



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, SOBRE LA PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.**

T E S I S

Que para obtener el título de:

**Licenciado en Enfermería y Obstetricia**

P R E S E N T A N:

Bareño Cedillo Norma Patricia

Bofello Osnaya Laura Georgina

*Handwritten signature*

DIRECTORA DE TRABAJO

*Catalina Mendoza*  
Lic. Catalina Mendoza



México, 2001.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente al Instituto Nacional de Perinatología por darnos la oportunidad de desarrollarnos profesionalmente a través de una investigación como esta, por todo su apoyo y motivación para concluir este esfuerzo.

A las enfermeras del Instituto Nacional de Perinatología por su colaboración y porque definitivamente sin ellas no hubiera sido posible este trabajo.

Y por supuesto a nuestras asesoras que mostraron su paciencia y dedicación se logró este trabajo: Lic. Catalina Mendoza y Lic. Rosalba Barbosa.

BAREÑO CEDILLO NORMA PATRICIA  
BOTELLO OSNAYA LAURA GEORGINA

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I	PAG.
<u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.....	4
1.5 OBJETIVOS.....	6
1.5.1 Objetivo general.....	6
1.5.2 Objetivos específicos.....	6
CAPITULO II	
<u>MARCO TEORICO.</u>	
2.1 ENFERMERÍA.....	7
2.1.1 Concepto.....	7
2.1.2 El conocimiento en enfermería.....	9
2.1.3 La enfermería como profesión.....	10
2.1.4 Licenciatura en enfermería y áreas de desarrollo.....	11
2.2 PREECLAMPSIA	
2.2.1 Concepto.....	14
2.2.2 Clasificación.....	15
2.2.3 Fisiopatología.....	15
2.2.4 Datos clínicos.....	18

2.2.5 Diagnóstico.....	20
2.2.5.1 Parámetros clínicos.....	20
2.2.5.1 Parámetros laboratoriales.....	24
2.2.6 Diagnóstico diferencial.....	25
2.2.7 Tratamiento.....	26
2.2.8 Tratamiento de la Preeclampsia en el Instituto Nacional de Perinatología.....	29
2.2.9 Complicaciones materno fetales.....	32
2.2.10 Acciones de enfermería específicas de la Preeclampsia.....	34

### CAPITULO III

#### METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES.....	40
3.1.1 Modelo de relación de variables.....	40
3.1.2 Variable independiente.....	40
3.1.3 Variables dependientes.....	40
3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	40
3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	41
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	41

### CAPITULO IV

#### INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.....	42
4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	43

CAPITULO V	
<u>DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS</u> .....	44
CAPITULO VI	
<u>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</u> .....	49
CAPITULO VII	
<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u> .....	53
CAPITULO VIII	
<u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u> .....	57
CAPITULO IX	
<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	61
CAPITULO XI	
<u>ANEXOS</u>	
No. 1 Cuestionario.....	65
No. 2 Cuadros y gráficas.....	69

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es una de las etapas de la vida de la mujer en la que se deben obtener muchos cuidados en todos los aspectos que involucran el buen desarrollo del futuro bebé y el bienestar de la madre, como son los nutricionales, el modo habitual de la vida, las prácticas laborales y socioculturales entre otras, que en algunos casos resultan adversos para que el embarazo culmine con un producto y una madre sanos.

Existe gran cantidad de mujeres que cuentan con todo lo necesario para mejorar su calidad de vida, pero debido a que en algunas de ellas se presentan alteraciones patológicas tienen probabilidades de desarrollar trastornos fatales tanto para el producto como para la madre, como es la Preeclampsia.

La Preeclampsia es una de las enfermedades más frecuentes en nuestro país y hasta nuestros días se desconoce su etiología, aunque existen teorías que nos ayudan a conocerla e identificarla; sus características principales son la hipertensión, la proteinuria y el edema causadas por la vasoconstricción y si esta no se controla a tiempo se puede manifestar la Eclampsia con convulsiones tipo gran mal.

El objetivo de ésta tesis sobre el tema de Preeclampsia, está elaborada con la finalidad de evaluar los conocimientos teóricos que posee el personal de enfermería que labora en el Instituto Nacional de Perinatología con la aplicación de un cuestionario del cual se obtuvo la información necesaria para determinar si los conocimientos aplicados a la práctica, disminuyen el daño en una paciente con Preeclampsia.

A lo largo de nuestra carrera, hemos visto la importancia de la intervención de la enfermera en el diagnóstico, tratamiento y recuperación de las pacientes y al realizar nuestro servicio social en el Instituto Nacional de Perinatología surgió el interés de conocer la intervención que podemos tener en una de las patologías más frecuentes de nuestro país.

La enfermería es una de las profesiones que al interactuar con otras profesiones del área de la salud, presta un servicio a la sociedad para el fomento a la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de los pacientes, además de que participa interprofesionalmente brindando atención de calidad.

El Instituto Nacional de Perinatología es una Institución de tercer nivel en el que se brinda atención a toda mujer embarazada de alto riesgo, es decir con alguna patología agregada que ponga en riesgo la vida de la madre o el hijo. Por lo tanto tenemos plena conciencia de que el personal de enfermería requiere de capacitación continua sobre las patologías más frecuentes y sus acciones específicas.

El orden en el que se desarrolla esta investigación es la siguiente:

Primeramente se presenta la descripción del problema, justificación de la investigación y los objetivos a lograr durante la realización de este estudio; en el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico en base a las variables en estudio, posteriormente en el tercer capítulo, se describe la metodología incluyendo las variables y el tipo y diseño de investigación así como las técnicas de investigación utilizadas.

En el cuarto capítulo se describe la instrumentación estadística en la que se presenta el universo la población y muestra, así como la descripción de los resultados obtenidos y un análisis de éstos.



Y para finalizar se darán las conclusiones y se anexará el instrumento utilizado para la recolección de datos así como los cuadros y gráficas que muestran la captura de resultados.

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Preeclampsia o también conocida como Enfermedad Hipertensiva Inducida por el embarazo (EHIE), en sus diversas presentaciones clínicas, sigue siendo hasta nuestros días un problema de salud pública en los países desarrollados y en los que se encuentran en vías de desarrollo por el alto índice de morbi-mortalidad perinatal que dicha patología representa; según datos estadísticos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>1</sup>

Esta enfermedad se presenta exclusivamente en el ser humano, y su etiología aún no ha sido determinada, simplemente se basa en diversas teorías y no es más que una forma reversible de hipertensión que complica entre el 6-8% de todos los embarazos mayores de 20 SDG, la mayoría de ellas son mujeres primigestas; sin descartar también a aquellas pacientes que cursan con embarazo múltiple, hipertensión esencial, daño renal crónico, padecimientos autoinmunes como el Lupus eritematoso y metabólicos como la Diabetes.

El Instituto Nacional de Perinatología ( INPer) es una Institución de tercer nivel destinada a la atención de embarazos de alto riesgo, puesto que día con día brinda atención a un sin número de pacientes que cursan con dicha patología, tan es así que actualmente ocupa el primer lugar tanto a nivel institucional en los servicios de Hospitalización de Ginecología con 915 casos, hospitalización de Obstetricia con 760 y la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) con 155 casos dando un total global de 1830 casos atendidos en un período anual comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre de 1998.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Programa de actualización continua en Ginecología y Obstetricia. Estados hipertensivos del embarazo. SCHERING México, 1998. pag.7

<sup>2</sup> INPer. Departamento de estadística. 1998

He aquí la importancia de contar con personal altamente calificado tanto médico como de enfermería, con el fin de que el índice morbi-mortalidad perinatal por dicha causa disminuya.

## 1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿ El personal de enfermería que labora en el Instituto Nacional de Perinatología, cuenta con los conocimientos teóricos de la Preeclampsia los cuales repercuten en el desarrollo de la práctica clínica?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La patología en estudio en esta investigación es la Preeclampsia puesto que ocupa el primer lugar de morbilidad dentro del Instituto Nacional de Perinatología, el cual es un instituto de tercer nivel destinado a brindar atención a aquellas pacientes con embarazos de alto riesgo, surgió la necesidad y el interés por la elaboración de esta investigación, porque dentro de nuestra práctica diaria hemos observado la gran incidencia y las repercusiones que esta patología ejerce sobre la salud de la mujer así como en todo su entorno psicosocial.

A lo largo de nuestra formación como profesionales de enfermería nos hemos percatado de la gran importancia que tiene la preparación intelectual y técnica de la enfermera para un adecuado desempeño, pues ella, a través de la observación e interpretación de manifestaciones clínicas puede percibir el estado de salud de la paciente obteniendo un diagnóstico oportuno para brindar atención adecuada.

Es por ello que consideramos importante evaluar las bases teóricas del personal de enfermería que labora en este Instituto y la influencia de sus conocimientos aplicados en la práctica clínica, pues enfermería debe tener mayor preparación tanto teórica como experimental con la finalidad de justificar con bases científicas su intervención en la atención de las pacientes porque cierto es que la enfermera sabe improvisar, intuye y es ejecutora de indicaciones médicas pero detrás de todo ello la enfermera debe contar con bases teóricas que antepongan sus acciones.

## 1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El embarazo es una de las etapas en la cual la mujer experimenta una gran adversidad de cambios anatomofisiológicos en su persona; así mismo, se encuentra más susceptible a desarrollar alguna patología debido a su interacción con los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que rodean su entorno ocasionando por consiguiente alteraciones en su estado de salud y/o en la del producto.

Cualquier patología lleva inmersa una serie de aspectos que involucran algunas áreas de las cuales enfermería debe conocer para tener una participación activa en el cuidado del paciente sabiendo de antemano que ella es una persona capaz de detectar problemas, planear, ejecutar y llevar una evaluación que conlleva a un nuevo aprendizaje.

Primeramente relacionaremos la patología en estudio con la participación de la enfermera en cada área en la cual puede participar activamente.

1. Ginecología. La enfermera profesional puede, a través de una historia clínica, identificar los factores de riesgo que presenta una mujer antes del embarazo y proponer actividades que prevenga la presencia de alguna patología.
2. Obstetricia. La enfermera es capaz de llevar un control prenatal identificando problemas reales indicando acciones que eviten problemas potenciales.
3. Farmacología. Consideramos es la rama de la medicina una de las más importantes para la enfermera ya que debe identificar los medicamentos indicados para la Preeclampsia, así como dosis efectos, adversos, indicaciones y contraindicaciones con el fin de detectar cualquier efecto en la paciente.

4. Anatomía y fisiología. Permite a la enfermera detectar la presencia de algunas alteraciones propias de la Preeclampsia actuando oportunamente evitando complicaciones.

## 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 Objetivo general.

- Evaluar los conocimientos teóricos del personal de enfermería que labora en el Instituto Nacional de Perinatología en cuanto a Preeclampsia se refiere y su repercusión en la práctica para evitar complicaciones.

### 1.5.2 Objetivos específicos.

- Identificar los conocimientos teóricos del personal de enfermería del Instituto Nacional de Perinatología relacionados a la Preeclampsia.
- Aplicar la metodología de la investigación para conocer y evaluar los conocimientos teóricos del personal de enfermería analizando la repercusión que puede tener en la práctica clínica.
- Proponer líneas de trabajo para mejorar la calidad de atención que brinda el personal de enfermería a las pacientes con Preeclampsia en este Instituto.

CAPITULO II  
MARCO TEÓRICO

## 2.1 ENFERMERÍA

### 2.1.1 Concepto.

" La mujer es una enfermera instintiva, formada por la madre naturaleza. La enfermera siempre ha sido una necesidad, y por tanto ha carecido de status social. En los tiempos primitivos era una esclava y en la era de la civilización, una sirvienta. Olvidada de los planes de los legisladores y en los cursos de los pedagogos, se la dejó sin protección ni preparación alguna. No era una artesana que pudiera obtener ayuda de un gremio hereditario; no existía una Liga Hanseática para las enfermeras. Lo enfermera, procedente de un ejército de pobreza anónimo e innumerado, trabajó como una criada y obedeció como una sierva. Careciendo de la dignidad de un oficio y de una ética profesional, no podía emerger de la degradación de su entorno. Nunca se les ocurrió a los arifóteles del pasado que para el bienestar público habría sido conveniente la formación de enfermeras que la de abogados. La enfermera sin formación es tan antigua como la raza humana; la formada es un descubrimiento reciente. la diferencia entre ambas sólo sería proyecto del comentario agudo sobre las insensateces y los prejuicios del género humano."

Víctor Robinson



" Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de éstos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud".<sup>3</sup>

Para entenderlo desglosaremos este concepto analizando su contenido:

- Es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida y pueda actuar y entender oportunamente.
- Es ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.
- Es cuidado integrado porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.
- Es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender éstas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse hacia un estado de salud.<sup>4</sup>

La enfermería es una profesión que en interacción con otras profesiones del área de la salud, presta un servicio a la sociedad para el fomento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos. La función de la enfermería se enfoca a la atención, cuidado y bienestar encaminados a la prevención o solución de los problemas de salud, reales o potenciales, cuando los sujetos sanos o enfermos que los presentan, no puedan resolverlos por sí mismos.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> GRINSPUN, Doris. Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico. México, 1992. Pag. 4.

<sup>4</sup> GRINSPUN, Doris. Op cit. Pag.5

<sup>5</sup> ENEO. Plan de estudios. México, Pag.5

## 2.1.2 El conocimiento en enfermería

La práctica de la enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes reajustes dentro de éste contexto social más amplia a medida que han aumentado los conocimientos y han ido variado las actitudes y valores.<sup>6</sup>

Con el paso del tiempo se puso en manifiesto que el amor y la dedicación no bastaba por sí mismos para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la enfermería dependía de otros dos ingredientes esenciales: habilidad/experiencia y conocimientos. A medida de que se dispuso de mayor información acerca de los males y enfermedades, fue surgiendo una actitud que recalca la necesidad de mayores conocimientos. El conocimiento de los hechos y principios proporcionaría el impulso para que la enfermería se convirtiese tanto en un arte como en una ciencia. La cabeza, el corazón y las manos se unieron firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna. Estos tres elementos esenciales corresponderían a la ciencia, el alma y la habilidad de la enfermería, e incluso serían sinónimos de los aspectos teórico, práctico y ético-moral de la misma.<sup>7</sup>

La profesión de enfermería tiene que estar basada en una base de conocimiento profundo, lo que permitirá a las enfermeras a vincularse mejor con el paciente en el transcurso de su práctica clínica. Este conocimiento profundo incorpora los 4 tipos de conocimiento: empírico, estético, personal y ético:

---

<sup>6</sup> DONAHUE. Op cit. Pág. 436

<sup>7</sup> Ibidem. Pag. 11

Conocimiento empírico: Es el conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se puede verificar. Incluye procesos descriptivos, exploratorios y prescriptivos.

Conocimiento e: ético: Se refiere al conocimiento expresado a través del arte de enfermería. Este tipo de conocimiento no ha sido bien articulado y en general es transmitido de enfermera a enfermera a través de métodos de observación.

Conocimiento personal: Este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión y autenticidad con uno mismo y con los demás, mientras más la enfermera se conozca a sí misma, mejor podrá conocer a otras personas.

Conocimiento ético: Es el conocimiento desde las perspectivas éticas, incorpora valores y requiere clarificación con el paciente y la abogacía.<sup>8</sup>

Sin embargo uno de los problemas más importantes es que la enfermería no se está practicando en todo su potencial ni se recibe el entrenamiento y experiencia que la habilitaría para lograr el alcance de la práctica, por lo tanto no ha logrado tener un auge dentro del área de salud.

### 2.1.3 La enfermería como profesión

La profesión de Enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos. Mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos, más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud.

---

<sup>8</sup> GRINSPUN, Doris.Op cit. Pag. 6

Este papel de la enfermera cumple un amplio rango de habilidades que van desde las más elementales hasta las más expertas técnicas profesionales necesarias en situaciones extremas que amenazan la vida. También tienen a su cargo la enseñanza para la salud de la gente en el autocuidado y de cómo mantener y promover la salud.

Se espera que la enfermera profesional funcione como miembro responsable del equipo de la salud, que colabore con colegas profesionales en la planeación y administración de los servicios de salud, y también que actúe independientemente y con garantía de eficiencia y calidad sobre las necesidades del paciente.<sup>9</sup>

#### 2.1.4 Licenciatura en enfermería y las áreas de desarrollo.

En 1967-1975 la Licenciatura en enfermería maduró y se convirtió en una acreditación importante para las enfermeras que ostentaban puestos directivos. Se produjo un creciente interés por la investigación y una expansión del número de programas de diplomados dentro de las especialidades clínicas.

El grado de licenciatura se ha asentado firmemente en la estructura de la formación de enfermería. Existen continuas discusiones en torno al propósito y al producto de este tipo de formación.

La Universidad Nacional Autónoma de México, actualmente imparte la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en la cual los egresados se distinguen por su capacidad para participar en la solución de los problemas del área de salud que afectan a las grandes mayorías proponiendo cambios que lo lleven a una sociedad sana.

---

<sup>9</sup> CASASA. Op cit. Pag115

La licenciatura además de brindar apoyo asistencial asume funciones administrativas, de docencia y de investigación.

Investigación: Toda profesión está constituida sobre un cuerpo de conocimientos descriptivos. Como otras profesiones, la enfermera reconoce la necesidad de identificar verificar e incrementar el cuerpo de conocimientos científicos sobre el que se basa la práctica. La responsabilidad primaria de la enfermera a cargo de la atención reside en la aplicación práctica de los hallazgos de investigación. La investigación en enfermería proporciona un fundamento teórico para la práctica, promueve su progreso y el bienestar de aquellos que reciben asistencia de la enfermera.

Administración: Proporcionar atención de calidad en el complejo sistema de salud actual requiere de conocimientos y aptitudes para la administración. La enfermera administradora debe saber cómo valorar las necesidades de atención globales que tiene la paciente, organizar la asignación de los pacientes, delegar adecuadamente el trabajo y evaluar la efectividad. Con el actual énfasis efectividad/costo, cuando se administran las asignaciones para la atención del paciente, la enfermera administradora debe considerar tanto la eficiencia como la efectividad de los resultados y debe conocer el problema del presupuesto.

Por lo tanto, las enfermeras administradoras deben saber valorar las virtudes y los defectos del personal y facilitar su desarrollo profesional.

Docencia: Una definición que delimite toda un área de salud y bienestar humano en la que la enfermera es una experta y un profesional independiente reclama más enseñanza que adiestramiento.

El profesional de enfermería está capacitado para desarrollarse en el área de la docencia, ya que no sólo se trata de adquirir y brindar conocimientos sistemáticos del comportamiento y desarrollo humano, del comportamiento de grupos y tratamientos, sino que se debe recurrir a las ciencias físicas, biológicas y sociales, por ello se considera la importancia en el área de docencia para poder formar profesionales de salud que sean capaces de identificar los problemas y solucionarlos a su alcance y buscando el bienestar del paciente.

Clínica: Las enfermeras asumen la responsabilidad de brindar al paciente los cuidados físicos necesarios. La enfermera que brinda servicios clínicos tiene los conocimientos técnicos para administrar cuidados de enfermería además que reconoce los indicios que la alertan para instituir y modificar tales cuidados según sean las necesidades de los pacientes.

## 2.3 PREECLAMPSIA

### 2.3.1 Concepto.

Padecimiento que complica el embarazo mayor de 20 semanas, o al puerperio (no más de 14 días) y que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y en casos severos, alteraciones hematológicas, hepáticas y del sistema nervioso central (convulsiones o estado de coma. Engloba a los distintos tipos evolutivos de la enfermedad (Preeclampsia leve, Preeclampsia severa, inminencia de Eclampsia, Eclampsia y síndrome de HELLP).<sup>10</sup>

Se desconoce la etiología precisa de la EHIE, pero hay varios factores que aumentan el riesgo a presentarla, entre ellos resalta:

- Adolescencia
- Edad mayor de 35 años
- Bajo nivel socioeconómico
- Desnutrición
- Primigesta
- Antecedentes familiares de Hipertensión
- Hipertensión crónica
- Diabetes mellitus
- Embarazo múltiple
- Mola hidatiforme
- Polihidramnios (líquido amniótico excesivo)
- Incompatibilidad de grupo Rh.

---

<sup>10</sup> Programa de actualización Continua en Ginecología y Obstetricia. Estados Hipertensivos del embarazo. Libro 2 Pp.7.

### 2.3.2 Clasificación.

La siguiente clasificación nos muestra la historia natural de la enfermedad, además de que a través de ella podemos conocer las características de cada una e identificarla.

#### 1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO

- A. Preclampsia leve.
- B. Preeclampsia severa
- C. Inminencia de Eclampsia
- D. Eclampsia
- E. Síndrome de HELLP
- F. Preeclampsia recurrente
- G. Enfermedad hipertensiva no clasificable

#### 2. ENFERMEDAD VASCULAR CRÓNICA HIPERTENSIVA

- A. Hipertensión arterial sistémica esencial
- B. Hipertensión arterial sistémica secundaria
- C. Hipertensión arterial sistémica crónica con EHIE agregada.<sup>11</sup>

### 2.3.3 Fisiopatología.

#### - Circulación hiperdinámica

Estudios sugieren que la característica hemodinámica más frecuente en la Preeclampsia es el aumento del gasto cardiaco materno y la resistencia vascular periférica. Lo anterior nos hace pensar que existe una severa vasoconstricción o pérdida de los mecanismos de vasodilatación periférica del

---

<sup>11</sup> Op cit. pag.7.



embarazo, lo que podría relacionarse con alteración del mecanismo de vasoconstricción y vasodilatación además de respuestas homeostáticas de algunos tejidos o células (como endotelio o músculo de la pared vascular).

Una mujer con EHIE presenta aumento de volúmen cardíaco, por lo que la elevación de la resistencia periférica se podría explicar por una reactividad vascular aumentada que conduce a un estado de vasoconstricción sistémica.

- Pérdida de la resistencia a la angiotensina II y a las catecolaminas.

La presión arterial empieza a elevarse después de las 20 semanas de gestación, probablemente debido a una pérdida gradual de la resistencia normal del embarazo a la angiotensina II.

Un dato que podría estar relacionado es que la síntesis de la prostaglandina (PGE2) y la prostaciclina (PGI2) se reduce en la mujer con EHIE. Tanto la PGE2 como la PGI2 son vasodilatadores potentes u la reducción de estos factores puede aumentar la sensibilidad a la angiotensina II y por lo tanto, causar la mayor parte de la patología relacionada con la EHIE.

- Retención de sodio y agua

La retención de sodio es un fenómeno adjunto del crecimiento y es normal durante el embarazo, pero cuanto ocurre sobre todo a nivel intracelular se intensifica. De todas maneras la retención de sodio no es la causa principal para que existe la EHIE, sin embargo, la alteración a nivel de la membrana celular puede inhibir el intercambio ordinario de sodio.

Los cambios patológicos atribuidos a la preeclampsia son los siguientes.

- Riñón. El riñón es el órgano más estudiado en las mujeres con Preeclampsia. La lesión renal que caracteriza a la Preeclampsia se define como endoteliosis

glomerular, es decir, tumefacción del endotelio capilar glomerular causado por una "inflamación de las células endoteliales y el depósito de material amorfo en su citoplasma produciendo crecimiento e inflamación de los capilares glomerulares. El glomérulo crece pero la luz de sus vasos se estrecha, de manera que la isquemia es una manifestación notable; las células intersticiales entre los capilares proliferan y el penacho capilar presiona todo el glomérulo.

Los túbulos renales muestran grados variables de necrosis tubular y anomalías inespecíficas secundarias a isquemia junto con material proteináceo en la luz tubular. El edema intersticial, por lo general es secundario a daño celular. En casos raros, el espasmo vascular renal intenso y la isquemia pueden producir trombosis arterial extensa e infarto, dando como resultado necrosis cortical renal bilateral que podría ser mortal.

- Placenta. Los cambios hísticos en la placenta producidos por la preeclampsia y la eclampsia sugieren vejez prematura; además se desarrollan degeneración sincitial, depósito hialino paravelloso y congestión del espacio velloso. La disminución del riego materno hacia la placenta produce degeneración y trombosis de las arterias espirales en la decidua, necrosis de ésta y hemorragia hacia el tejido circundante..

- Sangre. Con frecuencia ocurre coagulación intravascular diseminada (CID) , debido a la separación prematura en placas de la placenta, que inicia una coagulación de consumo progresiva.

- Hígado. La lesión hepática característica es necrosis hemorrágica periportal lobular a consecuencia de trombosis de arteriolar hepáticas, puede ocurrir extravasación y pueden formarse coagulos de fibrina, en especial en las bases de las columnas de células hepáticas.

- Encéfalo. A causa del edema cerebral, pequeñas hemorragias cerebrales pueden afectar a casi el 20% de las pacientes con preeclampsia-eclampsia. Las regiones mayormente afectadas son la protuberancia cunular, los ganglios basales y las áreas subcorticales.
- Corazón. Puede existir hemorragia subendotelial, trombosis de fibrina, necrosis focal y hemorragia miocárdica.
- Pulmones. Las pacientes con eclampsia pueden presentar edema agudo de pulmón y neumonía bronquial hemorrágica difusa y grave.

#### 2.3.4 Datos clínicos

La preeclampsia se caracteriza por la elevación de la presión arterial, proteinuria y/o edema después de la semana 20 del embarazo en grávidas que fueron normales en tiempo anterior al respecto.

Hay otras manifestaciones clínicas de la EHIE entre ellas se encuentran:

- Dolor de cabeza continuo e intenso en la región frontal u occipital
- Inflamación de cara y dedos.
- Visión borrosa y poco clara
- Vómito persistente
- Reducción en la cantidad de orina que se elimina
- Dolor epigástrico (síntoma tardío)

a) Elevación de la presión arterial. “La hipertensión es el signo clave del diagnóstico de EHIE. La hipertensión gestacional consiste en incremento de la presión sistólica > 30 mm hg o más, elevación de la presión diastólica de > 15 mm Hg o más, o presión arterial de 149/90 o más. Existe también hipertensión

con aumento de la presión arterial media de 20 mmHg. Los niveles descritos deben producirse por lo menos 2 veces, con 6 horas de separación o más; y se basarán en las presiones arteriales registradas con anterioridad".<sup>12</sup>

b) Edema. En la EHIE el edema va asociado a la retención de sales y la vasoconstricción. "El líquido intravascular se puede desplazar tanto por los espacios intracelular como intersticial, se observa en cara, manos y abdomen y no está relacionado con la posición del cuerpo. El desarrollo de una mala función renal provoca un descenso en los niveles de albúmina en suero. A medida que la presión coloidosmótica (PCO) del plasma disminuye, se produce una mayor desplazamiento de líquido hacia los espacios intracelulares , entre ellos cerebros hígado y riñones. Esta clase de edema es el edema generalizado." <sup>13</sup>

c) Proteinuria. " La proteinuria es un signo de preeclampsia que suele seguir a la hipertensión o que aparece simultáneamente con la misma. La proteinuria de la preeclampsia no es selectiva y contiene una mezcla de varias proteínas con diferentes pesos moleculares. La proteinuria de la preeclampsia se produce de forma característica en ausencia de otras alteraciones de tipo nefrítico (hematuria, cilindros hemáticos) o nefrótico ( lípidos birrefringentes, cilindros céreos) en el sedimento. La presencia de un sedimento de tipo nefrótico o nefrítico debe hacer sospechar la posibilidad de enfermedad renal subyacente." <sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> BENSON. Manual de Obstetricia y Ginecología. Pag.379-380

<sup>13</sup> DICKANSO. Enfermería materno infantil, Pag. 519

<sup>14</sup> ARIAS, Fernando. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Pág.191

#### d) Otros signos y síntomas.

Los dolores de cabeza suelen estar presentes en las formas moderadas a graves de preeclampsia. El dolor puede ser frontal u occipital, pulsátil o continuo, puede acompañarse de síntomas visuales y suele llegar a ser muy intenso.

El síntoma visual más frecuente son los escotomas a la percepción transitoria de luces ó manchas negras. Estos síntomas pueden progresar hasta desarrollar una incapacidad brusca para enfocar, visión borrosa y en casos graves ceguera total.

El dolor en epigastrio o en el cuadrante superior derecho suele preceder a la presentación de convulsiones y se acompaña con frecuencia de marcadas alteraciones de los niveles en suero de transaminasa del glutamato oxalacetato (GOT), transaminasa de lactato piruvato (GPT) y lactato deshidrogenasa (LDH).

La exaltación de los reflejos osteotendinosos profundos también es frecuente y se debe a la irritabilidad del SNC.

### 2.3.5 Diagnóstico.

El diagnóstico de la preeclampsia se va a determinar a través de los datos característicos de la misma y servirán como apoyo los parámetros laboratoriales y de gabinete para brindar el tratamiento que la paciente requiera.

#### 2.3.5.1 Parámetros clínicos

Preeclampsia leve.

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve, cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

a) Presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg o elevación mayor o igual a 30 mm Hg sobre la habitual.

- b) Presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg o elevación mayor o igual a 15 mm Hg sobre la presión habitual.
- c) Presión arterial media mayor o igual a 106 mm Hg.
- d) Proteinuria menor de 3 gr en orina de 24 hrs.
- e) Edema persistente de extremidades o cara.

#### Preeclampsia severa

Se considera la existencia de preeclampsia severa, cuando posterior a la semana 20 de gestación, aparecen dos o más de los siguientes signos:

- a) Presión sistólica igual o mayor a 160 mm Hg.
- b) Presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg.
- c) Presión arterial media mayor a 126 mm Hg.
- d) Proteinuria mayor a 3 gramos en orina de 24 horas.
- e) Edema generalizado o bien la presencia de uno o más signos:
  1. Presión sistólica igual o mayor a 180 mm Hg.
  2. Presión diastólicas igual o mayor a 129 mm Hg.
  3. Presión arterial media mayor o igual a 140 mm Hg.
  4. Proteinuria mayor a 5 gramos en orina de 24 horas.

#### Inminencia de eclampsia:

Se establece su diagnóstico cuando posterior a la semana 20 de gestación, aparecen uno o más de los siguientes datos:

- a) Presión arterial mayor a 185 mm Hg, con presión arterial diastólica mayor a 115 mm Hg.
- b) Proteinuria mayor a 10 gramos en orina de 24 horas.
- c) Estupor.

- d) Pérdida parcial o total de la visión.
- e) Dolor epigástrico en barra.
- f) Hiperreflexia generalizada.

#### Eclampsia.

El diagnóstico se establece cuando posterior a la semana 20 de gestación o en el puerperio (no más de 14 días), se presentan convulsiones o estado de coma acompañados de hipertensión arterial, edema o proteinuria.

#### Síndrome de HELLP.

Se establece el diagnóstico de HELLP, cuando una paciente con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, se le agrega hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de la cuenta plaquetaria.

El síndrome se clasifica de acuerdo a la cuenta plaquetaria:

TIPO I Cuando la cuenta plaquetaria es menor a 50 000 células /mm<sup>3</sup>.

TIPO II Cuando la cuante plaquetaria se encuentra entre 50 000 y 100 000 células/mm<sup>3</sup>.

TIPO III Cuando la cuenta plaquetaria se encuentra entre 100 000 y 150 000 células/ mm<sup>3</sup>.

TIPO IV Cuando el síndrome aparece en el puerperio.

#### Preeclampsia recurrente.

El término de preeclampsia recurrente se refiere a la presencia a la presencia de cualquiera de los tipos de EHIE que se presenta por segunda ocasión o más en embarazos consecutivos o no.

Enfermedad hipertensiva no clasificable.

Situación que establece la imposibilidad de ubicar claramente la clasificación de la entidad, ya sea por carecer de los elementos necesarios o bien por haberse instituido tratamiento previo a su estadificación.

Hipertensión arterial sistémica esencial

Se refiere al padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de la semana 20 de gestación, y/o persistencia de cifras tensionales elevadas después del nacimiento, y que no sea consecuencia de alteración anatómica o funcional renal.

Hipertensión arterial sistémica secundaria.

Se refiere al padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de la semana 20 de gestación, y/o persistencia de cifras tensionales elevadas después del nacimiento y que sea consecuencia de alteración anatómica o funcional renal primaria.

Hipertensión arterial sistémica crónica con EHIE agregada.

Se refiere al padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de la semana 20 de gestación, o historia de hipertensión arterial previa al embarazo, en la que además se presenta exacerbación de la hipertensión (incremento igual o mayor a 30 mm Hg de la presión sistólica, y/o igual o mayor a 15 mm Hg en la diastólica) junto con el desarrollo de edema generalizado o proteinuria igual o mayor a 1 gramo en orina de 24 horas, o elevación de ácido úrico igual o mayor a 6 mg/dl, durante la segunda mitad del embarazo.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Programa de actualización continua en Ginecología y Obstetricia. Op cit. pág.8



### 2.3.5.2 Parámetros laboratoriales.

Los valores de hemoglobina y hematocrito pueden incrementarse a causa de hemoconcentración, o en los casos más graves suele haber anemia secundaria a hemólisis y a menudo hay trombocitopenia.

Quizá se detecten productos de desdoblamiento de fibrina y disminución de los factores de la coagulación. La glucosa y los electrolitos de la sangre son normales.

Estudios de función renal.

- Concentración sérica de ácido úrico y depuración de uratos.

El ácido úrico es el indicador más sensible de la preeclampsia disponible para los clínicos, una disminución en la depuración de ácido úrico precede a un decremento medible del rango de filtración glomerular. También los niveles séricos de ácido úrico son actualmente un mejor predictor del resultado perinatal de la tensión arterial. Aunque se piensa que el incremento sérico de ácido úrico se debe a una función renal alterada, una visión alterna sostiene que el aumento es secundario al estrés oxidativo.

- Concentración sérica de creatinina y depuración de creatinina.

La depuración de creatinina está disminuída en la mayoría de las pacientes con preeclampsia severa pero puede ser normal en pacientes con formas leves de la enfermedad. Las determinaciones de creatinina sérica si se obtienen seriadamente pueden reflejar esta disminución en la depuración, pero a menos de que los valores están muy elevados no son muy útiles dado el amplio rango de valores normales simples. La creatinina sérica varía como una función

---

geométrica de la depuración de creatinina. Así un aumento de .6 a 1.2 mg/dl indica que la depuración de creatinina ha disminuído a la mitad. La interpretación de mayores variaciones de la concentración de creatinina sérica depende de la habilidad de diferenciar entre pequeños cambios de la creatinina por los cambios funcionales y de aquellos debido a las variaciones en las técnicas de laboratorio. Así los cambios en la filtración glomerular son mejor determinados por mediciones en la depuración de creatinina.

- Nitrógeno de urea sanguínea y depuración de urea.

Los cambios en la depuración de urea y el nitrógeno de urea sanguíneo son un espejo de los cambios en la depuración de creatinina. Se debe tener la misma precaución que con las concentraciones séricas de creatinina, así como entender que la concentración sanguínea de urea es también influenciada por la ingesta de proteínas y la función hepática.

La urea sanguínea a veces se puede incrementar en pacientes hospitalizados a pesar de no existir cambios en la concentración de creatinina sérica probablemente por un cambio dietético.

### 2.3.6 Diagnóstico diferencial.

- **Enfermedad esencial crónica**

- **Hipertensión crónica causada por enfermedad renal**

Nefritis intersticial

Glomerulonefritis aguda y crónica

Lupus eritematoso sistémico

Glomeruloesclerosis diabética

Esclerodermia

Poliarteritis nudosa

Enfermedad renal poliquística

Estenosis vascular renal

Insuficiencia renal crónica con tratamiento mediante diálisis

Transplante renal.

**- Hipertensión crónica causada por enfermedad endócrina**

Enfermedad y síndrome de Cushing

Hiperaldosteronismo primario

Tirotoxicosis

Feocromocitoma

Acromegalia

**- Hipertensión crónica causada por coartación de la aorta<sup>16</sup>**

**2.3.7 Tratamiento.**

El tratamiento a realizar depende de la gravedad del caso:

Preeclampsia leve: Se recomienda el reposo en cama en decúbito lateral izquierdo, con la finalidad de disminuir la presión sobre la vena cava para aumentar el retorno venoso, el volumen circulatorio y la perfusión tanto placentaria como renal. La dieta debe tener un contenido proteínico moderado a elevado para sustituir la pérdida de proteínas en orina y debe ser baja en sal para evitar la retención de líquidos.

Es indispensable vigilar el bienestar fetal a través de:

- Registro o monitoreo materno-fetal
- Ultrasonido para valorar el crecimiento fetal.

---

<sup>16</sup> DeCHERNEY. Ibidem. Pag.469.

- Amniocentesis para determinar la madurez pulmonar fetal.
- Realización semanal de exámenes sanguíneos, entre ellos: creatinina, ácido úrico, proteinuria, hemoglobina y hematocrito.

Preeclampsia severa: Cuando se considere nociva para la madre debe interrumpirse el embarazo, aún cuando el producto sea pretérmino, los cuidados a seguir son los siguientes:

- Reposo en cama, siendo absoluto y reduciendo al máximo los estímulos externos.
- Dieta. Dependiendo del manejo, se brindará la dieta. Si se considera interrumpir el embarazo será necesario mantener en ayuno a la paciente.
- Sustitución de líquidos. La meta del ingreso de líquidos es lograr un equilibrio entre la corrección de la hipovolemia y la prevención de una sobrecarga circulatoria.

La principal prevención en pacientes con preeclampsia severa es: 1) prevenir crisis, 2) controlar la hipertensión y 3) extraer al feto.

La prevención de las crisis se realiza con el uso de medicamentos:

- Sulfato de Magnesio: Es el anticonvulsivo ideal en la Preeclampsia, el magnesio ejerce un efecto anticonvulsivante a nivel periférico, bloqueando la transmisión neuromuscular merced a la disminución de la liberación de acetilcolina en respuesta a los potenciales de acción neuronales.

Es necesario monitorizar a los pacientes que lo reciben, para prevenir los efectos colaterales graves. Las variables clínicas que hay que monitorizar son el volúmen urinario, el reflejo rotuliano y la función respiratoria. Dado que el magnesio se elimina vía renal se debe tener un control del volúmen urinario.

- Difenilhidantoína: Se emplea para el tratamiento y profilaxis de crisis eclápticas. Actúa inhibiendo la propagación de la actividad del foco donde se origina la crisis hacia la corteza motora.

Para el tratamiento de la eclampsia con fenitoína se comienza con una dosis de 15-25 mg/kg según el peso de la paciente. La medicación debe administrarse lentamente por vía intravenosa, sin superar nunca los 25 mg/kg.

El tratamiento antihipertensivo consiste en prevenir la hemorragia intracraneal y el fallo ventricular izquierdo.

- Hidralazina: Disminuye el riesgo de hemorragia cerebral y fallo ventricular izquierdo y contribuye a prevenir la crisis. Actúa directamente sobre el músculo liso arteriolar, disminuyendo la resistencia periférica. Los efectos colaterales son la disminución de la perfusión uteroplacentaria (por la aparición de desaceleraciones tardías) y la circulación hiperdinámica, por ello debe monitorizarse durante la ministración IV.

- Metildopa: Ha sido el antihipertensivo más utilizado durante la gestación, el lugar de acción de fármaco es el sistema nervioso central. Induce la síntesis de los receptores alfa y reduce los impulsos simpáticos generados por el sistema nervioso central. Su acción afecta fundamentalmente la resistencia vascular periférica, teniendo escasos efectos sobre el gasto cardiaco. Produce dilatación tanto de los vasos arteriales como los de capacitancia, permitiendo así la expansión del volumen intravascular. Alcanza su efecto máximo en 4 a 6 hrs después de su ministración, siendo la duración total de su acción de 8 hrs aproximadamente.

- Nifedipina: Es un bloqueador de los canales de calcio y se usa para prevenir el vasoespasmo coronario. Es un excelente vasodilatador periférico y buen agente focolítico. Alcanza su máximo nivel a los 30 min. después de su ingestión. La dosis inicial de nifedipina es de 10 mg por VO y se puede seguir administrando dosis de 10-20 mg cada 4 a 6 hrs.

Por último la decisión de extraer al feto es una paciente con preeclampsia grave es relativamente simple cuando la edad gestacional es mayor de 36 SDG. Sin embargo cuando el embarazo es menor de 30 SDG se deben valorar los riesgos materno fetales asociados a un nacimiento prematuro.

### 2.3.8 Tratamiento de la preeclampsia en el Instituto Nacional de Perinatología.

En el Instituto Nacional de Perinatología se elaboraron normas para la decisión del tratamiento en paciente con preeclampsia severa las cuales se presentan a continuación:

En el servicio de urgencias:

- Administración de solución Dextrán al 40% 300 ml para 3 hrs.
- Monitorización de la tensión arterial cada 15 min.
- Clorpromazina 12.5 a 25 mg IM
- Alfametildopa 500mg VO
- Hidralazina 50 mg VO
- Difenilhidantoina 500 mg IV
- Dexametasona 16 mg IV

#### En Quirófano:

- Interrupción del embarazo vía abdominal
- Anestesia general epidural dependiendo de condiciones y criterio de anesthesiólogo.

#### En Trabajo de Parto:

- Aplicación de cateter para Presión Venosa Central
- Monitorización continua de presión arterial periférica, presión venosa central, frecuencia cardiaca y diuresis
- Monitorización electrónica de frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina
- Conducción de trabajo de parto
- Anestesia epidural
- AMD 500 mg VO cada 8 hrs
- Hidralazina 50 mg VO cada 6 hrs
- DFH 125 mg IV cada 8 hrs
- Dexametasona 8 mg IV cada 8 hrs.

#### En Hospitalización:

- Vigilancia de la presión arterial cada 1 a 2 hrs de acuerdo a respuesta
- Corroborar bienestar fetal mediante ultrasonografía, registro cardiotocográfico o perfil biofísico semanal.
- Pruebas de función renal en orina de 24 hrs. semanal.
- BH completa, pruebas de coagulación y pruebas de función hepática cada 72 hrs.
- Creatinina y ácido úrica en sangre cada 24 hrs.
- Teleradiografía de tórax.

- Continuar con el manejo antihipertensivo y vasodilatador (AMD e HDZ)
- Terminar con el esquema de edema cerebral
- En embarazos entre las 28 y 32 SDG es recomendable el uso de Betametasona 12 mg IM cada 24 hrs, por 3 dosis.

Si no hay datos de descompensación, se interrumpirá el embarazo a las 36 SDG como máximo según condiciones obstétricas.

Se interrumpirá el embarazo independientemente de la edad gestacional cuando existan los siguientes criterios:

Maternos:

- Elevación de la creatinina sérica de 1 mg/dl en relación a la basal
- Elevación de ácido úrico en sangre de 1mg/dl en 24 hrs o por ambas de 10mg/dl independientemente del valor previo
- Descontrol de cifras tensionales
- Oliguria menor de 20 ml/hr
- Datos sugestivos de inminencia de eclampsia
- Eclampsia
- Presencia de algún parámetro de Síndrome de HELLP

Fetales:

- Baja reserva fetal
- Oligohidramnios severo

En la Unidad de Cuidados Intensivos al Adulto:

- Ayuno
- Reposo en decúbito lateral izquierdo
- Signos vitales y uresis horaria



- Colocación de cateter central y sonda foley.
- Electrocardiograma al ingreso.
- Monitorización cardiaca continua
- Cardiotocografía fetal anteparto a partir de las 32 SDG
- Dextrán 40% 500 ml para 3 hrs y continuar con solución glucosada al 10% 1000 cc para 6 hrs.
- Mantener la PVC entre 8 y 12 mm de H<sub>2</sub>O.
- AMD 500 mg VO cada 6 hrs
- HDZ 50 mg VO cada 6 hrs
- Nifedipina 10 mg Sublingual si la presión diastólica es mayor o igual a 110 mm Hg.
- DFH 125mg IV cada 8 hrs
- Dexametasona 8 mg IV cada 8 hrs

Las pacientes ingresadas a este servicio se mantendrán hasta la interrupción del embarazo.

### 2.3.9 Complicaciones materno-fetales.

Las complicaciones más frecuentes en la preeclampsia es:

Eclampsia : Es una forma extremadamente grave de preeclampsia. Se caracteriza por la aparición de crisis generalizadas tonicoclónicas en mujeres con preeclampsia. La patogenia de la eclampsia sigue siendo desconocida. Es posible que el vasoespasmo arterial grave produzca una rotura del endotelio vascular, con hemorragias pericapilares, que generan focos de descargas eléctricas anormales que posteriormente se generalizan y producen convulsiones.

Síndrome de HELLP: Cuando una paciente con preeclampsia grave presenta un recuento plaquetario inferior a 100 000/mm<sup>3</sup>, habrá que buscar hematíes fragmentados en el frotis de sangre periférica y determinar la haptoglobina sérica y los niveles de enzimas hepáticas. Si aparece en el frotis hematíes fragmentados, la haptoglobina está ausente o presenta una disminución marcada y las enzimas hepáticas están elevadas, ello indica que la paciente sufre una preeclampsia con complicaciones hematológicas. La hemólisis resulta del paso de los hematíes a través de vasos muy estrechos y parcialmente obliterados por depósitos de fibrina. Esta complicación de la preeclampsia se conoce como síndrome de HELLP.<sup>17</sup>

Además de éstas se puede presentar la coagulación intravascular diseminada, seguida de desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada asociándose a la muerte fetal.

Otras complicaciones son insuficiencia renal aguda, edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca congestiva o síndrome de distress respiratorio.

La ruptura hepática es una complicación mortal hasta en 70% de los casos, comunmente afecta al lóbulo derecho y es antecedida por hematoma en el parénquima, el cual se manifiesta inicialmente por dolor epigástrico intenso que persiste por varias horas antes del colapso circulatorio.

Entre las complicaciones fetales destacan la prematuridad que se presenta entre el 60 y 80% de los casos que condiciona a muerte fetal en un 30 a 40%, seguida de un retardo en el crecimiento intrauterino, enfermedad de membrana hialina, sepsis, hemorragia intracraneana, enterocolitis necrosante y trombocitopenia.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> ARIAS, Fernando. *Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo*, pag.202 y 203.

<sup>18</sup> Programa de Actualización continua en Ginecología y Obstetricia. *Ibidem*. Pag.22

### 2.3.10 Acciones de enfermería específicas en la preeclampsia

Uno de los principales medios por lo que se puede identificar la preeclampsia es a través de las acciones de enfermería, puesto que la enfermera es la persona que tiene contacto directo con la paciente y por medio de los signos vitales y datos clínicos se puede sospechar el diagnóstico, por ello, es importante la realización de diferentes actividades así como la identificación de los problemas principales para la erradicación, disminución y prevención de problemas potenciales.

A continuación simplificaremos por medio de un cuadro los problemas reales, y la solución para evitar problemas potenciales en una paciente con preeclampsia además de las acciones a seguir en caso de complicaciones como es la eclampsia y el síndrome de HELLP:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	META
Falta de conocimientos en relación con EHIE, su tratamiento y consecuencias materno-fetales.	1. Describir la EHIE y las consecuencias materno-fetales, así como el propósito y la importancia de las medidas terapéuticas.	1. La enfermedad y hospitalización durante el embarazo suele ser una situación no prevista. Gracias a una información completa, puede comprender mejor la situación y sus consecuencias	La mujer conocerá su estado y sus consecuencias, lo que se traduce en su capacidad para describir la EHIE y su tratamiento, así como en su cooperación con el tratamiento.
Deficiencia del volumen de líquidos por la	1. Valorar la tensión arterial cada 1 a 4 hrs utilizando el	1. La presión arterial puede variar cada hora; se eleva como	La deficiencia en el volumen de líquidos

<p>salida de líquido del espacio intravascular al extravascular secundaria al vasoespasmo.</p>	<p>mismo brazo y la misma posición de la paciente.</p>	<p>resultado de una mayor resistencia vascular periférica por vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar.</p>	<p>deberá controlarse manteniendo el volúmen intravascular, lo que se traduce en reducción del edema, gasto urinario adecuado, densidad urinaria normal, proteinuria reducida y elevación del hematocrito.</p>
	<p>2. Pesar diariamente: el aumento de 1 kg/sem o más durante el segundo trimestre o de 0.5 kg/sem o más en el segundo trimestre es sugestivo de EHIE.</p>	<p>2. El aumento de peso y el edema son consecuencia de la retención de sodio y agua.</p>	
	<p>3. Valorar el edema:          (+) edema ligero del área pedia o pretibial          (++) edema acentuado de las extremidades inferiores.          (+++) Edema de cara, manos, pared abdominal inferior y sacro.          (++++) Anasarca con ascitis</p>	<p>3. La disminución de la presión coloidosmótica del plasma provoca salida de líquido del espacio intravascular extravascular.</p>	
	<p>4. Mantener reposo en cama y fomentar la posición en decúbito lateral izquierdo.</p>	<p>4.El reposo eleva la fuiltración glomerular.</p>	
	<p>5. Reportar si el gasto urinario es menor de 30 ml/hr o la densidad urinaria. Mantener sonda foley a permanencia</p>	<p>5. En la EHIE hay reducción del flujo plasmático renal y de la flitración</p>	

	<p>6. Estudio urinario de proteínas.</p> <p>7. Valorar el hematocrito en forma regular</p> <p>8. Proporcionar una dieta hiposódica e hiperproteica. En caso de EHIE sever mantener en ayuno a la paciente</p>	<p>glomerular. Si la oliguria aumenta, es un signo de que la situación empeora.</p> <p>6. La proteinuria es el resultado de edema del endotelio de los capilares glomerulares.</p> <p>7. La reducción del líquido intravascular provoca aumento del hematocrito debido al cambio en la proporción entre glóbulos rojos y volumen de líquido.</p> <p>8. La ingestión de sodio aumenta</p>	
<p>Riesgo elevado por la posibilidad de convulsiones secundaria al vasoespasmo o edema cerebral.</p>	<p>1. Vigilar el reflejo patelar, equiliano, bicipital y buscar clono.</p> <p>2. Ministrar Sulfato de Magnesio, según orden médica:  Vía IV: Dosis de carga de 4 gr seguida de una solución continua de 2g/hr.  Vía IM: 10g de Sulfato de Magnesio al 50% en forma de inyección IM profunda (5g en</p>	<p>1. La hiperreflexia indica irritabilidad en el SNC.</p> <p>2. El sulfato de magnesio es un depresor cerebral; también reduce la irritabilidad neuromuscular y produce vasodilatación y reducción de la tensión arterial.</p>	<p>La paciente no presentará convulsiones y no muestra datos de que la enfermedad esté progresando.</p>

	<p>cada cuadrante superior externo de cada glúteo). Vigilar la cifra de magnesio frecuentemente para prevenir una sobredosis.</p>		
<p>Riesgo elevado a la perfusión placentaria deficiente, secundaria a vasoespasmo o posible desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.</p>	<p>1. Mantener a la paciente en decúbito lateral izquierdo.</p> <p>2. Valora los resultados de los estudios fetales seriados, como prueba sin estrés, US, perfilbiofísico.</p> <p>3. Reportar signo de desprendimiento de placenta como hipersensibilidad uterina, hemorragia vaginal, cambios en la actividad fetal, cambios en la FCF, dolor abdominal continuo.</p> <p>4. Si se inicia el trabajo de parto, vigilar el feto mediante un tococardiógrafo. Reportar la presencia de</p>	<p>1. El decúbito lateral evita la presión sobre la vena cava y mejora la perfusión placentaria.</p> <p>2. En la valoración del feto se determina el estado del mismo, y su capacidad para soportar la tensión del trabajo de parto, así como su madurez.</p> <p>3. El vasoespasmo y la presión arterial elevada de la preeclampsia aumentan el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta</p> <p>4. Debido a la perfusión placentaria reducida por el vasoespasmo, el feto puede tener dificultades para</p>	<p>El feto tolera la tensión del estado materno, sin sufrir lesiones, lo que se traduce en un crecimiento intrauterino normal y prueba sin estrés reactiva</p>

	desaceleraciones.	tolerar la tensión del trabajo de parto y en ocasiones es necesario recurrir a la cesárea.	
Riesgo elevado por el desarrollo de anomalías hematológicas y hepáticas secundarias al síndrome de HELLP.	<p>1. Las anomalías se pueden identificar a través de:</p> <p>a) Obtención de muestras sanguíneas, para examinar la hemoglobina y hematocrito, TGO, TGP y cuenta plaquetaria.</p> <p>b) Vigilar los resultados de laboratorio y reportar los datos anormales.</p> <p>c) Reportar los signos de anemia hemolítica, incluyendo palidez, fatiga, anorexia y disnea.</p> <p>d) Reportar los signos de disfunción hepática, incluyendo náuseas y vómitos, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia y malestar general.</p> <p>e) Reportar los signos de CID en evolución</p>	<p>1. El síndrome de HELLP se refiere a hemólisis de eritrocitos, elevación de enzimas hepáticas por daño hepático y reducción de la cuenta plaquetaria debida al vasoespasmo y CID en evolución</p>	<p>La mujer no desarrolla lesiones, lo que se traduce en hemoglobina normal, ausencia de signos de anemia, prueban de funcionamiento hepático normales y cuenta plaquetaria adecuada.<sup>19</sup></p>

<sup>19</sup> Cuadro basado en :OLDS. Enfermería materno infantil. pag.

	inmediatamente, como epistaxia, hematuria, petequias, hemorragia gingival y hemorragia retiniana o conjuntival.		
--	--	--	--



CAPITULO III  
METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES.

3.1.1 Modelo de relación de variables

INDEPENDIENTE

DEPENDIENTE

PREECLAMPSIA	PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL INPer CONOCIMIENTOS TEÓRICOS
--------------	---

3.1.2 Variable independiente

Preeclampsia

3.1.3 Variables dependientes

Personal de enfermería del Instituto Nacional de Perinatología

Conocimientos teóricos

3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Estudio transversal, retrospectivo y no experimental.

### 3.3 DISEÑO DE INVESTIGACION.

Transversal porque se recolectó la información en una sola ocasión y de inmediato se procedió a la descripción y análisis; retrospectiva porque se delimita un grupo con características afines y se obtuvo la información sobre las condiciones o factores que pudieron haber influido en el pasado y no experimental, porque se limita a la observación de las diversas respuestas por los elementos en estudio ante situaciones que no son manipuladas.<sup>20</sup>

### 3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

#### Método

Encuesta: Este método nos permitió recolectar la información necesaria para la comprobación de nuestra hipótesis mediante el vaciado de datos e interpretación de los mismos.

#### Técnica

Interrogatorio: El interrogatorio se realizó mediante un cuestionario para obtener la información directa de las enfermeras en el area de trabajo.

#### Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario por escrito de preguntas cerradas: Por medio de éste método se simplifica el tiempo durante la aplicación debido a la carga de trabajo del personal y facilita el vaciado e interpretación de los resultados obtenidos.

---

<sup>20</sup> UNAM. Facultad de Medicina. La investigación científica y la estadística. Publicaciones técnicas de Medicina preventiva y social. México, 1980. pag. 39-41

## CAPITULO IV

### INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

#### 4.1 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.

Universo: 436 enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Perinatología

Población: Personal de enfermería profesional y no profesional que labora en el Instituto Nacional de Perinatología, en los diferentes servicios y de los turnos matutino, vespertino y nocturno.

Muestra: 100 Enfermeras profesionales y no profesionales de los diferentes servicios del INPer de los turnos matutino, vespertino y nocturno.

#### CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión.

Personal de enfermería profesional y no profesional que pertenezca a cualquier servicio del INPer y que labore en cualquiera de los tres turnos.

Criterios de exclusión.

Se excluyó a todo el personal de enfermería que labora en cualquier servicio del INPer, pero que por algún motivo no se encuentren durante la aplicación de la encuesta ya sea por incapacidad, permiso, licencia, vacaciones o descansos.

Criterios de eliminación.

Se excluye al personal de enfermería que se negó a colaborar en la investigación.

#### 4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS.

Para la aplicación de estas encuestas se contó con el apoyo de la Jefatura de Enseñanza con el permiso correspondiente para entrar a la mayoría de los servicios; se hizo lo posible para permanecer durante la resolución de éstos cuestionarios para evitar "respuestas grupales", el personal en su mayoría fue colaborador con el proyecto y mostraban interés por conocer los resultados finales.

La información se recolectó a través de un cuestionario, realizando un vaciado en una hoja tabular, permitiendo evaluar los resultados y su porcentaje elaborando gráficas a través de computadora.

## CAPITULO V

### DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Los servicios en los que aplicaron las encuestas son los siguientes: Unidad de Cuidados Intensivos al Neonato (UCIN) 19%, Consulta externa 17%, urgencias 15%, Alojamiento Conjunto 14%, Unidad de Cuidados Intensivos al Adulto 13%, Unidad Tocoquirúrgica y Ginecología con un 10% y Jefatura de Enfermería 2%. Todo esto gracias a la factibilidad del personal que labora en cada uno de ellos.(Cuadro No.1)

Respecto al turno que tuvo mayor participación (cuadro No.2) destacó el matutino con un 53%, siguiéndole el vespertino con 33% y el 14% restante del turno nocturno debido a que el personal fue poco colaborador con nuestro estudio por referir ser el más desgastante.

En el cuadro No.3 se aprecian las categorías del personal distribuidas de la siguiente manera: enfermeras tituladas categoría "A" con un 51% y las enfermeras auxiliares categoría "A" en un 23%, siguiendo las enfermeras tituladas y auxiliares categoría "B" con un 9% respectivamente , jefes de servicio 3% y supervisión al igual que la enfermera especialista con un 2% y un cuestionario del cual no especifica la categoría representando el 1%.

En el cuadro No.4 se describe el grado de estudio que tiene el personal destacando el nivel técnico con un 63%, licenciatura en un 20%, nivel postécnico 3% , licenciatura incompleta 2%, un 6% no especificó su respuesta y el porcentaje restante (6%) mencionó haber tomado cursos de enfermería.

El Cuadro No.5 señala la pregunta referente al conocimiento que se tiene sobre si la Preeclampsia es una patología exclusiva del embarazo, cabe

destacar que el 91% del personal de enfermería encuestado contestó acertadamente mientras que el 7% fue erróneo y un 2% no contestó.

En relación a la clasificación de la Preeclampsia descrita en el cuadro No.6, el 80% de la población encuestada lo desconoce y únicamente el 17% fue acertado quedando un 3% restante sin contestar, lo cual podría indicar que un mínimo porcentaje del personal se encuentra actualizado y documentado acerca de la misma.

Durante el embarazo toda paciente que cursa con la patología presenta diversas alteraciones fisiológicas específicas, mismas que han sido mencionadas en la pregunta No.3 descritas en el cuadro No.7 de las cuales el 87% las conoce y un 14% lo desconoce, el porcentaje restante equivalente al 14% omitió la respuesta.

Es muy importante hacer mención y conocer los exámenes de laboratorio que nos permitan corroborar el diagnóstico, por lo cual en la pregunta No.4 se plantearon algunos de ellos (cuadro No8). El 84% las consideró acertadas y únicamente el 10% tuvo el conocimiento equivocado así como el 6% optó por no contestar.

Considerando la clasificación de la Preeclampsia como leve y severa, se elaboró una pregunta en la que se daban los valores de la tensión arterial perteneciente a la Preeclampsia leve (cuadro No.9) se observó que el 83% la ubicó adecuadamente, mientras que el 10% fue erróneo y el 6% no contestó.

Existen manifestaciones clínicas exclusivas de cada patología, por ello en la pregunta No.6 se dieron diversas opciones con la finalidad de que el personal colaborador en este estudio, identificara aquellas específicas de la Preeclampsia (cuadro No 10), de las cuales el 92% supo ubicarlas en su totalidad siendo éstas la hipertensión, edema, proteinuria y datos de

vasoespasmos, el 6% señaló la opción B (hipertensión, desnutrición, cefalea, acúfenos y fosfenos) el 1% eligió la respuesta D que correspondía al aumento de peso, edema de pared abdominal y giordano \* y el 1% restante no contestó la pregunta.

El cuadro No. 11 se refiere a los factores predisponentes de la Preeclampsia, un porcentaje considerablemente bajo acertó (24%) eligió la opción A (primigesta, embarazo múltiple, enfermedades vasculares, polihidramnios, mola hidatiforme, desnutrición) mientras que el 2% señaló la opción B (talla, IVU, peso, embarazo ectópico, edad) un porcentaje importante (51%) eligió la respuesta C (Sólo A y B es correcta) ,en la opción D se mencionaba que ninguna era correcta contestando ésta un 20% y el 3% restante no respondió.

Existen también complicaciones materno-fetales si el diagnóstico es tardío y el tratamiento no es oportuno, he aquí la importancia de conocer las manifestaciones de las mismas, por tal motivo en la pregunta No. 8 se pedía que señalaran las complicaciones materno-fetales de la Preeclampsia (cuadro No.12) el 90% ubicó la respuesta correcta que correspondía a la opción C (Alteraciones renales, retardo en el crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normal inserta y sufrimiento fetal) el 4% señaló que las complicaciones consistían en hiperemesis gravídica oligohidramnios, convulsiones e hipertensión (B)5% mencionó que ninguna respuesta era correcta(D) y el 1% restante no respondió.

El síndrome de HELLP es una de las principales complicaciones que se pueden presentar en la Preeclampsia, por lo que se pide que identifiquen sus características en la pregunta No.9, descritas en cuadro No.13 el 87% contestó la opción C la cual es correcta (hipertensión, hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y

plaquetopenia) el 4% mencionó que además de ser hipertensión había elevación de enzimas hepáticas, 4% de la población respondió que sólo existe hipertensión y hemólisis y el 1% mencionó que ninguna opción era la correcta eligiendo la respuesta (D).

Debido al papel tan importante que juega la enfermera en la evolución de las pacientes es importante tener presentes las acciones específicas a seguir con cada mujer en estado grávido acorde a su diagnóstico con el fin de lograr el bienestar binomio madre-hijo, para ello se enlistaron algunas de las más importantes y básicas (cuadro No.14), destacó el 96% contestando acertadamente pues los cuidados adecuados se describían en la opción B) reposo en decúbito lateral izquierdo, vigilar TA cada hora, monitorización materno-fetal, control de líquidos, colocación de catéter central, ayuno, ministración de medicamentos, el 2% eligió una respuesta incorrecta (A) :Fomentar la deambulacion, proporcionar dieta hiposódica, vigilar TA cada 4 horas y detectar datos de vasoespasmo, el 1% contestó que los cuidados consistían en reposo, mantener vena permeable, brindar dieta hiposódica hiperproteica libre en líquidos y prevenir convulsiones y el 1% no contestó .

Para finalizar la pregunta No.11 consistía en relacionar unas columnas, en las que por una parte se daba el nombre del medicamento y por el otro su acción farmacológica, con la finalidad de conocer su identificación por el personal de enfermería. Se constató que el 95% conoce la acción de la Nifedipina (Bloqueadores de canales de calcio con efecto antihipertensivo. Su ministración es sublingual con previa perforación de la cápsula) el 91% identificó la Dexametasona como el medicamento que inhibe el proceso inflamatorio de cualquier origen, ministrándose en la Preeclampsia para reducir el edema, de la misma manera un 91% conoce a la Difenilhidantoína con propiedades



anticonvulsivas útiles en el control de diversas formas de epilepsia con su ministración lenta sin exceder de 50 mg por minuto, el 67% relacionó a la Hidralazina como el vasodilatador arteriolar directo de efecto rápido, sin usarse por sí solo pues que desaparece su efecto suele desaparecer al cabo de un tiempo y para finalizar sólo un 65% de la población señaló que la Metildopa era el medicamento que reducía la TA y la resistencia periférica gracias a su efecto como falso neurotransmisor. sabiendo que los primeros días de su ministración causa somnolencia.

## CAPITULO V

### ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para la realización de este estudio contamos con la participación de la mayoría de los servicios, obteniendo porcentajes promedio exceptuando por la Jefatura de enfermería puesto que el personal en ésta área es de aproximadamente 10 enfermeras y se tomó una muestra de 2 personas, pero en general consideramos una buena actitud en la resolución de los cuestionarios.

El turno en el que aplicó mayor número de cuestionarios fue el matutino, ya que existe mayor cantidad de personal y debido a que nos encontrábamos realizando el servicio social dentro de este horario (7:00 a 15:00 hrs), había mayor oportunidad; en el turno nocturno existieron dificultades para el acceso al personal pues ellas consideraban ser el horario más desgastante, por lo que preferimos contar con el personal de mayor accesibilidad.

En cuanto a la categoría del personal de enfermería, cabe mencionar que éste se clasifica de acuerdo al nivel de estudio, actitud, aptitud, puntualidad, asistencia y desempeño, aunque durante la investigación nos percatamos que los ascensos se dan por escalafón y antigüedad; así el personal auxiliar es aquel que cuenta con estudios de enfermería ya sea a nivel técnico o de licenciatura pero que no cuenta con título profesional, la enfermera general es aquella que se encuentra titulada en cualquier nivel profesional, la especialista cuenta con nivel postécnico, diplomados, etc., y la jefe de servicio y supervisoras son aquellas que han logrado este ascenso debido a su desarrollo laboral y profesional; así podemos decir que se contó con mayor número del personal de enfermería titulado, lo cual es un indicio que favorece al Instituto, ya que cada día se requiere de mayor capacitación profesional para un desempeño laboral.

Analizando el grado de estudio, se observa que existe mayor cantidad de enfermeras de nivel técnico, quizás porque la licenciatura no ha tenido un adecuado reconocimiento y/o por la necesidad económica de la población encuestada. Sólo el 20% cuenta con una licenciatura, lo cual es preocupante puesto que siendo un hospital de tercer nivel se debe buscar mayor preparación profesional que permita brindar una atención de calidad fundamentada, con ello no queremos inferir en la capacitación del personal hasta no analizar el resto de los resultados.

Entrando en materia, refiriéndonos a las preguntas teóricas del cuestionario, evaluamos primeramente una pregunta clave, quisimos saber si se tenía el conocimiento sobre la Preeclampsia como una enfermedad exclusiva del embarazo y un alto porcentaje acertó en el resultado, aunque cabe señalar que la Preeclampsia se puede presentar durante el puerperio pero lo consideramos como un proceso dentro del embarazo.

Nos encontramos con resultados un tanto sorprendentes al ver que el 80% no conoce la clasificación de la Preeclampsia puesto que consideró como verdadera la clasificación: leve, moderada y severa. Sabiendo que el personal convive con las pacientes preeclámpicas en la modalidad leve y severa, creemos que se confundieron o no leyeron adecuadamente.

Cualquier patología se manifiesta alterando la fisiología del organismo, en la Preeclampsia principalmente afecta el sistema hemático, renal, hemodinámico y hepático, se evaluó al personal preguntando si conocía esta afirmación y un porcentaje considerable conoce este tipo de alteraciones.

Un procedimiento común de enfermería es la toma de muestras sanguíneas, pero es importante saber el porqué de los análisis y los resultados que se deben obtener para comparar alteraciones. Los estudios que nos ayudan a corroborar

el diagnóstico son la biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática y exámen general de orina, encontramos que un 84% conoce los análisis laboratoriales a recabar en un paciente con Preeclampsia y el 16% puede ser que sólo obedezca indicaciones médicas sin saber el porqué ni para qué de éstos.

La Preeclampsia se clasifica en leve y severa como ya lo habíamos visto anteriormente y ésta depende del valor de la tensión arterial, la concentración de proteína en orina y alteraciones hemáticas. Se dieron los valores arteriales de la Preeclampsia leve y se pidió contestaran si éstos eran verdaderos, nos percatamos que más de la mitad acertó en la respuesta poniendo en duda la respuesta de la pregunta No.2 en la que hablamos de la clasificación.

La enfermera debe conocer las características esenciales de cada patología para brindar los cuidados específicos y reportarlos oportunamente. Los datos clínicos de la Preeclampsia con la hipertensión, edema, proteinuria y datos de vasoespasmo (cefalea, acúfenos y fosfenos). En esta pregunta existían cuatro opciones dentro de las cuales había datos posibles pero el resto eran erróneos. 92 enfermeras identificaron la opción correcta que correspondía al inciso C. Por lo que cabe resaltar que el personal podrá identificar a una paciente con probable Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo.

Por otro lado, es importante, dentro del área de la enfermería, los tres niveles de atención, sobre todo la prevención identificando factores de riesgo que predispongan la presencia de alguna patología que afecte el estado de salud. La pregunta No.7 evaluaba estos factores y los resultados fueron incorrectos en un porcentaje importante, porque sólo 24 personas los identificaron y un 76% los desconoce. Lo que nos hace pensar que están orientadas únicamente en el tratamiento sin importantes la prevención, detección y diagnóstico oportuno.

Toda patología puede complicarse por diversas causas, las complicaciones de la Preeclampsia materno-fetales fueron identificadas por 90 enfermeras y esto es porque diariamente lo observan durante el área laboral.

El síndrome de HELLP se puede manifestar en la Preeclampsia severa como una complicación importante, sus siglas se traducen en H (Hemólisis), EL (Elevación de Enzimas Hepáticas), LP (Baja cuenta plaquetaria), y observamos que un número considerable conoce el tipo de alteraciones que se pueden presentar mientras que 13 personas ignoran las siglas que deben ser reconocidas, por el tipo de pacientes a las que se les brindan los cuidados de enfermería.

Únicamente consideramos una pregunta sobre las acciones de enfermería porque son las actividades que a diario realizan, en cambio los conocimientos teóricos revelan realmente la fundamentación de las acciones. Un 96% conoce los cuidados de enfermería a seguir en una paciente con Preeclampsia severa lo que es un buen porcentaje que nos permite reconocer al personal de enfermería.

Finalmente pedimos relacionaran 2 columnas sobre los medicamentos utilizados en el tratamiento específico de la Preeclampsia y las acciones específicas, Todos los medicamentos son conocidos por más de la mitad del personal encuestado, sólo obtuvo un porcentaje bajo la Hidralazina (67%) y la Metildopa (65%) quizá porque estos dos se ministran juntos y el personal no identifique la acción de cada uno.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La filosofía del Instituto Nacional de Perinatología menciona el compromiso de proporcionar ayuda de 3º nivel a toda persona que lo requiera sin importar sexo, raza y religión proporcionando atención específica y especializada con calidad y calidez.

Pero la calidad que debe brindar todo el personal que labora en este instituto debe ser con la finalidad de contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.

Después de haber realizado el servicio social y de haber elaborado un diagnóstico situacional, surgió el interés por evaluar el tipo de atención que se brinda a las pacientes con Preeclampsia.

Cierto es que el área de la enfermería es muy amplio, pero quisimos darle mayor énfasis a la preparación profesional con que cuenta para poder intuir sobre la repercusión en la práctica, ya que como lo habíamos mencionado antes, la enfermera debe dejar de ser sólo ejecutora de indicaciones médicas y convertirse en alguien capaz de fundamentar cada acción que realice.

La Preeclampsia fue elegida para este estudio por ser una patología de mayor frecuencia en el Instituto y en el país, además de tener gran repercusión tanto en el producto como en la madre, por ello creemos que se deben corregir fallas y como lo dice la filosofía brindar atención de calidad y calidez específica.

El personal que participó en esta investigación fueron en su mayoría del turno matutino, con carrera técnica y de categoría enfermera titulada.

El concepto fue reconocido por la mayoría del personal que se encuentra laborando en el Instituto exceptuando por la clasificación, la cual es importante tener presente, ya que de ello dependen los cuidados específicos a brindar.

En cuanto a las alteraciones fisiopatológicas y los exámenes de laboratorio a evaluar, la mayor parte las conocen porque es algo que a diario observan y realizan pero debemos saber que tanto conocen, porque quizá realizan la toma de muestras sanguíneas pero no saben que tipo de alteraciones se pueden encontrar en ellas.

Los datos clínicos específicos de la Preeclampsia fueron conocidos casi en la totalidad del personal, sin embargo, nos percatamos que los factores predisponentes no son identificados, por lo que se le debe dar mayor importancia a la prevención y detección de factores de riesgo que predispongan la presencia de alguna patología, y que mejor que la enfermera sea quien brinde este tipo de orientación y educación de la salud a la población que así lo requiera.

Por lo demás, conocen las complicaciones materno fetales destacando entre ellas el síndrome de HELLP el cual se manifiesta por presentar Hipertensión, elevación de enzimas hepáticas, hemólisis y plaquetopenia.

Las enfermeras del INPer conocen los cuidados específicos que se deben brindar a una paciente con Preeclampsia severa, pero algo que si es importante valorar es el uso de medicamentos por enfermería en la ministración, porque antes de saber que es "un medicamento utilizado en la paciente preecláptica" se debe tener en mente su acción farmacológica, cuando y porqué ministrario porque en muchas ocasiones el personal conoce la dosis utilizada, la vía de administración y los efectos adversos pero la acción farmacológica quizá no.

En conclusión podemos decir que el personal cuenta con los conocimientos básicos sobre la Preeclampsia por lo que el desempeño en la clínica es adecuada ya que sabe identificar signos, síntomas, complicaciones y desarrolla actividades adecuadas, pero no debemos dejar a un lado la enseñanza continua, el adiestramiento y capacitación para que enfermería día con día brinde atención de calidad y calidez recibiendo un adecuado reconocimiento dentro del Instituto.

Pudimos percatarnos, desafortunadamente, que con un cuestionario no es posible evaluar la repercusión clínica, ya que esta se dedujo de acuerdo a los resultados obtenidos pero es importante la observación directa para entonces relacionar resultados escritos con los desarrollados.

Por ello queremos dejar esta investigación abierta con la finalidad de valorar errores cometidos y continuar con el desarrollo de este trabajo que a la vez permita enfocar otros estudios en base a la capacitación del personal de enfermería.



## RECOMENDACIONES

Debido a que el Instituto Nacional de Perinatología es una institución de las de mayor demanda para la atención de aquellos padecimientos exclusivos y/o agregados que suelen presentarse en el embarazo, es muy importante que el personal de enfermería que en él labora se actualice conforme se van dando los avances médicos pues de ello depende la estabilidad del binomio madre-hijo.

Lo que sugerimos es lo siguiente:

- Cursos de actualización en los que se permita al personal asistir de acuerdo a evaluaciones previas para capacitar a aquellas que más lo requieran.
- Elaborar un manual sobre la atención de enfermería de las patologías frecuentes del Instituto elaborado por el mismo personal de enfermería y en base a los recursos existentes del Instituto.
- Fomentar por parte de la Jefatura de Enseñanza el estudio y actualización sobre los cuidados de enfermería a realizar en cada una de las patologías presentes del Instituto en base a elaboración de exámenes evaluatorios.
- Ubicar al personal capacitado en los servicios en los que se requiera mayor vigilancia obstétrica, considerando la capacitación continua de aquellas que no la tengan.
- Contar con un manual de medicamentos que incluya acción farmacológica, efectos adversos, reacciones, indicaciones, contraindicaciones y dosis de aquellos que son utilizados en el Instituto.

Creemos que éstas son algunos de los métodos que están al alcance de la enfermera y que pueden brindar mayor preparación profesional.

CAPITULO VIII  
GLOSARIO DE TÉRMINOS.

**ACROMEGALIA.** Enfermedad causada por la hipersecreción de la hormona hipofisiaria del crecimiento y caracterizada por un agrandamiento de muchas partes del esqueleto.

**AMNIOCENTESIS:** Punción percutánea transabdominal del útero para obtener líquido amniótico.

**ANOREXIA:** Falta o pérdida del apetito.

**ASCITIS:** Derrame y acumulación de líquido seroso en la cavidad abdominal.

**CEFALEA:** Dolor de cabeza.

**COMA:** Estado de inconsciencia del cual no puede salir el paciente, ni siquiera mediante estímulos potentes.

**CONVULSIÓN:** Contracción o serie de contracciones involuntarias violentas de los músculos voluntarios.

**DISNEA:** Respiración difícil o laboriosa.

**ECLAMPSIA:** Convulsiones y coma que ocurren en mujeres embarazadas o púerperas, concomitantes con Preeclampsia, esto es con hipertensión, edema o proteinuria aisladamente o en combinación.

**EDEMA:** Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo.

**EPISTAXIS:** Hemorragia nasal.

**ESCLERODERMIA:** Endurecimiento y adelgazamiento crónicos de la piel que pueden encontrarse en diversas enfermedades y aparecer de forma localizada, focal o como enfermedad sistémica.

**ESCOTOMAS:** Área de visión ausente o deprimida dentro del campo visual, rodeada por un área de visión menos deprimida o normal.

**ESPASMO:** Contracción súbita, violenta e involuntaria de un músculo o grupo muscular.

**ESTENOSIS:** Estrechamiento o estrechez de un conducto.

**ESTUPOR:** Pérdida parcial o casi completa de la conciencia, que se manifiesta por respuestas del sujeto sólo ante estímulos intensos.

**FEOCROMOCITOMA:** Tumor vascular, generalmente benigno bien encapsulado, lobular, del tejido cromafin de la médula suprarrenal o ganglios simpáticos.

**FOSFENOS:** Sensación visual objetiva que aparece con los ojos cerrados y en ausencia de luz visible.

**GESTACIÓN:** Período del desarrollo de las crías en los animales vivíparos, desde el momento de la fecundación del óvulo hasta el nacimiento.

**GLOMERULONEFRITIS:** Variedad de nefritis, caracterizada por una inflamación de las asas capilares de los glomérulos renales.

**HEMATOCRITO:** Expresión del porcentaje de volumen sanguíneo que corresponde a las células.

**HEMATURIA:** presencia de sangre en la orina.

**HEMOCONCENTRACIÓN:** Disminución del líquido de la sangre, con aumento resultante en la concentración.

**HEMOGLOBINA:** Pigmento transportador de oxígeno de los eritrocitos que se forma a partir de los eritrocitos en desarrollo en la médula ósea.

**HEMOLISIS:** Interrupción de la membrana eritrocitaria que causa liberación de hemoglobina.

**HEMORRAGIA:** Escape de sangre desde los vasos.

**HIPEREMESIS:** Vómitos y náusea en exceso durante el embarazo y que persiste después del primer trimestre e inclusive durante todo el embarazo en el cual el paciente pierde el 5% de su peso o más y a desencadenado un desequilibrio hidroelectrolítico.

**HIPERTENSIÓN:** Presión arterial persistente alta.

**HIPOVOLEMIA:** Disminución del volumen del líquido (plasma) circulante en el cuerpo.

**ICTERICIA:** Síndrome caracterizado por hiperbilirrubinemia y depósito de pigmentos biliares en la piel, en las mucosas y en la esclera, con lo cual el paciente adquiere una coloración amarilla.

**ISQUEMIA:** Deficiencia del riego sanguíneo de una zona, debido a constricción funcional u obstrucción de un vaso sanguíneo.

**NECROSIS:** Conjunto de cambios morfológicos que indican muerte celular, producidos por la acción degradante progresiva de enzimas; puede afectar a grupos de células, parte de una estructura u órgano.

**NEFRITIS:** Inflamación del riñón; proceso focal o difuso, proliferativo o destructivo que puede afectar el glomérulo, túbulo o tejido renal intersticial.

**OLIGOHIDRAMNIOS:** Presencia de menos de 300 ml. de líquido amniótico al término del embarazo.

**OLIGURIA:** Secreción deficiente de orina en relación con la ingestión de líquidos.

**PRECLAMPSIA:** Padecimiento que complica el embarazo mayor de 20 semanas o al puerperio, y que se caracteriza por hipertensión arterial edema, proteinuria y en casos severos, alteraciones hematológicas hepáticas y del sistema nervioso central.

**PRIMIGESTA:** Mujer que se embaraza por primera vez.

**PROTEINURIA:** Presencia de un exceso de proteínas en orina.

**PUERPERIO:** Período o estado de confinamiento después del parto.

**TROMBOCITOPENIA:** Disminución del número de plaquetas sanguíneas.

**VASOCONSTRICCIÓN:** Disminución del calibre de los vasos, especialmente la constricción de las arteriolas que determina la reducción del flujo sanguíneo a una parte.

**VASODILATACIÓN:** Dilatación de un vaso, en especial dilatación de las arteriolas que culmina en aumento del flujo sanguíneo hacia una parte.

CAPITULO IX  
BIBLIOGRAFÍA

1. ARIAS, Fernando. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ºed. Ed. Mosby/Doyma España, 1994. Pp.475
2. BEARE / MYERS. Enfermería: Principios y práctica. 1ºed. Ed. Panamericana, México. Tomo I
3. BRUNNER. Manual de la Enfermera. Tomo 4. Ed. Interamericana, México, 1991. Pp.897-1199
4. BURROUGHS. Enfermería Maternoinfantil. Ed. Interamericana, México, 1994. Pp.558
5. BURROW, GERARD. Complicaciones médicas durante el embarazo. Ed. Panamericana, Argentina, 1984. Pp.623
6. DANFORT. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 6º ed. Ed. Interamericana, México, 1994. Pp. 1296.
7. DeCHERNEY. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos. Ed. Manual Moderno, México, 199
8. DICKANSO, JEAN. Enfermería Maternoinfantil 2ºed. Ed. Mosby, México, 1995. Pp. 749

9. DORAHUE, Patricia. Historia de la enfermería. Ed.Doyma, España, 1985. Pp.506
10. DORLAND. Diccionario médico de bolsillo. 24° ed.Ed.Interamericana,México, 1993. Pp.882
11. ENEO. Plan de estudios Licenciatura en enfermería y Obstetricia. UNAM, México. Pp.337
12. FRIESNER, ARLINE. Enfermería maternoinfantil. De. Manual Moderno, México. Pp. 331
13. GRINSPUN, Doris. Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico. Presentación magistral para la XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna", México, 1992. Pp.7
14. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia. 1994
15. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia. 1998
16. Instituto Nacional de la Nutrición. Manual de terapéutica Médica y procedimientos de urgencias.3° ed. Ed. Interamericana, México, 1997.Pag.909
17. LEWIS. Obstetricia. Ed.Manual Moderno,México,1994. Pp.426

18. LOPEZ, MARIO. La toxemia del embarazo. Ed.Limusa, México, 1990. Pp.359
19. NEESON, JEAN. Consultor de Enfermería obstétrica.Vol.1Ed Océano/Centrum, España, 1989. Pp. 1-256
20. OLDS, SALLY. Enfermería Maternoinfantil. 4°ed. Ed.Interamericana, México, 1995. Pp1210
21. PERNOLL, L. Diagnóstico y tratamientos ginecobstétricos. 7° ed. Ed. Manual Moderno, México. 1998 Pp. 1535
22. Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia. Libro 2 Estados Hipertensivos del Embarazo. Ed.Shering, México, 1997-1998.
23. REEDER. Enfermería Maternoinfantil.17°ed. Ed. Interamericana, México,1992. Pp.1421.
24. RODRIGUEZ CARRANZA. Vademecum académico de Medicamentos. 2° ed. Ed.Interamericana. México, 1995. Pag.887.



## CAPITULO X

### ANEXOS

ANEXO No.1 Cuestionario para el personal de enfermería del Instituto Nacional de Perinatología sobre la Preeclampsia.

ANEXO No. 2 Cuadros y gráficas.

ANEXO No.1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

El siguiente cuestionario fue elaborado con la finalidad de desarrollar un trabajo de investigación que será de utilidad para el desarrollo de nuestra tesis como método de titulación, por lo que no afectará en tu desempeño laboral.

Agradecemos de antemano tu colaboración y participación en este proyecto.

SERVICIO \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

CATEGORÍA \_\_\_\_\_ GRADO DE ESTUDIO \_\_\_\_\_

I. Contesta V si es verdadero ó F si es falso según corresponda.

1. La Preeclampsia es una patología exclusiva del embarazo? ( )
2. La Preeclampsia se clasifica en leve, moderada y severa? ( )
3. La Preeclampsia puede provocar anomalías hematológicas, hepáticas, renales y hemodinámicas? ( )
4. Los exámenes de laboratorio que nos ayudan a corroborar el diagnóstico de la Preeclampsia son BH, QS, PFH y EGO? ( )
5. Cuando se presenta una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm/Hg y una diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg se trata de Preeclampsia leve ( )

II. Lee cuidadosamente la pregunta y encierra en un círculo solo UNA respuesta.

6. Son datos clínicos de Preeclampsia

- a) Aumento de peso, edema de miembros inferiores, convulsiones.
- b) Hipertensión., desnutrición, cefalea, acúfenos y fosfenos.
- c) Hipertensión, edema, proteinuria, datos de vasoespasmo.
- d) Aumento de peso, edema de pared abdominal y giordano (+)

7. Son factores predisponentes de Preeclampsia

- a) Primigesta, embarazo múltiple, enfermedades vasculares, polihidramnios, mola hidatiforme, desnutrición.
- b) Talla, Infección de vías urinarias, peso, embarazo ectópico, edad.
- c) Diabetes gestacional, adolescentes, antecedentes heredofamiliares de hipertensión.
- d) Sólo A y B es correcta

8. Son complicaciones de la Preeclampsia materno-fetales

- a) Prolapso de cordón, embarazo prolongado, mola hidatiforme.
- b) Hiperemesis gravídica, oligohidramnios, convulsiones e hipetensión.
- c) Alteraciones renales, retardo en el crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta, alteraciones renales y sufrimiento fetal.
- d) Placenta previa, choque séptico y muerte in útero.

9. El diagnóstico de síndrome de HELLP se establece cuando:

- a) Además de hipertensión hay elevación de enzimas hepáticas
- b) Existe hipertensión y hemólisis
- c) Hipertensión, hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia
- d) Hipertensión, edema, proteinuria y anemia.

10. Las acciones de enfermería a seguir en una paciente con preeclampsia severa son:

- a) Fomentar la deambulaci3n, proporcionar dieta hipos3dica, vigilar TA cada 4 horas y detectar datos de vasoespasmo.
- b) Reposo en dec3bito lateral izquierdo, vigilar TA cada hora, monitorizaci3n materno-fetal, control de l3quidos , colocaci3n de cateter central, ayuno, ministraci3n de medicamentos.
- c) Reposo relativo, vigilar edema, colocaci3n de vendaje de miembros p3lvicos, control prenatal.
- d) Reposo, mantener vena permeable, dieta hipos3dica hiperproteica libre en l3quidos, prevenir convulsiones.

III. Relaciona las columna seg3n corresponda.

- |                |  |
|----------------|--|
| A) Metildopa   | ( ) Inhibe el proceso inflamatorio de cualquier origen; en la preeclampsia severa se ministra para disminuir el edema.               |
| B) Hidralazina | ( ) Bloqueador de canales de calcio con efecto antihipertensivo. Su ministraci3n es sublingual con previa perforaci3n de la c3psula. |

- C) Dexametasona ( ) Vasodilatador arteriolar directo de efecto rápido. No debe usarse por sí solo, pues su efecto suele desaparecer al cabo de un tiempo.
- D) Difenhidantoína ( ) Reduce la TA y la resistencia periférica gracias a su efecto como falso neurotransmisor. Los primeros días de su ministración causa somnolencia.
- E) Nifedipina ( ) Tiene propiedades anticonvulsinas útiles en el control de diversas formas de epilepsia. Su ministración debe ser lenta sin exceder de 50 mg por minuto.

¡ MUCHAS GRACIAS!

## ANEXO NO. 2.

### CUADRO NO. 1.

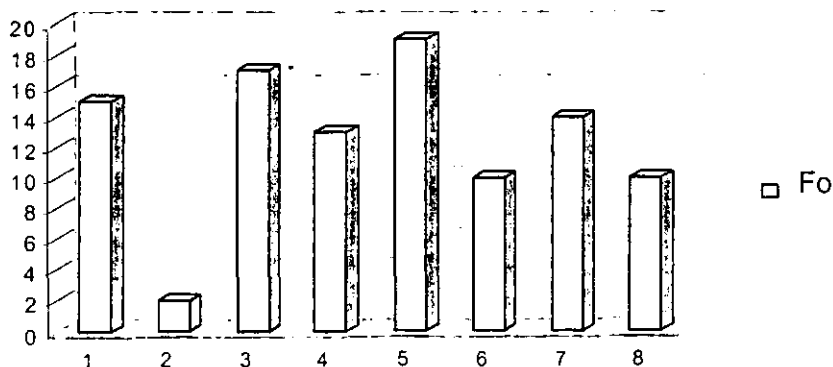
SERVICIOS EN LOS QUE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPÓ EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LA PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

SERVICIOS		Frecuencia
1	Urgencias	15
2	Jefatura	2
3	Consulta externa	17
4	Unidad de cuidados intensivos al adulto (UCIA)	13
5	Unidad de cuidados intensivos al Neonato	19
6	Unidad Tocoquirúrgica	10
7	Alojamiento conjunto (3° y 4° piso)	14
8	Ginecología	10
Total		100

FUENTE: 100 cuestionarios aplicados al personal de enfermería En el INPER. Mayo - Agosto 2000.

### GRÁFICA NO.1.

SERVICIOS EN LOS QUE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPÓ EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LA PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.



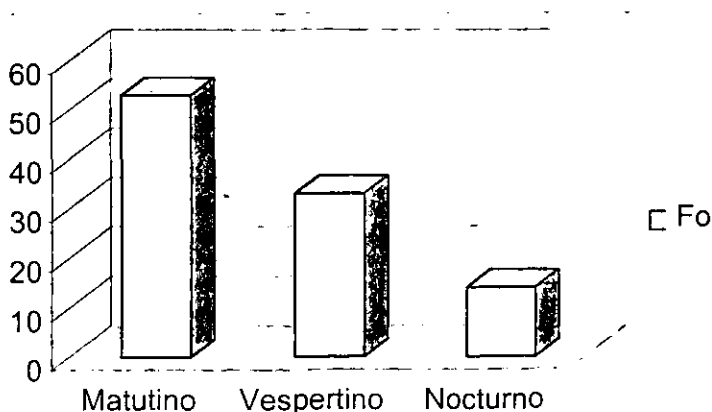
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**CUADRO NO.2.**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS TURNOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPÓ EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LA PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.**

<b>TURNOS</b>	
	Frecuencia
Matutino	53
Vespertino	33
Nocturno	14
Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA NO.2.**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS TURNOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPÓ EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LA PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**



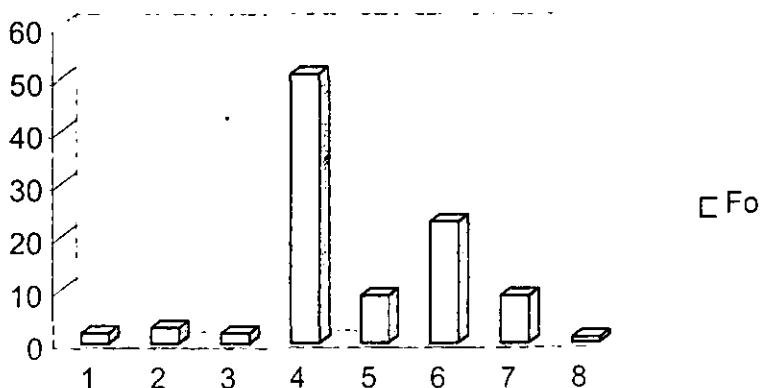
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 3.  
 CATEGORÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPÓ EN LA  
 INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LA  
 PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

CATEGORÍA		Frecuencia
1	Supervisora	1
2	Jefe de servicio	3
3	Enfermera especialista	2
4	Enfermera titulada A	51
5	Enfermera titulada B	9
6	Enfermera auxiliar A	23
7	Enfermera auxiliar B	9
8	Sin respuesta	1
Total		100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA NO. 3.  
 CATEGORÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPÓ EN LA  
 INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LA  
 PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.



FUENTE: Misma del cuadro No. 1

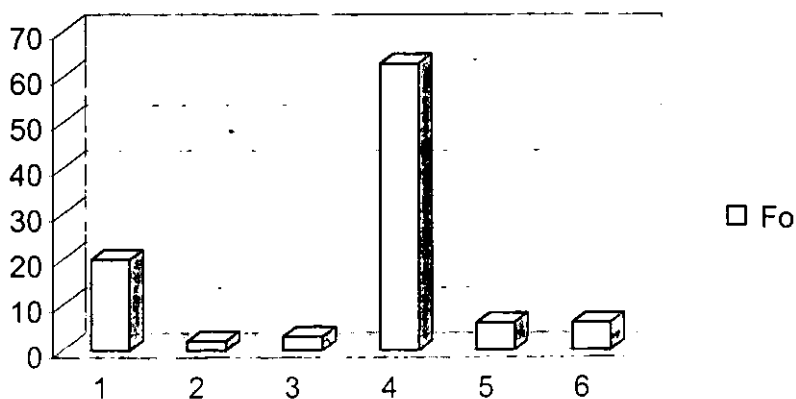


**CUADRO NO. 4.**  
**GRADO DE ESTUDIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LA PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.**

<b>GRADO DE ESTUDIO</b>		
<b>1</b>	Licenciatura en enfermería y obstetricia	20
<b>2</b>	Licenciatura completa	2
<b>3</b>	Nivel postécnico	3
<b>4</b>	Nivel técnico	63
<b>6</b>	Curso de enfermería	6
<b>7</b>	No contestó	6
Total		100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA NO. 4.**  
**GRADO DE ESTUDIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PARTICIPO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS DE LA PREECLAMPSIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.**



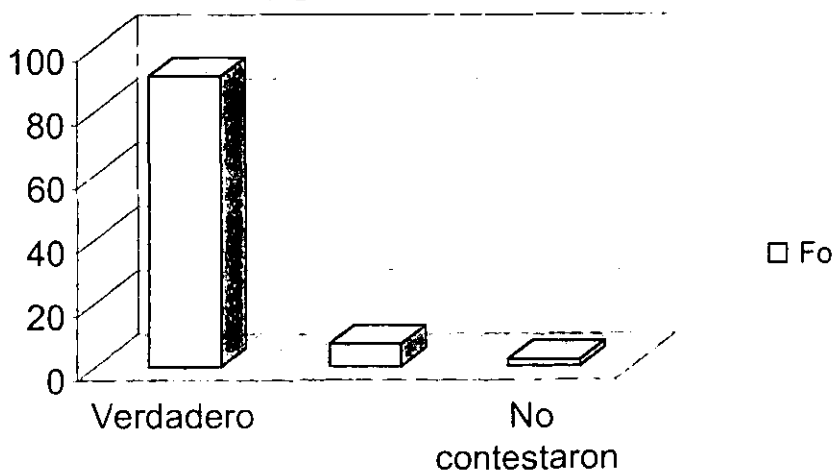
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 5.  
PREGUNTA RELACIONADA A LA PREECLAMPSIA COMO UNA PATOLOGÍA  
EXCLUSIVA DEL EMBARAZO.

LA PEECLAMPSIA ES EXCLUSIVA DEL EMBARAZO	
Respuesta	Frecuencia
Verdadero	91
Falso	7
No contestaron	2
Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA NO. 5.  
PREGUNTA RELACIONADA A LA PREECLAMPSIA COMO UNA PATOLOGÍA  
EXCLUSIVA DEL EMBARAZO.



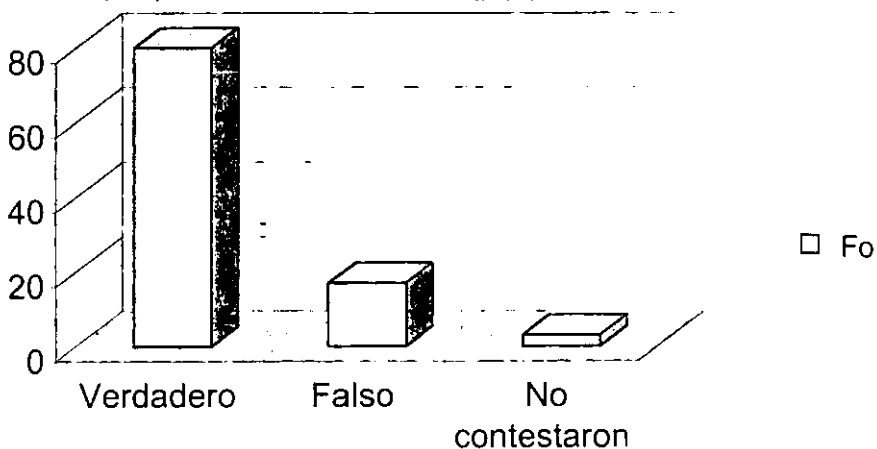
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 6.  
PREGUNTA RELACIONADA A LA CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA  
CONSIDERADA COMO LEVE, MODERADA Y SEVERO.

CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA	
Respuesta	Frecuencia
Verdadero	80
Falso	17
No contestaron	3
Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA NO. 6.  
PREGUNTA RELACIONADA A LA CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA  
CONSIDERADA COMO LEVE, MODERADA Y SEVERO.



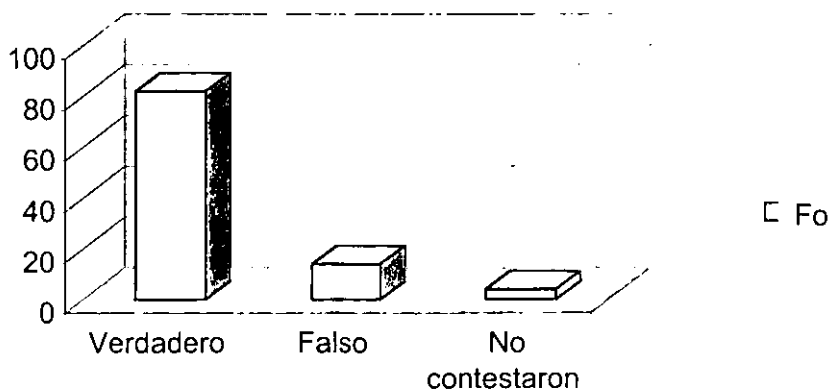
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 7.  
TIPO DE ALTERACIONES SISTÉMICAS PROVOCADAS POR LA PREECLAMPSIA.

ALTERACIONES SISTÉMICAS DEL EMBARAZO.	
Respuesta	Frecuencia
Verdadero	82
Falso	14
No contestaron	4
Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA NO. 7.  
TIPO DE ALTERACIONES SISTÉMICAS PROVOCADAS POR LA PREECLAMPSIA.



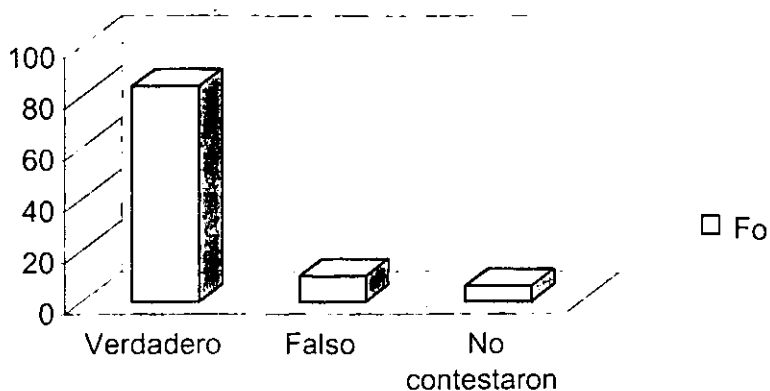
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 8.  
 CONOCIMIENTOS SOBRE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO QUE AYUDAN A  
 ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DE LA PREECLAMPSIA.

ESTUDIOS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA PREECLAMPSIA.	
Respuesta	Frecuencia
Verdadero	84
Falso	10
No contestaron	6
Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA NO. 8.  
 CONOCIMIENTOS SOBRE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO QUE AYUDAN A  
 ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DE LA PREECLAMPSIA.



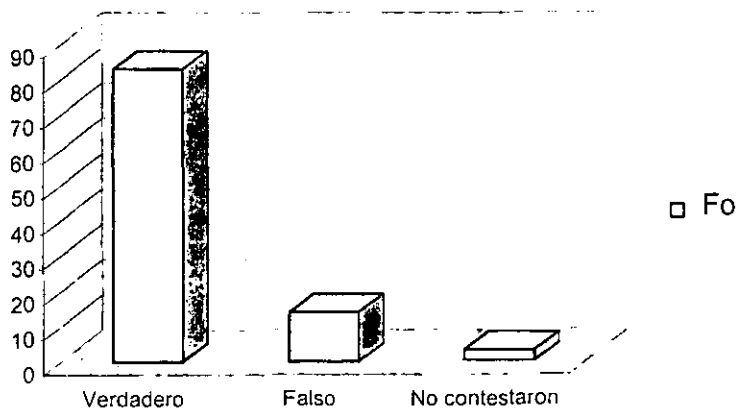
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 9.  
IDENTIFICACIÓN DE LOS PARÁMETROS DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN UNA  
PACIENTE CON PREECLAMPSIA LEVE.

Respuesta	Frecuencia
Verdadero	83
Falso	14
No contestaron	3
Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA NO. 9.  
IDENTIFICACIÓN DE LOS PARÁMETROS DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN UNA  
PACIENTE CON PREECLAMPSIA LEVE.



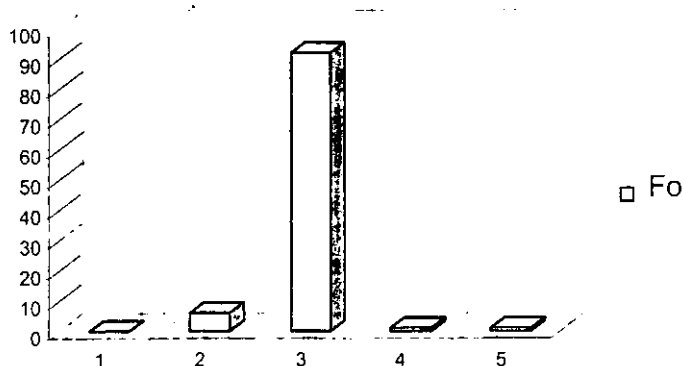
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 10.  
IDENTIFICACIÓN DE LOS DATOS CLÍNICOS DE LA PREECLAMPSIA POR EL  
PERSONAL QUE LABORA EN EL INPer.

	Respuesta	Frecuencia
1	Aumento de peso, edema de miembros inferiores, convulsiones.	0
2	Hipertensión, desnutrición, cefalea, acúfenos y fosfenos.	6
3	Hipertensión, edema, proteinuria, datos de vasoespasmo.	92
4	Aumento de peso, edema de pared abdominal y giordano (+)	1
5	No contestaron	1
	Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA NO. 10.  
IDENTIFICACIÓN DE LOS DATOS CLÍNICOS DE LA PREECLAMPSIA POR EL  
PERSONAL QUE LABORA EN EL INPer.



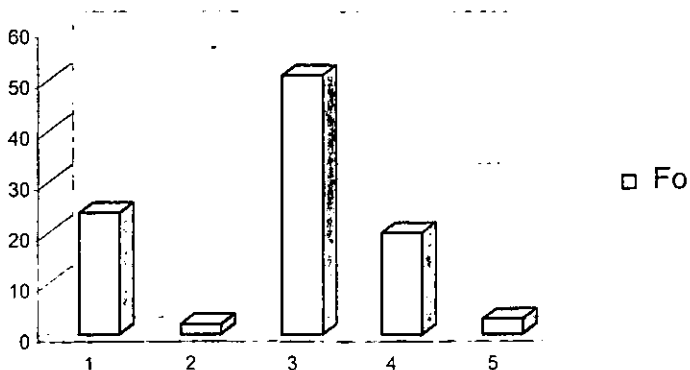
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**CUADRO NO. 11.**  
**FACTORES QUE PREDISPONEN A LA PREECLAMPSIA IDENTIFICADOS POR EL**  
**PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INPer.**

	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>1</b>	Primigesta, embarazo múltiple, enfermedades vasculares, polihidramnios, mola hidatiforme, desnutrición.	24
<b>2</b>	Talla, IVU, embarazo ectópico, edad.	2
<b>3</b>	Sólo A y B es correcta	51
<b>4</b>	Ninguna es correcta.	20
<b>5</b>	No contestaron	3
	Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA NO. 11.**  
**FACTORES QUE PREDISPONEN A LA PREECLAMPSIA IDENTIFICADOS POR EL**  
**PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INPer.**



FUENTE: Misma del cuadro No. 1

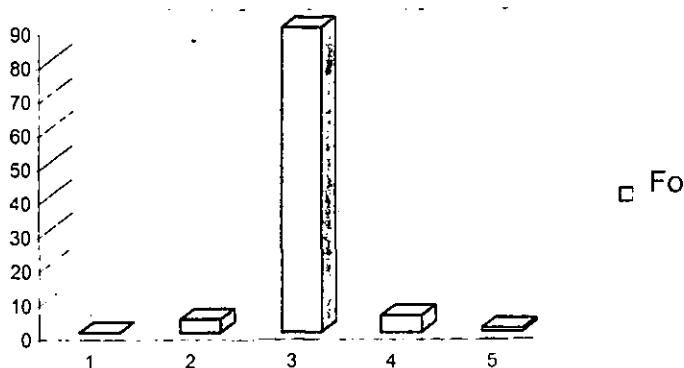


**CUADRO NO. 12.**  
**COMPLICACIONES MATERNO FETALES IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INPer.**

	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>1</b>	Prolapso de cordón, embarazo prolongado, mala hidatiforme.	0
<b>2</b>	Hiperemesis gravídica, oligohidramnios, convulsiones e hipertensión.	4
<b>3</b>	Alteraciones renales, retardo en el crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y sufrimiento renal.	90
<b>4</b>	Ninguna de las anteriores	5
<b>5</b>	No contestaron	1
	<b>Total</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA NO. 12.**  
**COMPLICACIONES MATERNO FETALES IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INPer.**



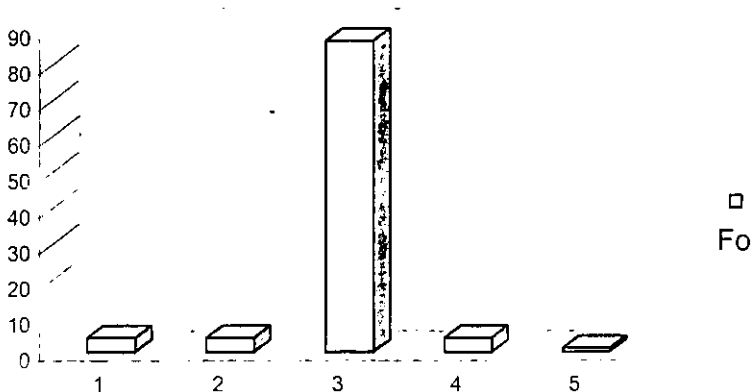
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 13.  
 DATOS CLÍNICOS DEL SÍNDROME DE HELLP QUE PERMITE ESTABLECER UN  
 DIAGNOSTICO.

Respuesta	Frecuencia
1 Además de hipertensión hay elevación de enzimas hepáticas.	4
2 Existe hipertensión y hemólisis.	4
3 Hipertensión, hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia.	87
4 Ninguna de las anteriores.	4
5 No contestaron	1
Total	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA NO. 13.  
 DATOS CLÍNICOS DEL SÍNDROME DE HELLP QUE PERMITE ESTABLECER UN  
 DIAGNOSTICO.



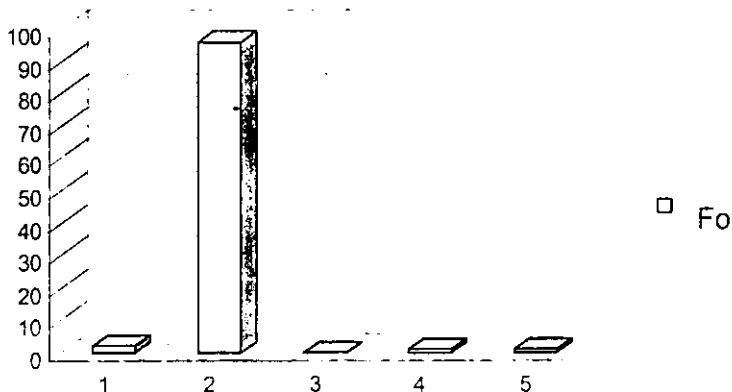
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**CUADRO NO. 14.**  
**ACCIONES DE ENFERMERÍA A SEGUIR EN UNA PACIENTE CON PREECLAMPSIA SEVERA.**

	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>
1	Fomentar la deambulaci3n, proporcionar dieta hipos3dica, vigilar TA cada 4 horas y detectar datos de vasoespasmo.	2
2	Reposo en dec3bito lateral izquierdo, vigilar TA cada hora, monitorizaci3n materno-fetal, control de l3quidos, colocaci3n de cat3ter central, ayuno, ministraci3n de medicamentos.	96
3	Reposo relativo, vigilar edema, colocaci3n de vendaje de miembros p3lvicos, control prenatal.	0
4	Reposo, mantener vena permeable, dieta hiperproteica libre en l3quidos, prevenir convulsiones.	1
5	No contestaron	1
	<b>Total</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA NO. 14.**  
**ACCIONES DE ENFERMERÍA A SEGUIR EN UNA PACIENTE CON PREECLAMPSIA SEVERA.**



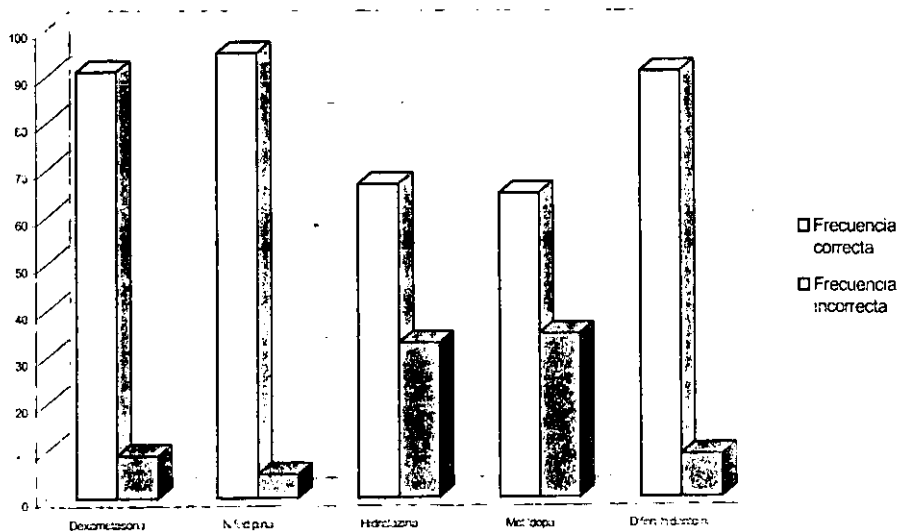
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 15.  
 CONOCIMIENTO SOBRE LA ACCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS  
 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA.

Fármaco	Frecuencia correcta	Frecuencia incorrecta	Total
Dexametasona	91	9	100
Nifedipina	95	5	100
Hidralazina	67	33	100
Metildopa	65	35	100
Difenilhidantoina	91	9	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA NO. 15.  
 CONOCIMIENTO SOBRE LA ACCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS  
 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA.



FUENTE: Misma del cuadro No. 1