

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

PREECLAMPSIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ADRIANA RUIZ MEDINA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

PREECLAMPSIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ADRIANA RUIZ MEDINA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA ,MICHOACÁN

DEDICATORIA

A mis padres por darme la vida, apoyarme siempre en mis decisiones y corregirme, por su apoyo incondicional, económico, afectivo, que siempre guío mis pasos hasta el final de la meta trazada, dándome fortaleza y esperanza para seguir hacia adelante siempre.

A mis hermanos quienes con mucho amor y paciencia han contribuido en mi crecimiento profesional y personal.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
OBJETIVOS	3
Objetivo general	3
Objetivo específico	3
Justificación del problema	3
Hipótesis.....	4
Variables	4
Variable independiente.....	4
Variable dependiente	4

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2. Embarazo en primigestas.....	6
2.1 Parto pretérmino.....	7
2.1.1 Definición.....	7
2.1.2 Epidemiología.....	7
2.1.3 Etiología	8

2.1.4 Diagnóstico.....	9
2.1.5 Tratamiento	10
2.2 Preeclampsia.....	12
2.2.1 Definición.....	12
2.2.2 Epidemiología.....	13
2.2.3 Factores predisponentes	13
2.2.4 Cuadro clínico	14
2.2.5 Diagnóstico.....	15
2.2.6 Tratamiento	16
2.2.7 Preeclampsia leve	16
2.2.8 Preeclampsia grave.....	18
2.2.9 Complicaciones maternas y fetales.....	20

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

METODOLOGÍA.....	23
TIPO DE ESTUDIO	23
SUJETOS A ESTUDIAR	23
Universo	23
Muestra	23
Validez	23

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	25
TÉCNICAS UTILIZADAS.....	25

CAPÍTULO IV DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4. RESULTADOS DE ENCUESTAS	27
----------------------------------	----

CAPÍTULO V CONCLUSIONES

CONCLUSIONES	48
ÁPENDICE.....	50
ANEXOS	53
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	55

INTRODUCCIÓN

La Preeclampsia complica el 5-10% de todos los embarazos y afecta el 40% de las mujeres con enfermedad renal crónica o trastornos vasculares. Primordialmente la alteración de la preeclampsia, constituye una de las causas principales de mortalidad después de las hemorragias, abortos e infecciones, tanto para la madre como para su hijo. Esta enfermedad por tanto, ofrece una oportunidad importante de salvar vidas si se pueden prevenir las formas graves o hacer una detección temprana.

La Preeclampsia es la complicación médica más común del embarazo es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulíparas de mayor edad, hipertensas previas. La pre-eclampsia tiene un 12 a 22% de morbilidad materna y muerte neonatal.

ANTECEDENTES

Durante más de un siglo se utilizó el término de toxemia para describir los trastornos hipertensivos del embarazo, así como las diversas complicaciones gestacionales relacionadas.

En la Obstetricia moderna se sobre entiende que los trastornos hipertensivos del embarazo incluyen una gama clínica de anormalidades variables que abarcan desde elevaciones mínimas de la presión arterial como signo solitario, hasta una hipertensión grave con disfunción de diversos órganos sistémicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud se presenta la pre-eclampsia en mujeres primigestas, en las cuales se interrumpe el embarazo, antes de que el producto este a termino.

Normalmente el embarazo termina entre las semanas 38 y 42 semanas de gestación sin embargo, el 10% de los embarazos en primigestas es interrumpido antes de la semana 37 por lo que se considera embarazo pretérmino, la prematuridad es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad, casi nunca se logra determinar la causa que esté condicionando el problema. Cuanto mayor es la prematurez, menor es la posibilidad del bebé de sobrevivir, o en caso de sobrevivir, mayores son los problemas de salud que presentará. Los bebés que nacen prematuros tendrán mayores riesgos de sufrir problemas cerebrales, neurológicos, respiratorios y digestivos. También pueden sufrir un retraso en su desarrollo y tener problemas de aprendizaje en la niñez.

La preeclampsia es un trastorno único del embarazo, que se suele desarrollar en la segunda mitad del mismo, durante el parto o en el puerperio inmediato. Se trata de un trastorno relativamente frecuente y potencialmente peligroso tanto para la madre como para el feto, pudiendo incluso poner en riesgo la vida de ambos. Tiene un inicio y una progresión impredecibles y es incurable excepto mediante la finalización del embarazo. La preeclampsia es un padecimiento que complica el embarazo, parto y puerperio.

Ante lo anterior se concluye en lo siguiente:

¿La preeclampsia en mujeres embarazadas primigestas está asociada con el riesgo de presentar embarazo pretérmino?

Ahora se iniciara la revisión del Marco teórico, después de ver los antecedentes y el planteamiento del problema.

2. EMBARAZO EN PRIMIGESTAS

De acuerdo a Ware Branch (2000.p.323)

El embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por el aumento de la patología materno perinatal que se presenta. La incidencia de gestaciones en estas edades está aumentando en las dos últimas décadas.

La mayor incidencia de embarazos en la adolescencia es por el inicio de relaciones sexuales cada vez más temprano y por la falta de educación sexual y anticoncepción.

El aumento de la incidencia de embarazos de las mujeres de 35 ó más años en los países desarrollados es debido a que estas mujeres prefieren posponer su embarazo hasta lograr una mejor posición económica y/o educacional. No hay trabajos en nuestro país que expliquen el aumento de gestaciones en este grupo poblacional.

La patología materna más prevalente descrita en mujeres de 35 o más años son: la enfermedad hipertensiva del embarazo, las enfermedades crónicas y dentro de ellas, la hipertensión arterial crónica y la diabetes, con un aumento de la operación cesárea durante la atención del parto.

Dentro de la patología neonatal más frecuente se encuentra el aumento de la incidencia de anomalías congénitas. Además están descritos aumento del aborto espontáneo y una mayor proporción de infertilidad.

2.1 Parto Pretérmino

2.1.1 Definición

De acuerdo a Nuñez (679.p.682)

El trabajo de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones uterinas incrementadas en duración, intensidad y frecuencia, que pueden ser capaces de originar cambios cervicales (borramiento y dilatación), y el nacimiento del producto en embarazos mayores de 20 semanas y menores de 38 semanas de gestación.

2.1.2 Epidemiología

El parto pretérmino se relaciona con diversos factores: como lo son; el nivel socioeconómico, la edad de la madre, el antecedente de complicaciones obstétricas y hábitos maternos durante el embarazo.

A nivel socioeconómico es posiblemente el factor más asociado con el parto de pre término, inicialmente por el nivel de educación de los padres, que condiciona la cantidad y la calidad de la información en la salud, en especial en relación con el embarazo, lo que puede ser origen de falta de cuidados durante el mismo; así también, el grado de nutrición de la madre se relaciona directamente con el nivel social y económico, el peso de la madre al momento del embarazo es determinante para el desarrollo del mismo, la desnutrición incrementa la incidencia del parto pre término, en especial en madres con peso inferior a 50 kgs. Los hábitos higiénicos deficientes que originan infecciones crónicas y subsecuentemente parto pre término también son más comunes en niveles socioeconómicos bajos.

La edad de la madre en los extremos de la vida reproductiva se asocia con el parto pre término, ya que se presenta con mayor frecuencia en madres menores de 15 años y en mayores de 40 años.

El parto pretérmino es más frecuente en pacientes con antecedentes de complicaciones obstétricas, en especial con partos pretérmino previos, así como con abortos subsecuentes y específicamente en abortos del segundo trimestre.

Finalmente algunos hábitos maternos durante el embarazo originan el parto pretérmino, así se ha asociado el tabaquismo con productos de bajo peso, con alteraciones en la placentación y parto pre termino;

Otro hábito materno asociado es la actividad física intensa, ya sea debida a actividad recreativa, deportiva o laboral.

2.1.3 Etiología

La etiología del parto pretérmino es muy diversa, desde problemas infecciosos, alteraciones uterinas, anomalías placentarias, alteraciones fetales y alteraciones cervicales, ejercicio físico excesivo, hidramnios, desprendimiento placentario, embarazos múltiples, ruptura de membranas, malformaciones uterinas, enfermedades de la madre como diabetes mellitus e hipertensión.

Los padecimientos infecciosos son las alteraciones mas relacionadas con el parto pretérmino, en ellas se activa en el macrófago materno la producción de interleucinas y del factor de necrosis tumoral que entre otros favorece la producción de prostaglandinas en el amnios, la actividad uterina y los cambios cervicales subsecuentes.

La corioamnioitis es la infección uterinas mas importante, generalmente secundaria a infecciones ascendentes vaginales o a infecciones sistémicas invasoras por vía sanguínea, los criterios cardinales para el diagnostico son las contracciones uterinas, taquicardia fetal, taquicardia materna, fiebre, dolor a la palpación uterina y en caso de ruptura de membranas la fetidez del liquido amniótico, además de datos indirectos como lo es el incremento de la proteína c reactiva, leucocitosis con bandemia, etc.

Muy frecuentemente la corioamnioitis durante en parto pretérmino es de difícil diagnóstico ya que frecuentemente el único dato clínico es la actividad uterina u el diagnostico será determinado por el cultivo del liquido amniótico, los gérmenes aislados mas frecuentemente son el ureaplasma urealyticum, gardenella vaginalis, escherichia coli y chlamydia Trachomatis.

Otro padecimiento infeccioso muy relacionado con el parto pretermino es la infección uterina, cuya sintomatología facilita el diagnóstico, sin embargo en ocasiones, la infección puede ser sólo desarrollo de más de 100, 000 colonias en el urocultivo (criterios de Kaas). Los gérmenes más frecuentemente aislados son la Escherichia Coli, Streptococcus B y Tricomonas.

Las alteraciones uterinas asociadas con el parto pretérmino son estructurales, en pacientes con antecedentes de exposición a dietilestilbestrol (DES), en útero que crea diferenciación incompleta de los conductos de Muller, que origina úteros septados, con doble cavidad (didelfo), bicornes que tienen menor capacidad de distensión durante el embarazo. También la sobre distensión de la cavidad uterina secundaria a productos macrosomisos, embarazos múltiples, poli hidramnios, puede originar parto pre término.

Las alteraciones placentarias que originan parto pretérmino, puede ser anomalías en el sitio de la implantación como lo es la placenta de inserción baja (el borde placentario inferior se encuentra a menos de 7 cms del orificio cervical interno en embarazos mayores de 27 semanas), y la placenta previa en sus variedades marginal, parcial y total. También las alteraciones en la placentación puede originar parto pretérmino como en el desprendimiento pre término de placenta normal inserta y la enfermedad hipertensiva agregada al embarazo, esto debido a infiltración sanguínea al miometrio y las contracciones uterinas secundarias.

Finalmente otra de las causas es el traumatismo directo al útero gestante, secundario a traumatismo abdominal en la madre, por agresión directa o accidentes como caídas o automovilísticos.

2.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico del parto pretermino se basa en la presencia de contracciones uterinas en embarazos mayores de 20 semanas y menores de 37 semanas.

Deberá corroborarse la edad gestacional con métodos clínicos o en caso de fecha de última menstruación dudosa o discrepancias entre la edad gestacional probable y tamaño fetal con estudios ultrasonográficos.

Las contracciones uterinas deberán presentarse en frecuencia aproximada de cada 10 minutos, aunque en ocasiones no son referidas directamente, sino que se relacionan con dolor lumbar o pesadez pélvica.

Los cambios cervicales dependerán de la intensidad, frecuencia, duración y tiempo de presentación de las contracciones, así como de las características cervicales per se, como la consistencia y los cambios intrínsecos originados por embarazos y partos previos. La dilatación y el borramiento cervical favorecen el diagnóstico, no así el tratamiento, sin embargo en amenazas de parto pretermino no se habrán originado aún estos cambios.

Otros síntomas asociados con el trabajo de parto pretérmino son la expulsión de un tapón mucoso, dolor en muslos y coxis, desecho vaginal sanguinolento y salida de líquido amniótico vaginal (ruptura de membranas).

Deberá realizarse una exploración completa para determinar el grado de avance del trabajo de parto pretérmino para emitir un pronóstico de útero inhibición así como tratar de determinar el estado fetal, las posibles causas del parto pretérmino y descartar enfermedades maternas que puedan complicarse durante el tratamiento como lo son la diabetes mellitus descompensada, la crisis tiroidea, alteraciones cardíacas mayores, enfermedades hipertensivas etc.

2.1.5 Tratamiento

Existen condiciones que contraindican la inhibición del trabajo de parto pretérmino como lo es la dilatación cervical avanzada (mayor de 4 centímetros), la presencia de alteraciones fetales incompatibles con la vida, la muerte fetal, la presencia de ruptura de membranas y padecimientos que pongan en riesgo la vida de la madre.

Así mismo, la respuesta al tratamiento y la posibilidad de éxito serán inversamente proporcionales a la dilatación cervical, a la altura de la presentación, a la consistencia y posición cervical y la integridad del amnios.

El tratamiento de la amenaza del parto pretérmino se orienta a la inhibición de la actividad uterina. Existen diversos tipos de fármacos para tal efecto, entre los más usados están los beta-adrenérgicos, los inhibidores de prostaglandinas, inhibidores de la placa neuromuscular y los calcio antagonistas.

La intensidad del tratamiento dependerá de la actividad uterina, cuando no es intensa, los cambios cervicales son nulos o mínimos y el estado fetal y materno son normales es recomendable iniciar medidas generales, como el reposo absoluto, la aplicación de expansores de volumen cristaloides séricos, para inhibir la secreción de hormonal antidiurética y por la similitud estructural y del sitio de producción puede inhibirse la producción de oxitócina endógena, el uso de inhibidores de prostaglandinas (indometacina, ácido acetil-salicílico) y sedantes leves son fármacos de elección en este tipo de circunstancias.

Si la actividad uterina no cede, deberán utilizarse terapias más enérgicas como el uso de beta-adrenérgicos en infusión intravenosa (orciprenalina, terbutalina, salbutamol, ritodrina, aminofilina), para ello la paciente deberá alternarse a la sala de labor e iniciar el protocolo de estudio para conocer la causa de la contractilidad uterina (biometría hemática completa, examen de orina, ultrasonido, cultivos vaginales, etc.).

Así mismo, es necesario recordar que los beta-adrenérgicos causan inhibición de la musculatura uterina pero a nivel sistémico ocasionan efectos adversos como lo son: taquicardia materna, arritmias, nerviosismo, contricción bronquial con insuficiencia respiratoria secundaria, edema pulmonar, hiperglucemia, etc.

Efectos que deben vigilarse estrechamente para dosificar la dosis de beta-adrenérgicos a la mínima efectiva y evitar alteraciones maternas graves.

Otros tipos de tratamiento se basa en la inhibición de la placenta neuromuscular, con la administración de sulfato de magnesio en infusión, igualmente deberán cuidarse los efectos adversos que incluyen mareo, náusea, vómito, sequedad de mucosas, nistagmus, hipotermia, parálisis de músculos respiratorios etc.

El tratamiento se continuará hasta conseguir la inhibición de la contractilidad uterina, posteriormente, deberá disminuirse paulatinamente la infusión del agente tocolítico elegido hasta la suspensión del mismo y el inicio de la terapia oral de sostén, al permanecer sin actividad uterina en 4 horas sin terapia intravenosa, la paciente puede ser trasladada de la sala de labor a la hospitalización para continuar la vigilancia, iniciar paulatinamente la actividad física y completar el estudio del origen de la amenaza de parto pretérmino y el tratamiento secundario.

Cuando la dilatación cervical es mayor a 4 centímetros, o existen ruptura de membranas o condiciones fetales y maternas que contraindiquen la útero inhibición, (sufrimiento fetal, muerte fetal, padecimientos maternos etc.).

Cuando la uteroinhibición es ineficaz y se producen mayores modificaciones cervicales, deberá considerarse fallida y planearse la vía de nacimiento del producto de acuerdo a la edad gestacional para evitar complicaciones inherentes con el nacimiento (asfixia, sufrimiento fetal, hemorragia intraventricular etc).

2.2 Pre-eclampsia

2.2.1 Definición

De acuerdo a William C (2000.p.469)

La preeclampsia es un 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 de sistema nervioso central.

Cuando hay más de 300 mg de proteína en una muestra de orina de 24 horas o con menor precisión, más de una cruz de proteínas (equivalente a unos 100 mg/dl) en un estudio con tira reactiva de una muestra de orina común se habla de proteinuria, es variable y suele ser un signo tardío de preeclampsia que se correlaciona con una lesión glomerular que acompaña a esta Anomalia

2.2.3 Epidemiología

La preeclampsia ocurre entre el 2 y 3 % de todos los embarazos. Afecta sobretodo al primer embarazo de una mujer, afectando aproximadamente a una de cada 10 primigestas.

Es una causa importante de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. De hecho, la preeclampsia constituye la causa más frecuente de muerte materna durante el embarazo, siendo además la causa principal de retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) en fetos únicos, de finalización del embarazo en periodo pretérmino programada del embarazo y una causa importante de muerte perinatal. Por tanto, no existe ninguna complicación antenatal tan frecuente ni tan peligrosa para ambos, madre y feto.

2.2.4 Factores predisponentes

- La pre-eclampsia es un trastorno propio de primigestas, fundamentalmente en los extremos de la edad reproductiva. De hecho, el 65-75% de mujeres con pre-eclampsia son primigestas. Por tanto, el primer embarazo confiere cierto efecto protector (incluso si termina en un aborto espontáneo precoz), pero éste se pierde con el paso de los años (a los 10 años el riesgo se iguala al de nulíparas) y con los cambios de pareja. Precisamente, las multíparas con riesgo son aquellas que han padecido una pre-eclampsia en un embarazo anterior (sobre todo si ésta fue de inicio precoz).

- La preeclampsia puede desarrollarse en mujeres de cualquier constitución corporal, pero aquellas primigestas bajas de peso y obesas deben ser consideradas como un grupo de mayor riesgo.
- Por otra parte, la predisposición a padecer una pre-eclampsia se hereda. Por tanto, una historia familiar de preeclampsia (madre o hermana) constituye un factor de riesgo importante.
- Aquellas situaciones asociadas a una mayor masa de tejido trofoblástico y a una disminución relativa de la perfusión placentaria, como el embarazo múltiple (el embarazo gemelar presenta 5 veces más riesgo de padecer Preeclampsia), la Mola Hidatidiforme (que es la única causa de preeclampsia antes de la semana 20 de embarazo).

2.2.5 Cuadro clínico

- El inicio suele ser insidioso y no acompañarse de síntomas.
- Se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm hg
- Son frecuentes las Cefaleas intensas y persistentes.
- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz.
- Hay aumento rápido de peso de más de 2 kg en una semana con edema de cara y manos, elevación de la tensión arterial y proteinuria, comienzan después de la semana 32 de gestación, pero puede aparecer antes, sobre todo en mujeres con nefropatía o hipertensión preexistentes.
- Rara vez la proteinuria precede a la hipertensión. En la pre-eclampsia la proteinuria puede variar de niveles mínimos (500 mg/día) a niveles en rango nefrótico.
- La hipertensión diastólica es notoria.
- En el examen del fondo de ojo hay estrechamiento arteriolar segmentario con aspecto húmedo brillante, indicador de edema de retina.

- El edema de pulmón es una complicación común de preeclampsia, causado generalmente por insuficiencia ventricular izquierda.
- La trombocitopenia puede ser marcada, ocurre en 5.4-10.9% de los embarazos y sugiere púrpura trombocitopénica idiopática y si se acompaña de signos neurológicos.
- El dolor abdominal es frecuente, puede ser incluso de origen pancreático, y si la amilasa está aumentada es posible llegar al diagnóstico de pancreatitis aguda.
- La excreción de ácido úrico es disminuida predominantemente debido al aumento de la reabsorción tubular y decremento en su depuración renal; resultando en elevación de sus niveles séricos. El ácido úrico sanguíneo se correlaciona bien con la severidad de la enfermedad. En mujeres con embarazo normal sus niveles son 3.8 miligramos sobre decilitro, mientras que en la pre-eclampsia va de 6.7-9.0 miligramos sobre decilitro.
- Oliguria menor de 400 ml en 24 horas

2.2.6 Diagnóstico

Cuadro clínico compatible, toma de presión arterial y exámenes de laboratorio con biometría hemática completa, química sanguínea incluyendo ácido úrico; perfil de lípidos, pruebas de función hepática, bilirrubinas séricas, creatinina sérica, depuración de creatinina en 24 horas, (LDH) Lactato deshidrogenasa, fibrinógeno, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina activada. En gabinete en radiografía de tórax.

Un aumento de la presión arterial de más de 30 mmHg o 15 mmHg de diastólica en las últimas etapas del embarazo, respecto a valores previos, es significativo, la aparición de proteinuria indica preeclampsia.

2.2.7 Tratamiento de la pre-eclampsia

Todos los médicos que ejercen la obstetricia encuentran preeclampsia. Las decisiones sobre el tratamiento apropiado de pacientes preeclámplicas son algunas

de las más difíciles en obstetricia y requieren un juicio crítico astuto y un conocimiento completo de las variables de gravedad y progresión natural de la enfermedad. El tratamiento más eficaz para la pre-eclampsia es el parto del feto. La decisión entre intervenir o dejar que nazca un niño pretérmino, que quizás requiera cuidados intensivos o instituir y continuar el tratamiento expectante depende de la gravedad de la enfermedad y el tiempo gestación.

2.2.8 Preeclampsia leve

De acuerdo a Norman F.(2002.P.489)

La mayoría de las mujeres con pre-eclampsia muestran una afección leve, estas enfermas no son candidatas para el parto sí el feto no esta maduro o el cérvix no es favorable para la inducción. La atención satisfactoria que suele consistir en reposo y observación, puede llevarse a cabo con la paciente en casa o en el hospital. Los objetivos terapéuticos en estos casos son vigilar los parámetros maternos fetales mientras se deja transcurrir tiempo para que maduren el feto y el cérvix.

El médico debe prescribir una atención estructurada que incluya valoración frecuente del bienestar materno y fetal con valoraciones bisemanales de la madre y el feto.

Un aspecto esencial y tradicional del tratamiento es el reposo materno en decúbito lateral izquierdo que minimiza la actividad vasopresora, aumenta al máximo el flujo sanguíneo útero placentario, genera presiones arteriales mas baja y promueve la diuresis.

Las pacientes elegibles para cuidados domiciliarios son mujeres con:

- Presión arterial menor de 150/100 mmHg
- Proteinuria inferior a 0.6g en orina de 24 horas
- Ausencia de síntomas de pre-eclampsia severa
- Recuento plaquetario menor de 120.000/mm³

- Nivel de enzimas hepáticas inferior a 50 u/l.

Todas las pacientes deben ser visitadas por una enfermera especializada la cual determina la presión arterial, la frecuencia cardíaca, los movimientos fetales e investiga la presencia de signos y síntomas de pre-eclampsia.

Si se hospitaliza las valoraciones incluyen:

- 1- Vigilancia diaria para síntomas de preeclampsia grave o movimiento fetal reducido.
- 2- Determinación de la presión arterial materna cada seis horas.
- 3- Vigilancia diaria de la orina materna para verificar si empeora la proteinuria.
- 4- Pruebas biofísicas fetales una o dos veces por semana.

Si la preeclampsia no progresa con rapidez es posible tener una conducta expectante hasta que el feto alcance la madurez.

Exámenes seriados recomendados para pacientes pre-eclámpicas hospitalizadas:

Maternos

1. Presión arterial (cuatro veces al día).
2. Valoración para proteinuria, peso, edema, hiperreflexia, cefalea, alteración visual, dolor epigástrico (diario).
3. Hematocrito y cuenta de plaquetas (cada dos días)
4. Valores séricos de ácido úrico y creatinina, orina de 24 horas para proteínas totales y depuración de creatinina (dos veces por semana).
5. Pruebas de función hepática (semanales)

Fetales

1. Registro del movimiento (diario).

2. Pruebas ante parto (pruebas sin esfuerzo e índice de líquido amniótico dos veces a la semana)
3. Ultrasonido para crecimiento (cada dos a tres semanas).

2.2.9 Preeclampsia grave

De acuerdo a Frederick P.(2002.P.489)

El tratamiento apropiado de mujeres con pre-eclampsia grave siempre es el parto, pero puede presentar riesgos importantes en fetos pretérminos, en particular en edades gestacionales anteriores a 32 semanas, la morbilidad y mortalidad materna relacionada con la pre-eclampsia grave resultan principalmente de la hipertensión grave, la eclampsia y el síndrome de Hellp.

Con los adelantos del cuidado neonatal que han mejorado el resultado final neonatal de niños pretérmino está indicado claramente el parto con mujeres con pre-eclampsia grave después de la semana 32 de gestación. Cuando lo permite la situación clínica debe instituirse el tratamiento con glucocorticoides para acelerar la madurez pulmonar fetal.

En otro extremo, también está indicado el parto inmediato en mujeres con fetos no viables aún o muy prematuros ya que aparentemente el retraso del parto incrementa el riesgo de un resultado final materno adverso sin mejorar de manera sustancial el fetal neonatal.

En paciente con preeclampsia grave y prueba de enfermedad que empeoran con rapidez está indicado el parto inmediato en cualquier edad de la gestación.

En la mayoría de los pacientes con pre-eclampsia es preferible la inducción con intento de parto vaginal en tanto no haya contraindicaciones y debe llevarse a cabo con rapidez una vez que se decide. En algunas enfermas es necesario madurar el

cérvix con prostaglandinas. El trabajo de parto se induce mediante oxitocina intravenosa y se practica amniotomía tan pronto se juzga que es seguro.

En general el manejo de la pre eclampsia severa depende de la edad gestacional. En pacientes con embarazo de más de 34 semanas se induce el parto en el curso de las 24 horas después de la intervención.

En mujeres con embarazo de 33 a 34 semanas se encuentra indicada la administración de esteroides y la interrupción del embarazo 24 horas después de la última dosis de esteroides.

En pacientes con embarazo de 28 a 32 semanas de duración depende de la respuesta clínica después del período de observación.

Paciente con preeclampsia severa y un embarazo de menos de 27 semanas deberán recibir asesoramiento detallado de los riesgos y los beneficios del tratamiento expectante. Todo signo de deterioro del estado materno o fetal es una indicación para el parto urgente.

Es probable que la detección temprana de complicaciones o signos de deterioro materno o fetal y la instauración de un tratamiento inmediato con inducción urgente del parto sean los factores del bajo índice de complicaciones maternas.

2.2.9 Complicaciones maternas

- Accidente cerebro vascular hemorrágico, es responsable de aproximadamente el 20 % de la mortalidad materna en la eclampsia.
- Insuficiencia renal aguda: se presenta como complicaciones en el 3 – 5 % de los casos.
- Edema agudo de pulmón.
- Alteraciones de la coagulación.

- Rotura hepática se presenta en el 1% de los casos.
- La mortalidad perinatal ha disminuido de un 87% a un 24.6%

Complicaciones fetales

- Pretérmino 25 – 30%.
- Bebé Pequeño para la edad gestacional en un 10 a 15%.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Óbito fetal 24.6%.
- Sufrimiento fetal durante el parto.

Criterios maternos para la interrupción del embarazo

- Descontrol de hipertensión
- Trombocitopenia < 100 000 C/mm³
- Alteración de la función renal
- Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta
- Cefalea intensa o trastornos visuales
- Epigastralgia severa, náusea o vómito
- Mayor de 38 Semanas

Criterios fetales para la interrupción del embarazo

- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Oligohidramnios
- Hijo de madre preecláptica

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer si la Preeclampsia es un factor para que se interrumpa el embarazo en periodo pretérmino 28- 36 semanas de gestación en primigestas

Objetivos Específico:

- Conocer si se presentó la preclampsia en mujeres primigestas con interrupción del embarazo.
- Identificar si en todas las mujeres primigestas con preeclampsia el embarazo es interrumpido.

JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia es una importante causa de morbimortalidad en la mujer embarazada y el neonato, tanto prematuro como a término. Los hijos de las madres preclámpicas tienen un alta morbilidad por: un retardo en el crecimiento intrauterino, infartos placentarios, insuficiencia uteroplacentaria, oligohidramnios, policitemia, hiperbilirrubinemia, trombocitopenia, leucopenia, fibrinógeno bajo.

HIPÓTESIS

La preeclampsia en u mujeres embarazadas primigestas está asociado con el riesgo de presentar interrupción del embarazo en periodo pretérmino de 28 a 37 semanas de gestación

VARIABLES

Variable independiente: La pre-eclampsia

Variable dependiente: Interrupción del embarazo

Relación: riesgo de presentar

METODOLOGÍA

Tipo de método: Analítico

Tipo de investigación: Aplicada

TIPO DE ESTUDIO

Cualitativo y explicativo

SUJETOS A ESTUDIAR

Universo:

En mujeres embarazadas primigestas puerperas

Población:

Todas las pacientes que llegan al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el servicio de obstetricia general y obstetricia privada con preeclampsia

Muestra Muestra:

Se realizara una muestra estadística

$$n = \frac{Z^2 pq N}{e^2 N + Z^2 pq}$$

FÓRMULA

$$n = \frac{Z^2 pq N}{e^2 N + Z^2 pq}$$

SIGNIFICADO DE VALORES

n = Tamaño de muestra

Z^2 = Consecuencias del tamaño de muestra

e = Margen de error aceptado

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

N = Tamaño de la población

SUSTITUCIÓN

$$n = ?$$

$$z = 1.96$$

$$e = 0.05$$

$$P = 26/30 = 0.86$$

$$q = 4/30 = 0.13$$

$$N = 37$$

DESARROLLO DE LA FORMULA

$$n = \frac{(.96)^2 (0.86)(.13) (37)}{(.05)^2 (37) + (.96)^2 (0.86)(.13)}$$

$$n = \frac{(0.8416)(0.86)(0.13)(7)}{(0.0025)(7) + (0.8416)(0.86)(0.13)}$$

$$n = \frac{5.8911}{0.5219} = 30.4$$

$$n = 30$$

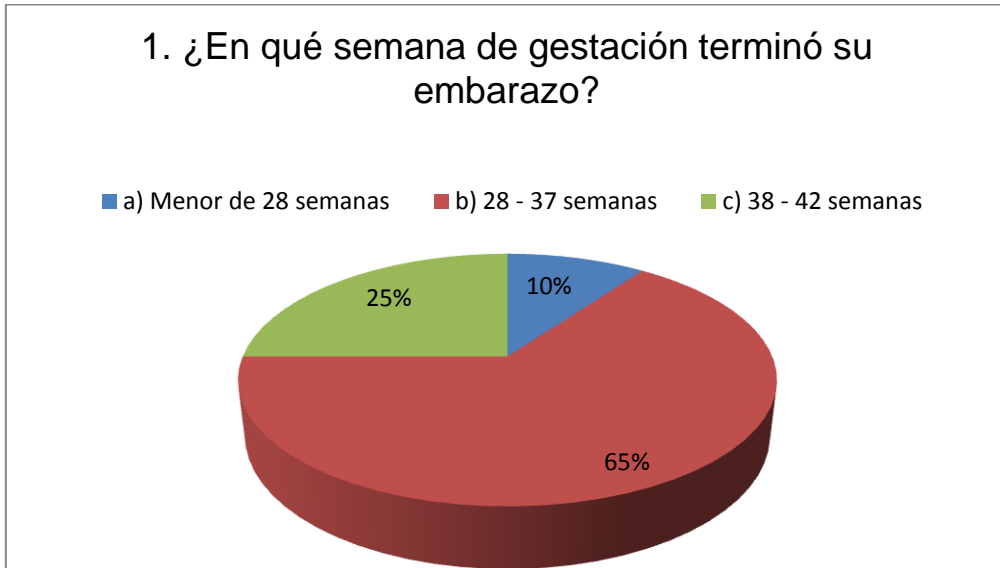
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Técnica de muestreo probabilística aleatoria Simple. El instrumento usado se validó mediante pilotaje previo y con una confiabilidad del 95% basado en las diferentes teorías utilizadas en el Marco Teórico.

TÉCNICAS UTILIZADAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó un cuestionario de 20 preguntas, que se aplicó en Morelia en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el área de obstetricia general y obstetricia privada a 30 pacientes primigestas puérperas.

RESULTADOS DE ENCUESTAS

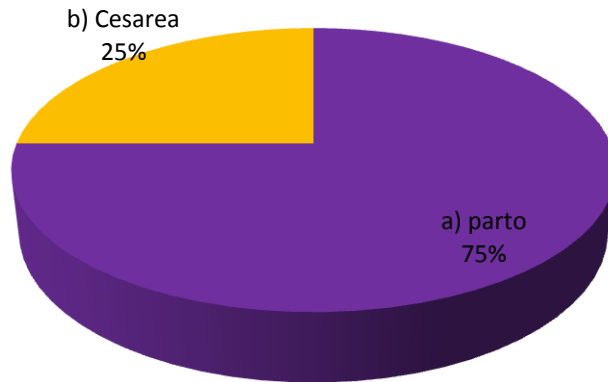


a) Menor de 28 semanas	2
b) 28 - 37 semanas	13
c) 38 - 42 semanas	5

Descripción: El 65 % de los encuestadas nos dicen que su embarazo terminó en periodo pretérmino comprendido de las 28 – 37 semanas de gestación, el 25% su embarazo fue de término en la semana 38 – 42 semanas de gestación y en un 10% el embarazo terminó antes de la semana 28 de gestación, es decir, su embarazo es inmaduro.

Interpretación: Se presentó mayormente el embarazo en periodo pretérmino, fue interrumpido debido a varios factores como pueden ser: pre-eclampsia, ejercicio físico, hidramnios, mala alimentación, ruptura de membranas, embarazo múltiple, malformaciones uterinas.

2. ¿ Su embarazo terminó en?



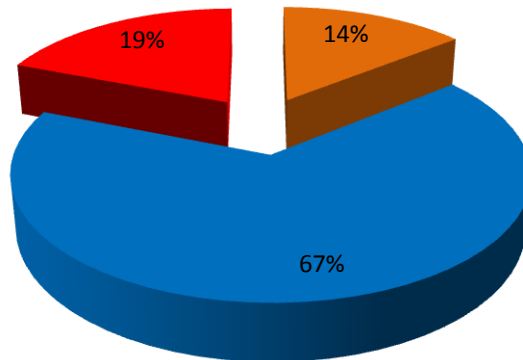
a) parto	15
b) Cesarea	5

Descripción: El 75% de los embarazos terminaron en parto y el 25% terminaron en cesárea.

Interpretación: El parto o cesárea dependerá de los factores como se presente el embarazo. No necesariamente está indicado cesárea, cuando se presente el embarazo pre-termino. Si hay trabajo de parto establecido deben aplicarse maduradores pulmonares y debe interrumpirse el embarazo después de 24 horas y después de la última dosis de esteroides.

3. ¿ En su hoja que tiene la patita que calificación tuvo su bebé al nacer?

■ a) 9 a 10 ■ b) 7 a 8 ■ c) menor de 7

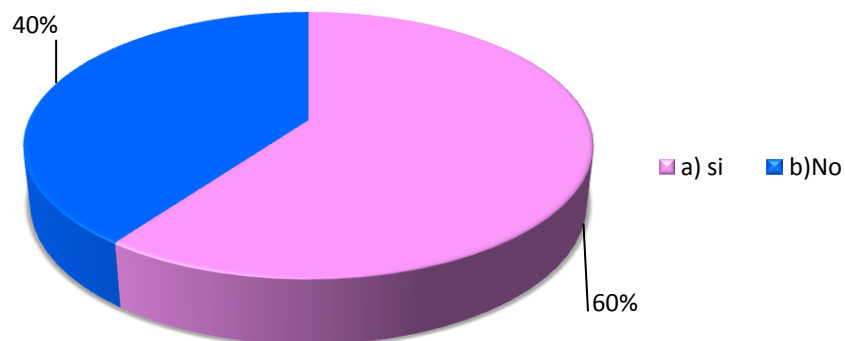


a) 9 a 10	3
b) 7 a 8	14
c) menor de 7	4

Descripción: El 67% de los bebés obtuvieron un apgar de 7 a 8, el 19% obtuvieron el apgar menor de 7 y el 14% obtuvieron un apgar 9 a 10.

Interpretación: La mayoría de los bebés que nacieron de pretérmino tuvieron un apgar de 7 a 8 es decir la salud del bebé es buena. Las cifras menores a 7 son frecuentes en bebés sanos de pretérmino quienes suelen tener una tonicidad muscular inferior a los bebés que nacen tras nueve meses de embarazo y quienes, en muchos casos, necesitarán vigilancia especial y asistencia con la respiración.

4. ¿ Su bebé presentó dificultad respiratoria al nacer?



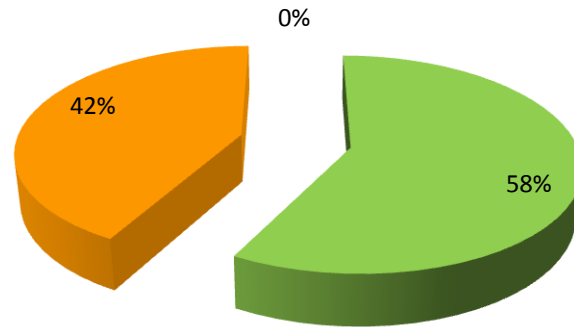
a) si	12
b)No	8

Descripción: El 60% de los bebés presentaron dificultad respiratoria y el 40% no la presentaron.

Interpretación: Los bebés de pretérmino presentan dificultad respiratoria ya que sus pulmones no se han desarrollado totalmente. La enfermedad es causada principalmente por la falta de surfactante, que ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alvéolos colapsen. Cuanto más prematuro sea un bebé al nacer, menos desarrollados estarán sus pulmones y mayor será la probabilidad de presentar el síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

5. ¿Cuánto pesó su bebé al nacer?

- a) Menos de 2, 500 gramos ■ b) 2, 500 a 4, 000 gramos
■ c) Mas de 4, 000 gramos

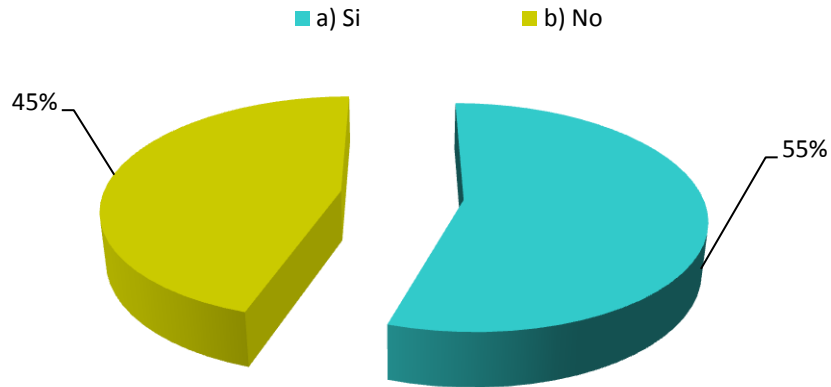


a) Menos de 2, 500 gramos	11
b) 2, 500 a 4, 000 gramos	8
c) Mas de 4, 000 gramos	0

Descripción: El 58% pesan menos de 2,500 gramos, el 42% los bebés pesaron de 2,500 a 4, 000 gramos y el 0% no pesaron mas de 4 gramos.

Interpretación: La mayoría de los bebés nacieron de pretérmino pesaron menos de 2, 500 gramos, son de bajo peso, esto puede ser debido a nivel socioeconómico bajo, también se debe a que la mamá presente preeclampsia en el embarazo, otra causa de que el bebé presente bajo peso es en mujeres embarazadas que tienen menos de 17 o más de 35 años de edad.

6. ¿Ha padecido de Obesidad durante su vida?



a) Si	11
b) No	9

Descripción: El 55% de las embarazadas padeció obesidad durante su vida y el 45% no presentó obesidad.

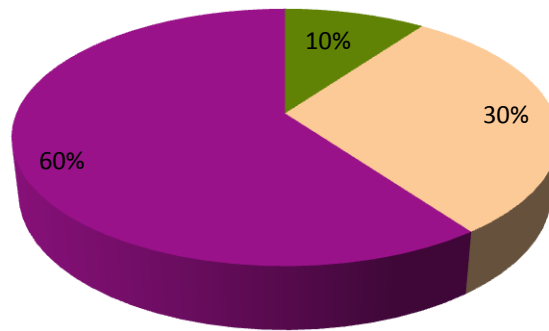
Interpretación: La mayoría de las mujeres presentan obesidad por lo cual se considera un factor de alto riesgo para que se presente la pre-eclampsia.

7. ¿Cuántos Kilos subió al final de su embarazo?

■ a) 9 Kilogramos

■ b) 12- 15 Kilogramos

■ c) Mas de 18 Kilogramos

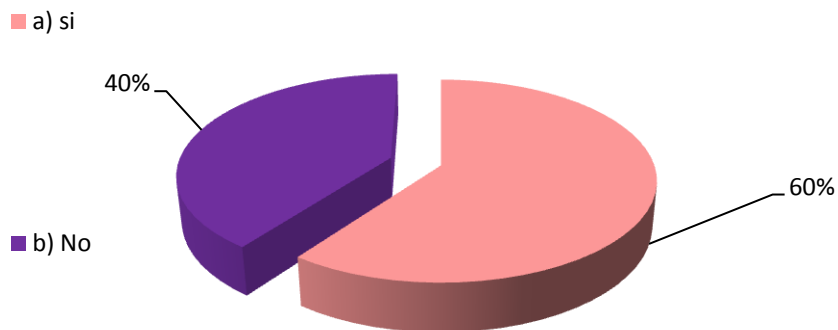


a) 9 Kilogramos	2
b) 12- 15 Kilogramos	8
c) Mas de 18 Kilogramos	10

Descripción: El 60% subió más de 18 kilogramos, el 30% subió de 12 a 15 Kilogramos y el 10% subió 9 kilogramos.

Interpretación: Mas de la mitad de las pacientes subieron en exceso de peso por lo que se considera un factor de riesgo para que se presente la pre-eclampsia.

8. ¿Tiene antecedentes familiares de presión alta (pre-eclampsia)?

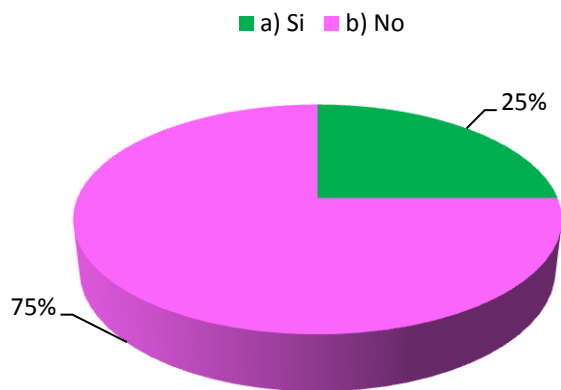


a) si	12
b) No	8

Descripción: El 60% de las pacientes presentan antecedentes familiares de presión alta y el 40% no presentaron.

Interpretación: La mayoría de las pacientes presentó antecedentes familiares de pre-eclampsia debido a que la predisposición a padecer una pre-eclampsia se hereda.

9. ¿Durante su embarazo fumó cigarrillos?

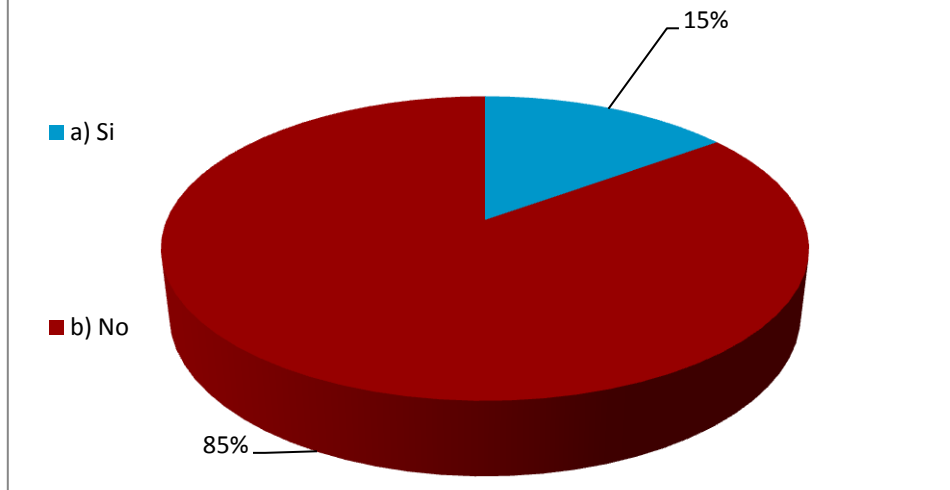


a) Si	5
b) No	15

Descripción: El 75% de las embarazadas no fumó y el 25% si fumó durante su embarazo.

Interpretación: Mas de la mitad de las mujeres no fumaron durante el embarazo, y solo un 25% si fumaron, ellas tienen mayor riesgo para que su bebé presente bajo peso al nacer.

10. ¿En algún momento de su embarazo presentó vision borrosa?

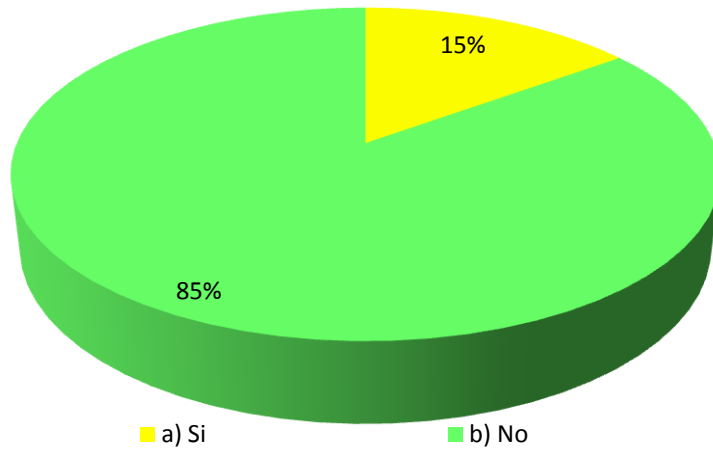


a) Si	17
b) No	3

Descripción: El 85% de las pacientes presentan visión borrosa y el 15% no la presentaron.

Interpretación: Más de la mitad de las mujeres presentan el síntoma de la preeclampsia: visión borrosa.

11. ¿Durante su embarazo consumió alcohol?

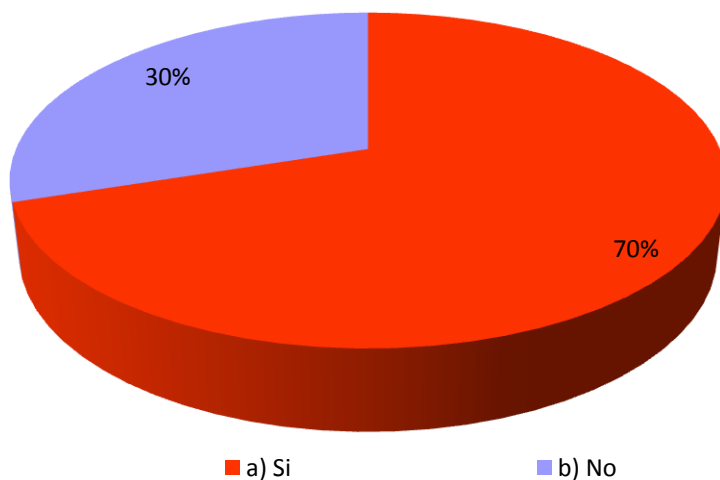


a) Si	3
b) No	17

Descripción: El 85% no consumió alcohol y el 15% si. El alcohol produce bajo peso al nacer y malformaciones en el feto.

Interpretación: La mayoría de las mujeres no consumieron alcohol durante su embarazo y el 15 % consumieron alcohol, lo que ocasiona un parto pre-termino en estas mujeres.

12. ¿Durante su embarazo presentó zumbido de oídos?

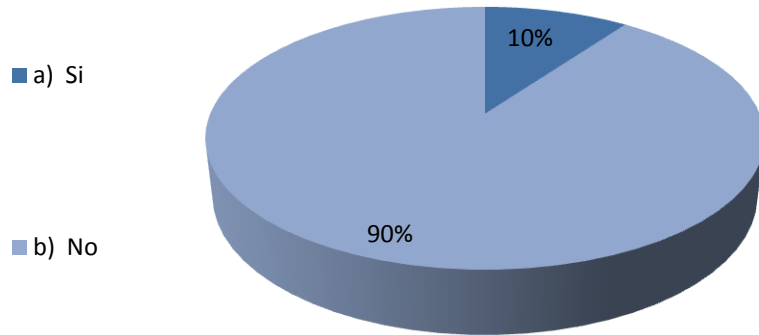


a) Si	14
b) No	6

Descripción: El 70% de las embarazadas presentó zumbido de oídos y el 30% no presentan zumbido de oído.

Interpretación: La mayoría de las pacientes presentaron zumbido de oídos durante el embarazo que es un síntoma de preeclampsia.

13. ¿Durante su embarazo consumió drogas?

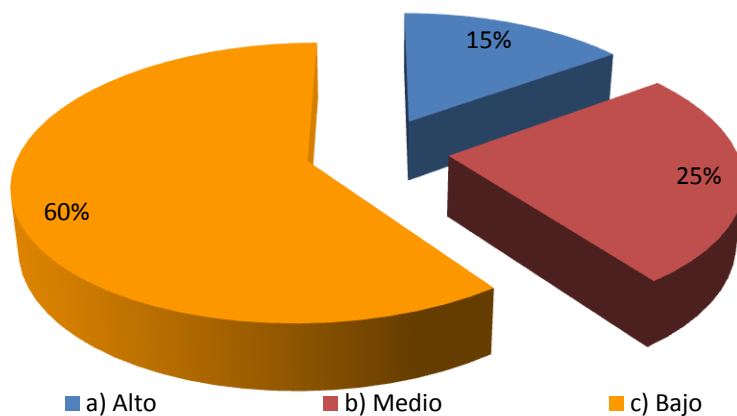


a) Si	2
b) No	18

Descripción: El 90% no consumió drogas y el 10% si consumió.

Interpretación: Mas de la mitad de las mujeres no consumió drogas durante el embarazo y solo un 10% consumió drogas, estas ocasionan un parto pretérmino.

14. ¿Qué nivel socioeconómico tiene?

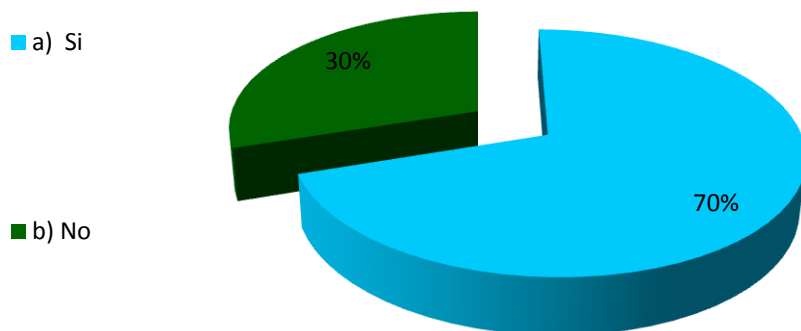


a) Alto	3
b) Medio	5
c) Bajo	12

Descripción: El 60% de las pacientes son de nivel socioeconómico bajo y el 25% son de nivel medio y el 15% son de nivel alto.

Interpretación: La mayoría de las pacientes son de bajo nivel socioeconómico, este es un factor de riesgo para que se presente la pre-eclampsia y un parto pretérmino.

15.¿Durante su embarazo presentó hinchazon de manos?

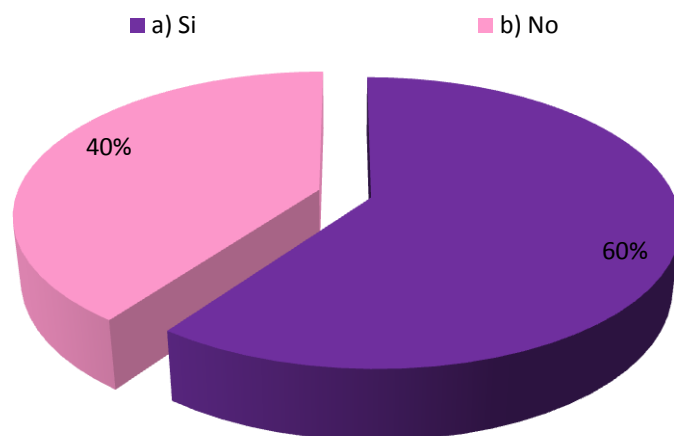


a) Si	14
b) No	6

Descripción: El 70% presentó hinchazón de manos y el 30% no presentaron el síntoma de pre-eclampsia.

Interpretación: La mayoría de las pacientes presentaron hinchazón de manos que es un síntoma de la preeclampsia.

16. ¿Durante su embarazo presentó hinchazon de cara?

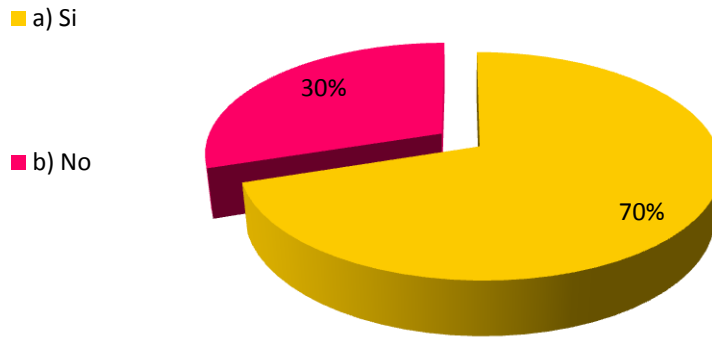


a) Si	12
b) No	8

Descripción: El 60%presento Hinchazón de cara y el 40% no presentó este hinchazón de cara.

Interpretación: Más de la mitad de las pacientes presentó el síntoma de la pre-eclampsia: hinchazón de manos.

17. ¿Durante su embarazo presentó hinchazon de pies?

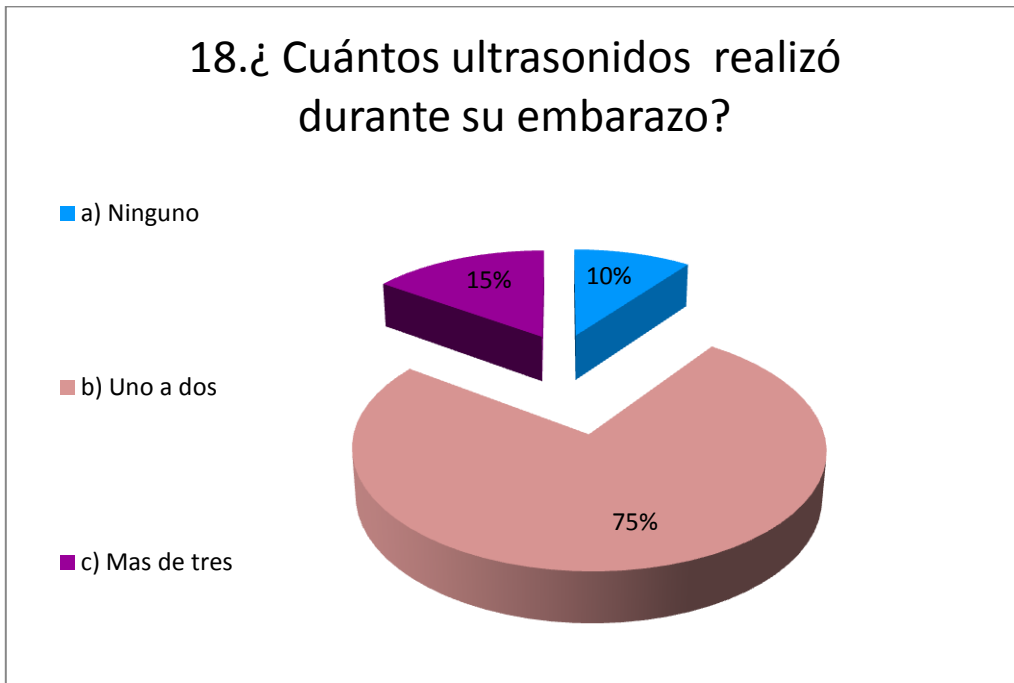


a) Si	14
b) No	6

Descripción: El 70% presentó hinchazón de pies y el 30% no presentó.

Interpretación: Más de la mitad de las pacientes presentó el síntoma de la pre-eclampsia: hinchazón de manos

18.¿ Cuántos ultrasonidos realizó durante su embarazo?

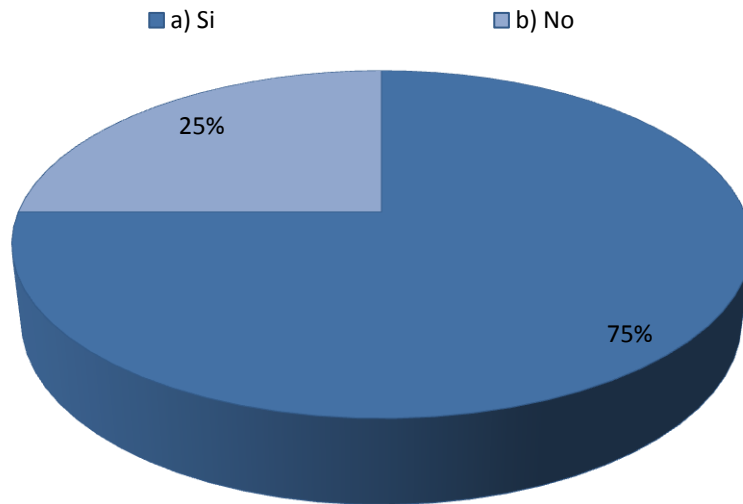


a) Ninguno	2
b) Uno a dos	15
c) Mas de tres	3

Descripción: El 75% de las pacientes se realizó de uno a dos ultrasonidos por lo cual llevaron un buen control prenatal, el 15% se realizó más de tres ultrasonidos, el 10% de las pacientes no se realizó ningún ultrasonido.

Interpretación: Más de la mitad de las embarazadas pudieron conocer mediante el ultrasonido el peso y desarrollo del bebe, o detectar complicaciones en el embarazo.

19. ¿Durante su embarazo presentó dolor de cabeza?

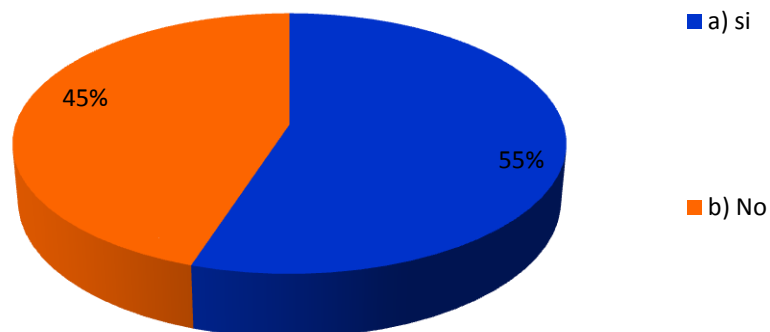


a) Si	15
b) No	5

Descripción: El 75 % de las pacientes presentó dolor de cabeza y el 25 % no lo presentó.

Interpretación: La mayoría de las pacientes presentaron el síntoma del dolor de cabeza que suele ser intenso en pacientes con pre-eclampsia. Es el síntoma más frecuente en la preeclampsia.

20. ¿Durante su embarazo consumió vitaminas?



a) si	11
b) No	9

Descripción: El 55% de las pacientes durante su embarazo consumió vitaminas y el 45 % no consumió vitaminas.

Interpretación: Más de la mitad de las pacientes consumió vitaminas, el consumir vitaminas es una forma de prevenir la preeclampsia, sobre todo el consumo del ácido fólico.

CONCLUSIONES

La presente investigación trata de la preeclampsia que se presenta en primigestas en los extremos de la edad reproductiva, en mujeres de cualquier constitución corporal, pero aquellas primigestas bajas y obesas deben ser consideradas un grupo de mayor riesgo, la predisposición a padecer una pre eclampsia se hereda.

Se comprobó que la hipótesis es verdadera debido a que la preeclampsia en una mujer embarazada primigestas está asociada con el riesgo de padecer embarazo pre término.

Los objetivos se lograron ya que se pudo comprobar que la preeclampsia es un factor para que se interrumpa el embarazo en periodo pre término 28- 36 semanas de gestación en primigestas. La preeclampsia se presenta en primigestas, la interrupción del embarazo dependerá de la complicación del embarazo con preeclampsia. En la mayoría de los pacientes con pre eclampsia es preferible la inducción con intento de parto vaginal en tanto no haya contraindicaciones y debe llevarse a cabo con rapidez una vez que se decide. En algunas enfermas es necesario madurar el cérvix con prostaglandinas. El trabajo de parto se induce mediante oxitocina intravenosa y se practica amniotomía tan pronto se juzga que es seguro. En general el manejo de la preeclampsia severa depende de la edad gestacional.

Anexo 1

Órgano	Pre-eclampsia severa o grave	Pre-eclampsia complicada o en crisis
Cerebro	Cefalea Síntomas visuales	Convulsiones (eclampsia) Hemorragias cerebrales Encefalopatía Accidente Cerebro Vascular
Vascular	TA sistólica > 160 mmHg TA diastólica >110 mmHg	Encefalopatía hipertensiva
Riñón	Oliguria Proteinuria > 5 g	Insuficiencia Renal

	Creatinina Mayor a 1.2 mg/dL (con relación al valor previo)	
Hematologico	Trombocitopenia Hemólisis	Síndrome de Helly Coagulación Intravascular Diseminada
Hígado	SGOT > 72 U/ml SGPT > 48 U/ml Epigastralgia Bilirrubinas > 1.2 mg/dl	Hematoma subcapsular Falla hepática
Pulmón		Edema pulmonar
Corazón	Bradycardia Taquicardia Disfunción ventricular	Insuficiencia cardiaca crónica Isquemia

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRONICAS

D. Ware Branch y T. Flint Porter, Trastornos Hipertensivos durante el embarazo, (séptima edición) México

William C. Mabie, MB, Estudios Hipertensivos del Embarazo, Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétrico, Alan H. De Cherney. Martin L. Pernoll México, Edit. Manual moderno 7a Ed, 1999

Thomas F. Ferris, Hipertensión y pre eclampsia, Complicaciones Médicas durante el embarazo, Burrow/Ferris, Editora Médica Panamericana, México, 4^a Ed, S.A. 1998

Norman F. Gant, F. Gary Cunningham, Trastornos Hipertensivos en el Embarazo, Manual de Ginecología y obstetricia, Edit. Manual moderno, México, 1^a Ed, 1995.

Frederick P. Zuspan. Hipertensión Aguda, Atención del embarazo de alto riesgo, John T. Queenan. Edit. Manual moderno México, 2a Ed, 1993,

F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno. Trastornos Hipertensión del Embarazo, Williams Obstetricia. Editorial Panamericana, 21a. Edición 2002.

Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Colectivo de Autores. De. Ciencias Médicas, 1997.

Worley RJ. Fisiopatología de la hipertensión inducida por la gestación 1984

Núñez Eduardo Ginecología y Obstetricia Edición 2001 México

Obstetricia II Antología Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia división abierta
México

Nuñez Eduardo Ginecología y Obstetricia Tercera edición Mexico 1993

Danfort Scott Tratado de Obstetricia y Ginecología Mc Graw Hill Octava edición
1999

Rubio Domínguez Serino Obstetricia I Antología Segunda edición 1996

Obstetricia y Ginecología Novena Edición México Mc Graw Hill Interamericana 2000

Villanueva Egan Ginecología Obstetricia México Factores pronósticos asociados a la
progresión de la pre eclampsia-eclampsia.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

Pre-eclampsia en: http://www.umm.edu/pregnancy_spanish/000200.htm extraído
en mayo del 2003

Pre-eclampsia en: http://www.uv.es/~dpog/Serra/Preeclampsia1_Obst_T19 extraído
en Enero de 2005

Embarazo de alto riesgo en: <http://www.ginecologia.com.mx> extraído en Diciembre
del 2003

Toxemia gravídica en:
<http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/UCI5/PA/TOXEMIAGRAVIDICA>
extraído en Agosto de 2003

Manejo del parto pretérmino en:
<http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm> extraído en Enero del
2003