



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TESIS

**INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES #31 DE HUETAMO, MICH. EN EL PERIOD
DE ENERO –JULIO 2005.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO:
LICENCIADA EN ENFERMERIA

ASESORA:
L.E.O. RAMONA SOTO FAJARDO
M.C. JOSE LUIS CIRA HUAPE

PRESENTA:
NANCY ZURIAN RUIZ

MORELIA, MICHOCAN., NOVIEMBRE 2005

DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

L.E.O. MARTHA MARIN LAREDO
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANACELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

L.E.O. RAMONA SOTO FAJARDO

PRESIDENTA

AGRADECIMIENTOS

A MI PADRE

Hoy deseo decirte muchas cosas, pienso en todo lo que me haz dado y no encuentro palabras.

Sé de tu diario sacrificio, callado, agotador, pero que tú realizas con fuerza,
con decisión, que no sabe de treguas.

Sé que eres capaz de darlo todo por mí, sin pedirme nada a cambio, sin exigirme recompensa alguna.

Sé que siempre podré encontrar en ti un amigo, un verdadero amigo, que nunca me decepcionará.

Sé que sueles postergar tus cosas por mí, que realmente me quieres como a nadie.

Sé que tus esperanzas, tus expectativas, el fin de toda tu obra esta en mí.

Yo trato de no fallarte y te pido un favor: SEAMOS SIEMPRE AMIGOS.

A MI MADRE

Quiero agradecerte que estés en mi vida.

Sé que puedo contar contigo en momentos difíciles, sé que contigo puedo
compartir mis alegrías, y sé que nuestra amistad se sustenta en mutuo amor.

Que seas mi MAMA y mi AMIGA es el más preciado tesoro,
que agradeceré a DIOS eternamente.

Gracias por llenar mi vida con tanta felicidad.

Te Amo Mamá

A DIOS

Agradezco a dios por permitirme realizar
como mujer y profesionalmente, por darme la oportunidad de vivir.

A MIS HERMANOS

Por el cariño que siempre me brindan, por la confianza que me han dado a lo largo de mi vida

A MI AMIGA

Gracias por todos los momentos que hemos compartido momentos llenos de sentimientos y pensamientos compartidos, sueños y anhelos, secretos, risas y lágrimas, y sobre todo, amistad.

Cada preciado segundo quedará atesorado eternamente en mi corazón.

Gracias por dedicarme tiempo para demostrar tu preocupación por mí, tiempo para escuchar mis problemas y ayudarme a buscarles solución, y sobre todo, tiempo para sonreír y mostrarme tu afecto.

Gracias por ser lo que eres una persona maravillosa.

Pude contar contigo cuando necesitaba en quien confiar y pedir consejo.

Gracias a ti comencé a conocerme e incluso a apreciar lo que soy.

¿Cómo podré expresarte todo el cariño que te tengo?

Muchas gracias por tu amistad.

KENIA.

A MIS ASESORES

Por ayudar a iniciar una nueva etapa de mi vida por llevarme de la mano para lograr mis metas, gracias, sin ustedes no lo hubiera logrado.

DEDICATORIA

PAPÁ Y MAMÁ

Quiero agradecerles lo que ahora soy....

Gracias por darme la vida..... Por su amor, por las caricias, por el dolor, por las sonrisas por el sufrimiento, por los regaños y por el aliento.....

Gracias por enseñarme a crecer, a través del sufrimiento, curándome las heridas y consolándome en mis lamentos....

Gracias por el ejemplo de la honradez, del entusiasmo y la calidez, por los regaños y desacuerdos, por las verdades y descontentos.....

Gracias por enseñarme a dar de intensa forma y nada esperar, por los consejos y las caídas por enseñarme como es la vida....

Gracias por estar a mi lado en el momento justo y el más anhelado, cuando necesito sentir sus besos y sus abrazos y escuchar un te quiero y escuchar un te amo.....

¡Solo Dios sabe como los he extrañado!...

Gracias con todo mi corazón, gracias por ser como son, que Dios no pudo escoger de una manera mejor, a mis padres, la pareja que ustedes son.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	2
III.- MARCO TEORICO.....	3
3.1. MARCO CONCEPTUAL.....	3
3.2. ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA.....	5
3.3. CLASIFICACION DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA.....	14
3.4. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.....	15
3.5. ORIENTACION PRECONCEOCIONAL.....	18
3.6. FACTORES DE RIESGO.....	20
3.7. CUADRO CLÍNICO.....	21
3.8. DIAGNOSTICO.....	22
3.9. TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA.....	22
3.10. COMPLICACIONES.....	25
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
V.- OBJETIVOS.....	33
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	33
5.2. OBJETIVO ESPECIFICOS.....	33
VI.- HIPOTESIS.....	33
VII.- MATERIAL Y METODO.....	34
7.1. TIPO DE VARIABLES.....	34
7.2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	34
7.3. DISEÑO DE ESTUDIO.....	36
7.4. POBLACION Y MUESTRA.....	36
7.5. CRITERIOS DE INCLUSION.....	36
7.6. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	36
7.7. CRITERIOS DE ELIMINACION.....	37
VIII.- ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	37
8.1. RECURSOS HUMANOS.....	37
8.2. TIEMPO.....	37

8.3. ESPACIO.....	37
IX.- MÉTODO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
X.- MANEJO DE DATOS.....	38
XI.- ETICA.....	38
XII.- RESULTADOS.....	39
XIII.- CONCLUSIONES.....	47
XIV.-SUGERENCIAS.....	48
XV.-ANEXOS.....	50
XVI.-GLOSARIO.....	99
XVII.-BIBLIOGRAFIA.....	101

I. INTRODUCCION

La mortalidad materna aun constituye en nuestro país un importante problema de salud y de género, particularmente si se considera que sus principales causas son totalmente prevenibles. De origen multifactorial las defunciones maternas se asocian al acceso y disponibilidad de información y servicios médicos de calidad, así como el nivel de desarrollo socio-económico, incluido la condición nutricional, escolaridad de la población y condiciones sanitarias de las localidades.

Las acciones intersectoriales coordinadas por la secretaría de Salud han logrado en los últimos años un avance importante al incrementar la calidad de registro y dictaminación de la muertes maternas permitiendo contar ahora con información adecuada, por lo que el contexto integral de la salud reproductiva las estrategias tendientes a disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas al embarazo, parto y puerperio se han reorientado a la búsqueda de un equilibrio entre acciones de prevención e intervención.

La preeclampsia/eclampsia es la primera causa de mortalidad, materna en Michoacán por lo que la prevención, detención temprana de signos y síntomas de alarma, referencia oportuna y tratamiento adecuado constituyen acciones esenciales en la atención perinatal de la población.¹

El presente trabajo se realizo en tres partes: en la primera parte se hizo una revisión bibliográfica para conformar el marco teórico, en la segunda parte se encuestar a un grupo de mujeres que fueron atendidas su parto en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital rural de oportunidades #31 de Huetamo Mich, para obtener la información requerida para la investigación y en la tercera se proceso la información de los datos, el programa SPSS para Windows en la versión 10.1 de la formula estadística para la obtención de la muestra.

¹ VELASCO-MURILLO V, Navarrete-Hernandez. Moprtalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2003; 35 (5): 377-383.

II. JUSTIFICACIÓN

La salud perinatal es uno de los componentes del Programa de Salud Reproductiva, cuya misión es el garantizar una maternidad saludable, en el tiempo apropiado y sin riesgos a todas las mujeres Mexicanas, Michoacanas y de la población de Huetamo. El embarazo planeado requiere de atención y control prenatal con calidad y auto cuidado de la salud para hacer una etapa del ciclo reproductivo una experiencia gozosa.²

La atención perinatal, permite la determinación temprana de los síntomas y signos de alarma y el manejo oportuno de las condiciones patológicas que los ocasionan, evitando la morbilidad materna y perinatal. La morbilidad materna secundaria a causas prevenibles presenta un inequidad social con enorme impacto en el núcleo familiar. Las principales causas de defunción materna en nuestro país continúa siendo la enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia severa y eclampsia).

Se Precisa que algunos factores de riesgo son la edad, sobre todo durante la adolescencia y en mayores de 35 años; factores hereditarios, diabetes mellitus, enfermedad renal previa o recurrente, desnutrición, obesidad ausencia o deficiencia de control prenatal y inestabilidad emocional y el tamaño de la placenta, la cual entre mayor volumen tenga, hay más riesgo de padecer esta enfermedad.

De acuerdo las referencias anteriores vemos que el problema de la Preeclampsia/eclampsia en Michoacán es relevante ya que siguen muriendo mujeres por esta causa a pesar de los esfuerzos del gobierno y las autoridades de salud, por prevenir esta enfermedad, por lo que justifica esta investigación, ya que no existe un trabajo forma sobre PREECLAMMSPIA/ECLAMPIA, en la población de Huetamo Mich.

² Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia Eclampsia.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

PREECLAMPSIA

Síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de la gestación, parto o puerperio inmediato y mediato, que se caracteriza principalmente por hipertensión y proteinuria clasificándose en leve y severa.³

ECLAMPSIA

Presencia de convulsiones o coma en pacientes con sintomatología de preeclampsia.

EMBARAZO

Es el término que comprende el periodo de gestación que comprende el periodo de gestación del ciclo reproductivo humano.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Son los embarazos no controlados, los que desarrollan mujeres con edad menor a los 18 o superior a los 35 años. También corresponde a las mujeres que han experimentado alguna patología anterior.⁴

EMBARAZO DE BAJO RIESGO

Son los embarazos controlados, que desarrollan las mujeres con edades comprendidas entre 19 y 35 años de edad, y son mujeres sin problemas de salud.

³ Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia Eclampsia.

⁴ ARIAS F: Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de alto Riesgo. Preeclampsia/eclampsia, Hipertensión y embarazo. 2ª. Ed., Edit. Mosby/Doyma. Madrid, España.2003; Pág. 101-107, 185-213, 3309, 445, 456, 457.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Presión sistólica de 140-165 mmHg. , presión diastólica de 90-105mm.Hg. , en dos tomas distintas con seis horas o más de diferencia.⁵

PROTEINURIA

- a) 300 mg. /dl, o más en colecciones de orina de 24 hrs. (3g. /24 hrs.)
- b) 300 mg. /dl. o más de tiras reactivas (dos determinaciones con un intervalo de 6 hrs. En ausencia de infección.
- c) 300 mg. /dl. o más en muestras aisladas.

EDEMA

Es la acumulación excesiva de líquidos en los tejidos o un incremento de la masa de los tejidos que puede desarrollarse en todo el cuerpo (hinchazón generalizada) o limitarse sólo a una parte específica del mismo.

CEFALEA

Es un síntoma que incluye a todo dolor localizado en el cráneo. Los dolores a nivel de estructuras de cara, mandíbula o boca se consideran aparte, porque implican otro diagnóstico diferencial.

GASTRITIS

Es la inflamación y desgaste de la mucosa del estómago, la cual normalmente resiste la irritación causada por los ácidos digestivos y los provenientes de algunos alimentos.

VÉRTIGO

Es la sensación de estar girando o dando vueltas cuando, en realidad, uno no se está moviendo. O puede ser una sensación exagerada de movimiento sin que se mueva el

⁵ DR. NÚÑEZ MACIEL EDUARDO “TRATADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA” Vol. I, ED. CUELLAR, Pág.388.

cuerpo. Es la forma más común de mareo, pero es distinta a la sensación de que uno se va a desmayar (sensación de "casi desmayo").

3.2. ANATOMIA Y FISILOGIA

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor esta constituido por las siguientes partes: las gónadas, que son los órganos donde se forman los gametos y donde se producen las hormonas sexuales; las vías genitales, conductos de salida, y los órganos que permiten la unión sexual, llamado copula que posibilita el encuentro de los gametos.⁶

Sus partes:

EL MONTE DE VENUS

Es una prominencia formada por tejido adiposo que, tras la pubertad se recubre de vello. Se encuentra situado por debajo de la sínfisis del pubis.⁷

LOS LABIOS MAYORES

Son dos pliegues de tejido adiposo cubiertos de piel, que se extiende desde el monte de Venus hasta el périne. Se une por delante en la comisura anterior y por detrás en la comisura posterior, que esta delante del ano. Su cara interna esta cubierta de vello y la interna es lisa y húmeda y contiene glándulas sebáceas y sudoríparas. Puede estar en estrecha aproximación y ocultar el resto de las estructuras formando la hendidura interlabial.

⁶ DR. NÚÑEZ MACIEL EDUARDO "TRATADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA" Vol. I, ED. CUELLAR, p.p 27-52.

⁷ BECUREDO, J.M. SÁNCHEZ, F.X. BORRAS "ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL CUERPO HUMANO" segunda edición, ED. Interamericana Mc Graw Hill, Pág. 409.

LOS LABIOS MENORES

Son dos pequeños pliegues cutáneos, rodeados por los labios mayores y habitualmente tapados por ellos. Son húmedos y lisos y forman el límite del vestíbulo vaginal. Por delante de los labios menores se dividen en una parte externa, que rodea el clítoris por su parte superior (prepucio) y una parte interna, que se junta por la parte inferior del clítoris y forma el frenillo.

CLITORIS

Es una estructura constituida eréctil, que recuerda al pene masculino y que puede aumentar de tamaño cuando se ingurgita con sangre. Esta formado por el glande, la parte libre que emerge el exterior, y el cuerpo, la parte oculta el prepucio que se prolonga formando dos raíces de tejido eréctil, cubiertas por tejido muscular.

VESTIBULO VAGINAL

Es el espacio por los labios menores. En el se abre la uretra por delante y la vagina por detrás, recubierta por himen si este aun se mantiene en el suelo hay una serie de glándulas que se encargan de mantener húmeda y lubricada la entrada del vestíbulo vaginal. Entre ellas destacan las glándulas de bartholin o vestibulares mayores, que son dos glándulas situadas una a cada lado del orificio vaginal, las glándulas vestibulares menores y las glándulas parauretrales, que poseen unos conductos tan pequeños que no son visibles.

LOS ORGANOS GENITALES INTERNOS SON:

OVARIOS

Son dos estructuras ovoides situados a uno y otro lado del útero. Cada ovario consta de una corteza y una medula, estos se encargan de madurar los óvulos para su posible fecundación.

TROMPAS DE FALOPIO

Son dos estrechos conductos que principian izquierda y derecha del extremo superior del útero y terminan en cada ovario respectivamente. Tienen una longitud de 6 a 9 cm. Su función es la de transportar el óvulo fecundado o no hasta útero.

ÚTERO

Es un órgano con forma de pera en posición inversa, este órgano se encuentra situado en la parte superiores de la vagina, entre la vejiga urinaria por delante y recto por detrás.- El útero se divide en fondo, cuerpo, istmo y cuello. Su función es de anidar el huevo fecundado o participar durante el ciclo menstrual.⁸

VAGINA

La forma de un canal que va desde la vulva hasta el cuello del útero, el cual mide aproximadamente de 8 a 10 cm. De longitud. La vagina se encarga de recibir al pené durante la copula, permite el paso del niño durante el parto; otra de sus funciones es expulsar la sangre durante la menstruación.

VULVA

Es el exterior de los genitales femeninos, su forma es la de una abertura rodeada en ambos lados de carnosidad llamada labios mayores; ocultos por éstos y hacia el interior se encuentran los labios menores, también en cuyo interior se sitúan primero el clítoris, abajo el meato urinario y luego el orificio de la vagina cubierto por la membrana denominada himen. El clítoris es eréctil, cuando se estimula sexualmente parece un pequeño pené; el meato urinario forma el canal de la uretra por donde se expulsa la orina.

⁸ DR. NÚÑEZ MACIEL EDUARDO “TRATADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA” Vol. I, ED. CUELLAR, p.p 285-289.

Además la vulva se compone del monte de Venus, el cual es una acumulación de tejido adiposo por delante de la síntesis del pubis. De él nacen los labios mayores para dirigirse hacia abajo; las glándulas de Bertolini que secretan moco durante al acto sexual se encuentran entre los pequeños espacios quedan entre los labios menores (vestíbulo), es decir, junto al orificio o introito vaginal.

FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO

Después de ser fecundado, el óvulo llega al endometrio 3-4 días después, para implantarse aproximadamente del 5º al 7º día. Las células citotrofoblásticas comienzan a invadir el endometrio mediante degradación enzimático de éste; llegan normalmente hasta las arterias espirales del endometrio, que poseen 4-6 asas de pliegues, el citotrofoblasto invade hasta 3-4 pliegues. Llega la invasión del trofoblasto hasta el tercio interno del miometrio.

Cuando el óvulo se implanta, la secreción continua de progesterona provoca que las células endometriales crezcan y se llenen de glucógeno en mayor cantidad respecto a la fase progestacional del ciclo menstrual. Ahora se denominan células deciduales, y al conjunto de todas estas células se denomina decidua. La primera semana siguiente a la implantación, la decidua es el único medio de nutrición para el embrión. Durante las primeras 8 semanas de la gestación el embrión depende completamente de la decidua para nutrirse, posteriormente, a partir de la semana 10 de gestación la placenta es capaz de mantener la nutrición del embrión (aunque comienza a funcionar a partir del día 16 después de la fecundación).⁹

Función de la placenta
Cuando el trofoblasto comienza a invadir el endometrio forma cordones que posteriormente se canalizan y forman una luz en la cual comienza a circular sangre. Alrededor de estos cordones trofoblásticos se forman los senos sanguíneos por donde circula la sangre materna. Las células trofoblásticas emiten cada vez más proyecciones hasta convertirse en

⁹ DR. NÚÑEZ MACIEL EDUARDO “TRATADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA” Vol. I, ED. CUELLAR, p.p 272-273.

las vellosidades placentarias, dentro de las cuales se desarrollan capilares fetales. La sangre fetal circula siguiendo dos arterias umbilicales, avanza luego por los capilares de las vellosidades y finalmente, regresa al feto por una sola vena umbilical. El flujo sanguíneo materno procedente de las arterias uterinas penetra en los grandes senos maternos que rodean las vellosidades.

La mayoría de las sustancias que se intercambian en la placenta lo hacen por difusión. Los primeros meses de embarazo la membrana placentaria es gruesa porque no está completamente desarrollada. Por tanto, su permeabilidad es escasa, además de que la superficie placentaria es escasa. Posteriormente, la permeabilidad aumenta porque la membrana placentaria se adelgaza.

La PO_2 media de la sangre materna a nivel de los senos maternos es de 50 mmHg y la PO_2 media de la sangre fetal después de ser oxigenada en la placenta es de 30 mmHg. Hay tres razones para explicar cómo la sangre fetal con esa PO_2 tan baja puede acarrear tanto oxígeno y cederlo a los tejidos fetales:

1. Presencia de hemoglobina fetal: este tipo de hemoglobina tiene mayor afinidad por la hemoglobina (tiene una curva de disociación oxígeno/hemoglobina desviada a la izquierda). Con niveles bajos de PO_2 en la sangre fetal, la hemoglobina fetal es capaz de transportar un 20-50% más de oxígeno que la hemoglobina del adulto.
2. La concentración de hemoglobina es 50% más elevada en la sangre fetal
3. Efecto Bohr. La hemoglobina puede vehicular más oxígeno cuando la PCO_2 es baja. La sangre fetal que llega a la placenta lleva grandes cantidades de CO_2 , pero gran parte del mismo es el que difunde desde la sangre fetal a la sangre materna. La pérdida del CO_2 vuelve más alcalina la sangre fetal, mientras que el aumento del CO_2 en la sangre materna la vuelve más ácida. Esto hace que aumente la capacidad de combinación de la sangre fetal con el O_2 y que esta capacidad disminuya en la sangre materna. Esto obliga a que haya más oxígeno en la sangre materna al tiempo que aumenta la captación de O_2 por la sangre fetal. Por tanto, el principio de Bohr

actúa en una dirección en la sangre materna y en dirección opuesta en la sangre fetal: Doble efecto Bohr.¹⁰

-La difusión del CO₂ ocurre por difusión simple, ya que la PCO₂ fetal es 2-3 mmHg más elevada que la materna.

- La difusión de glucosa a través de la membrana placentaria ocurre por difusión facilitada gracias a transportadores encontrados en las células trofoblásticas que revisten las vellosidades placentarias.
- Los productos de desecho excretados a través de la membrana placentaria son el nitrógeno no proteínico (urea), el ácido úrico y la creatinina. La excreción de estos desechos fetales se produce principalmente por difusión simple.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS MATERNOS DURANTE EL EMBARAZO

En general hay aumento de tamaño de los órganos sexuales, edema, acné, rasgos masculinos y acromegálicos.

- ✓ La ganancia neta de peso es en promedio 10 870 gramos:
- ✓ 3180 g - feto
- ✓ 1800 g - líquido amniótico, placenta y membranas fetales
- ✓ 900 g - útero
- ✓ 2700 g - retención de líquidos materna
- ✓ 1400 g - depósito de grasa en tejidos maternos
- ✓ El metabolismo se eleva en promedio 15%, condiciona una sensación de calor excesivo.
- ✓ La nutrición se ve comprometida en caso de que la madre no tenga una dieta adecuada; por ejemplo: se necesitan 375 Mg. de hierro para que el feto forme sangre y la madre necesita 600 Mg. Los depósitos normales de hierro no hemoglobínico de la mujer no

¹⁰ VELASCO-MURILLO V, NAVARRETE-HERNÁNDEZ, E, CARDONA PÉREZ JA, MADRAZO-NAVARRO M. "Mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia en el Instituto mexicano del Seguro Social" 1987-1996. Rev. Med IMSS 1997; 35 (6): 451-456.

embarazada son de 100 Mg. y casi nunca superan los 700 Mg. Entonces, un consumo deficiente de hierro condiciona la presencia de anemia microcítica hipocrómica.

- ✓ El calcio suele absorberse mal en el tracto gastrointestinal.

CARDIOVASCULAR

- ✓ Presión arterial
- ✓ Poco después de la implantación la presión arterial (TA) y la resistencia vascular periférica (RVP) descienden ligeramente, debido al aumento de síntesis de prostaglandinas vasodilatadores, en particular la prostaciclina (PGI₂), que causa resistencia a los vasoconstrictores circulantes (angiotensina II y noradrenalina). La presión arterial diastólica cae 10% más que la sistólica.
- ✓ El promedio de presión arterial en el primer trimestre es de 103 + 10 mmHg sistólica y 56+ 10 mmHg de diastólica. Durante el tercer trimestre las mediciones son 109 + 12 mmHg sistólico y 69 + mm Hg. diastólicos. Por esto, cualquier medida de presión arterial mayor de 130/80 durante el embarazo es anormal.
- ✓ Después de la semana 28 aumenta la TA.¹¹

VOLUMEN MINUTO

- ✓ El flujo sanguíneo placentario de 625 mL por minuto, junto al aumento de metabolismo materno condiciona aumento del gasto cardiaco de la madre de 30-50% arriba de lo normal hacia la semana 27. Las últimas 8 semanas desciende hasta situarse sólo un poco por encima de lo normal.
- ✓ Cuando sobreviene hipertensión el volumen minuto cardiaco tiende a caer en respuesta a la activación refleja del sistema nervioso parasimpático.
- ✓ La frecuencia cardiaca incrementa en 22-26%, llegando a 84-96 latidos por minuto.

¹¹ VELASCO-MURILLO V, NAVARRETE-HERNÁNDEZ E, CARDONA PÉREZ JA, MADRAZO-NAVARRO M. "Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social" 1987-1996. Rev Med IMSS 1997; 35 (5): 377-383.

Resistencia vascular periférica.-Disminuye debido a vasodilatación mediada químicamente, ocurre a las 6 semanas de gestación. Se debe a refractariedad a los efectos presores de la angiotensina II y a sustancias vasodilatadores como el óxido nítrico, las prostaglandinas, progesterona y calcio.

VOLEMIA (Insuficiencia Cardíaca)

- ✓ Aumenta de 40-50% durante el embarazo (2.5 L) hacia la semana 24 de gestación. Este aumento es principalmente hormonal (estrógenos, aldosterona).
- ✓ El mayor aumento del volumen plasmático respecto al de los eritrocitos provoca la "anemia fisiológica del embarazo.
- ✓ La expansión del volumen extracelular materno persiste durante todo el embarazo con una retención de sodio acumulativa de 500-900 mEq
- ✓ El principal estímulo para que el riñón retenga sodio es la disminución de la resistencia vascular periférica.
- ✓ Esta hipervolemia suele provocar edema (35-83% de los embarazos), que se considera "benigno", localiza en miembros inferiores, es simétrico y bilateral. Puede contribuir a este edema la compresión de la vena cava inferior por el útero agrandado. El edema disminuye con el decúbito supino o lateral y reduciendo el tiempo en bipedestación.
- ✓ El edema gestacional localizado en cara, manos y en laringe (raro) debe sugerir preeclampsia
- ✓ Al momento del posparto, la mujer tiene de 1-2 L de sangre más respecto al inicio del embarazo.

CORAZÓN

- ✓ El aumento del volumen intravascular lleva a un incremento en el tamaño al final de la diástole del ventrículo izquierdo y posteriormente a un aumento del volumen de eyección. Por esto, en la placa de rayos X del tórax se puede observar normalmente una "cardiomegalia fisiológica" del embarazo durante el 2º y 3er trimestre.

COAGULACIÓN

- ✓ En el embarazo aumentan los factores VII, VIII, X, XII de la coagulación y el fibrinógeno.

FUNCIÓN RENAL

- ✓ La tasa de filtración glomerular (GFR) y el flujo sanguíneo renal aumentan en etapas tempranas del embarazo en aproximadamente 50% (depuración de inulina aumenta de $122 + 24$ mL/min. a $170 + 23$ mL/min. de la semana 8ª a la 32ª).
- ✓ El aumento del flujo sanguíneo renal se debe al aumento del gasto cardíaco y a la disminución de la resistencia vascular renal.
- ✓ El aumento de GFR exige un incremento en la reabsorción de sodio por los túbulos renales (la mayor parte ocurre en el túbulo proximal).
- ✓ La fracción de filtración (norma: 20%) cae en etapas tempranas del embarazo pero aumenta durante el último mes.
- ✓ El aumento de la GFR determina una creatinina sérica media de $0.45 + 0.06$ mg/dL en mujeres gestantes ($0.67 + 0.17$ mg/dL en mujeres no gestantes) y nitrógeno ureico sérico (BUN) de $8.7 + 1.5$ mg/dL en mujeres embarazadas respecto a $13 + 3$ en mujeres no embarazadas.
- ✓ Durante el embarazo se eleva la hormona antidiurética de origen hipotalámico o posiblemente de origen placentario
- ✓ En el embarazo hay alcalosis respiratoria crónica (pCO_2 arterial 30 mmHg).
- ✓ La hipocapnia aumenta la excreción renal de bicarbonato sérico a 16-20 mEq/L

FUNCIÓN RESPIRATORIA

- ✓ Debido al aumento del metabolismo basal de la embarazada y a su mayor envergadura, la cantidad de O₂ consumido por la madre aumenta 20%; al mismo tiempo, también se forma una cantidad considerable de CO₂, estos efectos hacen que aumente la frecuencia ventilatoria aproximadamente en un 50%.
- ✓ También, la progesterona disminuye el umbral al CO₂ del centro respiratorio (aumenta la sensibilidad al CO₂, en otras palabras).

3.3. CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

A. Tipos de hipertensión arterial en el embarazo

HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA	Hipertensión arterial después de la semana 20 del embarazo o primeros 14 días del puerperio, con proteinuria.
PREECLAMPSIA SEVERA	Elevación sobre cifras basales en la presión sistólica mayor de 30 mm. Hg. o diastólica mayor de 15 mm. Hg. o mayor de 140/90, pero menor de 160/110.
ECLAMPSIA	Crisis convulsivas o coma asociadas a hipertensión arterial.
PREECLAMPSIA /ECLAMPSIA SOBREGREGADA A HIPERTENSIÓN CRÓNICA	Hipertensión arterial previa al embarazo, agregándose preeclampsia / eclampsia.
HIPERTENSIÓN CRÓNICA	Hipertensión independiente a la gestación o anterior a las 20 semanas mayor de 140/90 mm. Hg.
PREECLAMPSIA RECURRENTE	Paciente con diagnóstico previo de preeclampsia, en embarazos anteriores.

Una sola toma de presión arterial puede ser equívoca, para darle valor diagnóstico debe tomarse nuevamente a las 6 hrs. Y valorar su persistencia.

B. Grado de severidad de la preeclampsia

ESPECIFICACIONES	LEVES	SEVERA
Presión arterial sistólica	140/160 mm.hg.	Mayor de 160 mm. Hg.
Presión arterial diastólica	90/110 mm. Hg.	Mayor de 110 mm. Hg.
Síntomas visuales y auditivos	Ausentes	Marcados o persistentes
Oliguria	Ausente	Menor a 17 ml. /hr.
Dolor abdominal alto	Ausente o mínima	Presente
Crecimiento uterino retardado	Ausente	Importante
Hiperreflexia	Ausente	Leve / acentuada
Sufrimiento fetal	Ausentes	Presente
Alteraciones en la conciencia	Ausente	presentes
Cianosis	Ausente	Presente
Hemólisis intravascular	Ausente	presente
Trombocitopenia	Menor de 3g./24 hrs.	presente
Proteinuria	Normal o ligeramente	Mayor de 3g./24 hrs.
Transaminasa	elevada	Marcadamente
Glutámico-oxalacética (TGO)	Normal o ligeramente	Elevada
Transaminasa	elevada	Marcadamente
Glutámico-pirúvica (TGP)	Normal o ligeramente	Elevada
Deshidrogenasa láctica (DHL)	elevada	Marcadamente Elevada

Preeclampsia leve.- Presencia de dos o más criterios enlistados en la columna leve.

Preeclampsia severa.- Presencia de dos o más criterios enlistados en la columna severa.

Eclampsia.-Hipertensión proteinuria y/o edema, independientemente de las cifras preexistentes y presencia de convulsiones y coma.¹²

3.4. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- Evitar el consumo de alimentos salados o con conservadores como embutidos, enlatados, carnes secas, (bacalao, cecina, machaca, etc.) quesos maduros, concentrados industriales de consomé, salsas de soya, así como refrescos.
- Incrementar el consumo de alimentos que proporcione adecuado aporte energético agregado a la dieta normal equivalente a 3000 Kcal/día.
- Consumo de proteínas, se debe recibir un incremento proteico mínimo de 60 g. /día adicionales al requerimiento normal de la dieta basal de preferencias proteínas de origen animal (una ración de la que normalmente consuma), o asociaciones de vegetales para la obtención de una suma de aminoácidos (arroz y frijoles, leguminosas y maíz, soya y arroz y trigo, soya y cacahuete y ajonjolí, amaranto y miel, nueces y almendras, avellanas y miel y avena, etc.). Esta acción es fundamental en el segundo trimestre de la gestación.
- Vitamina C 70 mg. /día, a través del consumo de tres raciones como mínimo, repartidas una en cada comida (guayaba, naranja, mandarina, kiwi, membrillo, piña, mango, etc.)
- Hierro a partir de la 12^a. Semana de gestación se recomienda la prescripción de :
 - Fumarrato polimaltosado o ferroso 30mg. /día
 - Sulfato ferroso 150 mg.
 - Gluconato ferroso 250 mg.
- Calcio, asegurar la ingesta de calcio de 1.5 a 2 g. /día que pueden sustituirse por 3-4 vasos de leche, ó 2-3 porciones de queso fresco de 50g. c/u, otras porciones de

¹² Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia Eclampsia. Pág. 19.

yogurt, una pieza en cada comida, o una ración de pescado salmonado de 100g. Ó 6-8 piezas de tortillas de maíz, sin conservadores. Esta acción es importante en el tercer trimestre de la gestación.

- Vitamina D 10 mcg. /día ó 4000 U.I. mediante el aporte de la dieta diaria (un vaso de leche, un huevo, una pieza de pescado) aunado a exposición de luz solar de 20-30 min. /diarios con la mayor superficie corporal descubierta.
- Ácido fólico, prescripción desde el inicio de la gestación hasta la 12ª semana, una dosis diaria (400 mcg. /día) frutas, verduras de hoja (espinacas, acelgas, verdolagas, lechuga, nopales) y cereales integrales.
- Vitamina A de 5,000 a 10,000 U.I./día o dos raciones grandes de jitomate en cada comida, un vaso de jugo de zanahoria (de preferencia con limón) y al inicio del desayuno, etc. Dosis mayores de 25,000 U.I. /día de vitamina A podría ser teratogénicas.
- Zinc, de 12-15 mg. /día; combinación de tres raciones de avena, leche, almendras, dátiles, plátanos, frijoles, rábanos, ostiones, mejillones y almendras.
- Magnesio, 350 mg. Es la ingesta oral diaria recomendada, tres raciones combinadas de granada, manzana, membrillo, coco, piña, mango, aunado con un vaso de leche en cada comida, pan integral, queso, lentejas, acelgas y berros.

El aporte adecuado de los nutrientes necesarios, favorece el mantenimiento de la salud materna, un crecimiento y desarrollo fetales óptimos, con la disminución de factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

Incremento de peso recomendado

- Primer trimestre: de 1.0 a 1.5 kg. Por cada mes
- Segundo trimestre: de 1.5 a 2.0 kg. Por cada mes
- Tercer trimestre: de 1.0 a 1.5 kg. Por cada mes

La alimentación natural será la primera elección, no se recomienda la suplementación vitamínica farmacéutica de rutina, y mucho menos indiscriminadamente, solo se deberá prescribir en aquellos casos que por su cuadro clínico así lo ameriten, ya sea por patologías previas, agregadas, cuadros clínicos de deprivación o intolerancia a ciertos alimentos. Su administración se controlará bajo estricta vigilancia médica.¹³

3.5. ORIENTACION PRECONCEPCIONAL

Planificación Familiar.- las parejas deberán recibir orientación acerca de las opciones de métodos anticonceptivos para las etapas de su vida reproductiva, el espaciamiento en los embarazos y la prevención de embarazos no planeados, de abortos inducidos y sus graves complicaciones.

La Norma oficial mexicana de los Servicios de Planificación familiar (NOM 005-SSA2—1993) establece las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la presentación de los servicios de planificación familiar e incluye la selección, prescripción y aplicación de métodos, orientación y consejería asegurando el derecho de los individuos y las parejas a su libre decisión.

La orientación y consejería se enfocarán a la disminución de los factores de riesgo para preeclampsia/eclampsia, incluyendo el espaciamiento adecuado de los embarazos, mejorar el estado nutricional en el periodo pregestacional y especial atención a aquellas mujeres que en sus embarazos anteriores presentaron preeclampsia/eclampsia.

¹³ Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia Eclampsia. P.P. 26-27.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES

Con antecedentes de preeclampsia leve

Opción	Métodos anticonceptivos
Primera	Dispositivo intrauterino con cobre (DIU) en el postevento obstétrico
Segunda	Hormonales orales combinados o inyectables, que podrán utilizarse después de los seis meses posparto sin lactancia
Tercera	Oclusión tubarica bilateral o vasectomía en pacientes con deseos de obtener un método anticonceptivo permanente (con consentimiento informado y firmado, integrado al expediente)

Con antecedentes de preeclampsia severa

Opción	Métodos anticonceptivos
Primera	Dispositivo intrauterino medicado con cobre (DIU) en el postevento obstétrico
Segunda	Oclusión tubarica bilateral o vasectomía en pacientes con deseos de obtener un método anticonceptivo permanente (con consentimiento informado y firmado, integrado al expediente)
Tercera	Hormonales orales combinados o inyectables, que podrán utilizarse después de los seis meses posparto sin lactancia, descartando hipertensión arterial esencial.

Con antecedentes de eclampsia

Opción	Métodos anticonceptivos
Primera	Dispositivo intrauterino medicado con cobre (DIU) en el postevento obstétrico
Segunda	Oclusión tubarica bilateral o vasectomía en pacientes con deseos de obtener un método anticonceptivo permanente (con consentimiento informado y firmado, integrado al expediente)

De acuerdo a la NOM de planificación familiar las recomendaciones para el uso de métodos anticonceptivos son las siguientes:

En pacientes con hipertensión arterial crónica se sugiere la aplicación de DIU medicado con cobre o un método anticonceptivo permanente en el periodo postevento obstétrico.¹⁴

3.6. FACTORES DE RIESGO

- Edad: embarazo en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años.
- Primigrávida o grandes multíparas
- Antecedentes personales y familiares de preeclampsia/eclampsia en un embarazo anterior o antecedentes familiares repetidos.
- Hipertensión arterial crónica o adquirida durante el embarazo, de cualquier etiología.
- Sobre-distensión uterina o de cualquier origen (embarazo gemelar o múltiple, polohidrominos)
- Intervalo Inter.-genésico menor de dos años.
- Enfermedades de evolución crónica

¹⁴ Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia Eclampsia. P.P. 23- 24.

- Diabetes mellitus
- Enfermedad renal previa o recurrente /aguda o crónica)
- Enfermedad trofoblástica
- Enfermedad autoinmunes
- Desnutrición
- Obesidad
- Ausencia o deficiencia de control prenatal
- Inestabilidad emocional (estrés, depresión, angustia, violencia familiar)¹⁵

3.7. CUADRO CLINICO

Durante cada visita prenatal, el médico le medirá la presión sanguínea, examinará su orina y estará tras la pista de otros signos precoces de la enfermedad. Las manifestaciones clínicas se desarrollan a partir de la 24ª. Semana de gestación, hasta la segunda semana del puerperio.

Los síntomas de la preeclampsia leve son:

- Presión sanguínea de 140/90 o mayor
- Edema generalizado
- Proteinuria

Los síntomas de la preeclampsia severa son más obvios. Estos son:

- Cefalea
- Gastritis (nauseas y vomito)
- Visión borrosa o manchas en frente de los ojos (llamadas escotoma)
- Aumento repentino de peso de más de medio kilo (alrededor de una libra) por día
- Dolor en el lado superior derecho del abdomen
- Reflejos rápidos (llamados hiperreflexia)¹⁶

¹⁵ Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia Eclampsia. P. 22.

Si la preeclampsia no es controlada, la enfermedad puede progresar hasta la eclampsia. En la medida en que la preeclampsia empeora, la proteína urinaria puede empeorar progresivamente, los exámenes de función hepática pueden presentar resultados anormales y la producción de orina puede verse disminuida (oliguria). Estos síntomas reflejan aquellos de la preeclampsia severa, pero también pueden presentarse estos otros:

- Convulsiones
- Pérdida del conocimiento o coma

3.8. DIAGNÓSTICO

Cuadro clínico compatible, medida de TA y exámenes de laboratorio con biometría hemática completa, química sanguínea incluyendo ácido úrico; perfil de lípidos, pruebas de función hepática, bilirrubinas séricas, creatinina sérica, depuración de creatinina en 24 horas, LDH, Fibrinogeno, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina activada. En gabinete: radiografía de tórax en PA.

Un aumento de la presión arterial de más de 30 mmHg o 15 mmHg de diastólica en las últimas etapas del embarazo, respecto a valores previos, es significativo, la aparición de proteinuria indica preeclampsia.¹⁷

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipertensión gestacional o inducida por el embarazo: es la hipertensión "nueva" con presión arterial >140/90 mmHg que aparece en etapas avanzadas del embarazo (>20

¹⁶ VELASCO-MURILLO V, POZOS-CAVANZO J.L CARDONA PÉREZ JA. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA. De la teoría a la práctica. Rev Med IMSS 2000; 38 (2): 139-147.

¹⁷ INTERNET. <http://www.yahoo.com.mx>

semanas) en dos tomas, pero sin estar asociada a signos de preeclampsia (en especial sin proteinuria). En general son multíparas, obesas, antecedente familiar de hipertensión y al final muchas terminan con hipertensión arterial esencial.

Hipertensión crónica: aquella que comienza antes del embarazo o aquella hipertensión del embarazo que no presentó signos de preeclampsia y persiste después de 12 semanas posparto.

Púrpura trombótica trombocitopénica (TTP): debido a la hemólisis y alteraciones neurológicas se puede confundir o puede coexistir con preeclampsia⁷. Apoya el diagnóstico de TTP la pentada clásica de fiebre, hemólisis intravascular, falla renal, trombocitopenia y alteraciones neurológicas.

3.9. TRATAMIENTO DE LA PRECLAMPSIA LEVE

- Se continuará con todas las medidas establecidas en la vigilancia del embarazo permitiendo hasta donde sea posible mantenerla en tratamiento conservador que permita alcanzar la madurez pulmonar fetal, recordando que el embarazo menor de 36 semanas resulta subóptimo y aumenta el riesgo de aplicaciones y mortalidad.
- Durante el periodo de tratamiento expectante, la paciente recibirá los medicamentos estrictamente necesarios, preferentemente indicaciones dietéticas control médico estrecho.
- Si las condiciones lo permiten estas pacientes deberán ser citadas a consulta según cada caso, de preferencia diario o cada tercer día y en condiciones estables cada 7 a 14 días, dependiendo del cuadro clínico.
- Se practicarán ultrasonidos seriados para valorar crecimiento fetal, pruebas sin estrés de la semana 32, de acuerdo a disponibilidad
- Si la paciente presenta descompensación o sintomatología agregada, que agrave el cuadro clínico, con inminencia de preeclampsia severa o eclampsia, será indicación de hospitalización.

- Estabilizada la paciente valorar la posibilidad de controles ambulatorios en consulta del segundo nivel, o decidir la hospitalización definitiva hasta la interrupción del embarazo según condiciones del mismo.

TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA SEVERA

Los pacientes con preeclampsia severa ser internados, en los servicios de gineco-obstetricia, tococirugia o terapia intensiva, según corresponda el caso.

No debe permitirse que en una preeclampsia severa continúe como tal por más de 48 horas, sin ser tratada adecuadamente.

Objetivos de la hospitalización:

- Mantener funciones vitales controladas
- Prevenir crisis convulsivas
- Controlar la hipertensión tratar complicaciones
- Interrupción del embarazo de acuerdo al estado materno-fetal.

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

El objetivo primordial es prevenir la hemorragia intracraneal y el fallo ventricular izquierdo además del vaso espasmo arterial selectivo del cerebro que generan las crisis eclámpticas. El vasoespasmo también llega a separar uniones entre células capilares, produciendo extravasación hemática entre las células capilares, produciendo extravasación hemática al espacio perivascular, esto constituye a focos de descargas eléctricas anormales que a propagarse producen las crisis.

Los pacientes con hipertensión crónica, pueden tolerar presiones arteriales medias mayores, ya que una mujer joven con preeclampsia puede iniciar convulsiones con tensión arterial de 140/95 mm.Hg. Mientras que una paciente con hipertensión crónica y preeclampsia sobre

agregada tolera presiones hasta de 220/150mm.Hg. Sin llegar a desarrollar convulsiones. Sin embargo sobre pasando estas cifras el cuadro clínico se agrava, asociándose trombosis micovasculares, edema cerebral y lesiones endoteliales provocando probamente de esta manera la producción de crisis en otras complicaciones.

Ante una crisis hipertensiva se dispone de los siguientes medicamentos:

Hidralazina

Es obligada la monitorización fetal cuando se administra la Hidralazina I.V. se recomienda dosis de 5 a 10 mg. I.V. en bolo (lento y diluido en soluciones fisiológicas) cada 20 o 30 min. A dosis/ respuesta, la dosis y frecuencia debe establecerse en función de la respuesta utilizar la Hidralazina vía oral a dosis de mantenimiento de 10 a 50 mg. Cada 6 horas (de 60 a 150 mg./día como dosis máxima).

Nifedipina

En caso de que las cifras tensionales diastólicas sean iguales mayores de 110mm.Hg. Se administrara de 10 a 20 mg. Por vía sublingual, si persiste la crisis hipertensiva se repetirá la administración cada 20 ó 30 min. Hasta 4 dosis.

En caso necesario se volverá su continuación vía oral con dosis de 10 a 20 mg. Cada 4 o cada 6 horas.

Alfametildopa

Dosis: 500 mg. Vía oras c/6 hrs. Ajustado dosis en cada caso (dosis máxima en 24 hrs. De 3g).

No debe administrarse ningún vasodilatador sin reponer previamente el volumen. Ni administrarse en presencia de sufrimiento fetal.¹⁸

¹⁸ Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia Eclampsia. P.P 35-36.

TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA

A las indicaciones anteriores valorar y agregar las siguientes medidas individualizado cada caso:

- Ayuno, durante las 24 hrs. Posteriores a la última convulsión.
- Evitar traumatismos durante la crisis convulsiva cama con barandales, almohadas, así como cánula de Guedel para evitar la mordedura de la lengua.
- Venoclisis por lo menos venas permeables, una para hidratación, aporte calórico y administración de fármacos y otra para PVC y toma de sangre.
- Sondeo vesical permeable abierto con medición volúmenes urinarios horarios.
- Evitar estímulos reposo en decúbito lateral y sedación en los casos que lo ameriten.
- Ventilación pulmonar adecuada, en caso de ser necesario aspirar secreciones (dependiendo del caso, valorar intubación orotraqueal o traqueotomía), frecuencia cardíaca, estado de la conciencia, diuresis, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, hidratación y coloración de tegumentos.
- Sulfato de magnesio administrado según método de Zuspan y de 1-2g. Cada hora como dosis de sostén por 24 hrs. Posterior a la última convulsión y si existe hiperreflexia, no administrar más de 16 g. En 24 horas vigilando la posibilidad de hipermagnesemia.
- Metilprednisolona, 5 mg. Por Kg. de peso dosis inicial y 1 mg. Por kg. De peso en dosis de mantenimiento cada 8 horas o dexametasona 16-24 mg. Dosis inicial y 8 hrs. I.V. por 48 hrs. (en edema cerebral y síndrome de Hellp).
- Valoración neurológica si persistieran las convulsiones, deterioro neuronal central o coma, (sospecha de enfermedad vascular cerebral) estará indicado someter a la paciente a valoración neurológica a través de tomografía axial computarizada y como barbitúrico por 24-48 hrs. 8 durante el estado de coma no es necesaria la administración de sulfato de magnesio).
- Fenitoína, 250mg. I.V dosis única posteriormente 125 mg. I.V cada 8 hrs. Aplicar lenta y diluida.

- Diazepam, en crisis convulsivas recurrentes, irritabilidad neuromotora central, edema cerebral, a una dosis inicial de 10 mg. I.V., las dosis adicionales serán previa valoración medica, por infusión continua a dosis máxima de 3 mg. /Kg. de peso corporal en 24 hrs.
- Furosemida, en casos de insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, prueba diurética en inminencia de insuficiencia renal. Se podrá utilizar furosemida previa valoración a dosis de 20 a 40 mg. I.V c/12 hrs. (individualizado dosis y frecuencia).

3.10. COMPLICACIONES

- Hemorragia cerebral
- Síndrome de Hellp
- Coagulación intravascular diseminada
- Insuficiencia cardiaca
- Insuficiencia renal
- Falla orgánica múltiple
- Ruptura hepática
- Desprendiendo prematuro de placenta normoinserta
- Encefalopatía hipertensiva
- Insuficiencia respiratoria aguda

Síndrome de Hellp

El síndrome de Hellp (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, low Platelets), descrito por Weinstein en 1982, complica aproximadamente al 10% de las pacientes con preeclampsia grave, manifestándose por disminución plaquetaria menor de 150,000 mm³, enzimas hepáticas elevadas transaminasa glutámico oxalacética (TGO) mayor de 70 U.I Transaminasa glutámico pirúvica (TGP) mayor de 50 U.I/l. Deshidrogenasa láctica (DL) mayor de 600 U.I, bilirrubinas elevadas mayor de 1.2 mg./dl., hematíes fragmentados en el frotis de sangre periférica, presencia de hemoglobina libre en plasma y hemoglobinuria. Se requieren de dos o más criterios para establecer el diagnóstico.

Clasificación de Martín (Mississippi)

TIPO I.- menos de 50,000 plaquetas

TIPO II.- más de 50,000 pero menos de 100,000 plaquetas

TIPO III.- más de 10,000 pero menos de 150,000 plaquetas

El síndrome de Hellp aumenta el riesgo de coagulación intravascular diseminada (CID) y hematoma hepático, se asocia a insuficiencia renal aguda y desprendimiento prematuro de placenta, complicando el cuadro clínico, lo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna y Perinatal.

El tipo I y II requiere transfusión sanguínea de plaquetas en el 50% de los casos la cantidad a transfundir es de 1 unidad por cada 10 kilos de peso.

Desprendimiento prematuro de placenta

Debido al vasoespasmo sistemático, la hipoxia placentaria y la gravedad del cuadro clínico preeclámpico, se presentan alteraciones severas en la circulación materno-fetal, con la formación de coágulo retroplacentario, lo que ocasiona la separación de la placenta de su zona de inserción, constituyendo una emergencia obstétrica para el feto y la madre; suele asociarse con síndrome de Hellp.

La indicación terapéutica inmediata deberá ser la terminación del embarazo, de preferencia por cesárea, ya que también se relaciona con sufrimiento fetal, presentaciones complicadas

fetales, etc.: si el trabajo de parto estuviera en periodo expulsivo muy avanzado y fuera inminente la expulsión por vía vaginal, abreviar el periodo expulsivo con fórceps terapéuticos; en los casos de óbito fetal, el riesgo de presentar CID puede estar presente, por lo que se seguirá considerando una urgencia obstétrica, debe tratarse con toda la importancia y cuidado que el padecimiento amerita, ya que sigue siendo una causa importante de mortalidad materno-fetal.

Insuficiencia renal aguda

El riñón es uno de los órganos que mas frecuente y temporalmente se afectan, en la preeclampsia/eclampsia, con presencia de albúmina, cilindraría, oliguria con diuresis menores de 30 ml. / hr. o aunaría, creatinina en suero mayor de 0.1 mmol./l. (2mg./dl.), ácido úrico en suero (mayor de 0.4 mmol./l.), deposito de hemoglobina o bilirrubina en tubulo renal; histológicamente se caracteriza por una glomérulo Endoteliosis, las asas capilares del glomérulo muestran edema y estrechamiento de la luz, afectándose las células endoteliales, la membrana basal, las células epiteliales, las células del magnesio y las del aparato yuxtaglomerular, provocando microscópicas vasculaciones del citoplasma con deposito de material amorfo, que aumenta el tamaño de las mimas, ocasionan disminución renal grave y llegan a complicaciones como: necrosis tubular aguda, necrosis cortical bilateral y muerte materna; puede agravarse por hipovolemia, hemorragia y uso de vasodilatadores. La indicación terapéutica será la terminación del embarazo.

Sin embargo, es restablecimiento de una eliminación urinaria adecuada precoz, es el objetivo terapéutico prioritario, ya que cuanto mas tiempo se mantenga una eliminación urinaria adecuada o presente, mayor es la posibilidad de que el paciente no desarrolle una lesión grave o irreversible y por lo tanto su pronostico será mas favorable.¹⁹

El manejo de la paciente incluirá control de líquidos, monitoreo electrolítico y ácido base, diuréticos, dopamina y en ocasiones requiere aplicar diálisis.

¹⁹ Lineamiento técnico para la prevención, diagnostico y manejo de la Preeclampsia Eclampsia. P.40.

Edema pulmonar agudo

Es una complicaciones muy frecuente de la preeclampsia grave y de la eclampsia, en el ultimo trimestre de la gestación, que afecta aproximadamente a un 6% de las pacientes que la padecen, a menudo se localizan áreas focales de bronconeumonía, la muerte suele producirse en el periodo posparto y se caracteriza por un intenso sufrimiento respiratorio, hipoxemia grave y estertores difusos a la auscultación.

Los tres factores de los que depende el bienestar cardiovascular se encuentran alterados.

- a) Precarga.-profundamente comprometida por hipovolemia.
- b) Fuerza de contracción.-hay inclusiones lipidicas en la fibra miocárdica y edema mitocondrial, las substancias circulantes con efecto vaso activo provocan vasoconstricción y taquicardia, se altera también el potencial de acción transmembrana.
- c) Poscarga.-afecta por un aumento de resistencias periféricas, lo anterior favorece que a la oferta de fluidos al aparato cardiovascular, incluso de edema agudo pulmonar sobre todo en presencia de disminución de la presión oncótica.

Generalmente se debe a sobrecarga del volumen; por alteraciones en la presión oncótica del plasma y a falla ventricular izquierda (no cardigenico en el primer caso y cardiogenico en el segundo caso), siendo esto una indicación para la terminación del embarazo, que deberá llevarse a cabo una vez lograda la estabilización hemodinámica.

Edema cerebral

La hipertensión arterial es la precursora de la elevación de la presión intracraneal que daña el endotelio vascular intracraneal, habiendo extravasculacion de líquidos hacia el tejido del sistema nervioso central, que desencadenan hipoxia cerebral, ocasionan perdida parcial o total de la autorregulación cerebral, alterándose el sistema vegetativo, llegando hasta la perdida del estado de relación del medio ambiente y puede manifestarse el cuadro convulsivo.

El manejo estará encaminado a corregir la hipoxia, conservando la osmolaridad del plasma, además de todas las medidas necesarias para conservar en lo posible la estabilidad orgánica general. La tomografía cerebral computarizada será confirmatoria del diagnóstico. La Terminación del embarazo será definitiva.

Coagulación intravascular diseminada

Se caracteriza por metabolismo acelerado de los factores de la coagulación, destrucción plaquetaria, activación del sistema fibrinolítico, formación de trombos en la microcirculación y actividad incontrolada de la trombina deteniéndose por la prolongación de los tiempos de tromboplastina (4 o más seg.), de tiempo de protombina (2 o más seg.), detención de productos de degradación del fibrinógeno/fibrina, hemorragia perivascular, necrosis en cerebro, hipófisis, riñones, placenta, etc.

La forma más grave se presenta en el abrupcio placentae y en el síndrome de Hellp, con la consiguiente hemorragia obstétrica localizada en el canal de parto o transquirurgica

El manejo estará encaminado a evitar hasta donde sea posible abrir vías de hemorragia y compresar, tratando de conseguir las alteraciones en la coagulación, con medidas que aseguren las funciones vitales estables.

Ruptura hepática

Es una complicación rara de la preeclampsia/eclampsia con alta letalidad. Se manifiesta por dolor epigástrico (dolor en barra) o en cuadrante superior derecho, irradiado al hombro, región interescapulo vertebral, en hemicinturon, pudiéndose generalizarse a todo el abdomen. El dolor es intenso, continuo y aumenta con los movimientos respiratorios, con la palpación y con aquellas condiciones que aumentan la presión intra-abdominal.

El dolor puede ser acompañado de manifestaciones como. Vómito, hipo, contracciones uterinas, convulsiones y defecación, así como distensión abdominal que aumente el peristaltismo.

Por otra parte, en los casos de ruptura hepática existen elevación de la TGO, TGP y DHL, varios días antes de establecerse el cuadro clínico agudo se presentan palidez, taquicardia,

ictericia leve, náuseas y vómito. Para confirmar lo anterior, los auxiliares diagnósticos pueden ser ultrasonido, tomografía axial computarizada (TAC), gammagrafía y arteriografía. El hígado puede afectarse por daño multiorgánico en la Preeclampsia grave, ya que el tejido hepático está profusamente afectado por un proceso hemorrágico y depósitos hialinos de fibrina que comienza como hemorragia periportal y continúa con la formación de hematomas, debido a isquemia por vasoespasmos con necrosis y hemorragia, pudiendo ser petequialo evolucionar a hematoma, contenido dentro de la cápsula de Glisson, que ocasionan ruptura capsular provocado hemoperitoneo, shock y muerte.

La ruptura hepática puede ocurrir en el anteparto o posparto y en ambos casos los signos y síntomas son de síndrome de abdomen agudo con un profundo colapso circulatorio. Los signos de irritación peritoneal y de hipovolemia progresiva hacen sospechar la presencia de hemorragia intra-abdominal como origen del problema.

Si el feto aún no ha sido extraído, el embarazo debe terminarse inmediatamente, ya que es de las causas de mortalidad materno-fetal por complicaciones en la preeclampsia/eclampsia.

Histológicamente el daño hepático se describe como obstrucción sinusoidal y arteriolar por trombos de fibrina, pudiendo evolucionar hasta áreas de necrosis periportal; la lesión es frecuentemente referida como un hematoma subcapsular, como ruptura dentro de la cavidad peritoneal y se acompaña comúnmente de profundo compromiso de coagulación.

El proceso quirúrgico, cualquier sutura que se realice sobre todo este tejido tan friable causará mayor hemorragia y laceración, por lo que este deberá efectuarse por un especialista experimentado.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES # 31 DE HUETAMO, MICHOACÁN EN EL PERIODO DE ENERO – JULIO 2005?

V. OBJETIVOS:

5.1. Objetivo General:

- Conocer la frecuencia de las mujeres que se atendieron su parto en hospital rural de oportunidades # 31 y presentaron preeclampsia durante el periodo de enero-julio de 2005.

5.2. Objetivos específicos:

- Prevenir, detectar y diagnosticar tempranamente la preeclampsia / eclampsia en las unidades de primer nivel de atención.
- Identificar las repercusiones de la preeclampsia/eclampsia.
- Abatir el número de complicaciones previsibles de la preeclampsia / eclampsia.
- Promover estrategias de atención de enfermería en las repercusiones existentes.

VI. HIPOTESIS

- Ho

Mujeres embarazadas que presentaron preeclampsia de las cuales se atendieron su parto en el hospital rural de oportunidades # 31 de Huetamo, Mich.

- Hu

Mujeres embarazadas que no presentaron preeclampsia de las cuales se atendieron su parto en el hospital rural de oportunidades # 31 de Huetamo, Mich.

VII. MATERIAL Y MÉTODO

7.1. TIPO DE VARIABLE

- **Variable Independiente:** Embarazo
- **Variable Dependiente:** Preeclampsia/eclampsia

7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICION	INSTRUMENTO
Variable Independiente Embarazo	EMBARAZO Es el término que comprende el periodo de gestación que comprende el periodo de gestación del ciclo reproductivo humano.	EMBARAZO DE ALTO RIESGO.- Son los embarazos no controlados, los que desarrollan mujeres con edad menor a los 18 o superior a los 35 años. También corresponde a las mujeres que han experimentado alguna patología anterior. EMBARAZO DE BAJO RIESGO.- Son los embarazos controlados, son los que desarrollan las mujeres con edades comprendidas entre 19 y 35 años de edad, y son mujeres sin	ESCALA ORDINAL 1) Emb. De riesgo 2) Emb. de no riesgo.	Cuestionario y entrevista

		problemas de salud.		
Variable Dependiente <u>Preeclampsia/eclampsia</u>	<p>PREECLAMPSIA Síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de la gestación, parto o puerperio inmediato y mediato, que se caracteriza principalmente por hipertensión y proteinuria clasificándose en leve y severa.</p> <p>ECLAMPSIA Presencia de convulsiones o coma en pacientes con sintomatología de preeclampsia.</p>	<p>PREECLAMPSIA LEVE No hay presencia de disfunción orgánica. Si no hay proteinuria y la sospecha diagnóstica es alta, la ganancia súbita de peso o edema orienta al diagnóstico.</p> <p>PREECLAMPSIA SEVERA Presión arterial sistólica mayor a 160 mm Hg o diastólica mayor a 110 mm Hg más proteinuria >5 g por día y evidencia de daño a órgano blanco: cefalalgia, alteraciones visuales, confusión, dolor en hipocondrio derecho o hipogastrio, función hepática alterada, proteinuria, oliguria, edema</p>	<p>ESCALA ORDINAL</p> <p>1) Preeclampsia leve</p> <p>2) Preeclampsia severa</p>	<p>cuestionario y entrevista</p>

		pulmonar, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, oligohidramnios y restricción de crecimiento uterino.		
--	--	--	--	--

7.3. DISEÑO DE ESTUDIO

Se presenta un estudio transversal, observacional, descriptivo y realizado mediante registro institucional de casos de hipertensión arterial en la gestación.

7.4. POBLACION Y MUESTRA

Se tomara una muestra de embarazadas del Hospital rural de oportunidades #31 de huetamo, mich. Mediante la formula:

$$\frac{N}{1+N(E^2)}$$

El tamaño de la muestra será del 95% de confiabilidad. El cálculo del tamaño de la muestra será de 100 embarazadas.

7.5. CRITEROS DE INCLUSIÓN

Todas las embarazadas inscritas al unidades rural de oportunidades #31 de huetamo, mich, seleccionadas en la muestra.

7.6. CRITEROS DE EXCLUSIÓN

Todas las embarazadas inscritas a otras unidades de salud o municipios de la huetamo, mich; así como aquellas embarazadas que no se encontraron dentro de la muestra tomada.

7.7. CRITEROS DE ELIMINACIÓN

Mujeres que acuden al hospital rural de oportunidades # 31 de Huetamo, Mich., pero que no quieran participar en el estudio.

Cuestionarios incompletos.

Cuestionarios con dos mas respuestas.

VIII. ORGANIZACION DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. RECURSOS

- Humanos: Como responsable de la investigación estará la pasante de la Escuela de Licenciatura en enfermería Nancy Zurian Ruiz.
- Físicos: Se utilizaran las Instalaciones del hospital rural de oportunidades #31 de Huetamo, Mich.
- Materiales: Se utilizara una computadora personalizadas del Pentium 4 a 2 GHZ, 256 MB de memoria RAM con programas Microsoft Word con un procesador de textos, Microsoft Excel y el programa SPSS para Windows.
- Financieros: Los gastos que la investigación serán cubiertos por la responsable de la misma.

8.2. TIEMPO

Enero a Julio del 2005

8.3. ESPACIO

En el hospital rural de oportunidades # 31 de Huetamo, Mich.

IX. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recopilación de datos se realizara entrevista a las embarazadas que acudieron al hospital rural de oportunidades #31 de huetamo, mich, se hará una revisión de expedientes clínicos, se aplicarán cuestionarios previamente elaborado junto con indicaciones correspondientes, se comprobara la efectividad de los cuestionarios y se probara las veces que se requiera para que no exista duda de su aplicación.

X. MANEJO DE DATOS

La información será obtenida de los expedientes clínicos incluidas en la muestra representativa del hospital rural de oportunidades #31 de huetamo, mich, además las referencias obtenidas de libros, revistas, Internet, registros y normas oficiales.

XI. ÉTICA

El presente protocolo no tiene implicaciones éticas ya que la información va a manejarse en forma confidencial y los resultados se van a presentar en forma general. Sin embargo al abordar a los entrevistados se les va a dar dicha información, y que también si es necesario y en forma individual se buscará a aquellas personas a los que se crea deben tener apoyo.

XII. RESULTADOS

CUADRO No 1

En cuanto a la localidad el 100% de las mujeres encuestadas son de la localidad de huetamo.

CUADRO No 2

En esta grafica se puede observar que el 100% de las mujeres encuestadas son del municipio de huetamo.

CUADRO No 3

En esta grafica se observa que el 100% son en su totalidad mujeres las encuestadas.

CUADRO No 4

En cuanto a la edad de las mujeres encuestadas se observa que el 34% de ellas comprende a una edad de 16-20 años, el 25% comprende de 21-25 años, el 23% abarca de 26-30 años, el 9% de ellas son mayores de 36 años, el 7% son menores de 15 años, mientras que el 2% de 31-35 años de edad. (Grafico No 3)

CUADRO No 5

De acuerdo a esta grafica se observa que el 57% de las mujeres encuestadas son casadas, el 22% se encuentra en unión libre, el 18 % son solteras y el 3% son divorciadas. El grupo de mayor proporción son las casadas. (Grafico No 5)

CUADRO No 6

De acuerdo a las mujeres encuestadas el 51% de ellas no trabaja, mientras que el 49% si trabaja. (Grafico No 6)

CUADRO No7

Como se observa en la grafica el 51% no trababa, encuanto al 28% trabaja de empleada, el 11% de profesora, el 5% de secretaria, el 2% de contadora, el 2% de campesina y 1% intendente. (Grafico No 7)

CUADRO No 8

En cuanto a los ingresos económicos que perciben las mujeres encuestadas se observa que el 42% de 1100-2000, el 29% de 2100-3000, el 9% de 3100-4000, el 8% de ellas de 4100-5000, el 6% 0-1000, mientras que otro 6% de 5000y mas. (Grafico No 8)

CUADRO No 9

De acuerdo alas encuestas realizadas el 94% perciben apoyo económico, mientras que un 6% no tiene apoyo económico de nadien. (Grafico No 9)

CUADRO No 10

De acuerdo alas mujeres encuestadas de quien reciben apoyo económico es un 75% del esposo _ pareja, mientras que solo un 25% de ellas lo tienen de algún familiar. (Grafico No 10)

CUADRO No 11

De acuerdo en las en cuentas realizadas se observa que el 97% de las mujeres encuestadas si saben leer y escribir, mientras que un 3% son analfabetas. (Grafico No 11)

CUADRO No 12

De acuerdo a al escolaridad se detecta que el 19% de las mujeres encuestadas tienen bachillerato incompleto, el 15% con carrera técnica, el 15% secundaria incompleta, un 13% de bachillerato incompleto, al igual un 13% de secundaria incompleta, un 12% son profesionales, un 7% cuenta con primaria completa, un 3% tan solo con primaria incompleta y mientras un 3% de las mujeres son analfabetas. (Grafico No 12)

CUADRO No 13

En esta grafica se observa que el 91% de las mujeres encuestadas no han tenido abortos, mientras que solo un 9% de las mujeres si han tenido abortos. (Grafico No 13)

CUADRO No 14

En esta grafica se observa que el 90% de las mujeres encuestadas no ha tenido aborto, mientras que un 5% de ellas su causa fue por embarazo molar, un 4% por malformaciones congénitas, mientras que 1% fue provocado. (Grafico No 14)

CUADRO No 15

En cuanto al tipo de parto de las mujeres encuestadas un 69% de ellas fue por vía vaginal, mientras que tan solo un 31% por cesárea. Siendo así más predominante el parto vía vaginal. (Grafico No 15)

CUADRO No 16

En relación a los embarazos vivos se observo que el 49% de las mujeres ha tenido solo un embarazo vivo, el 26% dos embarazos vivos, mientras que el 19% tres embarazos vivos, mientras que el 6% cuatro embarazos vivos. (Grafico No 16)

CUADRO No 17

En relación a los embarazos muertos se observo que el 88% de las mujeres no ha tenido embarazo muertos, el 11% un embarazo muerto, mientras que el 1% de ellas ha tenido dos embarazos muertos. (Grafico No 17)

CUADRO No 18

En relación al numero de embarazos se observo que el 48% nada mas han tenido un embarazo, el 23% dos embarazos, mientras que el 19% tres embarazos, mientras que el 10% cuatro embarazos. (Grafico No 18)

CUADRO No 19

En relación a las mujeres encuestadas se observó que el 89% de ellas si acudieron a consulta durante su embarazo, mientras que un 11% de ellas no acudió. (Grafico No 19)

CUADRO No 20

En esta grafica se puede observar que el 90% de las mujeres si acudieron a consulta, mientras que un 5% de ellas no acudió debido a la falta de tiempo, un 3% debido a falta de conocimiento, 1% por vergüenza a que la vieran embarazada y mientras 1% por que refiere que no lo necesitaba. (Grafico No 20)

CUADRO No 21

En cuanto a la presión arterial de las mujeres encuestadas el 89% de ellas si presentaron, mientras que 11% de ellas no lo presento. Prevalciendo así en las mujeres con presión arterial alta. (Grafico No 21)

CUADRO No 22

En relación con la presión arterial de las mujeres encuestadas se observa que el 58% de ellas presentaron una presión arterial normal, mientras que un 42% de ellas presentaron una presión alta. Siendo así más prevaliente la normal. (Grafico No 22)

CUADRO No 23

En cuanto al edema el 95% de las mujeres encuestadas si presentaron edema, mientras que el 5% de ellas no presentaron. Siendo así de más prevalían las mujeres con edema. (Grafico No 23)

CUADRO No 24

En esta grafica se observa que de las mujeres encuestadas el 32% de ellas presento edema generalizado, el 28% en pies y cara, otro 28% en pies, un 7% de ellas en pies y brazos, mientras que un 5% de ellas no presentaron algún tipo de edema. (Grafico No 24)

CUADRO No 25

En esta grafica se puede observar que el 67% de las mujeres encuestadas presentaron cefalea, mientras que un 33% de ellas no lo presentaron. (Grafico No 25)

CUADRO No 26

En esta grafica se puede observar que el 49% de las mujeres presentaron cefalea con mas frecuencia por el turno matutino, el 34 de ellas no presento, mientras que el 6% lo presento por el turno nocturno, el 5% por el turno matutino y nocturno, mientras que e 1% de las mujeres lo presento por el turno matutino y vespertino. (Grafico No 26)

CUADRO No 27

En esta grafica se puede observar que el 57% de las mujeres encuestadas no presentaron gastritis, mientras que un 43% de ellas si presentaron. (Grafico No 27)

CUADRO No 28

En esta grafica se observa que 56% de las mujeres encuestadas no presentaron gastritis, mientras que un 26% de ellas si presentaron con irritantes, mientras que el 18% de ellas con picante. (Grafico No 28)

CUADRO No 29

En esta grafica se puede observar que el 93% de las mujeres encuestadas no presentaron escotomas, mientras que tan solo el 7% de ellas si presentaron. (Grafico No 29)

CUADRO No 30

En cuanto a frecuencia en esta grafica se observar que el 92% de las mujeres encuestadas no presentaron escotomas, mientras que un 3% de ellas lo presento en turno matutino, un 4% en turno nocturno, mientras que 1% de ellas lo presento en turno vespertino. (Grafico No 30)

CUADRO No 31

En esta grafica se puede observar que el 73% de las mujeres encuestadas no presentaron vértigos, mientras que tan solo el 27% de ellas si presentaron. (Grafico No 31)

CUADRO No 32

En cuanto a frecuencia en esta grafica se observar que el 73% de las mujeres encuestadas no presentaron vértigos, un 21% de ellas lo presento en turno matutino, nocturno, mientras que un 3% de ellas lo presento en turno nocturno, mientras que 2% de ellas lo presento en turno matutino. (Grafico No 32)

CUADRO No 33

En esta grafica se observa que un 51% de las mujeres encuestadas no presentaron ardor al orinar, mientras que un 49% si presentaron ardor al orinar. (Grafico No 33)

CUADRO No 34

En esta grafica se puede observar con que frecuencia orinaban las mujeres encuestadas, 46% de las mujeres solamente orinaban una vez, un 34% de las mujeres orinaban 3 veces, un 18% de ellas dos veces, y un 2% de ellos orinaban 4 veces por la noche. (Grafico No 34)

CUADRO No 35

En cuanto a los estudio de laboratorio según las mujeres encuestadas un 98% de ellas si se realizaron algún tipo de estudio, mientras que el 2% de las mujeres no se realizaron ningún tipo de estudio de laboratorio. (Grafico No 35)

CUADRO No 36

En esta grafica se puede observar que de las mujeres encuestadas el 37% de ellas se realizaron los estudios mas completos, el 24% EGO, ULTRASONIDO, el 23% sola mente ULTRASONIDO, el 5% EGO, el 4% de ellas EGO, mientras que el 2% de las mujeres encuestadas no se realizaron ningún tipo de estudio. (Grafico No 36)

CUADRO No 37

En esta grafica se puede observar que de las mujeres encuestadas el 98% de ellas se realizaron algún tipo de estudio, mientras que 1% de ellas no se realizo ningún estudio por falta de recursos, y otro 1% por que refiere que no lo necesitaba. (Grafico No 37)

CUADRO No 38

En cuanto a los síntomas de la preeclampsia/eclampsia se encontró que un 59% de las mujeres encuestadas no tienen conocimientos de los síntomas, mientras que tan solo un 41% de ellas si saben algunos de estos síntomas. (Grafico No 38)

CUADRO No 39

En cuanto a los síntomas un 60% de las mujeres encuestadas no conocen los síntomas de la preeclampsia/eclampsia, mientras que un 18% tiene conocimiento de la presión arterial alta, edema y cefalea, un 9% presión arterial alta y cefalea, un 6% presión arterial alta, un 5% edema y presión arterial alta, 1% cefalea y edema, mientras que tan solo 1% tan solo conocen el edema. (Grafico No 39)

CUADRO No 40

En cuanto al uso de método de planificación familiar de las mujeres encuestadas, se observa que el 96% de ellas si usan algún tipo de método, mientras que el 4% de las mujeres no usan ningún tipo de método. Siendo así más notable la uso de algún método de planificación familiar. (Grafico No 40)

CUADRO No 41

En esta grafica se puede observar que de las mujeres encuestadas el 66% de ellas utilizaron el DIU, el 18% OTB, el 12% de las mujeres utilizaron implante subdermico, mientras que el 4% de las mujeres encuestadas no utilizaron algún tipo de método de planificación familiar. (Grafico No 41)

CUADRO No 42

En esta grafica se puede observar que de las mujeres encuestadas se observo que el 56% de ellas no tienen algún familiar que padezca de presión arterial alta, mientras que un 44% de las mujeres encuestadas se encontró que si tienen algún familiar que padezca presión arterial alta. (Grafico No 42)

CUADRO No 43

En esta grafica se observa que de las mujeres encuestadas un 56% de ellas no tiene algún familiar que padezca presión arterial alta, un 22% de ellas padecen su mama, un 13% lo padecen su papa, un 7% lo padecen los abuelos, mientras que un 2% lo padecen sus tío. (Grafico No43)

XIII. CLONCLUSIONES

En el presente trabajo se encontró que existe una relación entre la edad con el estado civil, observándose que ha menor edad, mayor riesgo de adquirir preeclampsia. Se detecto también que el número de embarazos se relaciona con la presencia de presesión arterial alta mayor riesgo de adquirir preeclampsia/eclampsia.

La escolaridad es otra de las variables importante en el estudio con relación al numero de embarazos encontrando que a menor escolaridad menor frecuencia para la realización de estudios de laboratorios.

Se encontró que las pacientes durante su periodo gestacional iniciaron con presión arterial alta en alguna ocasión.

Aunque en la encuesta se encontró que la paciente con algún síntoma de preeclampsia, no han recibido información sobre la enfermedad, es importante mencionar que la información se ha dado a ultimas fechas, teniendo que las mujeres con baja escolaridad no acuden a recibir información por falta de tiempo.

Cabe mencionar que los profesionales del área de salud que mas han participado en la información sobre la preeclampsia/eclampsia.

XIV. SUGERENCIAS

No se conoce ninguna manera de prevenir la preeclampsia/eclampsia, pero con un buen cuidado prenatal puede diagnosticarse de forma precoz y mantenerse bajo control. Esto requiere de visitas frecuentes al médico para que éste no pierda de vista la presión sanguínea y pueda monitorear la cantidad de proteína en la orina.

Las acciones de salud dirigidas a modificar factores de riesgo tales como embarazo en edad temprana o en edad tardía, obesidad, enfermedad materna (riesgo preconcepcional) o la modificación de factores durante el embarazo tales como el aumento de más de 1kg semanal en el tercer trimestre, o el edema de aparición brusco, pueden contribuir a una disminución en la incidencia de la enfermedad. El conocimiento de la fisiopatología y de las formas atípicas de la enfermedad pueden contribuir a la disminución de la evolución hacia formas graves, muertes materna y perinatal.

- El equipo medico debe continuar con los programas de prevención del Sector Salud dirigidas a la sociedad:
 - La identificación temprana de signos y/o síntomas de alarma por parte de la paciente.
 - La capacitación permanente del personal de salud en la prevención de factores de riesgo.

1. MEDIDAS GENERALES

- Aplicación de toxoide tetánico-diftérico
- Descartar tuberculosis, sífilis o infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (en casos sospechosos)
- Valoración del riesgo obstétrico

2. CONTROL PRENATAL

El examen sistemático.-En la consulta externa de las mujeres gestantes, le dará al médico el perfil clínico de cada paciente, teniendo como un objetivo la búsqueda intencionada de signos y síntomas de preeclampsia / eclampsia.

Las anotaciones correspondientes en el expediente clínico, facilitaran el análisis y la detección temprana de síntomas o signos de este síndrome, logrando un medio adecuado y referencia oportuna.

➤ Durante las consultas, se deberá :

- Realizar un seguimiento de la tensión arterial para detectar oportunamente la aparición de la preeclampsia/eclampsia.

- Adecuar la periodicidad de las consultas.

- En las consultas, valorar sistemáticamente, la ganancia de peso corporal, la evolución del crecimiento fetal intrauterino, frecuencia cardíaca fetal, aparición y evolución del edema, así como la presencia de cefalea), para diagnosticar tempranamente la preeclampsia/eclampsia.

- Orientar y capacitar sobre la importancia de que todas las mujeres limiten el número de parejas sexuales.

- Orientación nutricional para que en su dieta incluyan alimentos ricos en vitamina A, C, calcio y ácido fólico.

- Promover los programas de salud ginecológica entre las usuarias que acuden a la consulta de control prenatal y planificación familiar.

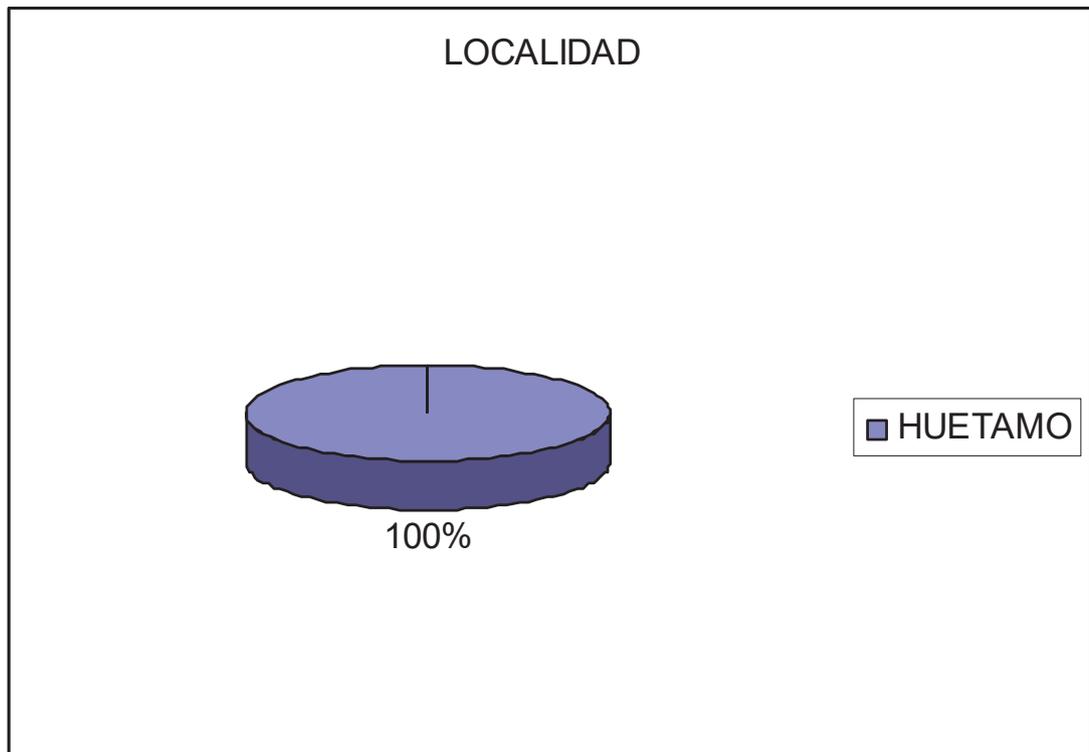
XV. ANEXOS

LOCALIDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

GRAFICA No 1

LOCALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HUETAMO	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



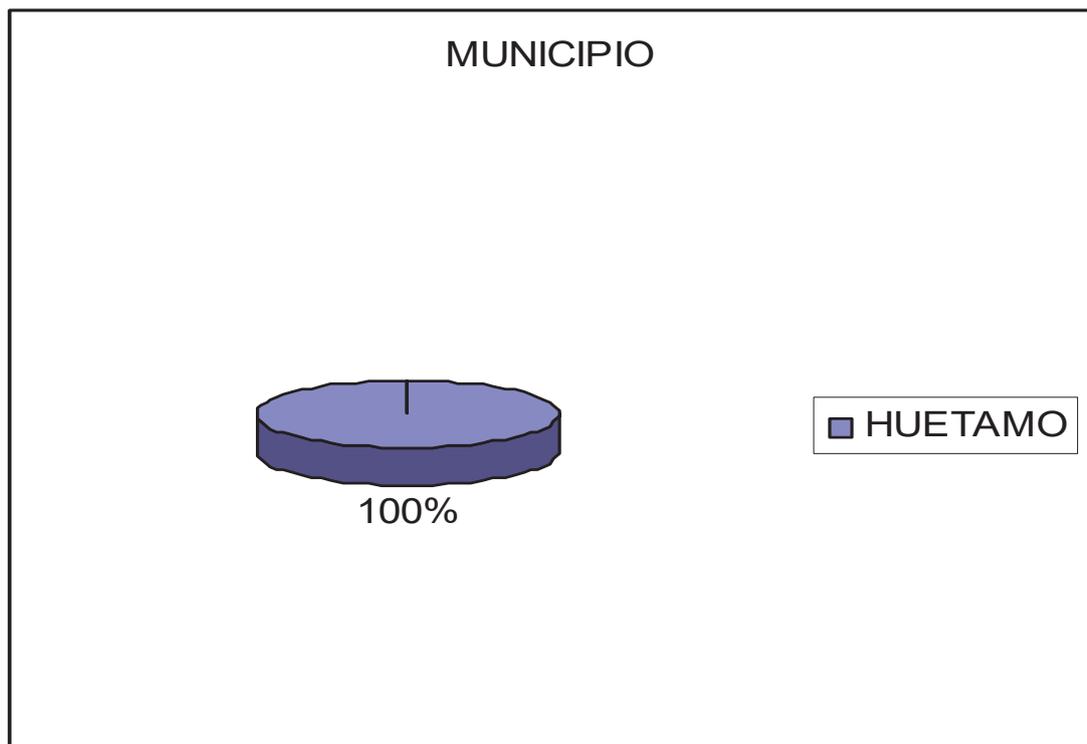
Interpretación: En esta grafica se puede observar que el 100% de las mujeres encuestadas son de la localidad de huetamo.

MUNICIPIO DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

GRAFICA No 2

MUNICIPIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HUETAMO	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



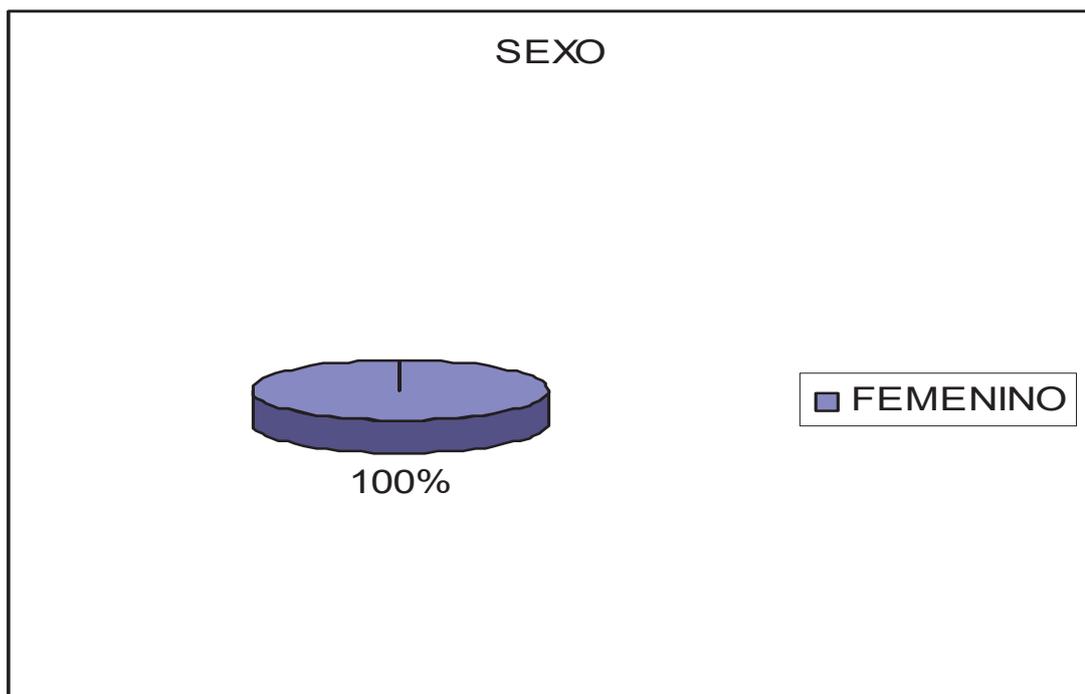
Interpretación: En esta grafica se puede observar que el 100% de las mujeres encuestadas son del municipio de huetamo.

SEXO DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

GRAFICA No3

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



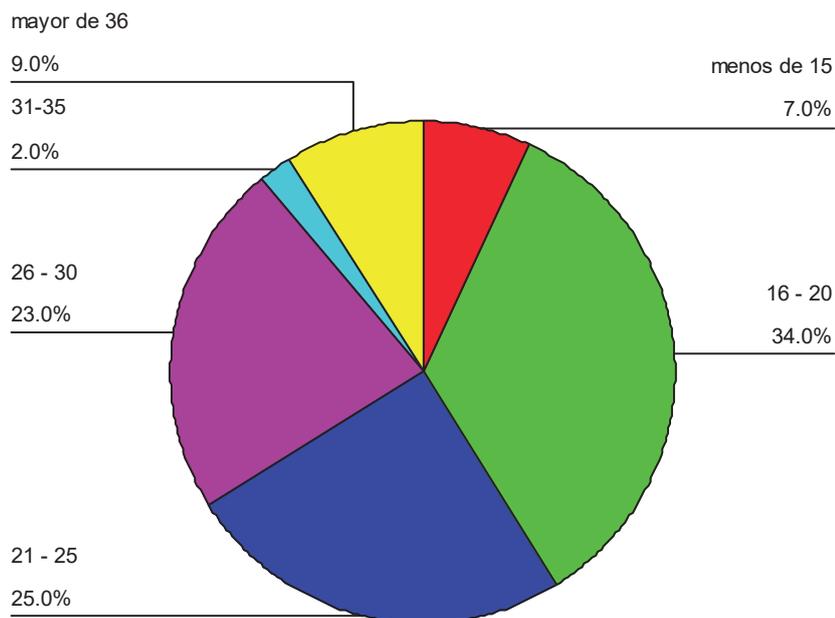
Interpretación: En esta grafica se observa que el 100% son en su totalidad mujeres las encuestadas.

EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

GRAFICA No 3

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos -15	7	7.00
16-20	34	34.0
21-25	25	25.0
26-30	23	23.0
31-35	2	2.00
Mayor de 36	9	9.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 3

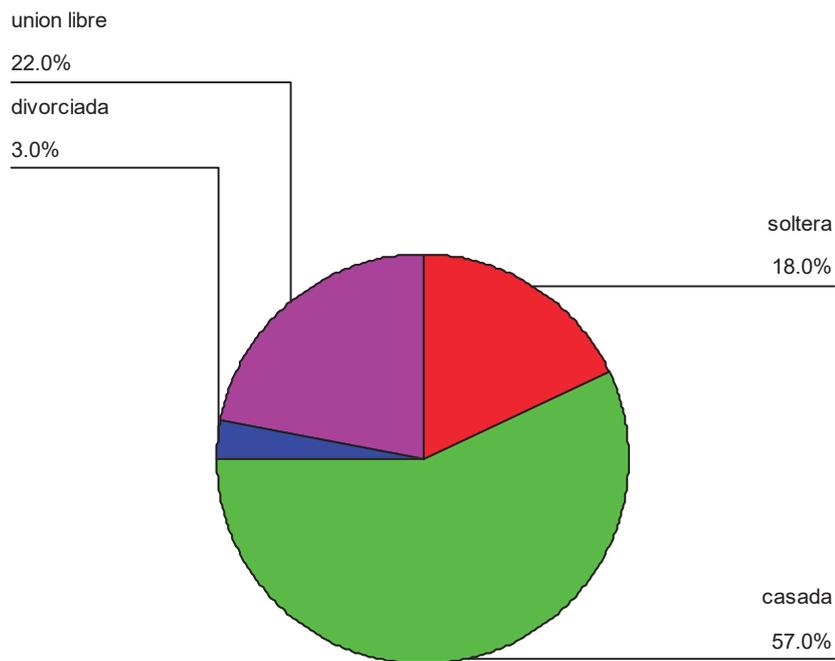
Interpretación: En cuanto a la edad de las mujeres encuestadas se observa que el 34% de ellas comprende a una edad de 16-20 años, el 25% comprende de 21-25 años, el 23% abarca de 26-30 años, el 9% de ellas son mayores de 36 años, el 7% son menores de 15 años, mientras que el 2% de 31-35 años de edad.

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 5

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	18	18.0
CASADA	57	57.0
DIVORCIADA	3	3.00
UNION LIBRE	22	22.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005



Fuente: Tabla 5

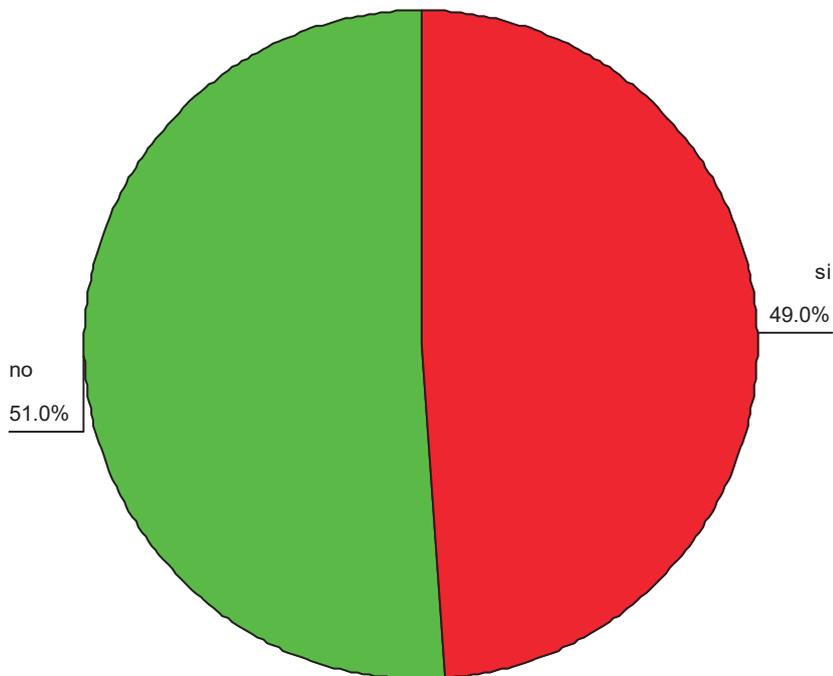
Interpretación: De acuerdo a esta grafica se observa que el 57% de las mujeres encuestadas son casadas, el 22% se encuentra en unión libre, el 18 % son solteras y el 3% son divorciadas. El grupo de mayor proporción son las casadas.

TRABAJAN DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 6

TRABAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	49	49.0
NO	51	51.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 6

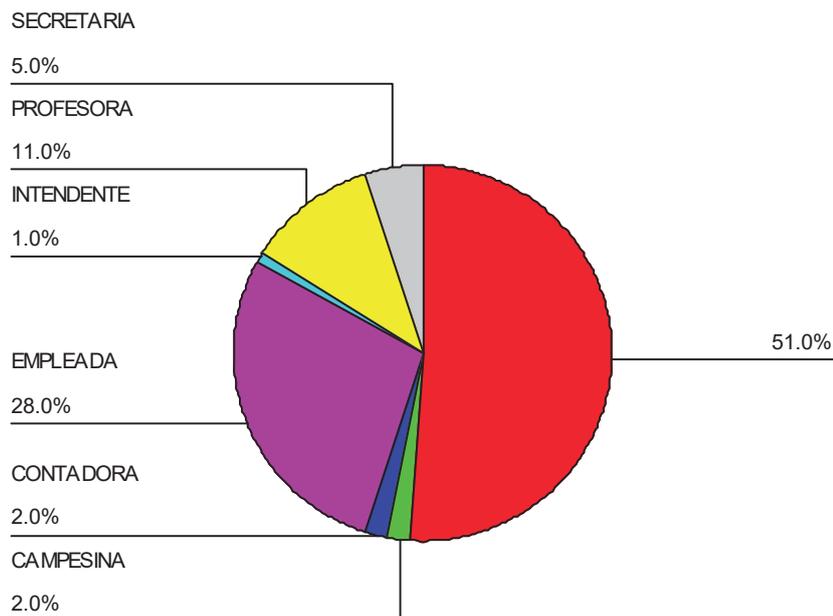
Interpretación: De acuerdo a las mujeres encuestadas el 51% de ellas no trabaja, mientras que el 49% si trabaja.

EN QUE TRABAJAN LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 7

EN QUE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAMPESINA	2	2.00
CONTADORA	2	2.00
EMPPLEADA	28	28.0
INTENDENTE	1	1.00
PROFESORA	11	11.0
SECRETARIA	5	5.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 7

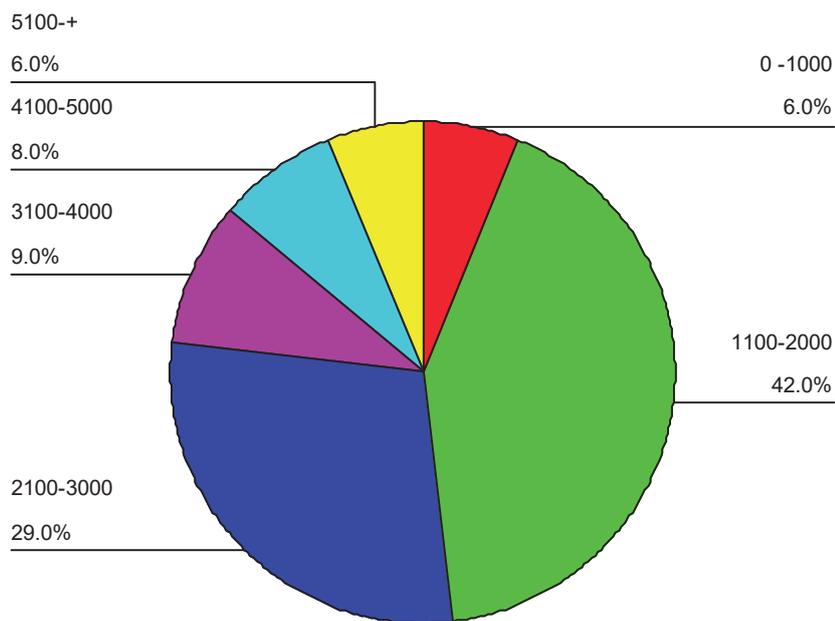
Interpretación: Como se observa en la grafica el 51% no trababa, encunto al 28% trabaja de empleada, el 11% de profesora, el 5% de secretaria, el 2% de contadora, el 2% de campesina y 1% intendente.

INGRESOS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 8

INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-1000	6	6.00
1100-2000	42	42.0
2100-3000	29	29.0
3100-4000	9	9.00
4100-5000	8	8.00
5100-+	6	6.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 8

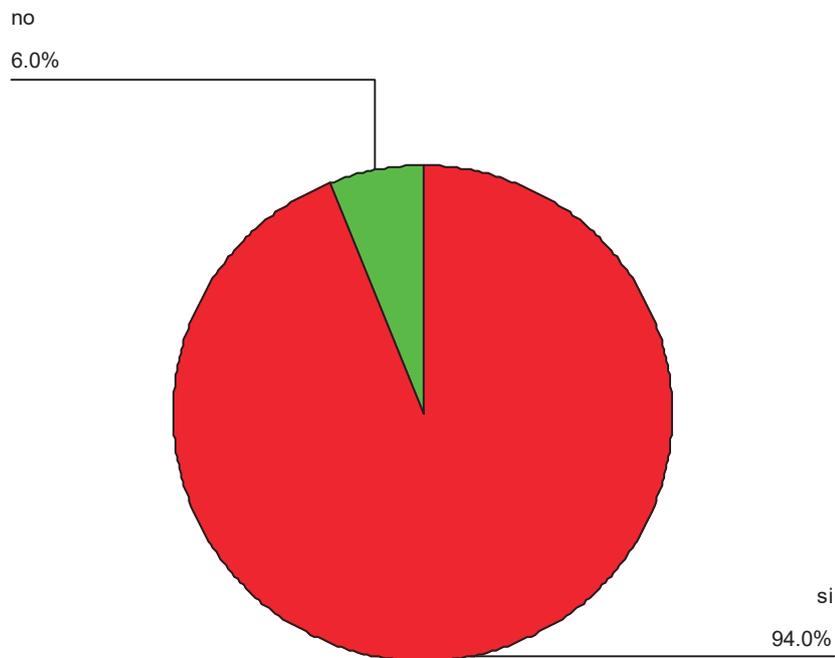
Interpretación: En cuanto a los ingresos económicos que perciben las mujeres encuestadas se observa que el 42% de 1100-2000, el 29% de 2100-3000, el 9% de 3100-4000, el 8% de ellas de 4100-5000, el 6% 0-1000, mientras que otro 6% de 5000y mas.

APOYO ECONOMICO DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 9

APOYO ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	94	94.0
NO	6	6.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 9

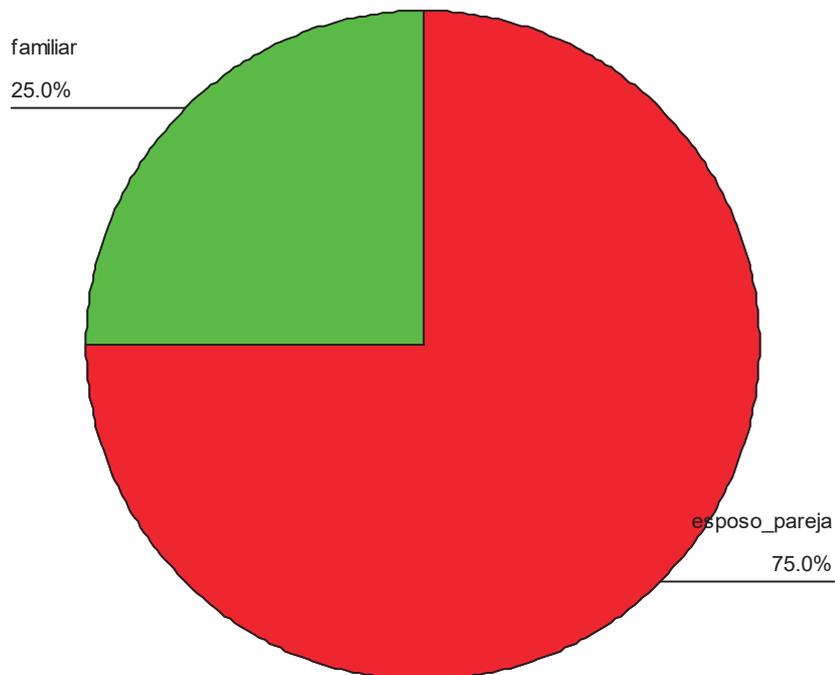
Interpretación: De acuerdo a las encuestas realizadas el 94% perciben apoyo económico, mientras que un 6% no tiene apoyo económico de nadie.

APOYO DE QUIEN TIENEN LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 10

DE QUIEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPOSO_PAREJA	75	75.0
FAMILIAR	25	25.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 10

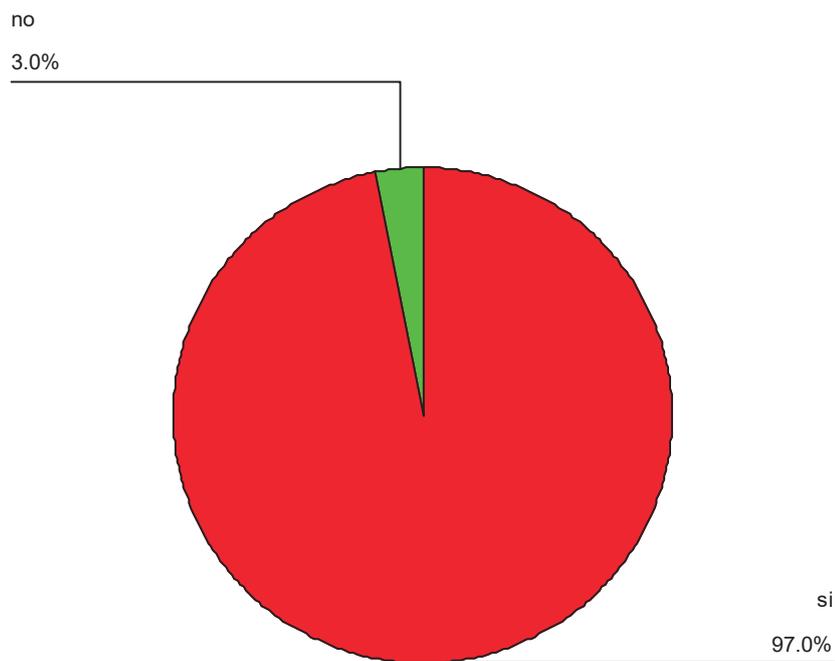
Interpretación: De acuerdo a las mujeres encuestadas de quien reciben apoyo económico es un 75% del esposo _ pareja, mientras que solo un 25% de ellas lo tienen de algún familiar.

SABEN LEER Y ESCRIBIR LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 11

SABE LEER Y ESCRIBIR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	97	97.0
NO	3	3.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 11

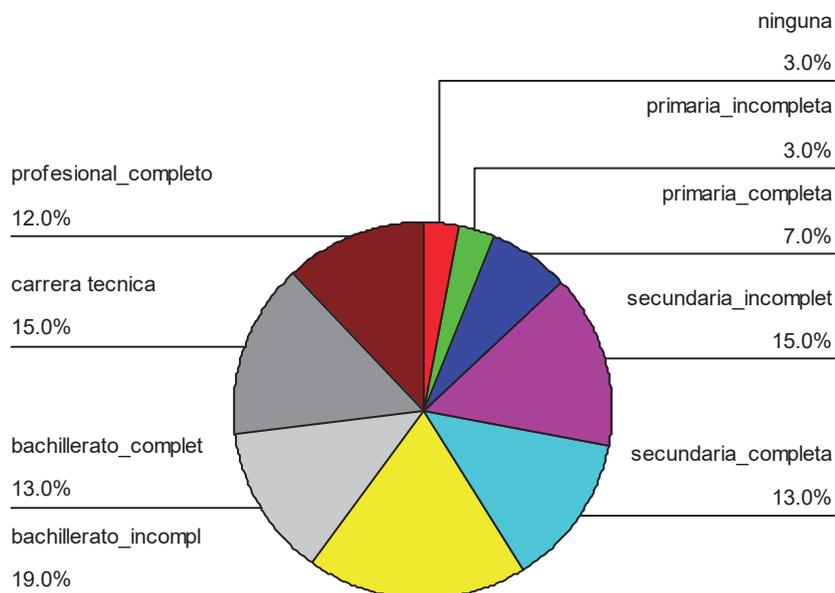
Interpretación: De acuerdo en las en cuentas realizadas se observa que el 97% de las mujeres encuestadas si saben leer y escribir, mientras que un 3% son analfabetas.

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No12

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	3	3.00
PRIMARIA INCOMPLETA	3	3.00
PRIMARIA COMPLATA	7	7.00
SECUNDARIA INCOMPLETA	15	15.0
SECUNDARIA COMPLETA	13	13.0
BACHILLERATO INCOMPLETO	19	19.0
BACHILLERATO COMPLETO	13	13.0
CARRERA TECNICA	15	15.0
PROFESIONAL COMPLETO	12	12.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 12

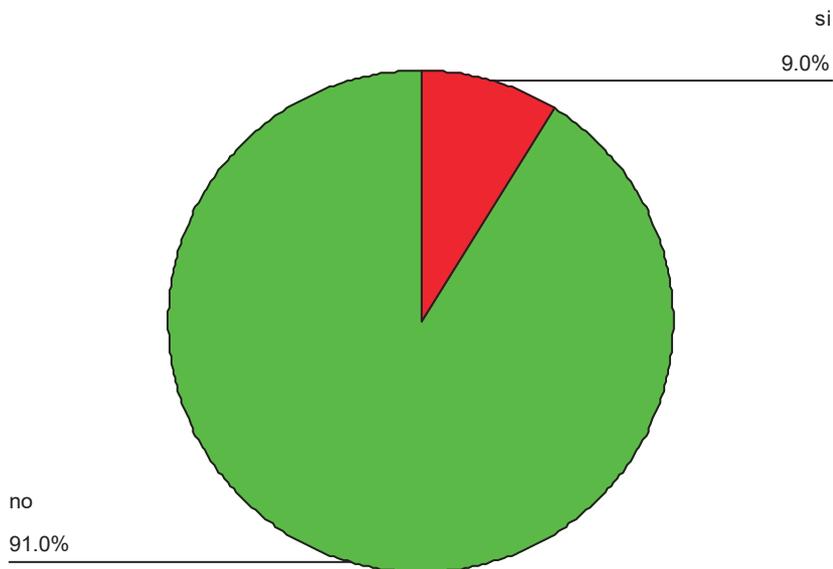
Interpretación: De acuerdo a al escolaridad se detecta que el 19% de las mujeres encuestadas tienen bachillerato incompleto, el 15% con carrera técnica, el 15% secundaria incompleta, un 13% de bachillerato incompleto, al igual un 13% de secundaria incompleta, un 12% son profesionales, un 7% cuenta con primaria completa, un 3% tan solo con primaria incompleta y mientras un 3% de las mujeres son analfabetas.

ABORTOS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No13

ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	9.00
NO	91	91.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005



Fuente: Tabla 13

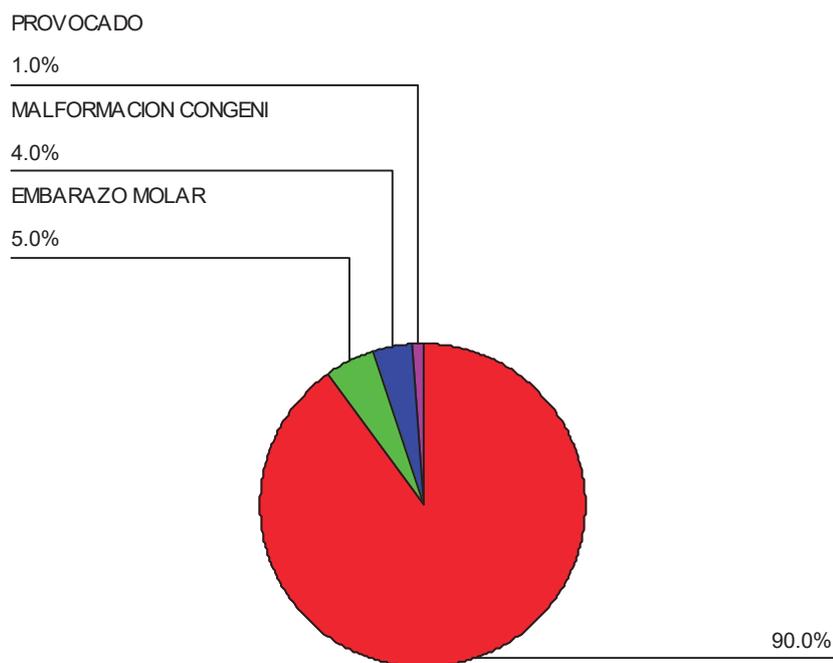
Interpretación: En esta grafica se observa que el 91% de las mujeres encuestadas no han tenido abortos, mientras que solo un 9% de las mujeres si han tenido abortos.

CAUSAS DE ABORTOS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No14

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMBARAZO MOLAR	5	5.00
MALFORMACION CONGENITA	4	4.00
PROVOCADO	1	1.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 14

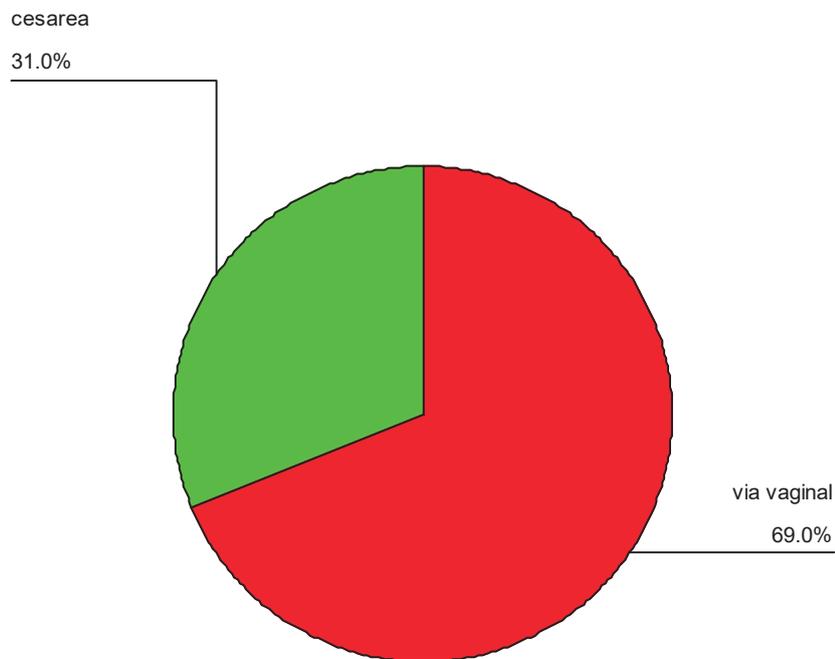
Interpretación: En esta grafica se observa que el 90% de las mujeres encuestadas no ha tenido aborto, mientras que un 5% de ellas su causa fue por embarazo molar, un 4% por malformaciones congénitas, mientras que 1% fue provocado.

TIPO DE PARTO DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 15

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VAGINAL	69	69.0
CESARIA	31	31.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 15

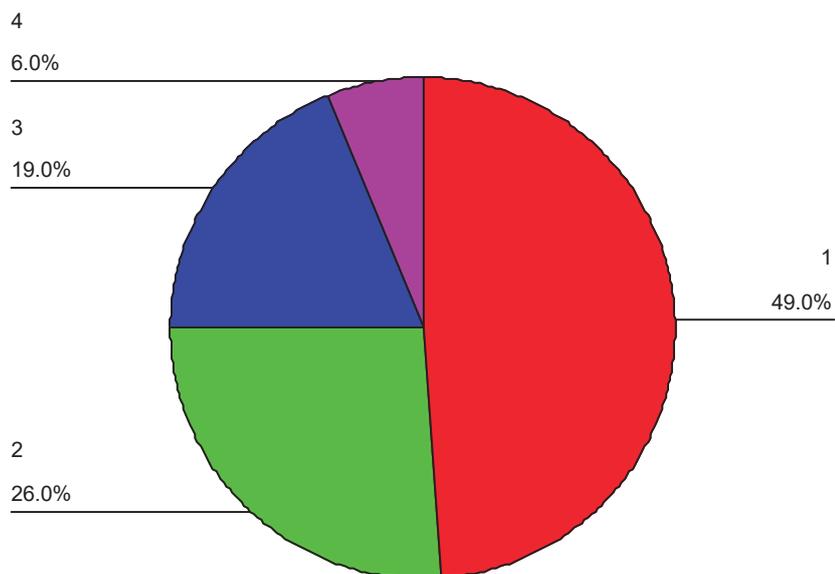
Interpretación: En cuanto al tipo de parto de las mujeres encuestadas un 69% de ellas fue por vía vaginal, mientras que tan solo un 31% por cesárea. Siendo así más predominante el parto vía vaginal.

CUANTOS EMBARAZOS VIVOS HAN TENIDO LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 16

CUANTOS VIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	49	49.0
2	26	26.0
3	19	19.0
4	6	6.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005



Fuente: Tabla 16

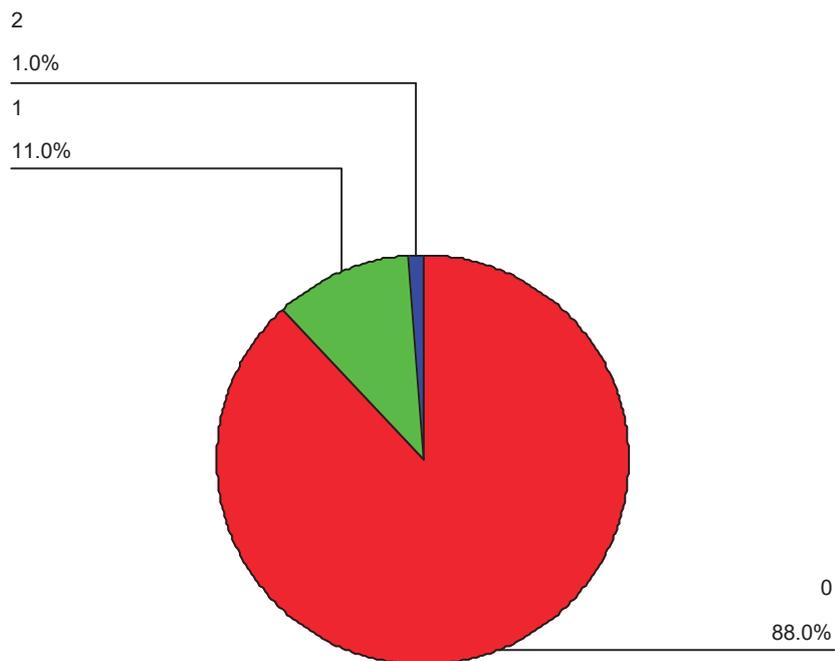
Interpretación: En relación a los embarazos vivos se observó que el 49% de las mujeres ha tenido solo un embarazo vivo, el 26% dos embarazos vivos, mientras que el 19% tres embarazos vivos, mientras que el 6% cuatro embarazos vivos.

CUANTOS EMBARAZOS MUERTOS HAN TENIDO LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN.

TABLA No 17

CUANTOS MUERTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	88	88.0
1	11	11.0
2	1	1.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005



Fuente: Tabla 17

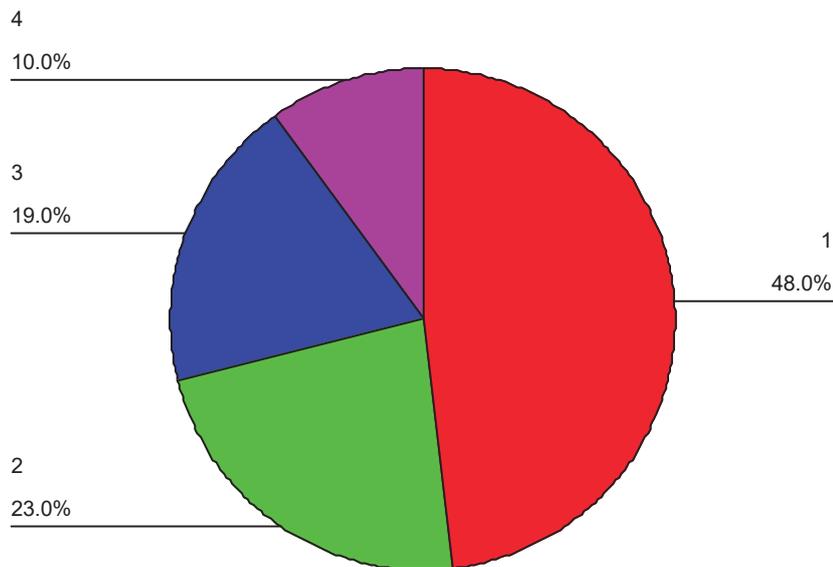
Interpretación: En relación a los embarazos muertos se observo que el 88% de las mujeres no ha tenido embarazo muertos, el 11% un embarazo muerto, mientras que el 1% de ellas ha tenido dos embarazos muertos.

NUMERO DE EMBARAZOS QUE HAN TENIDO LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 18

NUMERO DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	48	48.0
2	23	23.0
3	19	19.0
4	10	10.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 18

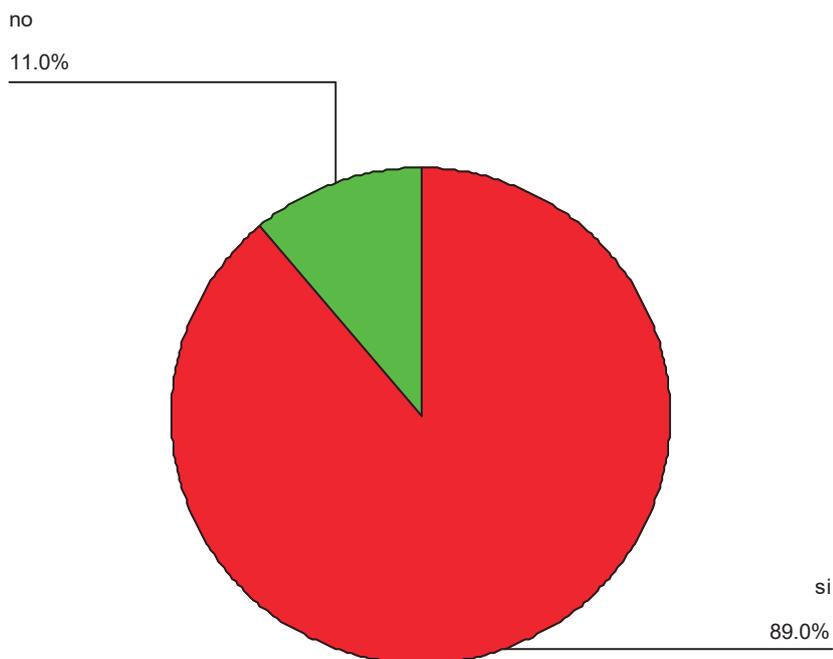
Interpretación: En relación al numero de embarazos se observo que el 48% nada mas han tenido un embarazo, el 23% dos embarazos, mientras que el 19% tres embarazos, mientras que el 10% cuatro embarazos.

ASISTIO A CONSULTAS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 19

ASISTIO A CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	89	89.0
NO	11	11.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 19

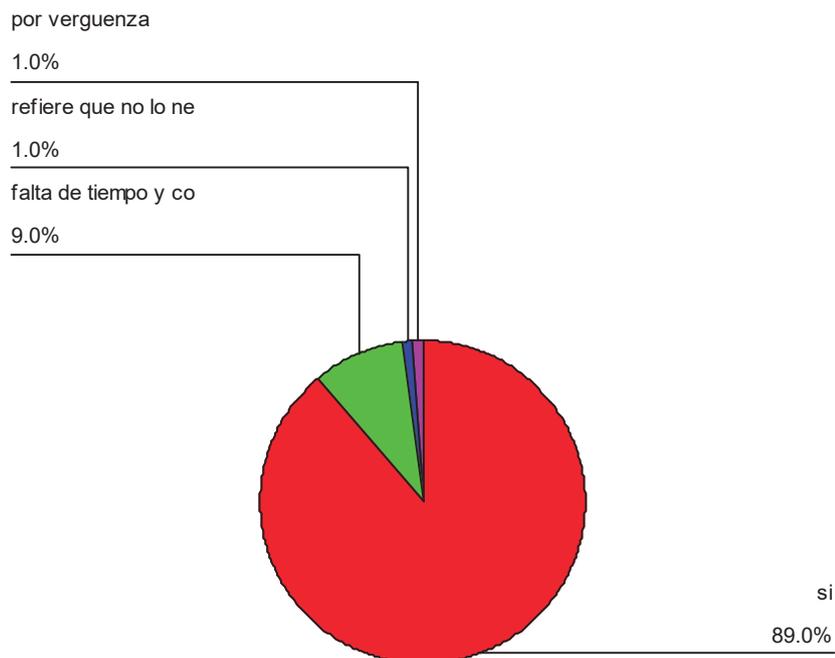
Interpretación: En relación a las mujeres encuestadas se observó que el 89% de ellas si acudieron a consulta durante su embarazo, mientras que un 11% de ellas no acudió.

PORQUE NO ASISTIERON A CONSULTAS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 20

PORQUE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	89	89.0
FALTA DE TIEMPO Y CONOCIMEINTO	9	9.00
REFIERE QUE NO LO NECESITABA	1	1.00
POR VERGUENZA	1	1.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 20

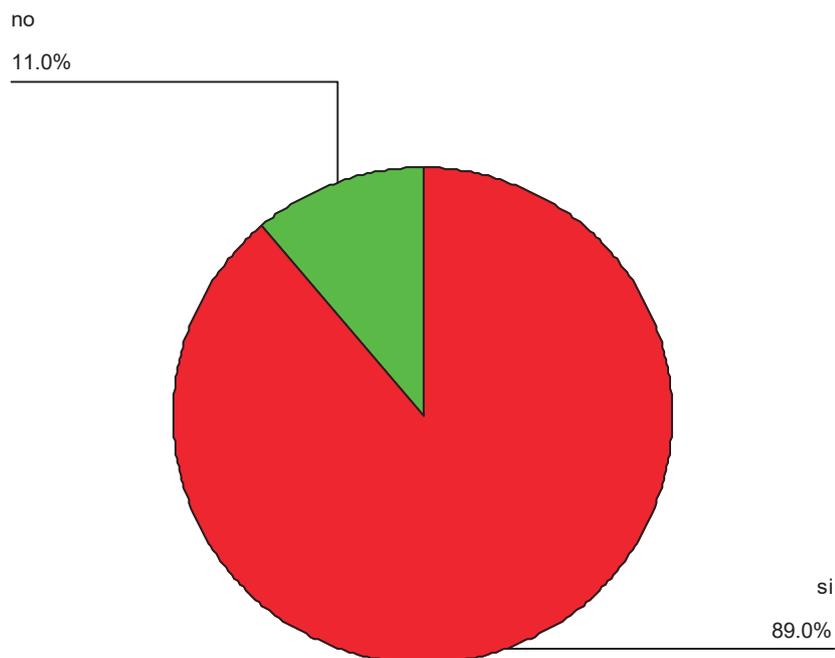
Interpretación: En esta grafica se puede observar que el 89% de las mujeres si acudieron a consulta, mientras que un 9% de ellas no acudió debido a la falta de tiempo, un 1% debido a falta de conocimiento, 1% por vergüenza a que la vieran embarazada y mientras 1% por que refiere que no lo necesitaba.

PRESION ARTERIAL DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 21

PRESION ARTERIAL ALTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	42	42.0
NO	58	58.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 21

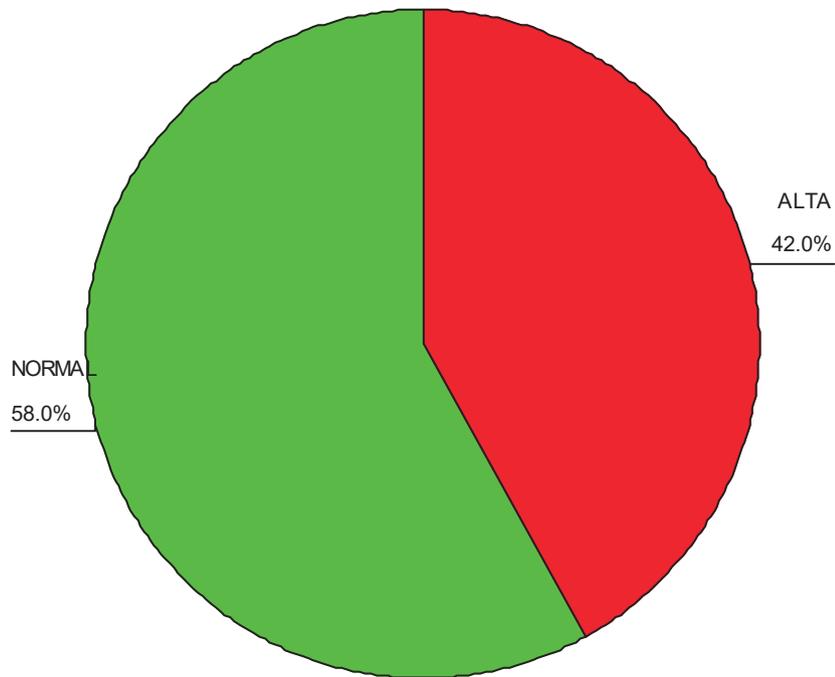
Interpretación: En cuanto a la presión arterial de las mujeres encuestadas el 89% de ellas si presentaron, mientras que 11% de ellas no lo presentaron. Prevaliendo así en las mujeres con presión arterial alta.

DE CUANTO SU PRESION ARTERIAL DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 22

CUANTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
110/60 NORMAL	3	3.0
110/70 NORMAL	13	13.0
120/60 NORMAL	1	1.0
120/70 NORMAL	1	1.0
120/80 NORMAL	31	31.0
130/110 NORMAL	2	2.0
140/110 NORMAL	7	7.0
140/90 NORMAL	7	7.0
160/100 ALTA	3	3.0
160/110 ALTA	4	4.0
160/140 ALTA	1	1.0
160/90 ALTA	2	2.0
165/105 ALTA	1	1.0
170/100 ALTA	1	1.0
170/110 ALTA	3	3.0
170/130 ALTA	5	5.0
170/140 ALTA	1	1.0
170/90 ALTA	3	3.0
180/120 ALTA	1	1.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 22

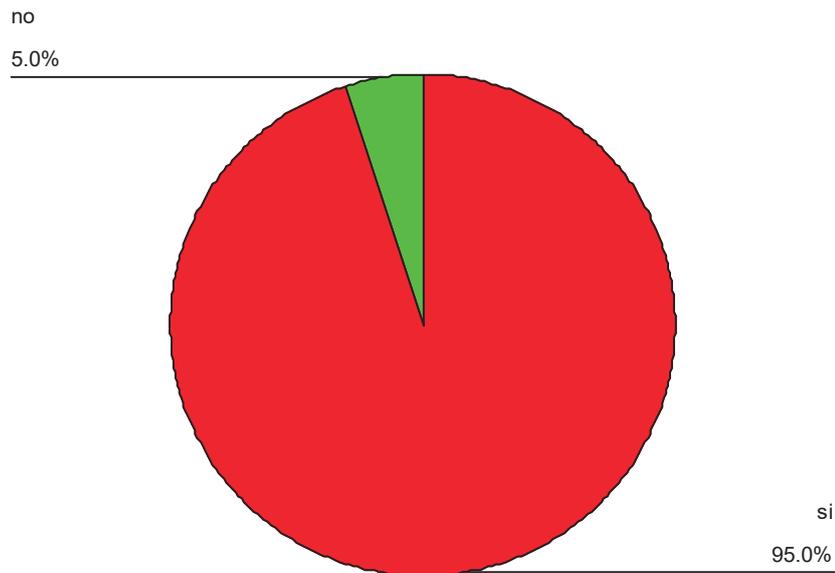
Interpretación: En relación con la presión arterial de las mujeres encuestadas se observa que el 58% de ellas presentaron una presión arterial normal, mientras que un 42% de ellas presentaron una presión alta. Siendo así más prevaeciente la normal.

PRESENTARON EDEMA DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 23

EDEMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	95	95.0
NO	5	5.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 23

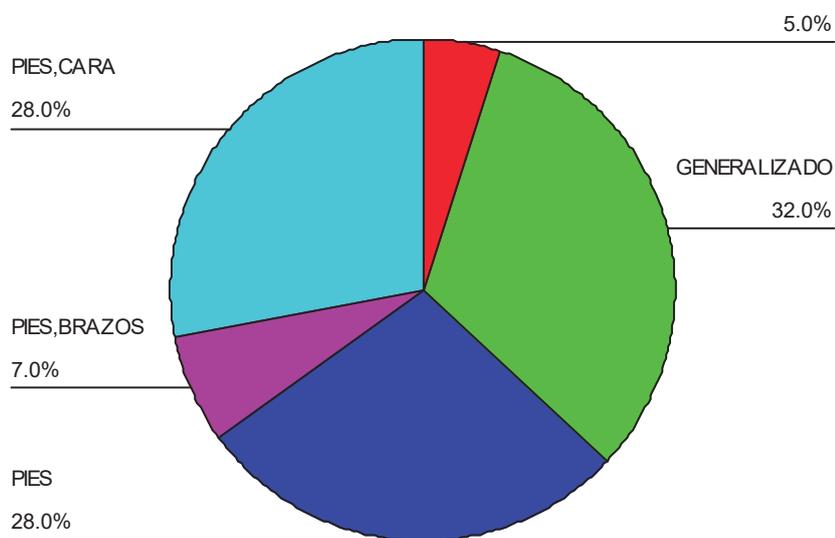
Interpretación: En cuanto al edema el 95% de las mujeres encuestadas si presentaron edema, mientras que el 5% de ellas no presentaron. Siendo así de más prevalecían las mujeres con edema.

DONDE PRESENTARON EDEMA DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 24

DONDE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GENERALIZADO	32	32.0
PIES	28	28.0
PIES, BRAZOS	7	7.00
PIES, CARA	28	28.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 24

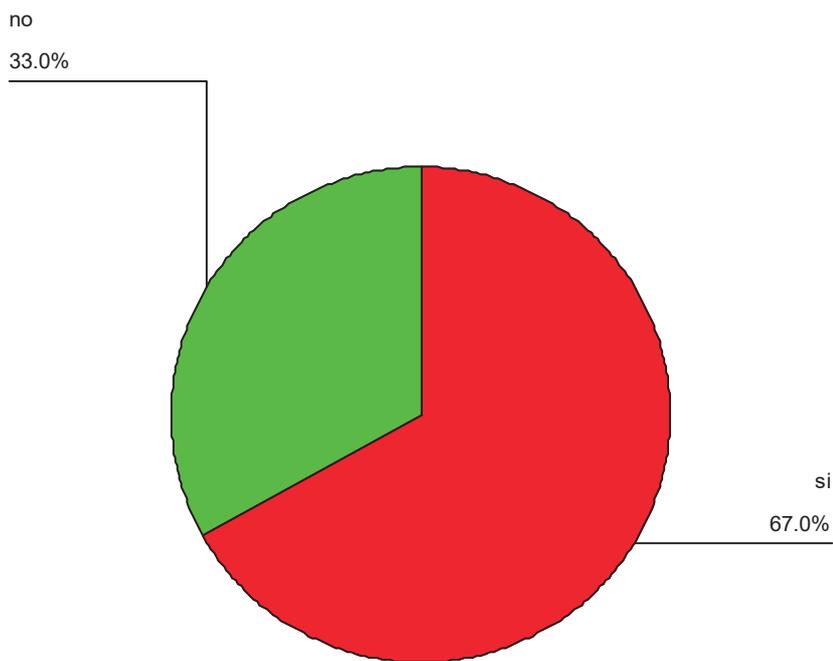
Interpretación: En esta grafica se observa que de las mujeres encuestadas el 32% de ellas presento edema generalizado, el 28% en pies y cara, otro 28% en pies, un 7% de ellas en pies y brazos, mientras que un 5% de ellas no presentaron algún tipo de edema.

PRESENTARON CEFALEA DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 25

EDEMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	67	67.0
NO	33	33.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 25

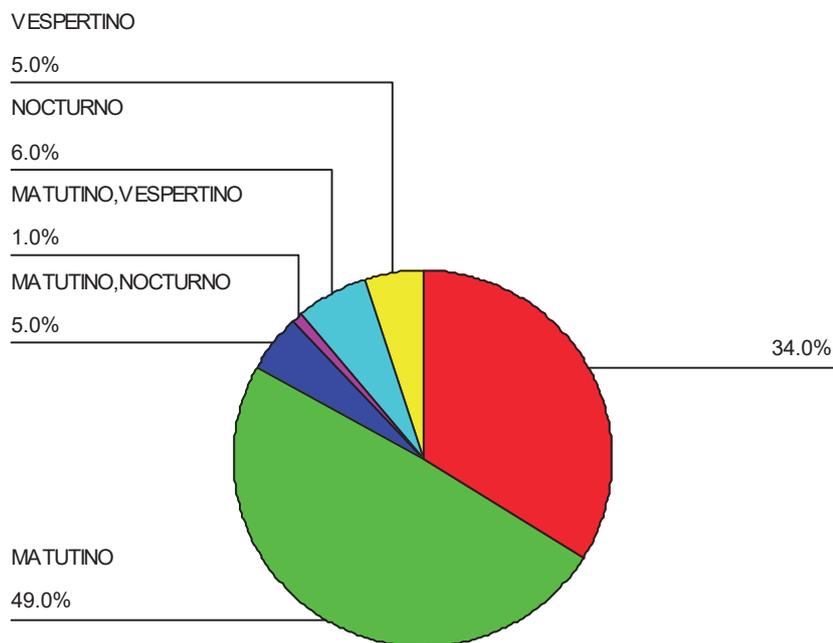
Interpretación: En esta grafica se puede observar que el 67% de las mujeres encuestadas presentaron cefalea, mientras que un 33% de ellas no lo presentaron.

CON QUE FRECUENCIA PRESENTARON CEFALEA DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 26

CON QUE FRECUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	49	49.0
MATUTINO, NOCTURNO	5	5.00
MATUTINO, VESPERTINO	1	1.00
NOCTURNO	6	6.00
VESPERTINO	5	5.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 26

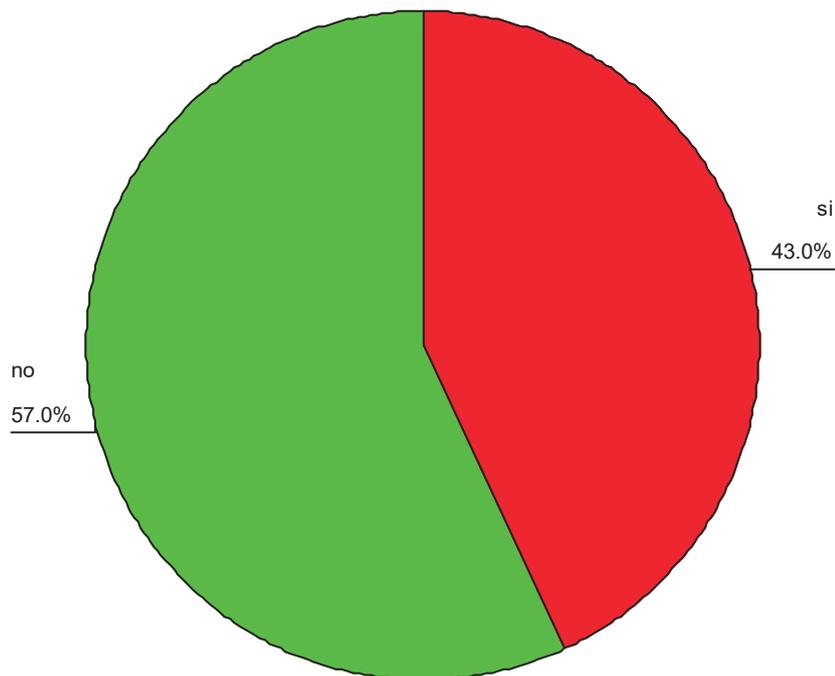
Interpretación: En esta grafica se puede observar que el 49% de las mujeres presentaron cefalea con mas frecuencia por el turno matutino, el 34 de ellas no presento, mientras que el 6% lo presento por el turno nocturno, el 5% por el turno matutino y nocturno, mientras que e 1% de las mujeres lo presento por el turno matutino y vespertino.

PRESENTARON GASTRITIS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 27

GASTRITIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	43	43.0
NO	57	57.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 27

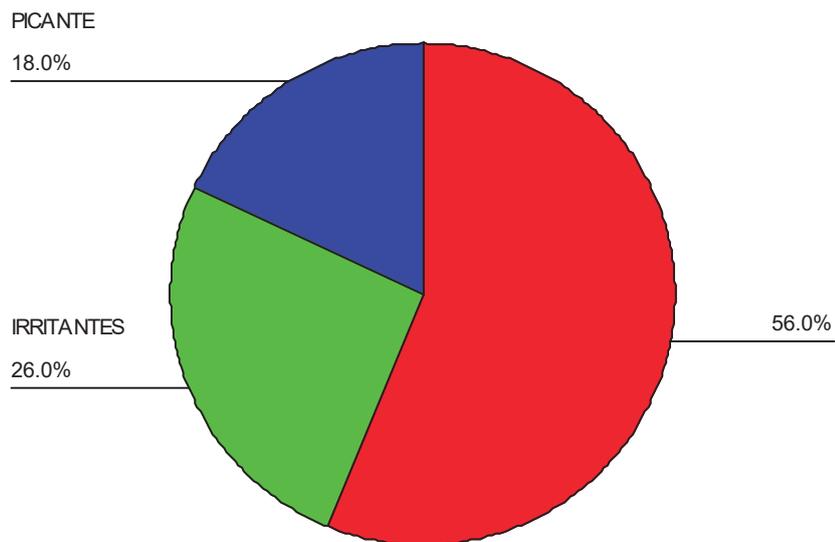
Interpretación: En esta grafica se puede observar que el 57% de las mujeres encuestadas no presentaron gastritis, mientras que un 43% de ellas si presentaron.

CON CUAL ALIMENTO PRESENTARON GASTRITIS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 28

CUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IRRITANTES	26	26.0
PICANTE	18	18.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 28

Interpretación: En esta grafica se observa que 56% de las mujeres encuestadas no presentaron gastritis, mientras que un 26% de ellas si presentaron con irritantes, mientras que el 18% de ellas con picante.

PRESENTARON ESCOTOMAS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 29

ESCOTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	7.00
NO	93	93.0



Fuente: Tabla 29

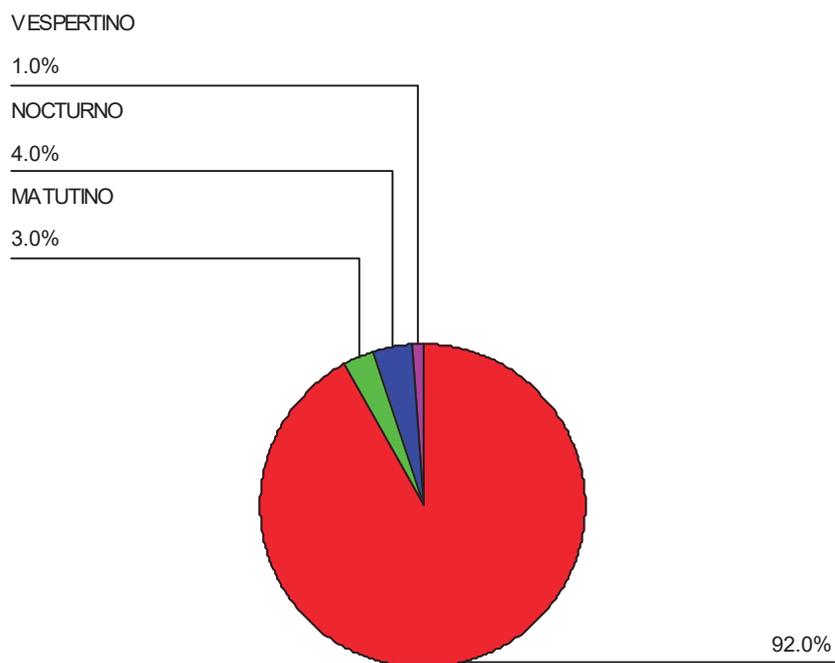
Interpretación: En esta grafica se puede observar que el 93% de las mujeres encuestadas no presentaron escotomas, mientras que tan solo el 7% de ellas si presentaron.

CON QUE FRECUENCIA PRESENTARON ESCOTOMAS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 30

CON QUE FRECUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	3	3.00
NOCTURNO	4	4.00
VESPERTINO	1	1.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 30

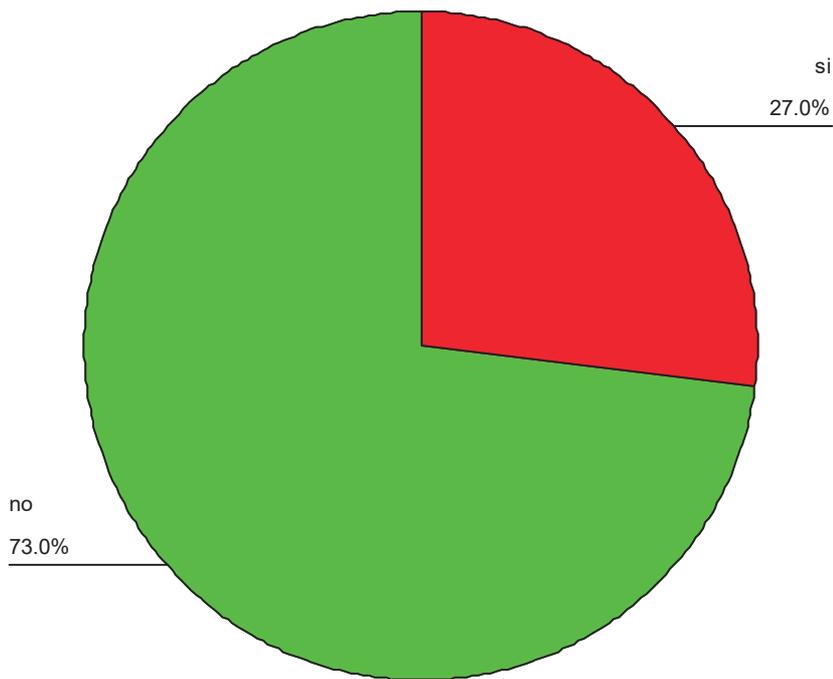
Interpretación: En cuanto a frecuencia en esta grafica se observar que el 92% de las mujeres encuestadas no presentaron escotomas, mientras que un 3% de ellas lo presento en turno matutino, un 4% en turno nocturno, mientras que 1% de ellas lo presento en turno vespertino.

PRESENTARON VERTIGOS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 31

VERTIGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	27	27.0
NO	73	73.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Fuente 31

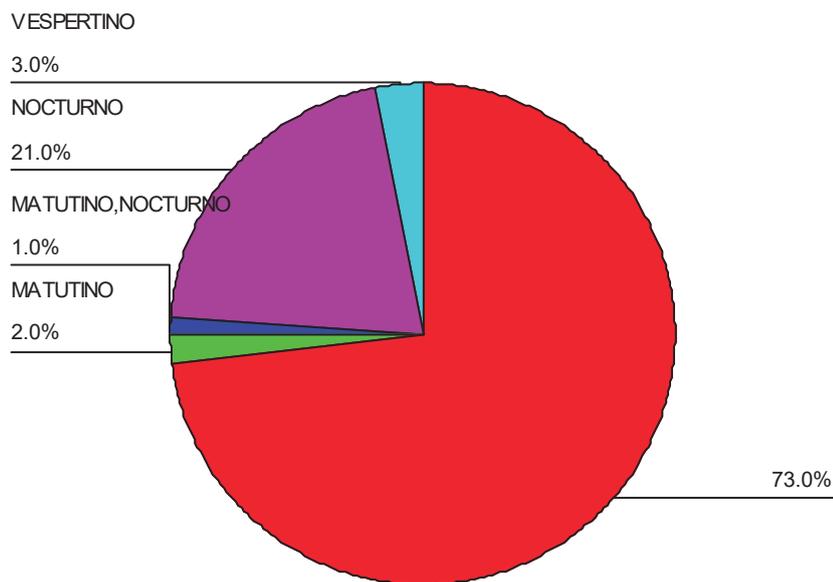
Interpretación: En esta grafica se puede observar que el 73% de las mujeres encuestadas no presentaron vértigos, mientras que tan solo el 27% de ellas si presentaron.

CON QUE FRECUENCIA PRESENTARON VERTIGOS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No32

CON QUE FRECUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	2	2.00
MATUTINO, NOCTURNO	1	1.00
NOCTURNO	21	21.0
VESPERTINO	3	3.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Fuente 32

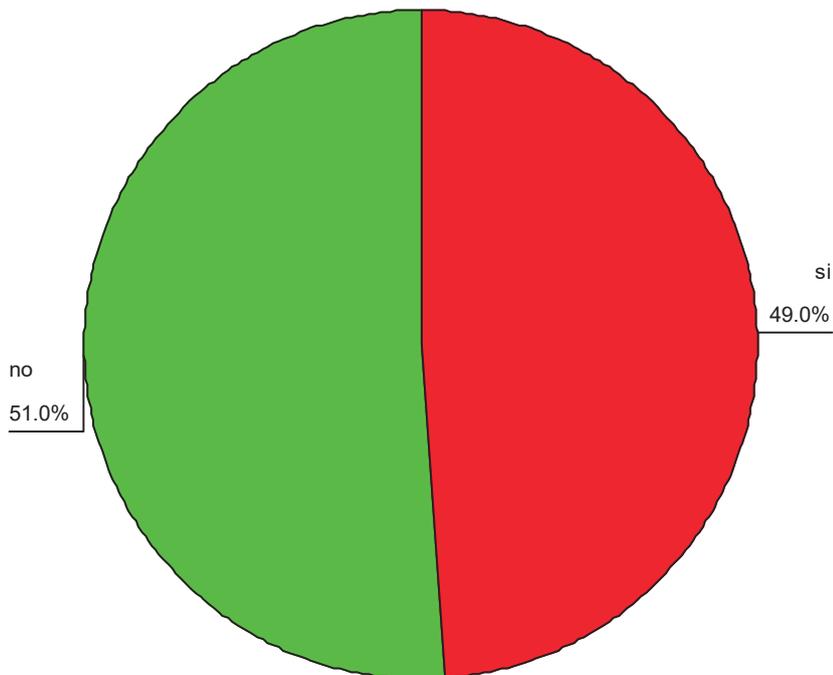
Interpretación: En cuanto a frecuencia en esta grafica se observar que el 73% de las mujeres encuestadas no presentaron vértigos, un 21% de ellas lo presento en turno matutino, nocturno, mientras que un 3% de ellas lo presento en turno nocturno, mientras que 2% de ellas lo presento en turno matutino.

PRESENTARON ARDOR AL ORINAR DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No33

ARDOR AL ORINAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	49	49.0
NO	51	51.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 33

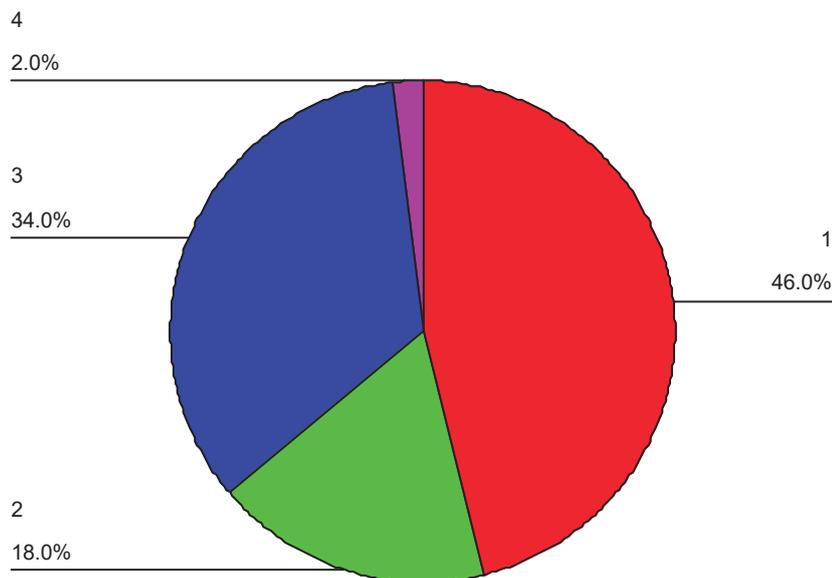
Interpretación: En esta grafica se observa que un 51% de las mujeres encuestadas no presentaron ardor al orinar, mientras que un 49% si presentaron ardor al orinar.

CUANTAS VECES ORINAS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No34

CUANTAS VECES ORINAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	46	46.0
2	18	18.0
3	34	34.0
4	2	2.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 34

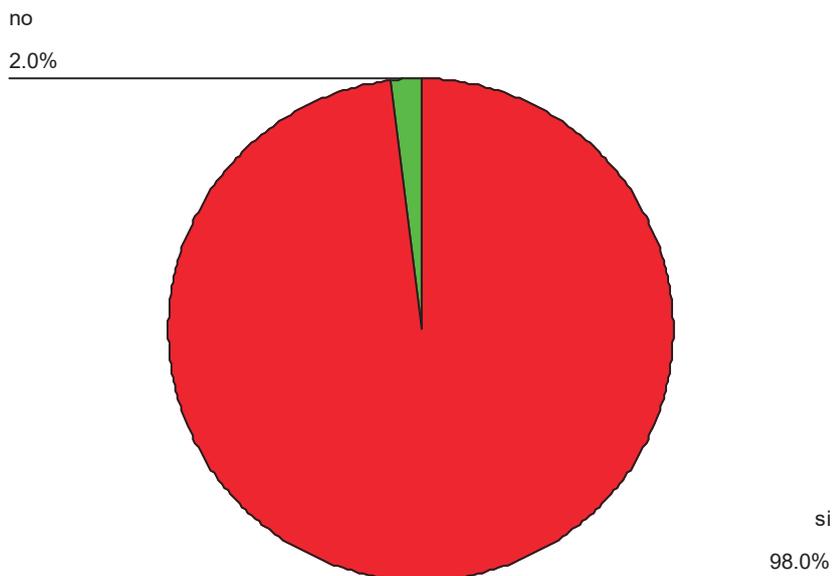
Interpretación: En esta grafica se puede observar con que frecuencia orinaban las mujeres encuestadas, 46% de las mujeres solamente orinaban una vez, un 34% de las mujeres orinaban 3 veces, un 18% de ellas dos veces, y un 2% de ellos orinaban 4 veces por la noche.

ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADOS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No35

ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	98	98.0
NO	2	2.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 35

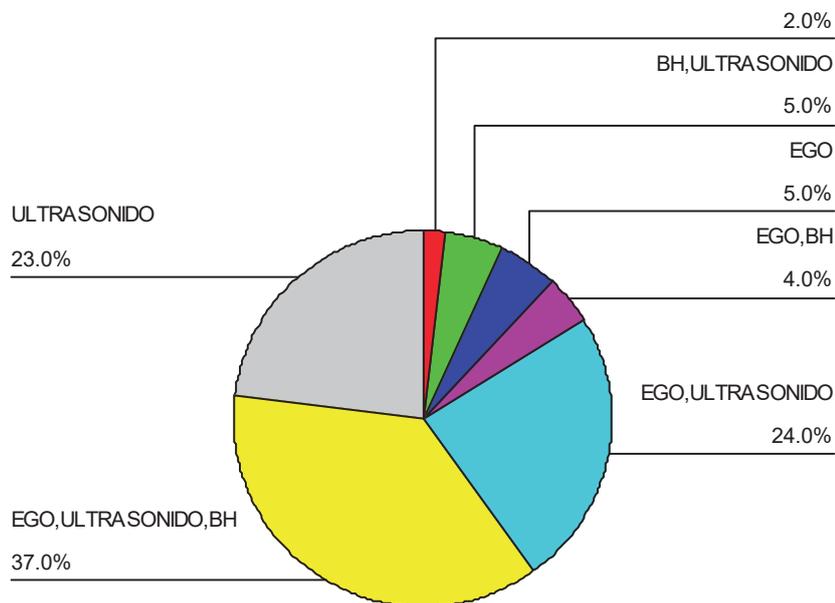
Interpretación: En cuanto a los estudio de laboratorio según las mujeres encuestadas un 98% de ellas si re realizaron algún tipo de estudio, mientras que el 2% de las mujeres no se realizaron ningún tipo de estudio de laboratorio.

CUALES ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADOS DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No36

CUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BH, ULTRASONISO	5	5.00
EGO	5	5.00
EGO, BH	4	4.00
EGO, ULTRASONIDO	24	24.0
EGO, ULTRASONIDO, BH	37	37.0
ULTRASONIDO	23	23.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 36

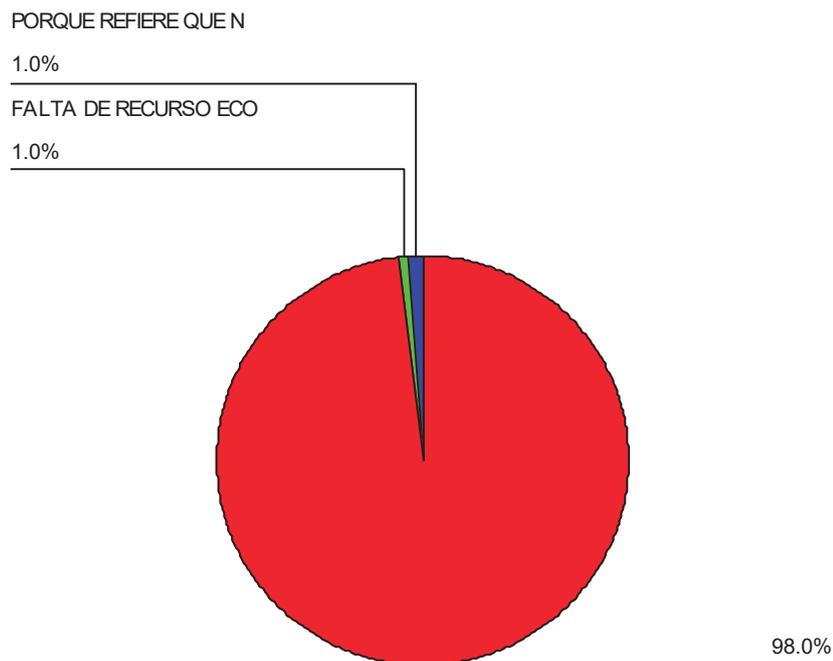
Interpretación: En esta grafica se puede observar que de las mujeres encuestadas el 37% de ellas se realizaron los estudios mas completos, el 24% EGO, ULTRASONIDO, el 23% sola mente ULTRASONIDO, el 5% EGO, el 4% de ellas EGO, mientras que el 2% de las mujeres encuestadas no se realizaron ningún tipo de estudio.

POR QUE NO SE REALIZARON ESTUDIOS DE LABORATORIO LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No37

PORQUE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FALTA DE RECUERDO ECONOMICO	1	1.00
POR QUE REFIERE QUE NO LO NECESITABA	1	1.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 37

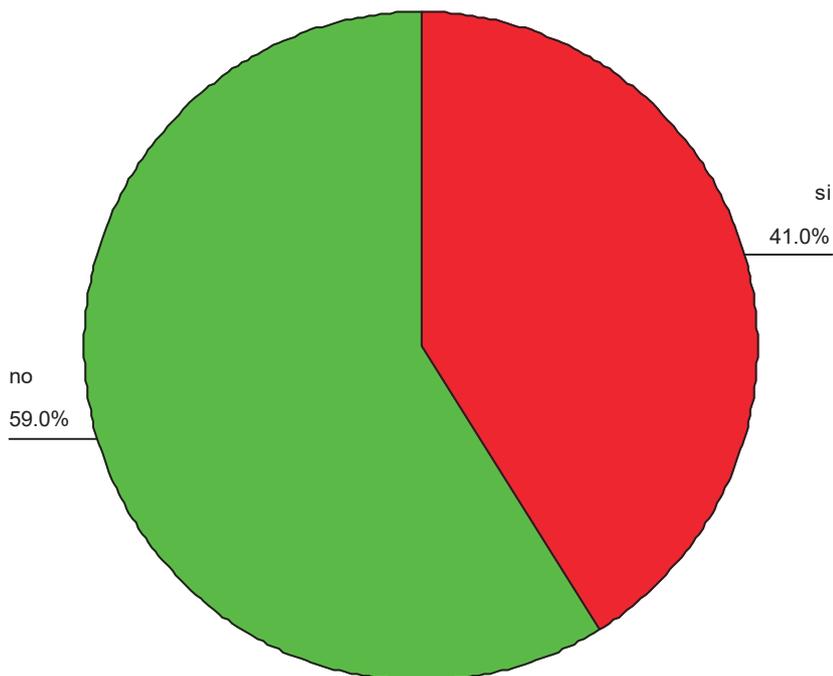
Interpretación: En esta grafica se puede observar que de las mujeres encuestadas el 98% de ellas se realizaron algún tipo de estudio, mientras que 1% de ellas no se realizo ningún estudio por falta de recursos, y otro 1% por que refiere que no lo necesitaba.

CONOCIMIENTO DE LOS SINTOMAS DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No38

SINTOMAS DE PREECLAMPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	41	41.0
NO	59	59.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 38

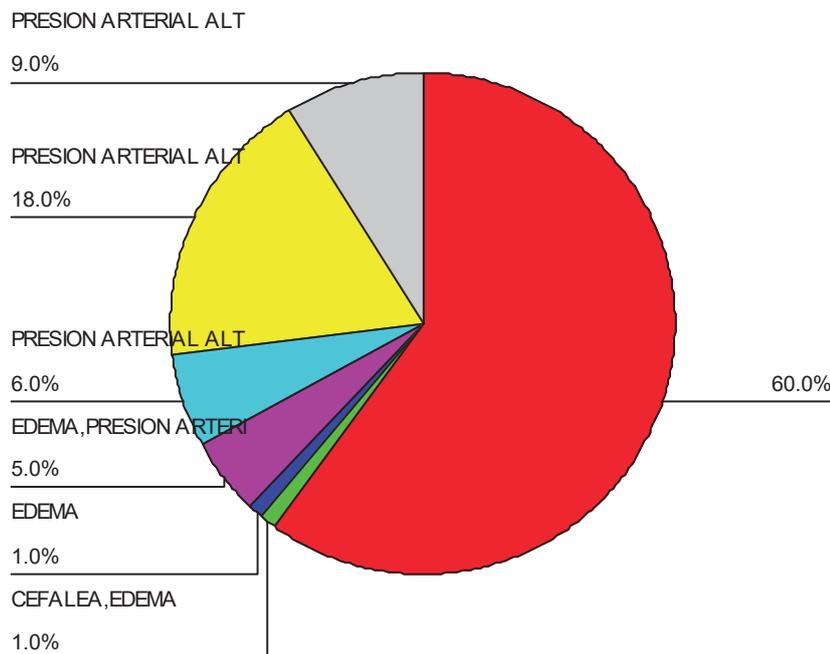
Interpretación: En cuanto a los síntomas de la preeclampsia/eclampsia se encontró que un 59% de las mujeres encuestadas no tienen conocimientos de los síntomas, mientras que tan solo un 41% de ellas si saben algunos de estos síntomas.

CUALES SINTOMAS DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No39

CUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CEFALEA, EDEMA	1	1.00
EDEMA	1	1.00
EDEMA, PRESION ARTERIAL ALTA	5	5.00
PRESION ARTERIAL ALTA	6	6.00
PRESION ARTERIAL ALTA, EDEMA, CEFALEA	18	18.0
PRESION ARTERIAL ALTA, CEFALEA	9	9.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 39

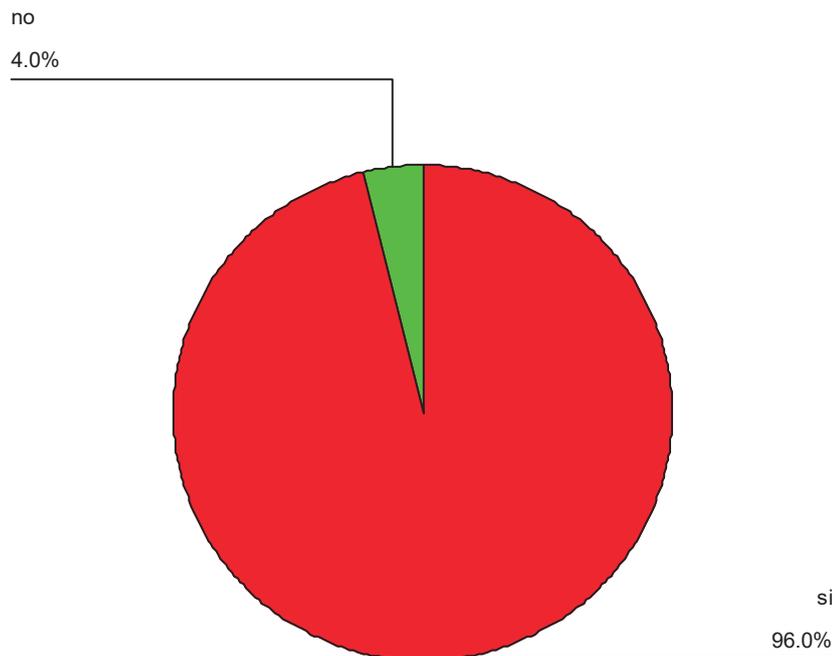
Interpretación: En cuanto a los síntomas un 60% de las mujeres encuestadas no conocen los síntomas de la preeclampsia/eclampsia, mientras que un 18% tiene conocimiento de la presión arterial alta, edema y cefalea, un 9% presión arterial alta y cefalea, un 6% presión arterial alta, un 5% edema y presión arterial alta, 1% cefalea y edema, mientras que tan solo 1% tan solo conocen el edema.

USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 40

USO DE METODO DE PPLANIFICACION FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	41	41.0
NO	59	59.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 40

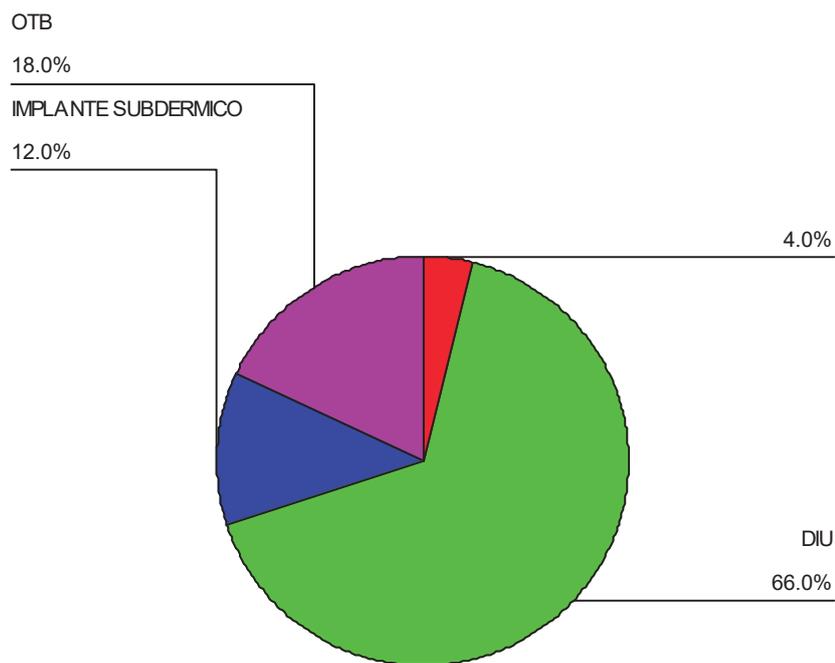
Interpretación: En cuanto al uso de método de planificación familiar de las mujeres encuestadas, se observa que el 96% de ellas si usan algún tipo de método, mientras que el 4% de las mujeres no usan ningún tipo de método. Siendo así más notable la uso de algún método de planificación familiar.

CUAL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 41

CUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIU	66	66.0
IMPLANTE SUBERMICO	12	12.0
OTB	18	18.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 41

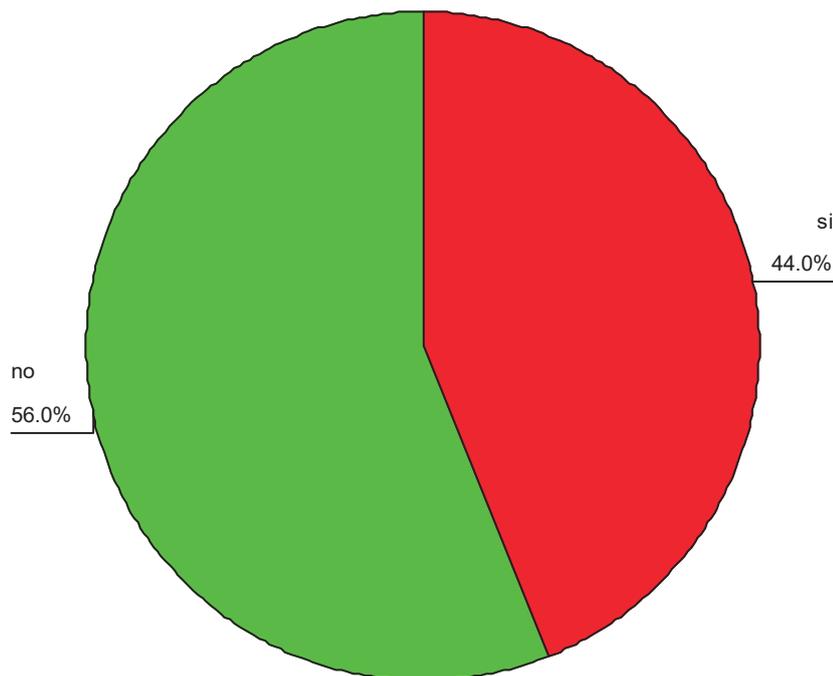
Interpretación: En esta grafica se puede observar que de las mujeres encuestadas el 66% de ellas utilizaron el DIU, el 18% OTB, el 12% de las mujeres utilizaron implante subdermico, mientras que el 4% de las mujeres encuestadas no utilizaron algún tipo de método de planificación familiar.

FAMILIAR CON PRESION ARTEEIAL ALTA DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 42

FAMILIAR CON PRESION ARTERIAL ALTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	44	44.0
NO	56	56.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 42

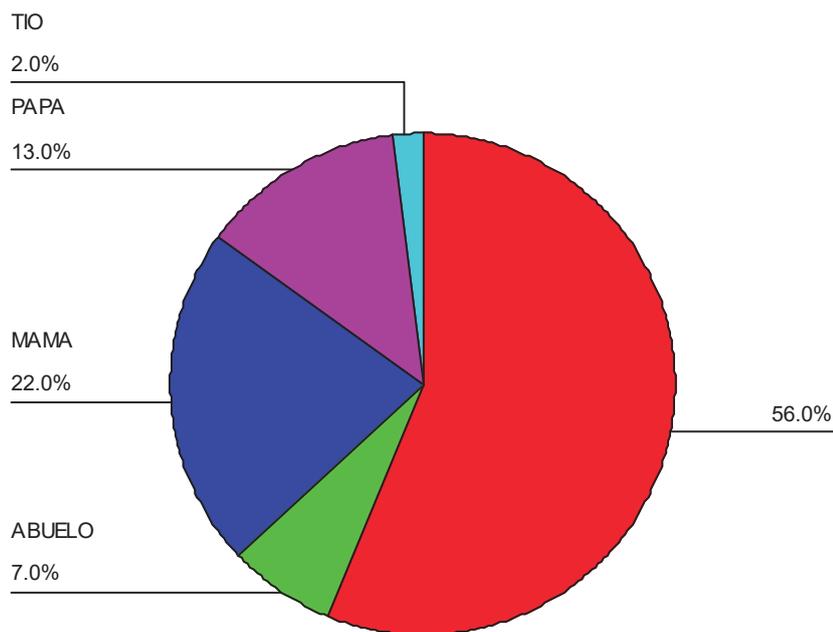
Interpretación: En esta grafica se puede observar que de las mujeres encuestadas se observo que el 56% de ellas no tienen algún familiar que padezca de presión arterial alta, mientras que un 44% de las mujeres encuestadas se encontró que si tienen algún familiar que padezca presión arterial alta.

CUAL FAMILIAR CON PRESION ARTEEIAL ALTA DE LAS MUJERES ENCUESTADA QUE FUERON ATENDIDAS SU PARTO EN EL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE HUETAMO MICHOACAN

TABLA No 43

QUIEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ABUELO	7	7.00
MAM	22	22.0
PAPA	13	13.0
TIO	2	2.00

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que fueron atendidas su parto en el hospital rural de oportunidades de Huetamo, Michoacán. Octubre del 2005.



Fuente: Tabla 43

Interpretación: En esta grafica se observa que de las mujeres encuestadas un 56% de ellas no tiene algún familiar que padezca presión arterial alta, un 22% de ellas padecen su mama, un 13% lo padecen su papa, un 7% lo padecen los abuelos, mientras que un 2% lo padecen sus tío.

**UNIVERSALIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

La presente encuesta tiene como objetivo recabar información sobre los factores causales de la preeclampsia/eclampsia, en las mujeres que son atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital rural de oportunidades # 31 de huetamo, Mich. Los datos proporcionados serán absolutamente confidenciales. Gracias.

INSTRUCCIONES: SUBRAYE Y COMPLETE LA RESPUESTA CORRECTA.

Localidad. _____ Municipio: _____

1.-Edad: _____ años

2.-Sexo _____

3.- Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Unión libre
- e) Viuda

4.-Trabaja?

- a) Si En que trabaja _____
- b) No

5.-Que ingresos totales mensuales percibe: _____

6.-Tiene apoyo económico?

- a) Si De quien _____
- b) No

7.-Sabe leer y escribir?

- a) Si
- b) No

8.- Escolaridad:

- a) Ninguna
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Bachillerato incompleto
- g) Bachillerato completo
- h) Carrera técnica
- i) Profesional incompleta
- j) Profesional completa

9.- Ha tenido abortos?

- a) Si Causa _____
- b) No

10.-Tipo de parto?

- a) Vía vaginal
- b) Cesárea
- Cuantos _____

11.-Cuantos partos ha tenido?

- a) Vivos Cuantos _____
- b) Muertos Cuántos _____

12.-Numero de embarazos _____

13.- Asistió a consultas durante su embarazo?

- a) Si
- b) No Porque _____

14.-Ha presentado presión arterial alta durante su embarazo?

- a) Si
 - b) No
- Cuanto _____

15.-Ha presentado edema durante su embarazo?

- a) Si Donde _____
- b) No

16.-Ha presentado cefalea?

- a) Si Frecuencia _____
- b) No

17.-Al ingerir algún alimento ha presentado gastritis?

- a) Si Cual _____
- b) No

18.-Durante su embarazo manifestó visión borrosa (escotomas)?

- a) Si Con que frecuencia_____
- b) No

19.-Presento vértigos durante su embarazo?

- c) Si Con que frecuencia_____
- d) No

20.-Ha presentado ardor al orinar durante su embarazo?

- a) Si
- b) No

21.-Cuantas veces orina por la noche_____

22.-Durante su embarazo se realizó algún estudio de laboratorio?

- a) Si Cuales_____
- b) No Porque_____
- c)

23.-Conoce algunos síntomas de la preeclampsia?

- a) Si Cuáles_____
- b) No

24.-Utiliza algún método de planificación familiar?

- a) Si Cual_____
- b) No

25.-Tiene algún familiar que padezca presión arterial?

- a) Si Quien_____
- b) No

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!

XVI. GLOSARIO

ALDOSTERONA- Es una hormona mineralocorticoide.

ANGIOTENSINA. Es una sustancia presente en la sangre circulante.

CEFALEA: Es un síntoma que incluye a todo dolor localizado en el cráneo. Los dolores a nivel de estructuras de cara, mandíbula o boca se consideran aparte, porque implican otro diagnóstico diferencial.

CREATININA.- Sustancia química que se encuentra en la sangre y pasa a la orina

ECLAMPSIA: Presencia de convulsiones o coma en pacientes con sintomatología de preeclampsia.

EDEMA: Es la acumulación excesiva de líquidos en los tejidos o un incremento de la masa de los tejidos que puede desarrollarse en todo el cuerpo (hinchazón generalizada) o limitarse sólo a una parte específica del mismo.

FIBRINOGENO.- Es un examen que mide la cantidad de Fibrinogeno en la sangre.

GASTRITIS: Es la inflamación y desgaste de la mucosa del estómago, la cual normalmente resiste la irritación causada por los ácidos digestivos y los provenientes de algunos alimentos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Presión sistólica de 140/165mm Hg. o superior, presión sistólica de 90/105mm. Hg. o superior, en dos tomas distintas con seis horas o más de diferencia.

HIPERREFLEXIA.- Reflejos rápidos.

HEMOPRIRONE.- Es un conjunto de síndromes de diversas etiologías, que comienzan bruscamente con síntomas abdominales y que requieren un diagnóstico rápido para decidir, lo antes posible, si se debe resolver en forma médica o quirúrgica, aunque en general, es peor decidirse por la conducta médica en un cuadro de resolución quirúrgica, que viceversa.

SHOCK.- Es un deterioro del estado circulatorio caracterizado por una disminuida perfusión de los órganos vitales, que si no es corregida, lleva a la muerte.

HIPOCAPNIA.- Al aumento de la presión parcial de anhídrido carbónico (PaCO_2), medida en sangre arterial, por encima de 46 mmHg (6,1 kPa).

HIPOTALAMICO.- Es todo lo relacionado con el hipotálamo, un área cerebral que produce las hormonas de "control" que regulan procesos corporales tales como la sed y la liberación de hormonas de varias glándulas.

HIPERVOLEMIA.- Aumento anormal del volumen del plasma en el cuerpo.

PREECLAMPSIA: Síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de la gestación, parto o puerperio inmediato y mediato, que se caracteriza principalmente por hipertensión y proteinuria, clasificándose en leve y severa.

VÉRTIGO.- Es la sensación de estar girando o dando vueltas cuando, en realidad, uno no se está moviendo. O puede ser una sensación exagerada de movimiento sin que se mueva el cuerpo. Es la forma más común de mareo, pero es distinta a la sensación de que uno se va a desmayar (sensación de "casi desmayo").

VASOESPASMO.- Es el estrechamiento del contraste en las arterias cerebrales.

XVII. BIBLIOGRAFIA

1. VELASCO-MURILLO V, NAVARRETE-HERNÁNDEZ E, CARDONA PÉREZ JA, MADRAZO-NAVARRO M. “Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social “1987-1996. Rev Med IMSS 1997; 35 (5): 377-383.
2. VELASCO-MURILLO V, NAVARRETE-HERNÁNDEZ, E, CARDONA PÉREZ JA, MADRAZO-NAVARRO M. “Mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia en el Instituto mexicano del Seguro Social” 1987-1996. Rev Med IMSS 1997; 35 (6): 451-456.
3. VELASCO-MURILLO V, NAVARRETE-HERNÁNDEZ E, CARDONA PÉREZ JA, MADRAZO-NAVARRO M. “Mortalidad materna por hemorragias obstétricas en el Instituto mexicano del Seguro Social” 1987-1996. Rev Med IMSS 1998; 36 (2): 161-167.
4. VELASCO-MURILLO V, NAVARRETE-HERNÁNDEZ, E, CARDONA PÉREZ JA, MADRAZO-NAVARRO M. “Mortalidad materna por sepsis puerperal en el Instituto mexicano del Seguro Social” 1987-1996. Rev Med IMSS 1998; 36 (3): 223-229.
5. VELASCO-MURILLO V, NAVARRETE-HERNÁNDEZ E, CARDONA PÉREZ JA, MADRAZO-NAVARRO M. “Mortalidad materna por aborto en el Instituto Mexicano del Seguro Social” 1987-1996. Rev Med IMSS 1999; 37 (1): 73-79.
6. VELASCO-MURILLO V, POZOS-CAVANZO JL, CARDONA PÉREZ JA. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA. De la teoría a la práctica. Rev Med IMSS 2000; 38 (2): 139-147.
7. ARIAS, F. GUÍA PRÁCTICA PARA LA GESTACIÓN Y EL PARTO DE ALTO RIESGO. 2a Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid. p 475. 1994.
8. BENSON, R. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTÉTRICO 1979, Editorial El Manual Moderno S.A.
9. CALDERÓN E, ARREDONDO JL, KARCHMER S, NASRALLAH E. INFECTOLOGÍA PERINATOLOGÍA. 1a. Edición. Editorial Trillas. México. DF. p 374. 199.
10. CARRERA J.M. Y COL. PROTOCOLOS DE OBSTETRICIA Y MEDICINA PERINATAL DEL INSTITUTO, SALVAT. 1996

11. “TRATADO DE OBSTETICIA Y GINECOLOGIA” Vol. 1 Mc GRAW-HILL. INTERAMERICANA, Pág.382-395.
12. “MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA” 6ª. Ed. EALOH.C. BENSON, M. D. Pág. 285-298.
13. “CIENCIAS DE LA SALUD” 2ª. Ed. Mc GRAW-HILL. Pág. 229.
14. “GRAN DICCIONARIO SINONIMOS, ANTONIMOS Y PARANIMOS E IDEAS A FINES” programa educativo visual. Pág. 365,443, 517.
15. DICCIONARIO DE MEDICINA OCEANO. Pág. 271
16. DR. NÚÑEZ MACIEL EDUARDO “TRATADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA” Vol. I, ED. CUELLAR, Pág.388.
17. BECUREDO, J.M. SÁNCHEZ, F.X. BORRAS “ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL CUERPO HUMANO” segunda edición, ED. Interamericana Mc Graw Hill, Pág. 409.
18. INTERNET. <http://www.yahoo.com.mx>