollería industrial, ya que pueden alterar el metabolismo de la glucosa. Se deben tomar de forma moderada.

Necesidades de Proteínas en el Embarazo

Las proteínas son necesarias para cubrir las necesidades del crecimiento del feto, de la placenta y de los tejidos maternos, de ahí que se deba de ingerir más cantidad de proteínas durante el embarazo.

Se calcula que la mujer embarazada necesita una ingesta adicional de 10 gramos de proteínas al día.

Como alimentos ricos en proteínas tenemos:

- Queso.
- Leche de vaca.
- Pollo.
- Cordero.
- Lentejas.
- Soya.
- Pescado.
- Huevos de gallina.
- Jamón.
- Carne.

Necesidades de ácidos grasos esenciales

Las grasas desempeñan una doble función: por un lado energética; y por otro, intervienen en la formación de los tejidos, aunque en menor medida que las proteínas.

Como principal grasa se debe consumir el aceite de oliva, que contiene los ácidos grasos esenciales, importantísimos para el desarrollo del tejido nervioso y de la retina del feto, así como los tejidos maternos.

Tener especial precaución con los malos hábitos que puedan perjudicar a la salud del bebé como alcohol, tabaco, ayunos, etc. (Basulto, 2009).

Nutrientes adicionales que necesita la mujer embarazada

Ácido fólico

Una dosis adecuada de ácido fólico evita malformaciones y defectos del tubo neural, como espina bífida.

Calcio

El calcio es vital en la formación de los dientes, huesos, músculos, corazón y sistema nervioso del bebé. Debes asegurarte de cumplir tu requisito diario de calcio, de lo contrario tu sistema lo absorbe de tus huesos y corres el riesgo de padecer osteoporosis. (Basulto, 2009).

Vitamina D

La vitamina D contribuye al fortalecimiento de huesos y dientes y. La exposición al sol también te ayuda a completar tus requisitos diarios de vitamina D.

Hierro

Durante el embarazo tus requerimientos de hierro se duplican, ya que es necesario para la formación de hemoglobina adicional que requiere tu cuerpo y tu bebé.

Evita el calcio, porque este puede interferir en la absorción del hierro.

Vitamina A. La vitamina A favorece la formación y desarrollo de las células, que es precisamente cómo se forma tu bebé.

De paso, los alimentos ricos en vitamina A tienen alto contenido de fibra, que te puede ayudar si sufres estreñimiento durante el embarazo, sobre todo si los comes crudos. (Basulto, 2009)

Consejos útiles para una buena nutrición en el embarazo

- Tomar un buen desayuno, que debería variar, e incluir cuatro alimentos distintos.
- Beber de seis a ocho vasos de agua diarios para mantener una buena hidratación.
- Realizar cinco comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.
- Consumir productos lácteos, que son beneficiosos para la digestión y ayudan a la flora intestinal y disminuye en un 50% la aparición de la preeclampsia.
- Ingerir alimentos ricos en fibra como frutos secos, verduras, legumbres, etcétera.
- Reducir el consumo de embutidos y vísceras.
- Utilizar con moderación la sal.
- Cocinar los alimentos al vapor o a la plancha.
- Lavar frutas y verduras con mucho cuidado.

Frecuencia de comidas

La ingesta de comidas se debe repartir en cinco o seis moderadas. Comer poco a poco y masticar bien los alimentos. De esta manera disminuye la sintomatología gastrointestinal.

El aporte diario de agua durante el embarazo no debe ser inferior a litro y medio.

Ardores, náuseas, y otros síntomas

Para evitar estos síntomas, se recomienda disminuir las comidas irritantes para el estómago, como el chocolate, las bebidas que contienen cafeína, la menta y los alimentos grasos. Además de las comidas copiosas.

Antojos

Los antojos se producen entre en un 60% y un 90% de las mujeres embarazadas y cursan con un componente emocional, más que una necesidad fisiológica. Es preferible cumplirlos de forma moderada en vez de evitarlos, no de forma rutinaria porque esto puede desembocar en un desorden alimenticio.

Hábitos Intestinales

Se recomienda la ingesta de dos litros de líquidos, realizar ejercicio físico diario, comer alimentos con alto residuo como salvado, piña, manzana, papaya y en caso necesario, un laxante suave como mermelada o jugo de ciruela.

Si bien el embarazo no es momento para tratar de perder peso, tampoco lo es para aumentar en exceso. En realidad, además de asegurarte que tu dieta de

embarazo incluya todos los nutrientes necesarios, no requieres hacer mayores cambios a tus hábitos alimenticios. (Saalfeld, 2003)

En total, una mujer promedio puede ganar entre 25 y 35 libras (11,5 a 13 kg) a lo largo de su embarazo. El peso aumenta de forma gradual:

- Primer trimestre – Entre 1 y 5 libras (450 gramos y 2,3 Kg.) total.
- Segundo y tercer trimestre – una libra (0.45 Kg.) por semana, para un total de 24 libras aproximadamente (10 Kg.)
- con un ritmo de 1 - 1.5 Kg por mes.

6.8 La Actividad Física Durante el Embarazo

La actividad física forma parte del estilo de vida saludable para cualquier persona, independientemente de su condición física, psíquica y social. Si la actividad física es buena para personas enfermas, mucho mejor lo será para personas sanas.

Y en la mayoría de las mujeres, el embarazo es un estado de bienestar, salud y estado de plenitud. (Horacio, 2005)

La práctica de actividad física supone algunos riesgos, que son menores pero que existen. Aun así, los beneficios de la práctica de actividad física son mucho mayores que los riesgos. Eso, que es aplicable para el común de las personas, es también cierto en el caso de las embarazadas. La única diferencia es que, por la situación particular que le toca vivir con el desarrollo de un nuevo ser en su seno, la mujer debe analizar junto con los profesionales sanitarios el tipo y la intensidad de actividad física más conveniente durante el embarazo para reducir los riesgos y aumentar los beneficios. (Horacio, 2005)

Beneficios de las Actividades Físicas Durante el Embarazo

- Ayuda a controlar el peso corporal de la embarazada.
- Regula el tono postural y la flexibilidad.
- Mejora la fuerza abdominal y pélvica.
- Facilita el control de la ansiedad y el estrés.
- Mejora el autocontrol de la respiración.
- Mejora la circulación general, y el retorno venoso en particular.
- Mejora la oxigenación del feto.
- Crea un clima distendido, que relaja a la futura madre y facilita el intercambio de experiencias.

Tipo de Actividad Física Recomendada

Se recomienda a las embarazadas la realización de actividad física leve a moderada, con especial moderación en la intensidad durante el primer y el tercer trimestre. La actividad de naturaleza aeróbica de bajo impacto, cómo caminar, es bien tolerada por la mayoría de las mujeres y es altamente recomendable.

La gimnasia postural, con especial atención a la zona lumbar y la estabilidad de la pelvis, así como la mejora del tono muscular en la zona abdominal, también es muy importante. Se deben incluir ejercicios de flexibilidad general. Además, se recomienda practicar ejercicios respiratorios. (Horacio, 2005)

Que no Debe de Hacer la Embarazada al Realizar Actividad Física

- No debe realizar actividad física estando sola.
- No debe practicar ejercicios de alta intensidad o de alto impacto en los huesos y las articulaciones.
- No debe montar en bicicleta por la calle o realizar cualquier otro tipo de desplazamiento con riesgo importante de caída.
- No debe realizar actividad física con clima adverso por calor o frío excesivo.
- No debe intervenir en deportes de contacto o de nivel competitivo.

Ejercicios Cardiovasculares que Puede Realizar la Embarazada

Caminar: Es una de las mejores actividades cardiovasculares para las mujeres embarazadas, y te mantiene en forma sin castigar las rodillas y tobillos. Otra ventaja es que se puede hacer en cualquier lugar, no requiere ningún equipo especial aparte de un buen par de zapatos, y es una forma de ejercicio segura durante los nueve meses de espera.

Nadar: Los médicos y entrenadores físicos consideran la natación el mejor ejercicio para las embarazadas y también el más seguro.

Bailar: Puedes hacer ejercicio beneficioso para el corazón bailando al ritmo de tu música favorita en tu propia sala, siguiendo la coreografía de un DVD o inscribiéndote en una clase de baile. Lo único que debes evitar son los saltos y las piruetas.

Ejercicios de Flexibilidad y fuerza que Puede Realizar la Embarazada

Yoga: Los ejercicios de yoga pueden ayudarte a fortalecer los músculos y mantenerte flexible, con la ventaja de que no ejercen nada o casi nada de impacto sobre las articulaciones. Sin embargo, si quieres trabajar también el corazón, tendrás que añadirle dos o tres días de caminatas o natación a tu programa semanal de ejercicios de yoga.

Estiramiento: El estiramiento es fantástico para mantener la elasticidad, relajar los músculos y prevenir lesiones.

La mejor forma de acabar tu actividad cardiovascular es realizando algunos ejercicios de estiramiento.

Efecto del Ejercicio Físico en el Embarazo

En el embarazo

La recomendación habitual para mujeres con un embarazo de bajo riesgo. Es la realización de ejercicio moderado durante 30 minutos al día. La práctica de ejercicio físico durante la gestación consigue mejorar la condición cardiovascular, y muscular, favorece adoptar una correcta postura (evita el dolor de espalda) y evita el aumento de peso excesivo.

Ayuda a regular el tránsito intestinal reduciendo las molestias digestivas (acidez, náuseas) y el estreñimiento, aumenta el bienestar psicológico disminuyendo la ansiedad, depresión e insomnio y ayuda a tener un hábito de vida saludable. (Horacio, 2005)

Mejora la tensión arterial reduciendo el riesgo de preeclampsia e hipertensión gestacional y previene frente a la diabetes gestacional.

En el feto

La evidencia científica indica que, en un embarazo normal, realizar ejercicio físico moderado es seguro tanto para la madre como para el bebé, siendo muy improbable la posibilidad de daño fetal.

En el parto

De manera general, los estudios indican que el ejercicio es beneficioso para conseguir un adecuado trabajo de parto, e incluso se asocia a una menor tasa de cesáreas.

En el postparto

El ejercicio físico no afecta ni a la calidad ni a la cantidad de leche en las mujeres lactantes. La pérdida de peso moderada tampoco se ha demostrado que altere las cualidades de la leche materna.

Se recomienda que las mujeres lactantes tomen al bebé antes de la realización del ejercicio físico para evitar el malestar que produce la ingurgitación mamaria (inflamación del pecho) durante el mismo. De esta forma se evita la posible acidificación de la leche, consecuencia de la generación de ácido láctico durante el ejercicio. (Horacio, 2005)

Mantener Un Buen Estado De Salud Emocional

Las personas que emocionalmente son sanas tienen control sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Se sienten bien consigo mismas y tienen buenas relaciones interpersonales. Pueden poner los problemas en perspectiva. (Martínez, 2010)

Es importante recordar que las personas que tienen buena salud emocional. Algunas veces tienen problemas emocionales o enfermedades mentales.

La enfermedad mental con frecuencia tiene una causa física tal como un desequilibrio químico en el cerebro. El estrés y los problemas en la familia, trabajo o el colegio a veces pueden desencadenar una enfermedad mental o hacer que esta empeore. Sin embargo, las personas que emocionalmente están sanas han desarrollado maneras de hacerle frente al estrés y los problemas. (Martínez, 2010)

Parte fundamental del sentirse bien tiene que ver con la mente, de hecho los pensamientos y el diálogo interior están directamente relacionados con las emociones que puedas sentir.

El tener una buena salud mental te capacita para funcionar bien en la vida cotidiana, a la vez que percibes el mundo de forma constructiva; esto hace que sientas confianza para enfrentar desafíos, aprovechar oportunidades y disfrutar la vida.

Tips Para El Bienestar Emocional

Dormir bien. Esto es muy importante, pues el dormir restaura mente y cuerpo. Vete a la cama a la misma hora todos los días. Practica hábitos que te ayuden a tener un sueño reparador para evitar sensaciones de cansancio, confusión o ansiedad durante el día.

Refréscate y descansa. Permítete experimentar momentos de descanso estando despierta, por ejemplo mirando las nubes u observando un paisaje y dejándote llevar. Que tu mente vuele tranquila. Sueña despierta. Puedes agregar otras formas de meditación, todas ayudan a este propósito.

Disfruta. Date tiempo para expresar espontaneidad, como la de un niño. Incentiva momentos de creatividad, asombro y curiosidad. Acaricia tu mascota, comparte un juego de igual a igual con tus hijos, baila a tu manera, siéntete libre.

Vive el presente. Participa del momento al máximo. Hazte consciente de los aromas, colores, texturas y sensaciones. Siente el calor del sol al rozar tu piel, las caricias y el aroma de las burbujas de jabón al lavarse las manos, la suavidad e inocencia de tu mascota al acariciarla.

Involúcrate con otros. Alimenta tus relaciones , está atenta a personas afines. Apoya, comparte, hazte presente cuando te necesiten. Ayúdense a buscar soluciones, lloren, ríen y disfruten juntos.

Pide y acepta ayuda. Más allá de circunstancias personales, siempre hay momentos donde requerimos la asistencia de otra persona para solucionar un problema. Por eso cuando necesitamos guía, apoyo y orientación extra, es importante que estemos dispuestos a pedirlos. Puede ser tan sencillo como pedir un abrazo, llamar a un amigo para que cuide a los niños cuando tengas una cita médica, o acudir a un terapeuta especializado en el área que quieres mejorar. (Martínez, 2010)

Libera estrés. Aparte de descansar y meditar, ayuda hacer ejercicio, disfrutar de la naturaleza, bailar, cantar, reír a carcajadas, practicar sexo. Elige las actividades que sean de tu gusto personal y realizarlas a diario.

Cuídate bien, ámame. Date apoyo. Energízate . Todos los días procura comer sanamente, descansar lo suficiente, mover tu cuerpo. Estimula buenos pensamientos, está atenta a las soluciones y a las personas positivas. Reconoce y ensalza los actos generosos y los avances positivos logrados en el mundo cada día.

ANÁLISIS DE DATOS

Para llevar a cabo esta investigación se revisaron 30 personas aplicando una encuesta de 10 preguntas sencillas.

Con respecto a la edad de pacientes se encontró ó que el 25% corresponde a menores de 21 años, el 31% de 22 a 26 años y con 22% mayores de 33 años por lo tanto en esta investigación se demuestra que la edad fue un factor predisponente para desarrollar preeclampsia ya que con mayor frecuencia se embarazo en una edad menor a 18 años y mayor a 33 años. (Ver cuadro y gráfica no.1).

De las 30 pacientes investigadas 14 desarrollaron preeclampsia leve y 16 desarrollaron preeclampsia grave encontrando los dos tipos de preeclampsia que puede desarrollar una paciente. (Ver cuadro y gráfica No.2)

El 46% de las pacientes tuvieron una elevación en la presión tanto sistólica como diastólica, solo el 9% tubo elevación en Diastólica que no fue superior a 120 mm/ Hg, por lo tanto se concluye que las pacientes que desarrollaron preeclampsia padecieron una elevación en la tensión arterial tanto en Sistólica como Diastólica complicando así la evolución de las mismas pacientes. (Ver cuadro y gráfica No.3).

El 69% de las pacientes tuvieron edema generalizado que fue el de mayor frecuencia, verificando que el edema más frecuente en mujeres con preeclampsia es el generalizado indicándonos que son pacientes que pueden desarrollar potencialmente una complicación secundaria de la enfermedad y tener algún daño en órganos vitales.(ver cuadro y gráfica No.4).

Con respecto a los niveles de colesterol el 50% obtuvo más de 240 mg/ dl y solo el 28.2% estuvo por debajo de 200 mg/dl por lo que se interpreta que el mayor porcentaje de las pacientes con preeclampsia tienen niveles de colesterol alto las cual se diagnostican como hipercolesterolemia ayudando a elevar la tensión arterial al impedir la buena circulación sanguínea impidiendo la irrigación de los tejidos, lo cual provoca una disfunción de la parte afectada del organismo y esto se asocia mucho a las pacientes con sobrepeso y obesidad. (Ver cuadro y gráfica No.5)

De acuerdo a los niveles de triglicérido en las pacientes investigadas el 44% tuvo un rango alto mayor 200 mg/dl y el 22% estuvo en nivel normal ósea menor de 148 mm/ dl, por lo que se refiere que los triglicéridos en las pacientes con preeclampsia son altos, ayudando a complicaciones futuras en el embarazo. (Ver cuadro y gráfica No. 6)

El 62% de las pacientes investigadas iniciaron su embarazo con obesidad, 38% sin obesidad, demostrando que la Obesidad es considerada por muchos autores un factor predisponente potencial para desarrollar enfermedades como la elevación de la tensión arterial, por lo tanto en esta investigación se puede comprobar que las pacientes con preeclampsia en más de la mitad tiene

obesidad antes de embarazarse y por lo tanto será un embarazo de alto riesgo desde el inicio. (Ver cuadro y gráfica No. 7).

El 69% de las pacientes investigadas tuvieron obesidad durante el embarazo y el 31% sin obesidad, más de la mitad de pacientes con preeclampsia durante el embarazo padecen obesidad por lo tanto favorecen complicaciones en el sistema circulatorio e indica que tienen más kilos aun estando embarazadas predise poniéndolas potencialmente a una mayor frecuencia a desarrollar preeclampsia que las mujeres que se encuentra en el peso adecuado para su talla y estado de embarazo.(ver cuadro y gráfica No.8).

El 25 % tuvo el IMC más de 40 Grado III, el de grado normal menos 34.9% Grado I y un 19% Grado II de 35 a 39.3 IMC verificando que aparentemente las mujeres investigadas la mayoría no tiene ningún nivel de obesidad pero si sumamos los tres tipos de obesidad podremos ver que más de la mitad de las pacientes si tiene un grado de obesidad aunque el grado 2 es el más padecido. (Ver cuadro y Gráfica No.9)

El 72% de las pacientes antes del embarazo tuvo sobrepeso, y el 28 % sin sobrepeso por lo que se encontró que son mujeres que durante el embarazo tienen mayor predisposición a desarrollar alguna complicación en el embarazo. (Ver cuadro y gráfica No.10)

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada en el tema de obesidad y preeclampsia se pudo encontrar: Con respecto a la edad de las pacientes se encontró en esta investigación que la edad fue un factor predisponente para desarrollar preeclampsia ya que con mayor frecuencia se embarazaron en una edad menor y mayor a la adecuada para la reproducción. De las pacientes investigadas la mayoría son o pertenecían a la zona urbana con mayor facilidad para el acceso a los servicios médicos. Más de la mitad no tuvo más de 2 consultas de control prenatal, ocasionando no detectar así de manera oportuna los factores para clasificar el embarazo como de alto riesgo y no poder tomar decisiones para la mejora del binomio madre y bebe, por lo tanto expone a que las mujeres embarazadas no puedan tener un control de su tensión arterial durante su embarazo y tampoco identificar los signos de alarma de una tensión arterial elevada, y solo se reciben a pacientes del área rural cuando es una urgencia en el cual la preeclampsia es una de ellas.

De las pacientes investigadas desarrollaron preeclampsia leve y preeclampsia grave encontrando los dos tipos de preeclampsia, más de la mitad pasó al segundo grado por el cual las pacientes tenían más riesgo a que hubiese una complicación secundaria.

Con respecto a los niveles de colesterol presentaron más de 240 mg/ dl, por lo que el mayor porcentaje de las pacientes con preeclampsia tienen niveles de colesterol alto las cual se diagnostican como hipercolesterolemia ayudando a elevar la tensión arterial al impedir la buena circulación sanguínea impidiendo la irrigación de los tejidos, lo cual provoca una disfunción de la parte afectada del organismo y esto se asocia mucho a las pacientes con sobrepeso y obesidad. De acuerdo a los niveles de triglicéridos en las pacientes con preeclampsia son altos, ayudando a complicaciones futuras en el embarazo.

Las pacientes investigadas iniciaron su embarazo con obesidad, demostrando que la obesidad es considerada por muchos autores un factor predisponente potencial para desarrollar enfermedades como la elevación de la tensión arterial , por lo tanto en esta investigación se puede comprobar que las pacientes con preeclampsia en más de la mitad tiene obesidad antes de embarazarse y por lo tanto será un embarazo de alto riesgo desde un inicio, tuvieron obesidad durante el embarazo favoreciendo complicaciones en el sistema circulatorio e indica que tienen más kilos aun estando embarazadas predise poniéndolas potencialmente a una mayor frecuencia a desarrollar preeclampsia que las mujeres que se encuentra en el peso adecuado para su talla y estado de embarazo. De cada paciente con el índice de masa corporal en cuanto a su talla y peso el grado de obesidad más frecuente es el grado número 1 o conocido como el grado leve el cual se puede corregir en el embarazo con dietas adecuadas debido a que el grado 4 es el más difícil de darle un manejo médico . De las pacientes estudiadas en menor porcentaje subieron más de 6 kilos durante el embarazo, sabemos que los kilos que se pueden subir durante el embarazo no deben ser mayores de 6 kilos para evitar complicaciones del sistema circulatorio en una persona sin obesidad, pero cuando la paciente presenta obesidad es importante que gane peso no mayor a 4 kilos.

En mayor porcentaje de las pacientes no acudió a ninguna consulta de control prenatal, y sabemos que el mismo, es de alta importancia para detectar futuras complicaciones o poder corregir en su momento patologías que pongan en riesgo la vida de la madre como del bebe o controlarlas, las mujeres que desarrollaron preeclampsia en esta investigación casi la mitad no llevo ninguna consulta por lo tanto no se pudo detectar la presión arterial elevada de manera oportuna, hasta la complicación de esta misma.

Las pacientes no tuvieron un estado nutricional adecuado, estas que padecieron preeclampsia no tienen buenos hábitos alimenticios, los cuales son altos en carbohidratos y azúcares favoreciendo al mal funcionamiento del organismo. Por lo anterior se alcanzaron los objetivos de la investigación y se comprobó la hipótesis

SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la investigación es importante dar consejos objetivos que se puedan llevar a corto o largo plazo, para una atención adecuada a las pacientes con preeclampsia, que el personal Profesional de Enfermería sea capaz de brindar una atención adecuada y oportuna a las pacientes que ingresen con complicaciones durante el embarazo.

Que el personal de salud que está frente a este problema de salud pública, la preeclampsia y sus complicaciones, tenga mejor conocimiento de los factores de riesgo más importantes de una gestante y poder disminuir la morbilidad y mortalidad materna y/o perinatal.

Que cada Enfermera que labore en el hospital sea capacitada en el área obstétrica.

Que el personal de nuevo ingreso cubra el perfil profesional en conocimientos obstétricos.

Que todo el personal profesional de la salud sepa hacer un triage (selección de nivel de atención) oportuno para las pacientes con preeclampsia.

Instruir a los miembros de familia en la participación del cuidado de la paciente.

Estudiar nuestras intervenciones de Enfermería para realizarlas de manera profesional y con conocimientos basados en estudios comprobados y validados.

La obesidad en México es un problema cada vez mayor y un factor para desarrollar enfermedades como tensión arterial elevada durante el embarazo por esto la importancia de los Profesionales de Enfermería en trabajar bien en Atención de primer nivel y promoviendo la salud con cuidados diarios en el que no se invierta mucho dinero y poco tiempo como:

Que el nivel de educación en salud aumente especialmente en áreas rurales por medio de un trabajo en equipo por parte del personal de salud incitando a una maternidad saludable y sin riesgos mejorando de esta manera la calidad de vida de las mujeres de nuestra sociedad.

Dar dietas adecuadas con los alimentos que se encuentren al alcance de la paciente.

Dar pláticas mensuales de Preeclampsia en el embarazo.

Saber de manera clara los signos y síntomas de preeclampsia así como conocer el significado de cada uno de ellos.

Una vez ya establecida y desarrollada la enfermedad es importante realizar lo siguiente:

Un trabajo de coordinación profesional en el grupo Profesional de la Salud como médicos, enfermeras, nutriólogos.

Continuar investigaciones sobre los factores de riesgo para preeclampsia en nuestro medio para mejorar la atención médica y en base a estos prevenir las complicaciones obstétricas ya que se tendría mejor conocimiento de los problemas de salud que afectan a nuestra sociedad en especial con las mujeres que empiezan su embarazo con obesidad o sobrepeso.

Se debe promover el adiestramiento del personal que realiza la toma de presión arterial, para asegurar la técnica correcta y valorar, el tamaño apropiado del brazalete y un equipo correctamente calibrado.

A toda paciente debe de comunicarse de manera oportuna y efectiva todos los signos y síntomas de preeclampsia para promover la auto referencia inmediata y prevenir complicaciones.

La enfermera debe mantener a su paciente en reposo absoluto o reducción de actividad física tanto en casa como en área hospitalaria para prevenir complicaciones.

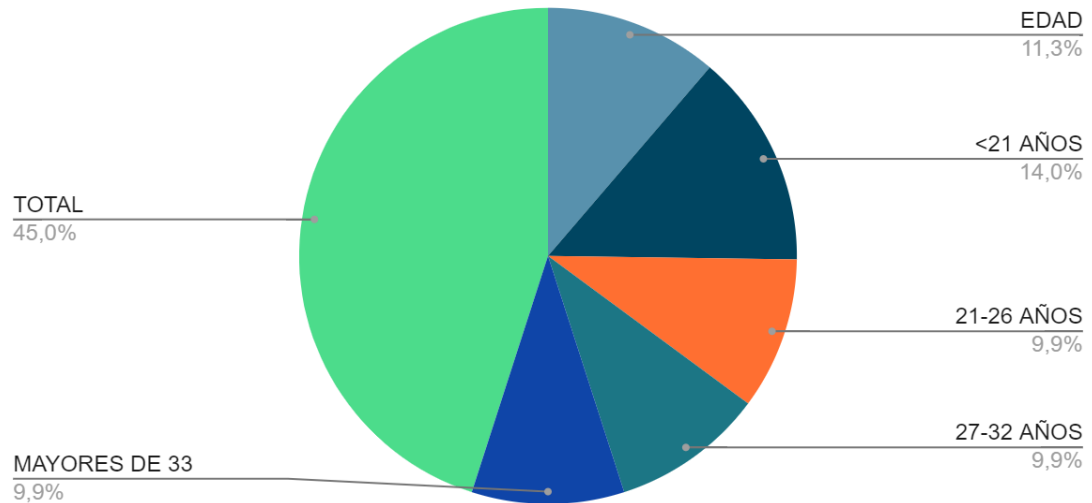
Entre las intervenciones hospitalarias de segundo nivel para pacientes de riesgo moderado está la evaluación Doppler de vías urinarias para vigilar el crecimiento fetal.

Que el profesional de Enfermería tenga en claro los signos y síntomas de preeclampsia para poder hacer una valoración de Triage Obstétrico oportuno.

ANEXOS

GRÁFICA 1

EDADES EXTREMAS REPRODUCTIVAS DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA

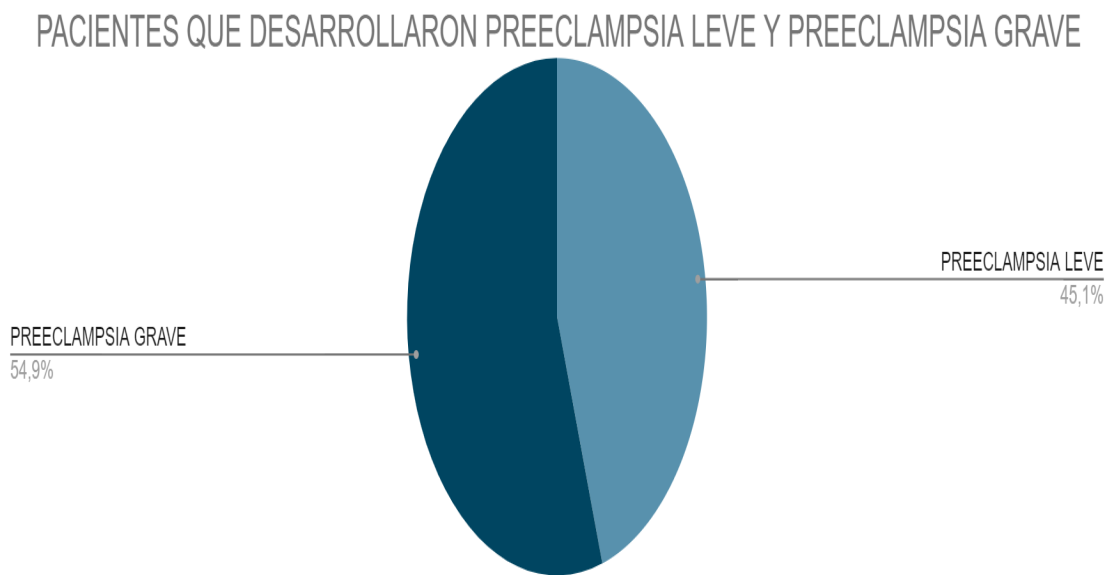


CUADRO 1

EDADES DE EXTREMAS REPRODUCTIVAS DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA

EDAD	PERSONAS	%
< DE 21 AÑOS	8	25
21-26 AÑOS	10	31
27- 32 AÑOS	6	22
MAYORES DE 33 AÑOS	6	22
TOTAL	30	100

GRÁFICA 2



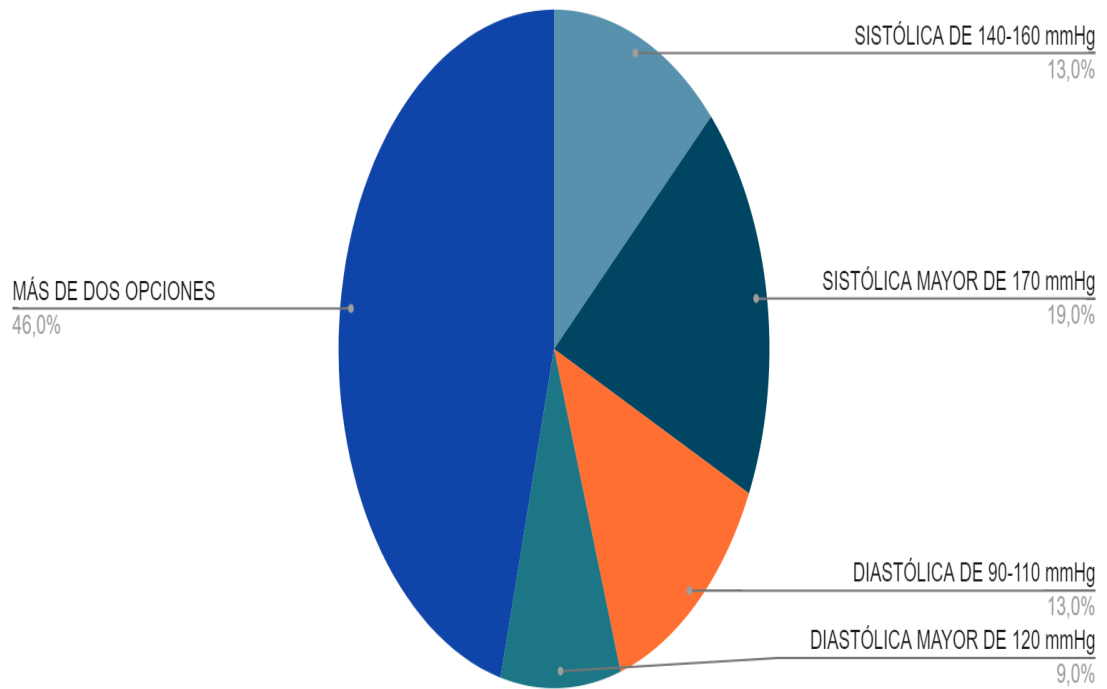
CUADRO 2

PACIENTES QUE DESARROLLARON PREECLAMPSIA LEVE Y GRAVE

TIPO DE PREECLAMPSIA	PACIENTES	%
LEVE	14	45,1%
GRAVE	16	54,9%
TOTAL	30	100%

GRÁFICA 3

TENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO

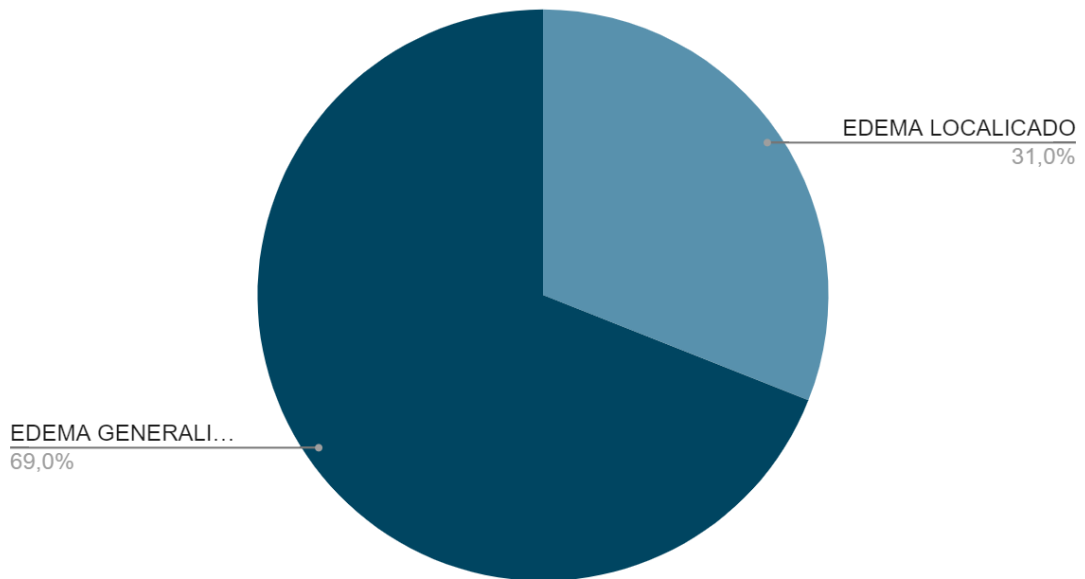


CUADRO 3**TENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO**

TENSIÓN ARTERIAL	PACIENTES	%
SISTÓLICA DE 140-160 mmHg	5	13
SISTÓLICA MAYOR A 170 mmHg	6	19
DIASTÓLICA DE 90-110 mmHg	5	13
DIASTÓLICA MAYOR DE 120 mmHg	3	9
MÁS DE DOS OPCIONES	11	46
TOTAL	30	100

GRÁFICA 4

TIPO DE EDEMA EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA

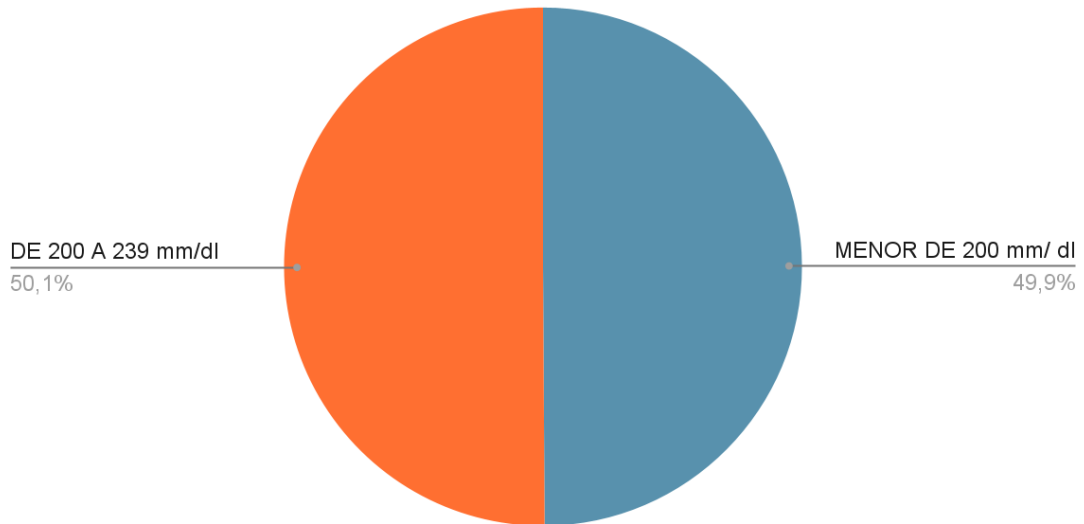


CUADRO 4

TIPO DE EDEMA	PACIENTES	%
EDEMA LOCALIZADO	10	31
EDEMA GENERALIZADO	20	69
TOTAL	30	100

GRÁFICA 5

NIVEL DE COLESTEROL EN LAS PACIENTES DE PLEECLAMPSIA

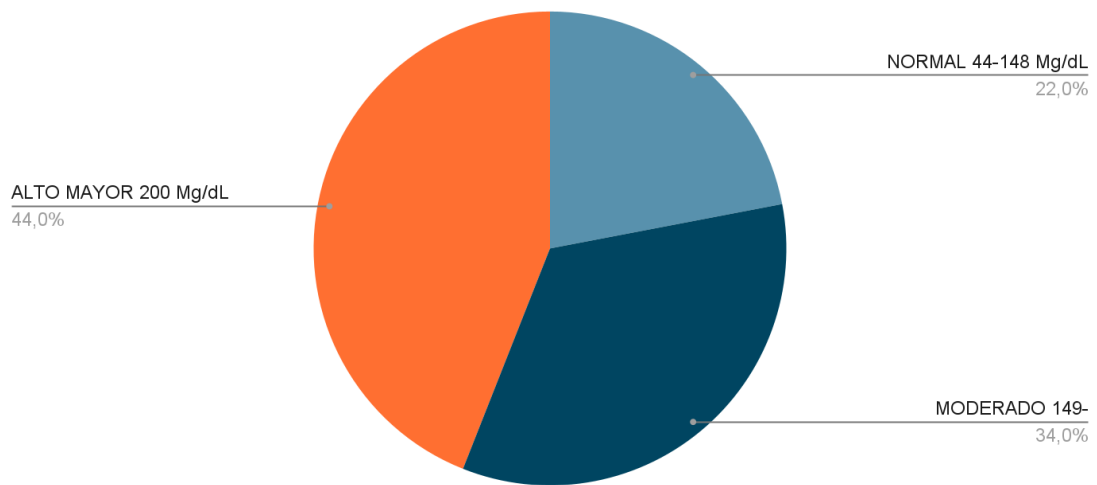


CUADRO 5

NIVELES DE COLESTEROL	PACIENTES	%
MENOR DE 200 mm/ dl normal	9	28.2
DE 200 A 239 mm/dl Moderado	7	21.8
240 mg/ dl O MÁS ALTO	14	50
TOTAL	30	100

GRÁFICA 6

NIVELES DE TRIGLICERIDOS EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA

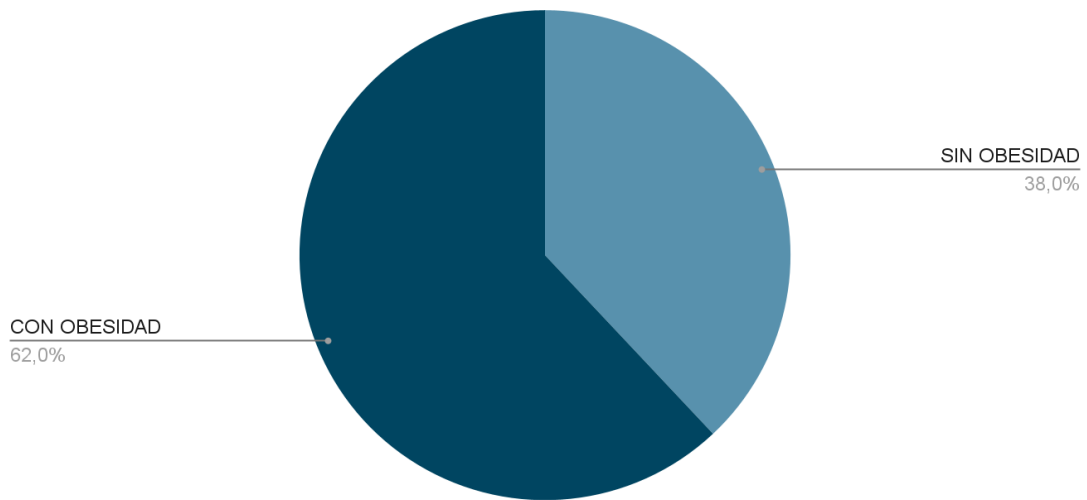


CUADRO 6

NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS	PACIENTES	%
NORMAL 44-148 MG/DL	7	22
MODERADO 149-200 MG/DL	11	34
ALTO MAYOR 200 MG/DL	12	44
TOTAL	30	100

GRÁFICA 7

PRESENCIA DE OBESIDAD ANTES DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA

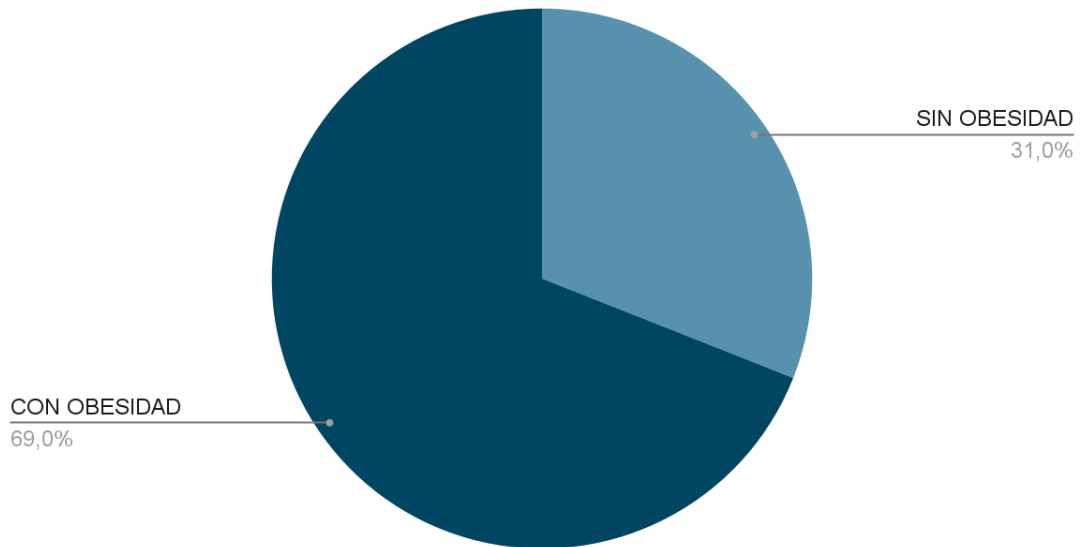


CUADRO 7

PRESENCIA DE OBESIDAD	PACIENTE	%
SIN OBESIDAD	10	38
CON OBESIDAD	20	62
TOTAL	30	100

GRÁFICA 8

PRESENCIA DE OBESIDAD DURANTE EL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA

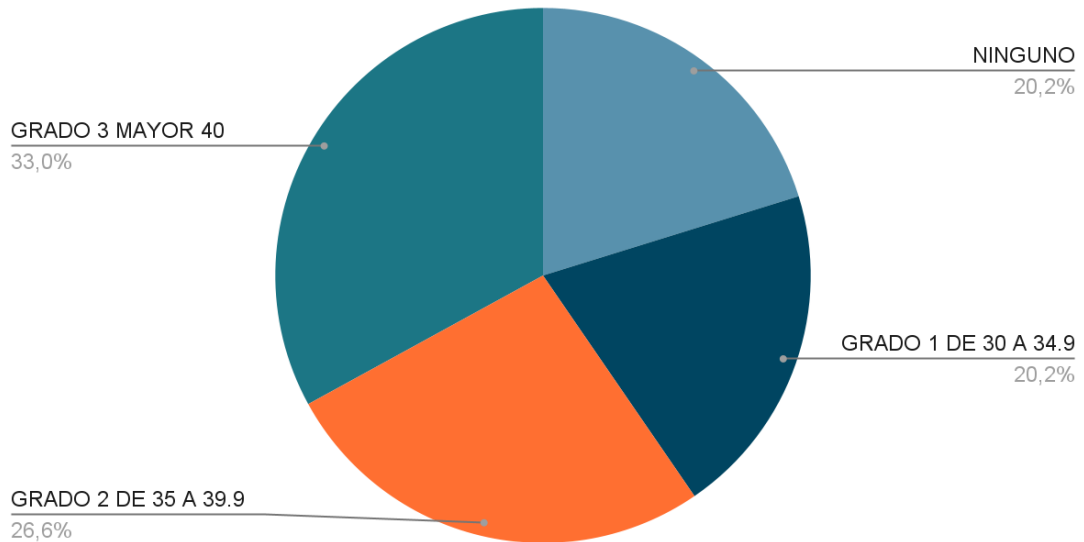


CUADRO 8

OBESIDAD EN EL EMBARAZO	PACIENTES	%
SIN OBESIDAD	10	31
CON OBESIDAD	20	69
TOTAL	30	100

GRÁFICA 9

TIPO DE OBESIDAD QUE PRESENTARON LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA

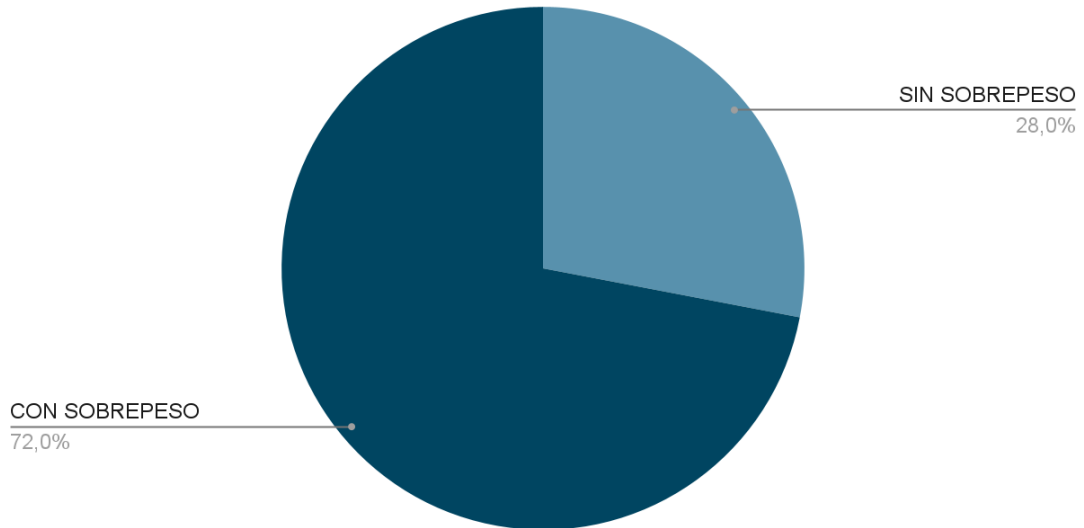


CUADRO 9

TIPO DE OBESIDAD	PACIENTES	%
NINGUNO	5	19
GRADO 1 DE 30 A 34.9 IMC	7	19
GRADO 2 DE 35 A 39.9	8	25
GRADO 3 MAYOR 40 IMC	10	31
TOTAL	30	100

GRÁFICA 10

PRESENCIA DE SOBREPESO QUE PRESENTARON LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA



CUADRO 10

PRESENCIA DE SOBREPESO	PACIENTES	%
SIN SOBREPESO	7	28
CON SOBREPESO	23	72
TOTAL	30	100

GLOSARIO

Actividad: Conjunto de operaciones afines ejecutadas, por una persona o servicio y que contribuye al logro de una función.

Actualización: Son todas las adiciones o adecuaciones a los contenidos de documentos institucionales para mantenerlos vigentes.

Atención de la Emergencia Obstétrica (AEO): Es la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad médica, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

Atención médica: Es el conjunto de servicios que se proporcionan a toda persona que lo requiere, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Calidad de la atención: Conjunto de atributos de la atención otorgada que permitan el mejor resultado, con el menor riesgo y la satisfacción de la paciente, teniendo en cuenta los factores de riesgo de la mujer, la capacidad resolutoria de la unidad hospitalaria, los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles.

Calidez en la atención: Es la actitud positiva y respetuosa del prestador de servicios de salud con las usuarias de los mismos.

Código Mater: Es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

Código Rojo: Es toda condición de la paciente obstétrica en la que se presenta alguna complicación médica o quirúrgica, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

Código Amarillo: Es toda condición en la paciente obstétrica que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención ante la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable (urgencia calificada).

Código Verde: Es toda condición de la paciente obstétrica que no requiere de resolución urgente.

Diagnóstico: Es la descripción y análisis crítico de una situación determinada a fin de señalar los factores causales y detectar las posibles vías de los cambios deseados.

Edad gestacional: Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Embarazo: Periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Emergencia obstétrica: estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la gestación que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado.

Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO): equipo conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del Código Mater.

Estándar: En materia de calidad de los servicios de salud es la declaración del nivel de calidad que se espera otorgar a la población; en estadística se define como un valor que sirve como punto de referencia en la aplicación de una fórmula o indicador.

Evento adverso: Incidente o imprevisto que produce daño a todo paciente, como consecuencia del proceso de atención médica y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica o a ambas cosas.

Expediente clínico: Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado; el cual, consta de documentos escritos, gráficos, estudios de imagen, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Experiencia exitosa: Se evalúa así cuando se tiene la evidencia de haber controlado y estabilizado un proceso durante un periodo mínimo de seis meses, los indicadores hayan alcanzado o mejorado el estándar, las mejoras se hayan incorporado a los procedimientos de rutina del servicio, la calidad técnica se eleve y ésta sea percibida por la población y las usuarias y usuarios manifiesten sentirse más satisfechos.

Hospitalización: Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como para los cuidados paliativos.

Indicador: Instrumento cuya aplicación nos muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional.

Indicador de calidad: Persigue dimensionar o cuantificar valores de tipo cualitativo, es decir, manifiestan el grado de satisfacción de las expectativas o requerimientos de nuestras usuarias y usuarios internos y externos.

Índice de choque: Es la relación entre la frecuencia cardiaca y la presión arterial sistólica considerándose valores normales entre 0.5 y 0.7 (índice de choque= frecuencia cardiaca/ presión arterial sistólica).

Lineamiento: Documento emitido por un órgano normativo, para dar a conocer a los niveles operativos las líneas rectoras para el desarrollo de los procesos en su ámbito de responsabilidad.

Medición: Asignación de números a diversos atributos o variables, con base en reglas y parámetros establecidos. Comportamiento de una o más variables durante un periodo establecido y con frecuencias determinadas.

Mejora continua: Resultado de una serie de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para satisfacer las necesidades y requerimientos de la usuaria o usuario.

Muerte materna: Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna directa: La que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Muerte materna indirecta: La que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Obstetricia: Rama de las ciencias de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.

Oportunidad de la atención: Prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.

Procedimiento: Secuencia de actividades relacionadas entre sí y su forma de ejecución, que llevadas a la práctica por una o varias personas constituyen un proceso de trabajo.

Triaje obstétrico: Protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se

enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

Urgencia obstétrica: Complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.

Usuaría/o: toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 . - F . Bonilla - Musoles A . Pellir . Obstetricia , Reproducción Ginecología Básica . Editorial médica Panamericana .
- 2 . - Peter , W . Calle m . Ecografía en obstetricia Ginecología Médica . 4ta. Edición . Editorial Médica Panamericana .
- 3 . - Sponsor, Javier de León. Manual de Obstetricia complicaciones en el Embarazo Vigésima segunda edición . Editorial Mc Graw Hill Internacional .
- 4 . - William . Obstetricia . 23 edición , editorial Mc Graw Hill .
- 5 . - J. Roberto Ahued , Carlos Fernández desde Castillo , Rene Balaríz . Ginecología y Obstetricia. 2da . Edición , editorial , Manual Monera .
- 6 . Sampieri Hernández Roberto , Collado Fernández , Metodología de la Investigación , 5ta edición , Editorial Mc Graw Hill , México 2010
- 7 . Barranco, A. M. (16 de Mayo de 2013). www.gogle.com. Obtenido de [http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad docente e investigadora/clases residentes/2013/clase 2013 fisiopatología _ preeclampsia.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase_2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf)
- 8 . Basulto, J. J. (7 de Julio de 2009). www.go9gle.com. Obtenido de <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-7-lactancia-familia-y-sociedad/nutricion-de-la-madre-durante-el-embarazo-y-la-lactancia/>
- 9 . Cáceda, M. (25 de Julio de 2009). www.gogle.com. Obtenido de <http://revista.anacem.cl/web/wp-content/uploads/2011/04/Estudio-Comparativo-de-la-Morbimortalidad-del-Producto-Gestacional-En-Mujeres-Embarazadas-con-Preeclampsia-moderada-o-severa..pdf>
- 10 . Cedeño, M. E. (15 de julio de 2003). www.gogle.com. Obtenido de http://www.ucla.edu.ve/secretaria/MyC_2007.pdf
- 11 . Figueroa, A. (10 de febrero de 2000). www.gogle.com. Obtenido de <http://www.e-mas.co.cl/categorias/medicina/toxemia.htm>
- 12 . Gavilanes, E. (8 de Julio de 2009). Obtenido de MSP: <https://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atención-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>
- 13 . Gonzales, C. (12 de abril de 2009). www.gogle.com. Obtenido de <http://espanol.babycenter.com/a600058/siete-reglas-para-comer-bien-durante-el-embarazo>
- 14 . Hernandez, M. (10 de junio de 2012). www.gogle.com. Obtenido de <http://es.slideshare.net/tabmich/breve-historia-de-la-preeclampsia>

15. Horacio, J. I. (9 de marzo de 2005). www.gogle.com. Obtenido de Hospital Aleman: <http://www.hospitalaleman.org.ar/mujeres/actividad-fisica-durante-el-embarazo/>
16. INEC. (2008).
http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/anuario.pdf. Recuperado el 18 de ABRIL de 2014
17. Lino, S. L. (15 de abril de 2001). www.gogle.com. Obtenido de Monografía:
<http://www.monografias.com/trabajos14/preeclampsia/preeclampsia.shtml>
18. MSP. (29 de Agosto de 2006). www.gogle.com. Obtenido de LEY DE MATERNIDAD GRATUITA: [http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/ LEY DE MATERNIDAD GRATUITA TUYATENCIONALAINFANCIA.pdf](http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/LEY_DE_MATERNIDAD_GRATUITA_TUYATENCIONALAINFANCIA.pdf)
19. MSP. (15 de Agosto de 2013). www.gogle.com. Obtenido de G. P. C. Trastornos Hipertensivos :
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf
20. Reyes, R. (10 de Agosto de 2007). www.gogle.com. Obtenido de <http://es.slideshare.net/UABCMEDICINA/control-prenatal>