

329521

L
24

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS .

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.

RECOLECCION BIBLIOGRAFICA Y ESTUDIO PROSPECTIVO DEL PLAN ATENCION DE ENFERMERIA
DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO (E.H.I.E).

T E S I S .

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LIC. ENF. Y OBS.

P R E S E N T A .

VERONICA MENDOZA ARGAJE .

ASESOR : DR. PEDRO ALVAREZ S.

MEXICO , D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS .

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.

RECOLECCION BIBLIOGRAFICA Y ESTUDIO PROSPECTIVO DEL PLAN ATENCION DE ENFERMERIA
DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO (E.H.I.E.) .

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE : LIC. ENF. Y OBS.

PRESENTA .

VERONICA MENDOZA ARZATE .

ASESOR : DR. PEDRO ALVAREZ S.

LSC. ENF. TOMASA VAREZ CAPOCAL.
JEFE DE SERVICIOS ESCOLARES.
P R E S E N T E .

ADJUNTO A LA PRESENTE ME PERMITO ENVIALE A USDED , RECOLECCION BIBLIOGRAFICA Y ESTUDIO PROSPECTIVO DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA DE LA E. N. S. E. , ELABORADO POR LA C. VERONICA MENDOZA ARAPE , EN USO A USDED VOTO APROBATORIO PARA QUE SEA PRESENTADO PARA EXAMEN PROFESIONAL , Y OBTENER EL TITULO DE LSC. ENF. Y OBS. .

A T E N T A M E N T E .


DR. PEDRO ALVAREZ S.

A DIOS :

POR DARMÉ LA OPCIÓN DE VIVIR ,
GRACIAS SEÑOR POR SER MI VIDA
EN TODA MI VIDA Y CARRERA Y
POR HABER PERMITIDO TERMINARLA .

A MIS PADRES :

QUE CON SU AMOR Y BUENO EJEMPLO
ME HAN VIVIDO EN LA VIDA , QUE
DESPERTARON EN MÍ SU ESPERANZA
ME ENSEÑARON TODO SU AMOR
Y CONFIANZA SIN RESERVA , Y QUE
ME HAN DADO LA MEJOR HERENCIA
QUE SE PUEDE DAR .

LOS QUERO MUCHO Y QUE DIOS
LOS BENDIGA .

A MIS HERMANOS :

A TODOS Y CADA UNO DE USTEDES ,
DE BUENAS BUENAS RECUERDOS
Y ESPECIALMENTE DE 30 AÑOS , DE LOS
DEDICO A TODOS USTEDES CON MUCHO AMOR .

A MI ESPOSO :

GRACIAS POR APOYARME EN
LOS MOMENTOS MAS DIFICILES
PARA CONCLUIR MI TESIS Y
POR ESTAR CONTIGO EN LOS MOMENTOS
EN QUE ANHELE ESTAR CONTIGO .
TE QUISERO MUCHO AMOR .

A MI ASESOR :

POR SU ENSEÑANZA , DIRECCION
Y ASESORIA EN EL PRESENTE TRABAJO.
ADEMAS POR EL BUEN SUJETO DE HABERLO
TENIDO COMO PROFESOR DE LA MATERIA
DE PATOLOGIA .

A MIS MAESTROS :

EN ESPECIAL A LA LIC. MARINA
BELLO POR ORIENTARME SIEMPRE
SU APOYO INCONDICIONAL A QUIEN
ADEMAS AMORO Y RESPETO CON
TODA MI ALMA .

A) RECOPIACION BIBLIOGRAFICA.

I N D I C E .

| | PÁG. |
|--|------|
| A) Recopilación Bibliográfica..... | 6 |
| 1. Introducción..... | 8 |
| 2. Justificación..... | 9 |
| 3. Objetivo General..... | 10 |
| 4. Marco Conceptual..... | 11 |
| 4.1. Generalidades de Anatomía y fisiología..... | |
| 4.2. Concepto de E.H.I.E..... | 18 |
| 4.3. Epidemiología..... | 19 |
| 4.4. Etiología y/o factores..... | 20 |
| 4.5. Fisiopatología y clasificación..... | 23 |
| 4.6. Frecuencia..... | 31 |
| 4.7. Cuadro clínico..... | 32 |
| 4.8. Diagnóstico..... | 40 |
| 4.9. Tratamiento..... | 42 |
| 4.10 Cuidados de Enfermería..... | 48 |
| 4.11. Complicaciones..... | 54 |
| 4.12 Pronóstico..... | 56 |
| B) Estudio Prospectivo..... | 57 |
| 5. Planteamiento del Problema..... | 58 |
| 6. Hipótesis..... | 59 |
| 7. Material y Métodos..... | 60 |
| 8. Metodología..... | 61 |
| 9. Resultados..... | 62 |
| 10. Discusión..... | 68 |
| 11. Historia Natural De La Enfermedad..... | 76 |
| 12. Plan de Atención de Enfermería..... | 79 |
| 13. Conclusiones..... | 88 |
| 14. Glosario..... | 92 |
| 15. Bibliografía..... | 96 |
| C) Anexos..... | 98 |

1. INTRODUCCION.

La Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo (E.H.I.E.), es una de las principales causas de mortalidad materna y aumentan en grado considerable el riesgo de mortalidad perinatal. La E.H.I.E. también llamada Preeclampsia o Toxemia sigue siendo un trastorno progresivo que se presenta durante el embarazo.

La E.H.I.E. hasta nuestros días constituye un tema principal en los problemas de salud que complican el embarazo, por tal motivo se establecen en algunas sociedades del área de Gineco-Obstetricia secciones específicas para realizar estudios sobre la E.H.I.E., cuyo problema mencionado despierta el interés del cuerpo multidisciplinario de salud.

En México la E.H.I.E. es una de las causas principales que ocupa el 3er lugar en morbi-mortalidad materno-fetal. La E.H.I.E. en nuestro país varía, tomando en cuenta a diferentes factores como: nivel socioeconómico, edad, paridad, cultura, clima.

Su frecuencia es muy variable situándose en 12 % de las pacientes primigestas, 10 % en las pacientes multiparas y 9 % en la población obstétrica general.

Esto nos trae posibles complicaciones antes y después del parto por no llevar a cabo un control prenatal que es ahí el primer paso para detectar este problema, y así dar una pronta solución a la E.H.I.E., es por eso que se lleva a efectuar este trabajo de investigación sobre este, para tener en cuenta la importancia que desempeña el personal de salud durante el proceso salud - enfermedad y como parte integral del equipo multidisciplinario de salud y poder colaborar en el bienestar completo en relación Madre-Hijo.

2. JUSTIFICACION

La E.H.I.E. es un problema gineco-obstétrico en México y tomando en cuenta la mortalidad que presenta considero que es un problema de salud que aún no se ha podido controlar, por lo que el equipo de salud desempeña una importante función para brindar atención y orientación a la población femenina en relación a la triada que se presenta en la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo .

La investigación e inquietud por realizar la presente recopilación bibliográfica y estudio prospectivo sobre el P.A.E. de E.H.I.E. (Preeclampsia), es con el propósito de cubrir un requisito más para tener conocimientos teórico-prácticos sobre este problema adyacente al embarazo , y así mismo poder obtener un título en la carrera profesional de Lic. Enf. de la Esc. de Enfermería del Hospital de Jesús , tomando en cuenta el tiempo en llevar a cabo esta para conocer y analizar a fondo este tema que considero de mucha importancia en el contexto de la salud para la mujer obstétrica .

3. OBJETIVO GENERAL

* Conocer la patología en general de la E.H.I.E. , su manejo y control en los tres niveles de atención y a través de la elaboración del plan atención de enfermería para que en base a esto beneficie a la población que presente dicha patología .

* Detectar los problemas y/o necesidades de la paciente con E.H.I.E. mediante un análisis clínico y diagnóstico de enfermería cuidadoso , como clave principal para planear las acciones de enfermería y evitar al máximo las complicaciones en la paciente en etapa gestacional

4. MARCO CONCEPTUAL.

4.1. Generalidades de Anatomía y fisiología del aparato Genital Femenino.

Para facilitar el estudio del aparato genital femenino, este se divide en órganos genitales externos y órganos genitales internos

Los órganos genitales externos (Vulva) son las partes visibles desde el exterior, que comprenden el conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del pubis al periné y que genéricamente se les conoce con el nombre de vulva y son los siguientes. **FSBURA # 1**

Monte Pubiano:

Es una prominencia localizada por delante de la sínfisis del pubis, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada que en la pubertad, se cubre de vello, formando un triángulo de base superior.

Labios Mayores:

Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta, que parten del monte pubiano en forma de dos pliegues redondeados y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; constituidos por tejido celular, tejido conectivo, un plexo venoso y parte del ligamento redondo, están cubiertos por piel resistente, pigmentada con glándulas sebáceas y vello.

Labios Menores :

Son dos pliegues de piel , pequeños y delgados , planos y rojizos , desprovistos de vello , ricos en glándulas sudoríparas y folículos sebáceos , que al adosarse entre si ocluyen el orificio vaginal .

Clitoris :

Organo homólogo del pene de forma cilíndrica de 1 a 2 cm. de longitud , situado en la parte superior del introito , por arriba del meato urinario , constituido por tejido eréctil (dos cuerpos cavernosos) Blande y dos pilares que le dan forma y lo fijan al periostio del pubis .

Vestíbulo :

Espacio comprendido entre los dos labios menores , contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares . Cubierto por epitelio escamoso estratificado .

Meato Urinario :

Orificio en forma de hendidura por el cuál desemboca la uretra hacia el exterior . Está recubierto por un epitelio transicional .

Glándulas de Skene :

Son dos y se encuentran una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral , producen moco , el cuál lubrica el vestibulo .

Himen :

Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina , esta formada por dos capas de tejido fibroso . Se rompe al contacto sexual y sus restos se designan carúnculas mirtiliformes .

Glándulas de Bartholin :

Son dos y se ubican en los labios menores y en la pared vaginal y desembocan en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina .

Periné :

Región comprendida entre la horquilla y ano , está constituido por músculos transversos del periné bulbocavernoso y elevador del ano .

Los órganos genitales internos (Vagina) son los siguientes FIGURA # 2.:

Vagina :

Conducto virtual , músculo-membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero , se relaciona con la vejiga por su cara anterior , y recto cara posterior . Sirve como conducto excretor del útero (menstruación , secreciones) , órgano de la cópula y conducto del parto .

Su dirección es curva de fuera hacia dentro y de abajo hacia arriba . Mide de 8 a 10 cm. de longitud ; es muy distensible y tiene arrugas transversales , se encuentra formada por epitelio pavimentoso , capa muscular y tejido conectivo .

Útero:

Órgano muscular hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, de forma piriforme; está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con los uréteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 cm. de longitud total y 5 a 6 cm. de ancho en la parte fúndica.

Cervix:

Tiene forma cilíndrica, su longitud es de 3 cm. posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical; la inserción vaginal lo divide en dos porciones: intravaginal y supravaginal. La porción externa está revestida por epitelio pavimentoso estratificado, que con frecuencia es asiento de tumores.

Trompas de Falopio:

También llamados oviductos o tubas uterinas, estas constituyen dos conductos, uno a cada lado del útero, de 10 a 12 cm. de longitud por 1 a 2 cm. de diámetro externo. Están constituidos por tres capas, una capa externa, serosa o peritoneal, una capa media muscular y una capa interna, mucosa o endosalpinx. Así mismo este órgano tiene tres partes anatómicas que son: intersticial o intramural, ístmica o intermedia y ampular o distal.

Ovarios:

Son dos órganos ovales aplanados, sólidos y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4 x 3 x 2.5 cm. están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica) en ítima relación con la parte distal de la trompa mediante la fimbria. Estos dos órganos son los que se encargan de la producción de las células reproductoras y constituyen la fuente principal de hormonas femeninas: estrógenos y progesteronas.

Peritoneo:

El peritoneo, que envuelve la pared abdominal en su cara interna, se refleja y cubre el fondo y la cara posterior de la vejiga; así mismo se refleja para cubrir la cara anterior del útero formando un fondo de saco. Cubre al útero y se extiende por ambos lados hasta la pared pélvica, dando lugar a la hoja anterior del ligamento ancho que envuelve a los ligamentos redondos, útero-ováricos y las trompas de falopio al dar lugar a los parámetros, se adhiere íntimamente al fondo uterino y cubre la cara posterior de este órgano.

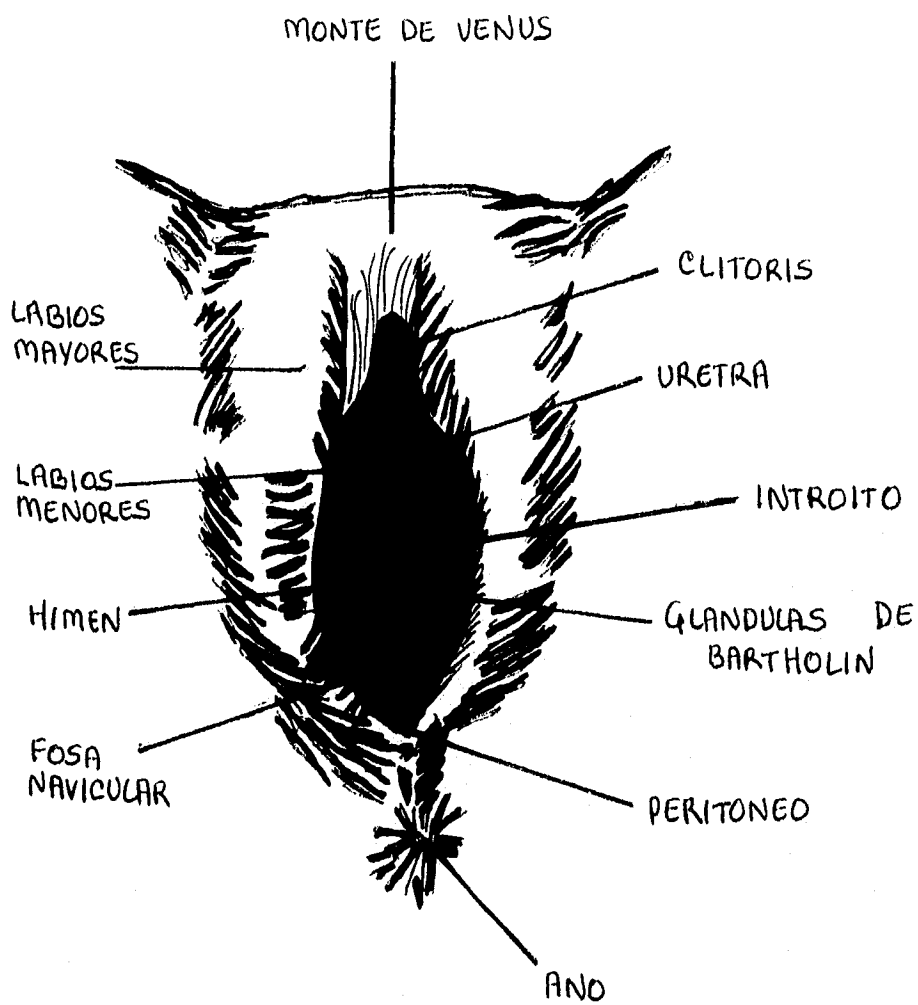


Fig. No. 1

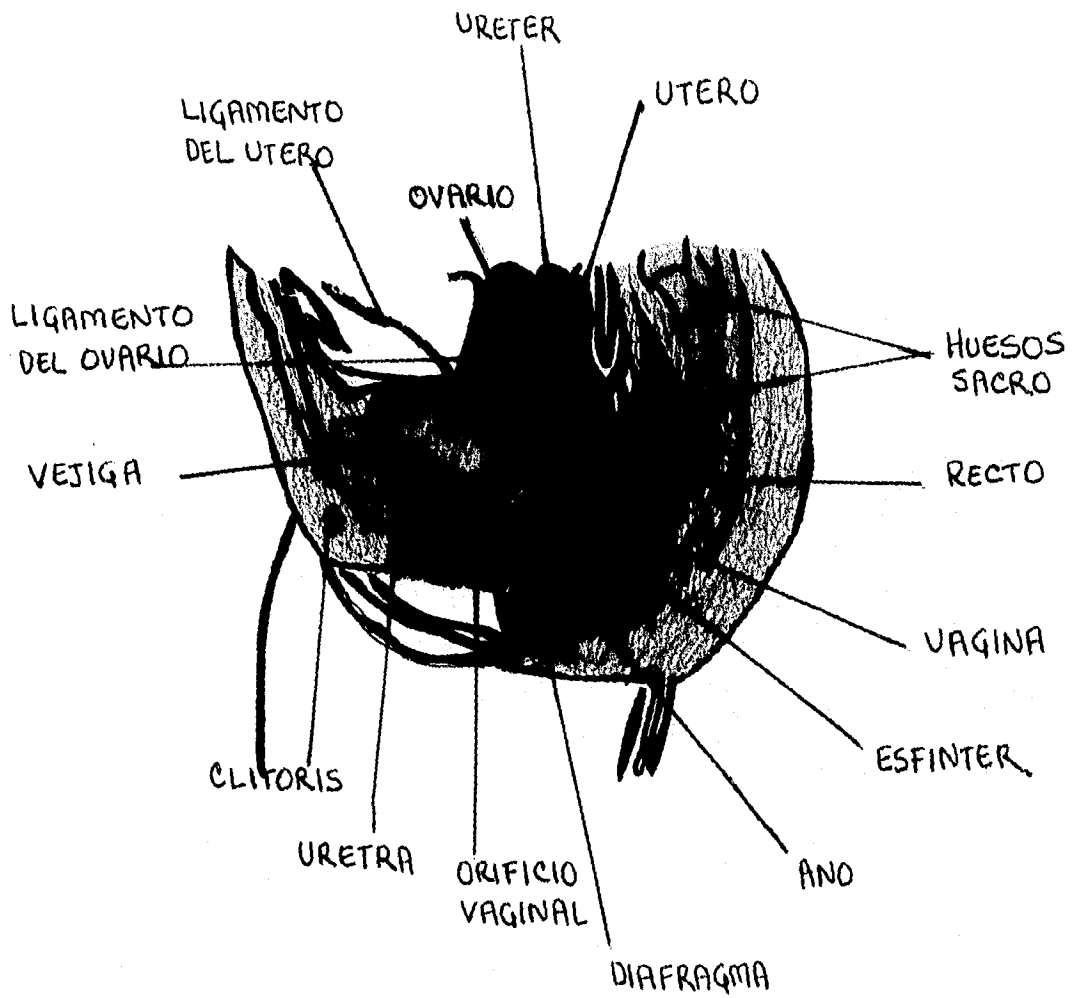


Fig. No. 2

4.2. CONCEPTO DE E.H.D.E.

La Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo (E.H.D.E.) toxemia o preeclampsia es un síndrome específico de la gestación que complica frecuentemente el estado gravídico puerperal, hacia el final del embarazo o en el puerperio temprano caracterizado por hipertensión, edema y por la regular proteinuria. (2)

Es la presencia de hipertensión con proteinuria que se desarrolla durante el embarazo de una mujer previamente normotensa y sin proteinuria.

Son alteraciones vasculares que aparecen durante la gestación o el puerperio acompañados de proteinuria, edema y convulsiones.

Es un síndrome exclusivo del embarazo y se le conoce como E.H.D.E. o cuadro de Hipertensión aguda del embarazo.

La Hipertensión inducida por el embarazo se define como la presión sanguínea de 140/90 mm. Hg durante la segunda mitad de la gestación en mujeres normotensas o el aumento de la presión sistólica en 30 mm. Hg o de la diastólica en 15mm. Hg respecto de los valores basales. (3)

La pre-eclampsia: Es la hipertensión con proteinuria mayor de 300 mg. en una muestra de orina de 24 hrs. o una reacción semicuantitativa de 2+ o más en una muestra de orina obtenida al azar.

Trastorno que se caracteriza por la proteinuria, hipertensión y edema que suele presentarse en la última etapa del embarazo.

Es el desarrollo de hipertensión con proteinuria, edema o ambas después de la vigésima semana del embarazo o antes es caso de enfermedad trofoblástica.

4.3. EPIDEMIOLOGIA.

La E.H.D.E. constituye una complicación común y se observan en 6 a 7 % de todas las grávidas . La prevalencia del trastorno puede ser mucho mayor en algunos grupos como primigrávidas jóvenes , mujeres con hipertensión crónica y las que provienen de medios socioeconómicos bajos . (4)

Los trastornos hipertensivos del embarazo tienden a aparecer en incluso 33 % de las mujeres. Ocupa el 3^{er} lugar entre las tres complicaciones principales , de las cuales las dos primeras son hemorragia e infección puerperal que causan la mayor parte de las muertes de las embarazadas y que en los estados unidos cada año explican unas 250 muertes de gestantes . Como causa de óbito fetal adquiere mayor importancia , y se ha calculado , conservadoramente , que en la nación mencionada cada año hay cuando menos de 25000 neonatos muertos y muertes en el período neonatal por enfermedades hipertensivas del embarazo , y los que sobreviven sufren déficit que alteran permanentemente su vida. La mayor parte de las muertes perinatales dependen de la premadurez . (9)

4.4. ETIOLOGIA Y/O FACTORES.

La etiología de la E.H.D.E. no se conoce pero sí queda claro que hay numerosos factores predisponentes a la E.H.D.E. que se mencionan a continuación. (14)

* Factores inherentes al embarazo :

- Gestación múltiple
- Polihidramnios
- Mola hidatiforme
- Macrosomía fetal

* Factores maternos :

- Hipertensión arterial
- Obesidad
- Diabetes mellitus
- Nefropatías
- Disrritmias Cerebrales (epilepsia)
- Enfermedad renal crónica

* Factores constitucionales y ambientales :

- Edad
- Paridad
- Nutrición
- Herencia
- Psicopatías
- Raza
- Clima

Sea cual sea la causa específica de la E.H.D.E., la experiencia clínica ha comprobado factores predisponentes manifiestos.

La primipara de talla corta, obesa, de raza negra y que proviene de las clases más pobres es el blanco principal de la E.H.I.E. la enfermedad también ocurre en multiparas de raza blanca bien nutridas, de talla alta, delgadas y de grupos económicos superiores, pero en un grado mínimo. Algunas enfermedades previas antes del embarazo o durante el mismo aumentan de manera importante la tendencia a presentar E.H.I.E. (15)

Actualmente existen 3 conceptos sobre el origen de la E.H.I.E., a saber, tono vaso constrictor incrementado, acción anormal de prostaglandinas y factores inmunitarios.

a) Tono vaso constrictor incrementado y vaso espasmo arterial periférico:

La hipertensión gestacional se caracteriza por un vaso espasmo diseminado, sin que llegue a ser omnipresente. Este vaso espasmo se debe a una sensibilidad anormal del músculo liso vascular ante los efectos de sustancias vasopresoras.

El vaso espasmo de las arterias lleva a un incremento en la presión arterial y finalmente, a reducción del flujo sanguíneo al útero y a la placenta.

Los cambios vasculares renales causan disminución del flujo sanguíneo renal, reducción de la velocidad de filtración glomerular y la proteinuria consecuente.

b) Acción anormal de las prostaglandinas :

Las prostaglandinas son potentes mediadores de la reactividad vascular a los agentes vasoactivos en embarazadas y no embarazadas. Las prostaglandinas no son las únicas sustancias que influyen en la reactividad vascular a los agentes vasoactivos, también poseen dicho efecto los esteroides. La inyección IV de la 5-alfa-dihidroprogesterona, que es un metabolito de la progesterona, restaura la refractariedad a la angiotensina en mujeres sencibles a esta con E.H.D.E.

c) Factores inmunitarios :

La frecuencia de la formación de antígenos aumenta con el número de partos, por lo que se piensa en una relación inversa proporcional entre la formación de anticuerpos HLA antifetales y la E.H.D.E. (7)

4.5 FISIOPATOLOGIA Y CLASIFICACION.

El vasoespasmo que aparece en las mujeres con ella se atribuye a la sensibilidad extraordinaria de los vasos a agentes presores, por lo que se han propuesto teorías que sugieren como origen de las sustancias presoras del riñon , placenta , cerebro , feto , sin embargo no se ha demostrado una correlación directa .

Por su carácter generalizado , el vasoespasmo arteriolar de la toxemia se manifiesta con sintomatología en casi todos los órganos y sistemas maternos . Cuadro # 1.

| PULMON | CORAZON | CEREBRO | ORINON |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> + BRONCOINFLAMACION + EDEMA ALVEDO DE PULMON + BRONCOALVEOLACION + S. CIRCULATORIO + E.S.D. + CONSUMO EXCESIVO DE PLAZUELAS | <ul style="list-style-type: none"> + HIPERTENSION ARTERIAL (140/90 O MAS) + INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA + MIOPATIA + INFARTO AL MIOCARDIO + PARO CARDIACO | <ul style="list-style-type: none"> + MEMORABILIA FOCAL + FOLICULOS + ACUFENOS + ATROFICIDAD + ESCOTOMIAS + AMBLIOPIA + CEFALEA + CONVULSIONES + COMA | <ul style="list-style-type: none"> + S.R.A. + ALBUMINURIA + OLIGURIA + ANURIA + NEFROTICISMO + NECROSIS TUBULAR O CORTEZAL BILATERAL + AUMENTO DE CATECOLAMINAS + DISMINUCION DE LA FILTRACION GLOMERULAR |
| TOXEMIA BRADICIA | | | |
| RIÑON | FETO | PLACENTA | MEMBROS |
| <ul style="list-style-type: none"> + MEMORABILIA RENAL LOCALIZADA + RUPTURA NEFRICA + INSUFICIENCIA NEFRICA + EDEMA Y DISTENSION DE LA CAPSULA DE RIÑON(SOLEO) EN BARRA DE CRIVIER. | <ul style="list-style-type: none"> + S.F.C. + S.F.A. + MUERTE FETAL INTRAVENTANA + XROPLASMICIDAD FETAL + RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL + MUERTE NEONATAL TEMPRANA | <ul style="list-style-type: none"> + INFARTOS + NECROSIS + DESPREMIAMIENTO PREMATURO DE PLACENTA + ROTEMORABILIA | <ul style="list-style-type: none"> + EXTRAVASACION DE LISADO + EDEMA |

CILINDRO # 1

Por la importancia que tienen, se muestra en el esquema siguiente algunos de los mecanismos fisiopatológicos supuestos que ocurren en la paciente toxémica, explicando como se presenta la hipertensión, el edema y la proteinuria, siendo estos los síntomas cardinales del padecimiento. (Cuadro #2).

En el riñón se desencadenan dos procesos distintos pero muy importantes; uno interesa el aparato yuxta-glomerular en el cual la vasoconstricción y otras alteraciones hidroelectrolíticas van a disparar al sistema de renina-angiotensina que se esquemaliza a continuación.

Este sistema actúa como círculo vicioso en la alimentación y sostenimiento del vasoespasmo y por ende de la hipertensión arterial. Sin embargo en la E.H.I.E. no siempre se encuentra aumentada la actividad de la renina, la cual puede estar normal o baja.

El otro fenómeno renal interesa al glomérulo cuya lesión específicamente es la endoteliosis, sea tal vez una de las más estudiadas últimamente en relación a la E.H.I.E.

Esta lesión nos explica la proteinuria, el edema y la retención de sodio. Cuadro #3.

Como se puede apreciar el estímulo inicial proviene de la inserción útero-placentario. En la E.H.I.E. la endoteliosis no llega a romper la membrana basal y desaparece totalmente al controlarse la enfermedad. De ahí la importancia de los estudios de biopsia renal que se ha llevado a cabo para determinar el grado de la lesión y el pronóstico ya que una nefropatía previa volverá más susceptible a la paciente con E.H.I.E. en una futura gestación (5).

A nivel uterino, aparte de la liberación de sustancias trombotásticas, sucede otro hecho que debe omarse en cuenta. La vasoconstricción al disminuir el flujo placentario provoca una síntesis deficiente de prostaglandinas que estimula la formación de renina que aparte de entrar al sistema renina-angiotensina renal, estimula a su vez la formación de PGE que sería un mecanismo compensador de su potente acción vasodilatadora (Cuadro #4).

Otros cambios fisiológicos importantes son :

- Hipovolemia
- Aumento de las resistencias periféricas vasculares
- Incremento de la noradrenalina
- Aumento de la actividad adrenérgica
- Disminución del flujo sanguíneo útero-placentario

Estos cambios fisiopatológicos producen :

- Hipovolemia con retención de Na
- Alteraciones en la coagulación por disminución de las plaquetas y depósito de fibrina .
- Aumento de resistencia periférica e Hipertensión
- Daño vascular con proteinuria , aumento de permeabilidad capilar y edema .

* Clasificación :

1 .- Hipertensión del embarazo
a) sin proteinuria ni edema

2.- Pre-eclampsia
b) Con proteinuria y edema (4).

1.- Pre-eclampsia

2.- Hipertensión crónica (de cualquier origen)

3.- Hipertensión Crónica con pre-eclampsia superpuesta

4.- Hipertensión tardía o transitoria (13).

A) Hipertensión producida por el embarazo

1.- Pre-eclampsia

2.- Leve

3.- Grave

B) Hipertensión Crónica de cualquier etiología que precede al embarazo

C) Hipertensión crónica de cualquier etiología con hipertensión agregada causada por el embarazo

D) Hipertensión tardía o hipertensión transitoria (19).

1.- Leve

2.- Moderada

3.- Severa no complicada (5).

1.- Preeclampsia

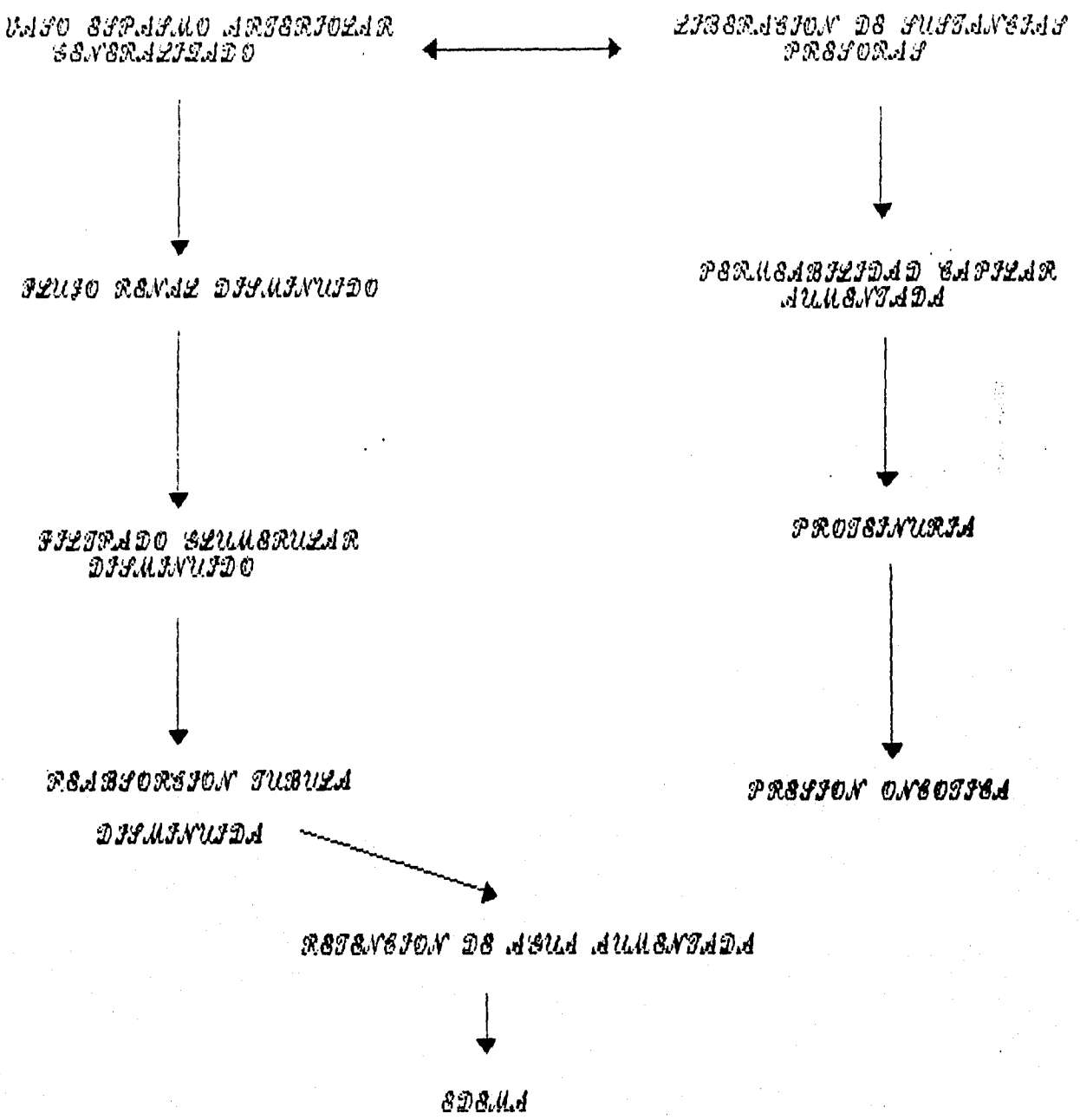
2.- Hipertensión gestacional

3.- Proteinuria gestacional

4.- Enfermedad crónica hipertensiva

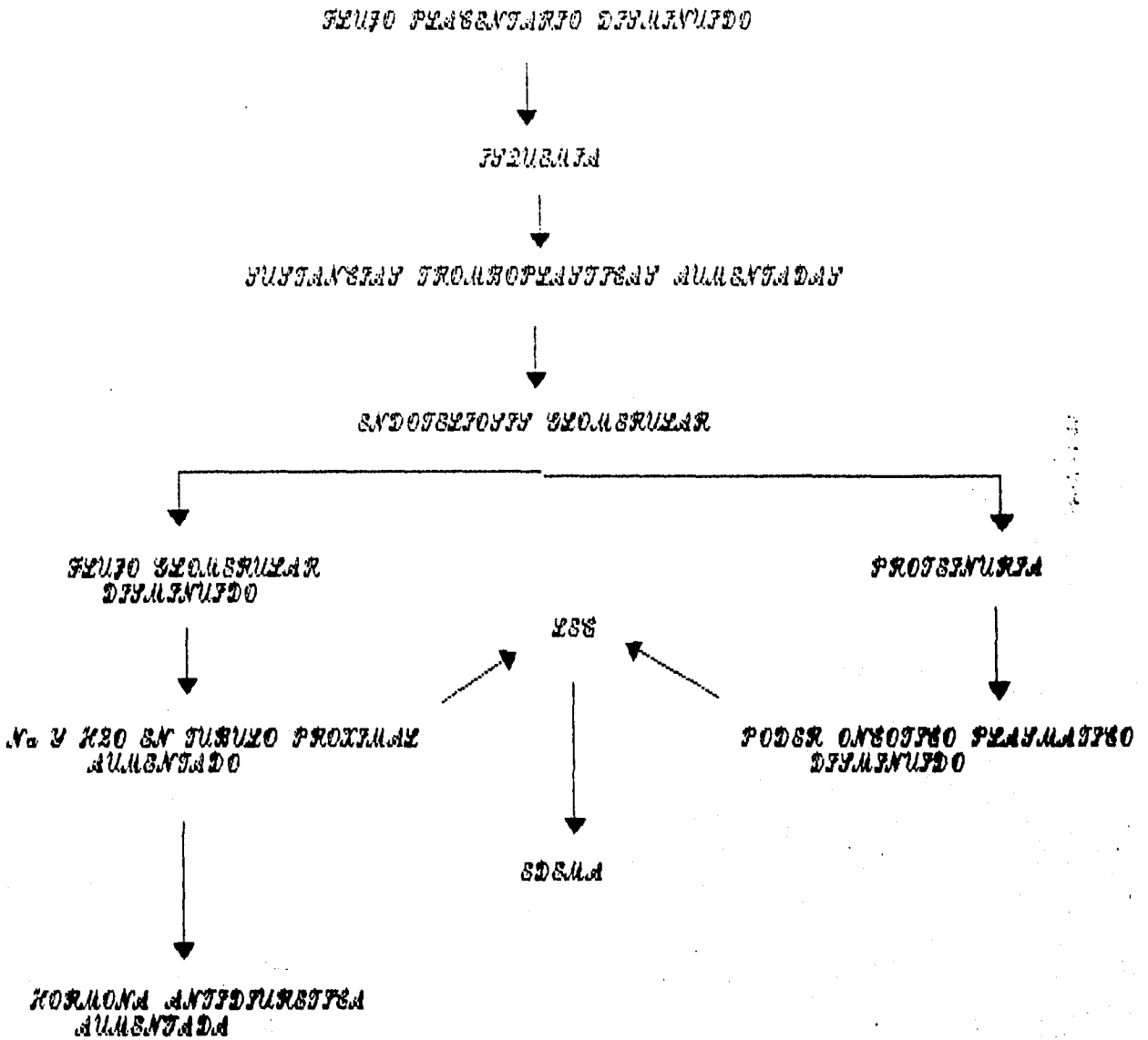
5.- Enfermedad crónica hipertensión acompañada de preeclampsia

MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS DE LAS ALTERACIONES RENALES DE LA TOXEMIA



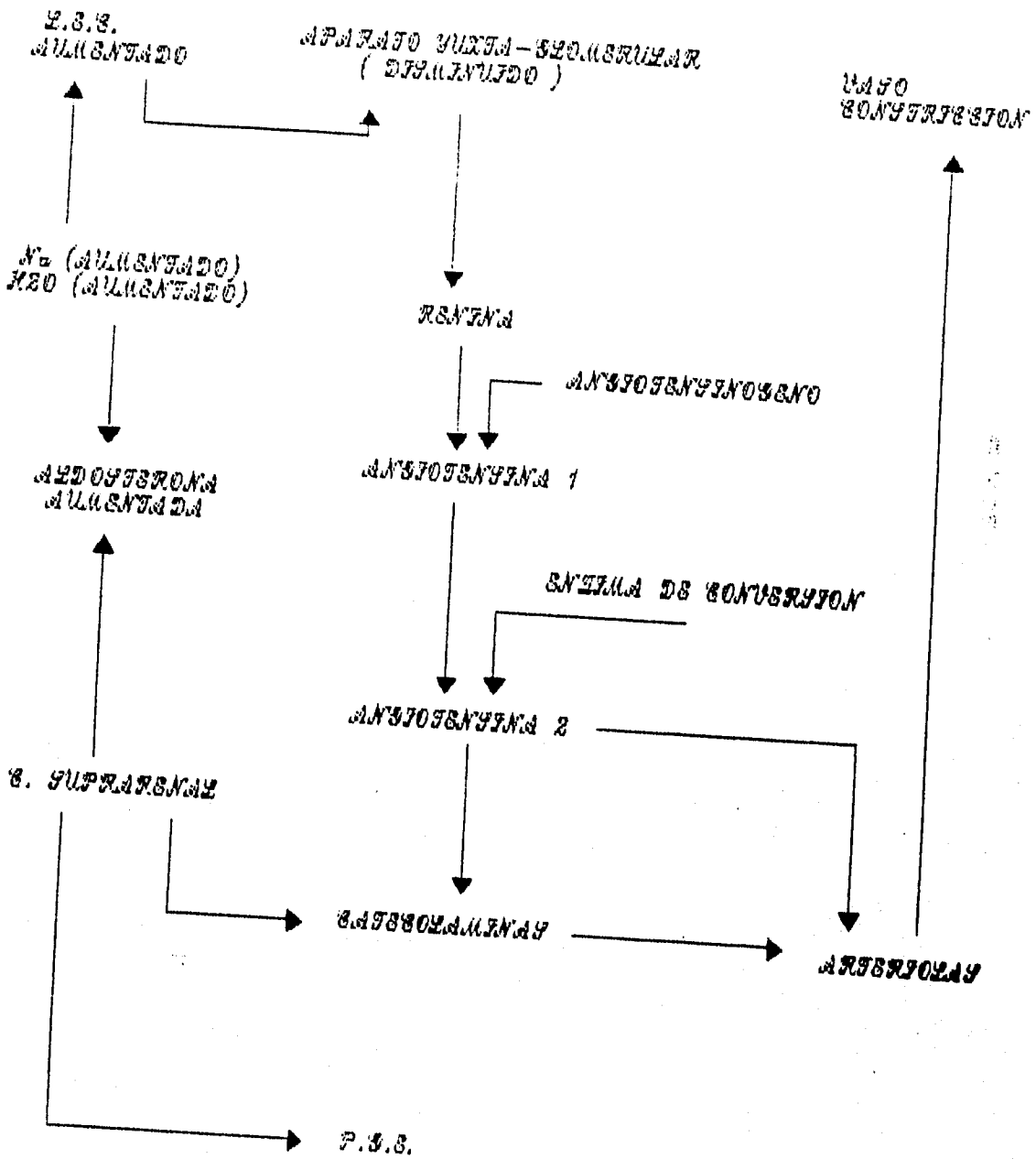
CUADRO # 2

PROCESO DE LA PROTEINURIA, EDEMA Y RETENCIÓN DE SODIO



CUADRO # 3

ENDOTERMIA

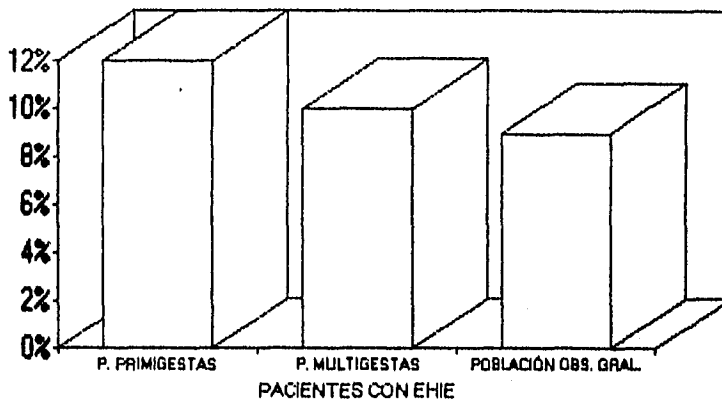


Cuadro 4

4.6 FRECUENCIA

La frecuencia de la E.H.I.E. es muy variable, si consideramos los diferentes grados en que se presenta, es del 12 % en las pacientes primigestas, 10 % en pacientes multíparas y 9 % en la población obstétrica general. Una de cada 200 pacientes preeclámpicas o con E.H.I.E. evoluciona hasta la eclampsia (convulsiones y coma).

FRECUENCIA DE PACIENTES CON EHIE



Alrededor del 5% de todos los embarazos se complican con E.H.I.E. La frecuencia puede ser hasta de 10 % en mujeres indigentes y tan bajo como 2 % en mujeres en menor posición. Se puede llegar a producir E.H.I.E. casi en un 8% de la población general, ya que su frecuencia varía según su localización geográfica, yendo desde factores como nuliparidad, raza, edad materna menor de 20 años o mayor de 35 años, estado socioeconómico bajo, gestación múltiple, molahidatidiforme, polihidramnios y enfermedad renal subyacente. (16)

4.7 CUADRO CLINICO.

La E.H.D.E. se caracteriza por incremento de la presión arterial, proteinuria o edema en embarazadas después de la vigésima semana y las que antes habían estado sin anormalidades en esos parámetros.

El incremento tensional puede surgir repentinamente o ser gradual e insidioso (1).

Los dos signos especialmente importantes de E.H.D.E. (Hipertensión y Proteinuria) son alteraciones que, por lo general, la mujer gestante ignora. En el momento en que tiene síntomas como: Cefalea, Trastornos visuales o Dolor epigástrico, el trastorno casi siempre es grave.

* **PRESION SANGUINEA:** La alteración fisiológica básica en la E.H.D.E. es el vaso-espasmo, especialmente de las arteriolas. Por lo que no es sorprendente que el signo que se advierte en la E.H.D.E. con mayor seguridad sea una elevación de la presión sanguínea. La presión diastólica es un síntoma pronóstico más digno de confianza que la presión sistólica y, cuando persiste a nivel de 90 mm. de Hg o más, es anormal. F.B. # 4.

* **GANANCA DE PESO:** En algunos casos el primero en manifestarse, consiste en una brusca y excesiva ganancia de peso. Los aumentos de peso alrededor de los 450 gr. por semana pueden considerarse normales, pero cuando alcanza los 900 gr. en una sola semana o bien 2700 gr. al mes, se sospecha ya de una E.H.D.E. Dicho incremento es casi siempre atribuible a la retención anormal de líquido y es demostrable, por lo común, antes de que aparezcan los signos visibles del edema, tales como hinchazón de párpados y de los dedos. F.B. # 5.

* **PROTEINURIA:** Esta varía ampliamente, no sólo de un caso a otro sino también a lo largo del día en la misma mujer. La variabilidad indica una causa funcional más que un origen orgánico. En los casos más graves puede ponerse de manifiesto y llegar a ser de 10 gr./dt. Casi siempre aparece tras la Hipertensión y, por lo general, después de una excesiva ganancia de peso. F.B. # 6.

* **CEFALEA:** Esta es rara en los casos leves, pero es cada vez más frecuente en los casos más graves. Suele ser frontal u occipital, y es resistente al Tratamiento con analgésicos. F.B. # 7.

* **DOLORES EPIGÁSTRICOS:** El dolor en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho es otro signo tardío de la E.H.I.E. y premoniza convulsiones inminentes. Puede ser el resultado de un estiramiento de la cápsula hepática, posiblemente por edema y hemorragia. F.B. # 8.

* **ALTERACIONES VISUALES:** Estos van desde un ligero enturbiamiento de la visión hasta la ceguera que puede acompañar la E.H.I.E. F.B. # 9. (4).

Durante el embarazo normal la presión arterial debe permanecer normal y no debe haber proteínas en la orina. La mayoría de las embarazadas presenta edema en las extremidades inferiores, debido a la presión del útero grávido sobre la vena cava inferior y la relajación de los músculos lisos de los vasos sanguíneos.

El edema de la cara y manos es un signo de advertencia, ya que se caracteriza al edema generalizado de la E.H.I.E. este signo se aprecia por primera vez a causa de una ganancia excesiva de peso de más de 900 gr. por semana.

Las proteínas en la orina muestran una reducción en el funcionamiento renal.

La presión sanguínea generalmente es 160/110 o más elevada y el nivel urinario de proteínas de 24 horas de 5 gr. o mayor, o un +3 a +4. La mujer también puede experimentar cefalea frontal, náuseas, vómito, reflejos hiperactivos, oliguria (disminución en la secreción de orina) (menor de 30 ml. /24 horas.), aumento en el hematocrito y dolor epigástrico. (6).



FIG. No. 4

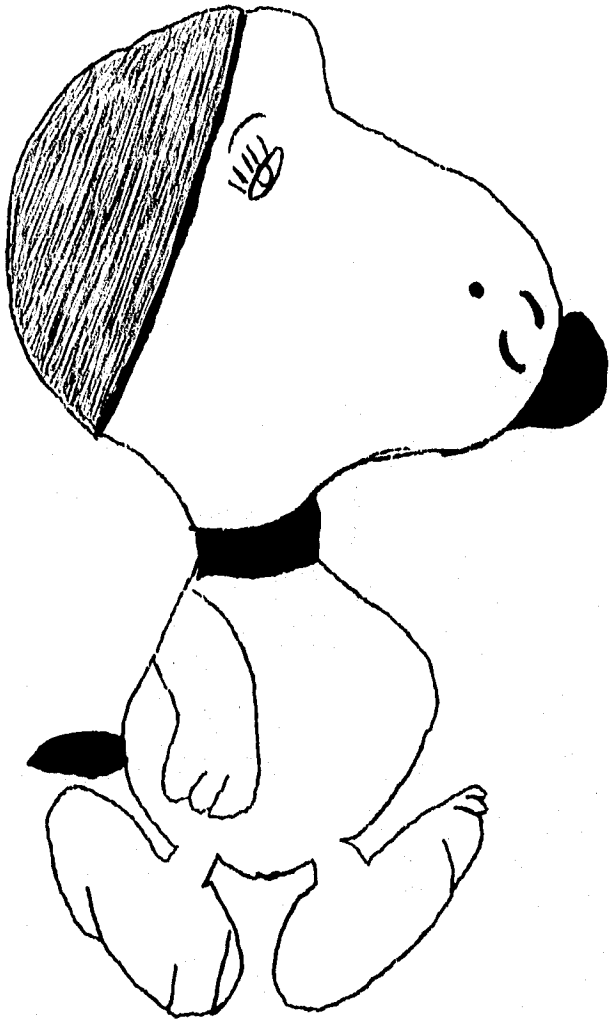


Fig. No. 5

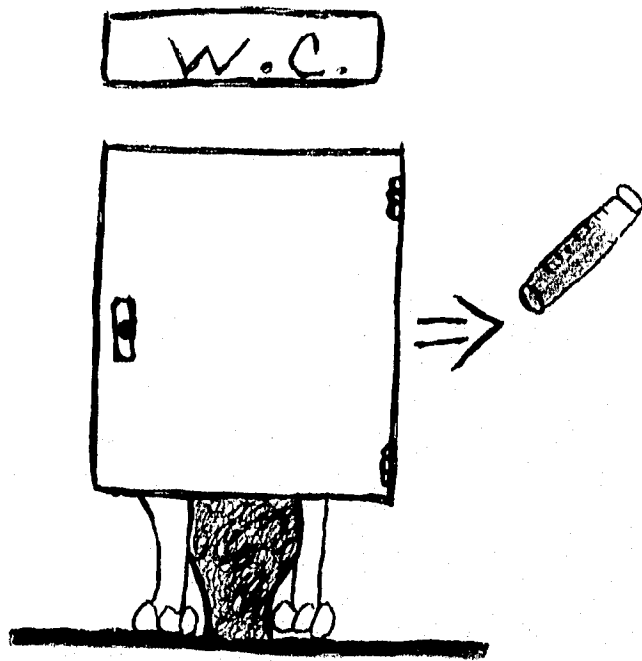


Fig. 6

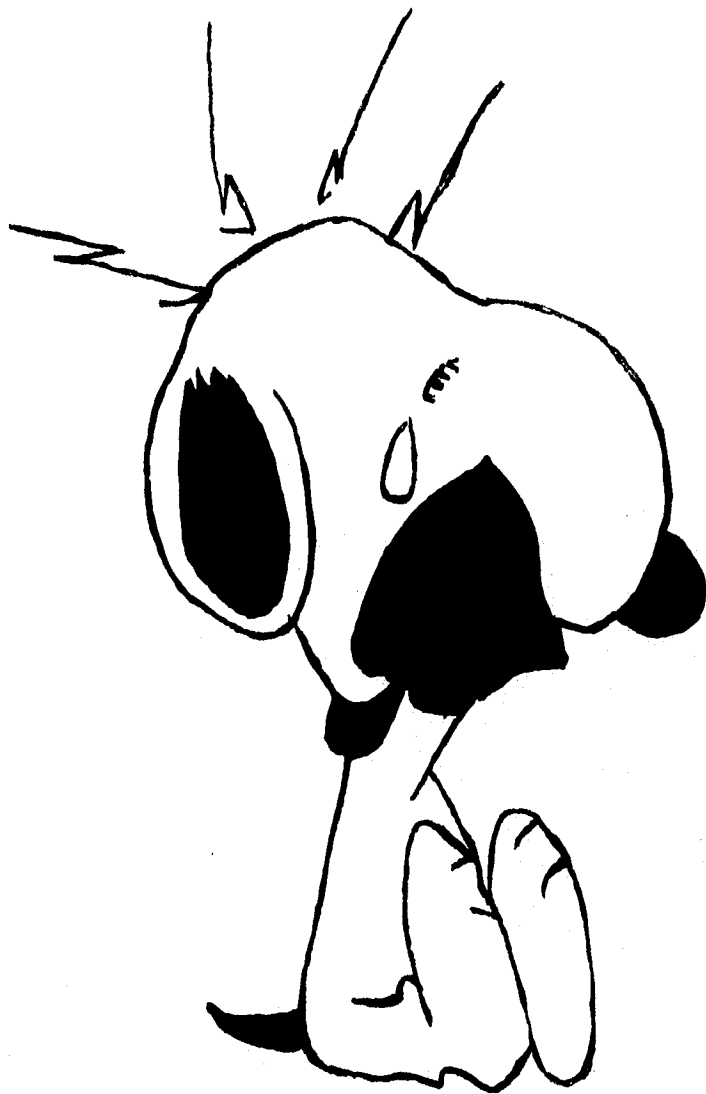


FIG. 7

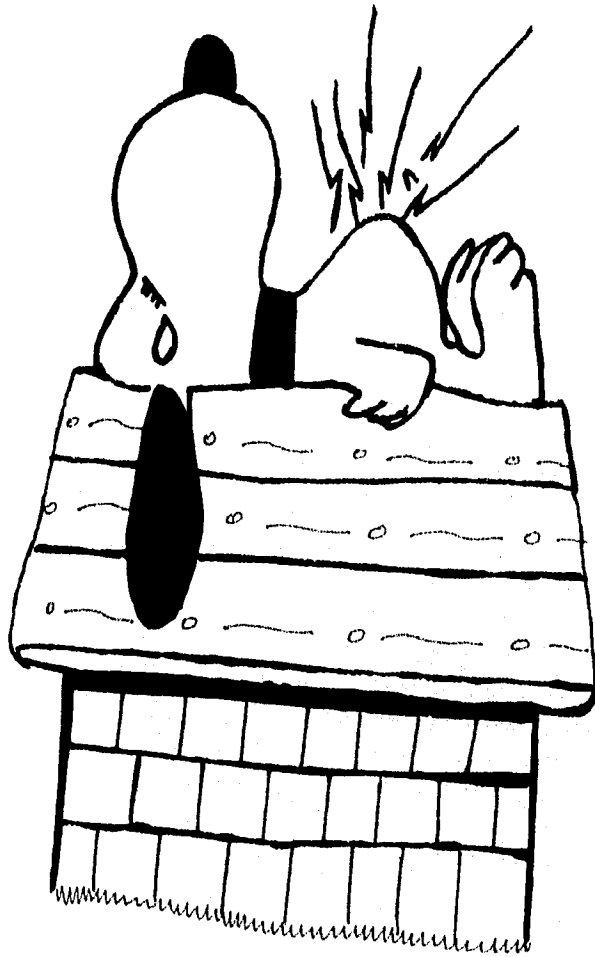


Fig. 8



Fig. 9

4.8 DIAGNOSTICO.

La detección de la E.H.D.E. se facilita por medio de la observación preparto cuidadosa y la identificación temprana de mujeres que tienen factores predisponentes de peligro. (1).

Para la detección de la E.H.D.E. es importante realizar:

- Una Historia Clínica completa que nos permite ubicarnos adecuadamente y establecer las bases esenciales en el control de este Síndrome.
- Los exámenes de laboratorio complementan la valoración y nos permite el manejo racional del binomio Materno-Fetal. Estos exámenes realizados en este tipo de pacientes son: (7).

* En la paciente:

- Exámenes Básicos.

1.- Biometría Hemática completa

Química Sanguínea

Examen General de Orina

Urocultivo

Grupo sanguíneo y Rh

V.D.R.L.

- Pruebas renales.

2.- Determinación de proteínas en orina de 24 horas.

Determinación de electrolitos en orina

Determinación de ácido úrico en la sangre

- Pruebas de Funcionamiento Hepático.

3.- Bilirrubinas

Transaminasa oxalacética

Transaminasa glutámico-pirúvica

Deshidrogenasa láctica

Fosfatasa alcalina

Proteínas séricas y relación A/B

- Pruebas de Coagulación.
 - 4.- Fibrinógeno
 - Plaquetas
 - Tiempo Parcial de Tromboplastina
 - Tiempo de Protombina
 - Productos de degradación del fibrinógeno
- Otros estudios.
 - 5.- Determinación de electrolitos
 - Gasometría
 - Tele de Tóraz
 - Electrocardiograma

* En el Producto:

- Valoración Fetal
 - 1.- Pruebas del Feto
 - Pruebas de Reserva Fetal

El incremento ponderal durante el embarazo es también tomado como guía para un diagnóstico precoz del cuadro tóxico.

4.9 TRATAMIENTO

OBJETIVOS :

- 1.- Terminación del embarazo con el menor trauma posible para la madre y el feto.
- 2.- Nacimiento de un niño que pueda desarrollarse normalmente con posterioridad, y
- 3.- Restablecimiento completo de la salud de la madre. (4).

* Tratamiento paliativo:

El cuidado prenatal consiste en detectar tempranamente los signos de E.H.I.E. antes que el padecimiento progrese. Por esta razón es muy importante registrar el peso y la presión arterial de la mujer y hacer un análisis de orina durante cada visita prenatal.

* Tratamiento domiciliario:

El tratamiento de la E.H.I.E. depende de la intensidad de los síntomas, del criterio del médico y la comprensión acatamiento de instrucciones por parte de la paciente. El tratamiento está dirigido a reducir el edema y la hipertensión así como para restaurar el funcionamiento renal del riñón.

a).- Cuidados generales:

- Reposo en cama
- Descanso sobre el lado izquierdo
- Ingerir dieta con alto contenido de proteínas
- Reducir la ansiedad
- Administración de un sedante si está indicado
- Retornar al cuidado prenatal en la forma indicada

El reposo en cama, descansado sobre el lado izquierdo, constituye la parte principal del tratamiento debido a que aumenta el flujo sanguíneo tanto ranal como placentario, lo cual a su vez disminuye el edema y la presión arterial. A su vez se ordena un sedante para hacer más fácil el reposo de la paciente. (8).

b).- Exámenes y procedimientos:

La presión arterial debe tomarse cada 4 horas durante la vigilia. Las proteínas en la orina se determinan diariamente en una muestra de " medio chorro " de la primera orina de la mañana. El fondo de ojo debe examinarse diario. (3).

- Exámenes de rutina:
- Química sanguínea
- Proteínas totales
- Orina y hematocrito

c).- Medicamentos:

Sedantes, por ejemplo: 30 mg. de Fenobarbital 3 veces al día; y Diuréticos, Hidroclorotiacida, 50 mg. por vía oral, diariamente en la mañana. (10).

* Tratamiento hospitalario:

Las indicaciones para una hospitalización en la E.H.D.E. son una presión sistólica de 140 mm Hg. o superior, o bien una diastólica mínima de 90 mm. Hg. Para una valoración inteligente de la gravedad efectiva del caso, es preciso instaurar un método de estudio sistemático y aplicado al ingreso en el hospital y que incluya:

- 1.- Una adecuada anamnesis y exploración física general, seguida de una investigación diaria de los síntomas de cefalea, hiperreflexia, trastornos visuales, dolor epigástrico y rápido aumento de peso.

- 2.- Peso registrado al ingresar y a continuación cada dos días.
- 3.- Investigación de proteínas en orina al ingreso y a continuación al menos cada dos días.
- 4.- Lectura de la presión sanguínea
- 5.- Determinación de creatinina plasmática
- 6.- Determinaciones del hematocrito, plaquetas y EOT
- 7.- Valoración frecuente del tamaño fetal por parte de un experto explorador o ecografías seriadas.

Es esencial el reposo en cama durante la mayor parte del día y tiene que aportarse una gran cantidad de proteínas y calorías en la dieta. (4).

Se realiza un examen de fondo de ojo para ver el estado de la retina en lo que se refiere a existencia de vaso-espasmo, edema o hemorragia.

Se analiza la orina para investigar y dosificar proteínas. Se anotan ingestión y eliminación de líquidos.

En caso de edema intenso puede convenir restringir la ingestión de líquidos, aunque suele consentirse un consumo de 2 litros diarios.

La presión arterial se vigila cada 4 horas durante el día.

Los exámenes de laboratorio deben comprender hematimetría con recuento diferencial de leucocitos, estimación de hemoglobina y valor hematocrito. (12).

a).- Cuando las cifras tensionales se elevan sobre 170/110 mm. Hg. se administra:

* Sulfato de Magnesio por vía i.v. a razón de 20 ml. de solución acuosa al 10% lentamente y repetido a cada hora para prevenir o controlar los ataques no se deben dar más de 20-25 gr. en 24 horas. El Sulfato de Magnesio también puede ser por vía i.m. a razón de 10 ml. de solución al 50% inyectados lentamente en cada glúteo y seguidos por una sola inyección de 10 ml. cada 6 horas. La dosis recomendada es de 50 ml. en 24 horas (máximo).

* Se practica diariamente la determinación cuantitativa de la proteinuria de la orina colectada por 24 horas.

* Se determina la concentración de Nitrógeno no proteico y de proteínas en suero.

* El estudio del fondo de ojo se debe hacer diario y se hará anotaciones en especial si hay presencia de espasmo arteriolar, edema, hemorragias y exudados.

b).- Dieta y líquidos:

Se prescribe una dieta hiposódica estricta (menos de 1 gr. de sal por día), pobre en grasas, rica en carbohidratos e hiperproteica (1500 calorías) CUABRO # 5.

* Se sigue un registro de líquidos ingeridos y de los excretados . Si la diuresis sobrepasa de 500 ml. por 24 horas se darán líquidos para reemplazar esta cantidad. (5).

Según el ejemplo anterior, se calcula una ingestión de : 212 gr. de hidratos de carbono (57%), 75 gr. de proteínas (20%), 39 gr. de lípidos (23%).

c) Diuréticos:

La Clorotiacida (diuril) por vía oral a dosis de 250 a 500 mg. por 24 horas o la Hidroclorotiacida 25 a 50 mg. por vía oral diario. (10).

| ALIMENTOS | CANTIDAD |
|--|--|
| DESAYUNO | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Café con leche - Huevo frito sin sal - Fruta fresca - Pan tostado - Gelatina | <ul style="list-style-type: none"> - 1 vaso - Una pieza - Una ración - 2 rebanadas - Una ración |
| COMIDA | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Sopa caldosa de verduras - Carne (pollo, ternera o res) - Fruta fresca - Pan tostado | <ul style="list-style-type: none"> - Una ración - Una ración - Una ración - 2 rebanadas |
| CENA | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Café con leche - Carne (pollo, res, ternera) o pescado - Fruta fresca - Pan tostado - Gelatina | <ul style="list-style-type: none"> - Un vaso - Una ración - Una ración - 2 rebanadas - Una ración |

CUADRO # 5

d).- Drogas anti-hipertensivas:

La Hidralacina causa vaso-dilatación y aumenta la circulación y el funcionamiento cerebral, coronario y renal.

* Se aplican de 20 a 40 mg. en 250 ml. de solución glucosada al 5% en agua, lentamente, para conseguir un efecto hipotensor marcado.

* Fenobarbital (Sedilin) en dosis de 100 mg. cada 12 horas vía oral.

* Solución glucosada al 5% para hidratación intravenosa .

* Alfa-metil-dopa (Aldomet) hasta 500 mg. y/o Hidralacina (Apresolina) cada 6 horas si la tensión arterial es mayor de 105 mm. Hg.

* Hidralacina (Apresolina) o Clorpromacina (Largactil), diluida en solución glucosada al 5% administrada por gotas intravenoso hasta obtener respuesta (mantener tensión arterial en 100 mm. Hg.).

* Sulfato de Magnesio en dosis única de 4 gr. i.m. si hay hiperreflexia.

e).- Otras medidas:

- Revalorar repuestas a medicamentos a 6 horas del inicio.
- Monitorear clínicamente la presión arterial.
- Medir diuresis horaria, controlada con sonda foley y control de líquidos.
- Registrar periódicamente la frecuencia cardíaca de la madre y el feto.
- Registro periódico de presión venosa central (P.V.C.).

f).- Exámenes de laboratorio:

- Proteinuria diaria, hemoglobina, hematocrito, fibrinógeno, plaquetas y tiempo de protombina.
- Cada 3er. día medir glucemia, urea, creatinina con depuración, ácido úrico, proteínas plasmáticas, bilirrubinas, transaminasas, ácido láctico, electrolitos y gasometría.
- Cardiocardiografía.

4.10 CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Los cuidados de enfermería pueden contribuir a evitar la E.H.I.E. en gran escala, enseñando a las pacientes embarazadas y próximas a embarazarse la importancia que tiene el acudir puntualmente a sus citas para el control prenatal que es de la siguiente manera:

- Los 7 meses primeros será cada mes.
- El 8vo. mes cada 15 días.
- El 9no. mes cada semana.

Durante el control prenatal :

* 1er. Nivel:

- 1.- Indicarle a la paciente que el primer signo de aumento de peso subido o presencia de edema en miembros pélvicos deberá acudir a su clínica para incrementar las medidas terapéuticas y evitar complicaciones.
- 2.- Valoración adecuada para detectar cualquier alteración de los cambios de peso, tensión arterial y en los resultados de laboratorio.
- 3.- Orientación sobre la dieta adecuada, la cuál deberá ser con alto valor proteico y bajo Sodio evitando los que tengan conservantes; cecina, bacalao, frituras, nueces saladas, bizcochos secos o salados, hacerle saber a la paciente que únicamente deberá de aumentar de 9 a 12 Kg. durante todo el embarazo. Lo que equivale a un aumento mensual de:
 - 750 gr. en el primer trimestre.
 - 1000 gr. en el segundo trimestre
 - 1000 a 2000 gr. en el tercer trimestre.

* 2do. Nivel:

Cuando el edema y la retención de líquidos continúan a pesar de haber suprimido la sal en los alimentos, las pacientes en estas condiciones deben ser observadas dos veces por semana. Si además del edema presentan hipertensión con o sin proteinuria está indicada la hospitalización para establecer estudios adecuados y controlar por medio de dieta, reposo y fármacos, la tensión arterial y edema. (10).

* 3er. Nivel:

Si amerita hospitalización, se recomienda:

- Reposo en cama.
- Medición diaria del peso realizada a la misma hora en cada día, preferentemente temprano en la mañana con vejiga vacía.
- Lectura de presión arterial cada 2 a 4 horas.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal frecuentemente.
- Valorar las proteínas urinarias cada 4 horas.
- Evaluar la ingestión líquida en 24 horas y gasto urinario por hora.
- Inspeccionar y palpar la cara, extremidades, y sacro de la mujer para detectar edema.
- Probar los reflejos tendinosos profundos (reflejo rotuliano) para explorar la hiperactividad.
- Inquirir sobre la presencia de cefaleas, trastornos visuales y dolor epigástrico.

- Evaluar para identificar signos de trabajo de parto.
- Evaluar las ansiedades y preocupaciones.
- Intentar reducir la estimulación sensorial.
- Vigilar la ingestión alta en proteínas de la dieta.
- Evaluar la necesidad de sedación.
- Recolección de muestras de orina diaria.
- Control de líquidos.
- Toma de muestras de laboratorio.
- Dieta hiposódica rica en proteínas.
- Vigilar que los materiales y equipo en la bandeja de urgencia en el cuarto de la paciente y los medicamentos hipotensores estén completos. FIDURAS 10 y 11. (12).

En los cuidados generales de enfermería se debe procurar que junto a la cama de la paciente se encuentre a la mano y en orden, todo el equipo necesario para la asistencia segura y eficaz. Se tendrá siempre a la mano un "abatelenguas" o un dispositivo acojinado para evitar que la paciente se muerda la lengua en caso de surgir una convulsión. Parte del equipo necesario es el que se usa para sondes y cateterismo y para la administración de medicamentos especiales.

La retención de agua interviene importantemente en la enfermedad, razón por la cual es posible que la diuresis disminuya y por esa causa puede introducirse una sonda vesical a permanencia, para asegurarse la precisión en la medición de la diuresis, esto es la producción de

Orina por los riñones. El volumen de orina debe vigilarse con gran cuidado, razón por la cual es indispensable procurar que la sonda drene adecuadamente en todo momento. (1).

En casos graves es importante contar con un aparato de aspiración para extraer el moco y también con equipo para administrar Oxígeno si surgen síntomas como; cianosis o depresión de la respiración.

La administración de fármacos relajados para disminuir la presión arterial constituye una intervención de enfermería importante en la E.H.I.E. , enfermería ante la orden de administrar Sulfato de Magnesio debe cumplir algunas recomendaciones para preparar el medicamento y evaluar a la paciente. La dosis i.m. de dicha sustancia debe aplicarse en planos profundos del cuadrante superior o externo de cada glúteo, y se dará masaje a la zona después de la inyección. El Sulfato de Magnesio endovenoso debe administrarse con enorme cuidado y su introducción se regulará por medio de una bomba de goteo.

El Gluconato de Calcio es un antídoto eficaz y es importante contar a la mano con él siempre que se administre el Sulfato de Magnesio, durante tal maniobra y después de concluida.

También hay que evaluar con enorme cuidado el latido fetal por medio de monitoreo electrónico, porque el Sulfato de Magnesio puede disminuir la variabilidad latido a latido.

Si como anti-hipertensivo se administra Hidralacina endovenosa (Apresolina) la enfermera debe de esperar una respuesta casi inmediata. Es importante medir cada 5 minutos la presión arterial y observar a la paciente en busca de efectos adversos comunes del fármaco como; taquicardia, hiperemia facial y palpitaciones. La Hidralacina también puede inducir disminuciones adicionales en la corriente útero-placentaria, por tal motivo es indispensable la vigilancia continua del feto. (12).



Fig. No. 10

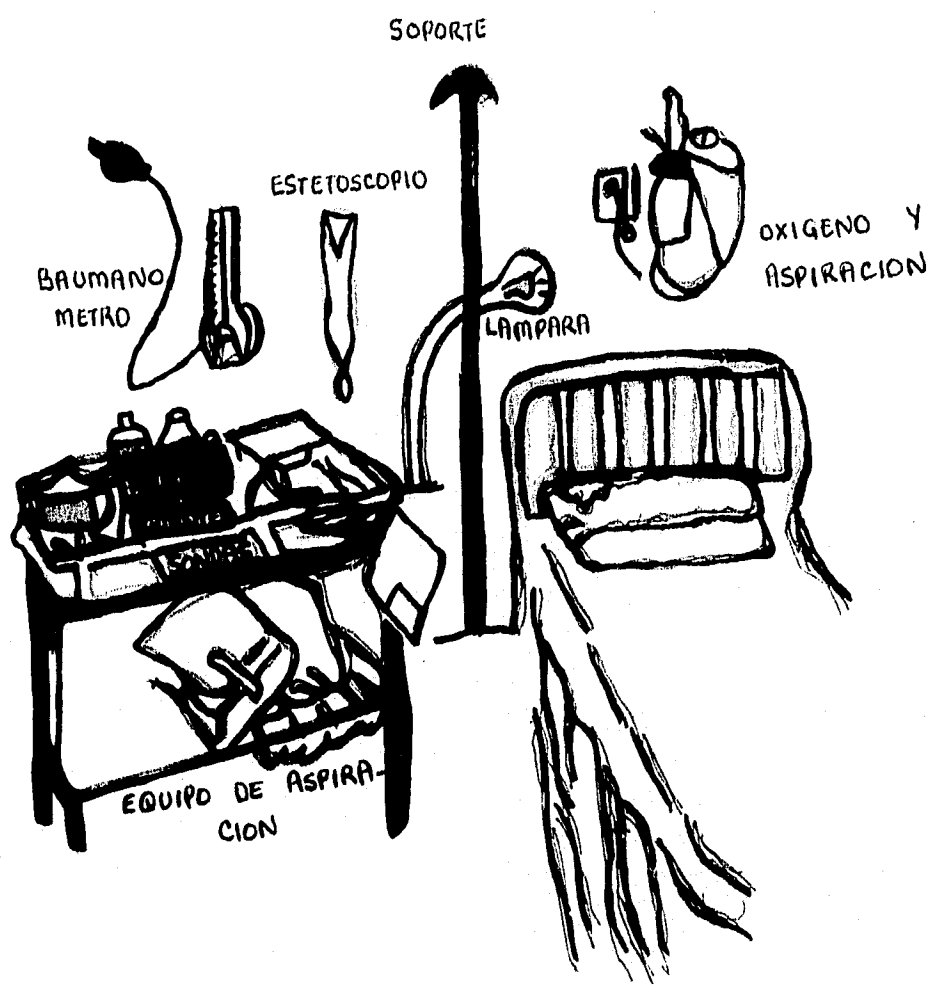


FIG. No. 11

4.11 COMPLICACIONES.

En la E.H.I.E. se han encontrado alteraciones funcionales en una serie de órganos y sistemas, probablemente debidas en gran parte al espasmo vascular. En aras de una mayor claridad de la exposición, estos efectos se dividen en consecuencias maternas y fetales de la E.H.I.E.

Las posibles consecuencias maternas de la hipertensión provocada por el embarazo son múltiples para su adecuada comprensión, estos efectos pueden dividirse en alteraciones cardiovascular, hematológicas, endocrinas, de líquidos y electrolitos, renales, hepáticas y cerebrales. (4).

Tempranas: Colapso circulatorio (paro-cardíaco, edema pulmonar, choque). Insuficiencia renal, hemorragia cerebral; la ceguera por desprendimiento de la retina o por hemorragia intracraneal y la parálisis causada por un accidente cerebro-vascular.

Tardías: Recurrencia de E.H.I.E en embarazos subsiguientes. (10)

La E.H.I.E. se ha asociado con complicaciones graves como Accidentes Vasculares Cerebrales (A.V.C.), Insuficiencia Renal Aguda (I.R.A.), Desprendimiento Prematuro de la Placenta (D.P.P.), Coagulación Intravascular Diseminada (C.I.D.) y muerte materna y fetal. (6).

La E.H.I.E. predispone a sufrir ciertos problemas placentarios en primer término, es factible que el crecimiento de la placenta sea deficiente y permanezca anormalmente pequeña. En segundo, puede ser también deficiente la función de una placenta con desarrollo normal a causa de la reducción de su circulación. FIGURA # 12.(7).

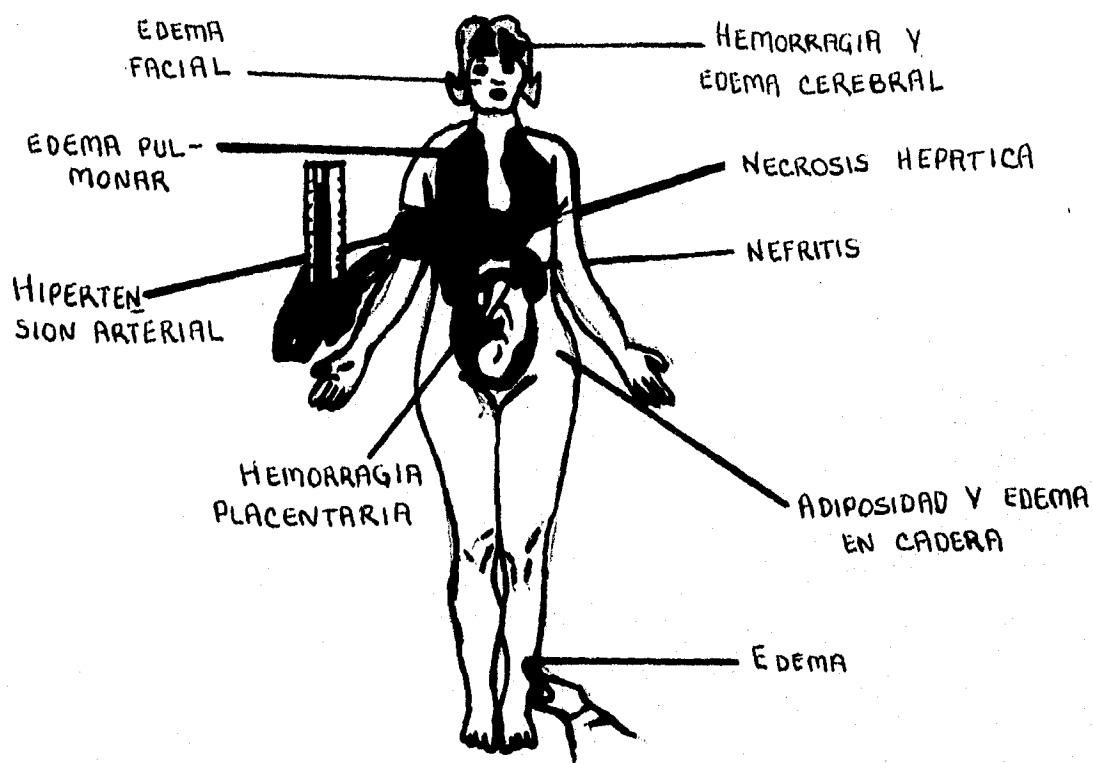


FIG. No. 12

4.12 PRONÓSTICO:

Los síndromes hipertensivos del embarazo, raras veces resultan fatales para la madre, a no ser que se compliquen.

El pronóstico para la madre y el feto en la E.H.I.E. depende de la calidad de los cuidados prenatales, del momento de aparición de la duración de la E.H.I.E. , del desarrollo del D.P.P. y de la eficacia en la conducta de tratamiento.

La mayor parte de las pacientes con E.H.I.E. presentan una mejoría sorprendente después de 24 a 48 horas bajo la terapéutica actual. Pero debido a que la hipertensión y la proteinuria persisten habitualmente y muy pocos pacientes se curan, se necesita por lo general recurrir a la interrupción precoz del embarazo.

La conducta conservadora beneficia más al feto que su extracción practicada antes de la 35ava S.D.G. (Semanas de gestación). Después de esta edad y si el tratamiento médico no resulta satisfactorio, debe intentarse una inducción. La operación cesárea otorga al feto mejores probabilidades de supervivencia, si no se obtiene un trabajo de parto inducido. (14).

El pronóstico de la E.H.I.E. depende de los efectos que la hipertensión ejerce en sistemas y órganos, como el árbol cardio-vascular, el S.N.C. y los riñones y la capacidad de evitar o controlar la enfermedad antes de que se transforme en complicación. La combinación de proteinuria e hipertensión agrava impresionantemente el peligro de mortalidad y morbilidad perinatales. La única cura de la E.H.I.E. es el nacimiento del bebé (1).

B) ESTUDIO PROSPECTIVO

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son los factores de riesgo o complicaciones que en mayor frecuencia se asocian a la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo, E.H.I.E. ?

6.- HIPOTESIS

- El estatus educativo , social y cultural de la población femenina va a influir en la concientización del problema real que se presenta en la mujer como es la E.H.I.E.
- La E.H.I.E. repercute en el comportamiento de la mujer en torno a su medio ambiente.
- La población femenina en edad gestacional no acude a la atención prenatal como es debido en este problema de salud .

7. MATERIAL Y METODOS.

a) Límites .

- 1.- Universo de trabajo : 60 pacientes embarazadas con edad de 20 a 38 años siendo primigrávidas y multíparas con E.H.I.E.
- 2.- Tiempo : Del 2 de Julio al 9 de Septiembre de 1995 .
- 3.- Servicios de Ginecología , Toco Cirugía y Terapia Intensiva .
- 4.- Espacio :
 - Consultorios .
 - Hospitalización .
 - Terapia Intensiva .

b) Recursos .

- 1.- Personal responsable : Verónica Mendoza Arzate .
- 2.- Materiales para la realización del cuestionario :
 - Entrevista .
 - Formato (cuestionario) .
 - Pluma .
 - Lápiz .
 - Borrador .
 - Cuaderno .

8. METODOLOGIA

Se llevó a cabo la elaboración y aplicación de un cuestionario contemplado con 12 reactivos, acerca de las circunstancias que giran alrededor, sobre la nula atención prenatal en la mujer en edad gestante, posteriormente se obtienen resultados, los cuales son plasmados en tablas de frecuencia para elaborar las consecuencias de cada caso.

9. - RESULTADOS

En la PREBUNJA # 1 se refiere a las edades de los pacientes con E.H.D.E. detectadas en la consulta de atención prenatal, cuyo rango de edades es el siguiente:

- 16 pacientes con edades de 20 a 24 años de edad (26 %).
- 24 pacientes con edad comprendida de 25 a 28 años (40 %).
- 8 pacientes de edad comprendida entre 29 a 32 años (13 %).
- 9 pacientes con edad de 33 a 35 años (13 %).
- 3 pacientes con edad de 36 a 38 años (5 %).

En la PREBUNJA # 2 en relación al número de embarazos que han tenido las pacientes, nos damos cuenta que va de 0 a 4 embarazos, por lo que siguiendo la tabulación obtenemos lo siguiente:

- 24 pacientes nos refieren 2 embarazos (40 %).
- 20 pacientes con 3 embarazos (33 %).
- 12 pacientes con 1 embarazo (20 %).
- 3 pacientes con 4 embarazos (5 %).
- 1 paciente refiere 0 embarazos (1,6 %) . " pero ya con problemas de Hipertensión .

En la PREGUNTA # 3 en la que nos referimos si acude o no a la consulta de atención prenatal, obtenemos los siguientes resultados plasmados en la tabulación en la que obtenemos:

- 45 pacientes de la población encuestada acuden a la consulta de atención prenatal (75 %).
- 11 pacientes no acuden a la consulta de atención prenatal por diversas razones (18.3 %).
- 4 pacientes manifiestan que a veces acuden a la consulta de atención prenatal (6.6 %).

Dándonos esto el resultado final del 99.9 % de la población encuestada.

En la PREGUNTA #4 nos damos perfecta cuenta el motivo por el cual las pacientes no asisten al control prenatal, por lo tanto obtenemos que:

- 45 pacientes son las que asisten (75 %).
- 8 pacientes no acuden por que no les gusta (13.3 %).
- 4 pacientes ponen la barrera del que no les da tiempo (6.6 %).
- 3 pacientes refieren miedo al acudir a la atención médica (5 %).

Datos plasmados en la gráfica # 4 y con valor total del 99.9 %.

En la PREGUNTA # 5 se trata de mencionar el lugar al que acuden para recibir la atención prenatal, en lo que mencionamos que:

- 15 pacientes acuden a la U.M.F. (Unidad de Medicina Familiar) 25 % .
- 2 pacientes acuden a la S.S.A. (Centro de Salud) 3.3 % .
- 2 pacientes acuden al Servicio Médico Particular (3.3 %).
- 12 pacientes refieren no acudir a ningún servicio de atención a la salud (20 %).
- 15 pacientes acuden tanto a la U.M.F. como a Centro de Salud (25 %).
- 7 pacientes acuden a la U.M.F. y Servicio Particular (11.6 %) .
- 7 pacientes reciben atención prenatal tanto en los S.S.D.D.F. (Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal) y U.M.F. (11.6 %).

Obteniendo un resultado en el valor total del 99.8 % .

En la PREGUNTA # 6 es en relación a ¿ que tan frecuente acude usted a la consulta de atención prenatal ? en la que obtenemos los siguientes resultados:

- 5 pacientes acuden cada 8 días (8.3 %).
- 12 pacientes cada 15 días (20 %).
- 27 pacientes acuden cada mes (45 %).
- 5 pacientes cada dos meses (8.3 %).
- 1 paciente llega a acudir por lo menos cada 3 meses (1.6 %).
- 10 pacientes de plano optan por decir no acudir a la atención prenatal (16 %).

Dando como resultado final del valor total un 99.2 % .

En la PREGUNTA # 7 está enfocada a: ¿ Conoce usted las causas de la E.H.I.E. ? en la que obtenemos los resultados siguientes :

- 53 pacientes por lo menos conocen las principales causas de la E.H.I.E. como por ejemplo : Hipertensión , Edema , etc. (88.3%) .
- 7 pacientes no tienen idea alguna de las posibles causas que desencadenan a la E.H.I.E. (11.6 %).

Lo que nos da un valor total del 99.9% .

En la PREGUNTA # 8 está enfocada a: ¿ Tiene usted A.H.F. (Antecedentes Heredo Familiares) en relación a la E.H.I.E. ? , donde obtuvimos los siguientes resultados que a continuación se mencionan :

- 40 pacientes están relacionadas a los A.H.F. en relación a la E.H.I.E. (66.6 %).
- 20 pacientes refieren no estar involucrados en A.H.F. relacionados a la E.H.I.E. (33.3 %).

Lo que nos da un valor total del 99.9% .

En la PREGUNTA # 9 se refiere a : ¿ Cuáles son los A.H.F. que están en relación a la E.H.I.E. ? , en donde obtuvimos que :

- 22 pacientes tienen Antecedentes Heredo Familiares como es : Hipertensión , (36.6 %).
- 6 pacientes presentan A.H.F. de Diabetes (10 %).
- 20 pacientes refieren no contar con ningún A.H.F. que los lleve a desencadenar la E.H.I.E. hasta el momento (33.3 %).
- 6 pacientes cuentan con los antecedentes de Hipertensión - Diabetes (10 %).
- 5 pacientes con los antecedentes de pre-eclampsia de acuerdo a sus A.H.F. durante el transcurso de sus embarazos (8.3 %).
- 1 paciente con antecedentes de Hipertensión y pre-eclampsia (1.6 %).

Lo que nos da un valor total del 99.8 % .

En la PREGUNTA # 10 se trata de : ¿ Como considera usted su nivel socio-económico en que vive ? , donde obtenemos :

- 4 pacientes consideraran que en el nivel en el que se desenvuelven es el ALTO (6.6 %).
- 35 pacientes se consideraran dentro del nivel socio-económico MEDIO (58.3 %).
- 15 pacientes entran en el nivel de MEDIO-BAJO (25 %), mientras que:
- 6 pacientes se encuentran en el nivel BAJO (10 %).

Dándonos un valor total del 99.9% .

En la PREGUNTA # 11 se trata de: ¿Ha recibido orientación sobre la E.H.I.E. ?
en donde obtenemos que :

- 53 pacientes han recibido orientación debida a la E.H.I.E. (88.3 %).
- 7 pacientes no llegan a recibir la orientación para diversas causas que posteriormente se hace mención en el resultado # 12 , por lo que obtenemos (11.6 %).

Lo que nos da un valor total del 99.9 % .

Por último en la PREGUNTA # 12 va en estrecha relación a la PREGUNTA # 11 que es " ¿ si ha recibido orientación sobre la E.H.I.E. ? " , y ésta se complementa de la forma siguiente . ¿ En que lugar ha recibido usted la orientación de la E.H.I.E. ? , en la cual obtenemos los siguientes resultados :

- 25 pacientes reciben orientación en la U.M.F. (Unidad de Medicina Familiar) 41.6 % .
- 3 pacientes en los S.S.D.D.F. (Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal) 5% .
- 8 Pacientes en el centro de salud (13.3 %).
- 7 pacientes por no acudir al servicio médico , por ningún motivo la han obtenido (11.6 %).
- 8 pacientes han recibido orientación en ambos lados como son ; U.M.F. y centro de salud (13.3 %), esto es porque tienden a acudir a ambos .
- 3 pacientes reciben la orientación debida en consultorios particulares y U.M.F. (5 %).
- 6 pacientes donde se mencionan como otros , son personas que reciben la orientación por medio de vecinas , amigas , revistas , etc. (10 %), donde nos da un valor total del 99.8 % .

10. - DISCUSION

PREGUNTA # 1 .

La EDADE de las pacientes encuestadas varía entre los rangos de 20 a 38 años de edad . Como podemos observar en la gráfica # 1 , el índice de edad más alto respectivamente , en relación a pacientes que presentan y/o tienden a presentar los respectivos síntomas de la E.H.I.E. , es de 25 a 28 años de edad (40 %), después de 20 a 24 años (26 %), de 33 a 35 años (15 %), según información bibliográfica , podemos darnos cuenta que son rangos acordes a esta patología, ya que tiende a presentarse en pacientes primíparas o múltiparas, como se observará en gráficas siguientes .

PREGUNTA # 2 .

En intervalos de un año y medio a tres años posterior al embarazo, nos damos cuenta que el 40 % del valor total , son pacientes secundigestas o multigrávidas de las que tienden ya a presentar alguna sintomatología de este padecimiento (E.H.I.E.), y según encuesta realizada son pacientes en las edades comprendidas de 20 a 36 años de edad, lo que quiere decir que sin importar edad, la mujer tiende a ser ; ya sea, nulípara, primípara o múltipara pero , ya enfocada a esta patología . Posteriormente el 33 % corresponde a pacientes con tres embarazos por lo que es , gran múltipara con valor del 5 % , doce pacientes con un embarazo que corresponde al 20 % y por último una paciente refiere cero embarazos dando un resultado del 1.6 % del valor total .

PREGUNTA # 3.

El 75 % del valor total de las pacientes entrevistadas acuden a la consulta de atención prenatal en la que refieren acudir por cuidar su salud y estar al pendiente durante la evolución de su embarazo , principalmente .

Como sabemos, es muy importante el acudir a la consulta prenatal ya que es ahí el punto clave para poder detectar, la misma evolución del embarazo, así como también descubrir signos y/o síntomas , los cuáles pueden surgir como complicaciones posteriores al embarazo . Mientras que el 18.3 % no acude por diversas razones , las cuáles se hacen mención más adelante . El 6.6 % son pacientes que "a veces acuden " a la consulta de atención prenatal .

Observamos que esto es un problema muy serio, ya que para ello existen las campañas educativas en relación a la salud, en la que hace llegar un mensaje claro y sencillo a toda la comunidad .

PREGUNTA #4 .

Las causas por las que algunas pacientes no acuden al control prenatal es principalmente por que no les gusta (13.3 %), esto, como podemos ver, no es una específica y razonable para que la mujer no asista al control prenatal, muchas veces la misma paciente no acude a la atención médica por diversas razones, como son; pena, pudor, coraje, etc. . Cuando por ejemplo se les lleva a cabo algún procedimiento o técnica a realizar en la misma paciente, como exploración física, ginecológica yendo éstos desde un tacto vaginal, revisión de pechos, mamas, etc. , por lo que cabe mencionar que toda paciente al acudir a la atención médica, se le debe de brindar, principalmente lo que es individualidad de la misma , además de preparación física y transmitir confianza en la misma paciente, esto es con el fin de que exista :

- Relación Enfermera-Paciente .
- Relación Médico-Paciente .
- Relación Equipo multidisciplinario de Salud-Paciente .

Algunas pacientes hacen mención de que no acuden por que nos les da tiempo y otra vez, misma causa para no asistir . El hecho de que realizan labores domésticas en su domicilio, lleven los niños a la escuela, prepara desayuno, etc. no es razón suficiente para no asistir al control prenatal, ya que uno de los principales factores que se mencionan en la E.H.D.E. es el "stress", y si nos damos cuenta esto lo obtenemos desde la propia casa, ya que ello contribuye a que no se lleva acabo mínimo una actividad recreativa . Sin embargo, estos factores tienen remedio si uno mismo hace conciencia de los riesgos posteriores al embarazo.

Y por último las tres pacientes restantes (5%), refieren tener miedo al acudir al control prenatal . A veces el asistir a la consulta sea cuál sea nos provoca nos provoca miedo, ansiedad, angustia, temor, etc. por el diagnóstico que se nos dé, y posteriormente por el tratamiento a seguir, ya sea, terapéutico, dietético o quirúrgico, pero sin tomar en cuenta la importancia de ello, para nuestra propia salud.

PREGUNTA # 5 .

Generalmente la mayor parte de las pacientes acuden a la U.M.F. (25%), ya que cuentan con este servicio médico, por ser derecho-habientes a esta unidad, y esto es, un factor que cuenta mucho, ya que tomando en cuenta el nivel socio-económico en que vive nuestra población, es de gran ayuda contar con esto, la que en base a ello se proporciona una atención de calidad y calidez además de contar con otros recursos para la salud, como son : medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, traslado a otras áreas de especialidad, etc. En cuentan con otros servicios de salud como son : Centros de salud, (S.S.A.), (D.D.F.), Servicio

Médico Particular, entre otros, en los que a veces hacemos uso de uno y otro, aún así contando con el servicio médico de cualquier clínica de medicina familiar, y esto es, por el hecho de que está al alcance de sus domicilios, y. Evitando así, el traslado de su domicilio a la clínica familiar, además, tocando el factor económico hace que disminuya este, en cuanto a gastos de traslado, teniendo así el centro de salud o clínica materno-infantil. Así como también, todo lo contrario a esto, que luego algunas personas acuden al servicio médico particular, esto es porque a veces cuentan con el recurso económico para poder asistir, aún, contando con servicio médico. Por lo que, finalizando no es el hecho de no poder acudir porque no hay tiempo, hay pena, miedo, etc. sino por que: "si uno quiere, siempre puede".

PREGUNTA # 6 .

La frecuencia en la que acuden las pacientes, generalmente varía en cuanto a la edad gestacional que presenta la mujer, y esta tiende a ser desde cada 8 días hasta cada tres meses (este dato dado por las pacientes), aunque se tiene en cuenta, que deben de llevar el control prenatal de acuerdo a sus citas médicas, las cuales, estas son dadas de acuerdo al origen y evolución del embarazo en la paciente, que el mismo médico detecta, y aún más basándose en los antecedentes heredo-familiares que presenta la paciente en la relación a la E.H.D.E. esto es con ayuda de la Historia Clínica, por eso, es muy importante llevar a cabo el orden de todas las secuencias del embarazo y así, posteriormente hacerle una invitación a la paciente a que cuándo tenga indicada una cita, no deje de acudir, ya que esto cuenta mucho, tanto para un control médico como estadístico. Las personas que por lo regular no acuden al control prenatal, aún así contando con antecedentes de Hipertensión, se debe de fomentar la educación para la salud, ya que en esta paciente se tiene que hacer una concientización acerca de los problemas materno-fetal, que repercuten en el transcurso del embarazo. Ya que son pacientes que ya sea, por que no se dan cuenta o no quieren aceptar que el llevar a cabo

un embarazo, es un ciclo vital, tanto para la madre como para el producto, por lo que se debe de pretender hacer un énfasis más estricto en relación a la promoción a la salud.

PREGUNTA # 7 .

Esta respuesta en relación a la pregunta nos da mucho de que hablar, porque mínimo el 88.3 % de la población encuestada, conoce o tiene idea de las posibles causas que se predisponen en la E.H.I.E. y esto es algo mucho muy importante en el ámbito de la salud, por que nos damos perfecta cuenta, que tal vez en un porcentaje menor, pero existe, lo que es : Promoción a la salud en la comunidad y en el área hospitalaria, por lo que a veces, las mismas pacientes sin acudir al control prenatal, conocen los riesgos posibles de la E.H.I.E. Mientras que parte de la población encuestada, ni idea tiene de lo que es el control prenatal durante el embarazo, así pudiera estar presentando los síntomas y signos comunes de esta enfermedad; como son: cefalea, edema, aumento de peso exagerado, visión borrosa, etc., por lo tanto la misma paciente los detecta e identifica y de inmediato acude al servicio médico, mientras que de no ser así, trae posibles complicaciones o incluso hasta la muerte tanto maternal como fetal .

PREGUNTA # 8 .

Los antecedentes que en mayor frecuencia predominan para desencadenar el cuadro clínico de la E.H.I.E. son : Hipertensión, Diabetes, Pre-eclampsia. Es muy importante llevar acabo toda una anamnesis completa de toda paciente, ya que en base a esto, nos damos cuenta, de los diversos antecedentes que tiene la paciente y los cuales y los cuales se pueden relacionar con la sintomatología de la E.H.I.E.

Muchas veces la paciente puede presentar convulsiones, y en la que a veces puede

llegar acompañada de alguna vecina, familiar, etc. y esta por lo regular no conoce los antecedentes de la paciente, por lo que a veces retrocede todo un tratamiento que se debe y puede llevar en la paciente, por que no se sabe si es ; por ejemplo : alérgica a algún medicamento, tipo de sangre, si se requiere de un tratamiento quirúrgico, etc. Por lo que es muy importante tener este dato completo y actualizado . Y además se relacionan sus antecedentes heredo familiares con la patología que presenta, por lo que hace que se le realice un tratamiento oportuno y un diagnóstico muy probable .

PREVENIA # 9 .

los antecedentes heredo familiares que se presentan, generalmente es la Hipertensión, como podemos darnos cuenta, es el factor principal que contribuye en el desarrollo de la E.H.I.E. Por lo tanto, cabe hacer mención que se debe de llevar a cabo la educación para la salud, como es, en el ámbito de la ALIMENTACION, hacer hincapié a las personas que presentan este problema, sobre las dietas básicas que se deben de llevar a cabo, para tener un mejor control en la restricción de la sal, principalmente, ya que se considera la base principal para el control de la hipertensión. Existen muchas dietas que son ricas en proteínas y que no necesitan de un granito de sal para darles el sabor exacto, por lo que no queda más aceptarlos y acostumbrar al paladar y a nuestro organismo. Debemos hacer hincapié en los alimentos a suprimir en este tipo de pacientes, ya que a veces se confían y se preguntan "puedo comer esto" , y vemos que se trata de frituras, nueces, carnes secas, etc., y nos damos cuenta, que estos son unos de tantos alimentos que contienen gran cantidad de sal. y no se dan cuenta, según estas pacientes. Por lo tanto ya teniendo estos antecedentes, no queda más que: ¡ cuidar nuestra salud ! .

PREGUNTA # 10 .

El nivel socio-económico, es sin duda, uno de los muchos factores que existe como un obstáculo a la vida, ya que este, contribuye en muchas formas, pero, principalmente enfocándolo en el ámbito de la salud. Este es un problema que influye respectivamente en la salud, porque pone de barrera específica a que no se lleven a cabo las necesidades a satisfacer en el individuo, por diversas causas. En base a esto, este factor influye en muchos aspectos, como son: recreativos, culturales, educativos, sociales, alimenticios, etc.,. Por lo regular en nuestro país (México), la mayor parte de la población, no lleva a cabo una dieta alimenticia, la cual cumpla con todos los elementos fundamentales yendo desde : carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales, etc. Entre otros aspectos en los cuales influya este factor, caben muchos por mencionar, pero se hace hincapié en relación a la alimentación ya que viéndolo desde el punto de vista bio-psico-social, es la fuente principal para por lo menos, contar no tan sólo con buenos hábitos higiénicos - dietéticos, sino más que nada; por que el llevar a cabo este régimen de alimentación con todos los elementos fundamentales, contaríamos con un aporte calórico exacto, claro, sin exceder, aún con mayor razón si se sospecha del embarazo. El hacinamiento y promiscuidad es otro factor que está en última relación con el factor socio-económico. Es por ello, que el factor socio-económico prevalece en la aparición de la E.H.I.E. y no tan sólo de ésta, sino en muchos aspectos más, fuera o dentro del ámbito de la salud .

PREGUNTA # 11 .

Como nos damos perfecta cuenta, el 88.5% ha recibido orientación a la problemática existente de la E.H.I.E. , así como de los factores que guardan relación estrecha para desencadenarla. Otra vez, hacemos una evaluación en


relación a la promoción de la salud, ya que en base a ello, la comunidad tiene
noción de esta (E.N.D.E.). Por lo que al equipo multidisciplinario de
salud, no queda otra, que llevar a cabo esta función fundamental, que es por así
decirlo, y más si se llevará a cabo en un 100 %, un ¡ Ciclo vital !.

PREGUNTA # 12 .

La discusión final a esta pregunta, y como último reactivo del cuestionario, se llega
a la discusión siguiente :

El hecho de que no acudan las pacientes (futuras madres), a la consulta de
atención prenatal, no es motivo suficiente para que no se enteren de la
problemática de la salud en relación al embarazo, ya que por eso existe, lo que es
enfermería comunitaria, la cual desempeña funciones o actividades de enfermería que
son proporcionados al individuo en su hogar, como medida de control de su estado
de salud - enfermedad, convalecencia, cronicidad o rehabilitación. Llevando a
cabo esta, se transmitiría a las pacientes sobre la importancia y riesgos que se
presentan durante el transcurso de todo el embarazo. Por lo tanto, no
debemos de culpar a las pacientes, por el motivo de no acudir a la atención
médica, ya que, nosotros como equipo de salud, en parte, daríamos solución,
aunque tal vez mínima, a que toda paciente, tenga en cuenta sobre los principales
riesgos que predominan en el embarazo: como son; hipertensión, aumento de peso,
edema, etc. Por lo anterior mencionado, ¡ No dejemos todo a la paciente, hay que
poner también, nuestro granito de arena !. Y al final, tal vez observemos otros
resultados más satisfactorios y menos complicados por la misma ciencia médica .

11. - HISTORIA NATURAL DE LA E.H.E.

| <u>AGENTE:</u> | <u>CAUSAS</u> | <u>SÍNTOMAS Y SEÑALES:</u> | <u>COMPLICACIONES:</u> | <u>DIAGNÓSTICO:</u> | <u>TRATAMIENTO:</u> | <u>PROGNÓSTICO:</u> |
|--|---|---|--|--|--|--|
| <p>La diabetes es un agente causal. No se ha identificado interacción específica en la sangre (Multifactorial).</p>  | <p><u>CAUSAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insulinidad. - Nutrición. - Placentación. - Embriogénesis. - Fecundación. - Distorsión uterina. | <p><u>SÍNTOMAS Y SEÑALES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Probable reacción antigénico-anticuerpo. - Probable alteración de prostaglandinas. - Probable alteración de las bradícinas. | <p><u>COMPLICACIONES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefalea. - Anafaxia. - Toxemia. - Anauriasis. - Náuseas. - Vómito. - Visión borrosa. | <p><u>DIAGNÓSTICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema. - Hipertensión. - Proteinuria. | <p><u>TRATAMIENTO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciona. - S.P.P. - S.R.A. - E.V.C. - C.S.B. - S.C.C. - Edema agudo del pulmón. - Muerte fetal. | <p><u>PROGNÓSTICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad vascular. - Hipertensión. - Insuficiencia renal crónica. |
| <p><u>RIESGOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad reproductiva. - Primí o multíparas. - Insulinidad miasmática. - Hipertensión arterial. - Diabetes mellitus. - Nefropatías. - Obesidad. - Macrosomía fetal. <p><u>MECANISMOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel socioeconómico y cultural bajo. - Alimentación deficiente en aporte proteico. - Ausencia de servicios médicos. - Falta de servicios públicos. - Actividades sedentarias y falta de recreación. | | | | | | |
| <p><u>HORIZONTE CLÍNICO</u></p> | <p>Recuperación.</p> | <p>Recuperación.</p> | <p>Muerte.</p> | <p>Recuperación.</p> | | |

HISTORIA NATURAL DE LA E.H.E.

| PERIODO PREPATOGENICO | | PERIODO PATOGENICO | | |
|---|--|---|--|--|
| PREVENCIÓN PRIMARIA | | PREVENCIÓN SECUNDARIA | | PREVENCIÓN TERCERA |
| Promoción a la salud | Protección específica | Dx Precoz y Tx Oportuno | Limitación del daño | Rehabilitación |
| <ul style="list-style-type: none"> - Promoción a la salud para disminuir complicaciones . - Nutrición adecuada antes y después del embarazo . - Promoción a grupos de riesgo a embarazadas y a la que deen embarazarse . - Evitar la exposición a ruidos continuos e interenos . - Fomentar la higiene y evitar la promiscuidad y hacinamiento . | <ul style="list-style-type: none"> - Consulta prenatal oportuna y periódica . - Complementos nutricionales adecuados y específicos . - Tratamiento y control de enfermedades predisponentes como : <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión . - Diabetes . - Nefropatías . | <ul style="list-style-type: none"> - Control prenatal . - Estudios cuidadosos de la paciente mediante la Historia Clínica . - Identificación de signos y síntomas de la E.H.E. y aumento de la presión arterial . - Control estricto de cifras tensionales y peso corporal . - Hospitalización oportuna de acuerdo al estado de la paciente para tratamiento intensivo . | <ul style="list-style-type: none"> - Atención oportuna y adecuada a nivel de Consulta Externa y Urgencias . - Diagnósticos y Tratamiento oportuno y sobre todo interrupción del embarazo oportunamente . | <ul style="list-style-type: none"> - Reintegrar al individuo (paciente) como factor útil a la sociedad y familiar . - Tratamiento específico en cada casa en estudio de la magnitud de las tensiones renales . - Hipertensión : Control de la enfermedad vascular hipertensiva con visitas periódicas al médico familiar. |

HISTORIA NATURAL DE LA E.N.I.E.

| PERIODO PREPATOGENICO | | PERIODO PATOGENICO | | |
|--|-----------------------|---|---------------------|---|
| PREVENCIÓN PRIMARIA | | PREVENCIÓN SECUNDARIA | | PREVENCIÓN TERCIARIA |
| Promoción a la salud | Protección específica | Dx Precoz y Tx Oportuno | Limitación del daño | Rehabilitación |
| <ul style="list-style-type: none"> - Vestido adecuado . - Ejercicio adecuado y oportuno . - Reposo necesario . - Procurar buenas relaciones familiares . - Educación sexual . - Charlas educativas sobre los signos y síntomas de alarma . | | <ul style="list-style-type: none"> - Exámenes mensuales o rutinarios en pacientes de riesgo por buscar hemoconstrucción, hiperglicemia, infección urinaria, proteinuria y examen de fondo de ojo . - Recomendar medidas dietéticas con alto valor proteico y bajo en sodio . - Tratamiento oportuno o control de factores predisponentes como controlar la hipertensión o diabetes . | | <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia renal : Tratamiento específico, dieta adecuada, diálisis y rehabilitación social y familiar . - E.V.C. Tratamiento farmacológico específico . - Modificación de las actividades laborales . |

12.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|--|---|--|---|--|
| Recolección y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| <p>Paciente femenina consciente, reactiva, de edad aparente a la cronológica, tranquila, con ligera palidez de tegumentos, cabeza normocéfala, sin adenomegalia ni urdimientos, con buena implantación del cabello, pupilas isocóricas normorrefléjicas, nariz central permeable con cuello clíndrico normal de acuerdo a edad y sexo, tórax normal, con ruidos cardíacos rítmicos .</p> | <p>+ ESTABILIZACIÓN . + Deficiencia de conocimientos sobre los riesgos de la E.H.I.E.</p> | <p>+ Proporcionar orientación en relación a la E.H.I.E. con un lenguaje claro y sencillo .</p> | <p>+ Durante el período prenatal se debe de orientar a la mujer gestante sobre la importancia de este problema, ya que es la base principal para concientizar a la población femenina sobre esta . Generalmente este factor repercute en la población de provincia, de las periferias de la ciudad, ya que son lugares marginados donde existe deficiencia de conocimientos en relación a la salud.</p> | <p>+ La paciente demuestra confianza y seguridad así como cooperación al llevarse a cabo técnicas y/o que la paciente requiere .</p> |

DIVISION DE ENFERMERIA
 HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
 1970

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|--|--|---|--|---|
| Recolección y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| <p>Blindajes manomanos en etapa gestacional de acuerdo a edad y sexo, abdomen globoso a expensas del útero grávido, con adecuados movimientos peristálticos, con miembros superiores simétricos con venaditas permeable en masa izquierda, genitales limpios de acuerdo a edad y sexo.</p> <p>Con instalación de sonda Foley para control de líquido, miembros inferiores con vendaje de compresión en posición de cubito dorsal o supina, presenta ligera edematización en tobos (+2)</p> | <p>* ESTABLECIDO .</p> <ul style="list-style-type: none"> + Hipertensión 140 mm Hg. + Temperatura 36.5 °C. + F.C. 85 L'. + F.R. 24 L'. | <ul style="list-style-type: none"> + Registro y control de la tensión arterial cada 3', 1 H. y 4 H. + Administración y control de medicamentos anti-hipertensivos. Ejemplo: Hidralacina (apresolona), I.V. 5mg. a 10 mg. en solución diluida y por gotas lento. | <ul style="list-style-type: none"> + La toma y el registro de la tensión arterial nos permite identificar los parámetros indicados, los cuales nos pueden prevenir de complicaciones añadidas a este problema. + La hidralacina es un vaso constricor arteriolar directo que produce una descarga simpática secundaria mediada por barorreceptores. Debe administrarse si la presión diastólica excede de 110 mm Hg. | <ul style="list-style-type: none"> + La paciente sigue en observación. + Signos vitales estables. + Se lleva a cabo un control de la T/A de 130/80 en las próximas 4 horas y sigue en observación. |

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|---|--|---|---|--|
| Recolección y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| <p>Con maximales elevados. A la exploración física, tensión arterial de 140/90 mm Hg., la cual manifiesta opalescencia, irritabilidad, cansancio, temperatura de 37.4 °C, frecuencia cardíaca de 85 / min., frecuencia respiratoria 24/min., edema de Mb. (2).</p> <p>Con aumento de peso de 1 Kg. en 4 días seguidos, según exámenes de laboratorio reporta proteinuria de +3 g/l así como alteración de líquidos y retención de sodio, así como hipertensión.</p> | <p>+ DEBILIDAD .</p> <p>+ Cansancio .</p> <p>+ ALIMENTACIÓN .</p> <p>+ Anorexia .</p> | <p>+ Reposo absoluto en cama posición lateral izquierda, para mejorar la perfusión renal y uteroplacentaria .</p> <p>+ Proporcionar una dieta hiposódica estricta (menos de 1 gr. de sal por día, pobre en grasa y rica en carbohidratos e hipercalórica [1800 calorías]).</p> | <p>+ El reposo en cama sobre el lado izquierdo constituye la parte principal del tratamiento debido a que aumenta el flujo sanguíneo tanto renal como placentario, lo cual a su vez disminuye el edema y la presión arterial .</p> <p>+ Debido a la tendencia de la retención de líquidos</p> | <p>+ La paciente se encuentra en período de relajación así como también demuestra confianza consigo misma y personal de enfermería .</p> |

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|---|---|---|--|---|
| Recolección y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| <p>Por lo que acude a la unidad médica con el Diagnóstico médico de: Migrañas de 24 hbs + probable E.H.D.E. Antecedentes familiares negados, Antecedentes personales patológicos interrogados y negados, Antecedentes personales neopatólogicos interrogados y negados.</p> <p>Antecedentes Directos- Obstétricos: f.v.l.d. a los 24 años de edad, Parto 2, Pons 1, abortos 0, Cesárea 0,</p> | <p>+ MOVILIZACIÓN.</p> <p>+ Edema en miembros inferiores.</p> | <p>+ Colocar a la paciente en posición dorsal, con las piernas elevadas.</p> <p>+ Colocar vendaje de compresión en miembros inferiores.</p> | <p>+ La posición en decúbito dorsal o supina con las extremidades inferiores elevadas sobre una almohada o pincera de la cama favorece la relajación muscular así como también disminuye el edema de extremidades inferiores.</p> <p>+ Las manipulaciones sistémicas de los tejidos corporales con propósitos terapéuticos evitan la presencia de complicaciones circulatorias, musculares y mentales.</p> | <p>+ se mantiene en observación.</p> <p>+ Se mantiene en observación.</p> |

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|---|---------------------------|--|--|---|
| Recabación y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| <p>Ha tenido un compañero sexual sin utilizar ningún método anticonceptivo. Hábitos higiénicos: baño diario con cambio de ropa interior y exterior, alimentación, deficiente ya que acostumbra comer el desayuno a las 9:00 a.m. el cual incluye:</p> | | <p>+ Favorecer la posición y el ejercicio postural .</p> <p>+ Proporcionar masaje en miembros inferiores .</p> | <p>+ El ejercicio favorece el restablecimiento o conservación del tono muscular y movilidad de las articulaciones así como la estimulación de la circulación sanguínea y la adaptación a la actividad .</p> <p>+ El masaje favorece el metabolismo tisular, incrementa el riego sanguíneo periférico y eliminar el exceso de líquido .</p> | <p>+ La paciente refiere seguridad en los procedimientos que se llevan a cabo .</p> <p>+ Refiere relajación .</p> |

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|--|--|--|--|--|
| Recolección y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| <p>Llevo, Pan, y huevos, la comida la llevo a cabo a las 3:00 p.m. la cual incluye: papa, arroz, y quinado, y la come a las 8:00p.m. la cual incluye 1 vaso de leche.</p> <p>Otros datos sin relación al caso. Por lo que en base a esto se detectan sus problemas y/o necesidades de la paciente.</p> | <p>+ MALD CORPORAL.</p> <p>+ Aumento de peso 1 Kg. en 4 días.</p> | <p>+ Control estricto de líquidos.</p> <p>+ Verificar lectura de peso corporal diario.</p> <p>+ Verificar el control de la dieta de la paciente.</p> | <p>+ El llevar a cabo un balance total de líquidos es con el fin de evitar complicaciones.</p> <p>+ Los cambios de peso indican un aumento o disminución en la retención de líquidos.</p> <p>+ Una dieta balanceada en la cual deben ser: alimentos regulados o restringidos en cuanto a tipo y cantidad con propósitos terapéuticos o de otro tipo.</p> | <p>+ Se mantiene en observación y se proporcionan cuidados generales de enfermería.</p> <p>+ Se mantiene en observación y se proporcionan cuidados generales de enfermería.</p> <p>+ Acepta la dieta que tiene por indicaciones médicas.</p> |

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planeación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| Recolección y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| | <p>+ <u>ESTIMACIÓN</u> .</p> <p>+ Proteinuria de +3 g/l.</p> | <p>+ Recolección de orina para exámenes de laboratorio .</p> <p>+ Vigilar características, concentración y densidad de la orina.</p> | <p>+ Se recolecta la orina para investigar y dosificar proteínas en orina .</p> <p>+ Nos permite detectar anomalías en la orina de acuerdo a estos parámetros, así como también observar volumen y aspecto de la orina eliminada .</p> | <p>+ Se mandan muestras de orina al laboratorio y en espera de resultados.</p> |

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planeación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| Recolección y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| | <p>+ Alteración de líquidos y retención de sodio .</p> | <p>+ Instalación de sonda Foley para un control de líquidos .</p> <p>+ Inspeccionar y palpar cara, extremidades para detectar edema .</p> <p>+ Evaluar la ingesta de líquidos en las 24 h. y el gasto urinario por hora.</p> <p>+ Realizar y obtener muestras de sangre.</p> | <p>+ El llevar a cabo un balance total de líquidos es con el fin de evitar complicaciones y verificar si el balance es +/- o neutro .</p> <p>+ Para evaluar la retención de líquidos .</p> <p>+ Para evaluar el funcionamiento adecuado del riñón .</p> <p>+ Para determinar hemoglobina, valor hematocrito, factor Rh, etc.</p> | <p>+ La paciente sigue en observación .</p> <p>+ La paciente presenta resultados de exámenes dentro de los límites normales.</p> |

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

| 1ra. Etapa Valoración | 2 da. Etapa Planificación | 3 ra Etapa Ejecución | | 4 ta. Etapa Evaluación |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| Recolección y selección de datos | Necesidades y/o problemas | Acciones de Enfermería | Fundamentación científica | Evaluación de resultados |
| | + EVACUACIÓN . + Constipación . | + Vigilancia de los emulsionarios y proporcionar una dieta adecuada contra la constipación junto con aceite mineral o leche de magnesia . | + Durante todo el embarazo es necesaria la evacuación del intestino diariamente ya que la paciente tiende a constiparse . | + La paciente refiere descanso por haber evacuado en las próximas 3 horas . |

13.- CONCLUSIONES.

La Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo (E.H.I.E.) es un padecimiento perfectamente prevenible y controlable .

Para poder prevenir y controlarla es de valiosa importancia que la paciente lleve a cabo el control prenatal, la cual juega un papel de mucho éxito durante todo el transcurso del embarazo; ya que en ella, se pueden detectar datos de gran interés para la madre y el producto, en la que también nos puede guiar para prevenir las posibles complicaciones que pueden surgir durante el transcurso del embarazo y en el mismo trabajo de parto.

Por lo que si se llegará presentar, es gran responsabilidad del personal médico y paramédico que está a su cargo, el control de la misma ; ya que se debe de valorar el estado en que se encuentra la paciente, para así proporcionar los cuidados y/o procedimientos que la paciente requiera .

Es muy importante que existan servicios médicos adecuados en las comunidades, para prevenir esta enfermedad y dar mayor relevancia a la atención prenatal . Además se debe de llevar a cabo, un sistema de apoyo educativo a toda paciente en edad gestacional, donde se hará énfasis sobre los diversos trastornos que repercuten durante el embarazo ; como son : Hipertensión, Cefalea, Aumento de peso, Diabetes, etc. Realizar un buen control prenatal, elaborar un diagnóstico exacto, e iniciar el tratamiento oportuno del problema, en beneficio del binomio Materno-Fetal, son parámetros esenciales que se deben de tomar muy en cuenta.

En base a los resultados obtenidos de las pacientes encuestadas se concluye , que los datos presentados como son : Edad, Numero de Embarazos, Atención prenatal, A.H.F. , lugar la que acude, Que tan frecuente y nivel socio-económico de las pacientes, son parámetros principales que se toman muy en cuenta, para llevar a cabo las medidas de prevención en una paciente en estado grávida . Para que se lleve a cabo un embarazo sano, saludable y normal es muy importante que toda paciente gestante asista al control de atención prenatal, ya que en relación a está, se puede llegar a sospechar de posibles complicaciones que pueden llegar a surgir durante el trabajo de parto .

Y como en todo ; principalmente para el ámbito de la salud, la EDA es un factor en el cual repercuten una serie de fenómenos adyacentes al embarazo, por eso es muy importante tomar este dato . Ya que muchas veces, suele encontrarse a pacientes que aún de ya haber sido gran multipara ! y casi en la Pre-menopausia se encuentran con un Diagnóstico médico de multigesta de 40 años de edad con 25 S.D.B., y ¿ que hacemos como parte del equipo multidisciplinario de salud ? , porque como podemos darnos cuenta es una gran responsabilidad encontrarse en una situación como esta y aún más para la misma ciencia médica .

Por que en base a esto (EDA) aunque no es de creer en un 100 % , es la base del éxito para un excelente parto, claro, siempre y cuando la paciente, tenga la edad acorde al embarazo, buenos hábitos higiénico y dietéticos, sin Antecedentes Heredo Familiares que la relacionen a ninguna complicación y sobre todo el deseo de ser una madre feliz, por que muchas veces, sucede que algunas pacientes se encuentran embarazadas y sin saberlo ! sobre todo en las áreas de provincia , y en algunas periferias de la ciudad, donde generalmente existe hacinamiento y promiscuidad aparte de otros más .

Otro aspecto muy importante es en relación a los Antecedentes Heredo Familiares que presento cada paciente y por logica nos damos cuenta que esto no lo podemos ya deshacer, pero si podemos prevenir a la población por medio de charlas educativas, programas, enfermería comunitaria, propagandas, etc. , para evitar en menor grado las complicaciones posteriores a los Antecedentes Heredo Familiares (A.H.F.). Por ejemplo si la paciente tiene A.H.F. de su padre con una enfermedad cardiovascular (Hipertensión arterial de 150/100), y esta también presenta hipertensión (140/100), se le instruirá sobre un sistema de apoyo educativo en relación a una dieta estricta en sodio (hiposódica), en la que también se le mencionará la importancia de esta para llevarla a cabo .

En relación al numero de embarazadas ¿ Que pasaría si no se llevaría a cabo el programa de planificación familiar ? Existirían miles y miles de infantes sin tomar en cuenta de las muchas causas que giran a nuestro alrededor o de plano ¿ se venderían como pan caliente ! y esto no es de extrañarse, no es nada nuevo, pues nos damos perfecta cuenta que a veces, nosotros como seres humanos optamos por llevar actos como este . Entonces, al orientar a los pacientes, sobre todo en el área de Gineco-Obstetricia, se llevan muchas cosas por ganar y esto es un excelente paso ! , por que he aquí otra clave principal .

Si nosotros brindamos orientación a este tipo de pacientes en relación a la planificación familiar, les transmitiríamos muchas cosas, incluso muy valiosas para la misma vida de la paciente porque por ejemplo : Una paciente de 35 años de edad con 3 hijos por cesárea, esta lógicamente ya no es apta para llevar a cabo el transcurso de otro embarazo más, por lo que se orientará de los posibles factores que pueden alterar otro embarazo, por lo que de plano se optará por una salpingoclasia o llevar a cabo los métodos anticonceptivos .

Todo lo anterior señalado es muy importante, ya que en base a esto y mucho más se valora la atención integral a la paciente. Por lo tanto, no nada más aquí se termina de concluir en relación a los factores principales de la E.H.D.E. ; sino que falta mucho más para llegar a concluir la misma existencia de la vida .

- 1.- Accidente cerebro-vascular : Complejo sintomático que resulta de una hemorragia cerebral o de una embolia o de trombosis de los vasos cerebrales. Se caracteriza por alteraciones de la conciencia, convulsiones y aparición de trastornos neurológicos focales .
- 2.- Amaurosis : Ceguera total o parcial, especialmente del tipo que no está relacionado con una laceración o herida del ojo, tal como la que resulta de una enfermedad degenerativa de la retina o del nervio óptico .
- 3.- Bronconeumonía : Inflamación pulmonar con exudación alveolar . Se localiza alrededor de los bronquios que también se ven afectados .
- 4.- Coagulación : Formación de un coágulo en la sangre .
- 5.- Convulsión : Paroxismo involuntario general de contracción muscular que puede ser tónico o clónico o tónico seguido de clónico .
- 6.- Derrame : Salida de cualquier líquido hacia una cavidad o tejido corporal .
- 7.- Diabetes mellitus : Trastorno crónico, heredado del metabolismo de los carbohidratos debido a un desarreglo del mecanismo normal de la insulina . Se caracteriza por hiperglucemia, glucosuria y alteraciones del metabolismo de las grasas y de las proteínas . Clínicamente se manifiesta por poliuria, polidipsia, pérdida de peso, cetosis, acidosis y coma .
- 8.- Diuresis : Aumento de la excreción urinaria .

9.- : Convulsiones o ataques, particularmente los que coexisten con el embarazo .

Específicamente, enfermedad que se presenta durante la segunda mitad del embarazo y se caracteriza por una elevación aguda de la presión arterial, proteinuria, edema, retención de sodio y convulsiones o coma .

10.- Edema : Acumulación excesiva de líquidos en los espacios tisulares debido a un aumento de la transudación de líquidos a partir de los capilares sanguíneos .

11.- Embarazo : Tiempo transcurrido entre la concepción y el nacimiento del producto . La duración del embarazo en la mujer es, aproximadamente, de 280 días .

12.- Embarazo molar : Destación en la cual el útero se convierte en una masa tumoral carnosa .

13.- Embarazo múltiple : Destación con dos o más fetos dentro del útero .

14.- Epidemiología : Estudio de los patrones de aparición y distribución de las enfermedades ; por lo general únicamente incluye las endémicas y las epidémicas, pero algunas veces abarca todo tipo de enfermedad .

15.- Fósforos : Sensación luminosa subjetiva debida a la estimulación de la retina por un estímulo diferente a la luz.

16.- Destación : Es el período durante el cual se desarrollan el cigoto, embrión y el feto.

17.- Hiperemia : Aumento de la sangre en una parte, lo cual tiene como resultado la distensión de los vasos sanguíneos.

18.- Hipertensión : Presión sanguínea anormalmente elevada en el circuito arterial del sistema circulatorio.

- 19.- *Hipoglucemia* : Reducción por debajo de lo normal de la glucosa sanguínea, estado clínico coincidente con disminución de la glucosa sanguínea por debajo de un nivel crítico para el individuo, que se caracteriza por hambre, nerviosismo, sudación profusa, desmayos y algunas veces por convulsiones.
- 20.- *Hiperreflexia* : Entidad en que los reflejos se encuentran aumentados por arriba de lo normal.
- 21.- *Hipotensor* : Sustancia capaz de bajar la tensión arterial. Implica el efecto persistente, al contrario del efecto pasajero de un depresor.
- 22.- *Hipovolemia* : Volúmen sanguíneo disminuido.
- 23.- *Isquemia* : Disminución local en el riego sanguíneo debido a una obstrucción del flujo de sangre arterial o a una vasoconstricción.
- 24.- *Múltipara* : Mujer que ha tenido más de un hijo.
- 25.- *Neumonía* : Inflamación de los pulmones coexistentes con presencia de exudado en la luz alveolar.
- 26.- *Nuliparidad* : Mujer que nunca ha tenido ningún hijo.
- 27.- *Obesidad* : Aumento del peso corporal debido a la acumulación de grasas, 10 a 20 % por encima del límite normal para una edad, sexo y altura en particular.
- 28.- *Oliguria* : Disminución en la cantidad de orina excretada.
- 29.- *Paridad* : Designa, en una mujer, el número de hijos que ha tenido.

- 30.- *Polihidramnios* : Volumen excesivo de líquido amniótico.
- 31.- *Pre-Eclampsia* : toxemia que se presenta en la segunda mitad del embarazo, se caracteriza por una elevación aguda de la presión arterial y, por lo general, por edema y proteinuria, pero sin la existencia de las convulsiones y el coma observados en la eclampsia.
- 32.- *Prostaglandinas* : Compuestos fisiológicamente potente de existencia ubicua, que tiene una estructura única conteniendo 20 átomos de Carbono formados a partir de ácidos grasos esenciales y con actividades que afectan el sistema nervioso, a la circulación, a los órganos reproductores femeninos y al metabolismo.
- 33.- *Proteinuria* : Presencia de proteínas en la orina.
- 34.- *Puerperio* : Es el período de recuperación que comprende las seis semanas subsiguientes al parto, durante el cual se espera que el organismo materno regrese a su estado normal previo.
- 35.- *P.V.C.* : Presión que representa la presión de llenado del ventrículo derecho, puede medirse central o periféricamente, y se corrige en relación con la presión hidrostática que existe entre el corazón y el punto de medición. Se emplea para valorar la reposición de líquidos en el choque o quemaduras extensas.
- 36.- *Síndrome* : Grupo de síntomas y signos que, cuando se consideran en conjunto, caracterizan a una enfermedad o lesión.
- 37.- *Toxemia* : Contaminación de la sangre por productos venenosos, ya sea los producidos por las células corporales o de los que resultan del metabolismo de los microorganismos.
- 38.- *Vaso-Constrictor* : Nervio, o agente físico o farmacológico que produce constricción de los vasos sanguíneos.

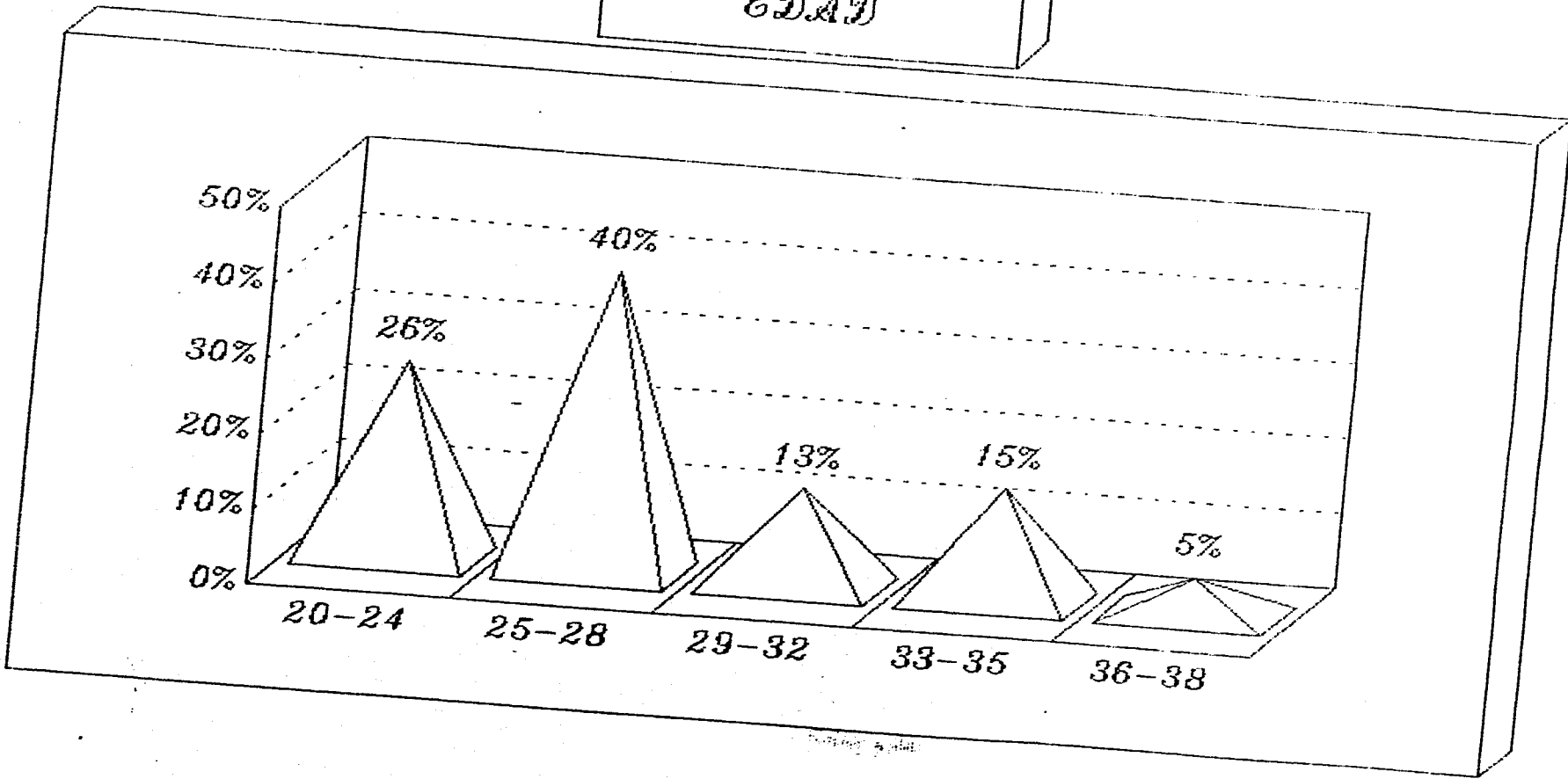
15.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Reeder, Marlón. *Enfermería Materno Infantil*, Decimo sexta edición, Editorial : Harla, México, 1992.
- 2.- *Diccionario Breve de Medicina de Wikistón*, Primera edición. Editorial : La Prensa Médica Mexicana, México, 1983.
- 3.- Gerard, Fátora. *Anatomía Básica del Cuerpo Humano*. Tercera edición. Editorial : Harla, México, 1994.
- 4.- Jack A, Pritchard, et al ... *Obstetricia*. Tercera edición. Editorial : Salvat, México, 1990.
- 5.- Mondragón, Néstor . *Obstetricia Básica Ilustrada*. Tercera edición. Editorial : Trillas, México, 1990.
- 6.- Bleier, Anton C. *Enfermería Materno Infantil*. Quinta edición. Editorial : Interamericana, México, 1990.
- 7.- Danforth, *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Sexta edición. Editorial : Interamericana, México, 1992.
- 8.- Watson, Hawkins Joellen. Tercera edición. Editorial . Harla, México, 1992.
- 9.- López, Llera Mario. *La Toxicemia del Embarazo. " Hipertensión Aguda de la Gestación "*, Segunda edición. Editorial : Limusa, México, 1987.
- 10.- Ralph, C. Benson. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Quinta edición . Editorial : Manual Moderno. México, 1989.

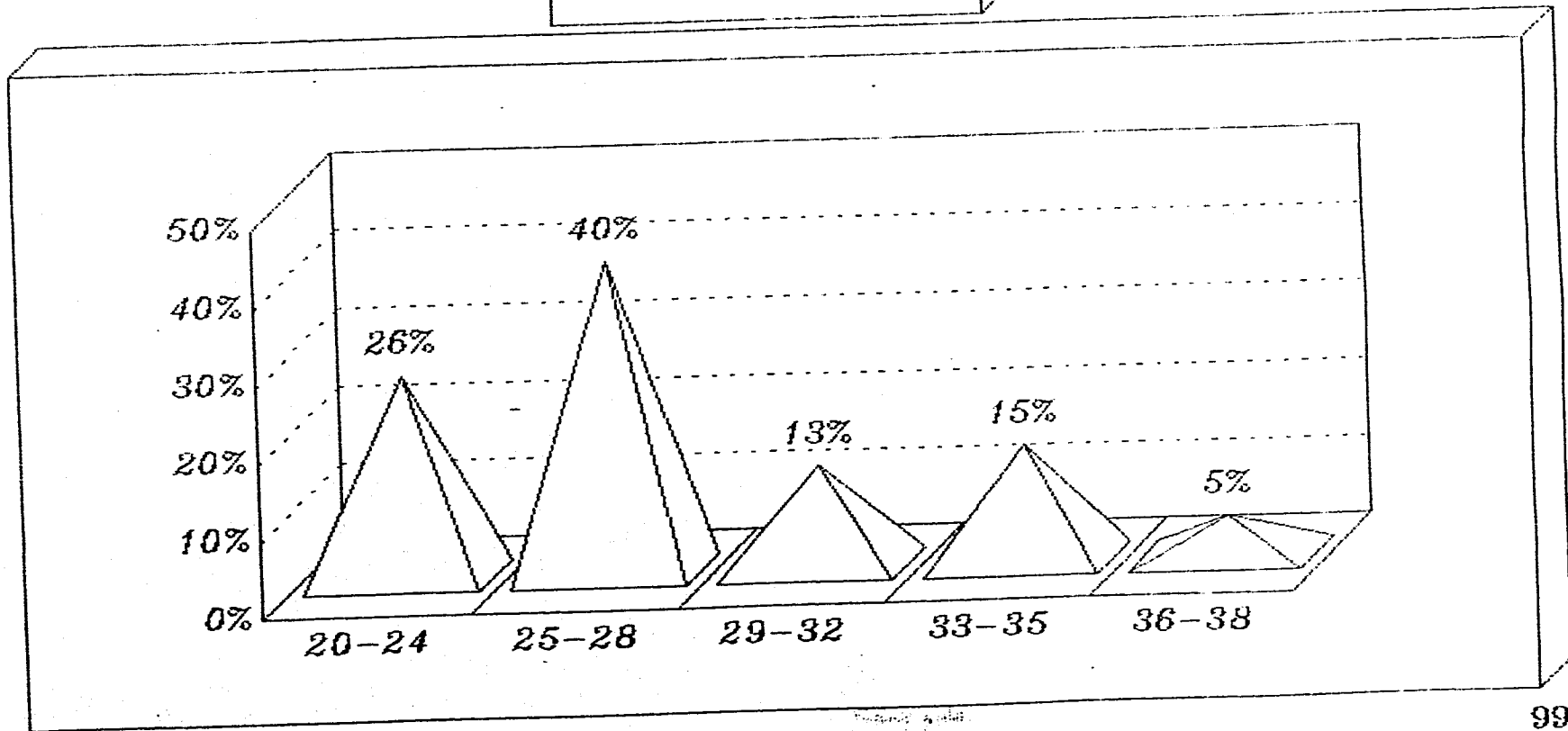
- 11.- Pernoll, L. Martín. *Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico*. Quinta edición. Editorial : Manual Moderno. México, 1989.
- 12.- Book, Miller Bowen. *Enfermería Obstétrica* . Quinta edición. Editorial : Interamericana.
- 13.- Neville, F. Hacker. *Compendio de Gineco-Obstetricia* . Quinta edición. Editorial : Interamericana.
- 14.- Nuñez, Maciel Eduardo. *Ginecología y Obstetricia A.M.H.G.O. , J.M.S.S.* Tercera edición. Editorial : Copilco., U.N.A.M.
- 15.- *Temas Actuales de Ginecología y Obstetricia. " Estados Hipertensivos en el Embarazo "*.
- 16.- Willson, Carrington. *Obstetric and Gynecology*. 9th. edición. 1991. Editorial : Mosby Year-Book.
- 17.- Beck, *Práctica de Obstetricia*. Editorial : La Prensa Médica Mexicana.
- 18.- Willson, Robert E. et al ... Quinta edición. Editorial : Manual Moderno.
- 19.- Mendoza, Arestegui Irma. *Manual de Gineco-Obstetricia* . Segunda edición. Editorial : Manual Moderno. México, 1990.
- 20.- Alvarez, Alba. *Salud Pública y Medicina Preventiva* . primera edición. México, 1992.
- 21.- Bleter, J. Inge. *Enfermería Materno Infantil* . Tercera edición. Editorial : Interamericana.
- 22.- *Diccionario de Terminología Médica*. Undécima edición. Editorial : Salvat, Mexicana.

c) ANEXOS .

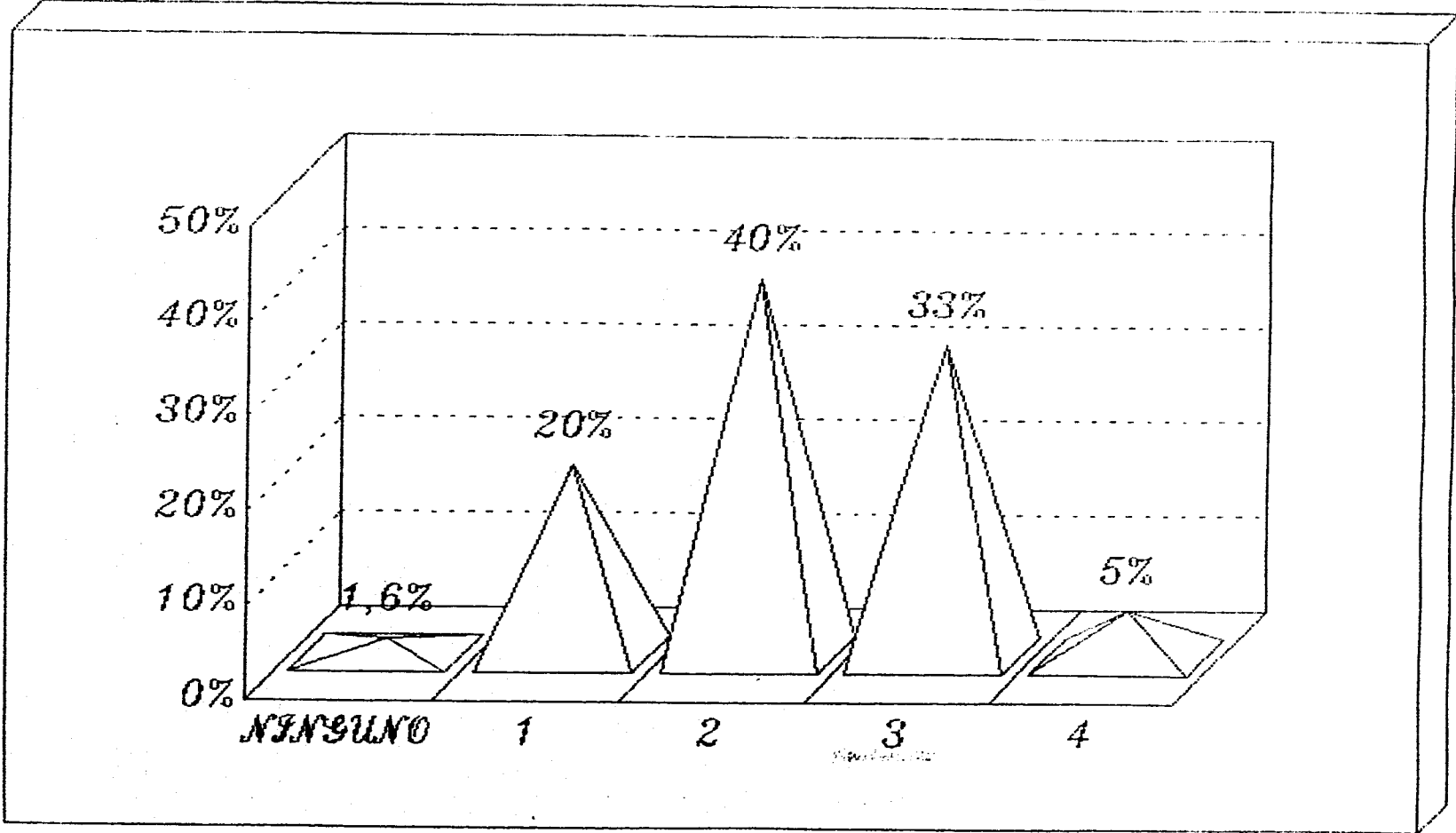
GRAFICA 1
EDAD



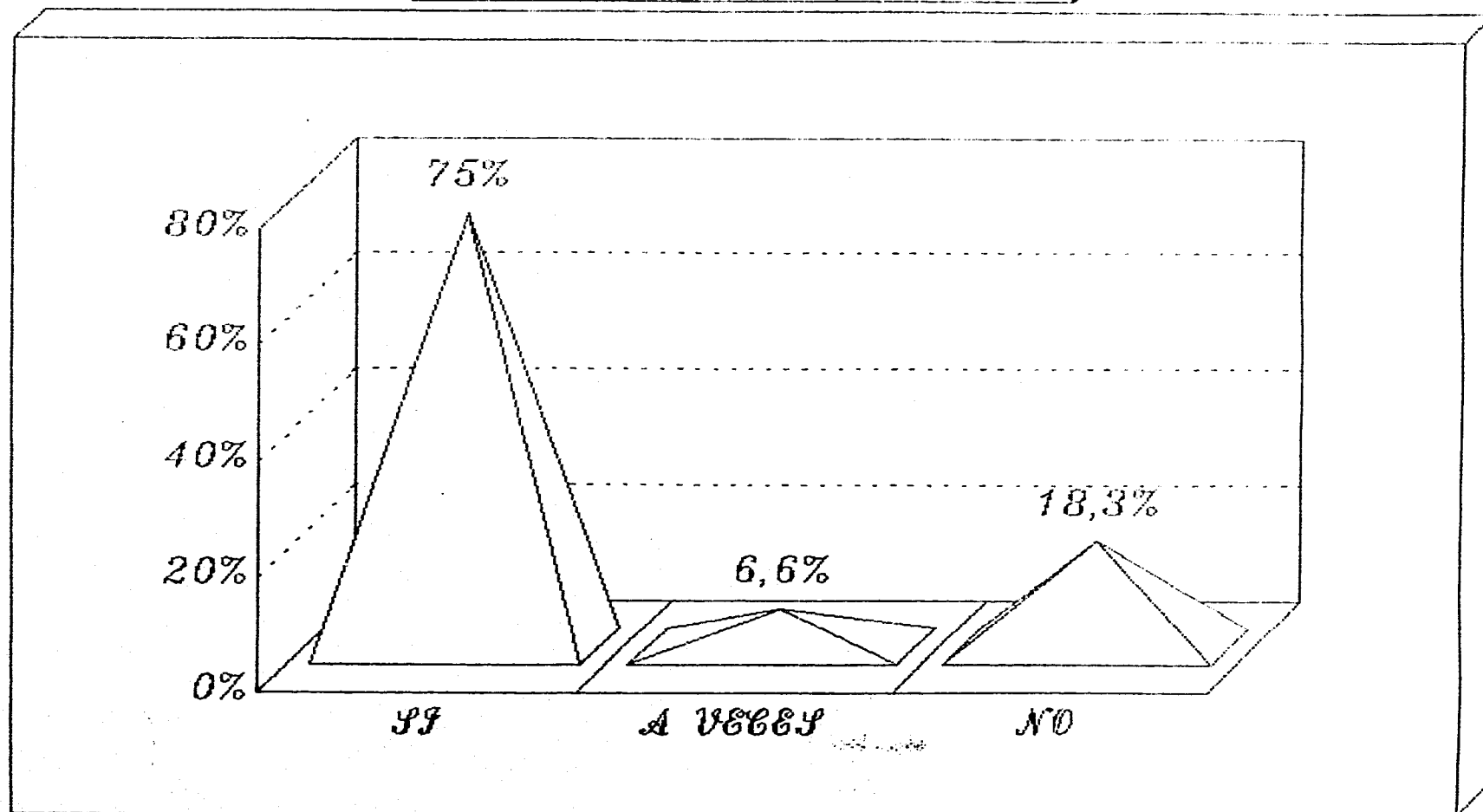
GRAFICA 1
EDAD



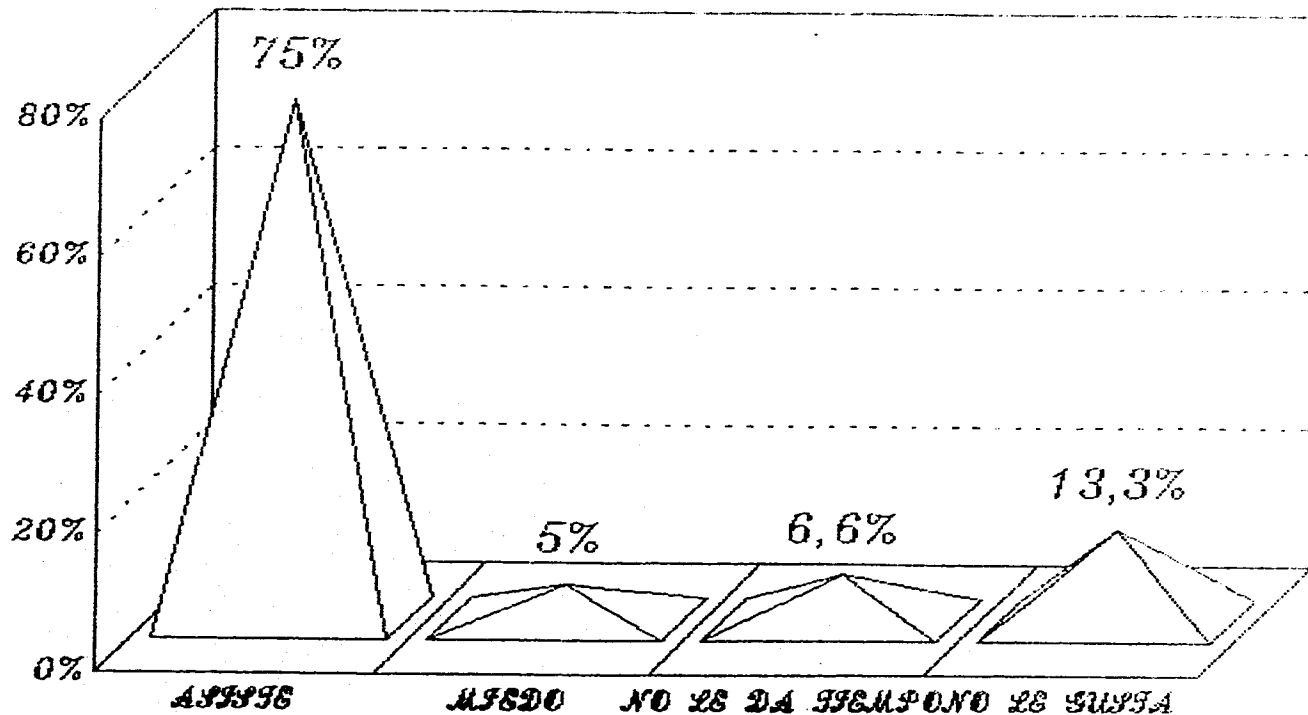
GRAFICA No. 2
EMBARAZOS



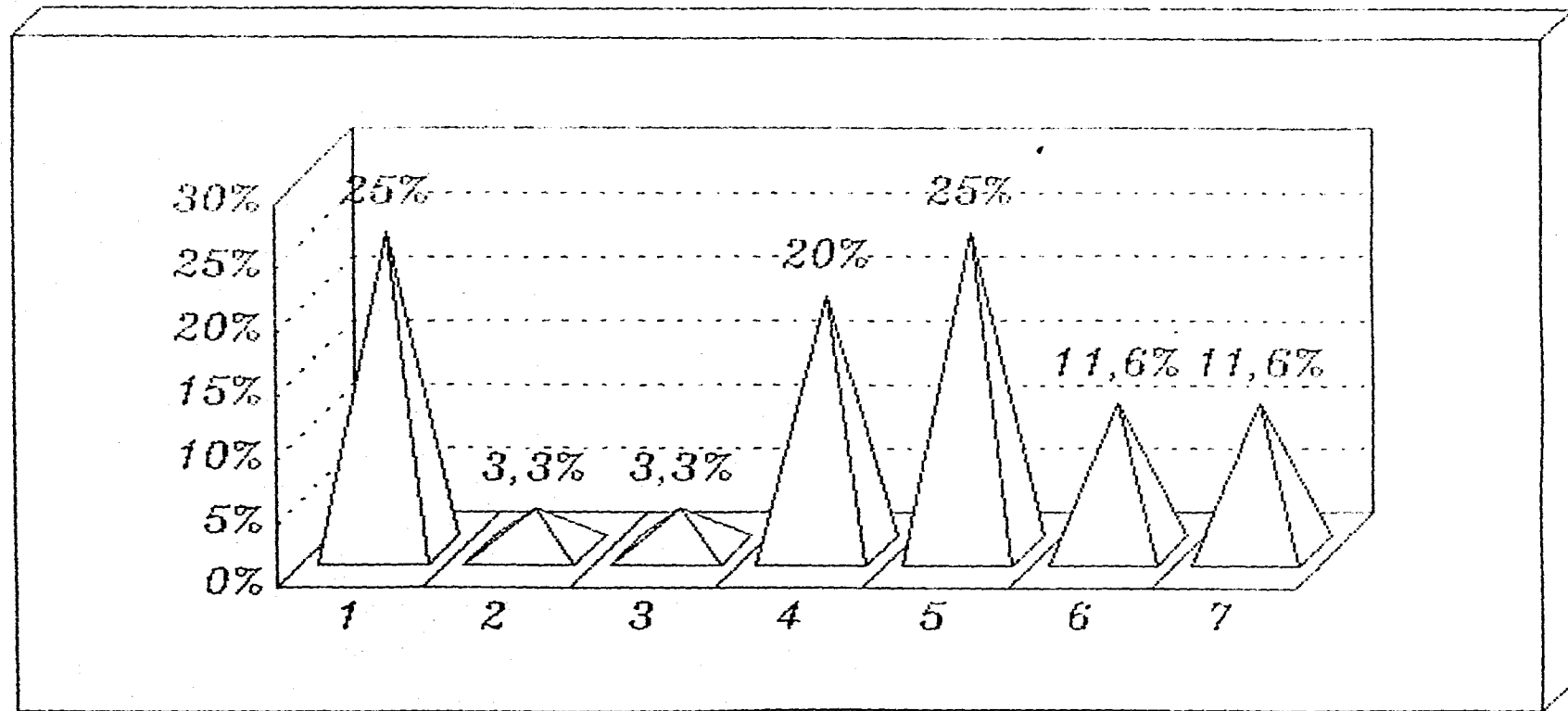
GRAFICA No. 3
CONSULTA PRENATAL



GRAFICA No. 4
CAUSA POR LA QUE NO APARE

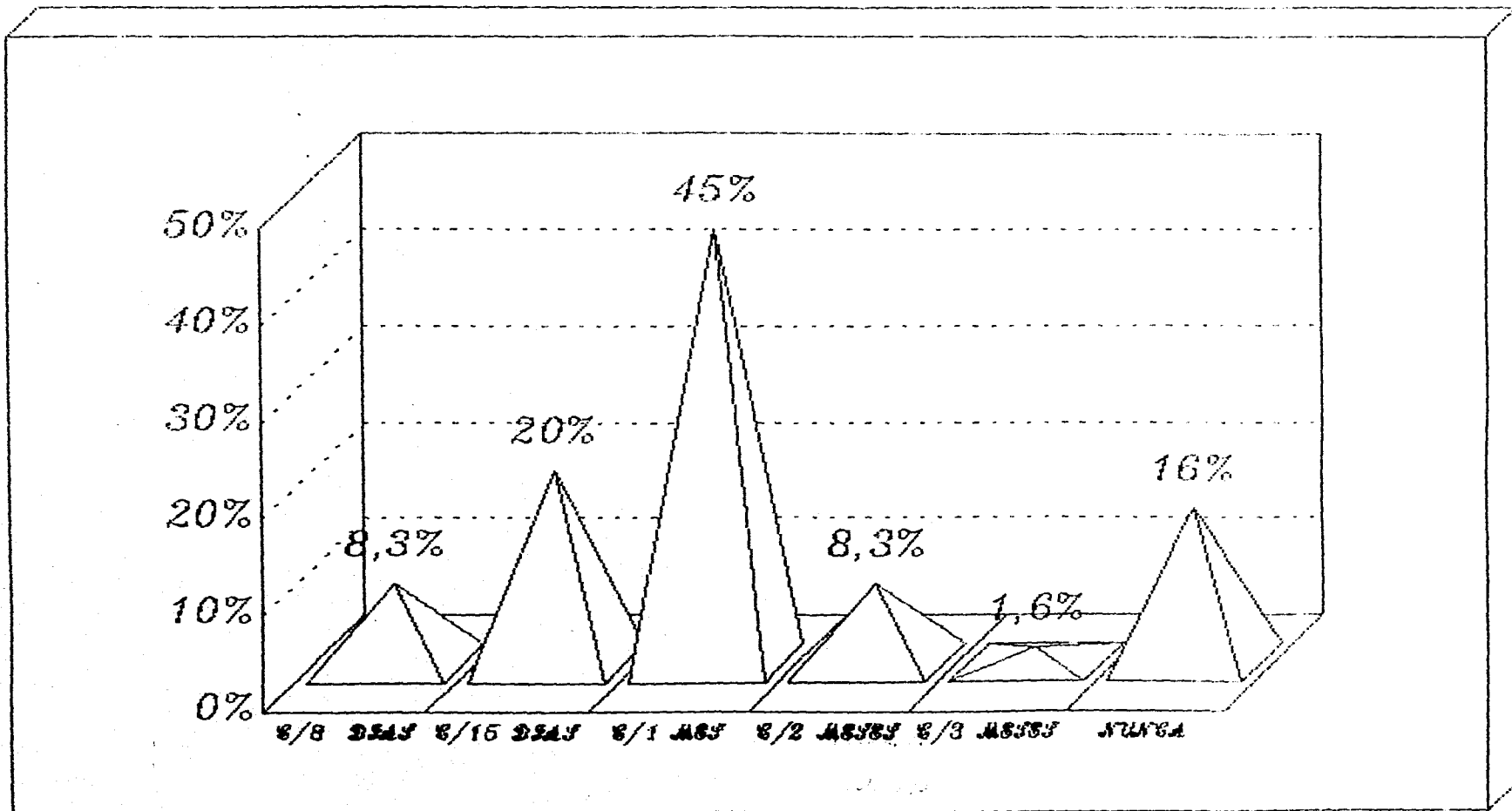


GRÁFICA No. 5
 LUGAR AL QUE ACUDE



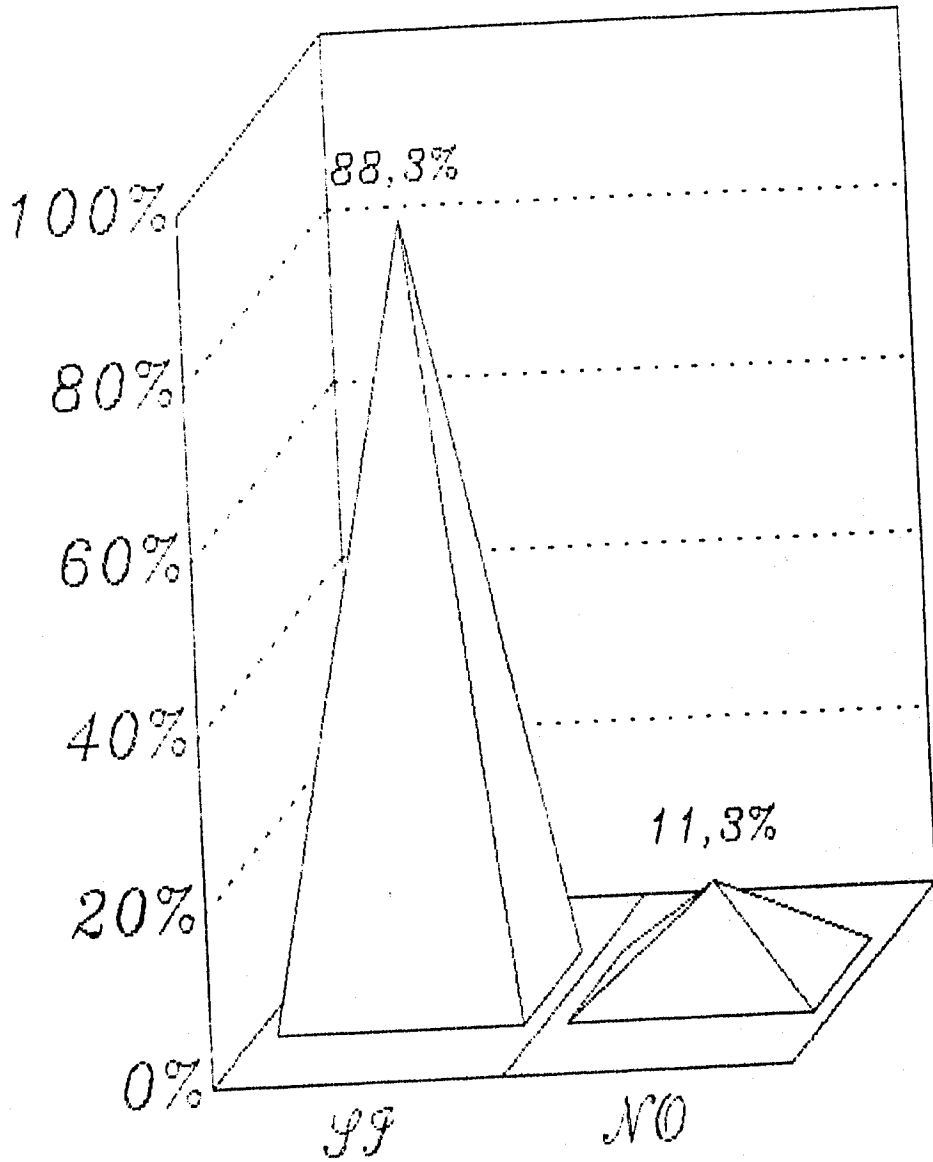
1 = U.M.F. 2 = C.S. 3 = PARTICULAR 4 = NINGUNO
 5 = UMF-ES 6 = UMF-ES-PARTICULAR 7 = DDD-UMF

GRAFICA No. 6
QUE TAN FRECUENTE

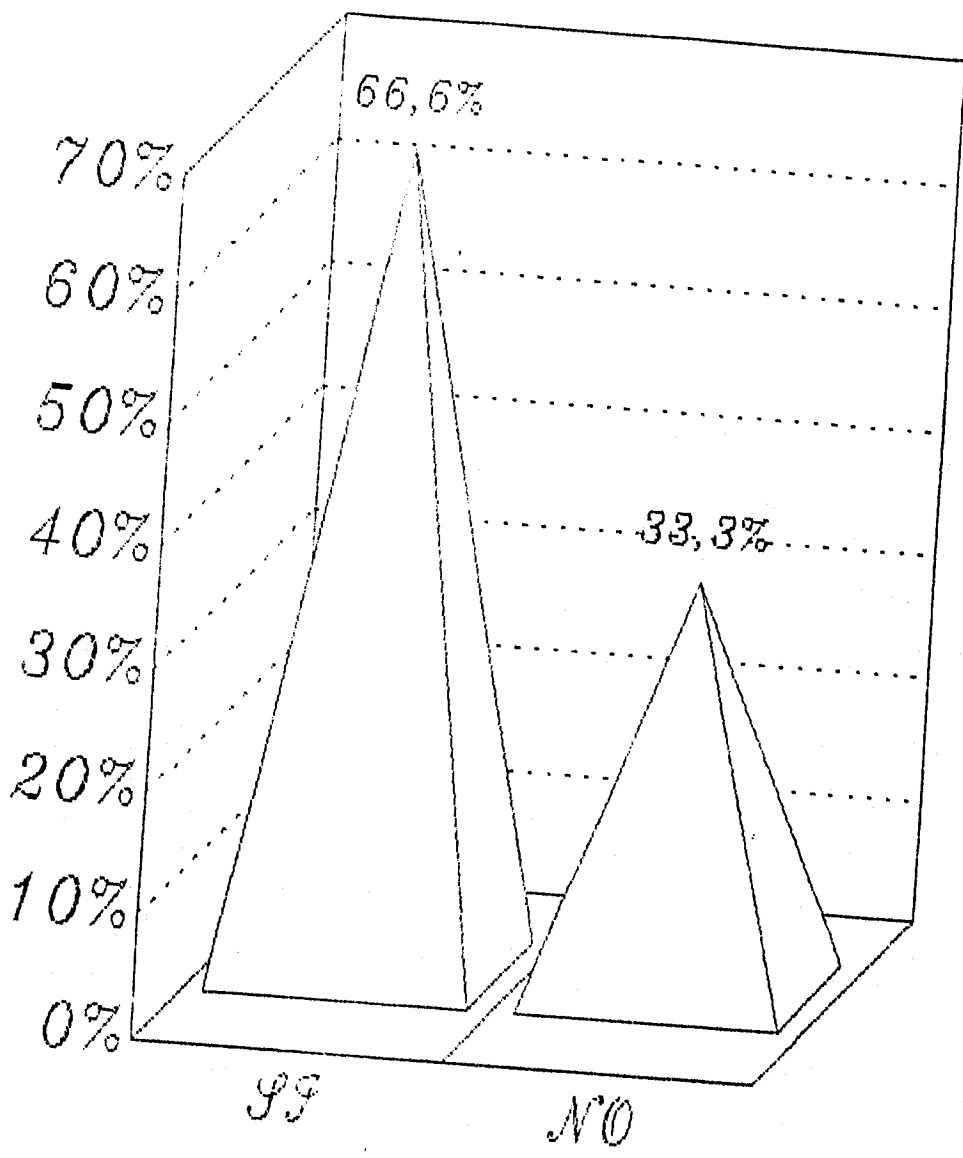


GRAPHE No. 7

CONOCE LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD ?

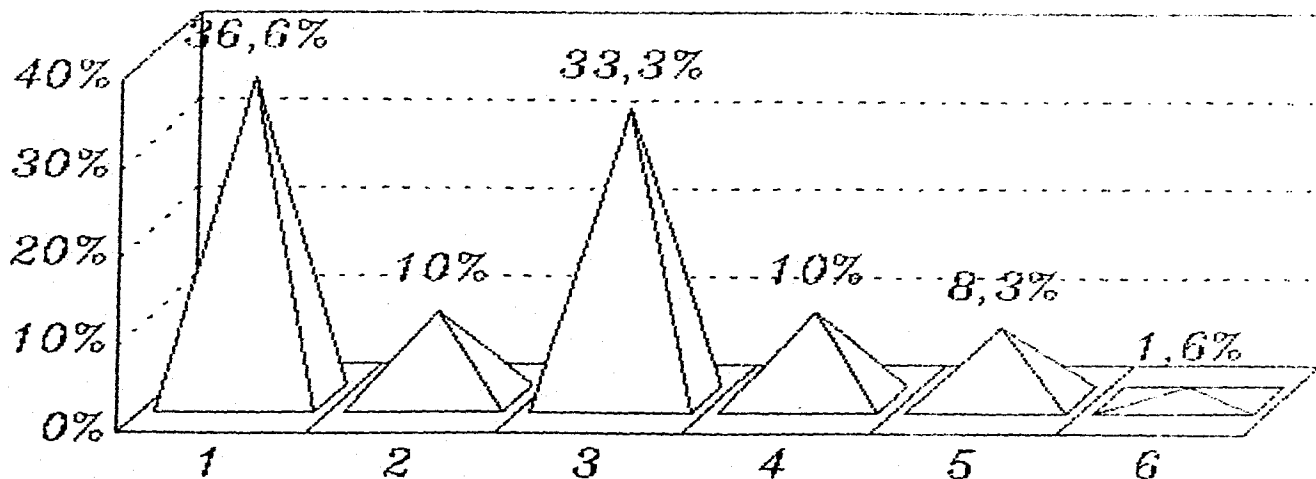


GRAFICA No. 8
A.H.F. EN RELACION A Ld E.H.F.E.



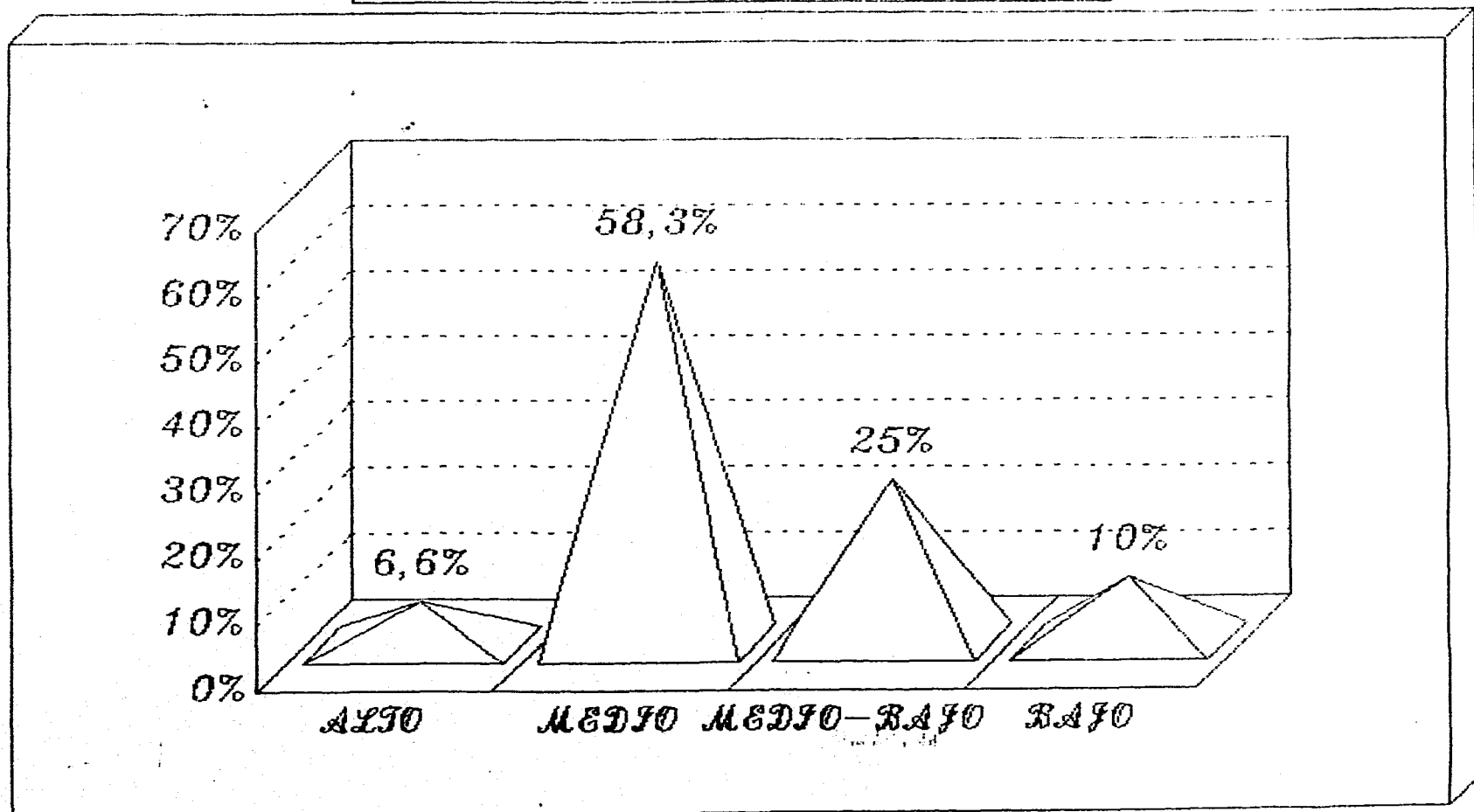
GRAFICA No. 9

CUALES A.H.F. TIENEN EN RELACION A LA
E.H.F.E.

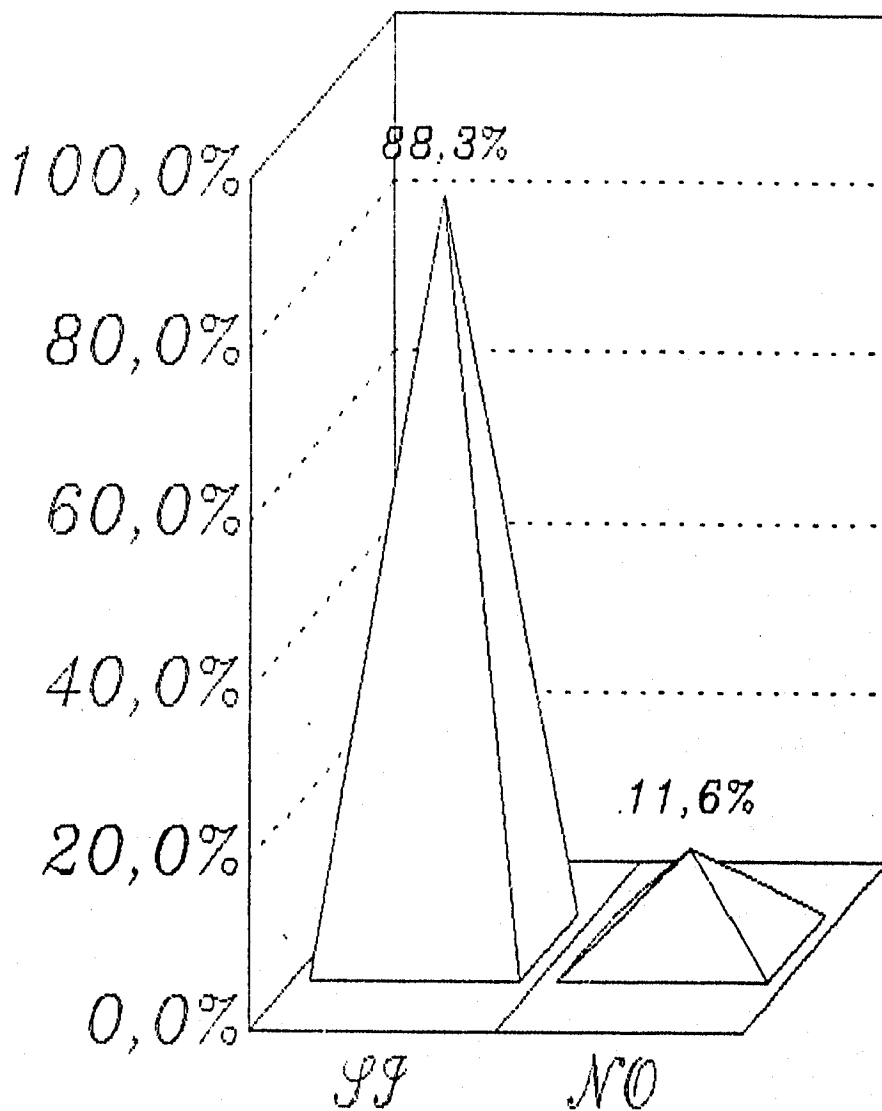


1 = HIPERTENSION 2 = DIABETES 3 = NINGUNO
4 = HIPERTENSION - DIABETES 5 = PRE-ECLAMPSIA
6 = HIPERTENSION - PRE-ECLAMPSIA

GRAFICA No. 10
NIVEL SOCIOECONOMICO

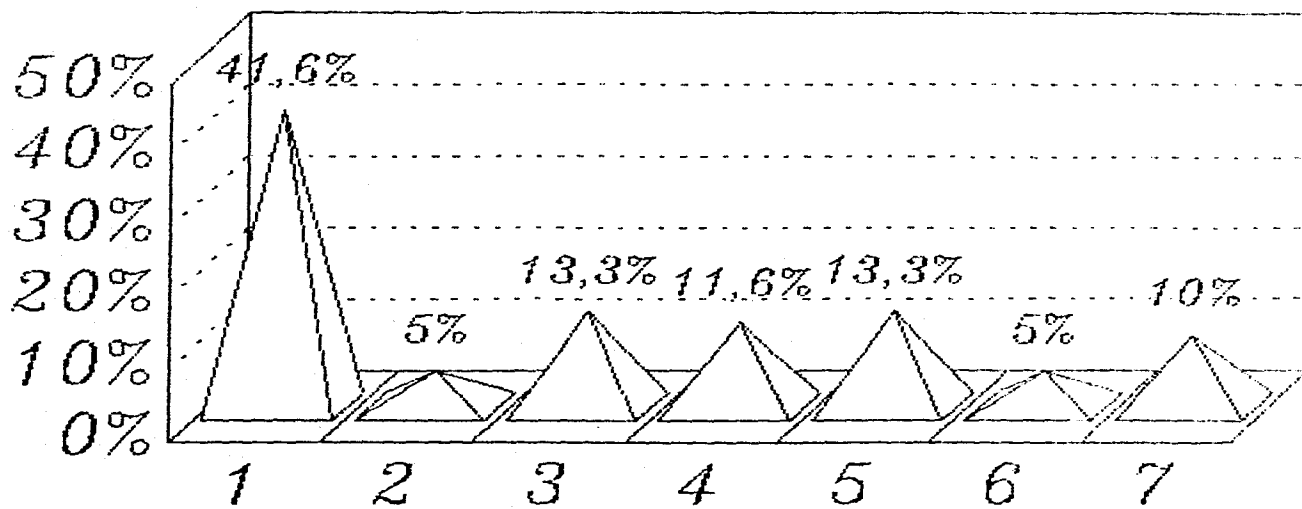


GRAFICA No. 11
ORIENTACION SOBRE LA E.H.F.E.



GRAFICA No. 12

EN QUE LUGAR RECIBIO ORIENTACION ?



1 = U.M.F. 2 = D.D.F. 3 = C.S. 4 = NINGUNO
5 = C.S.-U.M.F. 6 = P-U.M.F. 7 = OTROS