

UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

FACTORES RELACIONADOS EN LA PRESENTACIÓN DE TOXEMIAS, SEGÚN LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

CEDILLO NIEVES CAROLINA ESTHEFANIA

MACHALA – EL ORO

FRONTISPICIO

AUTORA



CAROLINA ESTHEFANIA CEDILLO NIEVES

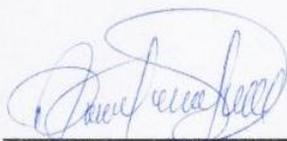
C.I.: 0705878668

Dirección: Guayas entre Boyacá y Guabo

Teléfono: 0967395216

e-mail: carolinacedillo@hotmail.com

COMITÉ EVALUADOR



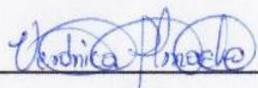
Lcda. Elida Reyes Rueda

C.I 070508583-5



Lcda. Gladis Mora Veintimilla

C.I 0702547316



Lcda. Verónica Almache Delgado

C.I 070447953-4

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, CEDILLO NIEVES CAROLINA ESTHEFANIA, con C.I. 0705878668, estudiante de la carrera de ENFERMERÍA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación FACTORES RELACIONADOS EN LA PRESENTACIÓN DE TOXEMIAS, SEGÚN LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 11 de diciembre de 2015

CAROLINA ESTHEFANIA CEDILLO NIEVES

C.I.: 0705878668

carolinacedillo@hotmail.com

AUTORA

CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **CAROLINA ESTHEFANIA CEDILLO NIEVES**, autora del siguiente trabajo de titulación: **FACTORES RELACIONADOS EN LA PRESENTACIÓN DE TOXEMIAS, SEGÚN LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.



CAROLINA ESTHEFANIA CEDILLO NIEVES

C.I.: 0705878668

DEDICATORIA

El siguiente trabajo es dedicado con mucho amor a Dios por estar conmigo en las buenas y en las malas, dándome sus bendiciones llenándome de logros y éxitos en mi vida, a mis padres amados por la vida ,a mis queridos suegros por el apoyo incondicional que me brindan día a día, a mi esposo amado quien siempre estuvo y está de pie a lado mío ayudándome , a mis hijos amados por esperar con paciencia hasta que culmine con mis estudios, por las fuerzas y el apoyo que me brindaron.

CAROLINA

AGRADECIMIENTO

Por el apoyo brindado a la juventud Orense para mi es grato aprovechar la oportunidad para dar gracias a las autoridades de la Universidad Técnica de Machala, a la Unidad académica de ciencias químicas y de la salud por darme la oportunidad de formar parte de su importante grupo de estudiantes, a las Autoridades de la carrera de enfermería por el apoyo brindado en mi formación profesional, es importante agradecer a mis Docentes quienes me han brindado sus conocimientos tanto científicos como humanísticos los mismos que me serán útiles en mi profesión.

LA AUTORA

RESUMEN

Las toxemias son conocidas en nuestro país el factor más prevalente de morbimortalidad materna, que da como resultado la muerte de óbitos fetales, este grupo de patologías mas destacadas se las clasifican en preeclampsia, eclampsia, y una complicación de mayor complejidad como es el síndrome de Hellp, a su vez según la presentación de sintomatología se subdividen en leve, moderada y grave, se exterioriza que a nivel mundial tienen un incidencia del 10 al 12%, siendo la principal causa de hospitalización y control, una vez ingresada al centro de salud la gestante, debe tener una atención y vigilancia estricta para su recuperación y sobre todo para el mantenimiento del producto, el período más largo que sea posible, para esto se necesita del trabajo multidisciplinario de la unidad de salud, siendo el principal actor el personal de enfermería, quienes están en los diferentes turnos al cuidado de las pacientes, por tal razón cabe sugerir que como enfermeras tenemos la responsabilidad de brindar y proporcionar una atención donde encabece el cuidado integral hacia los pacientes, estas acciones que promovamos deben de estar fundamentadas científicamente y evidenciadas, por lo cual debemos de utilizar el proceso de atención de enfermería, el mismo que parte del método científico y del cual organizamos nuestras actividades, motivo por el cual se realizó la siguiente investigación con enfoque bibliográfico, rescatando los aspectos más importantes, entre estos las toxemias que son la incidencia de mayor prevalencia por la que se presenta la muerte materna en el Ecuador, además son la primera causa de morbimortalidad neonatal, éstas no tienen un principio de riesgo específico ya que se atribuye su visión a la inoportuna implantación de la placenta. Siendo el accionar de enfermería el fragmento más significativo en el tratamiento, recuperación y rehabilitación.

ABSTRACT

SUMMARY

Toxemia are considered in our country the most important cause of maternal morbidity and mortality, in addition to the first cause of stillbirths, this group of diseases are classified in preeclampsia, eclampsia, and a major complication of HELLP syndrome, in turn according to the presentation of symptoms are subdivided into mild, moderate and severe, appears to have a worldwide incidence of 10 to 12%, the leading cause of hospitalization and control, once admitted to the hospital the mother should have a careful and strict control recovery and especially maintenance of the product, the longest time possible, for this you need of multidisciplinary health team performance, being the main actor nurses, who are in different shifts in the care of patients for this reason it is noteworthy that as nurses we have behind us the responsibility of direct care these actions we take must be scientifically evidenced grounded, so we use the process of nursing care, the same as part of the scientific method and the which we organize our activities, which is why the following research was conducted with bibliographic approach, rescuing the most important aspects among these toxemia are the leading cause of maternal death in Ecuador, are also the leading cause of neonatal morbidity and mortality, you are not have a definite risk factor since its appearance of improper implantation of the placenta is attached. As the actions of nursing the most important in the treatment, cure and rehabilitation part.

INTRODUCCIÓN

La Toxemia o Preeclampsia se define como la enfermedad de presentación exclusiva en el embarazo, de carácter multisistémico, definida por la presión arterial alta, proteinuria, aumento de peso excesivo y la presencia de edemas. Se presenta comúnmente luego de la semana veinte de gestación, en forma variable y con ritmo de progresión inesperado. (Franco, 2012),.

Considerando que las toxemias conocidas como hipertensión arterial provocada por el embarazo se ha considerado por la Organización Mundial de la Salud como una de las enfermedades con mayor incidencia en la vigilancia a nivel mundial, con una incidencia del 10 al 20% simbolizando la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y como la tercera en los que están en desarrollo, con una letalidad de 4 defunciones por cada 100000 nacimientos, es así que el mismo organismo estima que aproximadamente cada 3 minutos muere una mujer a causa de esta patología, algunos datos a nivel mundial nos revelan su incidencia, es así en Barcelona está dada en razón de 47,3 por cada 1000 nacimientos, constituyendo como el factor más común de ingreso a la sala de UCI, en Cuba varía de adolescentes entre 1 y 5% y en mayores de 35 años entre el 9 y 12% en los Estados Unidos mantiene una frecuencia de entre 6 y 7%, mientras que en Puerto Rico se estima en un 30%, en Ecuador la muerte materna se presenta en razón de 45,71 por 100000 nacidos vivos, de estas la segunda causa dada por hipertensión gestacional inducida por el embarazo con proteinuria significativa con un porcentaje de 16,13%. (1)

En un estudio realizado en el hospital nacional Cayetano Heredia en la sala de gineco obstetricia, el mismo que tuvo por objetivo general; valorar las causas de riesgo asociados a pre-eclampsia en nuestro hospital. Mediante el manejo de un estudio prospectivo de tipo caso control con una muestra de 66 pacientes con diagnóstico de preeclampsia, se obtuvieron las siguientes deducciones; las causas de riesgo presentaron un OR: 17, el índice de masa corporal elevado fue de OR: 9.6, índice de masa corporal elevado (OR:9.6), la raza predominantemente blanca (OR:6.4), el antecedente familiar

de hipertensión arterial (OR: 5.2), la falta de control pre-natal y la nuliparidad (OR: 2.5). La incidencia de pre-eclampsia fue 4.11%, y requirieron parto por cesárea el 69.3% de las pacientes. Presentaron complicaciones en el puerperio inmediato 28.4% de los casos, siendo más frecuentes las infecciones. (2)

Los trastornos hipertensivos incluyen diversos movimientos vasculares que aparecen antes o durante el periodo de gestación, el parto y el puerperio, complicando entre un 10 a un 15 % de todas las gestantes. Junto a la hemorragia y la infección constituyen la tríada más mortal de la medicina humana. En la actualidad se estima que unas 50 000 muertes anuales se producen como consecuencia de sus formas más graves, y aunque su aparición es inversamente proporcional al desarrollo socioeconómico de un país se aprecia un incremento de su incidencia en los países del primer mundo. (1)

El objetivo de este trabajo es: Determinar los factores que influyen en la presentación de toxemias mediante revisión bibliográfica aplicando el proceso de atención de enfermería.

DESARROLLO

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES.

Hipertensión Gestacional.- TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo >20 semanas en mujer previamente normotensa. Proteinuria en 24 h $<$ a 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA. (3)

Preeclampsia.- TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa. Con proteinuria 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva con $\geq 2++$ TA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas. Proteinuria en 24 h \geq a 300. (3)

Preeclampsia Leve.- TA sistólica ≥ 140 y < 160 mm Hg. TA diastólica ≥ 90 y < 110 mm Hg en embarazo >20 semanas. Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++. Proteinuria en 24 horas POSITIVA. Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa). (3)

Preeclampsia Severa (Incluye Al Síndrome De Hellp).- TA sistólica ≥ 160 mm Hg.

- TA diastólica: ≥ 110 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- Proteinuria $>3g$ en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva ++ / +++.
- Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:
- Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas <100000 mm³.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda. (3)

Eclampsia.- TA $\geq 140/90$ mm Hg en embarazo >20 semanas. Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ , en 24 horas >300 mg. Convulsiones tónico clónicas o coma.

Hipertensión Arterial Crónica.- TA $\geq 140/90$ mm Hg en embarazo <20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto. Proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA. (3)

**DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO
SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL. (3)**

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Embarazo mayor de 20 semanas. <input type="checkbox"/> Si embarazo menor de 20 semanas sospeche de hipertensión arterial crónica. <input type="checkbox"/> Antecedentes de trastornos hipertensivos gestacionales en embarazos previos o hipertensión arterial crónica. <input type="checkbox"/> Asintomática o sintomática variable: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito, ictericia. <input type="checkbox"/> Convulsiones tónico clónico o coma. <input type="checkbox"/> Factores de riesgo adicionales: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Primer embarazo. <input type="checkbox"/> ≥ 10 años de diferencia desde el último parto. <input type="checkbox"/> Edad ≥ 40 años. <input type="checkbox"/> IMC ≥ 35. <input type="checkbox"/> Historia familiar de preeclampsia (madre o hermana). <input type="checkbox"/> Condiciones patológicas subyacentes: Hipertensión, enfermedad renal o diabetes preexistente, presencia de Ac antifosfolipídicos.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TA diastólica >90 mm Hg en dos tomas separadas por 4 horas. Si el parto es <input type="checkbox"/> un hecho o hay criterios de gravedad se acepta un intervalo menor en las dos tomas. <input type="checkbox"/> Reflejos osteotendinosos positivos: escala de 0 a 5. <input type="checkbox"/> Edema de miembros inferiores no es un signo diagnóstico de preeclampsia, puede estar o no presente; el 70% de las embarazadas sin patología lo presentan. <input type="checkbox"/> Actividad uterina presente o no.
EXAMENES DE LABORATORIO	<p>EVALUACION MATERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluación hematológica: hematocrito, hemoglobina, (Anemia hemolítica con esquistocitosis) recuento plaquetario ($<150.000/mm^3$), grupo y factor, TP, TTP, HIV (previo consentimiento informado). <input type="checkbox"/> Evaluación de la función renal: creatinina, urea, ácido úrico, EMO, Urocultivo, proteinuria en tirilla reactiva, si es positiva solicite proteinuria en 24 horas. <input type="checkbox"/> Evaluación hepática: transaminasas (TGO, TGP > 40 UI/L), bilirrubinas, (>1.1 mg/dl. a expensas de la indirecta) deshidrogenasa láctica (LDH: >600 U/L). <input type="checkbox"/> Evaluación metabólica: Glucosa. <input type="checkbox"/> Ecografía hepática en sospecha de hematoma subcapsular. <input type="checkbox"/> Electrocardiograma, ecocardiograma, fondo de ojo, clearance de creatinina en hipertensión crónica. <p>EVALUACION FETAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perfil Biofísico y/o flujometría doppler en >28 semanas. <input type="checkbox"/> Monitoreo fetal Electrónico a partir de 28 semanas. (3)

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Se ha llamado la enfermedad de las teorías porque su etiología se atribuye a numerosas causas: infección, autointoxicación, elementos sincitiales que pasan a la sangre, productos de descomposición de la placenta, productos metabólicos fetales, anomalías del metabolismo materno, toxinas mamarias, anafilaxia, disfunción endocrina, retención de agua, espasmos arteriolares, deficiente oxidación, acción anómala de intermediarios neuroquímicos, trastornos del metabolismo de la histamina y disfunción hipofisodiencefálica. Existe un franco trastorno hídrico manifestado por aumento rápido de peso y edema, disminuyendo las proteínas del plasma y la relación albúmina globulina se modifica albúmina: 38 g por mil normal globulina: 33 g por mil^{1,15} bajando la albúmina y aumentando las globulinas. La pérdida de la albúmina es debida a la modificación general de la permeabilidad capilar, tanto renal como tisular, que permite el paso de moléculas pequeñas de albúmina. La disminución de las proteínas plasmáticas trae como consecuencia la baja de la presión osmótica de la sangre, cosa que favorece el edema. La retención de líquidos se asocia también con la retención de sal, según algunos autores debido a la deficiente función renal respecto a los electrolitos. (1, 2,4)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (6)

PROBLEMA	PATRONES ALTERADOS	DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
ANSIEDAD/ ESTRÉS (6)	Respiración: Valorar el patrón respiratorio, determinando si existe disnea de origen nervioso	00146 - Ansiedad r/c crisis situacional, estrés y/o entre otros factores	1211 - Nivel de ansiedad	5820 - Disminución de la ansiedad
	Eliminación: Valorar la existencia de diarrea provocada por la propia ansiedad. Determinar la existencia de náuseas y sus características (frecuencia e intensidad). (6)	00013 - Diarrea r/c ansiedad	1212 - Nivel de estrés	2300 - Administración de medicación
		00032 - Patrón respiratorio ineficaz r/c ansiedad	0500 - Continencia intestinal	0460 - Manejo de la diarrea
	Dormir/Descansar: Valorar la calidad y el número de horas de sueño.	00095 - Insomnio r/c ansiedad y/o estrés	0403 - Estado respiratorio: ventilación	
	Evitar peligros: Valorar el nivel de ansiedad o estrés verbalizado, así como la existencia de inquietud e irritabilidad.	00134 - Náuseas r/c ansiedad	0004 - Sueño	2107 - Severidad de las náuseas y los vómitos

PROBLEMA	PATRONES ALTERADOS	DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
EMBARAZO (6)	Alimentación / Hidratación: Valorar los niveles séricos de glucosa con el fin de descartar una diabetes gestacional.	00208 - Disposición para mejorar el proceso de maternidad	1810 Conocimiento: gestación	- 6760 - Preparación al parto
	Eliminación: Valorar si existe estreñimiento y dolor en la salida de las heces. Valorar la aparición de edemas en las extremidades inferiores, así como un aumento de la tensión arterial (preeclampsia). Si existen vómitos determinar el estado de hidratación de la paciente (humedad de membranas mucosas, sed, ojos hundidos, etc.). Valorar si existe incontinencia urinaria de urgencia	00015 - Riesgo de estreñimiento r/c embarazo	1817 Conocimiento: parto	5244 - Asesoramiento en la lactancia
		00011 - Estreñimiento r/c embarazo	1800 Conocimiento: lactancia materna	5568 - Enseñanza paterna: niño
		00026 - Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores	1819 Conocimiento: cuidados del lactante	0450 - Manejo del estreñimiento / impactación
		00028 - Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdidas excesivas a través de vías normales (vómitos).	0501 - Eliminación intestinal	4170 - Manejo de la hipervolemia
	Movilidad / Postura: Determinar la resistencia física de la paciente para realizar las actividades de la vida diaria.	00134 - Náuseas r/c embarazo	0601 - Equilibrio hídrico	1570 - Manejo del vómito
	Dormir / Descansar: Valorar la calidad y número de horas de sueño.			1450 - Manejo de las náuseas
	Evitar peligros: Determinar el grado de dolor referido por la paciente a nivel abdominal, pélvico, lumbar, dorsal o cervical. Valorar el dolor provocado por la posible existencia de cefaleas y/o hemorroides.	00132 - Dolor agudo (abdominal, pélvico, lumbar, dorsal, cervical, cefalea, hemorroides) r/c agente	0602 - Hidratación	001400 - Manejo del dolor
	Comunicación / Relaciones sociales: Determinar la disposición para ampliar los conocimientos sobre la gestación, parto, alumbramiento, lactancia materna y cuidados		1618 - Control de	2210 - Administración de

del lactante. Determinar si la adaptación sexual es correcta.

lesivo biológico

náuseas y vómitos

analgésicos

0022 - Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia r/c poca capacidad vesical

2102 - Nivel de dolor

• 0570 - Entrenamiento de la vejiga urinaria

0502 - Continencia urinaria

• 0560 - Ejercicio del suelo pélvico

00059 - Disfunción sexual r/c alteración de la función corporal (embarazo)

000119 - Funcionamiento sexual

• 5248 - Asesoramiento sexual

• 00093 - Fatiga rc/embarazo

• 0002 - Conservación de la energía

• 0180 - Manejo de la energía

• 0095 - Insomnio r/c malestar físico (dolor, calambres y movimientos del bebe) y temor (cercanía del parto)

• 0004 - Sueño

• 1850 - Mejorar el sueño

• 00179 - Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c embarazo y/o enfermedad.

• 2300 - Nivel de glucemia

• 5246 - Asesoramiento nutricional

• 4235 - Flebotomía: vía canalizada

CIERRE

Los factores que influyen en la presentación de toxemias son ambientales, maternos, como el consumo de sustancias nocivas, la alimentación no adecuada, los traumas durante la gestación, el peso, factores genéticos, dislipidemias, la propia edad extrema estos permiten que se dé una anomalía en el momento de la implantación la misma que desencadena una hipo perfusión placentaria, derivando una lesión glomerular, aumento de la tensión arterial, isquemia hepática, isquemia del sistema nervioso central.

El personal de enfermería tiene una responsabilidad en la atención de las pacientes, siendo esta la encargada del cuidado, para su recuperación es indispensable la aplicación del proceso de atención de enfermería el mismo que es considerado un proceso que parte del método científico, donde la enfermera evidencia sus actividades.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mederos, Á. M. (28 de JULIO de 2010). *Algunos factores biosociales y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital de Chitungwiza (Zimbabwe)* . Recuperado el 25 de SEPTIEMBRE de 2015, de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600006&script=sci_arttext
- 2 Cordoso, N. O. (2010). *REDALYC*. Recuperado el 25 de SEPTIEMBRE de 2015, de COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE TOXEMIA EN UN ÁREA DE SALUD: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117817007.pdf>
- 3 Conasa. (2008). COMPONENTE NORMATIVO MATERNO. En MSP. QUITO.
- 4 Zetina, F. (2011). LA PRECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA. *GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*, 156-162.
- 5 Franco, Y. H. (2012). *HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO*. Recuperado el 25 de SEPTIEMBRE de 2015, de http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1998/vol_1/pdf/HIPERTENSION%20INDUCIDA%20POR%20EL%20EMBARAZO.pdf
- 6 Nanda, e. p. (2014). *Plan de cuidados: HIPERTENSIÓN ESENCIAL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO*. Recuperado el 25 de SEPTIEMBRE de 2015, de <http://www.prescripcionenfermera.com/planes-de-cuidados-de-enfermeria/enfermedad/hipertension-esencial-embarazo-parto-y-puerperio/embarazo>

ANEXOS

1 Mederos, Á. M. (28 de JULIO de 2010). *Algunos factores biosociales y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital de Chitungwiza (Zimbabwe)* . Recuperado el 25 de SEPTIEMBRE de 2015, de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600006&script=sci_arttext



artículos | búsqueda de artículos

sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

MEDISAN
versión ISSN 1029-3019

MEDISAN v.14 n.6 Santiago de Cuba 20/jul28/ago. 2010

ARTÍCULO ORIGINAL

Algunos factores biosociales y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital de Chitungwiza (Zimbabwe)

Some biosocial and obstetric factors of gestational hypertensive disease in Chitungwiza Hospital (Zimbabwe)

MsC. María Esther Mederos Ávila, ¹ MsC. José Antonio Casas Fernández, ² MsC. Dulce María Ramos Borlot, ³ MsC. Maricela Arañó Rodríguez ⁴ y Dr. Antonio César Abellás La O ⁵

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructora. Policlínico Docente José Martí Pérez, Santiago de Cuba, Cuba.
²Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Titular y Consultante. Hospital Materno Norte, Santiago de Cuba, Cuba.
³Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora. Máster en Urgencias Médicas. Policlínico Docente José Martí Pérez, Santiago de Cuba, Cuba.
⁴Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Docente José Martí Pérez, Santiago de Cuba, Cuba.
⁵Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico El Cristo, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 181 gestantes con enfermedad hipertensiva, atendidas por los médicos cubanos en el Hospital de Chitungwiza en Zimbabwe, desde enero hasta diciembre del 2007, a fin de caracterizarlas según algunos factores biosociales y obstétricos. Predominaron las embarazadas con edades entre 20-24 años y la preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica como formas de la hipertensión arterial, así como las captaciones tardías, la nuliparidad y el bajo peso al nacer. Se recomendó realizar estudios en otros hospitales de ese país para profundizar en las manifestaciones de este indicador y poder establecer estrategias de intervención comunitaria que disminuyan la morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: gestantes, enfermedad hipertensiva gravídica, hipertensión crónica, preeclampsia, eclampsia, atención secundaria de salud, Zimbabwe

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out in 181 pregnant women with hypertensive disease, attended by Cuban doctors at the Hospital of Chitungwiza in Zimbabwe, from January to December 2007, in order to characterize them according to some biosocial and obstetric factors. Pregnant woman between 20-24

MI SCIELO

Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Artículo

- Artículo en PDF
- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Bookmark



RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 181 gestantes con enfermedad hipertensiva, atendidas por los médicos cubanos en el Hospital de Chitungwiza en Zimbabwe, desde enero hasta diciembre del 2007, a fin de caracterizarlas según algunos factores biosociales y obstétricos. Predominaron las embarazadas con edades entre 20-24 años y la preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica como formas de la hipertensión arterial, así como las captaciones tardías, la nuliparidad y el bajo peso al nacer. Se recomendó realizar estudios en otros hospitales de ese país para profundizar en las manifestaciones de este indicador y poder establecer estrategias de intervención comunitaria que disminuyan la morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: gestantes, enfermedad hipertensiva gravídica, hipertensión crónica, preeclampsia, eclampsia, atención secundaria de salud, Zimbabwe

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out in 181 pregnant women with hypertensive disease, attended by Cuban doctors at the Hospital of Chitungwiza in Zimbabwe, from January to December 2007, in order to characterize them according to some biosocial and obstetric factors. Pregnant woman between 20-24 years and preeclampsia, eclampsia and chronic hypertension as forms of arterial hypertension predominated as well as late recruitment of women, nuliparity and low birth weight. It was recommended to carry out studies in other hospitals of that country to increase knowledge of manifestations of this condition and to draw up strategies of community intervention that reduce morbidity and mortality.

Key words: pregnant women, gestational hypertensive disease, chronic hypertension, preeclampsia, eclampsia, secondary health care, Zimbabwe

Recibido: 18 de febrero de 2010

Aprobado: 23 de marzo de 2010

INTRODUCCIÓN

La hipertensión inducida por el embarazo es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un programa prioritario de salud en el mundo. Su incidencia está estimada entre 10-20 % y representa la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera, en los subdesarrollados, con 4 defunciones por cada 100 000 nacimientos.¹⁻⁵

Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a hipertensión gravídica (preeclampsia). En Barcelona también es la complicación más frecuente del embarazo, la incidencia es de 47,3 por cada 1 000 nacimientos y constituye la primera causa de ingreso de gestantes en las salas de cuidado intensivo.⁶⁻¹¹

En Cuba se mantiene entre las 3 primeras causas de muerte materna, según notificaciones estadísticas nacionales. Durante el 2004 la mortalidad por esta causa en adolescentes varió entre 1 y 5 % y en mujeres mayores de 35 años, entre 9 y 12 %. Tres años después, en el 2007, las adolescentes continúan teniendo el mayor número de muertes, con 5,6 %.¹²

Con 3 años de misión en Zimbabwe, actualmente se puede describir una serie de problemas que influyen negativamente en la evolución del proceso salud-enfermedad, en este país, y actuar sobre ellos e investigar todos los factores que influyen en las enfermedades de dicha población, como en el caso de la hipertensión gravídica.

3 Conasa. (2008). COMPONENTE NORMATIVO MATERNO. En MSP. QUITO.

Componente Normativo Materno



Ministerio de Salud Pública

Proceso de Normatización del SNS

Subcomisión de Prestaciones del SNS

Componente Normativo Materno Neonatal

Sistema Nacional de Salud
SNS
CONASA
Consejo Nacional de Salud

Hipertensión Gestacional

- TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo >20 semanas en mujer previamente normotensa.
- Proteinuria en 24 h $< a$ 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA.

Preeclampsia

- TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa.
- Proteinuria en 24 h $\geq a$ 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.

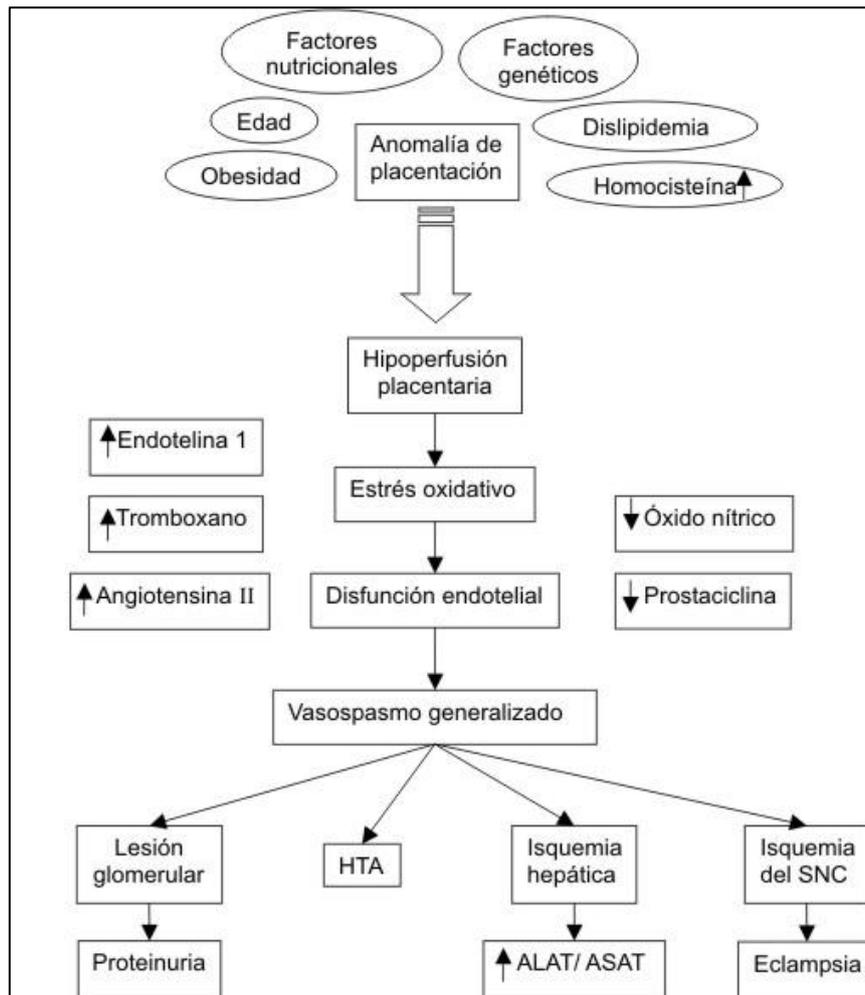
Preeclampsia Leve

- TA sistólica ≥ 140 y < 160 mm Hg.
- TA diastólica ≥ 90 y < 110 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++.
- Proteinuria en 24 horas POSITIVA.
- Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa).

Preeclampsia Severa (incluye al síndrome de HELLP)

- TA sistólica ≥ 160 mm Hg.
- TA diastólica: ≥ 110 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- Proteinuria $>3g$ en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva ++ / +++.
- Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:
- Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas < 100000 mm³.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda.

4 Zetina, F. (2011). LA PRECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA. *GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*, 156-162.



- 5 Franco, Y. H. (2012). *HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO*. Recuperado el 25 de SEPTIEMBRE de 2015, de http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1998/vol_1/pdf/HIPERTENSION%20INDUCIDA%20POR%20EL%20EMBARAZO.pdf

HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Hernán Darío Franco Yepes
William Patiño Montoya

RESUMEN

La patología hipertensiva durante la gestación es una enfermedad de presentación común y diferente grado de severidad, con un alto porcentaje de morbi-mortalidad materno fetal, dependiente del diagnóstico temprano y adecuado, así como del manejo integral e interdisciplinario, con atención tanto a la madre como al feto. En la actualidad a pesar de haber un conocimiento inmenso sobre la fisiopatología y de haberse postulado una variedad de teorías que explican la producción de la enfermedad, no se tiene entendida claramente la vía fundamental del desarrollo del cuadro, por este motivo es aceptado el manejo no etiológico de la enfermedad basado esencialmente en una terapia dietética, hipotensora, anticonvulsivante y un reemplazo adecuado de líquidos, sumado a una vigilancia estricta de la vitalidad fetal y de las complicaciones maternas, con la decisión inequívoca de desembrazar a la materna en el momento adecuado luego del diagnóstico y los estudios necesarios.

Las implicaciones anestésicas dependen en un momento determinado de la severidad del cuadro y del estado materno - fetal. En la mayoría de los casos, el manejo de este tipo de pacientes es de forma convencional, pero en otros requerirá de todos los conocimientos del grupo de anesestesiólogos, obstetras, pediatras adecuados e intensivistas para lograr un resultado final en la madre y en el feto.

SUMMARY

6 Nanda, e. p. (2014). *Plan de cuidados: HIPERTENSIÓN ESENCIAL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO*. Recuperado el 25 de SEPTIEMBRE de 2015, de <http://www.prescripcionenfermera.com/planes-de-cuidados-de-enfermeria/enfermedad/hipertension-esencial-embarazo-parto-y-puerperio/embarazo>

prescripción enfermera.com

PORTADA PLANES DE CUIDADOS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA CASOS CLÍNICOS

Plan de cuidados: HIPERTENSIÓN ESENCIAL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Situaciones clínicas que pueden estar presentes:

- ASTENIA
- BEBE PREMATURO
- PUERPERIO
- MAREO Y/O VÉRTIGO
- EMBARAZO

V. HENDERSON M. GORDON

- 1. Respiración:** Sin alteraciones
- 2. Alimentación / Hidratación:** Sin alteraciones
- 3. Eliminación:** Sin alteraciones
- 4. Movilidad / Postura:** Valorar la aptitud para caminar y/o subir escaleras observando la capacidad para hablar durante la actividad o la aparición de esfuerzo respiratorio. Valorar la presencia de un nivel de energía estable
- 5. Dormir / Descansar:** Sin alteraciones
- 6. Vestirse / Desvertirse:** Sin alteraciones
- 7. Temperatura corporal:** Sin alteraciones
- 8. Higiene / Integridad piel y mucosas:** Sin alteraciones
- 9. Evitar peligros:** Sin alteraciones
- 10. Comunicación / Relaciones sociales:** Sin alteraciones
- 11. Valores / Creencias:** Sin alteraciones
- 12. Autorrealización:** Sin alteraciones
- 13. Entretenimiento:** Sin alteraciones
- 14. Aprendizaje:** Sin alteraciones

rkund Analysis Result

Analysed Document: CAROLINA CEDILLO.docx (D16695911)
Submitted: 2015-12-11 20:49:00
Submitted By: kgarcia@utmachala.edu.ec
Significance: 6 %

Sources included in the report:

STUDIO DE CASO.docx (D16249879)
OR PALACIOS.docx (D16694816)

stances where selected sources appear:

Lic. Gladis Mora Ventimilla
C.I. 0702547316
[Signature]

Document [CAROLINA CEDILLO.docx](#) (ID16695911)

Submitted 2015-12-11 14:49 (-05:00)

Submitted by kgarcia (kgarcia@utmachala.edu.ec)

Receiver kgarcia.utmach@analysis.orkund.com

Message TITULACION CAROLINA CEDILLO [Show full message](#)

6% of this approx. 5 pages long document consists of text present in 2 sources.

List of sources

Rank	Path/Filename
1	CAROLINA CEDILLO.docx
Alternative sources	
2	estudio de caso reactivo jueves exponer.docx
3	CAROLINA CEDILLO.docx
4	ESTUDIO DE CASO.docx

6 Warnings Reset Export Share

100%

Active

Urkund's archive: UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA / CAROLINA... 100%

RESUMEN Las toxemias son consideradas en nuestro país la causa más importante de morbilidad materna, además de la primera causa de óbitos fetales, este grupo de enfermedades son clasificadas en preeclampsia, eclampsia, y una complicación mayor síndrome de Hellp, a su vez según la presentación de sintomatología se subdividen en leve, moderada y grave, se manifiesta que a nivel mundial tienen un incidencia del 10 al 12%, siendo la principal causa de hospitalización y control, una vez ingresada al hospital la gestante, debe tener un cuidado y control estricto para su recuperación y sobre todo mantenimiento del producto, el tiempo más largo que sea posible, para esto se necesita de la actuación multidisciplinaria del equipo de salud, siendo el principal actor el personal de enfermería, quienes están en los diferentes turnos al cuidado de las pacientes, por tal razón cabe mencionar que como enfermeras tenemos a nuestras espaldas la responsabilidad del cuidado directo estas acciones que emprendamos deben de estar fundamentadas científicamente y evidenciadas, por lo cual utilizamos el proceso de atención de enfermería, el mismo que parte del método científico y del cual organizamos nuestras actividades, motivo por el cual se realizó la siguiente investigación con enfoque bibliográfico, rescatando los aspectos más importantes, entre estos las toxemias son la primera causa de muerte materna en el Ecuador, además son la primera causa de morbilidad neonatal. estas no tienen

RESUMEN Las toxemias son consideradas en nuestro país la causa más importante de morbilidad materna, además de la primera causa de óbitos fetales, este grupo de enfermedades son clasificadas en preeclampsia, eclampsia, y una complicación mayor síndrome de Hellp, a su vez según la presentación de sintomatología se subdividen en leve, moderada y grave, se manifiesta que a nivel mundial tienen un incidencia del 10 al 12%, siendo la principal causa de hospitalización y control, una vez ingresada al hospital la gestante, debe tener un cuidado y control estricto para su recuperación y sobre todo mantenimiento del producto, el tiempo más largo que sea posible, para esto se necesita de la actuación multidisciplinaria del equipo de salud, siendo el principal actor el personal de enfermería, quienes están en los diferentes turnos al cuidado de las pacientes, por tal razón cabe mencionar que como enfermeras tenemos a nuestras espaldas la responsabilidad del cuidado directo estas acciones que emprendamos deben de estar fundamentadas científicamente y evidenciadas, por lo cual utilizamos el proceso de atención de enfermería, el mismo que parte del método científico y del cual organizamos nuestras actividades, motivo por el cual se realizó la siguiente investigación con enfoque bibliográfico, rescatando los aspectos más importantes, entre estos las toxemias son la primera causa de muerte materna en el Ecuador, además son la primera causa de morbilidad neonatal. estas no tienen