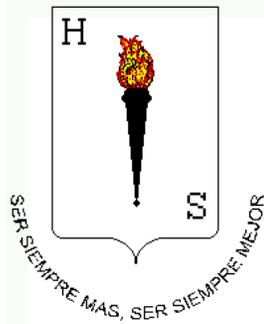


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

NANCI ABIGAIL CARMONA ALVAREZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

Esta investigación la realice en forma de agradecimiento en primer lugar a Dios por haberme permitido terminar mis estudios de la carrera de enfermería, que de no ser por él no hubiera terminado el ciclo escolar con un sentido de humanidad.

En segundo lugar les agradezco infinitamente a mis padres por todo el apoyo recibido durante mi formación profesional, porque gracias a su apoyo y consejo he llegado a cumplir una de mis más grandes metas, la cual no solo es mía es también suya, y que es la más maravillosa herencia que pudiera recibir en la vida. Ya que sin sus palabras de aliento que me brindaron a lo largo de esta gran etapa de mi vida no hubiera podido subir este escalón más. Siempre han sido ustedes mi fuerza para salir adelante, mi motivo para no quebrarme, viendo día a día su esfuerzo que hacen para poder darme lo necesario para superarme. Sabiendo que muchas veces les falle ustedes siempre siguieron apoyándome sin importar mis errores, sin importar cuanto pudiera aprovechar tu mamá, tú papá siempre confiaron en mí.

A mis hermanos les agradezco que durante todo el tiempo de mi formación estuvieran apoyándome, cuando algunos días no fueron agradables, ni los mejores, siempre hicieron que se convirtieran en los días llenos de felicidad contagiándome sus sonrisas. Ustedes también fueron mi fuerza para seguir adelante, dándome consejos y compartiendo experiencias que juntos vivimos.

A toda la familia en general le agradezco todo su apoyo y confianza que depositaron en mí, por los momentos que no he podido estar con ustedes, por los días y momentos únicos en los que no he estado presente, les agradezco todo su amor y cariño que me dan día con día. Sé que siempre poder contar con ustedes para seguir mi camino y que con todos los buenos y malos momentos que hemos vivido siempre salimos adelante.

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA
PACIENTE CON PREECLAMPSIA**

Contenido

Resumen	V
Introducción	VI
Capítulo I Planteamiento del Problema	1
1.1. Descripción del problema o antecedentes del problema	2
1.2. Objetivo de la investigación	2
1.3. Sujeto de estudio.....	2
1.4. Antecedentes de la Investigación: Teorías sobre la preeclampsia.....	2
1.5. Como percibo el problema	10
1.6. Esta investigación ayudara a.....	11
1.7. Pregunta de Investigación	11
1.8. Objetivo de la investigación	11
1.9. Justificación.....	11
1.10. Viabilidad.....	12
1.11. Limitaciones	12
Capítulo II Marco Teórico	13
2.1. Medicina.....	14
2.2. Ginecología	14
2.3. Obstetricia	14
2.4. Embarazo	14
2.5. Control prenatal	15
2.5.1. Objetivo de enfermería en la asistencia prenatal.....	15
2.5.2. Consultas prenatales	15
2.5.3. Actividades durante estas consultas	16
2.6. Preeclampsia	16
2.6.1. Epidemiología	17
2.6.1.1. Epidemiología en el estado de Michoacán.....	17
2.6.2. Clasificación	18
2.6.2.1. Preeclampsia leve:	18
2.6.2.2. Preeclampsia grave:.....	19
2.6.3. Etiología	20
2.6.4. Factores contribuyentes	20

2.6.5. Diagnostico	21
2.6.6. Preeclampsia leve. Criterios para su diagnóstico:	21
2.6.7. Preeclampsia grave. Criterios para su diagnóstico.....	22
2.6.8. Factores de mal pronóstico para la paciente con Preeclampsia	23
2.6.9. Tratamiento.....	23
2.6.10. Preeclampsia de primer grado	24
2.6.11. Preeclampsia de segundo grado.....	25
2.6.12. Preeclampsia de tercer grado	26
2.6.13. Preeclampsia de cuarto y quinto grado:	28
2.6.14. Factores de riesgo	29
2.6.15. Complicaciones de la preeclampsia	29
2.6.15.1. Eclampsia.....	29
2.6.15.2. Desprendimiento prematuro de placenta	29
2.6.15.3. Hipofibrinogenemia.....	29
2.6.15.4. Hemolisis.....	30
2.6.15.5. Hemorragia cerebral.....	30
2.6.15.6. Observaciones oftalmológicas anormales.....	30
2.6.15.7. Edema pulmonar	31
2.6.15.8. Lesión renal.....	31
2.6.15.9. Daño hepático	32
2.6.15.10. Traumatismo provocado por un ataque	32
2.6.15.11. Problemas fetales.....	32
2.6.15.12. Actividad uterina.....	33
2.6.16. Prevención	33
2.6.17. Intervención de enfermería	34
2.6.18. Pronostico	35
2.6.19. Teorías Sobre la Preeclampsia	35
2.6.19.1. Teoría genética.....	35
2.6.19.2. Teoría de la placentación	36
2.6.19.3. Teoría inmunológica	38
2.6.19.4. Teoría del daño celular endotelial.....	40
2.6.20. Estudios sobre la preeclampsia	43

2.6.21. Otros estudios	44
2.6.22. Fisiopatología.....	44
2.7. Enfermería.	45
2.7.1. Campo de acción	45
2.7.2. Enfermería según la OMS.....	46
2.7.3. Enfermería obstétrica.....	46
2.8. Teoría de la enfermería seleccionada para éste estudio	47
2.8.1. Teoría de Florence Nightingale	47
El significado de enfermería de su modelo	48
2.9. Cuidados de enfermería	48
2.9.1. Higiene en el embarazo	48
2.9.2. Recomendaciones dietéticas	50
2.9.2.1. Nutrición durante el embarazo en paciente en fases avanzadas del embarazo.	51
2.9.3. Ejercicios físicos	52
2.9.4. Objetivo de los Cuidados de maternidad en el embarazo.....	53
2.9.5. Cuidados perinatales	53
2.9.6. Cuidados de enfermería para la preeclampsia	54
2.9.6.1. Durante el embarazo	54
2.9.6.2. Cuidados durante el trabajo de parto.....	55
2.9.6.3. Cuidado en el posparto.....	55
2.10. Actuaciones de enfermería	56
2.10.1. Valoración	56
2.10.2. Valoración de los reflejos tendinales profundos.	57
2.11. Evaluaciones enfermería.....	63
2.12. HNSS	63
Capítulo III Alcance y Diseño de la Investigación	65
Capitulo IV Diseño de la Investigación y Tamaño de la Muestra	67
4.1. Hipótesis	68
4.2. Definición de las variables.....	68
4.2.1. Preeclampsia	68
4.2.2. Conocimiento	69
4.3. Construcción del instrumento de medición	71

Capítulo V Diseño de la Investigación.....	75
Capítulo VI Recolección y Análisis de Datos.....	78
Capítulo VII Conclusión	89
Bibliografía.....	92

Resumen

Preeclampsia es una complicación médica del embarazo, de causa desconocida. Años atrás se creía que la desencadenaba por un aumento de toxinas en la sangre, pero se han realizado estudios que no lo afirman. La preeclampsia consiste en un aumento de presión arterial, aumento en la concentración de proteínas en la orina (proteinuria) y edema generalizado de las extremidades, estos son sus signos característicos, con los que se puede ayudar a diagnosticarla, también se conoce como toxemia.

El sujeto de investigación son las enfermeras tituladas del hospital de nuestra señora de la salud de todos los turnos, cuyo objetivo es conocer cuál es el nivel de conocimiento de las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud en el año 2012 sobre los cuidados que se le deben de dar a una paciente con preeclampsia.

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir cual es el nivel de conocimiento de las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud sobre los cuidados que se le deben de brindar a una paciente con preeclampsia.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar a los cuidados de enfermería que se le deben de brindar a la paciente con preeclampsia. Esta investigación es no experimental descriptiva transaccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis el nivel de conocimientos de la enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud en el año 2012 es deficiente en un 30% sobre los cuidados que se le deben brindar a una paciente con preeclampsia en relacion a los cuidados investigados es falsa o verdadera.

Introducción

En la presente investigación se presentan siete capítulos en los que se aborda un tema que durante años ha estado en estudio, la preeclampsia. Hace años se le consideraba y conocía con el nombre de toxemia, sin embargo en los estudios que se han realizado no se han encontrado toxinas en la sangre de las mujeres que padecen esta patología, es por ello que ahora se le conoce como hipertensión inducida por el embarazo o preeclampsia.

Dentro del capítulo I Encontraremos: los antecedentes de la preeclampsia, mi perspectiva del tema, teorías que tratan de explicar la causa de la preeclampsia, también se justifica por qué esta investigación, el objeto de investigación, los objetivos generales y específicos, a quienes va dirigida esta investigación, si aportara algo o no, la viabilidad y limitaciones que se presentaron, así como la pregunta que se escogió para dar una respuesta falsa o verdadera.

En el capítulo II está el marco teórico donde hay definiciones y conceptos de lo que es la preeclampsia y su sintomatología y tratamiento, los factores contribuyentes al desarrollo, medidas de prevención, los cuidados que se le deben dar a la paciente preecláptica, Se aborda lo que es el embarazo, control prenatal, enfermería, así como la viabilidad y limitaciones que hubo en esta investigación

Es importante que todas las mujeres embarazadas lleven un control prenatal durante el embarazo que aunque es un proceso fisiológico requiere de atención médica para prevenir o diagnosticar a tiempo alguna anomalía o patología durante dicho proceso como la preeclampsia que aunque no se conoce su etiología existen factores que contribuyen a su desarrollo, entre ellos están; los hábitos alimenticios, el estilo de vida, la obesidad, antecedentes de haber presentado preeclampsia en su anterior embarazo, que durante el control prenatal se pueden modificar y vigilar.

Tratando de evitar que se desarrolle algún padecimiento importante y de ser así detectarlo a tiempo y brindarle la atención adecuada.

Es importante que a la mujer embarazada se le brinde información verbal e impresa para que tenga conocimiento sobre los signos y síntomas que debe vigilar durante su embarazo y acudir de inmediato a consulta médica si se requiere.

Hoy en día los casos de preeclampsia son más frecuentes que en décadas pasadas, muchas mujeres de edad madura con enfermedades crónicas se embarazan esperando contar con cuidados médicos y obstétricos de sostén que les permitan llevar a buen término la gestación.

Se evaluó a enfermeras con el fin de ver que tanto saben sobre qué hacer cuando llega una paciente con preeclampsia en la consulta externa y cuando está en hospitalización.

Es importante que el personal de enfermería tenga los conocimientos sobre los cuidados que se le deben brindar a la paciente con preeclampsia, ya que es la enfermera quien está más tiempo con la paciente y quien debe estar atenta ante cualquier síntoma o signo que pueda agravar el estado de la paciente. En caso de que llegue a complicarse y pase de ser preeclampsia a eclampsia sepa diferenciar el grado de la patología.

La preeclampsia así como no tiene una causa específica del desarrollo de la enfermedad tampoco tiene un tratamiento que la cure, lo único es controlar la hipertensión y terminar con el embarazo lo antes posible sin importar las semanas de gestación. Aun terminando con el embarazo el peligro sigue latente, más cuando se ha complicado o ha pasado de preeclampsia a eclampsia.

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Capítulo I.- Planteamiento del problema

1.1. Descripción del problema o antecedentes del problema

Se ha observado que durante las últimas décadas el incremento de este padecimiento es más frecuente, por lo que es importante contar con personal de enfermería capacitado en los diferentes hospitales, brindando una mejor atención a la paciente con preeclampsia y atenderla lo más rápido posible.

1.2. Objetivo de la investigación

Conocer cuál es el nivel de conocimiento de las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud en el año 2012 sobre los cuidados que se le deben de dar a una paciente con preeclampsia.

1.3. Sujeto de estudio

Las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud y mujeres embarazadas

1.4. Antecedentes de la Investigación: Teorías sobre la preeclampsia

(Salvat, 1987)

Teoría Genética

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

Se ha propuesto también que esta susceptibilidad genética, tanto materna como fetal podría facilitar la alteración de la respuesta inmune. Las reacciones inmunitarias están determinadas genéticamente, por lo que, la predisposición genética parece jugar un papel importante en esta respuesta inmune.

El equilibrio entre las respuestas inmunitarias maternas y el genotipo fetal quizás regulen el proceso de invasión trofoblástica necesario para la placentación normal. Una alteración en este equilibrio por factores maternos o fetales podría provocar la PEE.

Teoría de la Placentación

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

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

Se ha comprobado que en la PEE los cambios fisiológicos que acontecen sobre las arterias espirales se sitúan en su porción decidual, manteniéndose el

miometrio intacto anatómicamente, sin sufrir dilatación. Lo que sugiere una alteración o una inhibición de la migración trofoblástica a los segmentos miometriales de las arterias uteroplacentarias que restringen el mayor riego sanguíneo requerido en la etapa final del embarazo.

Causas: La alta incidencia de esta enfermedad en primigestas podría deberse al menor desarrollo de la vasculatura uterina, por su menor calibre. Se ha descrito un déficit de las moléculas de adhesión vascular del citotrofoblasto, disminuyendo así su capacidad de invasión.

El déficit de vasodilatadores uterinos que provoque un aumento de la resistencia arteriolar que inicialmente bloquee la penetración trofoblástica y posteriormente cause un desbalance a favor de los vasoconstrictores

Un déficit específico de PGI₂ (protaciclina), potente vasodilatador y antiagregante plaquetario, podría ser el responsable de la vasoconstricción y de las alteraciones de la coagulación. Exceso de tromboxano. Así en la PEE, aparecen cambios en la placenta de tipo estructural y funcional.

Estructurales: El mayor cambio es la escasez de invasión trofoblástica de arterias espirales

Funcional: El cambio consiste en que estas arterias pasan a ser vasos de resistencia (por la invasión incompleta o ausente de arterias espirales) en vez de los vasos de capacitancia que existen en el embarazo normal, con lo que se produce una hipoperfusión, y aumentan las resistencias vasculares. La vasoconstricción. Todo esto conlleva a una isquemia placentaria, siendo la base de la disfunción endotelial que lleva a la disminución de sustancias vasodilatadoras y activación de la coagulación intravascular

Teoría Inmunológica

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

La vieja idea que prevalecía desde el comienzo de siglo, es que la PEE podría ser una alteración en el reconocimiento de la unidad feto placentaria por la madre. Esto ha sido sustentado por muchas observaciones que subrayan, la respuesta anormal de la madre hacia los antígenos feto-placentarios. En el embarazo normal se aprecia un mecanismo de adaptación que actúa a tres niveles.

”Nivel trofoblástico”: los antígenos linfocitarios humanos (HLA), antígenos ABO, y antígenos placentarios específicos del embarazo, tienen un bajo grado de antigenicidad.

”Nivel fetal”: una disminución de la respuesta inmune basada en un déficit relativo de sus componentes.

”Nivel materno”: Se acepta una disminución de la respuesta inmunológica, bien por las hormonas propiamente gestacionales (gonadotrofina catiónica, lactógeno placentario, progesterona, y prolactina), o bien por la mediación de otras sustancias, de aparición durante el embarazo, con propiedades inmunosupresoras. Una intolerancia inmunológica mutua entre el “aloinjerto fetal” (paterno) y el tejido materno. El concepto de aloinjerto fetal indica que la reacción inmunitaria materna contra el feto es potencialmente destructiva, y algunos investigadores proponen que el reconocimiento inmunitario del embarazo es indispensable para su éxito ya que produce importantes cambios morfológicos y bioquímicos en la circulación sistémica y uteroplacentarias materna.

Actualmente existen dos teorías:

La primera indica que debe ocurrir reconocimiento para que se presente una respuesta inmunosupresora adecuada y se evite el rechazo inmunitario.

La segunda señala que el reconocimiento inmunitario actúa como estímulo para la secreción localizada de citocinas en el lecho placentario, que a su vez promueven la producción de factores que favorecen el crecimiento de la placenta. Ambas hipótesis sugieren que la mayor diferencia de histocompatibilidad entre la madre y el feto predispondría a una pérdida gestacional temprana, lo cual tiene su importancia cuando se consideran causas inmunitarias de aborto espontáneo y recidivante. Los antígenos fetales podrían inducir una reacción típica mediada por células. Así una respuesta inmunitaria celular decidual, sería componente esencial para limitar la invasión de las células trofoblásticas, condicionando la PEE.

La decidua es el tejido donde con seguridad se hace el reconocimiento del trofoblasto inmunitario. Se ha identificado un antígeno de histocompatibilidad HLA-G, el cual se expresa en el citotrofoblasto y podría proteger a la placenta del rechazo. En el primer trimestre las células asesinas naturales, y grandes linfocitos granulares citolíticos que atacan a leucocitos sin inmunización previa, constituyen casi el 45% de todas las células del estroma. Tal vez las funciones inmunitarias de la decidua, son importantes para la supervivencia del feto.

Los macrófagos pueden inhibir la proliferación de linfocitos, la expresión de receptores de interleukina 2 y la producción de ésta citokina.

Esta interleukina 2 tiene un importante papel en el rechazo de injertos y la reacción de anticuerpo-receptor de antiinterleukina 2, quizás permita una supervivencia prolongada del injerto. El aumento de las concentraciones de interleukina 2 que se encuentra en el embarazo normal

El embarazo normal conlleva a una disminución cuantitativa y cualitativa de los linfocitos circulantes. Se sintetizan leucotrienos, productos del metabolismo del Ac. Araquidónico, que pudieran provocar aumento de la permeabilidad capilar, vasoconstricción y activación secuencial de neutrófilos y de moléculas de adhesión. Los inhibidores inespecíficos, también llamados “Anticuerpos bloqueadores”, incluyen hormonas vinculadas con el embarazo y otras sustancias de producción local a partir de células deciduales, trofoblásticas y otras partes fetales. En el embarazo normal habría un estado de equilibrio entre la cantidad de anticuerpos bloqueadores maternos y la carga antigénica fetal, y el desequilibrio entre ellos, (el déficit) causarían la enfermedad. Activación de neutrófilos desde la placenta, y se sabe que se restringe sólo al territorio maternal. Estos neutrófilos secretan distintas sustancias tóxicas; elastasas, y otras proteasas que pueden lesionar células endoteliales, membrana basal y matriz subendotelial. Además, se liberan radicales libres de oxígeno, tóxicos que producen peroxidación lipídica de las membranas, lisis celular, fragmentación del endotelio, y aumento de la permeabilidad y reactividad vascular.

Teoría del Daño Celular Endotelial

Las células endoteliales se unen a la pared del vaso sanguíneo por medio de colágeno y de diversos glucosamino-glucanos, incluyendo la fibronectina.

El endotelio está en contacto directo con la sangre, lo cual constituye una posición estratégica para participar en los ajustes homeostáticos del organismo. El endotelio regula el transporte capilar, participa en el proceso de la hemostasia, y regula la reactividad del músculo liso vascular.

Se considera a la Prostaciclina (PGI₂) y el Óxido Nítrico (NO) como los mediadores más importantes de la vasodilatación vascular, además la PGI₂ es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria. También mediatizan la contracción del músculo liso vascular subyacente con factores derivados también del endotelio.

(EDRF), como las inducidas por Tromboxano (TXA₂) y prostaglandinas H₂ (PGH₂). Las contracciones que se producen por la anoxia, son producto de la secreción de endotelial y el anión su peróxido, ambos aceleradores de EDRF.

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

El endotelio tiene además una participación activa en la fibrinólisis mediante la secreción de activadores del plasminógeno, el tipo tisular (tPA) que es el más importante los cuales inducen fibrinólisis al convertir el plasminógeno en plasmina, que a su vez fragmenta fibrina insoluble en otros productos menores más solubles. La trombina y las proteasas séricas estimulan la secreción de tPA en las células endoteliales, pero también inducen un aumento mayor y más persistente del Inhibidor de activación del plasminógeno derivado del endotelio (PAI), lo cual produce una disminución de la actividad total del tPA. Se sabe que el Oxígeno y los radicales peróxidos están incrementados en la PEE. Los radicales libres, incrementan la expresión de los receptores de la endotelina, potente vasoconstrictor.

Esta exageración de la peroxidación podría no sólo representar un incremento en la producción de radicales oxidada por los neutrófilos, sino también una deficiencia o alteración de los mecanismos antioxidantes.

Este desequilibrio del sistema oxidativo, es uno de los mediadores de las lesiones endoteliales que acontecen en la PEE. Estos sistemas antioxidantes extra e intracelulares son activados durante el embarazo normal.

El moderado descenso de los radicales thiol intra y extracelulares, durante el embarazo normal, es exagerado en la PEE y refleja el intenso consumo, frente a la capacidad antioxidante en respuesta a la agresión oxidativa. Otra hipótesis que apoya esta teoría se basa en una inadecuada perfusión tisular del trofoblasto en etapas precoces de la gestación, resultando una agresión tisular, con liberación de factores tisulares, perpetuando el daño a nivel del endotelio.

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

Existen más teorías pero estas cuatro son las más importantes y cada día se agregan más elementos para enriquecer el acervo medico en cuanto al origen de la preeclampsia; Es evidente que la medicina en su amplio desarrollo necesita de conocer la génesis de sus patologías, sin embargo es bueno decir, que en la práctica se debe trabajar con lo que se tenga a la mano, para tratar de solventar el problema en el momento que se nos presente, especialmente en nuestro sistema de salud latinoamericano donde la salud, no es vista por los políticos de turno como elemento preponderante para ganar adeptos, así que manos a la obra que acá en nuestra Latinoamérica querida, existen excelentes médicos, a la altura del compromiso que se nos presente, que sacaran a relucir su espíritu de trabajo y dedicación, cuando se presenten los casos a resolver, hasta la próxima.

Estudios sobre la Preeclampsia (Edward Quilligan 1952).

Uno de los principales fundadores de la subespecialidad de medicina fetal maternal, Dr. Quilligan es reconocido internacionalmente por su investigación.

Ha realizado una serie de importantes estudios sobre los efectos del trabajo en el sistema cardiovascular de la madre y el feto.

Su trabajo ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la práctica de monitoreo fetal durante el parto. Debido a sus esfuerzos pioneros, los médicos son capaces de identificar el sufrimiento fetal en una etapa muy anterior que ha llevado a la reducción de complicaciones y la mortalidad infantil. Sus estudios posteriores se han centrado en la función del útero durante el embarazo, el papel de niveles anormales de oxígeno en el daño cerebral fetal, respiración fetal, estado de reposo fetal y problemas de embarazos de alto riesgo. Sus intereses actuales incluyen principalmente las causas de lesiones cerebrales en el feto, particularmente aquellas situaciones asociadas con deficiencia de oxígeno en y alrededor del tiempo de trabajo y entrega.

1.5. Como percibo el problema

Indudablemente, el nivel de conocimientos por parte de enfermería es muy importante en el tratamiento de una mujer que padece preeclampsia, ya que es muy importante que el personal de enfermería esté preparado y capacitado para atender a este tipo de pacientes brindándole los cuidados de acorde a sus necesidades de cada una de estas mujeres.

No solo cuando ya es preecláptico sino desde su atención prenatal orientarla y checarla para estar preparados ante cualquier dato de alarma que pudiera indicar esta patología.

1.6. Esta investigación ayudara a

Las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud. brindándoles una serie de cuidados detallados que se le deben brindar a las pacientes con preeclampsia aportando el nivel de conocimiento que tiene las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud en cuanto al cuidado de la paciente.

1.7. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud en el año 2012 sobre los principales cuidados que se le deben de dar a una paciente con preeclampsia?

1.8. Objetivo de la investigación

Calcular el nivel de conocimiento de las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud en el año 2012 sobre los principales cuidados que se le deben dar a la paciente con preeclampsia.

1.9. Justificación

La preeclampsia resulta ser un problema de salud muy grave en las mujeres embarazadas, siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad materna en nuestro país. Motivo por el cual se requiere concientizar al personal de enfermería que es necesario saber cuáles son las actuaciones de enfermería en una paciente con dicha patología. Ya que si no se sabe tratar o no se trata a tiempo puede presentar complicaciones serias.

Su estudio nos conlleva a conocer cada vez más las causas o amenos los factores que predisponen esta patología, así como la frecuencia en su presentación, pero sobretodo, como personal de salud saber orientar a las mujeres durante el embarazo sobre los cuidados, medidas que deben tener, las

actividades que deben realizar durante y sobretodo su alimentación durante este periodo.

1.10. Viabilidad

Se cuenta con todos los medios necesarios económicos, materiales y metodológicos para realizar la investigación.

1.11. Limitaciones

Dentro de la investigación se encontró una limitación; 5 de las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud se negaron a participar en el cuestionario que se les pidió contestar con el fin de saber cuál es el conocimiento que tienen sobre los cuidados que se le deben realizar a una paciente con preeclampsia.

Capítulo II

Marco Teórico

CAPÍTULO II.- Marco Teórico

2.1. Medicina

Del lat. Medicina. Arte y ciencia de conocer y tratar las enfermedades, especialmente las internas. (Salvat, 1987)

2.2. Ginecología

De *gineco-* y el *gr logos*, tratado. Rama de la medicina que trata de la mujer y las enfermedades que le son propias, principalmente las sexuales. (Salvat, 1987)

2.3. Obstetricia

La obstetricia se define como la rama de la medicina que estudia el parto, sus antecedentes y sus secuelas. Así, la obstetricia estudia sobre todo los fenómenos y el control del embarazo, parto y puerperio, tanto en circunstancias normales como anormales.

La palabra obstetricia se deriva del latín obstetricia u obstetrix que significa partera. La forma verbal obsto (ob=antes, sto=apoyar) significa dar apoyo. (ENEO, 2003)

2.4. Embarazo

Es un estado fisiológico pasajero que se inicia con la unión del ovulan el espermatozoide, inicia con la fecundación y termina con el nacimiento de un nuevo ser. (Zamudio 2012).

2.5. Control prenatal (ENEO, 2003)

El embarazo tiene una duración de 280 días, contados a partir de primero después de la última menstruación (40 semanas), o 266 días si se considera como punto de partida de la fecha de ovulación durante esta etapa la mujer debe ser observada periódicamente por un médico, hecho que se conoce como atención prenatal.

Consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno.

2.5.1. Objetivo de enfermería en la asistencia prenatal

Lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un producto sano sin que se altere la salud de la madre.

Hacer lo posible por que la experiencia de la familia tenga un desarrollo positivo.

2.5.2. Consultas prenatales

Programa para las consultas prenatales de vigilancia.

Cada cuatro semanas desde el diagnostico de embarazo hasta la semana 28 del embarazo.

Cada dos semanas desde la semana 28 del embarazo hasta la semana 36 del embarazo.

Cada semana, desde la semana 36 hasta el parto.

2.5.3. Actividades durante estas consultas

Valoración de estado del embarco entre las consultas.

Valoración de las prácticas actuales de alimentación.

Exploración física, que debe incluir especialmente:

Medición de la presión arterial: la presión arterial medida al principio del embarazo es un dato de referencia para la valoración y complicación ulteriores de lecturas que pueden elevarse al avanzar la gestación. Tiene importancia un incremento sistólico de 30mmHg o uno diastólico de 15mm Hg respecto de la presión arterial de referencia.

Peso: se mide el peso al inicio del embarazo para valorar el aumento secuencial total durante la gestación. una pérdida ponderal temprana por debajo de los niveles previos al embarazo puede significar que la mujer ha experimentado náuseas y vomito: se requiere envió inmediato a asesoría nutricional con objeto de evitar deshidratación o cetosis.

Un aumento mayor que el promedio durante la parte final del embarazo (2,250kg o más en una semana) puede indicar sobrealimentación.

2.6. Preeclampsia

La preeclampsia, es una complicación medica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria). Debido a que la preeclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno. Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos de

mujeres susceptibles. Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. La única cura es la inducción del parto o cesárea y puede aparecer hasta seis semanas postparto. es la complicación del embarazo más común y peligrosa, por lo que debe tratarse y atenderse rápidamente, ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (hipertensión) junto al de proteínas de la orina (proteinuria), así como edema en las extremidades. (Quilligan, Et, Al, 19929.

2.6.1. Epidemiología

La frecuencia de la preeclampsia es muy variable: si consideramos los diferentes grados en que se presenta, es de 12% en las pacientes primigestas, 10% en las pacientes multíparas, y 9% en la población obstétrica en general. Una de cada 200 pacientes preeclámpticas evoluciona hacia eclampsia. (ENEO, 2003)

2.6.1.1. Epidemiología en el estado de Michoacán

Según las últimas cifras oficiales que reporta la secretaria de salud de Michoacán del año 2008 a 2010 se han reportado los siguientes casos por año:

2008: se registraron 1151 casos

2009: se registraron 1387 casos

2010: se reportaron 1969 casos

Habiendo solo 12 casos de mortalidad materna en los diferentes estados de Michoacán durante los años 2008 a 2010.

2.6.2. Clasificación (Quilligan, Et, Al, 1992)

Según origen, la toxemia gravídica se clasifica en pura, primaria o esencial y en impura, secundaria o agregada. La toxemia pura se presenta generalmente después de la semana 34 de gestación y se caracteriza porque a paciente presenta hipertensivo, edema y proteinuria.

Se denomina toxemia impura a la que ocurre en una mujer que presenta cifras tensionales elevadas antes del embarazo, o que padece enfermedad vascular crónica hipertensiva, nefropatía o diabetes mellitus, en estos casos la toxemia gravídica se manifiesta antes de la semana 34 de gestación y predomina la hipertensión o proteinuria.

Según su intensidad, la toxemia puede ser de:

1er grado. Toxemia leve.

2º. Grado. Toxemia moderada.

3er grado. Toxemia grave no complicada.

4º. Grado. Toxemia severa complicada o inminencia de eclampsia.

5º. Grado toxemia.

Signos y síntomas (Edward,Et, Al, 1992)

2.6.2.1. Preeclampsia leve:

Aumento de peso: Es la primera indicación, mayor de 0.7 kg semanales, desde las 20 semana desde las veinte semanas de gestación.

Edema de los tobillos. Tumefacción digital, edema periorbitario y posteriormente pre tibial.

Fondo de ojo: revela espasmos segmentarios o generalizados de las arteriolas. Hipertensión: 140/90 o aumento de 30 torr de la presión sistólica o 15 torr de la diastólica.

Proteinuria.

Afección cerebral y neurológica: cefalea frontal, vértigo. Tinnitus, trastornos visuales, somnolencia, hiperreflexia, aprensión, excitabilidad, Náuseas y vómitos.

Prueba de giramiento positiva: procedimiento sencillo que se practica a las 28 y 32 semanas en el que se valora la presión arterial con la paciente sobre un lado primero y después d espaldas. la prueba es positiva cuando hay aumento de 20 torr en la presión diastólica. De 80 al 90% de las pacientes con estas pruebas positiva desarrollan hipertensión por el embarazo. Algunos medicamentos informan obtener resultados buenos con la prueba utilizada como primera investigación.

2.6.2.2. Preeclampsia grave:

Hipertensión 160/110 o más. (Se considera como hipertensión arterial a las cifras de presión sistólica iguales o mayores a 140 mm de Hg y cifras de presión diastólica iguales o mayores a 90 mm Hg, así como a cifras de presión arterial normales en aquellas personas que están recibiendo medicación antihipertensiva)

Proteinuria 5 g o más en muestras de orina de 24 horas, o lectura de +3 o +4 en análisis tubimetrico.

Edema además del edema generalizado, posiblemente edema con formación de depresiones: el aumento de peso puede ser de 0.9 kg o, más en un periodo de una semana o menos.

Cefalea.

Visión borrosa.

Oliguria (menos de 400ml en muestras de orina de 24 horas)

Dolor en el epigastrio.

2.6.3. Etiología (Quilligan, Et, Al, 1992)

Se han propuesto varias teorías que sugieren, como origen de la toxemia, a las sustancias presoras del riñón, a la placenta, al cerebro, al feto, a las prostaglandinas; sin embargo, no se ha demostrado una correlación directa de ninguna de ellas. Aun no se llega a comprender el origen de dicha enfermedad, esto no significa, sin embargo que no se conozca el trastorno específico relacionado con la etiología de la enfermedad.

La hipertensión aguda se ha considerado una enfermedad hipotética y quizá sea mejor conformarse con esta definición, mientras no se tenga una mejor y una explicación más precisa de su etiología y patogenia.

2.6.4. Factores contribuyentes

Edad y paridad: es más frecuente en primigravidas jóvenes.

Estado socioeconómico: es más frecuente en los grupos socioeconómicos más bajos.

Mayor incidencia en diabéticas, embarazos múltiples, polihidramnios embarazo molar obesidad y antecedentes de hipertensión durante el embarazo. (OPS, 1978).

2.6.5. Diagnostico (Edward, Et, Al, 1992)

Es importante que el diagnostico de preeclampsia se establezca desde tres puntos de vista diferentes:

Preeclampsia y sus subcategorías correspondientes a preeclampsia y eclampsia

La forma en que la preeclampsia se diferencia de un diagnóstico de hipertensión crónica y enfermedad renal

Las distintas formas en que la preeclampsia se presenta en dos poblaciones de pacientes, es decir, en las jóvenes primigravidas y en las pacientes de más edad que, por lo general, suelen ser multíparas.

2.6.6. Preeclampsia leve. Criterios para su diagnóstico:

Es necesario que después de una gestación de 24 semanas se presente uno o más de los siguientes signos:

Aumento de la presión sistólica a 140, o un aumento de 30 milímetros de mercurio por encima de lo normal de acuerdo con dos mediciones hechas con un intervalo de 6 horas entre una y otra.

Un aumento de la presión diastólica a 90, o un aumento de 15 milímetros de mercurio por encima de lo normal de acuerdo con dos mediciones hechas con un intervalo de 6 horas entre una y otra

Proteinuria observada en una muestra de diarrea de chorro de orina tomada en dos días consecutivos.

Edema en cara o en las manos.

El diagnóstico puede establecerse con base en el edema únicamente, pero con ciertas reservas. En la evolución de hipertensión aguda existe una secuencia general de fenómenos: edema en primer término, en segundo lugar aumento en la presión sanguínea y, finalmente proteinuria. Si los síntomas no se presentan en esta secuencia el diagnóstico resulta dudoso.

2.6.7. Preeclampsia grave. Criterios para su diagnóstico.

Para establecer el diagnóstico es necesario disponer de uno o más de los siguientes criterios:

Presión sistólica de 160 o presión diastólica de 110, tomadas en dos ocasiones diferentes con intervalos de 6 horas y con la paciente tendida en el una cama.

Proteinuria correspondiente a más de 5 gramos en un periodo de 24 horas o de 3 a 4+ de proteína en el combistix.

Oliguria diagnosticada debido a una excreción urinaria de menos de 400cm³ en un periodo de 24 horas.

Trastornos cerebrales o visuales, entre los que se incluyen los cambios oculares.

Edema pulmonar o cianosis.

Es preciso hacer notar que la hipertensión crónica y la enfermedad renal también crónica deben descartarse como antecedentes de estos problemas. La paciente que presenta hipertensión crónica o historia familiar de hipertensión es propensa a sufrir hipertensión crónica durante el embarazo.

2.6.8. Factores de mal pronóstico para la paciente con Preeclampsia (OPS, 1978)

Al desarrollo de eclampsia casi siempre lo preceden los signos y síntomas de la preeclampsia. Es más probable que se produzca el episodio de eclampsia cerca de término y casi nunca se presenta antes de los tres últimos meses. El riesgo de la eclampsia en el embarazo de gemelos es cuatro veces mayor que en embarazos individuales.

Aproximadamente 5% de mujeres con preeclampsia desarrollan eclampsia. Se cree que esta afección es el resultado de del vasospasmo cerebral o edema.

La eclampsia es una de las complicaciones más graves del embarazo; la tasa de mortalidad materna en diferentes localidades y distintos hospitales va de menos de 1 a 17.5%. El panorama para el niño es en particular grave ya que se reportan tasa de mortalidad fetal del orden del 13 a 30% o más.

2.6.9. Tratamiento (Merk, 2003)

Se han utilizado numerosos tratamientos en la toxemia gravídica, la mayor parte de ellos sintomáticos, y ninguno de ellos ha alcanzado el éxito desencadenado; entre los más difundidos en diversas instituciones y épocas mencionaremos los siguientes:

Diacepam (Valium), 5 a 10mg, via oral, cada 8 horas en preeclampsia de primero y segundo grado. En los casos de toxemia de preeclampsia de tercer

grado o más, se utilizan 40mg de Diacepam, diluidos en 200ml de agua por via intravenosa y otros 40mg diluidos en 1000ml de solución glucosada, al 5% para pasar en 24horas.

Sulfato de magnesio en dosis de 4 a 6 g, via intravenosa más otros 12g diluidos en solución al 5% para transfundir en 12 horas (tratamiento de zuspan).

Aplicaciones diuréticos como clortalidona (higroton), en dosis de 50 a 100mg diarios o furosemida (lasix), 10 a 50mg al día, via oral. Actualmente algunos autores contraindican algunos fármacos porque las pacientes preeclámplicas presentan hemoconcentración.

Empleo de antihipertensor y beta bloqueadores como: hidralazina (apresolina), Nifedipina (adalat), metil-dopa (aldomet), que reduce gradualmente las cifras de la tensión y evitan una mayor alteración en la perfusión sanguínea útero placentaria y lamerte fetal.

En el hospital de ginecoobstetricia doctor Luis castelazo Ayala, del instituto mexicano del seguro social, se aplica el siguiente esquema terapéutico, que además de medicamentos comprende importantes medidas generales.

2.6.10. Preeclampsia de primer grado

Sitio de atención: consulta externa

Reposo: descansar 2 horas a media mañana y otras 2 en la tarde

Dieta: hiperproteica (60 a 70g de proteínas) y normosodica

Medicamentos: fenobarbital, 100mg via oral, cada 12 o 24 horas

Medidas generales: control médico cada 7 días, que comprenda:

Registro de la tensión arterial

Determinación de proteinuria

Control del peso corporal

Valoración del estado fetal

Exámenes de laboratorio: proteinuria, hemoglobina, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, óxido úrico y proteínas en sangre

Examen de fondo de ojo

2.6.11. Preeclampsia de segundo grado

Sitio de atención: hospitalización en piso

Reposo: absoluto

Dieta: hiperproteica normosódica

Medicamentos: fenobarbital (sedilin) en dosis de 100mg cada 12 horas vía oral

Medidas generales: se debe valorar diariamente:

Proteinuria cada 8 horas (en tira)

Examen general de orina cada tercer día

La diuresis en cada turno

Las condiciones del feto mediante prueba de reserva fetal

Exámenes de laboratorio: proteinuria en cada turno y todas las pruebas anteriores

Examen de fondo de ojo

Conducta obstétrica; interrupción del embarazo en la semana 38 (en la semana 38 (en la semana 36 a 40, según cada caso en particular.

2.6.12. Preeclampsia de tercer grado

Sitio de atención: paciente hospitalizada en piso, de contar con el recurso en unidad de cuidados intensivos

Reposo: absoluto

Dieta: hiperproteica normosodica o parenteral

Medicamentos:

Fenobarbital en dosis única de 0.333 mg por via I.M o 100mg por via oral cada 8horas

Solución glucosada al 5% para hidratación I.V

Alfa metil-dopa (aldomet) hasta 500mg o hidralazina (apresolina) o cloropromacina (largactil), diluidas en solusion glucosa al 5%, administradas por goteo intravenoso hasta obtener respuesta (mantener T.A diastólica en 100mm Hg)

Sulfato de magnesio en dosis única de 4g I.M. Si hay hiperreflexia

Otras medidas:

Revalorar respuesta a medicamentos a 6 horas de inicio

Monitoreo clínicamente la presión arterial

Medir la diuresis horaria (controlada con sonda Foley) y control de líquidos

Registrar periódicamente la frecuencia cardiaca fetal de la madre y del producto.

Registro periódico de la presión venosa central

Inducir la maduración pulmonar si el caso lo requiere

Valorar la interrupción oportuna del embarazo

Exámenes de laboratorio:

Proteinuria diaria, hemoglobina , hematocrito, fibrinógeno, plaquetas, tiempos de protrombina

Cada tercer día medir glucemia, urea, creatinina, (condepuración), ácido úrico, proteínas plasmáticas, bilirrubinas, transaminasas, deshidrogenasa láctica y pirúvica, ácido láctico, electrolitos, gasometría.

Electrocardiograma materno y fetal

Ultrasonido fetal y hepático materno

Determinar oportunamente los siguientes síntomas de alarma:

Crisis hipertensiva

Proteinuria masiva

Desorientación o estupor

Amaurosis total o parcial

Dolor en barra epigástrica

Cefalea frontal intensa

Hiperreflexia generalizada

Náuseas y vomito

2.6.13. Preeclampsia de cuarto y quinto grado:

Sitio de atención: unidad de cuidados intensivos manejo individual según las condiciones de cada paciente:

Controlar las crisis hipertensivas

Mantener la T.A estable

Disminuir la viscosidad sanguínea

Dar tratamiento a las alteraciones que indiquen los exámenes de laboratorio.

La paciente con preeclampsia severa o eclampsia pierde gran cantidad de proteínas: es por ello que en el puerperio y aun durante el embarazo se recomienda una dieta hiperproteica.

2.6.14. Factores de riesgo

Preeclampsia-eclampsia: antecedentes patológicos familiares (apf) de la afección: madre, hermanas; pe-e en embarazo previo; nueva pareja y/o anticoncepción de barrera como método único; edades extremas de la vida (adolescencia); enfermedad trofoblástica gestacional, embarazo múltiple. Macroscopia, polihidramnios: malnutrición por defecto (déficit de folatos y vitamina c), hipertensión arterial crónica, nefropatías de evolución crónica, diabetes, enfermedades autoinmunes; condiciones sociales y económicas desfavorables. Hipertensión arterial crónica: APF, raza negra, edad 30 años y más; diabetes, malnutrición por exceso, nefropatías crónicas. (OMS, 2009).

2.6.15. Complicaciones de la preeclampsia (Edward Et,Al, 1992)

2.6.15.1. Eclampsia

Es la presencia de una o más convulsiones, no atribuibles a otros trastornos cerebrales como epilepsia o hemorragia cerebral, en una paciente con preeclampsia.

2.6.15.2. Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento se asocia con un aumento de la presión sanguínea. El desprendimiento puede ser desde parcial hasta completo y dar por resultado otro tipo de secuelas, por ejemplo coagulopatías intravascular diseminada e hipofibrinogenemia.

2.6.15.3. Hipofibrinogenemia

Se forman depósitos de fibrina y se observa que los factores de coagulación son normales. El mejor tratamiento en tales condiciones es la crioprecipitación y la terminación del embarazo. Cuando una paciente presenta

hipofibrinogenemia y no se practica ninguna intervención operatoria el resultado es una hemorragia masiva. La hipofibrinogenemia debe corregirse antes de cualquier cirugía incluso de una episiotomía.

2.6.15.4. Hemolisis

La hemolisis puede presentarse únicamente con una ictericia provocada por un daño hepatocelular en el cual los glóbulos rojos se destruyen y el pigmento hematógeno se deposita en las reservas del cuerpo. Esto podría anunciar un grave problema en relación con la paciente, y debería darse fin al embarazo tan pronto como sea posible en tales condiciones. La hemolisis que es secundaria a la destrucción de los glóbulos de rojos, bien puede llegar a provocar una degeneración grasa del hígado y, finalmente la muerte.

2.6.15.5. Hemorragia cerebral

La causa principal de muerte en caso de preeclampsia es la hemorragia cerebral; puede evitarse mediante el uso adecuado de medicamentos antihipertensivos para controlar la presión sanguínea y, especialmente, los cambios vasospásticos que provocan periódicamente notables aceleraciones en la presión. No existe ningún valor clave que indique el momento en que debe iniciarse el tratamiento de la presión sanguínea, pero cuando la presión diastólica llega a ser superior a 100mm Hg es probable que la paciente requiera la administración de medicamentos antihipertensivos para estabilizar cualquier aumento inesperado de la presión.

2.6.15.6. Observaciones oftalmológicas anormales

Se han visto casos de ceguera provocados por el completo desprendimiento bilateral de la retina, debido probablemente al edema masivo en el área retinal.

La coautora de la presente sección ha examinado a cinco pacientes víctimas de la preeclampsia y con marcadas anormalidades de la visión, anormalidades que desaparecieron por completo con el restablecimiento de las funciones oculares normales. El fondo de los ojos puede mostrar hemorragias que también es un signo desfavorable para la paciente.

2.6.15.7. Edema pulmonar

El edema pulmonar es poco común y debe de tratarse de la manera acostumbrada para la insuficiencia cardiaca con digitalización apropiada, restricción de líquidos y, en caso necesario, practica de flebotomía interna. La presencia de edema pulmonar en una paciente con el corazón normal es solo se ha observado en una ocasión durante el tratamiento de 175 pacientes con eclampsia.

En la actualidad el edema pulmonar se debe muy probablemente a causas iatrogenias relacionadas con una excesiva administración de liudos.

2.6.15.8. Lesión renal

Ya se ha explicado antes en esta misma sección la glomeruloendoteliosis, la cual constituye una lesión reversible. Se trata de una lesión reversible pero solo después del nacimiento de la criatura y, unas veces establecida, ningún tratamiento puede modificarla durante el embarazo. Corresponde a un estrechamiento de las luces capilares de los glomérulos con aumento de citoplasma en las células endoteliales, con presencia de depósitos osmofílicos subendoteliales y sin ningún cambio observado en la membrana basal.

2.6.15.9. Daño hepático

El daño hepatocelular provocado por necrosis periportal debida a vasospasmos puede constituir un serio problema. Se han visto casos con hemorragia subscapular en el hígado que literalmente ha llegado a fracturar este órgano. Tales casos son muy raros, aunque en las formas más graves de preeclampsia y eclampsia, el hígado suele ser el órgano atacado en la última fase de la enfermedad. Las enzimas hepáticas son totalmente anormales y transcurre un tiempo considerable antes de que vuelvan a la normalidad. La biopsia hepática no constituye ninguna ayuda en este problema en particular.

2.6.15.10. Traumatismo provocado por un ataque

Durante la convulsión la paciente puede causarse una lesión o aspira jugo gástrico. De las dos posibilidades la última constituye el problema más serio, ya que la primera solo implica que la paciente se muerda la lengua o el interior de la boca, lo cual no se considera un riesgo grave. Por lo que se refiere a la aspiración, en cambio, en el caso de la paciente que sufra preeclampsia o eclampsia graves, es conveniente administrarles antiácido cada 3 horas con objeto de modificar el pH de los jugos gástricos; entonces, en caso de producirse aspiración, la neumonitis será menos grave.

2.6.15.11. Problemas fetales

El vasospasmo y el volumen reducido de sangre disminuyen el flujo de sangre uterina, lo que puede provocar infartos placentarios, mala nutrición fetal y dar como resultado que la creatura pese poco al nacer. Las pacientes eclámpicas.

Antes de 1966, nunca se había visto una creatura que naciera viva de una madre con eclampsia y con menos de 30 semanas de gestación; sin embargo, en

la actualidad sucede lo contrario debido a la instalación de excelentes unidades de cuidados intensivos para recién nacidos.

2.6.15.12. Actividad uterina

La actividad uterina es mayor en las pacientes que sufren eclampsia. Por lo general, el útero se encuentra relativamente inactivo antes de las 30 semanas de gestación pero en las últimas semanas de embarazo se observa una mayor contractilidad en el útero de las pacientes con preeclampsia o eclampsia grave lo cual explicara la gran facilidad con que se presenta el parto en la mayoría de estas pacientes.

2.6.16. Prevención (Edward ET, Al, 1992)

El mejor tratamiento que existe es la prevención de las formas graves de una enfermedad. Personalmente. Quienes esto escriben nunca estuvieron totalmente convencidos de que se puede prevenir las enfermedades leves; sin embargo, no existe duda de que la identificación de los casos con alto riesgo en las primeras etapas del embarazo y la observación una paciente a intervalos más breves (es decir, cada dos semanas cuando presenta el perfil de una paciente con alto riesgo) evita la gravedad de la enfermedad.

Una vez que se diagnostica la preeclampsia no se puede atender a la enferma como paciente externa, ya que el diagnostico exige la inmediata hospitalización. Cualquier demora implicara mayores riesgos.

El perfil de las pacientes propensas a sufrir preeclampsia reúne las siguientes características, frecuentemente observadas en pacientes que presentan preeclampsia grave o eclampsia:

Pacientes primigravidas.

Pacientes jóvenes (la eclampsia es una enfermedad relativamente común en el embarazo de adolescentes).

Pacientes pertenecientes a la clase socioeconómica más baja.

2.6.17. Intervención de enfermería (Océano, 2003)

Durante el periodo anterior al parto, la enfermera da instrucciones a todas las mujeres a cerca de la importancia de una dieta bien balanceada con alto contenido proteico. En general, no se recomienda restricción de calorías y líquidos en ese momento. Se cree que el desarrollo de preeclampsia se relaciona en ocasiones con el estado nutricional deficiente; por lo tanto, la orientación dietética es un componente muy significativo en la educación de la paciente. Además, todas las embarazadas deben recibir información tanto verbal como material impreso a cerca de los signos que indican posibilidad de preeclampsia, los que se reconocen con facilidad y que deben reportarse de inmediato a la enfermera o al médico.

Es conveniente que las mujeres con síntomas tempranos de preeclampsia permanezcan en el hogar, con modificación de actividades o reposo en cama y que se recuesten en posición lateral izquierda. Esta posición reduce la presión arterial, aumento de flujo sanguíneo uterino y renal, movilización de líquido extravascular y reducción de la producción de catecolaminas endógenas.

Se revisa la administración de los sedantes o fármacos antihipertensivos que se le recetaron. Se recomienda que la enfermera de salud de la comunidad o algún miembro de la familia vigile en forma continua la presión arterial.

Si los síntomas de la preeclampsia persisten o progresan con estas intervenciones, la paciente debe ingresar al hospital y para establecer una atmosfera le proporcionara un medio cómodo y tan agradable como sea posible.

Es conveniente que el paciente este en una habitación individual sin ruido y sin luz fuerte.

La paciente con preeclampsia grave o crisis hipertensiva requiere cuidado individual de una enfermera.

La enfermera debe contar con el equipo necesario para el cuidado seguro y eficiente de la paciente llevándola a la habitación y comprobando su buen funcionamiento.

2.6.18. Pronostico

El pronóstico materno es bueno y no deberían presentarse enfermedades residuales cerebrovasculares ni renales. La presión sanguínea debe disminuir y, a las seis semanas después del parto, debe mantenerse dentro de los límites normales. Se sabe que si en alguna fecha posterior la paciente llega a presentar hipertensión, su estado no tendrá relación alguna con el antecedente de eclampsia. Por otra parte, hay mujeres con tendencia a sufrir eclampsia, debido a diferentes factores genéticos, y en otras, la causa del problema es mixta. Estos tres grupos de pacientes están propensos en un 10 por ciento a sufrir preeclampsia grave de tipo recurrente. Si no existe ninguna tendencia genética, el pronóstico para la paciente en su siguiente embarazo es excelente, sin problemas ni de preeclampsia grave ni de eclampsia. (Edward Et, Al 1992).

2.6.19. Teorías Sobre la Preeclampsia (Océano, 2003)

2.6.19.1. Teoría genética

Durante muchos años se ha reconocido una predisposición familiar a la eclampsia, ya que se conoce que hay un aumento en la frecuencia en hermanas e hijas de mujeres que han padecido la enfermedad, particularmente en mujeres

nacidas de madres con eclampsia durante su embarazo. Se ha sugerido la existencia de un gen en los cromosomas 1, 3, 9, ó 18 como implicado, aunque sin llegar a ser demostrado por completo.

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

2.6.19.2. Teoría de la placentación

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

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

Se ha comprobado que en la PEE los cambios fisiológicos que acontecen sobre las arterias espirales se sitúan en su porción decidual, manteniéndose el miometrio intacto anatómicamente, sin sufrir dilatación.

Lo que sugiere una alteración o una inhibición de la migración trofoblástica a los segmentos miometriales de las arterias uteroplacentarias que restringen el mayor riego sanguíneo requerido en la etapa final del embarazo.

Causas: La alta incidencia de esta enfermedad en primigestas podría deberse al menor desarrollo de la vasculatura uterina, por su menor calibre. Se ha descrito un déficit de las moléculas de adhesión vascular del citotrofoblasto, disminuyendo así su capacidad de invasión. El déficit de vasodilatadores uterinos que provoque un aumento de la resistencia arteriolar que inicialmente bloquee la penetración trofoblástica y posteriormente cause un desbalance a favor de los vasoconstrictores

Un déficit específico de PGI₂ (protaciclina), potente vasodilatador y antiagregante plaquetario, podría ser el responsable de la vasoconstricción y de las alteraciones de la coagulación. Exceso de tromboxano. Así en la PEE, aparecen cambios en la placenta de tipo estructural y funcional.

- a) Estructurales: El mayor cambio es la escasez de invasión trofoblástica de arterias espirales
- b) Funcional: El cambio consiste en que estas arterias pasan a ser vasos de resistencia (por la invasión incompleta o ausente de arterias espirales) en vez de los vasos de capacitancia que existen en el embarazo normal, con lo que se produce una hipoperfusión, y aumentan las resistencias vasculares. La vasoconstricción. Todo esto conlleva a una isquemia placentaria, siendo la base de la disfunción

endotelial que lleva a la disminución de sustancias vasodilatadoras y activación de la coagulación intravascular

2.6.19.3. Teoría inmunológica

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

La vieja idea que prevalecía desde el comienzo de siglo, es que la PEE podría ser una alteración en el reconocimiento de la unidad feto placentaria por la madre. Esto ha sido sustentado por muchas observaciones que subrayan, la respuesta anormal de la madre hacia los antígenos feto-placentarios. En el embarazo normal se aprecia un mecanismo de adaptación que actúa a tres niveles.

”Nivel trofoblástico”: los antígenos linfocitarios humanos (HLA), antígenos ABO, y antígenos placentarios específicos del embarazo, tienen un bajo grado de antigenicidad.

”Nivel fetal”: una disminución de la respuesta inmune basada en un déficit relativo de sus componentes.

”Nivel materno”: Se acepta una disminución de la respuesta inmunológica, bien por las hormonas propiamente gestacionales (gonadotrofina catiónica, lactógeno placentario, progesterona, y prolactina), o bien por la mediación de otras sustancias, de aparición durante el embarazo, con propiedades inmunosupresoras. Una intolerancia inmunológica mutua entre el “aloinjerto fetal” (paterno) y el tejido materno. El concepto de aloinjerto fetal indica que la reacción inmunitaria materna contra el feto es potencialmente destructiva, y algunos investigadores

proponen que el reconocimiento inmunitario del embarazo es indispensable para su éxito ya que produce importantes cambios morfológicos y bioquímicos en la circulación sistémica y uteroplacentarias materna.

Actualmente existen dos teorías:

La primera indica que debe ocurrir reconocimiento para que se presente una respuesta inmunosupresora adecuada y se evite el rechazo inmunitario.

La segunda señala que el reconocimiento inmunitario actúa como estímulo para la secreción localizada de citocinas en el lecho placentario, que a su vez promueven la producción de factores que favorecen el crecimiento de la placenta. Ambas hipótesis sugieren que la mayor diferencia de histocompatibilidad entre la madre y el feto predispondría a una pérdida gestacional temprana, lo cual tiene su importancia cuando se consideran causas inmunitarias de aborto espontáneo y recidivante. Los antígenos fetales podrían inducir una reacción típica mediada por células. Así una respuesta inmunitaria celular decidual, sería componente esencial para limitar la invasión de las células trofoblásticas, condicionando la PEE.

La decidua es el tejido donde con seguridad se hace el reconocimiento del trofoblasto inmunitario. Se ha identificado un antígeno de histocompatibilidad

HLA-G, el cual se expresa en el citotrofoblasto y podría proteger a la placenta del rechazo.

En el primer trimestre las células asesinas naturales, y grandes linfocitos granulares citolíticos que atacan a leucocitos sin inmunización previa, constituyen casi el 45% de todas las células del estroma.

Tal vez las funciones inmunitarias de la decidua, son importantes para la supervivencia del feto. Los macrófagos pueden inhibir la proliferación de linfocitos,

la expresión de receptores de interleukina 2 y la producción de ésta citokina. Esta interleukina 2 tiene un importante papel en el rechazo de injertos y la reacción de anticuerpo-receptor de antiinterleukina 2, quizás permita una supervivencia prolongada del injerto. El aumento de las concentraciones de interleukina 2 que se encuentra en el embarazo normal

El embarazo normal conlleva a una disminución cuantitativa y cualitativa de los linfocitos circulantes.

Se sintetizan leucotrienos, productos del metabolismo del Ac. Araquidónico, que pudieran provocar aumento de la permeabilidad capilar, vasoconstricción y activación secuencial de neutrófilos y de moléculas de adhesión. Los inhibidores inespecíficos, también llamados “Anticuerpos bloqueadores”, incluyen hormonas vinculadas con el embarazo y otras sustancias de producción local a partir de células deciduales, trofoblásticas y otras partes fetales. En el embarazo normal habría un estado de equilibrio entre la cantidad de anticuerpos bloqueadores maternos y la carga antigénica fetal, y el desequilibrio entre ellos, (el déficit) causarían la enfermedad. Activación de neutrófilos desde la placenta, y se sabe que se restringe sólo al territorio maternal. Estos neutrófilos secretan distintas sustancias tóxicas; elastasas, y otras proteasas que pueden lesionar células endoteliales, membrana basal y matriz subendotelial. Además, se liberan radicales libres de oxígeno, tóxicos que producen peroxidación lipídica de las membranas, lisis celular, fragmentación del endotelio, y aumento de la permeabilidad y reactividad vascular.

2.6.19.4. Teoría del daño celular endotelial.

Las células endoteliales se unen a la pared del vaso sanguíneo por medio de colágeno y de diversos glucosamino-glucanos, incluyendo la fibronectina.

El endotelio está en contacto directo con la sangre, lo cual constituye una posición estratégica para participar en los ajustes homeostáticos del organismo. El endotelio regula el transporte capilar, participa en el proceso de la hemostasia, y regula la reactividad del músculo liso vascular. Se considera a la Prostaciclina (PGI₂) y el Óxido Nítrico (NO) como los mediadores más importantes de la vasodilatación vascular, además la PGI₂ es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria. También mediatizan la contracción del músculo liso vascular subyacente con factores derivados también del endotelio (EDRF), como las inducidas por Tromboxano (TXA₂) y prostaglandinas H₂ (PGH₂). Las contracciones que se producen por la anoxia, son producto de la secreción de endotelina y el anión superóxido, ambos aceleradores de EDRF.

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

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

La trombina y las proteasas séricas estimulan la secreción de tPA en las células endoteliales, pero también inducen un aumento mayor y más persistente del Inhibidor de activación del plasminógeno derivado del endotelio (PAI), lo cual

produce una disminución de la actividad total del tPA. Se sabe que el Oxígeno y los radicales peróxidos están incrementados en la PEE. Los radicales libres, incrementan la expresión de los receptores de la endotelina, potente vasoconstrictor.

Esta exageración de la peroxidación podría no sólo representar un incremento en la producción de radicales oxidada por los neutrófilos, sino también una deficiencia o alteración de los mecanismos antioxidantes. Este desequilibrio del sistema oxidativo, es uno de los mediadores de las lesiones endoteliales que acontecen en la PEE. Estos sistemas antioxidantes extra e intracelulares son activados durante el embarazo normal.

El moderado descenso de los radicales thiol intra y extracelulares, durante el embarazo normal, es exagerado en la PEE y refleja el intenso consumo, frente a la capacidad antioxidante en respuesta a la agresión oxidativa. Otra hipótesis que apoya esta teoría se basa en una inadecuada perfusión tisular del trofoblasto en etapas precoces de la gestación, resultando una agresión tisular, con liberación de factores tisulares, perpetuando el daño a nivel del endotelio.

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

Existen más teorías pero estas cuatro son las más importantes y cada día se agregan más elementos para enriquecer el acervo medico en cuanto al origen de la preeclampsia; Es evidente que la medicina en su amplio desarrollo necesita de conocer la génesis de sus patologías, sin embargo es bueno decir, que en la práctica se debe trabajar con lo que se tenga a la mano, para tratar de solventar el problema en el momento que se nos presente, especialmente en nuestro sistema

de salud latinoamericano donde la salud, no es vista por los políticos de turno como elemento preponderante para ganar adeptos.

Así que manos a la obra que acá en nuestra Latinoamérica querida, existen excelentes médicos, a la altura del compromiso que se nos presente, que sacaran a relucir su espíritu de trabajo y dedicación, cuando se presenten los casos a resolver, hasta la próxima

2.6.20. Estudios sobre la preeclampsia (Edward Et, Al, 1992).

Uno de los principales fundadores de la subespecialidad de medicina fetal maternal, Dr. Quilligan es reconocido internacionalmente por su investigación.

Ha realizado una serie de importantes estudios sobre los efectos del trabajo en el sistema cardiovascular de la madre y el feto. Su trabajo ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la práctica de monitoreo fetal durante el parto.

Debido a sus esfuerzos pioneros, los médicos son capaces de identificar el sufrimiento fetal en una etapa muy anterior que ha llevado a la reducción de complicaciones y la mortalidad infantil. Sus estudios posteriores se han centrado en la función del útero durante el embarazo, el papel de niveles anormales de oxígeno en el daño cerebral fetal, respiración fetal, estado de reposo fetal y problemas de embarazos de alto riesgo. Sus intereses actuales incluyen principalmente las causas de lesiones cerebrales en el feto, particularmente aquellas situaciones asociadas con deficiencia de oxígeno en y alrededor del tiempo de trabajo y entrega.

2.6.21. Otros estudios (Alicie, 1966)

Sobre la base inmunológica de la preeclampsia sugieren que la exposición continua al semen de la pareja tiene un fuerte efecto protector contra la preeclampsia debido a la versión de varios factores inmunes presentes en el fluido seminal.

Los estudios también han demostrado que los largos periodos de cohabitación sexual con la misma pareja que sería el niño disminuye considerablemente la posibilidad de sufrir preeclampsia.

Como uno de los estudios describió a pesar de que la preeclampsia es una enfermedad del primer embarazo, el efecto protector de la multiparidad se pierde con el cambio de pareja.

Un estudio publicado por el obstetra and Gynecological survey también concluyo que aunque se recomienda el uso de ´reservativos para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, un periodo de exposición al esperma dentro de una relación estable, cuando se busca el embarazo está asociado con una mayor protección y menor incidencia de la preeclampsia.

2.6.22. Fisiopatología

Aunque la etiología de la preeclampsia se desconoce se sabe, en cambio, que el punto de partida fisiopatológico de la preeclampsia gravídica es un vaso espasmo arteriolar generalizado de causa desconocida.

Por su carácter generalizado, el vaso espasmo arteriolar de la preeclampsia se manifiesta con sintomatología en casi todos los órganos y sistemas maternos.

(Edward, Et, Al, 1992)

2.7. Enfermería. (Allice, 1966)

La enfermería se ha definido desde hace tiempo como ciencia y arte no ciencia pura, no un arte puro, sino una combinación de ambos. Sin embargo, la enfermería como profesión abraza más que un arte y una ciencia;

Es una mezcla de tres factores; arte, ciencia, y el espíritu de una devoción desinteresada para una causa fundamentalmente dedicada a ayudar a aquellos que están enfermos física, mental o espiritualmente.

La enfermería es un arte en el que la enfermería debe desarrollar una técnica experta en la realización de los varios métodos requeridos para dar un cuidado adecuado al paciente.

La enfermería es una ciencia en la cual los principios fundamentales del cuidado de enfermería dependen de los conocimientos de las ciencias biológicas tales como anatomía, fisiología, microbiología y química.

Estas ciencias son fundamentales para la comprensión del cuerpo humano en su estado físico normal, y el estado anormal que resulta de la lesión o ataque por la enfermedad.

La enfermería posee una calidad espiritual en la que su propósito fundamental es servir a la humanidad, no solamente dando cuidado curativo al cuerpo del enfermo o lesionado, sino atendiendo también a las necesidades de mente y espíritu.

2.7.1. Campo de acción

La enfermera obstetra recibe educación y capacitación para suministrar un amplio rango de servicios de atención en salud para mujeres y recién nacidos.

Entre las funciones de una enfermera obstetra certificada están servicios de diagnóstico (elaborar la historia clínica, realizar la valoración física, ordenar los procedimientos y exámenes de laboratorio), manejo terapéutico (delinear la atención, suministrar prescripciones, coordinar consultas y remisiones), al igual que realizar actividades de reducción del riesgo y promoción de la salud.

Hoy, las enfermeras desempeñan una función más importante en los cuidados prenatales, en especial durante la evaluación. Es frecuente que la enfermera tenga el primer contacto con la mujer embarazada al realizar evaluaciones iniciales como las de los signos vitales y peso corporal.

La actitud de la enfermera hacia la futura madre durante esta fase inicial puede definir el tono del resto de la consulta. (Alice 1966).

2.7.2. Enfermería según la OMS

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (OMS, 2012)

2.7.3. Enfermería obstétrica

Se define como el suministro de cuidados para la salud de calidad profesional, que tiene en cuenta las necesidades físicas y psicosociales de la mujer que va a dar a luz, de la familia y de los hijos recién nacidos.

En esta definición se encuentra implícita la noción del enfoque centrado de la familia. Este enfoque supone que la familia es la unidad básica de la sociedad, t que con tal, debe considerarse como unidad total dentro de la cual cada miembro

es individuo diferente. Además, se supone que tener hijos, criarlos y socializarlos, constituyen funciones exclusivas y son de gran importancia. En consecuencia, resulta adecuado y conveniente que la familia experimente la experiencia de tener hijos como unidad. (Océano, 2003).

2.8. Teoría de la enfermería seleccionada para éste estudio

2.8.1. Teoría de Florence Nightingale

Ella es la pionera de la enfermería moderna, crea el primer modelo conceptual de Enfermería. Enfermera inglesa, nacida en Florencia el 12 de mayo de 1820, de ahí el nombre que le pusieron sus padres (aunque eran de origen británico), y muerta en Londres en 1910.

Procedente de familia victoriana, creció en un ambiente donde la educación era muy estricta. Realizó prácticas en los hospitales de Londres, Edimburgo y kaiserswerth (Alemania), y en 1853 trabajó en el hospital for Invalid Gentlewomen de Londres.

En 1854 ofreció sus servicios en la guerra de Crimea y con un grupo de Enfermeras voluntarias se presentó en los campos de batalla, siendo la primera vez que se permitía la entrada de personal femenino en el ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general). En 1856 enfermó de cólera y tuvo que regresar a Londres, donde fundó una escuela de enfermeras, y allí recibió el apelativo de la creadora de la enfermería moderna. Está considerada como la fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales. Fue la primera mujer en recibir la british Order of Merit (1907). Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo.

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él. Su teoría se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirmó: "que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salud del individuo familia y comunidad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz " otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

El significado de enfermería de su modelo

Considera la enfermería como una vocación religiosa (sólo para mujeres), sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación.

La palabra enfermería significa el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad .y la oportuna selección y administración de dietas, y todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad. En resumen unas buenas condiciones higiénicas para evitar la enfermedad. (Edward, Et, Al, 1962)

2.9. Cuidados de enfermería

2.9.1. Higiene en el embarazo

Baño diario con aseo genital con jabón neutro.

Aseo bucal después de cada alimento de manera gentil.

Aseo de orificios naturales: (oídos, nariz).

Cambio de ropa interior diario.

Usar ropa interior de algodón o fibras naturales: (seda), que permitan una buena ventilación y temperatura.

Usar ropa holgada y de colores vivos, claros.

Ropa de acorde a la temporada y clima.

Calzado bajo, no más de 7cm de altura ya que pierde el equilibrio, con suela antiderrapante, zapato de piel cómodo.

No se recomienda el uso de albercas por lo antihigiénico y por el peligro de una caída.

Prohibidos los juegos acuáticos.

No se recomiendan los baños de sol prolongados, o estar cerca de fuentes de calor.

Usar protector solar más de 50.

Usar cremas humectantes.

No usar pantalones ajustados.

No usar pantiprotectores.

No usar licras o pantimedias.

Pueden usarse fajas de maternidad.

Corte adecuado de uñas de manos y pies.

Lubricación del pezón y areola con aceite de almendras.

Se pueden usar tintes evitando el contacto con el cuero cabelludo.

Pueden usarse tintes naturales.

Evitar la inhalación de vapores iniciales: (cloro, sosa, tintes, acetona, insecticidas).

Limitar vida sexual. Por el riesgo de infecciones, amenaza de aborto, parto prematuro por ruptura de membranas, ruptura o desencadenamiento del trabajo de parto. (Zamudio, 2012).

2.9.2. Recomendaciones dietéticas

Evitar exceso de grasas, condimentos e irritantes, en poca cantidad. Salsas caseras, como por ejemplo; chile serrano, perón jitomate, cebolla, ajo.

Alimentos colecitoquineticos como; huevo, aguacate, queso crema, todos los lácteos, refresco, azúcar refinada. Ya que son los alimentos que producen la exageración de secreción de bilis.

También se recomienda disminuir la repostería.

Consumir mínimo 1.5 litros de agua.

Evitar alimentos entre comidas principales.(Zamudio, 2012)

2.9.2.1. Nutrición durante el embarazo en paciente en fases avanzadas del embarazo. (Edward, Et, Al, 1962)

Es indispensable una ingestión adecuada y balanceada de nutrientes durante el embarazo todo el periodo prenatal a fin de satisfacer los requerimientos nutricionales de la madre y el feto. En este estado se requieren cantidades adicionales de los nutrientes esenciales, las cuales pueden obtenerse fácilmente a partir de la fuente alimenticia habitual.

No obstante, es difícil que la alimentación por si sola aporte suficiente hierro para mantener las concentraciones de la hemoglobina y proteger las reservas maternas del elemento, por esto se recomienda la administración de 30 a 60 mg diarios de hierro como suplemento en la forma de sales ferrosas durante el segundo y tercer trimestres. De la misma manera, es posible prevenir la deficiencia de ácido fólico en la mayoría las mujeres con un suplemento diario de 200 a 400 microgramos de ácido fólico en el mismo periodo. Debe evitarse la utilización rutinaria de otros complementos vitamínicos y minerales a menos que se hayan detectado deficiencias nutricionales por medio de pruebas de laboratorio o la evaluación clínica.

También deberá tenerse en cuenta cualquier proceso patológico que pudiera afectar el estado nutricional de la madre independientemente de que su ingestión de nutrientes parezca suficiente.

Tan importante como una buena nutrición y el evitar fármacos peligrosos durante el embarazo, es la indicación de reducir la ingestión de alcohol y el tabaquismo.

Pero si el consumo de bebidas alcohólicas aumenta el grado de sustituir en gran parte el consumo calórico de una dieta balanceada desde el punto de vista nutricional.

2.9.3. Ejercicios físicos (Merck, 2003).

La embarazada debe llevar a cabo las actividades diversas (caminar, pararse, sentarse)

Dichas actividades se llevaran a cabo durante periodos cortos.

Es mejor caminar hacia atrás que estar de pie sin moverse.

Al estar de pie, se debe colocar una pierna adelante para que el peso pueda desplazarse con facilidad y eficacia de un pie al otro y el cuerpo pueda girar con comodidad.

La postura para caminar debe con cabeza erguida, espalda recta, barbilla levantada y pelvis inclinada.

Usar un banquillo para pies cuando se esté sentada.

Al subir escaleras debe evitar inclinarse y levantar cosas pesadas: en caso de que se tengan que inclinar, es mejor que se agachen doblando las rodillas, se tome el objeto y se levante con los pies bien separados y la espalda recta. También puede usarse la posición alterna en coluquillas, con un pie hacia delante. El cuerpo se hace descender lentamente sobre la rodilla. El pie de enfrente, que debe extra plano sobre el piso, se emplea para levantarse y el pie tarsero con los dedos flexionados sirve para empujar y actúa como equilibrador.

Al llevar paquetes voluminosos la carga debe dividirse y cargarse con ambas manos. Es muy conveniente usar un carrito ligero para transportar cargas más pesadas.

2.9.4. Objetivo de los Cuidados de maternidad en el embarazo

Hace más de 30 años, el comité experto en cuidados de maternidad de la organización mundial de la salud definió y delinea los objetivos correctos de los cuidados de maternidad, los cuales son:

Asegurar que todas las madres embarazadas tengan hijos sanos, conserven una buena salud y aprendan el arte de cuidar de ellos. Los cuidados no solo consisten en la atención de la madre, que incluye un parto seguro, examen postnatal, el inicio y la continuación de la lactancia y el cuidado del recién nacido, sino que, en un sentido más amplio, incluye cuidados que se inician mucho antes en el ciclo reproductivo. La promoción de la salud de las personas jóvenes donde se fomentan salud personal, planeación familiar, orientación en caso de infertilidad, junto con ayuda a parejas, da lugar a enfoques adecuados sobre la vida familiar y un reconocimiento del lugar que ocupa a la familia en la sociedad, lo cual constituye el fundamento de este de la obstetricia. (Merck, 2003).

2.9.5. Cuidados perinatales

En la última década al aumentar los conocimientos y la tecnología, se realizaron esfuerzos para formar una red conceptual que abarque los cuidados de la salud materna fetal como una unidad. En consecuencia, se derivó el término cuidados perinatales.

Por definición, la palabra perinatal significa el periodo de seis semanas antes y después del parto; sin embargo, en su uso real su significado es mucho más amplio. Todas las definiciones implican orientaciones de tipo obstétrico y pediátrico. En consecuencia los cuidados perinatales son un método para suministrar cuidados para la salud que permiten reducir la fragmentación entre los cuidados para la madre y el lactante.

Los cuidados perinatales también se relacionan con la madre y lactantes de alto riesgo en hospitales de cuidados terciarios o de tercer nivel. Estos hospitales cuentan con recursos y experiencia para controlar cualquier complicación del embarazo o del recién nacido.

El personal de las instituciones de este nivel proporciona cuidados a pacientes normales y trata todo tipo de afecciones materno fetales y neonatales inclusive anomalías. (OPS, 1978).

2.9.6. Cuidados de enfermería para la preeclampsia (OPS)

2.9.6.1. Durante el embarazo

Cuando aparezcan los síntomas, se coloca a la paciente en reposo en cama en decúbito lateral izquierdo; así se incrementa el riego sanguíneo renal y uterino que favorece la diuresis y reduce la presión arterial.

Vigilar la presión arterial cada cuatro horas (en el domicilio puede realizarlo algún familiar o amigo); también deben observarse los reflejos tendinosos profundos.

Pesar a diario y medir ingestión de líquidos y diuresis.

Ofrecer una dieta rica en proteínas y una ingestión normal de líquidos.
Restricción de actividades o reposo total.

Conversar con la paciente a cerca de la importancia del reposo total para favorecer la diuresis y controlar la presión arterial.

Ayudar a la mujer y a su pareja a planear como puede lograrse el reposo en el domicilio si el estado general de la paciente lo permite.

Ayudar a la mujer y a su pareja a movilizar los recursos familiares o comunitarios que se requieran.

Ayudar a la enferma a diseñar un programa de ejercicios pasivos para aplicarlos en tanto esta encamada.

Ayudar a planear actividades recreativas, aficiones o labores que pueda realizar estando encamada.

Ayudar a la paciente y a su pareja a programar la manera de conservar los contactos familiares durante la restricción de actividades al mismo tiempo que se incluyen periodos de descanso y relajamiento.

2.9.6.2. Cuidados durante el trabajo de parto

Los cuidados se basan en la valoración de la enfermedad y la viabilidad del feto.

Si se piensa que el feto es viable y no se controla la enfermedad, suele recomendarse la inducción o una cesárea.

2.9.6.3. Cuidado en el posparto

Los signos y síntomas suelen disminuir rápidamente después del parto; sin embargo, el peligro de convulsiones no desaparece sino 48 horas después de nacer el niño.

Se continúa la sedación.

La hipertensión puede presentarse en forma indefinida o recurrir con el siguiente embarazo.

Es esencia seguir con los cuidados de vigilancia

2.10. Actuaciones de enfermería (Merck, 2003).

Solicitar a la paciente que guarde reposo en cama en decúbito lateral izquierdo, para mejorar la función renal e incrementar el riesgo sanguíneo de la placenta.

Vigilar la presión arterial cada cuatro horas:

Una elevación de 110/70 a 130/85 en una joven es un signo de peligro mayor que una elevación de 130/85 a 150/90 en una paciente de 35 años.

Verificar los reflejos tendinosos profundos dos veces al día.

2.10.1. Valoración (Merck, 2003)

Examen de la paciente y medición de la presión arterial en cada consulta prenatal, en busca de hipertensión. Se acepta que las cifras normales de presión arterial no pasen de a 140/90 mmHg, considerándose hipertensión cuando se superan tales límites.

Detección de proteinuria con tiras colorimétricas. La lectura de más 1 de proteínas en dos o más ocasiones debe ir seguida de la obtención de una muestra de orina de 24 horas para titulación de proteínas urinarias de 24 horas

Valorar cuidadosamente el aumento ponderal total y el intervalo en que se producen aumentos: la retención de líquidos puede producir aumento ponderal hasta de 2.5 kg en una semana.

Examinar a piernas y los tobillos de la paciente para valorar el grado de edema: el edema facial puede ser un signo ominoso de preeclampsia.

Revisar hábitos dietéticos para valorar una posible falta de ingestión de proteínas o un consumo excesivo de sal: de ser necesario, fomentar la ingestión de ocho a diez vasos de agua al día.

2.10.2. Valoración de los reflejos tendinales profundos. (Sally, Et, Al, 1987)

Valorar los reflejos tendinales profundos (rotuliano, del bíceps y radiales).

Par probar los reflejos golpear el tendón y observar si se contrae el musculo correspondiente. Solo el musculo debe contraerse.

Ausencia o reducción del reflejo rotuliano indica que alcanzo un promedio toxico en sangre (7-10mg/1 de magnesio).

Favorecer la relajación para efectuar pruebas adecuadas, porque es difícil observar estos reflejos cuando la paciente esta tensa.

Comparar la simetría de los reflejos y registrarla mediante la siguiente escala:

0 = reflejo ausente

+1= reflejo hipoactivo

+2= reflejo normal

+3= reflejo hipoactivo

+4= clono

Probar el reflejo muscular por estimulación del tendón; el reflejo involuntario. Se inicia un impulso sensorial cuando se aplica un estímulo al tendón y, a su vez, se observa una respuesta motora.

Al probar los reflejos en una paciente que recibió en tiempo reciente anestesia epidural o raquídea, las respuestas motoras están disminuidas. No se obtendrá una respuesta precisa al valorar el reflejo rotuliano. Será necesario probar los reflejos del bíceps o radiales.

Valorar el reflejo rotuliano o el reflejo del tendón patelar.

La rodilla debe colocarse en la parte intermedia entre la posición más larga y más corta. Se da apoyo a la rodilla por debajo, de manera que el pie quede colgando de la cama (Angulo de 45 grados.)

Se golpea el tendón patelar justo por debajo de la rótula y se observa el grupo de musculo cuádriceps para ver si se contrae (movimiento ligero).

La parte inferior de la pierna debe extenderse en respuesta.

Valorar el reflejo del bíceps

El antebrazo debe descansar sobre el tronco de la paciente

Colocar el pulgar con firmeza sobre el tendón del bíceps de la paciente (espacio antecubital) y pegar sobre la uña del pulgar con el martillo para reflejos de modo rápido

El musculo bíceps responde con un movimiento leve. El antebrazo se flexiona en respuesta

Valorar el reflejo radial

La mano de la paciente y el antebrazo deben descansar sobre el tórax. Colocar un dedo sobre el tendón y golpear suavemente el dedo con el martillo para reflejos.

El tendón braquiorraquial se localiza en la superficie lateral del extremo inferior del radio. El músculo braquiorraquial responderá con un movimiento leve. La respuesta consiste en que la mano se mueve.

usar técnicas para relajación:

si la paciente tiene dificultad para relajarse, pueden emplearse dos técnicas

para probar el reflejo patelar: hacer que la paciente cruce los dedos y jale en direcciones opuestas (agarre de mono). esta técnica ayuda a la paciente a relajar su pierna porque se concentra en una actividad física.

Probar el reflejo del bíceps o radial: hacer que la paciente muerda algo con fuerza. Esta técnica ayuda a que los brazos se relajen porque se concentran en hacer otra cosa.

Clono es la elongación repentina de un músculo hipertónico que produce una concentración refleja. Si se mantiene la elongación completa durante la relajación posterior, se produce mayor concentración refleja y esto puede continuar casi por tiempo indefinido a menos que se libere el estímulo de elongación.

Se observa por dorsiflexión del pie o porque la rótula se mueve con fuerza hacia abajo pero también puede observarse en cualquier articulación. El clono representa un aumento de la excitabilidad refleja y puede estar presente en cualquier paciente que este muy tensa.

Pesar a la paciente todos los días:

Signo más constante de la preeclampsia es el excesivo y repentino aumento de peso, es claro que estos aumentos de peso repentinos se deben enteramente a la acumulación de líquido en los tejidos. Tales aumentos de peso,

en otras palabras, representan edema latente y casi siempre precede el edema visible en cara y el dedo que es característico de las etapas avanzadas de la enfermedad.

Medir la ingestión de líquidos y a la diuresis todos los días

Recomendar la ingestión de seis a ocho vasos de agua al día.

La dieta sin sal es de mayor importancia. Por esta razón, se instruirá a la paciente de manera que ella sepa cuales alimentos tienen cantidades apreciables de sodio y, por lo tanto deben ser excluidos de su dieta; además no se agregara sal a la comida ni en la cocina ni en la mesa. La dieta será bien balanceada pero restringida en contenido calórico si el aumento de peso de la mujer indica la necesidad. Deberá contener abundancia de proteínas, particularmente las carnes magras, huevos y un litro de leche diario. La ingestión de líquidos se mantendrá a 2.500 ml por día, y en tiempos calurosos, a 3.000 ml. Se evitara las bebidas carbonatadas debido a su contenido de sodio.

Vigilar la actividad y frecuencia cardiaca fetal, así como la reacción a las contracciones maternas, mediante pruebas sin estrés.

Se realizan cambiando a la paciente de cúbito dorsal a decúbito lateral derecho e izquierdo y se escucha la frecuencia cardiaca fetal, si se altera la frecuencia cardiaca fetal es un dato de que él bebe no tolera un trabajo de parto.

Ordenar los estudios ecográficos prescritos para valorar la función placentaria.

Administrar los hipotensores prescritos sin interrumpir la administración de líquidos intravenosos.

Ofrecer una habitación oscura y tranquila para reducir la estimulación del sistema nervioso central.

Aplicar las medidas oportunas contra las convulsiones.

Durante la convulsión es recomendable utilizar un abatelenguas acolchonado para evitar que se produzca algún traumatismo en la boca. La convulsión debe controlarse mediante la administración de 4 a 6 gramos de sulfato de magnesio (la administración debe durar de 5 a 10 minutos). Para controlar la convulsión no debe administrarse Valium, ni amytal sódico, ni tampoco otro tipo de medicamentos que deprimen a la madre o al feto.

Después de la convulsión: inserte una vía de aire de material plástico y administre oxígeno en forma apropiada.

Coloque a la paciente en posición de trendelemburg.

Aplique succión en todos los conductos a fin de extraer cualquier secreción que exista en ellos.

En caso de estar lleno el estómago extraiga su contenido por medio de una sonda nasogástrica y, antes de sacar la sonda, practique la instilación de una cantidad adecuada de algún antiácido.

Para compensar la pérdida de líquidos insensibles por excreción urinaria, inicie la administración de una solución de dextrosa al cinco por ciento en agua.

La administración de dextrosa al cinco por ciento en agua con solución salina de tipo normal solo se utiliza cuando los electrolitos son anormales o disminuidos.

La terapéutica intravenosa es esencial, pero están contraindicados los diuréticos.

Inserte una sonda Foley y registre cada hora tanto la ingestión como la excreción.

De ser posible es conveniente con un aparato de rayos x portátil, especialmente en caso de que la paciente haya sufrido convulsiones y sea difícil determinar si hubo o no aspiración de materia gástrica.

Realizar estudios periódicos de la coagulación orientados especialmente a determinar los niveles de plaquetas, fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina.

La paciente es objeto de una especie de bioensayo y, en consecuencia, cada hora deben examinarse los reflejos, la excreción urinaria y las respiraciones. La excreción urinaria debe por lo menos de 300 mililitros cada hora y debe haber más de 14 respiraciones por minuto antes de suspender la administración de sulfato de magnesio.

Vigilar la diuresis horaria mediante caracterismo vesical con sonda Foley.

Medir y registrar la presión arterial y el pulso cada 15 minutos, hasta que se estabilicen, y a continuación cada 30 y 60 minutos.

Verificar los reflejos tendinosos profundos cada 30 a 60 minutos en busca de hiperreflexia y clono.

A través del monitor fetal, buscar síntomas de sufrimiento fetal o de inicio espontáneo del trabajo de parto.

Continuar la administración intravenosa de sulfato de magnesio y otras medicaciones que se hayan prescrito.

Transferir a la paciente a la unidad de cuidados intensivos si sobreviene edema pulmonar.

2.11. Evaluaciones enfermería

Los objetivos de los cuidados de enfermería son; que la mujer con preeclampsia:

Reconozca los síntomas de progresión de la enfermedad sobre los resultados perinatales, el plan de tratamiento y las complicaciones potenciales

Se adhiera al plan de tratamiento prescrito y evite complicaciones por ejemplo la eclampsia.

Mantenga irrigación adecuada de tejidos y buen aporte de oxígeno a la unidad maternofoetal. (Merck, 2003)

2.12. HNSS

Hace 60 años atrás, en la ciudad sólo existían 3 parroquias que eran: “San José”: representada por el reverendo P. Edmundo Contreras; “Las Monjas”: por Monseñor Luis G. Laris; “La Merced”: por Monseñor Mariano Cerda.

Estos sacerdotes vivían muy unidos y preocupados por la salud de los pobres que eran atendidos por el hospital General Dr. Miguel Silva, que en ese tiempo carecía de todo y era insuficiente.

Tratando de dar solución a este problema surge la idea de hablar con un grupo de médicos de la ciudad para plantearles la problemática existente y tras

varias reuniones llegaron al acuerdo de que se construyera un Hospital donde se cobrara muy poco o nada según la condición económica del enfermo.

Esta era la propuesta, pero para llevarla a cabo significaba esfuerzo y cooperación, hicieron saber a los fieles de cada parroquia pidiéndoles que colaboraran con lo que tuvieran ya fuera dinero o material de construcción; así solicitaron a la “Diócesis” la donación del terreno que en ese entonces eran las hortalizas de la casa ubicada en la calle Zaragoza #226 y su petición fue aceptada, Monseñor Edmundo Contreras que en ese momento terminó de restaurar las torres de la Iglesia de “San José” donó todo el material de construcción que le había sobrado y sus colectas; con lo que se pudo construir la planta baja y el primer piso, así como la fachada de la calle Ignacio Zaragoza.

Desde este primer momento se puso bajo la advocación y protección de la Virgen de “Nuestra Señora de la Salud” y así recibió el nombre de “Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud” poco a poco se fue haciendo más grande por la demanda del servicio hasta que tomó el nombre de: “Hospital de Nuestra Señora de la Salud”.

Era imposible por la gran demanda, se toma la decisión de construir un tercer piso para clínica privada, donde todos los enfermos hospitalizados cubrirían sus cuotas en su totalidad, lo que ayudaría para la atención de salas generales contribuyendo con ello al fin con el que fue construido el hospital.

Capítulo III

Alcance y Diseño de la Investigación

Capítulo III.- Alcance y diseño de la Investigación

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir cual es el nivel de conocimiento de las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud sobre los cuidados que se le deben de brindar a una paciente con preeclampsia.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar a los cuidados de enfermería que se le deben de brindar a la paciente con preeclampsia.

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

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

Capitulo IV

Diseño de la Investigación y Tamaño de la Muestra

Capitulo IV.- Diseño de la investigación y tamaño de la muestra

4.1. Hipótesis

El nivel de conocimientos de la enfermera del hospital de nuestra señora de la salud en el año 2012 es deficiente en un 30% sobre los cuidados que se le deben brindar a una paciente con preeclampsia en relacion a los cuidados investigados.

4.2. Definición de las variables

4.2.1. Preeclampsia

Es una complicación medica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria). Debido a que la preeclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno. Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos de mujeres susceptibles. Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. La única cura es la inducción del parto o cesárea y puede aparecer hasta seis semanas postparto. Es la complicación del embarazo más común y peligrosa, por lo que debe tratarse y atenderse rápidamente, ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (hipertensión) junto al de proteínas de la orina (proteinuria), así como edema en las extremidades.

4.2.2. Conocimiento

El Conocimiento se considera como un artículo que puede ser transferido entre personas y sistemas en vez de una propiedad inherente como lo es la inteligencia. El conocimiento es la Información acerca del mundo la cual permite a un SER tomar decisiones.

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Preeclampsia	Definición	cuestionarios	Solo a enfermeras
Preeclampsia	La preeclampsia, es una complicación medica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo. Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe tratarse y atenderse rápidamente, ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (hipertensión) junto al de proteínas de la orina (proteinuria), así como edema en las extremidades.	cuestionario	Aumento de la presión arterial, (hipertensión) Proteínas en la orina, (proteinuria) Edema en las extremidades.

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Nivel de conocimiento	El Conocimiento se considera como un artículo que puede ser transferido entre personas y sistemas en vez de una propiedad inherente como lo es la inteligencia. El conocimiento es la Información acerca del mundo la cual permite a un SER tomar decisiones.	cuestionario	Conocimiento de los cuidados de enfermería a la paciente con preeclampsia.
Preeclampsia	Definición	cuestionarios	Solo a enfermeras
Proteinuria:	Presencia de proteínas en la orina: albuminuria.	cuestionario	Concentración de proteínas.
Edema de extremidades:	Acumulación excesiva de líquido ser albuminoso en el tejido celular debido a diversas causas.		Inflamación en manos Inflamación de pies. Inflamación en cara.

¿de cuantas horas se recomienda la concentración de proteínas en la orina?

12 horas

24 horas

48 horas

¿cuántos gramos de proteína nos indican alarma en el embarazo?

5 gramos

10 gramos

no tiene idea

¿qué se le sugiere a la mujer embarazada para prevenir o disminuir el edema en extremidades?

Ejercicios en cama, reposo, disminuir consumo de sal.

Solo disminuir consumo de sal y ejercicio

Caminar, y elevar extremidades.

¿Porque es importante revisar los hábitos dietéticos de la paciente?

Para valorar la falta calcio y proteínas

Para valorar la falta de ácido fólico

Para valorar la falta de proteínas

¿Cuál es el primer signo que nos indica que hay edema?

Aumento de peso

Aumento de proteínas en orina

Aumento de proteínas en orina y aumento de peso

¿qué signos debe vigilar la enfermera antes y de después de aplicar sulfato de magnesio a la paciente?

Producción de orina, reflejos tendinales, y respiración

Reflejos tendinosos

Reflejos tendinosos y presión arterial

¿sabe usted como valorar los reflejos tendinosos?

Si no tiene idea

¿sabe usted por qué se deben vigilar los reflejos tendinosos?

Si no tiene idea

¿cada cuánto se verifican los reflejos tendinosos a una paciente con preeclampsia?

Cada 15 a 20 minutos

Cada 30- 60 minutos

Cada dos horas

¿sabe usted cuales son las principales complicaciones de la preeclampsia?

Si no tiene idea

¿mencione cuál es la complicación más frecuente de la preeclampsia?

Hemolisis hemorragia cerebral eclampsia

¿qué síntoma diferencia a la preeclampsia de la eclampsia?

Visión borrosa cefalea convulsión

¿cómo puede evitar la aspiración de jugo gástrico cuando se presenta una convulsión?

Tenerla en posición de decúbito lateral

Administración de un antiácido

Tenerla en posición de semifowler

¿a qué se asocia el desprendimiento prematuro de placenta?

A un aumento de proteínas

A un aumento de presión sanguínea

No tiene idea

¿que provocan los vasospasmos?

Aceleración de la presión arterial

Aceleración de la frecuencia respiratoria

No tiene idea

Capítulo V

Diseño de la Investigación

Capitulo V.- Diseño de la investigación

Esta investigación es no experimental descriptiva transaccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis el nivel de conocimientos de la enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud en el año 2012 es deficiente en un 30% sobre los cuidados que se le deben brindar a una paciente con preeclampsia en relacion a los cuidados investigados es falsa o verdadera,

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

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 21 preguntas cerradas.

En la Operacionalizacion de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario.

Se realizó la prueba piloto a 26 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia. Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su

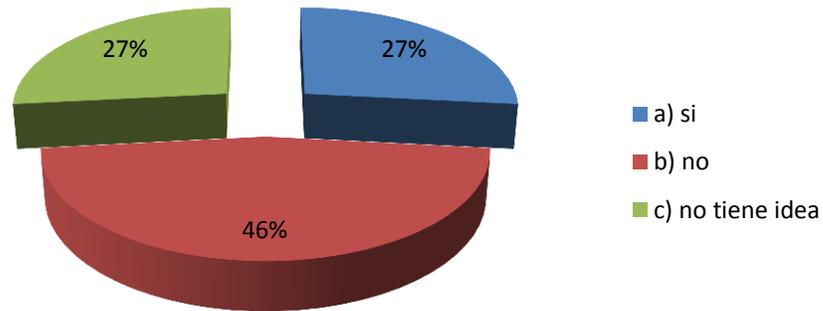
Operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

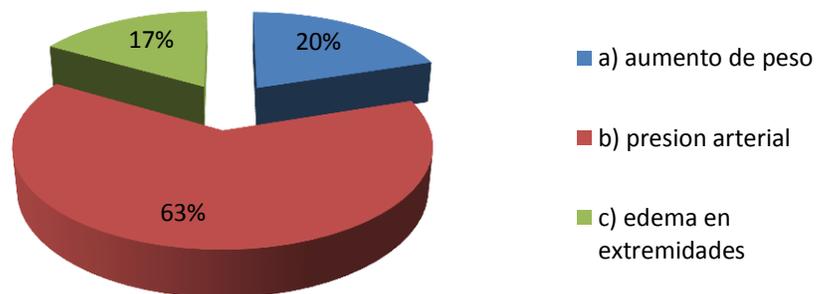
Capítulo VI

Recolección y Análisis de Datos

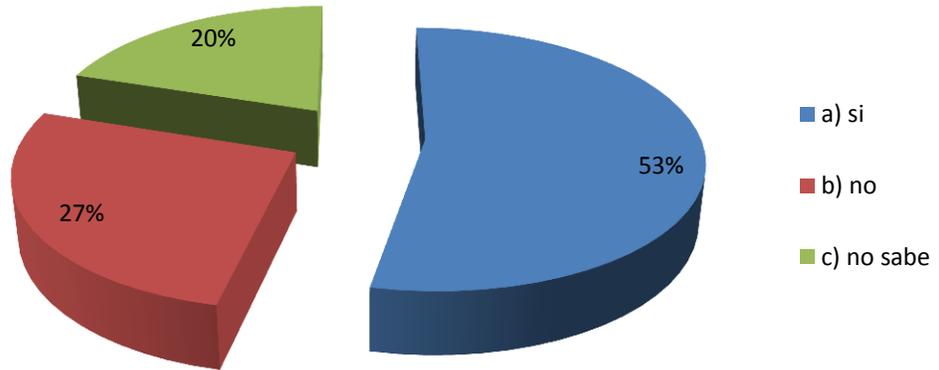
¿Sabe usted cual es la causa de la preeclmpsia?



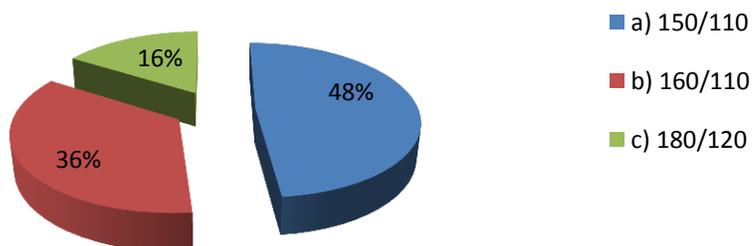
¿Cual es el signo mas importante que se debe estar vigilando en la preeclmpsia?



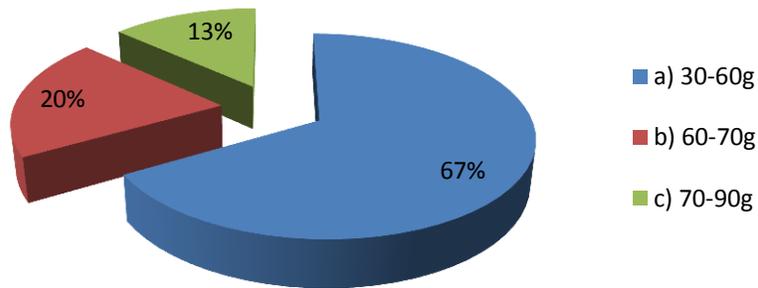
¿se puede prevenir la hipertension en el embarazo?



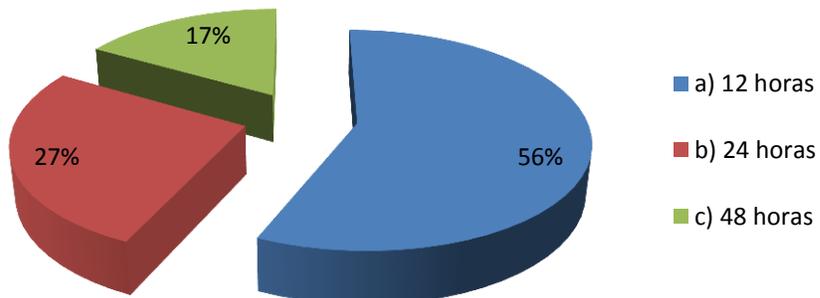
¿Que cifras de presion arterial nos indican que hay riesgo de preeclmpsia grave?



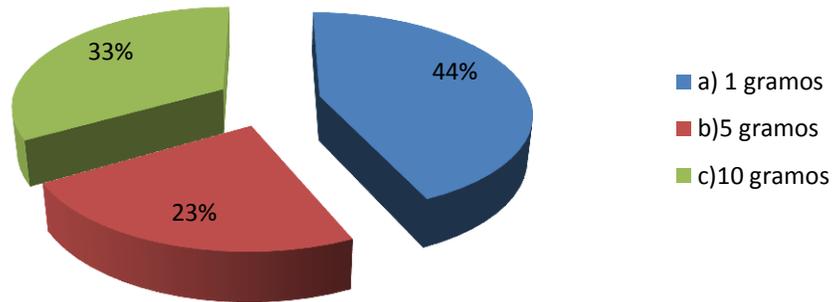
¿Cuántos gramos de proteína se le recomienda consumir a la mujer embarazada?



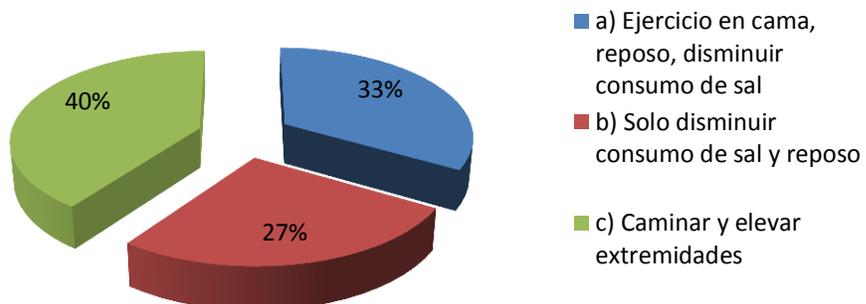
¿De cuántas horas se recomienda la concentración de proteínas?



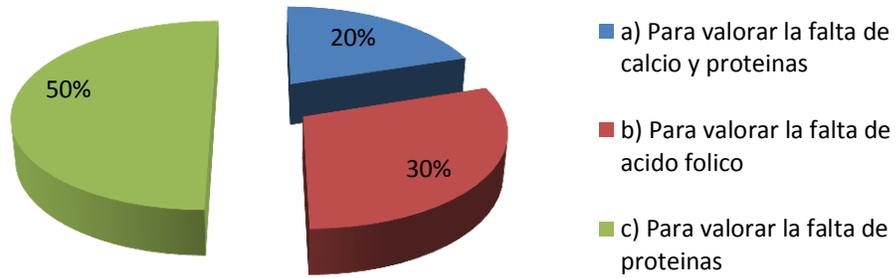
¿Cuántos gramos de proteína nos indican alarma en el embarazo?



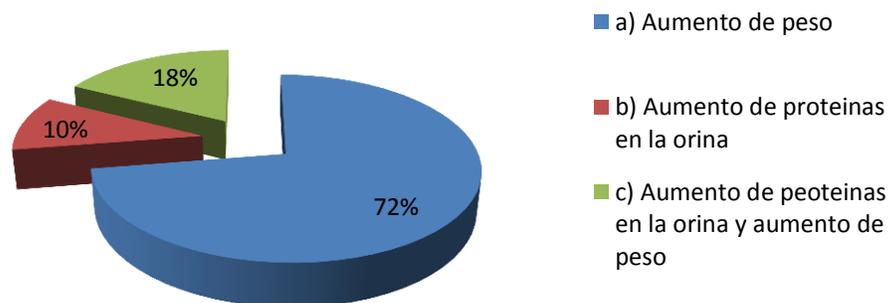
¿Que se le sugiere a la mujer embarazada para prevenir o disminuir el edema en extremidades?



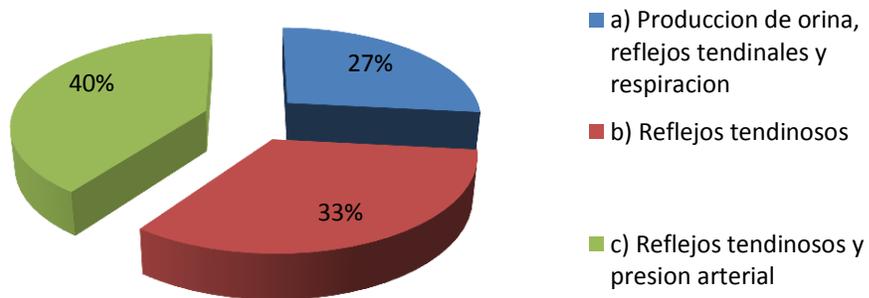
¿Porque es importante revisar los habitos dieteticos de la paciente?



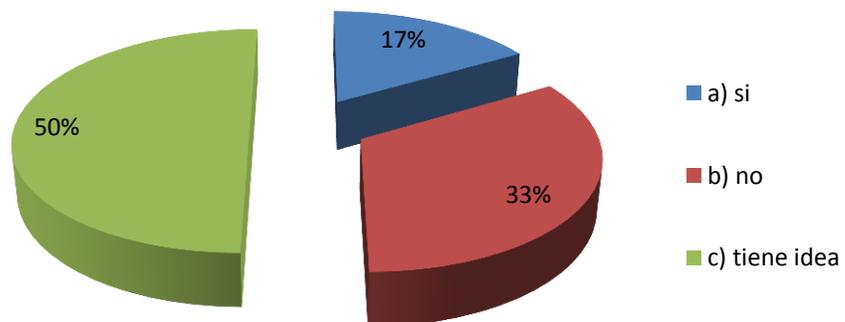
¿Cual es el principal signo que nos indica que hay edema?



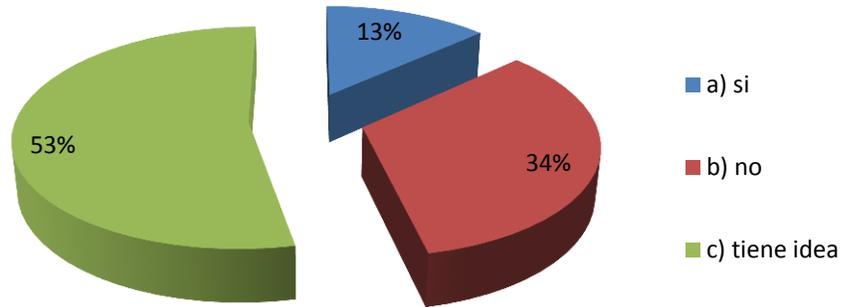
¿Que signos debe vigilar la enfermera nates y despues de aplicar sulfato de magnesio?



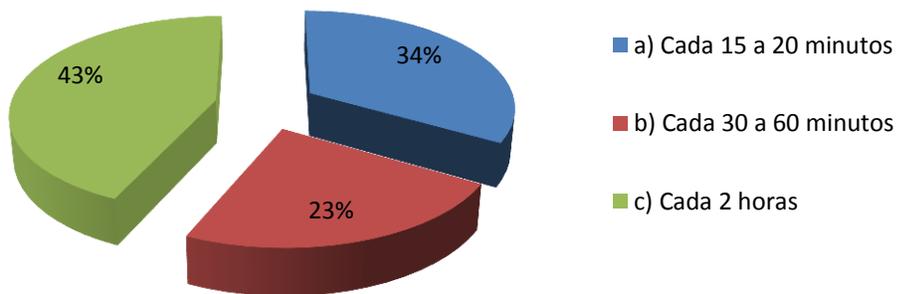
¿Sabe usted como valorar los reflejos tedinosos?



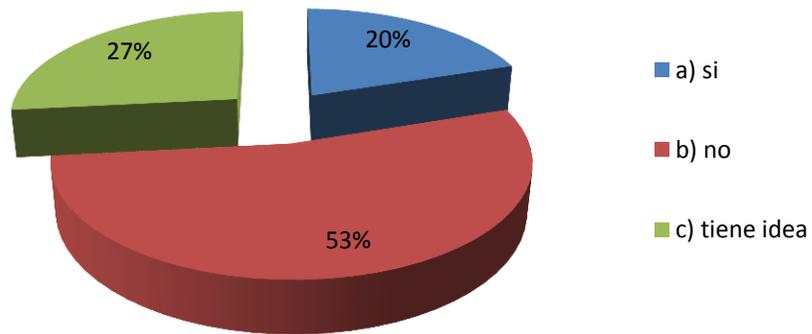
¿Sabe usted porque se deben valorar los reflejos tendinosos?



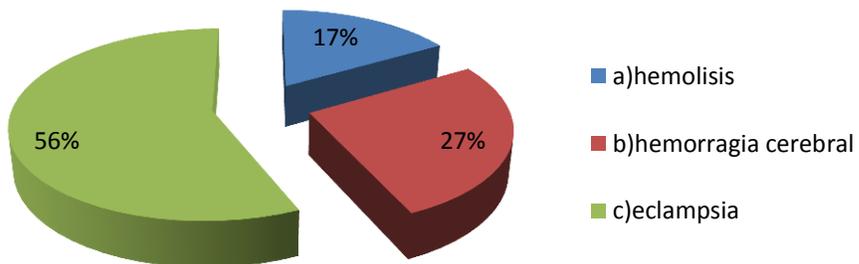
¿ Cada cuanto se deben verificar los reflejos tendinosos?



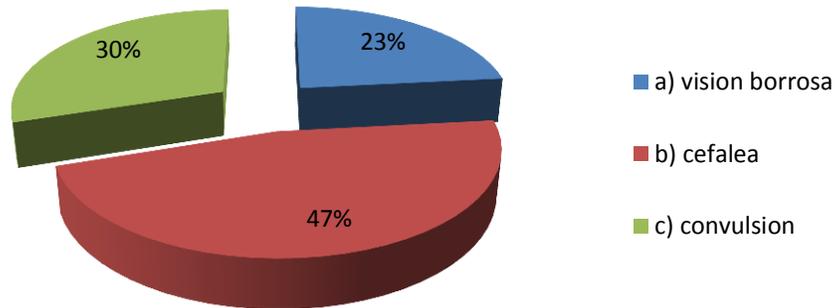
¿Sabe usted cuales son las principales complicaciones de la preclmpsia?



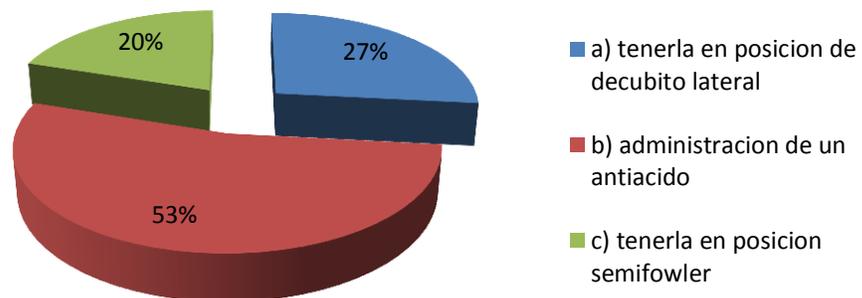
¿Mencione cual es la complicaion mas frecuente de la preeclmpsia?



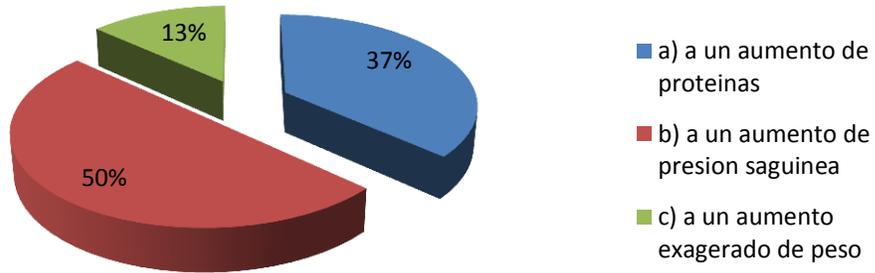
¿Que sintoma diferencia a la preeclampsia de la eclampsia?



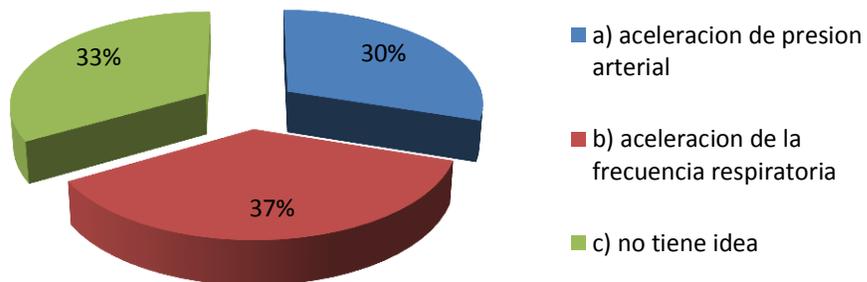
¿Como se puede evitar la aspiracion de jugo gastrico?



¿A que se asocia el desprendimiento prematuro de placenta?



¿Que provocan los vasospasmos?



Capítulo VII

Conclusión

Capitulo VII.- Conclusión

Indudablemente concluyo que la participación de enfermería es una función vital en el embarazo. Si la enfermera realiza sus actividades con calidad pude detectar alguna alteración durante el embarazo e influir brindando orientación a la paciente sobre qué hacer para evitar un riesgo mayor. En ocasiones es necesario que la enfermera le sugiera a la paciente modificar su alimentación, acudir a revisión médica periódicamente, realizar ejercicios, e influir sobre su higiene personal. Teniendo el antecedente de la evaluación que fue realizada a enfermeras concluyo, que el personal de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud tiene un conocimiento deficiente sobre la preeclampsia y los cuidados que se les deben brindar a las pacientes preeclámplicas que llegan al hospital.

Creo que es necesario que se capacite al personal de enfermería en cuanto a los cuidados y actuaciones que debe tener una enfermera con una paciente que llega al hospital por presencia de preeclampsia. Aunque al hospital de nuestra señora de la salud no llegan más de 6 casos de preeclampsia por año es importante que el personal de enfermería tenga los conocimientos suficientes y no básicos para la atención de la paciente. No son suficientes los conocimientos básicos, porque hoy en día necesitamos enfermeras capaces de identificar el grado de preeclampsia que presenta la paciente.

Se recomienda que el personal de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud realice actividades en consulta externa para brindarle a las usuarias información sobre cómo llevar un adecuado control prenatal; que se les informe a las pacientes cual es la edad recomendable para embarazarse, cuales son los riesgos que corren al embarazarse en los extremos de la vida reproductiva, (edad temprana o edad tardía).

Realizar charlas y trípticos en los cuales se incluya cual es la alimentación que debe llevar durante su embarazo, así como el estilo de vida que debe llevar, incluso ayudarle a diseñar un programa actividades, cuidados, alimentación, e higiene que debe tener durante el periodo de gestación.

Bibliografía

Bibliografía

Alice L. Price. Editorial interamericana, (3ra Ed) 1966.

Apuntes de obstetricia. Dr. Alfonso Zamudio Pedraza, (2012).

Diccionario terminológico de ciencias médicas, (1987) (12ª Ed), México o D.F.: Salvat.

Edward J. Quilligan, Frederick P, Zuspan. Obstetricia (vol., 1). Editorial Limosa. Reimpresión 1992.

Manual de la enfermería, Ed. océano/ centran, (2003).

Manual de enfermería Merk, Ed. Océano/ centrum, (2003).

Manual de enfermería materno infantil. Organización panamericana de la salud 1978. Traducción en Espanola de maternity nursing, 13 edition by Sharon company copyright 1952, 1948, 1943, 1940, 1937, 1934, 1933, 1931, 1929. By in Lippincott company.

Reender Sharon J. Leonide L. M., koniack Oeburan, (1995) enfermería materno-infantil (1ª Ed). México D. F, México: interamericana, McGraw-Hill

Sally B. Olds, Marcial L. London, Patricia A. Ladewig, (1987) manual de enfermería materno-infantil (2a Ed), México: Interamericana

Obstetricia I, Universidad nacional autónoma de México. Escuela nacional de enfermería y obstetricia. (2003)

MEDIOS ELECTRONICOS

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/categories/Articulos/Enfermeria/>

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/categories/Apuntes-de-Enfermeria/>