



**UTMACH**

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO EN LA  
PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DURANTE EL SEGUNDO  
TRIMESTRE DE EMBARAZO**

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

**AUTORA:**

**SARMIENTO ORTIZ EVELYN ESTEFANIA**

**MACHALA - EL ORO**

## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, SARMIENTO ORTIZ EVELYN ESTEFANIA, con C.I. 0705832988, 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 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO EN LA PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO.

- 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, 02 de diciembre de 2015



SARMIENTO ORTIZ EVELYN ESTEFANIA

# FRONTISPICIO

**Autora**



**EVELYN ESTEFANÍA SARMIENTO ORTIZ**  
**C.I. 070583298-8**

**Dirección:** Clemente vaca y Municipalidad, Pasaje, El Oro  
**Teléfono:** 0997165601  
**e – mail:** evelyn\_chinita27@hotmail.com

## COMITÉ EVALUADOR



**Lcda. Elida Reyes Rueda**  
**C.I. 0705085835**



**Lcda. Gladis Mora Veintimilla**  
**C.I. 0702547316**



**Lcda. Sandra Falconi Peláez**  
**C.I. 0704840867**

## **CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **EVELYN ESTEFANÍA SARMIENTO ORTIZ**, autora del siguiente trabajo de titulación: **“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO EN LA PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO”**. Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.



**EVELYN ESTEFANÍA SARMIENTO ORTIZ**

**C.I: 070583298-8**

## DEDICATORIA

Dedico principalmente a Mi Dios Bendito, Virgen Santísima del Cisne por estar siempre a mi lado, siendo mi guía en cada paso, dándome fuerzas en momentos duros de la vida, por la Fé y motivación cada día a seguir adelante, por Bendecirme, cuidarme siempre y haber permitido llegar hasta aquí.

Mi madre quien ha sido Padre y Madre la que me ha cuidado y ha luchado junto a mí, la que me brinda su apoyo y me anima a seguir , tu mi motivación diaria de superarme y alcanzar mis metas. Mi padre por tu trabajo, sacrificio, por brindarme tu ayuda cuando lo necesite y que a pesar de la distancia sé que me deseas lo mejor para mi vida. Mi hermana y hermano por confiar en mí en todo momento, por darme consejos cuando los necesito. Mis Sobrinos/as por tratar de darles el mejor ejemplo hacia ustedes mis amores.

Gracias a todos ustedes he llegado a cumplir esta meta tan anhelada que muchas veces durante el camino se tornaba difícil pero con Dios y ustedes he logrado llegar a mi meta.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco principalmente a Dios por guiarme, fortalecerme siempre y por bríndame alcanzar esta meta en mi vida que día a día con esfuerzo y perseverancia lo realizaba.

Gracias a mi Familia por estar con migo por ser mi guía, mi fortaleza mi motivación; gracias por creer siempre en mi capacidad de poder alcanzar mis metas.

Agradezco también a la Universidad Técnica de Machala por brindarme la oportunidad de estudiar, adquirir conocimientos necesarios y poder ser una Profesional. A la Unidad Académica Ciencias Químicas y de la Salud por permitirme llegar a mi meta la profesión anhelada la que nació en mi corazón y ahora es una realidad.

Gracias a mis docentes que supieron brindarme su conocimiento, paciencia, sinceridad, amistad y que además se ganaron mi respeto por ser personas leales en quien poder confiar.

## RESUMEN

La Preeclampsia es un trastorno Hipertensivo multifactorial el cual es inducido por el embarazo, que por la falta de manejo oportuno se caracteriza por la presencia de Hipertensión Sistólica  $\geq 140$  mmHg – Diastólica  $\geq 90$  mmHg con Proteinuria en 24 h  $\geq$  a 300g/tirilla reactiva positiva ++, se presenta por encima de las 20 semanas de Gestación; la causa de este Trastorno aun es desconocida pero el Ministerio de Salud Publica manifiesta que los Trastornos Hipertensivos puede ser prevenidos y controlados dependiendo de los factores que influyen en cada gestante.

Esta investigación busca determinar el Proceso Atención de Enfermería para el manejo en la Prevención de la Preeclampsia en gestantes durante el segundo trimestre de embarazo mediante revisiones bibliográficas quien me sirvió de guía para la resolución del problema.

Para Prevenir la aparición de Trastornos Hipertensivos que pueden llegar a complicaciones como la Preeclampsia durante el embarazo, es necesario brindar educación a la persona, familia y comunidad sobre los diferentes factores de riesgo o Predisponentes, Control Prenatal, las Señales de Peligro, Estilos de Vida Saludables y la Planificación Familiar como medidas de prevención, por lo que así se podrá concientizar sobre los daños que pueden ocasionar tanto a la madre como al feto, con la finalidad de Promover la Salud y Prevenir Enfermedades durante su periodo de Gestación.

Con el uso y aplicación del Proceso Atención de Enfermería, se identificará y se brindaran cuidados a los problemas reales que permiten el manejo preventivo de la Preeclampsia en las gestantes durante el segundo trimestre de Embarazo.

## **ABSTRACT**

Preeclampsia is a multifactorial hypertensive disorder which is induced by pregnancy, that the lack of timely management is characterized by the presence of systolic hypertension  $\geq 140$  mmHg - diastolic  $\geq 90$  mmHg with proteinuria in 24 h  $\geq$  to 300g / dipstick positive ++, it presents over 20 weeks of pregnancy; The cause of this disorder is still unknown but the Ministry of Public Health states that hypertensive disorders can be prevented and controlled depending on the factors that influence each pregnant.

This research aims to determine the Nursing Care Process for operation in the prevention of preeclampsia in pregnant women during the second trimester of pregnancy through literature reviews who served me as a guide for problem resolution.

To prevent the occurrence of hypertensive disorders that may come to complications such as preeclampsia during pregnancy, you need to provide education to the individual, family and community about the different predisposing risk factors, prenatal care, Danger Signs, Lifestyle Health and Family Planning as prevention, so then can raise awareness of the damage that can cause both mother and fetus, in order to promote health and prevent disease during their pregnancy.

With the use and application of the Nursing Care Process, will be identified and care to the real problems that allow preventive management of preeclampsia in pregnant women during the second trimester of pregnancy will be provided.

## INTRODUCCIÓN.

La Preeclampsia es una enfermedad, multisistémico y multifactorial, caracterizada por la aparición de hipertensión y proteinuria por encima de las 20 semanas de gestación. Se estima que afecta entre un 2-7% de los embarazos, y a pesar de ser una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, su etiología y patogénesis aún no se conocen con exactitud. (1)

En el mundo la incidencia sobre la Preeclampsia está entre un 2-10% de los embarazos siendo uno de los precursores la Eclampsia. La incidencia de Eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos.

Las tasas de los países Africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la Prevalencia oscila entre 2% a 16.7%. (2)

En Ecuador en el año 2013 la principal causa de mortalidad materna recae sobre las causas obstétricas directas con un total de 121 defunciones, alcanzando un porcentaje total de 78,06% y una razón de mortalidad de 35,69. En el cual la Hipertensión Gestacional con proteinuria ocupa el primer lugar alcanzando un porcentaje de 16,13% con una razón de mortalidad de 7,37. (3)

En 1987, Comino publicó un estudio en el cual se observó una frecuencia global de Estados Hipertensivos en el Embarazo (EHE) del 2,59% de los cuales 1,1% correspondían a Preeclampsia, el 0,4% a Hipertensión Crónica y el 0,5% a Hipertensión Transitoria. La frecuencia de la Preeclampsia leve fue del 74,9% y de la Preeclampsia grave fue del 25,1%. (4)

En Santiago de Cuba fue realizado un estudio para analizar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad en las enfermedades maternas durante el periodo 2004 al 2008. Se diagnosticaron 206 casos maternas críticas, las principales causas de ingresos fueron: Enfermedad Hipertensiva 21,8%, Cardiopatía 19,0% y Hemorragias masivas 17,5%. %). (5)

El Proceso Atención de Enfermería es un conjunto de acciones realizadas por los Profesionales de Enfermería que tiene como finalidad brindar atención de calidad al individuo, familia y comunidad, quienes al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas serán capaces de participar en el proceso realizando actividades para mejorar la salud.

En el siguiente proyecto me he planteado como Objetivo Determinar el Proceso Atención de Enfermería para el manejo en la Prevención de Preeclampsia en gestantes durante el Segundo Trimestre de Embarazo mediante la revisión Bibliográfica para el Planteamiento del Proceso Atención de Enfermería.

## DESARROLLO

### **PREECLAMPSIA.**

Trastorno Hipertensivo que se presenta durante el periodo de gestación después de las 20 semanas con una Presión Arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y una Presión Arterial Diastólica mayor o igual a 90 mm Hg con presencia de Proteinuria en las 24 horas mayor o igual a 300mg/ tirilla reactiva positiva ++; el mal manejo de la Preeclampsia conduce a que se presente la Eclampsia, pero aun la causa de esta patología es desconocida.

### **Clasificación.**

**Preeclampsia leve:** Se caracteriza por presentar una Presión Arterial Sistólica mayor o igual 140 o menor a 160 mm Hg y una Presión Arterial Diastólica mayor o igual a 90 o menor a 110 mm Hg en embarazos mayores a 20 semanas de gestación, con Proteinuria en Tirilla reactiva positiva ++ en 24 horas, no se presentan Signos ni Síntomas.

**Preeclampsia Severa:** Se caracteriza por presentar una Presión Arterial Sistólica mayor o igual a 160 mm Hg y una Presión Arterial Diastólica mayor o igual a 110 mm Hg en embarazos mayor a 20 semanas de gestación con presencia de Proteinuria mayor de 3g en 24 horas con tirilla reactiva ++/+++, en esta etapa se hace presentes los siguientes signos, síntomas y exámenes de Laboratorio, Vasomotores como Cefalea, Tinnitus, Acúfenos, dolor en Epigastrio e Hipocondrio derecho, Hemolisis y Plaquetas. (6)

### **Factores de Riesgo.**

**Edad:** Menor de 20 años y Mayor de 35 años

**Antecedentes Patológicos Familiares:** Madre o Hermana con Preeclampsia

**Antecedentes Patológicos Personales:** Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Antecedentes de Preeclampsia en Embarazos Anteriores.

**Paridad:** Nulípara, Partos Anteriores, Embarazos Múltiples

**Evaluación Nutricional: IMC:** Bajo Peso < 19,8 – Sobrepeso > 26,0 o 29,0 – Obesa > 29,0

**Tabaquismo**

**Alcoholismo**

**Nivel Socioeconómico bajo**

**Grado de Instrucción**

**Medidas para el manejo preventivo.**

### **Señales de Peligro en el Embarazo**

Uno de los principales programas que el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado en el Ecuador es sobre el reconocimiento de las diferentes Señales de Peligro que pueden presentarse durante el periodo de gestación, donde deben de acudir y recalando que es muy importante que tú y tu familia conozcan y aprendan a identificar estas señales de peligro:

#### **Cefalea, Tinitus, Acufenos.**

Si llega a presentar intenso dolor de cabeza acompañados con zumbidos, mareos, ver lucecitas, visión borrosa, se le hinchan los pies, manos o cara, todas estas son señales en la cual indican que su Presión Arterial aumentado y ala ves su bebé puede sufrir algún daño o estar en peligro.

#### **Convulsiones.**

Las convulsiones suelen manifestarse cuando hay complicaciones en su Presión Arterial durante el periodo de Gestación provocando un daño para ti y tu bebé. Si en caso de haber presentado convulsiones en embarazos anteriores es recomendable que comuniques a tu médico y exigir un control de tu Presión Arterial.

## **Enfermedades o Condiciones Preexistentes que pueden Complicar un Embarazo.**

### **Adolescencia y Embarazos a Edad Tardía:**

La inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema Reprodutor y los factores Psicosociales son unos de los principales riesgos que se presentan durante el embarazo. Si una adolescente llega a estar embarazada tiende a padecer de enfermedades como la Preeclampsia y Eclampsia, las cuales conllevarían a un retraso del crecimiento del bebe, además conllevaría como consecuencia a la violencia física, Psicológica y afectiva; en cuanto a un embarazo a edades tardías sobre los 35 años estos ponen en riesgo a la durante su periodo de gestación y parto.

### **Enfermedades del Corazón e Hipertensión Arterial.**

Si tienes alguna enfermedad cardiovascular como hipertensión arterial, durante tu periodo de gestación se podría complicar tu patología cardiaca existente; unos de los síntomas principales que pueden presentarse son poco tolera los esfuerzos físicos, edema de piernas, mareos, desmayos y tos. Si estas embarazada y presentas factores de riesgo durante el control prenatal tienes que ser derivada al especialista. Conoce siempre las cifras de tu Presión Arterial. (7)

### **Estilos de Vida Saludables.**

La forma de vivir de las personas tiene una gran influencia en el Estado de Salud y en la aparición de Enfermedades.

### **Medidas Higiénicas:**

- Una correcta higiene puede prevenir alteraciones que afecten al embarazo.

- Puede presentarse un aumento en la secreción del flujo vaginal algo normal pero se debe tener en cuenta que el mal olor y picazón son signos por el cual deben acudir al Centro de Salud.
- Preparar los músculos del periné con aceite, el cual favorecerá su adaptación al parto y su recuperación posterior.
- La piel de algunas zonas se estirara el cual pueden aparecer estrías, hidratar y cuidar la piel podrá ayudar a prevenirlas.
- Evitar calcetines que realicen compresión ya que pueden provocar el desarrollo de varices.

### **Alimentación.**

Las necesidades nutricionales de la mujer embarazada aumentan a medida que transcurre el embarazo ya que, a la vez que el cuerpo continúa realizando sus funciones habituales, se producen cambios en el organismo que requieren mayor aporte de energía y asegurar la formación, desarrollo y crecimiento del feto.

**Proteínas:** Para el crecimiento y Desarrollo del niño, lo encuentra en pescados, carnes, huevos, leche, lenteja, habas, arvejas y garbanzo

**Energía:** Para el crecimiento y Desarrollo del niño, lo encuentra en verduras, legumbres y pastas.

**Ácidos Grasos Esenciales:** Sirven para la formación, crecimiento, desarrollo del cerebro, vista y oído además son importantes para el desarrollo del útero, placenta y feto, se los encuentran en pescados y aceite de oliva.

**Calcio, Fosforo, Magnesio y Vitamina D:** Contribuyen a la formación de los huesos y dientes del feto, previenen la descalcificación de la mujer embarazada.

**Hierro:** Previene la anemia ferropénica de la madre, desarrollo Cognitivo del feto y previene infecciones post parto.

**Vitamina B 12:** Evita la anemia megaloblástica, importante para el metabolismo y ayuda a la formación de Glóbulos rojos.

**Vitamina C:** Favorece la absorción del Hierro de alimentos vegetales y ayuda a disminuir la incidencia del parto prematuro.

**El Ácido Fólico:** Ayuda al cierre del tubo neural, que es lo que va a formar el sistema nervioso o sea el cerebro y la médula espinal. El Zinc Interviene en la Síntesis Protéica y desarrollo de las células.

## **El Descanso**

Durante este periodo se incrementa las necesidades de sueño por lo que deberán aumentar ligeramente las horas a dormir, esto permitirá recuperar la energía para mantener el ritmo diario dando un equilibrio entre la actividad y el descanso.

## **Actividad Física**

Es saludable para las embarazadas porque producen bienestar Físico y Psicológico, ayudan a que los pesos de la madre y feto aumenten adecuadamente, reduce las molestias físicas del embarazo como el dolor de espalda, calambres, estreñimiento, hinchazón; reduce el riesgo de Diabetes Gestacional, mejora la calidad del sueño, mejora el estado de ánimo y nivel de energía. Debe realizar ejercicios como caminar o nadar ya que ayudan a fortalecer los músculos de las piernas y abdomen, mejoran la circulación sanguínea y función respiratoria.

## **El Tabaco, Alcohol y otras Drogas.**

El Tabaco produce efectos negativos en la Madre y el Recién Nacido como los partos Prematuros y abortos espontáneos, produce alteraciones en la placenta, reduce el peso del bebé y complicaciones respiratorias en los primeros meses.

El Alcohol atraviesa fácilmente la placenta, pudiendo alcanzar en el feto concentraciones más altas que en la madre, lo que puede ocasionar el Síndrome Alcohólico Fetal como crecimiento intrauterino retardado, alteraciones del desarrollo psicomotor, retraso mental, múltiples defectos y el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer y muerte fetal.

Las Drogas afectan atravesando la placenta y llega al feto provocando problemas graves el cual sería buscar ayuda profesional. (8)

## **Prevención Primaria.**

**Planificación Familiar:** Uno de los procesos más importantes ya que a través de la planificación se realiza la prevención primaria para poder disminuir los embarazos con el fin de erradicar el riesgo de Preeclampsia.

**Atención Prenatal:** Durante la atención prenatal se pueden detectar a tiempo las diferentes patologías dependiendo de la cantidad y calidad de visitas con la finalidad de prevenir complicaciones durante el periodo de Gestación.

**La Administración de suplementos de Calcio:** Se recomienda la ingesta de suplementos de calcio en mujeres con mayor riesgo y con baja ingesta de calcio ya que estos disminuyeron el riesgo de padecer Presión Arterial Alta durante el periodo de Gestación.

**Baja dosis de Aspirina:** Algunos estudios manifiestan que la administración de aspirina en pequeña cantidad han ayudado a reducir la Preeclampsia teniendo en cuenta que debe ser administrada antes de la semana 16 de gestación.

**Evaluación de la Presión Arterial:** La evaluación rutinaria en las gestantes es la única manera de detectar la Preeclampsia, por el cual la Organización Mundial de la Salud recomienda medir la Presión Arterial y los niveles de proteinuria en orina a las gestantes en cada visita siempre y cuando la presión arterial se haya encontrado alterada. (9)

## **PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

**VALORACIÓN:** Es un proceso de recopilación de datos a través de la comunicación enfermero paciente, familia o comunidad con el fin de valorar sus problemas de salud reales o potenciales.

**DIAGNÓSTICO:** Priorizaremos los problemas que están asechando a las personas afectadas con el propósito de resolverlo o disminuirlo a través de la implementación NANDA.

**PLANIFICACIÓN:** Se procederá a la elaboración del objetivo para la solución del problema NOC y la identificación de los diferentes pasos, cuidados o tratamientos mediante la implementación del NIC con el propósito que conduzcan a las persona a concientizar, prevenir o eliminar los problemas detectados.

**EJECUCIÓN:** En esta etapa es donde se pone en marcha el plan de cuidados elaborado con la finalidad de alcanzar nuestro objetivo planteado.

**EVALUACIÓN:** Permitirá evaluar sobre la efectividad de las intervenciones ejecutadas y el cumplimiento del objetivo sobre los problemas diagnosticados.

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (10)**  
**CUADRO DE RELACIÓN DE PROBLEMA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>TIPO DE DATO</b>	<b>PATRÓN AFECTO</b>	<b>APARATO O SISTEMA AFECTO</b>	<b>PATRÓN RESPUESTA</b>	<b>CATEGORÍA DIAGNOSTICA</b>
DEFICIT DE CONOCIMIENTO	<b>OBJETIVO</b>	<b>Dominio 1:</b> Promoción de la Salud	<b>Clase 1:</b> Toma de Conciencia de la Salud	<b>Dominio 1:</b> Promoción de la Salud	<b>(00162) Pág. 62</b> Disposición para mejorar la Gestión de la Propia Salud
HIPERTENSION ARTERIAL	<b>OBJETIVO</b>	<b>Dominio 4:</b> Actividad/Reposo	<b>Clase 4:</b> Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares	<b>Dominio 4:</b> Actividad/Reposo	<b>(00201) Pág. 142</b> Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral Ineficaz r/c Hipertensión Arterial
EDEMA	<b>OBJETIVO</b>	<b>Dominio 2:</b> Nutrición	<b>Clase 5:</b> Absorción	<b>Dominio 2:</b> Nutrición	<b>(00026) Pág. 85</b> Exceso de volumen de líquidos r/c Compromiso de Mecanismos reguladores e/p Edema

## PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (10)

DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS CONSEGUIDOS/ EVALUACIÓN
<p><b>(00162)</b> DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD</p>	<p>Toma decisiones relacionadas a la salud</p>	<p><b>(5247) Asesoramiento antes de la concepción.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pruebas de diagnóstico prenatales necesarias para determinar factores de riesgo genéticos, médicos u obstétricos.</li> <li>• Instruir acerca de la relación entre el desarrollo fetal precoz y los hábitos personales, uso de medicamentos teratógenos y requisitos de autocuidado.</li> <li>• Enseñar a evitar los teratógenos.</li> </ul> <p><b>(6960) Cuidados Prenatales. (Pág. 294)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifiestar a la paciente sobre la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.</li> <li>• Control de signos Vitales</li> <li>• Animar al padre o ser querido a que participe en los cuidados prenatales.</li> <li>• Educar a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo.</li> <li>• Vigilar el estado nutricional.</li> <li>• Vigilar las ganancias de peso durante el</li> </ul>	<p>Identifica los cuidados durante la gestación.</p>

		<p>embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Educar a la paciente en los ejercicios y reposo adecuados durante el embarazo.</li><li>• Comprobar el ajuste psicosocial de la paciente y la familia durante el embarazo.</li><li>• Controlar los niveles de glucosa y proteína en orina.</li><li>• Tener en cuenta los tobillos, manos y cara para ver si hay edema.</li><li>• Explorar los reflejos de tendones profundos.</li><li>• Educar a la paciente sobre los signos de peligro que impliquen una notificación inmediata.</li><li>• Ofrecer una guía anticipada a la paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan al embarazo.</li><li>• Educar a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetales.</li><li>• Comprobar la frecuencia cardíaca fetal.</li><li>• Educar sobre los efectos dañinos que produce el tabaco, el alcohol y las drogas en el feto.</li></ul>	
--	--	--	--



## **CIERRE**

La Preeclampsia es un trastorno Hipertensivo multifactorial inducido por el embarazo, el cual por la falta de manejo oportuno se caracteriza por la presencia de Hipertensión y Proteinuria afectando el desarrollo normal del embarazo, estudios manifiestan que es la causa principal de muertes maternas dentro de los Trastornos Hipertensivos.

Se determinó que para el manejo en la prevención de la Preeclampsia se debe educar a la persona, familia y comunidad sobre los diferentes factores de riesgos, la importancia de los controles Prenatales, las señales de Peligro, los Estilos de Vida Saludables y la Planificación Familiar, con el propósito de que puedan identificar de manera oportuna las medidas para prevenir complicaciones durante su periodo de Gestación.

El Proceso Atención de Enfermería brinda un conjunto de cuidados normatizados que se enfoca sobre la concientización de la importancia en su Salud y la responsabilidad individual, familiar y comunitaria en la solución de problemas de Salud Reales o Potenciales con la finalidad de Promover la Salud y Prevenir Enfermedades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1 CARPUTO R. Fisiopatología de la Preeclampsia. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre 29. Available from:
  - [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2013/clase2013\\_fisiopatologia\\_preeclampsia.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf).
- 2 VARGAS V. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. [Online].; 2012 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci_arttext).
- 3 INEC. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2013.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf).
- 4 ALTIRRIBA E. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2009 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-epidemiologia-los-estados-hipertensivos-del-13139840>.
- 5 ÁLVAREZ M. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. [Online].; 2011 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032011000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032011000300010&script=sci_arttext).
- 6 MSP. Componente Normativo Materno Neonatal. [Online].; 2008 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>.
- 7 MSP. Ecuador sin Muertes Maternas. [Online].; 2012 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/#spe>.
- 8 LASHERAS L. Para una Maternidad Saludable. [Online].; 2012 [cited 2015 Septiembre 29. Available from:
  - <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPara+una+maternidad+saludable.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&bl>.
- 9 USAID. Programa de prevención, detección y manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. [Online].; 2011 [cited 2015 Septiembre 29. Available from:
  - <https://www.k4health.org/sites/default/files/PEE%20Tech%20brief%20v2%20SPA.pdf>.
- 1 T.HEATHER H, BULECHEK G. Diagnosticos Enfermeros(NANDA) Y Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC). In. Barcelona- España: ElSevier; 2011.
  -

# **ANEXOS**

- 1 CARPUTO R. Fisiopatología de la Preeclampsia. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2013/clase2013\\_fisiopatologia\\_preeclampsia.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf).

Clases de Residentes año 2013 Fisiopatología de la preeclampsia. ¿Es posible prevenirla?



Servicio de Obstetricia y Ginecología

Hospital Universitario

Virgen de las Nieves

Granada

## FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA. ¿ES POSIBLE PREVENIRLA?

*Dr. Raffaele Carputo*

*16 de Mayo de 2013*

### **INTRODUCCIÓN**

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica y multifactorial, caracterizada por la aparición de hipertensión y proteinuria por encima de las 20 semanas de gestación. Se estima que afecta entre un 2-7% de los embarazos, y a pesar de ser una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, su etiología y patogénesis aún no se conocen con exactitud.

La fisiopatología de la preeclampsia probablemente implica tanto factores maternos como factores feto/placentarios. Anormalidades que ocurren muy precozmente en el desarrollo de la vasculatura placentaria dan lugar a hipoperfusión relativa, hipoxia e isquemia, que conducen a su vez a la liberación de factores antiangiogénicos en la circulación materna que alteran la función endotelial materna causando hipertensión y otras manifestaciones

2. VARGAS V. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. [Online].; 2012 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci_arttext).



artículos | búsqueda de artículos  
sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

## [Revista chilena de obstetricia y ginecología](#)

versión On-line ISSN 0717-7526

Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.6 Santiago 2012

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013>

REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(6): 471 - 476

### DOCUMENTOS

## La preeclampsia un problema de salud pública mundial

Víctor Manuel Vargas H.<sup>1</sup>, Gustavo Acosta A.<sup>1</sup>, Mario Adán Moreno E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dirección de Investigación,

<sup>2</sup> Laboratorio de Inmunobiología. Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, México DF.

### RESUMEN

La preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna. La prevalencia oscila entre 1,8-16,7%. La causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud importantes, existiendo muchos retos para la predicción, prevención y tratamiento. Las medidas profilácticas como dos de aspirina y suplementos de calcio, requieren mayor evidencia para uso rutinario. El control pr

### Servicios Personalizados

#### Artículo

- Español (pdf)
- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

#### Indicadores

- Citado por SciELO
- Accesos

#### Links relacionados

#### Compartir

- Otros
- Otros

Permalink

---

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente desde las 20 semanas de gestación. Fue descrita hace más de 2 mil años; la falta de un manejo oportuno, con la eclampsia (1,2), sin embargo, la causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud materna-perinatales importantes. La preeclampsia y eclampsia se manifiestan clínicamente con todo un espectro de síntomas clínicos por la misma condición. En la preeclampsia están presentes principalmente la hipertensión y proteinuria, además de edema, cuando se presentan convulsiones, además de estos síntomas, se diagnostica la eclampsia (1-3).

La preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial (3-5). Sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo (6,7), donde otras causas también frecuentes, ocasionan mortalidad materna (por ejemplo, hemorragia y sepsis). El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad (8,9); el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible (10), que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población. La presente revisión de la literatura proporciona evidencia sobre el diagnóstico, prevención y tratamiento de la preeclampsia.

## **EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA**

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, la cual es precursora de la eclampsia y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de nacidos vivos respectivamente). La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos (1-3). En las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria la prevalencia oscila entre 2% a 16,7% (11).

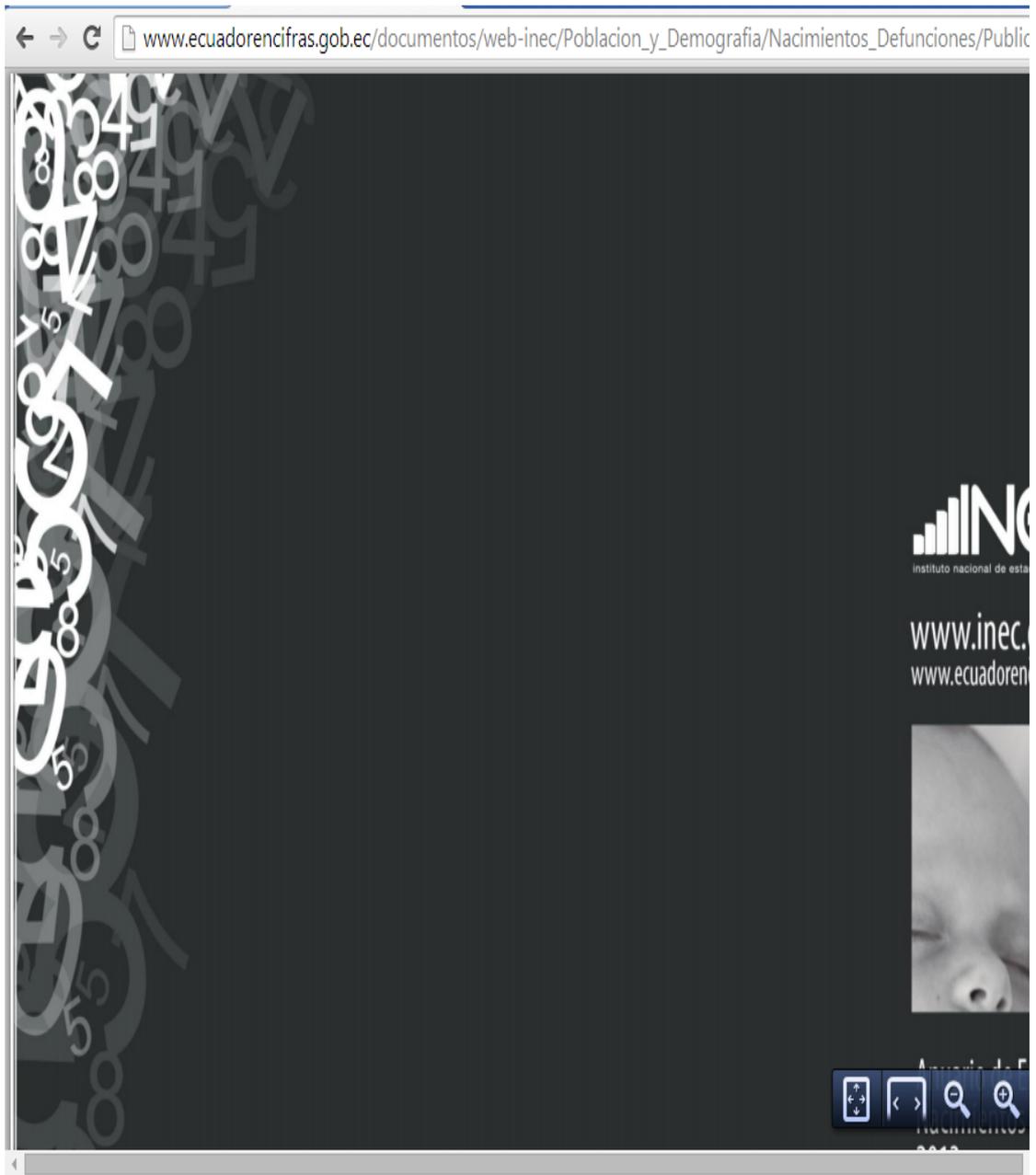
## **ALGUNOS ASPECTOS DE LA PREECLAMPSIA EN SALUD PÚBLICA**

Los retos en la prevención de la preeclampsia, como cualquier proceso de otras enfermedades requieren la disponibilidad de métodos para la predicción de aquellas con mayor riesgo de desarrollar el trastorno. Aunque numerosos ensayos clínicos y bioquímicos se han propuesto para la predicción o la detección temprana de la preeclampsia, la mayoría siguen siendo poco realistas para su uso general en la mayoría de los casos. En la actualidad, no existe una sola prueba de detección fiable y rentable para la preeclampsia, que pueda ser recomendada para su uso rutinario (12). Aunque algunos estudios para la detección temprana de la preeclampsia como los estudios Doppler sobre la arteria uterina en el primer trimestre del embarazo y marcadores séricos maternos se han mostrado prometedores (13,14) pero no existe evidencia suficiente para sugerir su uso rutinario en la práctica clínica (15).

En relación a la prevención, el manejo terapéutico con aspirina ha demostrado ser beneficioso en la disminución de la incidencia de preeclampsia en poblaciones específicas, por ejemplo, los que tienen el flujo Doppler uterino anormal en el segundo trimestre (16-19). pero no se recomienda su uso generalizado en todos los pacientes

---

3 INEC. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2013.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf).



**Gráfico N° 15**  
**Principales causas de muerte materna Ecuador 2013**  
**Lista detallada de la CIE-10**

Causas de muerte materna	Número	%	RMM 1/
<b>*Total de muertes maternas</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>	<b>45,</b>
<b>Causas obstétricas directas (O00-O94)</b>	<b>121</b>	<b>78,06%</b>	<b>35,</b>
O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	25	16,13%	7,
O72 Hemorragia postparto	21	13,55%	6,
O15 Eclampsia	16	10,32%	4,
O85 Sepsis puerperal	8	5,16%	2,
O02 Otros productos anormales de la concepción	6	3,87%	1,
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [Abruptio placentae]	5	3,23%	1,
O00 Embarazo ectópico	4	2,58%	1,
O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	4	2,58%	1,
O06 Aborto no especificado	3	1,94%	0,
O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	2	1,29%	0,
O71 Otro trauma obstétrico	3	1,94%	0,
O73 Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	3	1,94%	0,
O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	3	1,94%	0,
O24 Diabetes mellitus en el embarazo	2	1,29%	0,
O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	2	1,29%	0,
Resto de causas obstétricas directas	14	9,03%	4,
<b>Causas obstétricas indirectas (O98-O99)</b>	<b>28</b>	<b>18,06%</b>	<b>8,</b>
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	3	1,94%	0,
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	25	16,13%	7,
<b>Causas no especificadas (O95)</b>	<b>6</b>	<b>3,87%</b>	<b>1,</b>
O95 Muerte obstétrica de causa no especificada	6	3,87%	1,
<b>Causas de muerte materna después de 42 días del parto (O96 - O97)</b>	<b>3</b>	<b>1,94%</b>	<b>0,</b>
O96 Muerte materna debido a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto	3	1,94%	0,
<b>Total de muertes maternas incluidas tardías</b>	<b>158</b>	<b>100,00%</b>	<b>46,</b>
<b>Estimación de nacidos vivos 1/</b>	<b>339.060</b>		

1/ Razón de muerte materna calculada con la estimación de nacimientos para el año de estudio.

4. ALTIRRIBA E. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2009 [cited 2015 Sentiembre 29. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-epidemiologia-los-estados-hipertensivos-del-13139840>.

ELSEVIER

Ayuda - Mi cuenta - Regístrate - Teléfono 902 888 740

Buscar en



[Ciencias de la Salud](#) [Ciencias Sociales](#) [Ciencia y Tecnología](#) [Arte y Humanidades](#) [Autores, Revisores, Editores](#) [Formación](#) [Acerca de](#)

[Inicio](#) » [Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia](#) » [Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo](#)

## Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia



Vol. 36. Núm. 04. Julio - Agosto 2009

[← Documento Anterior](#) - [Documento Siguiente →](#)

doi: 10.1016/j.gine.2009.01.004

### Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo

Epidemiology of hypertension during pregnancy

S. Cortés Pérez <sup>a</sup>, F. Pérez Milán <sup>b</sup>, J.A. Gobernado Tejedor <sup>a</sup>, P. Mora Cepeda <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

### Palabras Clave

Estados hipertensivos del embarazo. Preeclampsia. Eclampsia. Epidemiología. Frecuencia.

### Keywords

Pregnancy-Induced Hypertension. Pre-eclampsia. Eclampsia. Epidemiology. Incidence.

### [Resumen](#)

### En esta revista

[Número actual](#)

[Avance Online](#)

[Números anteriores](#)

[Índice por secciones](#)

[Los más leídos](#)

### Opciones

[Descargar PDF](#)

[Resumen](#)

[Bibliografía](#)

### Herramientas

[Imprimir](#)

[Enviar a un amigo](#)

[Exportar referencia del artículo](#)

[Exportar a Mendeley](#)

[Descargar imágenes](#)

[Compartir](#)



[Añadir a favoritos](#)

Envío de manuscritos

Comité Editorial

Normas de Publicación

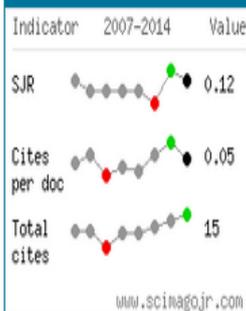
Información de la Revista

Contactar

### Indexada en:

Excerpta Medica/EMBASE,  
IBECS, IME, SCOPUS

### Índice SCImago



Conocer la incidencia actual de los estados hipertensivos del embarazo (EHE) en nuestro medio y establecer los factores epidemiológicos involucrados en los EHE, con el objeto de elaborar un perfil tipo de gestante de riesgo.

## Abstract

Throughout the past century, countless publications and scientific studies were carried out on hypertension during pregnancy. However, the primary cause and physiopathology of this disorder remains to be elucidated.

## Artículo

### Introducción

El análisis epidemiológico comparativo de los estados hipertensivos del embarazo (EHE) presenta diversas dificultades. La creación de grupos de consenso auspiciados por las sociedades médicas ha intentado paliar la falta de uniformidad en la metodología y en los criterios utilizados para su estudio.

La incidencia varía en función de la población estudiada, estando influida tanto por factores étnicos como ambientales o geográficos. Estas variaciones se aprecian incluso entre poblaciones hospitalarias aparentemente homogéneas, como se pone de manifiesto en los resultados de la encuesta hospitalaria publicada por Comino en 1987<sup>1</sup>. Este trabajo es el mayor estudio multicéntrico realizado en nuestro país. Recoge 70.073 partos acontecidos en 23 hospitales españoles y encuentra una frecuencia de EHE del 2,23%; de ellos, el 1,1% correspondía a preeclampsia, el 0,4% a hipertensión crónica, el 0,3% a preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica y el 0,5% a hipertensión transitoria. La frecuencia de la preeclampsia leve fue del 74,9% y la de la preeclampsia grave fue del 25,1%. La eclampsia, el trastorno más grave de los EHE, aconteció en el 0,03% (61,5% en el parto; 11,5% intraparto y el 26,9% posparto). Posteriormente, el mismo autor publicó un estudio poblacional que incluye la mitad de los partos asistidos en Andalucía durante 1991, siendo la frecuencia global de EHE del 2,59%<sup>2</sup>.

Clásicamente se han determinado algunos factores epidemiológicos que pueden influir en la aparición de la preeclampsia y de la eclampsia:

#### Raza

Hasta hace poco era un factor irrelevante en España, ya que la diversidad de razas era mínima; pero en países donde conviven varias razas sí se han encontrado diferencias, aunque no es posible discernir si este factor está condicionado por otros (económicos, culturales, etc.). Algunos autores refieren una menor incidencia de trastornos hipertensivos en la raza blanca<sup>3,4,5,6,7,8,9,10</sup>. Otros autores, como Chesley<sup>11</sup> o Ansari et al<sup>12</sup>, no encuentran diferencias entre personas blancas y personas negras en poblaciones de Estados Unidos.

#### Lugar de residencia

Más

+ P

+ G

+ S

Sus

5. ÁLVAREZ M. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. [Online].; 2011 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032011000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032011000300010&script=sci_arttext).



artículos — búsqueda de artículos —  
sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

## Revista Cubana de Higiene y Epidemiología

versión ISSN 1561-3003

Rev Cubana Hig Epidemiol vol.49 no.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2011

### ARTÍCULO DE REVISIÓN

## Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual

### Extremely severe mother morbidity, a current problem

MSc. Mireya Álvarez Toste<sup>I</sup>; MSc. María del Carmen Hinojosa Álvarez<sup>I</sup>; MSc. Sergio Salvador Álvarez<sup>II</sup>; Dr. Reinaldo López Barroso<sup>III</sup>; MSc. Guillermo González Rodríguez<sup>IV</sup>; MSc. Isabel Carbonell<sup>V</sup>; MSc. Raúl Pérez González<sup>VI</sup>

<sup>I</sup> Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Instituto Provincial de Higiene y Epidemiología. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>IV</sup> Hospital Materno de "10 de Octubre". La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santiago de Cuba, Cuba.

#### 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



---

estadística las variables admisión para la UCI por infección y hemorragia severa, preeclampsia severa con hemorragia severa e histerectomía de emergencia con hemorragia severa.

En una clínica en Cali, Colombia, se realizó un estudio para caracterizar las pacientes con morbilidad materna extrema (32 casos), cuyas patologías fueron: preeclampsia severa (24), hemorragia severa (11), síndrome Hellp (10), requerimiento de histerectomía (6), eclampsia (1), ruptura uterina (1), sepsis (1), edema pulmonar (1) y ruptura hepática (1). El 96,8 % de las pacientes no tenía antecedentes de riesgo.<sup>20</sup>

En México se recolectó información de 832 muertes maternas (29 por 100 000 nacidos vivos) y se obtuvo como resultado que las principales causas de morbilidad y letalidad fueron por diagnóstico de preeclampsia leve y severa, eclampsia, placenta previa, hemorragia posparto, corioamnionitis y sepsis puerperal.<sup>21</sup>

En Cuba se reportan muy pocos estudios que aborden este tema. Se recoge la experiencia de 12 años de trabajo (1987- 1999) en la atención de adolescentes críticamente enfermas en UCI, realizada por el Instituto Superior de Medicina Militar "Luis Díaz Soto", de La Habana (Cuba). El 23,07 % (52) de las pacientes ingresadas en cuidados intensivos eran adolescentes. Su diagnóstico al ingreso, por orden de frecuencia, fue: sepsis puerperal postcesárea (33,3 %), hemorragia (33,3 %), sepsis puerperal (16,6 %), sepsis posaborto (8,3 %) y eclampsia convulsiva (8,3 %).<sup>22</sup>

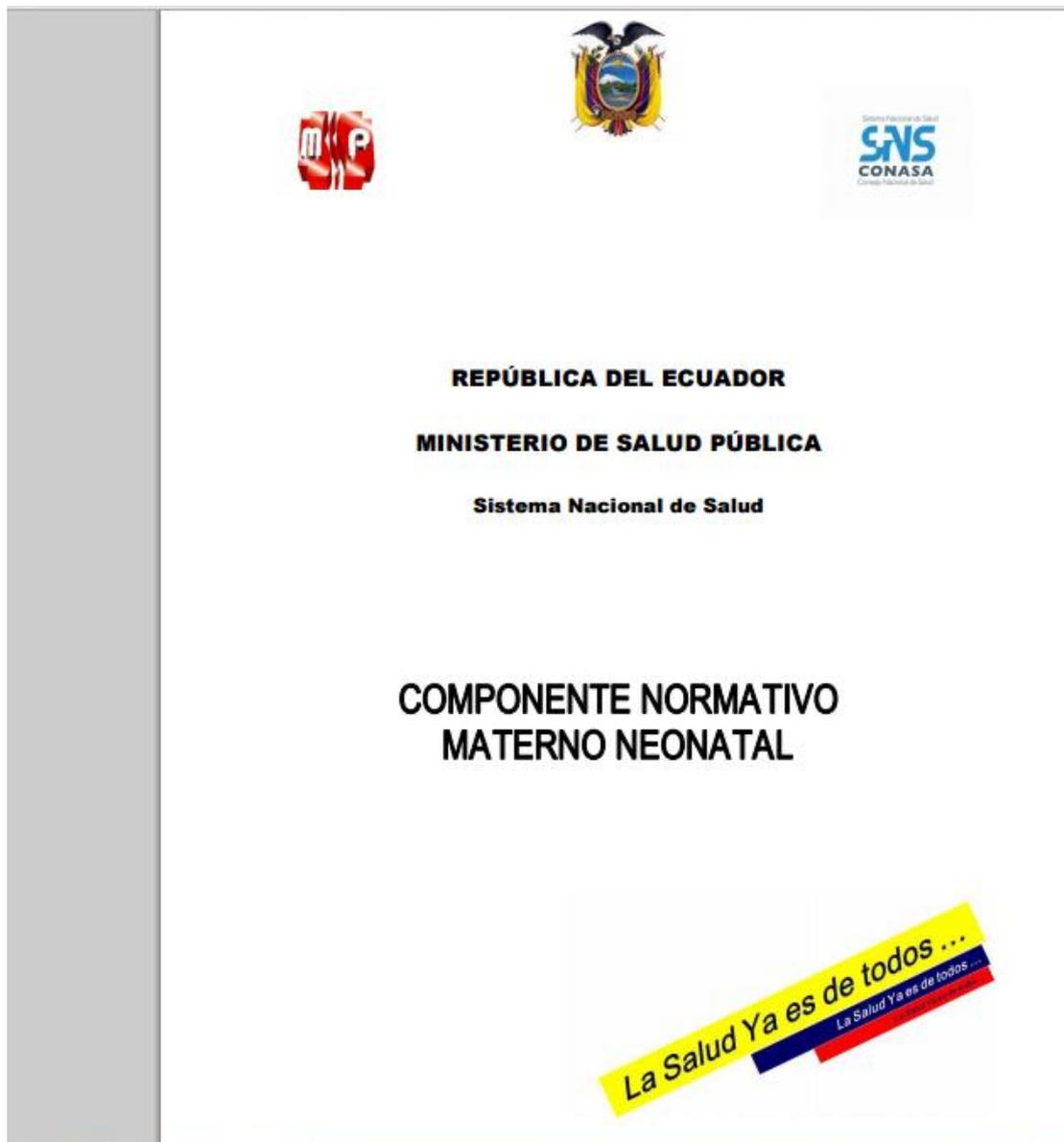
En Santiago de Cuba fue realizado un estudio para analizar el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en las maternas críticas durante el período de 2004 al 2008. Basado en los criterios de inclusión que definen los tres grupos<sup>8</sup> se diagnosticaron 206 casos de maternas críticas a partir del ingreso en la unidad de cuidados intensivos, procedentes de los servicios de obstetricia, Cuerpo de Guardia y aborto, cuidados perinatales y la Unidad Obstétrica. Las principales causas de ingresos fueron: enfermedad hipertensiva (21,8 %), cardiopatía (19,0 %) y hemorragias masivas (17,5 %).<sup>23</sup>

Otro trabajo de Cuba identificado durante el proceso de revisión de la literatura sobre el tema fue el realizado en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales", de Santa Clara, en el período de enero de 2007 a diciembre de 2008, en el cual se estudiaron los principales factores relacionados con la morbilidad obstétrica grave. Presentaron morbilidad obstétrica grave 93 pacientes. Las principales causas estuvieron relacionadas con la hemorragia con 39,8 % y la preeclampsia con 37,6 %; la sepsis solo apareció relacionada en 4,3 %.<sup>24</sup>

Un estudio más reciente se realizó en tres hospitales de Santiago de Cuba durante el primer semestre del año 2009, en el que fueron reportadas 17 pacientes como maternas extremadamente grave. Las principales causas fueron la atonía uterina (23,5 %), eclampsia puerperal, embarazo ectópico y la placenta previa oclusiva (11,8 % respectivamente).<sup>25</sup>

Aunque el embarazo y el parto son procesos considerados fisiológicos, en ocasiones se presentan complicaciones que pueden, incluso, comprometer la sobrevivencia, tanto de la madre como del hijo.<sup>26</sup> La interpretación de estos procesos sigue siendo un objetivo importante para todo médico que brinda atención a una grávida, pues sin los conocimientos que emanan de dicha interpretación es difícil o imposible comprender los procesos fisiológicos que pueden ocurrir a la mujer durante el embarazo, parto y el puerperio. Por sus

6. MSP. Componente Normativo Materno Neonatal. [Online].; 2008 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>.



O15 2	Eclampsia en el puerperio
O15 9	Eclampsia, en período no especificado
<b>CODIGO</b>	<b>CODIFICACION CIAP 2</b>
W 81	Toxemia del embarazo
W 84	Embarazo de alto riesgo
W 99	Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto

### DEFINICIONES

<b>HIPERTENSION GESTACIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TA sistólica <math>\geq 140</math> mm Hg o TA diastólica <math>\geq 90</math> mm Hg en embarazo <math>&gt;20</math> semanas en mujer previamente normotensa.</li> <li>▪ Proteinuria en 24 h <math>&lt;</math> a 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA.</li> </ul>
<b>PREECLAMPSIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TA sistólica <math>\geq 140</math> mm Hg o TA diastólica <math>\geq 90</math> mm Hg en embarazo <math>\geq 20</math> semanas en mujer previamente normotensa.</li> <li>▪ Con proteinuria 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva con <math>\geq 2++</math> TA diastólica <math>&gt;90</math> mm Hg en embarazo <math>&gt;20</math> semanas.</li> <li>▪ Proteinuria en 24 h <math>\geq</math> a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.</li> </ul>
<b>PREECLAMPSIA LEVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TA sistólica <math>\geq 140</math> y <math>&lt;</math> 160 mm Hg.</li> <li>▪ TA diastólica <math>\geq 90</math> y <math>&lt;</math> 110 mm Hg en embarazo <math>&gt;20</math> semanas.</li> <li>▪ Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++.</li> <li>▪ Proteinuria en 24 horas POSITIVA.</li> <li>▪ Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa).</li> </ul>
<b>PREECLAMPSIA SEVERA (INCLUYE AL SINDROME DE HELLP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TA sistólica <math>\geq 160</math> mm Hg.</li> <li>• TA diastólica: <math>\geq 110</math> mm Hg en embarazo <math>&gt;20</math> semanas.</li> <li>• Proteinuria <math>&gt;3g</math> en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva ++ / +++.</li> <li>• Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.</li> <li>• Hemólisis.</li> <li>• Plaquetas <math>&lt;100000</math> mm<sup>3</sup>.</li> <li>• Disfunción hepática con aumento de transaminasas.</li> <li>• Oliguria menor 500 ml en 24 horas.</li> <li>• Edema agudo de pulmón.</li> </ul> </li> </ul>

7. MSP. Ecuador sin Muertes Maternas. [Online].; 2012 [cited 2015 Septiembre 29]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/#spe>.



The screenshot shows a web browser window with the URL [www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/#spe](http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/#spe). On the left is a blue navigation menu with the following items: Ejes Estratégicos, Estructura (Viceministerios, Subsecretarías, Coordinaciones y Direcciones, Comisión Nacional de Bioética CNBS, Precios Medicamentos, Organigrama del Ministerio), Autoridades (Ministra de Salud Pública, Hoja de Vida), Directorio, Concurso de Méritos y Oposición, Información estadística de producción de salud, Registro Títulos Online, and Hospitales. The main content area features a large orange banner with a white silhouette of a fetus in a circle and the text 'Ecuador sin muertes maternas'. Below the banner is the section title 'SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO'. A list of danger signs is provided, including: 'La importancia de cuidar las vidas de la madre y del bebé', '¿Cuáles son las señales de peligro?', 'No debe haber sangrados', 'La salida del líquido amniótico', 'Dolores intensos en el abdomen', 'Dolor de cabeza, zumbidos, lucecitas', 'Convulsiones', 'Los movimientos del bebé', 'Infecciones en vías urinarias', 'La fiebre', and 'Cuidados el parto'. A sidebar on the left contains a logo for the 'Ministerio de Salud Pública' and a graphic titled 'Producción estadística 2006-2013' with the slogan 'Mejorando tu salud'. The text 'La importancia de cuidar las vidas de la madre y del bebé' is repeated below the list of signs.

### **Dolores intensos en el abdomen**

Si presentas un intenso dolor en el abdomen o vientre que hace que tu abdomen se ponga duro, que se incremente en tiempo, intensidad y frecuencia, es decir que se hace más fuerte y más seguido, o se presenta de forma súbita y constante, debes acudir de forma emergente a un servicio de salud cercano. Mucho más si aún no estás en los controles en que se espera tu parto. ¡No pierdas tiempo!

[Menú principal](#)

### **Dolor de cabeza, zumbidos, lucecitas**

Si presentas síntomas como intenso dolor de cabeza, zumbido o ruidos en los oídos, mareos, ver lucecitas o visión borrosa repentina, dolor repentino en la boca del estómago, con o sin hinchazón de los pies, manos o cara, esto significa que tu presión arterial está subiendo y que tú y tu bebé pueden estar en peligro. Estas molestias pueden presentarse durante el embarazo, parto o después del parto. Más si tuviste antecedentes de preeclampsia o eclampsia en tus embarazos anteriores. Ante cualquiera de estos síntomas, acude inmediatamente a la unidad de salud más cercana; allí te mediremos y controlaremos tu presión arterial para cuidar tu salud y la de tu bebé.

Recuerda en los controles prenatales es importante que siempre te midan y que tu conozcas los valores de tu presión arterial. ¡Exígelo: es tú derecho y saberlo es tu responsabilidad!

[Menú principal](#)

### **Convulsiones**

TODA convulsión en el embarazo es una emergencia. Deben llevarte al servicio de emergencia más cercano si tienes o produce una convulsión. Las convulsiones pueden presentarse como una complicación de la presión alta en el embarazo y es muy peligroso para ti y tu bebé. Si tuviste antecedentes de convulsiones en el embarazo anterior, olvides comentarlo a tu doctor y exigir que controlen tu presión arterial. Con estos antecedentes es importante planificar tu siguiente embarazo.

[Menú principal](#)

### **Los movimientos del bebé**

Los movimientos del bebé se sienten a partir del quinto mes de embarazo si es el primer bebé y a partir del cuarto mes en aquellas mujeres que ya han tenido un embarazo previamente. Los movimientos del bebé se vuelven más

---

## ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES QUE PUEDEN COMPLICAR UN EMBARAZO

Adolescencia y embarazos a edad tardía  
Anemia  
Obesidad y desnutrición  
Enfermedades del corazón e hipertensión arterial  
Enfermedades venosas  
Enfermedades renales o hepáticas (riñones o hígado)  
Enfermedades maternas transmisibles  
Cáncer  
Violencia de género  
Discapacidades y problemas de salud mental  
Número de partos previos  
Uso de medicamentos en enfermedades crónicas

El ideal es que una mujer y/o pareja planifique su embarazo con tiempo para asegurar condiciones de :  
óptimas para ella y su bebé. Sin embargo, muchas mujeres desconocen sus condiciones de salud previ  
embarazo, o pese a conocer que tienen enfermedades preexistentes quedan embarazadas exponiéndose  
posibilidad de cursar un embarazo de riesgo que podría complicar su vida y la de su bebé.

Es por eso que el Ministerio de Salud Pública, preocupado por la salud materna y neonatal, pone  
consideración un listado de enfermedades o condiciones de salud que podrían potencialmente complicarse cu  
embarazo, con el fin de que en caso de que planifiques de antemano tu embarazo, o en caso de que  
embarazada y sepas que padeces alguna de estas patologías o condiciones acudas precozmente a r  
atención capacitada, sin demoras.

**Adolescencia y embarazos a edad tardía:** Aunque la adolescencia no es una enfermedad, sino una etapa ni  
de la vida, la hemos incluido en esta lista porque los embarazos en las mujeres adolescentes implican ma  
riesgos. Los riesgos derivan de 2 situaciones: una de tipo biológica determinada por la inmadurez d  
estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general y la otra condicionada por factores psicosociales.  
mujer adolescente embarazada está expuesta a enfermedades como preeclampsia y eclampsia, disminu  
crecimiento de su bebé, violencia física, psicológica y afectiva, además de las consecuencias socia  
económicas posteriores. Un embarazo a edades tardías, es decir sobre los 35 años, expone a la mujer a ma  
riesgos durante el embarazo y parto. Planifica tus embarazos; es parte de tus derechos y tus responsabilidades

---

embarazo. Si conoces que tienes diabetes consulta con tu médico antes o inmediatamente sepas que estás embarazada. Recuerda: la buena alimentación no se refiere a la cantidad de la comida sino a la calidad de esta. Infórmate en tu centro de salud.

[Menú principal](#)

**Enfermedades del corazón e hipertensión arterial:** Existen algunos cambios en las condiciones que tu corazón debe afrontar frente a un embarazo aun siendo normal. En las mujeres cuyo corazón funciona perfectamente, no suelen haber complicaciones; pero si sabes que tienes alguna enfermedad cardiovascular –como hipertensión arterial, miocardiopatía, estenosis mitral severa, estenosis aórtica severa, insuficiencia mitral o aórtica severa, defectos de septo auricular, síndrome de Eisenmenger, síndrome de Marfan, infarto anterior, cardiopatías congénitas (coartación de aorta), prótesis mecánicas, arritmias (supraventriculares, ventriculares, bloqueos), etc– un embarazo puede complicar tu enfermedad cardíaca previa. Los síntomas asociados a estas enfermedades suelen ser poca tolerancia al esfuerzo físico, importante hinchazón de piernas, palpitaciones, mareos, desmayos súbitos o tos persistente. Consulta con tu cardiólogo o médico internista previo a embarazarte o planifica tu embarazo con anticipación para evitar riesgos. Si estás embarazada y tienes una enfermedad del corazón y/o hipertensión arterial informa de estos factores de riesgo durante el control prenatal para que seas derivada al especialista y se controle en conjunto tu embarazo. Conoce siempre cuáles son tus cifras de presión arterial.

[Menú principal](#)

**Enfermedades venosas:** Con el embarazo muchas enfermedades de las venas como várices, trombosis venosa o hemorroides pueden agravarse. Comenta a tu médico si padeces de estas enfermedades apenas sepas de tu embarazo, para evitar complicaciones.

[Menú principal](#)

**Enfermedades renales o hepáticas (riñones o hígado):** Algunas mujeres tienen diagnóstico de enfermedades de los riñones o renales, o también hepáticas o del hígado, que están siendo controladas por médicos especialistas. Algunas de estas enfermedades renales (insuficiencia renal, nefropatías, pielonefritis, etc) o hepáticas (hepatitis crónica, cirrosis, colestasis intrahepática, etc) se deben a complicaciones secundarias de enfermedades autoinmunes u otras. Si supieras que padeces alguna de estas condiciones, consulta a tu especialista la conveniencia o no de embarazarte, y planifica y realízate los controles prenatales tempranamente. Si estas embarazada y tienes una enfermedad renal o hepática crónica informa de estos factores de riesgo durante el control prenatal para que seas derivada al especialista y se controle en conjunto tu embarazo.

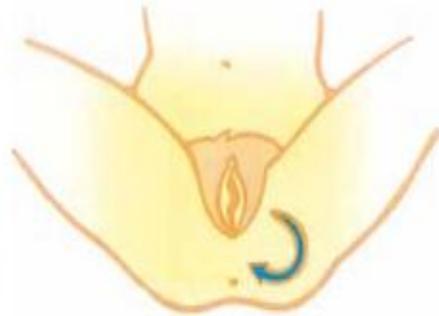
8 LASHERAS L. Para una Maternidad Saludable. [Online].; 2012 [cited 2015 Septiembre 29. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPara+una+maternidad+saludable.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortaISalud&bl>.



#### 4.1. MEDIDAS HIGIÉNICAS

Una correcta higiene puede prevenir alteraciones que afecten a la buena marcha del embarazo.

- Puede aumentar la secreción del flujo vaginal. Esto es algo normal, pero si va acompañado de picores o mal olor, es necesario acudir al Centro de Salud. Nunca se deben hacer por iniciativa propia lavados vaginales, ni utilizar tratamientos que hayan sido eficaces en otras ocasiones o para otras personas, sin prescripción médica.
- Las mamas aumentan de tamaño y esto puede producir molestias. En algunas mujeres, la glándula mamaria empieza a segregar pequeñas cantidades de calostro (primera leche) lo que es completamente normal. No son adecuados los masajes para extraerlo pues pueden provocar contracciones del útero antes de tiempo.
- Para preparar los músculos de la zona del periné de cara al parto, es un buen hábito dar un masaje diario en esta zona con un aceite. Con las piernas separadas y en cuclillas, se ejerce una presión suave y uniforme en sentido circular, sin mover los dedos. A continuación, se recomienda un baño de asiento con agua tibia, con ello, se aumenta la elasticidad del periné favoreciendo su adaptación al parto y su recuperación posterior.



- La piel de algunas zonas del cuerpo, como la de las mamas y abdomen, se va a estirar y pueden aparecer estrías. Cuidar la piel para que esté hidratada y elástica ayudará a prevenirlas. Para ello, es conveniente masajear sobre todo estas con un aceite o una buena crema hidratante que no contengan retinol.
- Las caries pueden aumentar durante la gestación por el cambio de acidez de la saliva “no por falta de calcio”, por ello es recomendable extremar la limpieza de la boca con un cepillado tras las comidas, sobre todo si se consume azúcar

puedan surgir.

## 4.2 ALIMENTACIÓN

### 4.2.1 Las necesidades nutricionales de las mujeres embarazadas

Las necesidades nutricionales de la mujer embarazada aumentan a medida que transcurre el embarazo ya que, a la vez que el cuerpo continúa realizando sus funciones habituales, se producen cambios en el organismo que requieren mayor aporte de energía. Además se tiene que asegurar la formación, desarrollo y crecimiento del feto. (Incrementar el consumo de 200 a 300 kilocalorías al día, en el segundo y tercer trimestre del embarazo).

Aparte de estas mayores exigencias, si la alimentación es variada y equilibrada<sup>3</sup>, no será necesario hacer grandes cambios. El peso a ganar en esta etapa varía para cada mujer y dependerá del que se tiene al inicio del embarazo: será el personal sanitario que haga el seguimiento quien estime la ganancia de peso adecuada y quien facilite las indicaciones concretas para mantener una dieta equilibrada en cada caso.

<sup>3</sup> Una dieta equilibrada es la que aporta la energía adecuada para mantener o lograr el peso apropiado para cada mujer y contiene todas las vitaminas y minerales en las cantidades dietéticas adecuadas a cada situación. Entre el 15 y el 10% de las calorías de la dieta deben proceder de las proteínas; del 20 al 30% de las grasas y del 55 al 60% de los hidratos de carbono. El personal sanitario hará las recomendaciones oportunas en cada caso.

## 12 PARA UNA MATERNIDAD SALUDABLE • ALIMENTACIÓN



En general, las necesidades de energía proceden de:

- **PROTEÍNAS:** Su incremento se hace necesario sobre todo a partir del segundo trimestre. No obstante la dieta actual en los países occidentales es rica en proteínas, por lo que en la práctica puede no ser necesario dicho incremento. Las proteínas deben ser de alto valor biológico como las de los pescados, las carnes magras y los huevos.
- **GRASAS O LÍPIDOS:** En general no conviene tomar muchas grasas en la dieta. Sin embargo, las grasas son necesarias y en especial un tipo de grasas que solo pueden obtenerse con la dieta, son los ácidos grasos esenciales que están en el aceite de oliva y pescados azules. Son muy importantes para el desarrollo del útero, de la placenta y del feto.
- **HIDRATOS DE CARBONO:** Son la principal fuente de energía de la madre y del feto. Algo más de la mitad de las calorías de la dieta tienen que proceder de los hidratos de carbono. Se recomienda consumirlos en forma de hidratos de carbono complejos (pastas, verduras, legumbres), que además son fuente de fibra.

El organismo necesita energía para poder vivir. Esta energía

**El organismo necesita energía para poder vivir. Esta energía se debe obtener preferentemente de los hidratos de carbono y no tanto de las grasas y las proteínas**

**El organismo también requiere otros elementos para su buen funcionamiento y para el crecimiento y desarrollo del feto, entre los que se encuentran:**

- **YODO:** Su deficiencia puede provocar importantes alteraciones neurológicas en el feto. Como ya se ha comentado, durante el embarazo se recomienda un suplemento diario.
- **CALCIO:** Es esencial para la formación del esqueleto del nuevo ser. Especial cuidado habrán de tener las mujeres muy jóvenes que no han alcanzado la madurez de su masa ósea. Se debe garantizar un aporte suficiente para evitar una desmineralización ósea, mediante el consumo de cantidad suficiente de leche y sus derivados.

- **HIERRO:** Se puede mejorar la cantidad de hierro que aporta la dieta, tomando carnes rojas, pescados azules y huevos. La vitamina C presente en las frutas y en los zumos naturales mejora la absorción de este mineral, mientras que las infusiones (te o café) la reducen.



- **VITAMINAS:** En el embarazo se requiere una mayor cantidad de vitaminas. Una dieta equilibrada puede cubrir estas necesidades de manera adecuada pero hay que tener especial cuidado con:

- **El ácido fólico:** Como ya se ha dicho, para prevenir malformaciones nerviosas en el feto se requiere un aporte extra de este compuesto.
- **Vitamina D:** Es esencial para la adecuada absorción del calcio. Se produce por la acción de los rayos de sol sobre la piel. La mejor garantía de que no falte, es tomar el sol de forma moderada y mantener la dieta variada y equilibrada.

En general, una dieta equilibrada que incluya gran variedad de alimentos, como contempla la dieta mediterránea, cubre las necesidades de todos estos nutrientes. Con la excepción, ya comentada, de la suplementación con ácido fólico desde el periodo anterior al embarazo hasta el final del primer trimestre y con yodo desde antes del embarazo hasta el final de la lactancia.

**Durante el embarazo, en mujeres sanas, no están indicados los suplementos de preparados polivitamínicos, salvo que los análisis indiquen alguna carencia.**

• Fuentes: *www.ginecologia.com*, *www.fuentes.com*

### 4.3 EL DESCANSO

El embarazo no es motivo para abandonar las actividades habituales, salvo que éstas produzcan una fatiga excesiva o puedan resultar dañinas para el feto o para la mujer; lo ideal es buscar un equilibrio entre la actividad y el descanso.



Es importante asesorarse en el Centro de Salud para conocer si es necesario introducir algún cuidado específico en relación con el puesto de trabajo que se desempeña, en cuyo caso habrá de comunicarse a la empresa (para ampliar información, consultar el apartado embarazo y trabajo).

Durante este periodo se incrementan las necesidades de sueño por lo que se deberán aumentar ligeramente las horas destinadas a dormir, esto permitirá recuperar la energía necesaria para mantener el ritmo diario habitual.

### 4.4 LA ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es saludable para las mujeres embarazadas, porque produce bienestar físico y psicológico, alivia tensiones y renueva energías.

La mujer embarazada debería realizar actividad física en su vida diaria, ejercicios como caminar o nadar ayudan a fortalecer los músculos de las piernas y el abdomen, mejoran la circulación sanguínea y la función respiratoria, combaten el estreñimiento y evitan el aumento excesivo de peso.

Si se practica alguna actividad deportiva de forma habitual, es conveniente consultar a los profesionales sanitarios por si fuera preciso introducir cambios o pudieran existir contraindicaciones para el adecuado desarrollo del embarazo. También se deben evitar los movimientos bruscos, los saltos, flexionar y extender en exceso las articulaciones, así como, los impactos corporales. En general, no son recomendables los deportes de contacto (boxeo, artes marciales, rugby,...), de competición o que produzcan fatiga o riesgo de caída.

Seguir una rutina diaria de ejercicios de estiramientos es recomendable para mantener el cuerpo flexible y ágil, previniendo la rigidez y el malestar muscular.

Así mismo es recomendable practicar algún ejercicio de relajación que ayude a eliminar tensiones.



#### 4.6 LOS MEDICAMENTOS

Determinadas medicinas pueden ser sumamente peligrosas, durante la gestación se tomarán sólo aquellas que sean recetadas por el personal médico.



#### 4.7 EL TABACO, EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

Está demostrado que el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas como la cocaína, el éxtasis, etc., son perjudiciales para el desarrollo del feto.

Abandonar el hábito de fumar y evitar la exposición pasiva al humo del tabaco, ya que tiene efectos negativos en la madre y en el recién nacido. Son más frecuentes los partos prematuros y abortos espontáneos, produce alteraciones que afectan a la placenta, reduce el peso del bebé y produce complicaciones respiratorias del niño en los primeros meses.

Se ha comprobado que la exposición de la embarazada a los efectos del humo del tabaco, al menos durante dos horas al día, supone un riesgo similar al que tienen las fumadoras directas y sus bebés. Si alguien del entorno fuma, habrá que llegar a acuerdos para que no lo haga en presencia de la mujer embarazada.

Evitar el consumo de bebidas alcohólicas porque el alcohol atraviesa fácilmente la placenta, pudiendo alcanzar en el feto concentraciones más altas que en la madre, lo que puede ocasionar el síndrome alcohólico fetal (crecimiento intrauterino retardado, alteraciones del desarrollo psicomotor, síndrome de abstinencia, retraso mental y múltiples defectos). También aumenta el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer y muerte fetal.

**Las drogas en general afectan al embarazo negativamente**, ya que atraviesan la placenta y llegan al feto dando lugar a graves problemas de salud, por lo que en caso de consumir alguna droga es preciso buscar ayuda profesional.

#### 4.8 LOS VIAJES

El embarazo no constituye en principio un impedimento para viajar, pero siempre que se viaje, independientemente del medio de transporte que se utilice, cada dos horas aproximadamente se debe caminar un poco, con el fin de facilitar la



9 USAID. Programa de prevención, detección y manejo de la preeclampsia/eclampsia. [Online].; 2011 [cited 2015 Septiembre 29]. Available from:

<https://www.k4health.org/sites/default/files/PEE%20Tech%20brief%20v2%20SPA.pdf>

← → ↻ <https://www.k4health.org/sites/default/files/PEE%20Tech%20brief%20v2%20SPA.pdf>



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**iCHIP** Maternal and Child Health Integrated Program

**RESUMEN TÉCNICO**

## Programa de prevención, detección y manejo de la preeclampsia/eclampsia

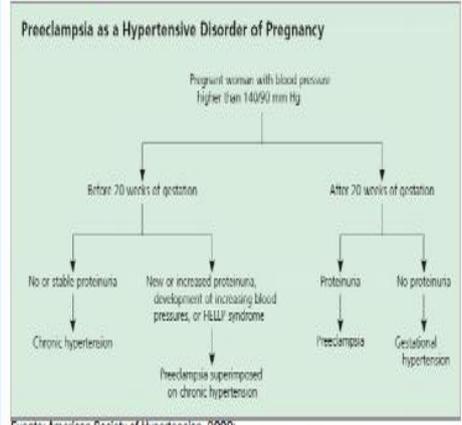
---

### ¿QUÉ ES LA PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA (PE/E)?

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un grupo singular de trastornos que causan condiciones graves de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el bebé. Mientras que la causa subyacente de la PE/E hipotéticamente sería la implantación deficiente de la placenta, los síntomas clínicos típicamente se presentan después de 20 semanas de gestación en la forma de presión arterial alta (PA) y la presencia de proteína en la orina, pudiendo avanzar de un trastorno hipertensivo moderado a una condición grave y fatal (Ver Tabla 1); es difícil poder predecir la progresión. Toda mujer embarazada debería pasar por un proceso de monitoreo para detectar el posible desarrollo de pre-eclampsia. Algunas mujeres con las siguientes características podrían beneficiarse del monitoreo adicional:

- Historial personal o familiar de PE/E
- Condiciones médicas pre-existentes específicas, tales como obesidad, hipertensión crónica o diabetes
- Edad: embarazo en adolescentes y mujeres mayores de 35 años
- Primigrávida
- Problemas relacionados por embarazo anterior, incluyendo retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), desprendimiento de la placenta, o muerte fetal
- Primer embarazo con un nuevo compañero

**Figura 1. Diagnóstico de la PE**



Fuente: American Society of Hypertension, 2009;  
<http://www.ahfp.org/ahfp/2004/1215/p2317.html#ahfp20041215p2317-05>

La presencia de proteinuria con hipertensión da el diagnóstico de la PE. La mayoría de estudios no demuestra el grado de proteinuria que se correlaciona con la severidad de la enfermedad. Por ello, la presencia de proteinuria –antes que la severidad o cambio en la cantidad de proteinuria– debería ser el criterio principal a utilizar para el manejo correspondiente.<sup>19</sup>

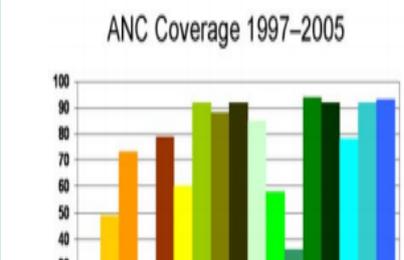
### ATENCIÓN PRENATAL

Debido a que la detección de la PE ocurre principalmente durante la atención prenatal, la cantidad y calidad de las visitas de atención prenatal es importante para que la prevención secundaria llegue a todas las mujeres embarazadas. La mayoría de mujeres acude a los servicios de atención prenatal en el primer trimestre, antes de que la PE típicamente comience a desarrollarse.<sup>20</sup> Las visitas posteriores crean oportunidades para una serie de intervenciones de probada eficacia que afectan la salud de la madre y el bebé, incluyendo oportunidades para la detección y manejo de la PE.

Sin embargo, aunque aproximadamente dos tercios de las mujeres de países con niveles de ingresos bajo y medio tiene por lo menos una visita prenatal, menos de la mitad de las mujeres (47%) de todo el mundo recibe las cuatro visitas prenatales recomendadas (Ver la Figura 3).<sup>21</sup> En algunos países, ni siquiera un tercio de mujeres recibe atención prenatal; en Etiopía, por ejemplo, apenas 12% de mujeres recibe algún tipo de atención prenatal.<sup>22</sup> Por otra parte, las mujeres de zonas rurales tienen 50% menos probabilidades de reportar el uso de cuatro o más visitas de atención prenatal en comparación a las mujeres de zonas urbanas –las mismas que además tienen menos probabilidades de tener acceso oportuno a atención obstétrica de emergencia para salvar sus vidas en caso de desarrollarse condiciones de eclampsia.

El número de visitas solamente no es lo que va a salvar vidas, desde luego, a menos que durante dichas visitas las mujeres reciban intervenciones efectivas de alta calidad. Durante la atención prenatal, generalmente la evaluación de la PA de las mujeres ocurre con mayor frecuencia que la prueba de orina (Ver Figura 4). La evidencia existente sugiere que la frecuencia de la evaluación quizás no conduzca a mejoras en la atención. Por ejemplo, en un centro de atención de bajos recursos con alta incidencia de eclampsia en Tanzania,<sup>23</sup> la práctica de la atención prenatal únicamente no demostró ser efectiva en la prevención de la enfermedad. En dicho centro médico, el enfoque en la evaluación durante la atención prenatal para la detección de niveles elevados de PA tuvo una cobertura de 95%, y 33% en el caso de la proteinuria. Sin embargo, menos del 50% de las pacientes que desarrollaron eclampsia en dicho centro habían sido referidas desde consultorios de atención prenatal, y menos del 10% fueron admitidas en la unidad prenatal antes de manifestarse los ataques eclámpicos. Esto sugiere que un enfoque de evaluación y detección precoz centrado solamente en las mujeres que acuden a un centro de atención prenatal sería inadecuado.

Figura 3. La atención prenatal como una oportunidad para la detección de la PE



zinc	No hay reducción de la PE	para hacer recomendación
Administración de aceite de pescado y otras fuentes de ácidos grasos	Sin efectos en segmentos de bajo o alto riesgo	Insuficiente evidencia para hacer recomendación
Heparina o heparina de bajo peso molecular	Reduce PE en mujeres con males renales y trombofilia	Insuficiente evidencia para hacer recomendación
Antioxidantes (Vit C, E)	Redujo PE en un estudio, pero no en todos	Insuficiente evidencia para hacer recomendación
Restricción de proteínas o sal	Sin efecto	No

Fuente: MCHIP. Prevención y manejo de la pre-eclampsia y eclampsia. Manual de referencia para proveedores. 2011.

La planificación familiar es una estrategia efectiva de prevención primaria para prevenir, retrasar y espaciar los embarazos, eliminando con eficacia el riesgo de PE, mientras que el tratamiento de la obesidad es una intervención pre-conceptiva eficaz. Sin embargo, la administración de suplementos de calcio y bajas dosis de aspirina es la estrategia que tiene el mayor potencial como punto de enfoque estratégico para la salud pública para la reducción de la PE en mujeres embarazadas.

### Suplementos de calcio

La administración de suplementos de calcio se presenta como una intervención en gran escala de la salud pública con fuerte potencial para la prevención de la PE entre las poblaciones de alto riesgo o con deficiencias de calcio. En los países en vías de desarrollo, las mujeres embarazadas no consumen suficiente calcio. A partir de una revisión sistemática realizada por la OMS (1991–2004) sobre los niveles de ingesta dietética de calcio entre mujeres embarazadas, se demostró que en África y Asia éstos variaban entre 200 y 500 mg/día. Se estima que un nivel suficiente de ingesta de calcio al día debe ser 1000–1300 mg para las mujeres no lactantes en edad reproductiva.<sup>3</sup>

Sobre la base de los hallazgos de un estudio aleatorio controlado realizado por la OMS, las mujeres embarazadas con un bajo nivel de ingesta dietética de calcio que tomaron suplementos de calcio a diario mostraron tasas significativamente inferiores de hipertensión gestacional grave y eclampsia.<sup>4</sup> Más recientemente, una revisión Cochrane de 2010 se enfocó en los efectos de la administración de suplementos de calcio durante el embarazo en los trastornos hipertensivos del embarazo y problemas asociados de salud materna e infantil. Se utilizaron 13 estudios de buena calidad (n=15,730 mujeres). Los criterios de selección en la mayoría de dichos estudios identificaron mujeres embarazadas con bajo riesgo de PE y una dieta baja en calcio. Los hallazgos más importantes indicaron que la administración de calcio parece reducir aproximadamente a la mitad el riesgo de PE y a reducir el riesgo de un parto pretérmino. Específicamente, los suplementos de calcio redujeron el riesgo promedio de PA alta y PE, registrándose el mayor efecto en mujeres con alto riesgo y mujeres con baja ingesta de calcio en la línea de base. Sin embargo, la administración de calcio no reduce el riesgo de preeclampsia grave/eclampsia o partos de mortinatos.<sup>5</sup> (Véase en la bibliografía anotada mayores detalles sobre estos estudios).

Debido a que no hay efectos adversos, la administración de calcio por lo general se considera relativamente segura y se debe tomar en cuenta en entornos donde el consumo de calcio es deficiente. Como una estrategia para la supervivencia materna e infantil, la administración de calcio en las madres ha demostrado tener suficientes efectos en los resultados de la salud materna y neonatal como para considerarla una intervención de la salud pública en entornos con bajos recursos, en los casos en que sea apropiado.<sup>6</sup> Asumiendo que la administración de calcio tiene un efecto similar en las muertes causadas por trastornos hipertensivos, la administración universal de calcio podría prevenir hasta 21.500 muertes maternas al año y reducir el valor de años de vida ajustados en función de la discapacidad en 620.000 años.<sup>7</sup>

### **Bajas dosis de aspirina**

La revisión de 59 ensayos, con la participación de 37.560 mujeres, encontró que la administración de bajas dosis de aspirina redujo el riesgo de PE en aproximadamente un sexto (17%), con una reducción similar en el riesgo de muerte del bebé (14%), y una ligera reducción en el riesgo de que el bebé nazca demasiado pronto (8%).<sup>8</sup> Sin embargo, los estudios realizados a la fecha no han demostrado un efecto significativo en los casos de muerte materna, fetal o infantil, o en el nacimiento de bebés demasiado pequeños para su edad gestacional.<sup>9</sup> No existe evidencia de daño causado por la terapia basada en el consumo de bajas dosis de aspirina independientemente del estado de riesgo de la mujer,<sup>10</sup> sin embargo la administración rutinaria de aspirina no es recomendable como estrategia de prevención para mujeres sin factores de riesgo. Aunque la aspirina reduce el grosor de la sangre y la coagulación, la administración de bajas dosis de aspirina no ha incrementado el riesgo de hemorragia (posparto o anteparto) o sangrado infantil. Los estudios sugieren que la administración de bajas dosis de aspirina necesita comenzar antes de la semana 16 de embarazo para poder reducir significativamente la PE.<sup>11</sup>

### **Prevención secundaria**

Sobre la base de los hallazgos de un estudio aleatorio controlado realizado por la OMS, las mujeres embarazadas con un bajo nivel de ingesta dietética de calcio que tomaron suplementos de calcio a diario mostraron tasas significativamente inferiores de hipertensión gestacional grave y eclampsia.<sup>4</sup> Más recientemente, una revisión Cochrane de 2010 se enfocó en los efectos de la administración de suplementos de calcio durante el embarazo en los trastornos hipertensivos del embarazo y problemas asociados de salud materna e infantil. Se utilizaron 13 estudios de buena calidad (n=15,730 mujeres). Los criterios de selección en la mayoría de dichos estudios identificaron mujeres embarazadas con bajo riesgo de PE y una dieta baja en calcio. Los hallazgos más importantes indicaron que la administración de calcio parece reducir aproximadamente a la mitad el riesgo de PE y a reducir el riesgo de un parto pretérmino. Específicamente, los suplementos de calcio redujeron el riesgo promedio de PA alta y PE -registrándose el mayor efecto en mujeres con alto riesgo y mujeres con baja ingesta de calcio en la línea de base. Sin embargo, la administración de calcio no reduce el riesgo de preeclampsia grave/eclampsia o partos de mortinatos.<sup>5</sup> (Véase en la bibliografía anotada mayores detalles sobre estos estudios).

Debido a que no hay efectos adversos, la administración de calcio por lo general se considera relativamente segura y se debe tomar en cuenta en entornos donde el consumo de calcio es deficiente. Como una estrategia para la supervivencia materna e infantil, la administración de calcio en las madres ha demostrado tener suficientes efectos en los resultados de la salud materna y neonatal como para considerarla una intervención de la salud pública en entornos con bajos recursos, en los casos en que sea apropiado.<sup>6</sup> Asumiendo que la administración de calcio tiene un efecto similar en las muertes causadas por trastornos hipertensivos, la administración universal de calcio podría prevenir hasta 21.500 muertes maternas al año y reducir el valor de años de vida ajustados en función de la discapacidad en 620.000 años.<sup>7</sup>

### **Bajas dosis de aspirina**

La revisión de 59 ensayos, con la participación de 37.560 mujeres, encontró que la administración de bajas dosis de aspirina redujo el riesgo de PE en aproximadamente un sexto (17%), con una reducción similar en el riesgo de muerte del bebé (14%), y una ligera reducción en el riesgo de que el bebé nazca demasiado pronto (8%).<sup>8</sup> Sin embargo, los estudios realizados a la fecha no han demostrado un efecto significativo en los casos de muerte materna, fetal o infantil, o en el nacimiento de bebés demasiado pequeños para su edad gestacional.<sup>9</sup> No existe evidencia de daño causado por la terapia basada en el consumo de bajas dosis de aspirina independientemente del estado de riesgo de la mujer,<sup>10</sup> sin embargo la administración rutinaria de aspirina no es recomendable como estrategia de prevención para mujeres sin factores de riesgo. Aunque la aspirina reduce el grosor de la sangre y la coagulación, la administración de bajas dosis de aspirina no ha incrementado el riesgo de hemorragia (posparto o anteparto) o sangrado infantil. Los estudios sugieren que la administración de bajas dosis de aspirina necesita comenzar antes de la semana 16 de embarazo para poder reducir significativamente la PE.<sup>11</sup>

### **Prevención secundaria**

	reduciendo así posibles resultados adversos para la madre/feto	
<b>Evaluar los niveles de proteína en la orina si la PA diastólica es más de 90 mm Hg durante la atención prenatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar si hay proteína en la orina no previene la PE</li> <li>• El diagnóstico precoz permite un manejo oportuno y de mejor calidad, y puede prevenir la progresión hacia preeclampsia grave/eclampsia, reduciendo así posibles resultados adversos para la madre/feto</li> </ul>	<b>Sí</b>

### Evaluación de la PA

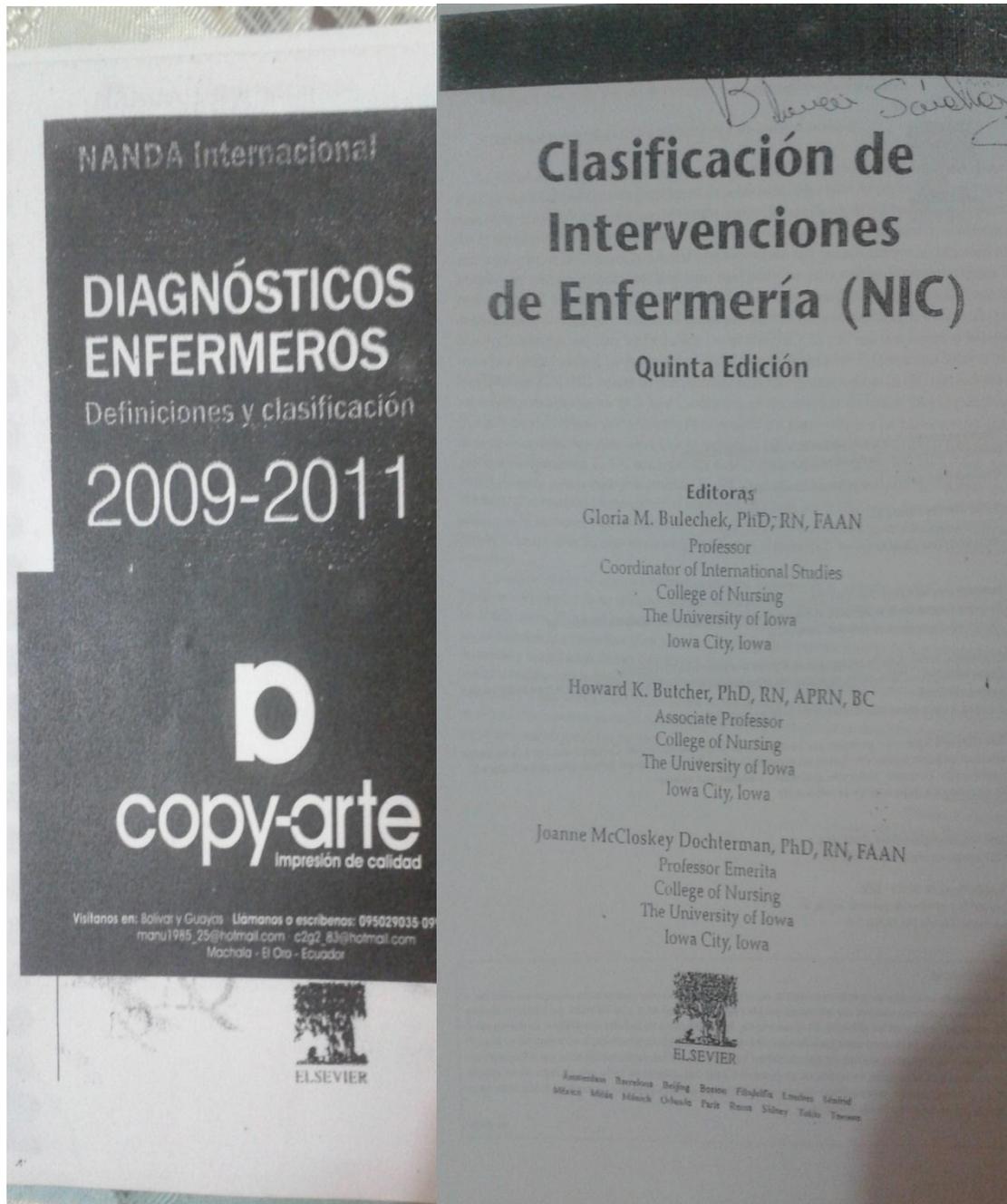
Debido a los cambios fisiológicos del embarazo, la hipertensión no es común en la primera mitad del embarazo, pero ocurre aproximadamente en 10% de embarazos después de 20 semanas. Una PA diastólica elevada de 90 mm Hg, registrados dos veces con un intervalo de cuatro horas, puede indicar hipertensión crónica, PE superimpuesta a la hipertensión crónica, hipertensión gestacional, PE moderada o grave, o eclampsia.

En los entornos de escasos recursos donde no es posible realizar pruebas de proteinuria de rutina, las decisiones clínicas en torno a la PE dependerán de la medición precisa de la PA. Tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, la PA con frecuencia se mide y registra de manera incorrecta. Además de un instrumento con buena calibración y un estetoscopio de buena calidad, la medición de la PA en entornos de escasos recursos requiere de un proveedor competente y con experiencia. La técnica de auscultación convencional con frecuencia no se ejecuta con propiedad, como lo ilustran los hallazgos de una revisión de los servicios clínicos de atención prenatal en Tanzania, donde los trabajadores de salud detectaron solamente 4 de 12 casos de PA elevada entre 379 pacientes. Igualmente preocupante, a más de 100 mujeres ni siquiera se les evaluó para determinar si tenían una PA elevada,<sup>15</sup> revelando la pérdida de oportunidades para detectar casos de PE durante la atención prenatal. Dada la estrecha relación entre la PA elevada en el periodo prenatal y el diagnóstico posterior de PE, se justifica la necesidad de una evaluación cuidadosa de la PA durante la atención prenatal.<sup>16</sup>

### EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE PROTEÍNA EN LA ORINA

La proteinuria se define como la presencia de 300 mg o más de proteína por litro de una muestra estéril de orina tomada directamente durante la micción.<sup>17</sup> Las pruebas de proteinuria en los países en vías de desarrollo comúnmente se realizan con tiras reactivas o por ebullición. En los

10. T.HEATHER H, BULECHEK G. Diagnosticos Enfermeros(NANDA) Y Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC). In. Barcelona- España: Elsevier; 2011.



## Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00362)

Dominio 1: Promoción de la salud  
Clase 2: Gestión de la salud

**Definición** Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

### Características definitorias

- Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos (p. ej. prevención o tratamiento).
- Describe la reducción de factores de riesgo.
- Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (p. ej., tratamiento, prevención de secuelas).
- Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos.
- No hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad.

### Bibliografía

- Banister, N., Jastrow, S., Hodges, V., Loop, R., & Giltham, M. (2004). Diabetes self-management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *J Am Dietetic Assoc*, 104, 807-810.
- Benavides-Vaello, S., Garcia, A., Brown, S., et al. (2004). Using focus group to plan and evaluate diabetes self-management interventions for Mexican Americans. *Diabetes Educ*, 30(2), 238-256.
- Curtin, R., Stittler, D., Schatell, D., et al. (2004). Self-management, knowledge, and functioning and well being of patients on hemodialysis. *Neph Nurs J*, 31(4), 378-386.
- Deakin, T., McShane, C., Cade, J., & Williams, R. (2005). Group-based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*, 18(2): CD003417.
- DeWalt, D., Pignone, M., Malone, R., Rawls, C., Kosnar, M., George, C., et al. (2004). Development and pilot testing of a disease management program for low literate patients with heart failure. *Patient Educ Couns*, 55: 78-86.
- Funnel, J. M., & Anderson, R. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes*, 22: 123-7.
- Gallant, M., Beaulieu, M., & Carnevale, F. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *J Adv Nurs*, 40(2): 149.
- Georges, C., Bolton, L., & Bennett, C. (2004). Functional health literacy: an issue in African American and other ethnic and racial communities. *J Natl Black Nurses Assoc*, 15(1): 1-4.
- Goldberg, H., Lessler, D., Miertens, K., Eytan, T., & Cheadle, A. (2004). Self management support in a web-based medical record: A pilot randomized controlled trial. *Jt Comm Qual Saf*, 30: 629-35, 589.

## perfusion tisular cerebral

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral

### Factores de riesgo

- Tiempo de tromboplastina parcial anormal.
- Tiempo de protrombina anormal.
- Segmento ventricular izquierdo acinético.
- Aterosclerosis aórtica.
- Disección arterial.
- Fibrilación auricular.
- Mixoma auricular.
- Tumor cerebral.
- Estenosis carotídea.
- Aneurisma cerebral.
- Coagulopatía (p. ej., anemia de células falciformes).
- Miocardiopatía dilatada.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Embolismo.
- Traumatismo cerebral.
- Hipercolesterolemia.
- Hipertensión.
- Endocarditis infecciosa.
- Trombosis de la aurícula izquierda.
- Prótesis valvular mecánica.
- Estenosis mitral.
- Neoplasia cerebral.
- Infarto de miocardio reciente.
- Síndrome del nodo sinusal.
- Abuso de sustancias.
- Terapia trombolítica.
- Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (*bypass* cardiopulmonar, medicamentos).

### Bibliografía

- Asante-Siaw, J., Tyrrell, J., & Hoshiltzky, A. (2006). Does the use of a centrifugal pump offer any additional benefit for patients having open heart surgery? *Best BETS*. Record 01148. Available at: [www.bestbets.org/cgi-bin/bets.pl?record=01148](http://www.bestbets.org/cgi-bin/bets.pl?record=01148) (accessed May 2, 2008).
- Barnard, J., Musleh, G., & Bitta, M. (2004). In aortic arch surgery is there any benefit using antegrade cerebral perfusion or retrograde cerebral perfusion as an adjunct to hypothermic circulatory arrest? *BestBETS*, Record 00690. Available at: [www.bestbets.org/cgi-bin/bets.pl?record=00690](http://www.bestbets.org/cgi-bin/bets.pl?record=00690) (accessed October 23, 2006).
- O'Donnell, J.M. & N'acul, F., eds (2001). *Surgical intensive care medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Sharma, M., Clark, H., Armour, T., Stotta, G., Cote, R., & Hill, M.D. (2005). *Acute stroke: Evaluation and treatment*. Agency for Healthcare Research and Quality. 127. Publication number 05-E023-1.
- Swearingen, P.L. & Hicks Kuen, J., eds (2001). *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management*, 4th edn. St Louis: Mosby.

4. Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de *Perfusión tisular inefectiva (especificar el tipo: Cerebral)*.

## Exceso de volumen de líquidos (0102E)

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Definición Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

### Características definitorias

- Sonidos respiratorios adventicios.
- Alteración de los electrolitos.
- Anasarca.
- Ansiedad.
- Azoemia.
- Cambios de la presión arterial.
- Cambio en el estado mental.
- Cambios en el patrón respiratorio.
- Disminución del hematocrito.
- Disminución de la hemoglobina.
- Disnea.
- Edema.
- Aumento de la presión venosa central.
- Aportes superiores a las pérdidas.
- Ingurgitación yugular.
- Oliguria.
- Ortopnea.
- Derrame pleural.
- Reflejo hepatoyugular positivo.
- Cambios de la presión de la a pulmonar.
- Congestión pulmonar.
- Agitación.
- Cambios de la densidad específica de la orina.
- Ruido cardíaco S3.
- Aumento de peso en un corto período de tiempo.

### Factores relacionados

- Compromiso de los mecanismos reguladores.
- Exceso de aporte de líquidos.
- Exceso de aporte de sodio.

## Asesoramiento antes de la concepción

5247

**Definición:** Analizar y proporcionar información y apoyo a las personas en edad fértil antes del embarazo para fomentar la salud y reducir riesgos.

**Actividades:**

- Establecer una relación terapéutica de confianza.
- Obtener el historial clínico.
- Desarrollar, basado en el historial, un perfil de riesgo sanitario orientado al embarazo con anterioridad a la concepción, la utilización de prescripción de fármacos, los antecedentes étnicos, las exposiciones en el trabajo y de quehaceres, dieta, trastornos genéticos específicos y hábitos (fumar y consumo de alcohol y drogas).
- Explorar la disponibilidad para el embarazo de los miembros de la pareja.
- Averiguar si se han producido abusos físicos.
- Obtener un historial sexual completo que incluya frecuencia y duración de la relación, uso de lubricantes, espermicidas y hábitos poscoito, como irrigación.
- Remitir a las mujeres con dolencias médicas a un plan de control preembarazo.
- Proporcionar información relacionada con los factores de riesgo.
- Remitir a consulta genética para los factores de riesgo genéticos.
- Realizar las pruebas de diagnóstico prenatales necesarias para determinar factores de riesgo genéticos, médicos u obstétricos.
- Analizar o evaluar los niveles de hemoglobina o hematocrito, Rh, densidad de la orina, toxoplasmosis, enfermedades de transmisión sexual, rubéola y hepatitis.
- Realizar consulta para evitar el embarazo hasta que se haya administrado el tratamiento adecuado (vacuna contra la rubéola, globulina inmune [D] Rh<sub>0</sub>, globulina inmune en suero o antibióticos).
- Analizar los individuos con riesgo o en grupos de riesgo de desarrollar tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, hemoglobinopatías, enfermedad de Tay-Sachs y defectos genéticos.
- Apoyar la toma de decisiones acerca de la conveniencia del embarazo, en función de los factores de riesgo identificados.
- Evaluar la necesidad de una mamografía basada en la edad de la mujer y su deseo de prolongar la alimentación de pecho.
- Fomentar el examen dental antes de la concepción para minimizar la exposición posterior a exámenes radiográficos y anestésicos.
- Instruir acerca de la relación entre el desarrollo fetal precoz y los hábitos personales, uso de medicamentos, teratógenos y requisitos de autocuidados (vitaminas prenatales y ácido fólico).
- Enseñar a evitar los teratógenos (manipulación de la cama del gato, dejar de fumar y sustitutos del alcohol).
- Remitir al servicio de información de teratógenos para obtener información específica acerca de los agentes medioambientales.
- Discutir los modos específicos de preparación para el embarazo, incluyendo exigencias sociales, económicas y psicológicas para tener niños y criarlos.
- Identificar las barreras reales o percibidas a los servicios de planificación familiar y cuidados prenatales y formas de superar tales barreras.
- Discutir los métodos disponibles de asistencia y la tecnología de reproducción, si procede.
- Fomentar la anticoncepción hasta que se esté preparado para el embarazo.
- Discutir el momento del cese de la anticoncepción para aumentar la exactitud de la fecha de embarazo.
- Discutir métodos de identificación de la fertilidad, signos de embarazo y maneras de confirmarlo.

## Cuidados prenatales

6960

**Definición:** Control y seguimiento de la paciente durante el embarazo para evitar complicaciones y promover un resultado saludable tanto para la madre como para el bebé.

**Actividades:**

- ✓ Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.
- ✓ Animar al padre o ser querido a que participe en los cuidados prenatales.
- ✓ Animar a los padres a que asistan a clases prenatales.
- ✓ Instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo.
- ✓ Vigilar el estado nutricional.
- ✓ Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo.
- ✓ Remitir a la paciente a programas de alimentación complementaria (mujeres, preescolares y niños), si procede.
- ✓ Instruir a la paciente en los ejercicios y reposo adecuados durante el embarazo.
- ✓ Instruir a la paciente acerca de la ganancia de peso deseada, en función del peso anterior al embarazo.
- ✓ Comprobar el ajuste psicosocial de la paciente y la familia durante el embarazo.
- ✓ Vigilar la presión sanguínea.
- ✓ Controlar los niveles de glucosa y proteína en orina.
- ✓ Vigilar el nivel de hemoglobina.
- ✓ Observar tobillos, manos y cara para ver si hay edema.
- ✓ Explorar los reflejos de tendones profundos.
- ✓ Instruir a la paciente sobre los signos de peligros que impliquen una notificación inmediata.
- ✓ Medir la altura del fundus y compararlo con la edad gestacional.
- ✓ Determinar los sentimientos de la paciente acerca del embarazo no deseado.
- ✓ Determinar si el embarazo no deseado ha sido aprobado por la familia.
- ✓ Ayudar en la toma de decisiones para seguir adelante o renunciar al niño.
- ✓ Asesorar a la paciente acerca de los cambios en la sexualidad durante el embarazo.
- ✓ Determinar el sistema de apoyo social.
- ✓ Ayudar a la paciente a desarrollar y utilizar el sistema de apoyo social.
- ✓ Asesorar a la paciente sobre los modos de adaptar el ambiente de trabajo para que cumpla con las necesidades físicas del embarazo.
- ✓ Ofrecer una guía anticipada a la paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan al embarazo.
- ✓ Ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados con el embarazo.
- ✓ Discutir los cambios de imagen corporal con la paciente.
- ✓ Instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetales.
- ✓ Comprobar la frecuencia cardíaca fetal.
- ✓ Enseñar a la paciente a monitorizar la actividad fetal.
- ✓ Enseñar a la paciente las estrategias de autoyuda para aliviar las molestias comunes del embarazo.
- ✓ Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos que produce el tabaco en el feto.

## Mejora de la perfusión cerebral

2550

**Definición:** Fomento de una perfusión adecuada y limitación de complicaciones en un paciente que experimenta o corre el riesgo de experimentar una perfusión cerebral incorrecta.

### Actividades:

- Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro del margen debido.
- Inducir la hipertensión con la expansión del volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener/mejorar la presión de perfusión cerebral (CPP).
- Administrar fármacos vasoactivos, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos.
- Administrar agentes que expandan el volumen intravascular, si procede (coloides, productos sanguíneos y cristaloides).
- Administrar expansores del volumen para mantener los parámetros hemodinámicos, según prescripción.
- Monitorizar los tiempos de protrombina (PT) y tromboplastina parcial (PTT) si se utilizara hetalmidón como expansor del volumen.
- Administrar agentes reológicos (manitol en dosis bajas o dextrano de bajo peso molecular [LMD]), según prescripción.
- Mantener el nivel de hematocrito alrededor del 33% para la terapia de hemodilución hipervolémica.
- Realizar una flebotomía al paciente, si procede, para mantener el nivel de hematocrito dentro del margen deseado.
- Mantener el nivel de glucosa en suero dentro del margen normal.
- Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la cama (0, 15 o 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza.
- Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de cadera/rodilla.
- Mantener el nivel de  $pCO_2$  a 25 mmHg o superior.
- Administrar bloqueadores del canal del calcio, según prescripción.
- Administrar vasopresina, según prescripción.
- Administrar y vigilar los efectos de los diuréticos de asa y corticoesteroides.
- Administrar fármacos analgésicos, si procede.
- Administrar medicamentos anticoagulantes, según prescripción.
- Administrar medicamentos anticoagulantes plaquetarios, si están prescritos.
- Administrar fármacos trombolíticos, según prescripción.
- Controlar el tiempo de protrombina (PT) y el tiempo de tromboplastina parcial (PTT) para mantener de una a dos veces el tiempo normal, si procede.
- Observar si se producen efectos secundarios derivados de la terapia con anticoagulantes.
- Observar si hay signos de hemorragia (búsqueda de sangre en heces y drenaje nasogástrico).
- Vigilar el estado neurológico.
- Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (CPP).
- Monitorizar la presión intracraneal y la respuesta neurológica a las actividades de cuidado.
- Controlar la presión arterial media (PAM).
- Monitorizar la presión venosa central.
- Monitorizar la PAWP y la PAP.
- Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de  $PO_2$ ,  $pCO_2$ , pH y bicarbonato).

## Manejo de electrolitos

2000

*Definición:* Fomento del equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles de electrolitos en suero anormales o indeseados.

*Actividades:*

- Observar si los electrolitos en suero son anormales, según disponibilidad.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.
- Mantener acceso i.v. permeable.
- Suministrar líquidos según prescripción, si procede.
- Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.
- Mantener solución intravenosa que contenga electrolito(s) a un flujo constante, si procede.
- Administrar electrolitos suplementarios (oral, nasogástrico e i.v.) según prescripción, si correspondiera.
- Realizar consulta con el médico sobre la administración de medicamentos productores de electrolitos (espironolactona), si procede.
- Administrar resinas que fusionan o eliminan los electrolitos (sulfonato sódico de poliestireno Kayexalato), según prescripción, si correspondiera.
- Obtener muestras de especímenes para análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos (gases en sangre arterial, orina y suero), si procede.
- Observar si se producen pérdidas de líquidos ricos en electrolitos (succión nasogástrica, drenaje de ileostomía, diarrea, drenaje de heridas y diaforesis).
- Instituir medidas para controlar la pérdida excesiva de electrolitos (descanso intestinal, cambio del tipo de diurético o administración de antipiréticos), si procede.
- Irrigar tubos nasogástricos con solución salina normal.
- Minimizar la cantidad de trocitos de huelo o de ingesta oral consumida por paciente con tubos gástricos conectados para succionar.
- Disponer una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos del paciente (alimentos ricos en potasio, pobres en sodio y bajos en hidratos de carbono).
- Instruir al paciente y a la familia sobre modificaciones dietéticas específicas, si procede.
- Disponer un ambiente seguro para el paciente con manifestaciones neurológicas o neuromusculares de desequilibrio de electrolitos.
- Fomentar la orientación.
- Enseñar al paciente y a la familia el tipo, causa y tratamiento del desequilibrio de electrolitos, si procede.
- Realizar consulta con el médico si persistieran o empeoraran los signos y síntomas del desequilibrio de electrolitos.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- Observar si aparecen efectos secundarios por el suplemento de electrolitos prescrito (irrigación gastrointestinal).
- Monitorizar de cerca los niveles de potasio en suero en pacientes que estén tomando digital o diuréticos.
- Colocar monitor cardíaco, si procede.
- Tratar las arritmias cardíacas, según política del centro.
- Preparar al paciente para la diálisis (ayuda en la colocación de catéter para la diálisis), si procede.

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** EVELYN SARMIENTO.docx (D16601027)  
**Submitted:** 2015-12-07 16:57:00  
**Submitted By:** kgarcia@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 10 %

### Sources included in the report:

1 CASO PRACTICO ESTILO DE VIDA.docx (D16233901)  
tesismarianaz.docx (D15392956)  
MARIANA ZAMBRANO.docx (D15933995)  
TESIS MARIANA ZAMBRANO URKUND.docx (D15347523)  
TESIS MARIANA ZAMBRANO URKUND.docx (D15298454)  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2013/clase2013\\_fisiopatologia\\_preeclampsia.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf)  
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n6/art13.pdf>

### Instances where selected sources appear:

16

*Lic: Elida Reyes Rueda*  
*cc: 0705085835*  
*[Signature]*

URKUND

Document: [EVELYN SARMIENTO.docx](#) (D16601027)  
 Submitted: 2015-12-07 10:57 (-05:00)  
 Submitted by: Kgarcia (kgarcia@utmachala.edu.ec)  
 Receiver: kgarcia.utmach@analysis.orkund.com  
 Message: TITULACION EVELYN SARMIENTO [Show full message](#)

10% of this approx. 6 pages long document consists of text present in 7 sources.

List of sources

Rank	Path/Filename
>	<a href="#">PREECLAPMSIA-PROYECTO.docx</a>
	tesismarianaz.docx
Alternative sources	
	<a href="#">1 CASO PRACTICO ESTILO DE VIDA.docx</a>
	<a href="http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_o..">http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_o..</a>

100% Active

INTRODUCCIÓN. La Preeclampsia es una enfermedad, multisistémico y multifactorial, caracterizada por la aparición de hipertensión y proteinuria por encima de las 20 semanas de gestación. Se estima que afecta entre un 2-7% de los embarazos, y a pesar de ser una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, su etiología y patogénesis aún no se conocen con exactitud.

CITATION MarcadorDePosición1 \ | 3082 (1)

En el mundo la incidencia sobre la Preeclampsia está entre un 2-10% de los embarazos siendo uno de los precursores la Eclampsia.

La incidencia de Eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. Las tasas de los países Africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la Prevalencia oscila entre 2% a 16.7%.

CITATION VAR12 \ | 3082 (2) En Ecuador en el año 2013 la principal causa de mortalidad materna recae sobre las causas obstétricas directas con un total

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

Urkund Report - EVE...pdf | Urkund Report - ELS...pdf | Urkund-Report-UNI...pdf

Mostrar todas las descargas...

11:51  
07/12/2015

cc: Elida Reyes Rueda

cc: 0705085835

*[Handwritten signature]*