



Miércoles, 09 de octubre del 2013
Oficio No. TIT/573/13

C. JACQUELINNE MARGARITA ALVARADO PÉREZ
PASANTE DEL PE DE LEN
DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
PRESENTE

Por este conducto, la Subdirección Académica del Centro Universitario UAEM Zumpango informa a Usted que, una vez concluidas las etapas de desarrollo y revisión del trabajo de titulación bajo la modalidad de tesis denominado: **"OBESIDAD FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR PREECLAMPSIA"** se autoriza su **IMPRESIÓN** para posteriormente ser sustentado en evaluación profesional.

Sin otro particular, se despide de Usted.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2013, 50 Aniversario Luciferoso del Poeta Heriberto Enriquez"

DR. EN ED. RAYMUNDO OCAÑA DELGADO
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO DEL CU UAEM ZUMPANGO



c.c.p. Jefatura de Control Escolar
c.c.p. Minutario
ROD/yjms*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO

**“OBESIDAD FACTOR PREDISPONENTE PARA DESARROLLAR
PREECLAMPSIA”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:


LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

JACQUELINNE MARGARITA ALVARADO PÉREZ

ASESOR: M.E.S FRANCISCO JAVIER GARCÍA LAVALLEY

ZUMPANGO ESTADO DE MÉXICO JUNIO 2013



*Le agradezco a dios por haberme
acompañado y guiado a lo largo de mi
carrera, por ser mi fortaleza en mis
momentos de debilidad y por brindarme
una vida llena de aprendizajes,
experiencias y sobre todo felicidad*

A DIOS

Esta tesis la dedico a mi Dios que me supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentan, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni fallecer en el intento

A MIS PADRES

Dalia María y Antonio por brindarme la oportunidad para terminar mi carrera universitaria pocas veces se nos da esta oportunidad, pero ustedes con sus esfuerzos, sacrificios, bendiciones me ayudaron a lograr que mi sueño se hiciera realidad.

A MI PADRE

A ti papá que depositaste en mi la confianza y tus sueños sin condiciones, que con tus regaños y consejos me apoyaste incondicionalmente y brindándome día con día valores que me formaron para lograr este éxito que es de ambos porque sin Dios y sin ti no lo hubiese logrado agradezco que seas mi padre, porque gracias a tus enseñanzas me enseñaste el camino correcto para vivir.

A MI MADRE.

A ti madre te agradezco por ser mi amiga y acompañante que me ha ayudado a crecer, que siempre ha estado conmigo en todo momento. Gracias por la paciencia que me has tenido para enseñarme, por el amor que me das por los cuidados que me brindaste desde mi nacimiento y por tu apoyo incondicional te lo agradezco desde lo más profundo de mi corazón. Pero sobre todo por ser un buen ejemplo día con día sin ti tampoco lo hubiese logrado.

A MIS HERMANOS.

A mis hermanos Mauricio, Lino, Antonio y Dalia María que con sus actitudes y enseñanzas de cada uno me ayudaron les agradezco por el siempre hecho de ser mis hermanos y de darme su apoyo.

A MIS ABUELOS PATERNOS Y MATERNOS.

A mis abuelos Margarita, José Guadalupe que aunque ya no esté conmigo yo sé que desde donde se encuentran me mandan sus bendiciones y que con las enseñanzas que me dieron de niña me ayudaron a lograr mi sueño. Y a ti abuelita María Elena que a pesar de la distancia siempre me mandas mis bendiciones y tus consejos te agradezco tus cuidados hacia mí.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVOS.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivo específico.....	12
HIPÓTESIS.....	13
METODOLOGÍA.....	14
MARCO TEÓRICO.....	17

CAPITULO I

ANTECEDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “JOSÉ VICENTE VILLADA”.

1.1 Antecedentes.....	18
1.2 Ubicación.....	20
1.3 Tipo de Hospital.....	20
1.4 Distribución de los servicios.....	20
1.5 Visión y Misión del Hospital General “José Vicente Villada”.....	21

CAPITULO II

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

2.1 Generalidades.....	22
2.2 División de Estados Hipertensivos en el Embarazo.....	23
2.3 Preeclampsia.....	25
2.4 Clasificación.....	25
2.5 Patología.....	27
2.6 Predicción.....	28
2.7 Prevención.....	29
2.8 Tratamiento.....	30

CAPITULO III

OBESIDAD

3.1 Generalidades.....	31
3.2 Embarazo y obesidad.....	34

CAPITULO IV

EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y CONTROL PRENATAL

4.1 Definición.....	35
4.2 Control Prenatal.....	36
4.3 Factores de Riesgo.....	36
4.4 Determinación de Edad Gestacional.....	37
4.5 Diagnostico de condición fetal y Condición Materna.....	37
4.6 Educación Materna.....	37
4.7 Periodicidad de Control Prenatal.....	38

CAPITULO V

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA.

5.1	Generalidades.....	37
5.2	Código Mater.....	38
5.3	Código Mater Y procesos de Atención.....	39
5.4	Funciones específicas del equipo multidisciplinario.....	40
5.5	Cuidados de Enfermería en pacientes con preeclampsia.....	40

	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	40
--	--	-----------

	CONCLUSIONES.....	44
--	--------------------------	-----------

	SUGERENCIAS.....	46
--	-------------------------	-----------

	BIBLIOGRAFÍAS.....	48
--	---------------------------	-----------

	ANEXOS.....	50
--	--------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un problema obstétrico de gran importancia debido a su alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Su etiología se desconoce, no obstante se sugiere que posee una base genética e inmunológica que resulta en un trastorno multisistémico caracterizado por hipertensión, bien sea sistólica, diastólica o ambas, al encontrarse cifras tensionales de 140/90mmHg o una presión arterial media (PAM) de 105mmHg, en dos ocasiones con un intervalo de seis horas o una tensión arterial de 160/110mmHg, pero en este tema nos interesa saber que tan potente es el factor de la obesidad en una mujer embarazada, debido que la obesidad está reconocida por el área médica como la contribuyente de desarrollar o acelerar complicaciones en nuestra salud a un edades muy tempranas, pero el punto a tratar es saber que tan riesgoso es padecer obesidad antes o durante el embarazo.

La Enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de mujeres embarazadas, por lo que conforme a la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida pero enfocándolo al lado obstétrico es importante saber los riesgos que una mujer con problemas de sobrepeso u obesidad puede tener al embarazarse.

La obesidad en México su tasa es cada vez más alta por lo cual es preocupante e importante esta investigación sobre el embarazo relacionado con la obesidad y así poder tener soluciones a las preguntas de este tema.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

La preeclampsia es un síndrome que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante durante el parto y el puerperio caracterizado por hipertensión arterial y proteinuria.

La preeclampsia es un estado hipertensivo del embarazo que afecta entre el 3 y el 5% (Dr. Sánchez Alfredo Padrón Revista Mexicana de medicina intensivista y emergencias) de los mismos, se sabe que el sobrepeso está relacionado con una presión arterial elevada. Asimismo, las personas obesas poseen mayores niveles de triglicéridos en sangre y de colesterol LDL por el contrario, sus niveles de colesterol HDL o “buen colesterol” son más bajos que en personas que están en su peso adecuado.

El 51% de las mujeres mexicanas en edad reproductiva tienen sobrepeso u obesidad (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Lo que indica que más de la mitad de éstas inician el embarazo con exceso de peso. La obesidad es un factor de riesgo materno para desarrollar preeclampsia. El diagnóstico de hipertensión gestacional se establece en las mujeres en quienes la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o cuando se produce un aumento encima de los valores basales de 30 mm Hg sistólica o 15 mm Hg en la diastólica al menos en dos ocasiones con 6 o más horas de intervalo, la proteinuria es un signo importante en la preeclampsia se define como la presencia de 300 mg o más de proteína en la orina de 24 horas, otros signos relacionados

con la preeclampsia, otros como cefalea, dolor epigástrico, trombocitopenia , trastornos visuales o edema también se consideran para el diagnóstico. Uno de los factores relacionados con la obesidad es la retención del peso ganado durante el embarazo y la excesiva ganancia de peso durante éste empeora la obesidad materna.

Ocurre primordialmente en las nulíparas después de la semana 20 de gestación, y más a menudo cerca del término. El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Considerando la importancia de la participación de profesional de enfermería para intervenir en los problemas que desarrolla la mujer en su embarazo por la patología que conlleva tener obesidad, nos surge el siguiente cuestionamiento.

La obesidad se asocia con una serie de complicaciones preconcepcionales, en el período prenatal, durante el parto y posparto, lo que aumenta directamente los riesgos de morbilidad y mortalidad en la madre y el niño exigente demanda indirecta de recursos en los servicios de salud.

El estado nutricional tiene relación directa con el crecimiento fetal y el resultado perinatal. Más del 40% de las mujeres que cursan un embarazo se encuentran con sobrepeso u obesidad (Otilia Perichart Perera, M Balas Nakash Gineco-Obstetra México 2012)

La obesidad complica el 28% de los embarazos, con un 8% categorizada como “obesidad extrema” con IMC >40. (Nutrióloga Oviedo Nutrición en Hospital)

¿Conocer si la obesidad de las mujeres embarazadas es un factor determinante para desarrollar preeclampsia en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de Cuautitlán “José Vicente Villada”?

JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia es un síndrome idiopático específico del embarazo que se presenta después de las 20 semanas de la gestación se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se presentan 50, 000 muertes maternas a nivel mundial por este síndrome y en países en vías de desarrollo como México y América Latina constituyen la principal causa de muerte siendo responsable de una cuarta parte de las muertes maternas (Dra. Diana Plata, Hospital Sanitas Argentina).

La obesidad, problema de salud que afecta a la población, caracterizada por ser una enfermedad crónica, multifactorial, donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuye al desarrollo del padecimiento. Su importancia epidemiológica se debe principalmente a que participa activamente en la fisiopatología de múltiples enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial.

La obesidad que complica el embarazo también ha aumentado justo con la prevalencia global de la obesidad, la obesidad produce una morbilidad materna excesiva.

No hay duda de que la obesidad es un factor de riesgo constante para la preeclampsia. En una revisión de estudios que comprendió a más de 1.4 millones de mujeres, observaron que el riesgo de preeclampsia se eleva al doble con cada aumento de 5 a 7 kg anterior al embarazo.

El profesional de Enfermería tiene como misión realizar intervenciones de Enfermería y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y del respeto de la intercultural.

El enfoque de riesgo reproductivo implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permiten identificar las situaciones que pudieran significar una anomalía en el ciclo gestacional.

Durante la realización de mi servicio social observe una prevalencia en las mujeres embarazadas con obesidad las cuales tenían un alto nivel de complicaciones en el embarazo. Es por esto la realización de mi trabajo con el fin de brindar datos de las pacientes con preeclampsia y así brindar de manera profesional los cuidados de Enfermería para la atención de las mujeres que tienen obesidad en el embarazo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la influencia de la obesidad en las embarazadas para desarrollar preeclampsia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar qué porcentaje de las embarazadas con obesidad que desarrollaron preeclampsia
- Comparar el porcentaje de mujeres con obesidad que desarrollaron preeclampsia y mujeres en peso adecuado que también desarrollaron preeclampsia.
- Identificar qué porcentaje de las embarazadas que desarrollaron preeclampsia tuvo un control prenatal.
- Conocer los resultados de estudios de laboratorio en las pacientes que padecieron preeclampsia.

HIPOTESIS

Las mujeres con Obesidad durante el Embarazo tienen una mayor frecuencia de desarrollar preeclampsia.

VALIABLES.

- **Preeclampsia**
- **Proteinuria**
- **Hipertensión arterial**
- **Edema**
- **Obesidad**
- **Sobrepeso**
- **Ganancia de peso**
- **Triglicéridos**
- **Colesterol LDL.**
- **Edad reproductiva**
- **Riesgo materno**
- **Control prenatal**

METODOLOGÍA

Tipo de investigación.

Cuantitativa. Por qué mide fenómenos y recolecta datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico.

Tipo de estudio.

Descriptivo. Solo se describe el fenómeno estudio sin intervenir en las variables.

Observacional. Debido a que se puede observar el fenómeno y sin modificar a voluntad propia ninguno de los factores que interviene en el proceso de la investigación.

Retrospectivo. La información se obtuvo de los expedientes de los pacientes con preeclampsia atendidos entre Enero y Marzo del 2013 en el Hospital General de Cuautitlán “José Vicente Villada”

Transversal. Ya que se medirán la o las variables en una sola ocasión.

Población. 32 expedientes de Pacientes que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia por preeclampsia.

Universo. De pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital general de Cuautitlán “José Vicente Villada”

Instrumento: Se formuló una cedula de captación de datos para poder dar respuesta a las variables de estudio, así también se tomó información del expediente clínico, donde se tomara datos de la hoja de Enfermería e historial médico, como estudios de laboratorio.

Límites de espacio.

Tiempo. Pacientes de preeclampsia atendidas en el mes de Enero al mes de marzo del 2013.

Lugar: Servicio de Gineceo- Obstetricia del Hospital General de Cuautitlán “José Vicente Villada”

Unidad de análisis: Todo expediente de paciente que presentaron preeclampsia.

Recursos humanos: candidata a la licenciatura de enfermería, 1 asesor y 2 revisores.

Recurso financiero: Todo gasto fue financiado por la candidata a la Licenciatura enfermería de este proyecto de investigación.

Instrumento: Se realizó una cedula de datos para poder darle respuesta a las variables de estudio así también se toma información del expediente clínico.

Análisis estadístico: Se realizó una base de datos en el programa spss versión 12 para la tabulación de datos de acuerdo a la estadística descriptiva donde se obtiene la media, mediana, así como también la estadística inferencial para comparar las mujeres con obesidad y sin obesidad para dar respuesta a la hipótesis plantada.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I.

ANTECEDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “JOSE VICENTE VILLADA”.

1.1. Antecedentes.

El Hospital General de Cuautitlán “Gral. José Vicente Villada Ford” fue creado conforme a la Ley General de Salud que se decretó en el diario oficial de la federación en enero de 1984, en el que se consagra el derecho a la salud de la población como garantía social, se toma como base que en el año de 1983 solo a 16 millones de habitantes pudo dar atención a la secretaria de salud y a raíz de los sismos de 1985 en los que se vieron afectados sus principales hospitales en la Ciudad de México.

El Hospital se construyó en un terreno donado por el municipio, en la gestión del mismo intervino el Presidente Municipal Dr. Gilberto Casillas Guajardo la donación estuvo a cargo de la Ford Motor Company.

El honorable equipo Médico fundador, el Dr. Jorge Galván Domínguez (director), Dr. Humberto Quintero González (subdirector Médico), y E.A.S.E. Alicia Hernández Salinas (Jefa de Enfermeras).

La organización para la atención médica y las acciones sanitarias, han estado estrechamente relacionadas con los acontecimientos socio-políticos más importantes ocurridos en el país.

Algunos de los cambios organizativos más significativos que se realizaron para el otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta, se encuentran a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de febrero de 1917.

En 1926, se crearon en las entidades federativas las Juntas de Beneficencia Pública y las Delegaciones de Sanidad Federal. El 20 de enero de 1932, se creó la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en todos los Estados, para fomentar la coordinación entre los niveles de gobierno.

En 1934, año en que se constituyó la Secretaría de Asistencia Pública, se estableció la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad, así como los niveles jurisdiccional y local.

Posteriormente, en 1938 entraron en vigor los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, cuya estructura orgánica, para 1947, consideraba una jefatura y las secciones de epidemiología, higiene, asistencia y administrativa, así como jurisdicciones sanitarias en el nivel aplicativo.

1.2 Ubicación.

Alfonso Reyes s/n esquina con prolongación Venustiano Carranza, Col. Santa María, Cuautitlán Estado de México C.P. 54800.

1.3 Tipo de hospital.

Por su localización geográfica: Urbano

Tipo de Gobierno: Descentralizado

Nivel de atención: Segundo Nivel

Construcción: Horizontal

Capacidad: Mediana (144 camas censables y 77 no censables).

Población: Abierta

Promedio día/estancia: Corto

Zonas de afluencia: Tultepec, Tultitlan, Cuautitlán Izcalli, Melchor Ocampo, Tepotzotlán, Teoloyucan, Zumpango, Huehuetoca, Hueypoxtla, Coyotepec, Nextlalpan, Jaltenco, Tequixquiac.

1.4 Distribución de los servicios

1.- Edificio "a" primer piso.

Consulta externa, Registro hospitalario, Estadística, Archivo, Recursos materiales, Departamento de Enfermería, Dirección, Subdirección administrativa, Recursos financieros, Departamento de administración de Recursos Humanos.

2.- Edificio “a” planta baja.

Banco de Sangre, Laboratorios de Análisis Clínicos, Rayos X, Trabajo Social, Farmacia, Medicina Preventiva, Biblioteca, Auditorio.

3.- Edificio “b”.

Urgencias, Toco Cirugía, Quirófano, CEYE, UCI.

4.- Edificio “c”.

Cirugía general, medicina interna.

5.- Edificio “d”

Neonatología (ucin), pediatría, gineco-obstetricia, inhaloterapia.

6.- Edificio “e”

Dietóloga, servicios generales, patología.

1.5 Misión y visión del hospital general “José Vicente Villada”

➤ **Misión.**

Proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México.

➤ **Visión.**

Ser la institución líder que proporciones servicios de salud publica de calidad en sus tres niveles de atención a la población en el Estado de Mexico, fomentando la prevención y la cultura del autocuidado, para satisfacer las demandas de la sociedad.

CAPITULO II

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

2.1 Generalidades.

Los estados hipertensivos del embarazo consiste en preeclampsia y eclampsia, hipertensión crónica (esencial o secundaria a la enfermedad renal, enfermedad endocrina u otras causas), hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada e hipertensión gestacional.

La **Preeclampsia** es la hipertensión asociada con proteinuria y edema; ocurre primordialmente en las nulíparas después de la semana 20 de gestación, y más a menudo cerca del término. La hipertensión se define como la presión arterial igual o mayor a 104/90mm Hg o un aumento en la presión arterial media de 20mm Hg el incremento de la presión arterial de 30/15 mm Hg sobre los valores del primer trimestre.

Los datos recientes refieren que no aumentan los fenómenos adversos en las mujeres con estos cambios, pero una elevación en la presión arterial de esta magnitud requiere observación estrecha.

La proteinuria se define como una excreción de 300mg o más en una muestra de 24h o 30mg/dL en una muestra aleatoria puede ocurrir preeclampsia en mujeres que tiene hipertensión crónica (preeclampsia sobreagregada); el pronóstico es peor para la madre y el feto que cuando ocurre cualquiera de estas alteraciones aisladamente.

Se produce preeclampsia en 6% de la población general; la frecuencia varía según la localización geográfica., edad materna menor de 20 años o mayor de 35 años, estado socioeconómico de bajo ingreso, gestación múltiple, mola hidatidiforme, polihidramnios.

2.2 División de estados hipertensivos en el embarazo.

La hipertensión gestacional.

Jack pritchard eligió el término de hipertensión gestacional para describir cualquier hipertensión no complica de nueva aparición durante el embarazo cuando no había evidencia de preeclampsia.

El diagnostico de hipertensión gestacional se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90 mm Hg o mayor por primera vez después de la mitad del embarazo, pero en quienes no se identifica proteinuria.

Casi la mitad de estas pacientes desarrollan preeclampsia, que incluye signos como proteinuria y trombocitopenia, o síntomas como cefaleas y dolor epigástrico.

Hipertensión transitoria del embarazo si hay preeclampsia al momento del parto, pero la presión arterial es normal 12 semanas después del parto.

Hipertensión crónica si el incremento en la presión arterial persiste después de 12 semanas del parto. Este trastorno es predictivo del desarrollo tardío de la hipertensión esencial.

A menudo es difícil determinar si la paciente tiene preeclampsia, hipertensión crónica, o este último trastorno como preeclampsia sobre agregada.

Las causas consisten en parte, en que la presión arterial disminuye normalmente durante el segundo trimestre, y esta disminución puede ocultar la presencia de hipertensión crónica. Los estudios de biopsia renal han demostrado que solo el 70% de las primigravias menores de 25 años que experimentan la triada de edema, hipertensión y proteinuria sufren glomeruloendoteliosis, lesiones características de la preeclampsia; 25% tiene enfermedad renal no sospechada. En multíparas con hipertensión crónica y preeclampsia sobre agregada, cerca del 3% sufren glomeruloendoteliosis y el 20% tienen enfermedad renal subyacente. Rara vez se efectúa biopsia renal durante el embarazo por que los beneficios no suelen justificar los riesgos. Se desconoce la sensibilidad y especificidad de los marcadores bioquímicos como ácido úrico y antitrombina III.

2.3 Preeclampsia.

Definición.

Es un síndrome específico del embarazo caracterizado por perfusión orgánica reducida secundaria a vaso espasmo y activación endotelial. La enfermedad hipertensiva del embarazo, designa a una serie de trastornos hipertensivos que se caracteriza por tener en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo.

La hipertensión arterial durante el embarazo se define como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mm Hg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg en dos tomas con un intervalo de dos tomas cada 6 horas o una sola toma de 160/110 mm Hg a partir de las 20 semanas de gestación.

2.4 Clasificación.

1.-Hipertension crónica pre gestacional.

Tensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mm Hg en dos tomas aisladas, previos al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.

2.-Preeclampsia.

Tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg o Tensión arterial sistólica mayor o igual 104 mm Hg (en dos tomas) y proteinuria mayor de 300 mg en 24 horas; o un asunto de 15 mm Hg o más en la TAD habitual.

3.-Hipertensión gestacional.

Tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica sin proteinuria después de las 20 semanas que desaparece luego de los tres meses de postparto.

4.-Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada.

5.-Eclampsia.

Convulsiones y/o coma en una mujer con preeclampsia.

2.5 Patología.

En el caso de la preeclampsia se identifica deterioro grave patológico de la función en diversos órganos y sistemas, tal vez como consecuencia de vasoespasmo e isquemia.

Cualquier teoría satisfactoria de la fisiopatología de la preeclampsia debe explicar la observación de que los trastornos hipertensivos causados por el embarazo son muchos más probables en las mujeres que a) Se exponen vellosidades crónicas por primera vez, b) se expone a la superabundancia de vellosidades, como sucede en los embarazos gemelares y en caso de mola hidatiforme, c) sufren enfermedades vasculares preexistente o d) están genéticamente predispuestas a desarrollar hipertensión durante el embarazo.

El vaso espasmo es fenómeno básico en la fisiopatología de la preeclampsia y eclampsia. Este concepto se basa en observaciones directas de vasos sanguíneos pequeños de lechos ungueales, fondos oculares y conjuntivos bulbares, y se conjeturó por los cambios histológicos reconocidos en diversos órganos afectados. La constricción vascular produce resistencia al flujo de sangre y explica el desarrollo de hipertensión arterial.

Es probable que el propio vaso espasmo ejerza un efecto dañino sobre los vasos. Más aun en las células endoteliales. Es muy probable que estos cambios produzcan lesión de estas células y fugas entre ellas que dan lugar al depósito de los constituyentes de la sangre, entre ellos plaquetas y fibrinógeno, a nivel endotelial.

Se presume que tales cambios vasculares, en conjunto con la hipoxia local de los tejidos circundantes, culminan en hemorragia, necrosis, y otros trastornos de órganos terminales observados en casos de preeclampsia grave.

Aunque las posibles consecuencias maternas de los trastornos hipertensivos consecutivos al embarazo son diversas, con fines de simplificación estos efectos se describen aquí con base en sistemas organismos específicos. La causa principal del trastorno fetal produce como resultado de la perfusión útero-placentaria reducido.

2.6 Predicción.

Se han propuesto diversos marcadores bioquímicos y biofísicos, basado sobre todo en patologías y la fisiopatología de los trastornos hipertensivos originados por el embarazo, con la finalidad de predecir el desarrollo de preclampsia durante la parte tardía del embarazo.

Los investigadores han tratado de identificar marcadores tempranos de problemas como placentación inadecuada, perfusión placentaria reducida, disfunción de las células endoteliales y activación de la coagulación. Casi todos estos intentos proveen estrategias de prueba con baja sensibilidad para predecir la preeclampsia.

En la actualidad no se dispone de pruebas de investigación de la preeclampsia dignas de confianza válida y económica.

2.7 Prevención

Se dispone de diversas estrategias para prevenir la preeclampsia. casi todas consisten en manipulaciones de la dieta e intentos farmacológicos de modificar los mecanismos fisiopatológicos que parezcan participar en el desarrollo de este trastorno.entre estos últimos se encuentran el ácido acetilsalicílico a dosis bajas y los antioxidantes.

Manipulación dietética.

Uno de los primeros esfuerzos destinados a prevenir la preeclampsia fue la restricción de sal durante el embarazo. Está demostrado que esta medida carece de eficacia. De manera semejante, aun no se demuestra que el calcio complementario prevenga algunos de los trastornos hipertensivos atribuibles a la

gestación. Entre otras manipulaciones dietéticas ineficaces investigas figura la administración de aceite de pescado todos los días.

2.8 Tratamiento.

La finalidad básica de cualquier tratamiento de cualquier embarazo complicado por preeclampsia incluye:

- a) Interrupción de este con el menor traumatismo posible para la madre y el feto.
- b) Nacimiento de un lactante que a continuación prospere.
- c) Restablecimiento completo de la de la salud materna.

En cierto caso la preeclampsia, sobre todo en las mujeres a término acerca de este, se atienden con igual eficiencia las tres finalidades con la inducción del parto.

CAPITULO III

OBESIDAD.

3.1 Generalidades.

El peso obsesivo se ha convertido en una de los principales problemas de salud de los países ricos. Debido a su importancia médica y sus efectos diversos sobre el embarazo, se describirá por separado en este capítulo. La prevalencia de la obesidad en estados unidos ha aumentado de forma constante a medida que se ha incrementado la propiedad económica. Por varios años la obesidad se ha denominado epidémica, que definida en términos estrictos implica un brote generalizado temporal de un gran incremento de la frecuencia y la gravedad.

Infortunadamente la obesidad en términos más correctos es endemia. Un trastorno que está presente con regularidad. Así mismo su prevalencia ha ido aumentando desde 1960.hacia 1991, alrededor de un tercio de los adultos de estados unidos tenían preobesidad y casi 300 000 muertes se atribuían cada año a la obesidad (Allinson et al., 1999).

Las autoridades de salud pública comenzaron a combatir el problema de la obesidad a finales del decenio de 1980.un objetivo declarado de Healthy People

2000 fue reducir la prevalencia de las personas con preobesidad 20% o menos al final del siglo XX. Esta meta no solo no se logró si no que para el año 2000 más de la mitad de la población tenía preobesidad.

Muchas enfermedades relacionadas con la obesidad, entre ellas diabetes, cardiopatía, hipertensión, apoplejía y osteoporosis. Las mujeres obesas que se embarazaban (y sus fetos) están predispuestos a diversas complicaciones graves vinculadas con la gestación. Los efectos maternos de largo plazo comprenden tasas elevadas y aumentadas de morbilidad y mortalidad. Así mismo estudios recientes demuestran que las mujeres embarazadas obesas padecen a menudo morbilidad.

Definición

La obesidad es la enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad.

La OMS define como obesidad cuando el índice de masa corporal, el cálculo entre la estatura y el peso del individuo es igual o superior a 30 kg/m^2 .

Morbilidad y mortalidad relacionadas con la obesidad.

La obesidad es costosa, no solo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad, sino también en términos del momento en dólares interviniendo en asistencia sanitaria. Colditz (1999) calculo que cada año fallecen 300, 000 adulto a causa relacionadas con la obesidad.

Las personas que tiene pre-obesidad corren un mayor riesgo de un número elevado de complicaciones como Diabetes tipo I, hipertensión, coronopatía, miocardiopatía por obesidad, osteoartritis, esterilidad parcial está bien conocida la relación directa entre la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2. Según Hossain et al. El 90% de la diabetes del tipo 2 es atribuida por el exceso de peso. La cardipatia debido a la obesidad es efecto de hipertensión, hipervolemia y dislipidemia. El peso excesivo implica un incremento en las tasas de mortalidad temprana.

Morbilidad materna.

La obesidad produce una morbilidad materna excesiva como diabetes gestacional, preeclamsia, embarazo de pos término, cesare de urgencias, hemorragia pos parto, infecciones urinarias, óbito. Weiss et al. (2004) comunico resultados adversos y morbilidad materna similares en un estudio multicentrico prospectivo de más 16 000 mujeres con obesidad desde clase I y II dentro del estudio valoración de riesgo durante el primer y segundo trimestre de embarazo destaco sobre todos los incrementos notables de la hipertensión gestacional.

La obesidad y la hipertensión son cofactores frecuentes que producen insuficiencia cardíaca perinatal. Así que las mujeres obesas presentan dificultades con la anestesia que incluye la inserción difícil de la aguja epidural y raquídea y complicaciones por intubaciones fallidas o difíciles.

3.2 Embarazo y Obesidad

La obesidad se acompaña de la esterilidad parcial debido al incremento de resistencia de insulina. En su reseña, Neill y Nelson –Precy (200) correlacionaron las alteraciones de la fecundidad en las mujeres con una índice de masa corporal mayor a 30kg. En 6 500 ciclos de inyección de semen intracitoplasmico para fecundación in vitro, observaron que la implantación, el embarazo y las tasas de nacimientos vivos se reducían en forma progresiva y significativa con cada una unidad de embarazadas con sobrepeso.

No hay duda de que la obesidad es un factor de riesgo constante para la preeclampsia (cedergen, 2004). En una revisión de estudio comprendió a más de 1.4 millones de mujeres, observaron que el riesgo de preeclampsia se eleva al doble con cada aumento de 5 a 7 kg.

La obesidad también se vincula con inflamación leve y activación endotelial. Así mismo desempeña una función integral en la preeclampsia. Ramsay confirmaron que las pacientes embarazadas obesas tenían una notable elevación de la concentración sérica de interleucina 6 y proteína C, así como signos de alteraciones de la función endotelial.

Estos investigadores observaron que las mujeres grávidas obesas tenían concentraciones significativas más elevadas en triglicéridos, colesterol de lipoproteínas de muy baja densidad, insulina y lectina en comparación con las personas de peso normal.

CAPITULO IV

EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y CONTROL PRENATAL.

4.1 Definición.

Identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la Madre y su hijo.

El riesgo perinatal debe ser evaluado durante el control prenatal tanto en 1 anamnesis, del primer control como en las de los controles siguientes. Esto permite determinar si se trata o no de un embarazo de alto riesgo.

Embarazo de alto riesgo es aquel que cursa en presencia de factores de riesgo materno fetales los cuales pueden derivar de elementos epidemiológicos (historia clínica) o biológico (propios de la paciente o del feto).

Se estiman que entre el 10 y 20% de los embarazos tienen factores de riesgo y estos contribuyen al 80% de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal. El desafío es detectarlos y manejarlos adecuadamente. El control prenatal es la medida más eficiente para reducir el riesgo, tanto en la población general como en la población de alto riesgo.

4.2 Control prenatal.

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna perinatal.

Los objetivos del control prenatal son:

- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional (pilar fundamental del control prenatal)
- Diagnosticar la condición fetal diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre (puede cooperar con su autocuidado; siempre enseñar los signos de alarma)

4.3 Identificación de los factores.

Factores de riesgo:

Corresponde a las características biológicas, social o ambiental que al estar presente se asocia con un aumento de la probabilidad de que, tanto la madre como el feto o recién nacido puedan sufrir un daño desde el punto de vista médico el daño es morbilidad que puede experimentar un individuo que como consecuencia de la acción del factor de riesgo.

4.4 Determinación de la edad gestacional.

Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización. De por sí, no constituye el comienzo del embarazo, un punto que se mantiene controversial, por lo que se han diseñado sistemas alternos de conteos para dar con el comienzo del embarazo.

4.5 Diagnosticar la condición fetal, la condición materna.

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

Latidos cardíacos fetales

Movimientos fetales

Tamaño uterino

Estimación clínica del peso fetal

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.

4.6 Educación materna.

La embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educativos:

Signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

4.7 Periodicidad del control prenatal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgo detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazo sin factor de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta se cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación.

El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo de crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc).

CAPITULO V

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA.

5.1 Generalidades

La Enfermera obstetra es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relaciones interpersonales y de respeto a la interculturalidad de tal forma que asegure el nacimiento de un nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas.

Estas competencias se dividen en específicas y generales; las primeras están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto, del puerperio y del recién nacido; así mismo, se incluyen competencias para la atención de urgencias obstétrica las de comunicación, interculturalidad y administrativa.

El manejo de las pacientes con preeclampsia deberá siempre orientada a la seguridad materna, reducción de los factores de riesgo, detención oportuna de complicación obstétrica.

La consulta prenatal de las embarazadas, después de las 20 semanas de gestación, debe incluirse la determinación de la presión arterial y la proteinuria.

Posteriormente después de las 20 semanas de gestación, en cada evaluación prenatal se deba identificar la presencia de hipertensión, proteinuria, cefalea, vomito, alteraciones visuales, dolor epigástrico, disminución de la frecuencia cardiaca fetal y alteraciones de crecimiento.

La enfermera debe aprovechar toda oportunidad tomada para tomar la presión arterial en todas las pacientes con preeclampsia.

Se debe de promover la existencia en toda mujer embarazada, para la detención temprana de toda paciente con preeclampsia.

Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el diagnostico riesgo de la alteración materno fetal se recomienda; revisar el historial obstétrico para valorar factores de riesgo de padecer preeclampsia, determinar el grado de conocimiento que la paciente tiene de su patología, fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de bienestar fetal y seguridad personal, instruir a la paciente en técnicas de autocuidado para aumentar un resultado de evolución favorable , recomendar que asista a la atención medica inmediatamente cuando

detecte disminución de movimientos fetales 4 o más contracciones durante una hora antes de las 37 semanas de gestación y signos y síntomas de preeclampsia.

La enfermera de atención prenatal debe general una atención de confianza y estimular la participación de la familia, con red y apoyo.

5.2 Código mater.

Hace un año se publicó en la revista de Medicina y terapia intensivista de Asociación Mexicana las declaraciones del secretario de salud en relación a que la causa de la mortalidad materna en nuestro país no ha disminuido como se ha esperado debido a tres factores principales: la falta de aprendizaje de autoayuda por parte de las pacientes, la mala preparación del médico y enfermeras en la necesidad de áreas especializadas en este tipo de pacientes. En respuesta a estos conceptos, proponemos que dentro de las estrategias hospitalarias se contemple la implementación del equipo de respuesta rápida que en obstetricia se ha denominado MATER.

Definición.

Es un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica (hipertensión arterial, sangrado y sepsis).

5.3 Equipo de Código mater y Procesos de atención.

Equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios (ginecoobstetra, enfermera, intensivista-internista, pediatra, anesthesiólogo, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido), capacitados en urgencias obstétricas.

Objetivo.

Prevenir y/o disminuir la mortalidad materna y perinatal, mediante tres acciones (A identificar, B tratar y C trasladar).

PROCESO ABC:

A Identificar (signos de alarma).

- Hipertensión o hipotensión arterial
- Convulsiones tónico-clónicas
- Alteraciones del sensorio o estado de coma
- Sangrado transvaginal u otra vía.
- Taquicardia – taquipnea, cianosis, hipertermia
> 38.5 °C
- Choque

B Tratar (guías clínicas):

- Preeclampsia-eclampsia
- Sangrado obstétrico
- Sepsis

C Trasladar:

- Unidad de choque o cuidados intensivos obstétricos
- Quirófano o Unidad de Toco-Cirugía.

1. Ingresa la paciente por sus propios medios o por personal de ambulancia.
2. Es valorada por personal Triagge, quien activa código mater mediante alarma sonora.
3. Inicia tratamiento de acuerdo a guías clínicas. (Mencionadas en intervenciones de Enfermería punto 5.3) .
4. Trasladada para manejo complementario a Unidad de Choque o Cuidados Intensivos Obstétricos, o bien a quirófano o la Unidad de Toco-Cirugía.
5. Retroalimentación permanente del sistema, mediante capacitación continua, evaluación crítica de resultados y revisión periódica de la evidencia científica.

5.4 Funciones específica del equipo multidisciplinario.

1.- Gineco -obstetra: valoración integral materno – fetal.

- Estado de conciencia.
- Cardiopulmonar.
- Reflejos osteotendinosos.
- Frotis de sangre periférica.
- Rastreo ultrasonográfico básico (vitalidad fetal, localización placentaria y calidad del líquido amniótico).
- Exploración pelvi-genital inicio de tratamiento acorde con el diagnóstico mediante guías clínico-terapéuticas correspondiente.
- Resolución obstétrica quirúrgica.

2.- Enfermera:

Signos vitales, venoclisis y toma de Muestras sanguíneas e instala sonda de Foley.

- Presión arterial
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria
- Temperatura
- Toma muestras laboratorio (BH, glucosa, enzimas, coagulación)
- Instala venoclisis con 1,000 mL de solución mixta.
- Inserta sonda de Foley N° 16 con bolsa recolectora
- Cuidados generales de enfermería.
- Intensivista – internista: valoración neurológica,
- Hemodinámica y metabólica
- Escala de Glasgow
- Gasto cardiaco y resistencias vasculares periféricas (bioimpedancia)

- Función hepatorenal (pruebas de función hepática y renal)
- Hidroelectrolítico y ácido-base (electrolitos séricos y gasometría)
- Niveles de glicemia
- Ventilación y capnografía
- Apoyo organo-funcional y tratamiento multiorgánico

3.- Pediatra:

Conocer las condiciones fetales y preparar reanimación neonatal.

- Aplicación de surfactante exógeno
- Apoyo ventilatorio mecánico
- Reanimación básica y avanzada
- Tratamiento integral del recién nacido

2. Anestesiólogo:

Conocer las condiciones maternas y fetales y adecuar manejo anestésico.

- Intubación oro o nasotraqueal
- Anestesia general inhalatoria
- Anestesia locorregional

3. Trabajadora social:

Vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.

- Información sobre estado de salud
- Consentimiento informado para diversos procedimientos
- Trámites administrativos diversos
- Vinculación con centros hospitalarios o servicios en otras unidades médicas

6.- Laboratorio:

Realizar exámenes solicitados con carácter de urgencia.

- Biometría hemática con cuenta de plaquetas
- Pruebas de coagulación (tiempos de protrombina, trombina y tromboplastina parcial)
- Determinación de glucosa, ácido úrico y creatinina sérica.
- Aminotransferasas y deshidrogenasa láctica
- Gasometría arterial o venosa
- Electrolitos séricos (sodio, potasio y cloro)

- Pruebas de compatibilidad sanguíneas, grupo.
- Sanguíneo y factor Rh

7.- Ultrasonido:

Rastreo abdominal y pélvico.

- Monitorear frecuencia cardiaca, movimientos somáticos, presentación, sitio de inserción placentaria y características morfológicas de la misma, apreciación cuantitativa del líquido amniótico, valoración de reactividad fetal mediante cardiotocografía externa.

5.5 Cuidados de enfermería en pacientes con Preeclampsia.

- 1) La enfermera debe asegurarse de mantener una adecuada función respiratoria
- 2) Determinar constantes vitales.
- 3) Instalar dos accesos venosos permeables y tomar muestras para laboratorio: BH;
- 4) QS;TP;TPT;TPG;DHL, Bilirrubina y gasometría arteria así como solicitud a banco de sangre.
- 5) Monitorizar frecuencia cardiaca materna fetal.

- 6) Colocación de sonda vesical a permanencia para medir diuresis, toma de muestra, toma de bililabstix y toma de muestra de EGO.
- 7) Coordinarse con el médico para voceo de código mater.
- 8) Mantener a la paciente en semifowler decúbito lateral izquierdo.
- 9) Colaborar en la instalación de catéter central.
- 10) Administrar soluciones indicadas por ejemplo:
- 11) Glucosa al 5% 1000ml cada 8 horas previa carga de 300ml para mantener un aporte hídrico y calórico de 125ml por hora.
- 12) Aplicar soluciones electrolíticas (fisiológica, Hartman) que que permanecen más tiempo en el espacio intravenoso o expansores del plasma: haemaccel.
- 13) Derivación de PVC y medición de volumen urinario cada hora.
- 14) Apoyo para la monitorización fetal.
- 15) Tener disponible medicamentos antihipertensivos ejemplo: hidralazina a dosis de 5 a 10 mg. I.V, nifedipina, alfamatildopa, isoxuprina amp.

- 16) Contar con anticonvulsivantes DFH y diacepam.
- 17) Preparar sulfato de magnesio (vasodilatador cerebral)
- 18) Esquema ZUSPA: impregnación con 6mgr I.V. administrados en un periodo de 10 15 minutos diluidos en 100ml de solución glucosada al 5% administrar en 20minutos. Mantenimiento de 1 a 2 gr I.V. por hora.
- 19) Evitar estímulos externos (ruido excesivo, luz, etc)
- 20) Valorar constantemente estudio neurológico.
- 21) Determinación de tensión arterial cada 15 minutos
- 22) Cuidados preoperatorios para interrupción de embarazo.
- 23) Documentar intervenciones en hoja de enfermería, control de líquidos, control de tensión arterial.
- 24) Acompañada de camillero entregar a la paciente al servicio indicado (QX, UCI)
- 25) Para continuar con su tratamiento.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para llevar a cabo esta investigación se revisaron 32 expediente aplicando una cedula constituida de 21 preguntas con las cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

Con respecto a la edad de las pacientes se encontró que el 25% corresponde a menores de 21 años, el 31% de 22 a 26 años y con 22% mayores de 33 años por lo tanto en esta investigación se demuestra que la edad fue un factor predisponente para desarrollar preclampsia ya que con mayor frecuencia se embarazo en una edad menor a 21 años y mayor a 33 años. (Ver cuadro y tabla no.1).

El 75% de las pacientes investigadas viven en la zona urbana por lo que se puede observar que son mujeres que desarrollaron preclampsia con mayor frecuencia, por la localización del Hospital tiende a prestar sus servicios a la población del área metropolitana y solo se reciben a pacientes del área rural cuando es una urgencia en el cual la preclampsia es una de ellas. (Ver cuadro y grafica No.2)

De las 32 pacientes investigadas 14 desarrollaron preclampsia leve y 18 desarrollaron preclampsia grave encontrando los dos tipos de preclampsia que puede desarrollar una paciente en el Hospital en el que se hizo la investigación, más de la mitad paso al segundo grado por el cual las pacientes tenían más riesgo a que hubiese una complicación secundaria. (Ver cuadro y grafica No.3).

El 46% de las pacientes tuvieron una elevación en la presión tanto sistólica como diastólica, solo el 9% tubo elevación en Diastólica que no fue superior a 120 mm/Hg, por lo tanto se concluye que las pacientes que desarrollaron preclampsia padecieron una elevación en la tensión arterial tanto en Sistólica como Diastólica complicando así la evolución de las mismas pacientes. (Ver cuadro y grafica No.4).

El 66% de las pacientes se realizó una prueba de orina de 24 cuatro horas, por lo que solo el 44% fue de 2 muestras en 6 horas, por lo que la prueba de laboratorio que más se realiza para descarta un nivel alto de proteínas en la orina es de 24 horas, debido a que tiene una mayor seguridad para arrojar datos verídicos pero aunque en su menor incidencia se realiza la de 2 pruebas en seis horas en casos urgentes. (Ver cuadro y grafica No.5).

El 69% de las pacientes tuvieron edema generalizado que fue el de mayor frecuencia, verificando que el edema más frecuente en mujeres con preclampsia es el generalizado indicándonos que son pacientes que pueden desarrollar potencialmente una complicación secundaria de la enfermedad y tener algún daño en órganos vitales.(ver cuadro y grafica No.7).

Con respecto a los niveles de colesterol el 50% obtuvo más de 240 mg/ dl y solo el 28.2% estuvo por debajo de 200 mg/dl por lo que se interpreta que el mayor porcentaje de las pacientes con preclampsia tienen niveles de colesterol alto las cual se diagnostican como hipercolesterolemia ayudando a elevar la tensión arterial al impedir la buena circulación sanguínea impidiendo la irrigación de los tejidos, lo cual provoca una disfunción de la parte afectada del organismo y esto se asocia mucho a las pacientes con sobrepeso y obesidad. (Ver cuadro y grafica No.8).

De acuerdo a los niveles de triglicérido en las pacientes investigadas el 44% tuvo un rango alto mayor 200 mg/dl y el 22% estuvo en nivel normal ósea menor de 148 mm/ dl, por lo que se refiere que los triglicéridos en las pacientes con preclampsia son altos, ayudando a complicaciones futuras en el embarazo. (Ver cuadro y grafica No. 9)

El 62% de las pacientes investigadas iniciaron su embarazo con obesidad, 38% sin obesidad, demostrando que la Obesidad es considerada por muchos autores un factor predisponente potencial para desarrollar enfermedades como la elevación de la tensión arterial, por lo tanto en esta investigación se puede comprobar que las pacientes con preclampsia en más de la mitad tiene obesidad antes de embarazarse y por lo tanto será un embarazo de alto riesgo desde el inicio. (Ver cuadro y grafica No. 10).

El 69% de las pacientes investigadas tuvieron obesidad durante el embarazo y el 31% sin obesidad, más de la mitad de pacientes con preeclampsia durante el embarazo padecen obesidad por lo tanto favorecen complicaciones en el sistema circulatorio e indica que tienen más kilos aun estando embarazadas predisponiéndolas potencialmente a una mayor frecuencia a desarrollar preeclampsia que las mujeres que se encuentra en el peso adecuado para su talla y estado de embarazo.(ver cuadro y grafica No.11).

El 25 % tuvo el IMC más de 40 Grado III, el de grado normal menos 34.9% Grado I y un 19% Grado II de 35 a 39.3 IMC verificando que aparentemente las mujeres investigadas la mayoría no tiene ningún nivel de obesidad pero si sumamos los tres tipos de obesidad podremos ver que más de la mitad de las pacientes si tiene un grado de obesidad aunque el grado 2 es el más padecido. (Ver cuadro y Grafica No.12)

El 72% de las pacientes antes del embarazo tuvo sobrepeso, y el 28 % sin sobrepeso por lo que se encontró que son mujeres que durante el embarazo tienen mayor predisposición a desarrollar alguna complicación en el embarazo. (Ver cuadro y grafica No.13)

El 38% tuvo Grado leve de obesidad del cual fue de mayor frecuencia, y el 6% fue el de menor frecuencia de Grado de obesidad 4 mórbida refiriéndose que, de cada paciente con el índice de masa corporal en cuanto a su talla y peso el grado de obesidad más frecuente es el grado número 1 o conocido como el grado leve el cual se puede corregir en el embarazo con dietas adecuadas debido a que el grado 4 es el más difícil de darle un manejo medico. (Ver cuadro y grafica No. 14).

De las pacientes estudiadas el 43% subió no más de 3 Kilos durante el embarazo y el 16% subió más de 6 kilos durante el embarazo, por lo que sabemos que los kilos que se pueden subir durante el embarazo no deben ser mayores de 6 kilos para evitar complicaciones del sistema circulatorio en una persona sin obesidad, pero cuando la paciente presenta obesidad es importante que gane peso no mayor a 4 kilos, en la tabla se observa que las pacientes que subieron más de 7 kilos es un porcentaje bajo pero importante cifra para el estudio.(ver cuadro y grafica No.15).

El 56% presento no más de 3 gestas, y el 16% tuvo más de 5 Gestas por lo que se refiere que las mujeres que son multíparas corren mayor riesgo en sus siguientes partos, los resultados de esta investigación que se observa que fue minoría las mujeres que tuvieron más de 5 gestas. (Ver cuadro y grafica No.16).

El 87% de las mujeres de la investigación no tuvieron como antecedentes algún aborto por lo que se demuestra, que no es un factor para desarrollar preeclampsia. (Ver cuadro y grafica No.17)

El 47% de las pacientes no acudió a ninguna consulta de control prenatal y solo el 19% asistió a más de 4 consultas de control prenatal de las pacientes investigadas por lo que se informa; el control prenatal en las mujeres embarazadas es de alta importancia para detectar futuras complicaciones o poder corregir en su momento patologías que pongan en riesgo la vida de la madre como del bebe o controlarlas, las mujeres que desarrollaron preeclampsia en esta investigación casi la mitad no llevo ninguna consulta por lo tanto no se pudo detectar la presión arterial elevada de manera oportuna, hasta la complicación de esta misma.(Ver cuadro y grafica No.18)

El Tener antecedentes de haber padecido preeclampsia provoca un alto riesgo materno-fetal en el siguiente embarazo, la investigación demuestra que más del 90% no había padecido preeclampsia Por lo tanto aunque no se tenga antecedente de haber padecido preeclampsia, se puede desarrollar preeclampsia. (Ver cuadro y grafica No.19).

El 43% de las pacientes no tuvieron un estado nutricional adecuado, por lo que se concluye que las mujeres con obesidad tienen menos estados nutricionales adecuados, por esto en nuestro cuadro se puede observar que la mayoría de las mujeres que padecieron preeclampsia no tiene buenos hábitos alimenticios, los cuales son altos en carbohidratos y azúcares favoreciendo al mal funcionamiento de organismo.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a la investigación realizada en el tema de obesidad y preeclampsia se pudo encontrar:

Con respecto a la edad de las pacientes se encontró en esta investigación que la edad fue un factor predisponente para desarrollar preeclampsia ya que con mayor frecuencia se embarazaron en una edad menor y mayor a la adecuada para la reproducción. De las pacientes investigadas la mayoría son o pertenecían a la zona urbana con mayor facilidad para el acceso a los servicios médicos. Más de la mitad no tuvo más de 2 consultas de control prenatal, ocasionando no detectar así de manera oportuna los factores para clasificar el embarazo como de alto riesgo y no poder tomar decisiones para la mejora del binomio madre y bebe, por lo tanto expone a que las mujeres embarazadas no puedan tener un control de su tensión arterial durante su embarazo y tampoco identificar los signos de alarma de una tensión arterial elevada, y solo se reciben a pacientes del área rural cuando es una urgencia en el cual la preeclampsia es una de ellas.

De las pacientes investigadas desarrollaron preeclampsia leve y preeclampsia grave encontrando los dos tipos de preeclampsia, más de la mitad pasó al segundo grado por el cual las pacientes tenían más riesgo a que hubiese una complicación secundaria.

Las pacientes que desarrollaron preeclampsia tuvieron una elevación en la presión tanto sistólica como diastólica, complicando así la evolución de las mismas. La prueba de laboratorio que más se realizó para descartar un nivel alto de proteínas fue la orina de 24 horas, las pacientes tuvieron edema generalizado con mayor frecuencia, indicándonos que son pacientes que pueden desarrollar potencialmente una complicación secundaria de la enfermedad y tener algún daño en órganos vitales

Con respecto a los niveles de colesterol presentaron más de 240 mg/ dl, por lo que el mayor porcentaje de las pacientes con preeclampsia tienen niveles de colesterol alto las cual se diagnostican como hipercolesterinemia ayudando a elevar la tensión arterial al impedir la buena circulación sanguínea impidiendo la irrigación de los tejidos, lo cual provoca una disfunción de la parte afectada del organismo y esto se asocia mucho a las pacientes con sobrepeso y obesidad. De acuerdo a los niveles de triglicéridos en las pacientes con preeclampsia son altos, ayudando a complicaciones futuras en el embarazo.

Las pacientes investigadas iniciaron su embarazo con obesidad, demostrando que la obesidad es considerada por muchos autores un factor predisponente potencial para desarrollar enfermedades como la elevación de la tensión arterial, por lo tanto en esta investigación se puede comprobar que las pacientes con preclampsia en más de la mitad tiene obesidad antes de embarazarse y por lo tanto será un embarazo de alto riesgo desde un inicio, tuvieron obesidad durante el embarazo favoreciendo complicaciones en el sistema circulatorio e indica que tienen más kilos aun estando embarazadas predisponiéndolas potencialmente a una mayor frecuencia a desarrollar preclampsia que las mujeres que se encuentra en el peso adecuado para su talla y estado de embarazo. De cada paciente con el índice de masa corporal en cuanto a su talla y peso el grado de obesidad más frecuente es el grado número 1 o conocido como el grado leve el cual se puede corregir en el embarazo con dietas adecuadas debido a que el grado 4 es el más difícil de darle un manejo medico. De las pacientes estudiadas en menor porcentaje subieron más de 6 kilos durante el embarazo, sabemos que los kilos que se pueden subir durante el embarazo no deben ser mayores de 6 kilos para evitar complicaciones del sistema circulatorio en una persona sin obesidad, pero cuando la paciente presenta obesidad es importante que gane peso no mayor a 4 kilos.

En cuanto al número de gestas, en esta investigación la minoría de las mujeres tuvo más de 5 gestas, no tuvieron como antecedentes algún aborto por lo que se demuestra, que no son factores para desarrollar preeclampsia.

En mayor porcentaje de las pacientes no acudió a ninguna consulta de control prenatal, y sabemos que el mismo, es de alta importancia para detectar futuras complicaciones o poder corregir en su momento patologías que pongan en riesgo la vida de la madre como del bebe o controlarlas, las mujeres que desarrollaron preeclampsia en esta investigación casi la mitad no llevo ninguna consulta por lo tanto no se pudo detectar la presión arterial elevada de manera oportuna, hasta la complicación de esta misma.

Las pacientes no tuvieron un estado nutricional adecuado, estas que padecieron preclampsia no tiene buenos hábitos alimenticios, los cuales son altos en carbohidratos y azucares favoreciendo al mal funcionamiento de organismo.

Por lo anterior se alcanzaron los objetivos de la investigación y se comprobó la hipótesis.

SUGERENCIAS.

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la investigación es importante dar consejos objetivos que se puedan llevar a corto o largo plazo, para una atención adecuada a las pacientes con preeclampsia, que el personal Profesional de Enfermería sea capaz de brindar una atención adecuada y oportuna a las pacientes que ingresen con complicaciones durante el embarazo.

Que el personal de salud que está frente a este problema de salud pública, la preclampsia y sus complicaciones, tenga mejor conocimiento de los factores de riesgo más importantes de una gestante y poder disminuir la morbilidad y mortalidad materna y/o perinatal.

Que cada Enfermera que labore en el hospital sea capacitada en el área obstétrica.

Que el personal de nuevo ingreso cubra el perfil profesional en conocimientos obstétricos.

Que todo el personal profesional de la salud sepa hacer un triage (selección de nivel de atención) oportuno para las pacientes con preeclampsia.

Instruir a los miembros de familia en la participación del cuidado de la paciente.

Estudiar nuestras intervenciones de Enfermería para realizarla de manera profesional y con conocimientos basados en estudios comprobados y validados.

La obesidad en México es un problema cada vez mayor y un factor para desarrollar enfermedades como tensión arterial elevada durante el embarazo por esto la importancia de los Profesionales de Enfermería en trabajar bien en Atención de primer nivel y promoviendo la salud con cuidados diarios en el que no se invierta mucho dinero y poco tiempo como:

Que el nivel de educación en salud aumente especialmente en áreas rurales por medio de un trabajo en equipo por parte del personal de salud incitando a una maternidad saludable y sin riesgos mejorando de esta manera la calidad de vida de las mujeres de nuestra sociedad

Dar dietas adecuadas con los alimentos que se encuentren al alcance de la paciente.

Dar pláticas mensuales de Preeclampsia en el embarazo.

Saber de manera clara los signos y síntomas de preeclampsia así como conocer el significado de cada uno de ellos.

Una vez ya establecida y desarrollada la enfermedad es importante realizar lo siguiente.

Un trabajo de coordinación profesional en el grupo Profesional de la Salud como médicos, enfermeras, nutriólogos.

Continuar investigaciones sobre los factores de riesgo para preeclampsia en nuestro medio para mejorar la atención médica y en base a estos prevenir las complicaciones obstétricas ya que se tendría mejor conocimiento de los problemas de salud que afectan a nuestra sociedad en especial con las mujeres que empiezan su embarazo con obesidad o sobrepeso.

Se debe promover el adiestramiento del personal que realiza la toma de presión arterial, para asegurar la técnica correcta y valorar, el tamaño apropiado del brazalete y un equipo correctamente calibrado.

A toda paciente debe de comunicarse de manera oportuna y efectiva todos los signos y síntomas de preeclampsia para promover la auto referencia inmediata y prevenir complicaciones.

La enfermera debe de mantener a su paciente en reposo absoluto o reducción de actividad física tanto en casa como en área hospitalaria para prevenir complicaciones.

Entre las intervenciones hospitalarias de segundo nivel para pacientes de riesgo moderado está la evaluación Doppler de vías urinarias para vigilar el crecimiento fetal.

Que el profesional de Enfermería tenga en claro los signos y síntomas de preeclampsia para poder hacer una valoración de Triage Obstétrico oportuno.

BIBLIOGRAFIA

1.-F.Bonilla-Musales A. Pellir. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básica. Editorial medica Panamericana.

2.- Peter, W. Callem. Ecografía en obstetricia y Ginecología Medica. 4ta. Edición. Editorial Médica Panamericana.

3.- Sponsar, Javier de León. Manual de Obstetricia complicaciones en el Embarazo Vigésima segunda edición. Editorial Mc Graw Hill Internacional.

4.- William. Obstetricia. 23 edición, editorial Mc Graw Hill.

5.- J. Roberto Ahued, Carlos Fernández de Castillo, Rene Balaruriz. Ginecología y Obstetricia aplicada. 2da. Edición, editorial, Manual Monerra.

6. Sampiere Hernández Roberto, Collado Fernández, Metodología de la Investigación, 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill, México 2010.

7.- Dr. Ángel Matute Labrador. Tópicos Selectos en Obstetricia. Editoriales de Textos de México

8.- Miguel Corres Molina, Manuel Dorsal Rivero. Enfermedades Hipertensivas Asociadas al Embarazo. Editorial Textos de México.

9.- Samanta M.Pfeifer NMS Obstetricia y Ginecología.6ta Edición, Editorial Williams & Williams.

10.-Profesor Escudero Fernández. Toco- Ginecología. Número 645.Hospital clínico San Carlos Madrid.

11.-Danforth, David N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. ENEO.

12.-Olds Sally. Enfermería Materno- Infantil.-4ta Edición. Editorial Mac-Graw-Hill.

13.-Marriner A y Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta Edición. Editorial Harcourt-Mosby, 2004.

14.-Mondragon H. Obstetricia Básica Ilustrad. 5ta Edición, Editorial Trillas 2002.

15.- Dr. Jesús Carlos Briones Garduño, Acad. Dr. Manuel Díaz de León Ponce. León. Revista de la Asociación Mexicana Medicina Científica y Terapia Intensiva. Volumen 25 Num.3 Julio 2010.

ANEXOS

CUADRO No. 1

**EDAD DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE CUAUTITLAN “JÓSE VICENTE VILLADA” MAYO
2013.**

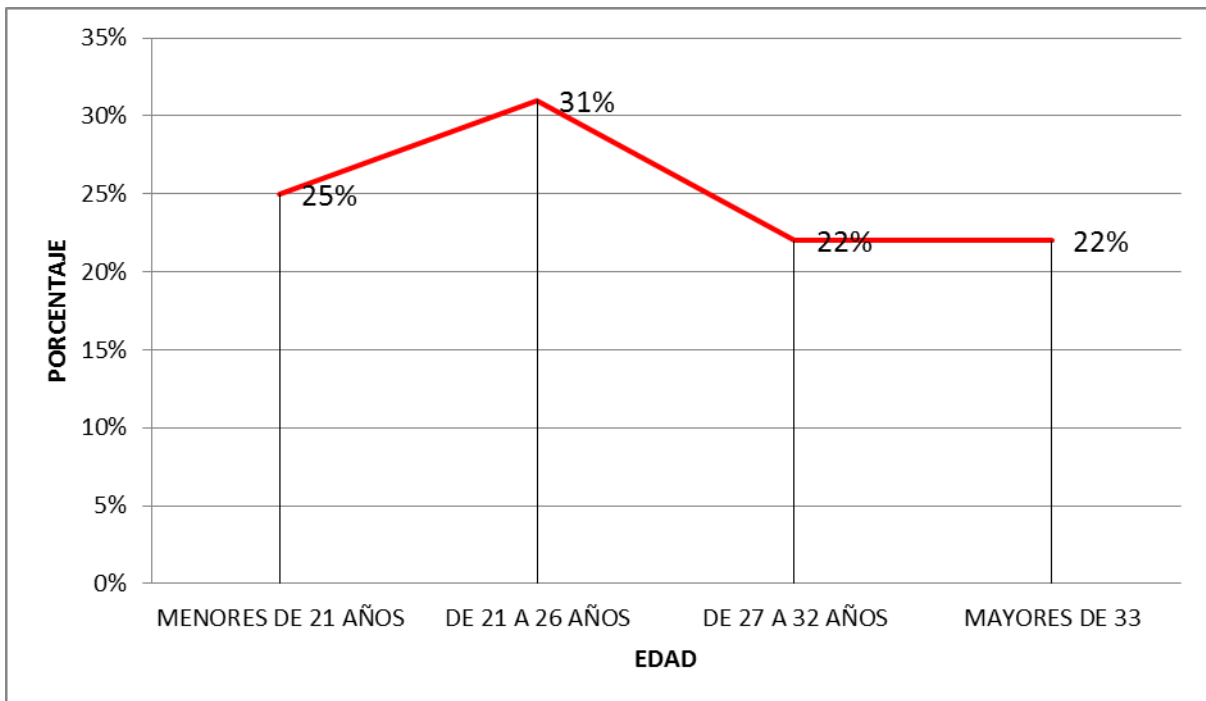
EDAD	FX	%
MENOR DE 21 AÑOS	8	25
21-26 AÑOS	10	31
DE 27 A 32 AÑOS	7	22
MAYORES DE 33	7	22
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO

GRAFICA No. 1

EDAD DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "JÓSE VICENTE VILLADA"

MAYO 2013.



FUENTE: CUADRO No. 1

CUADRO No. 2

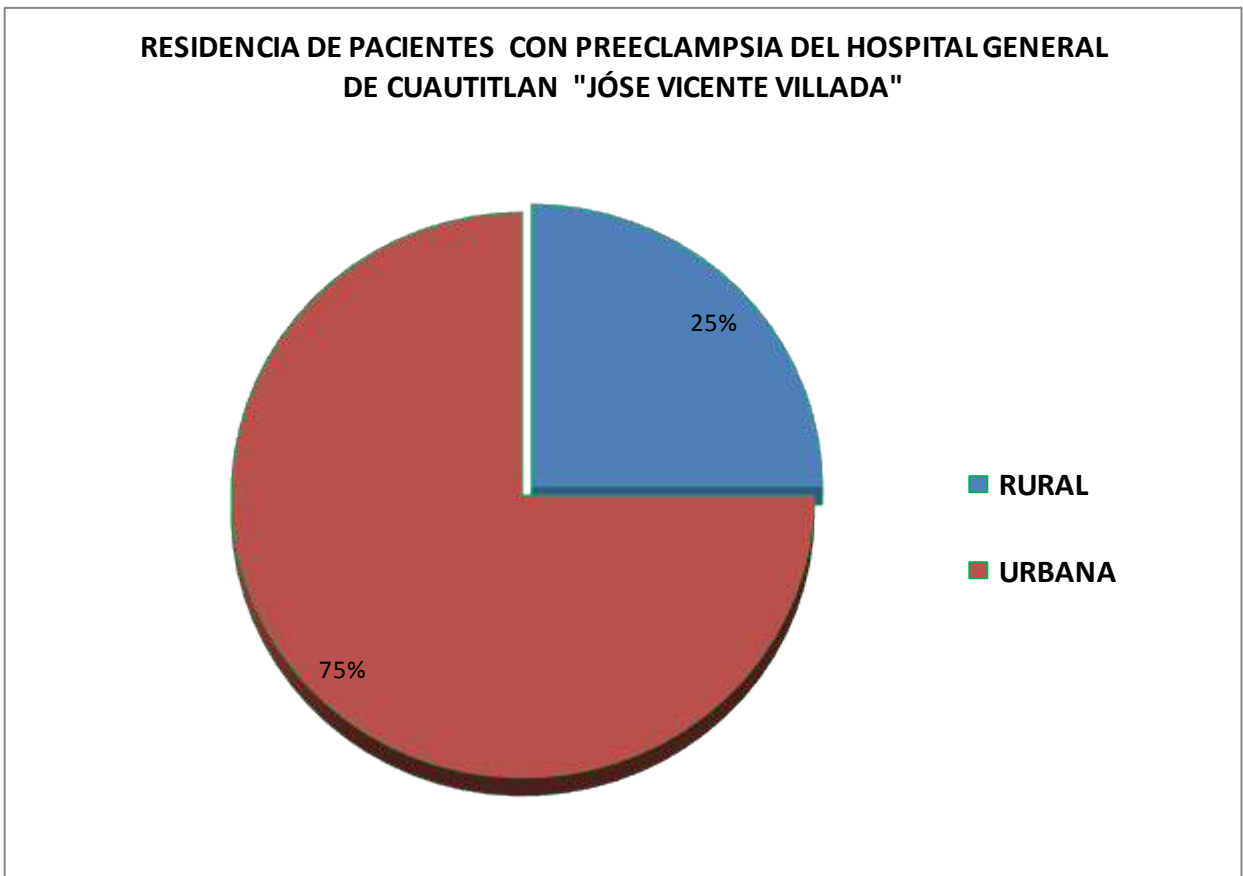
RESIDENCIA DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013

RESIDENCIA	FX	%
Rural	8	25
Urbana	24	75
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO

GRAFICA No.2

RESIDENCIA DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSÉ VICENTE VILLADA" MAYO 2013



FUENTE: CUADRO No. 2

CUADRO No. 3

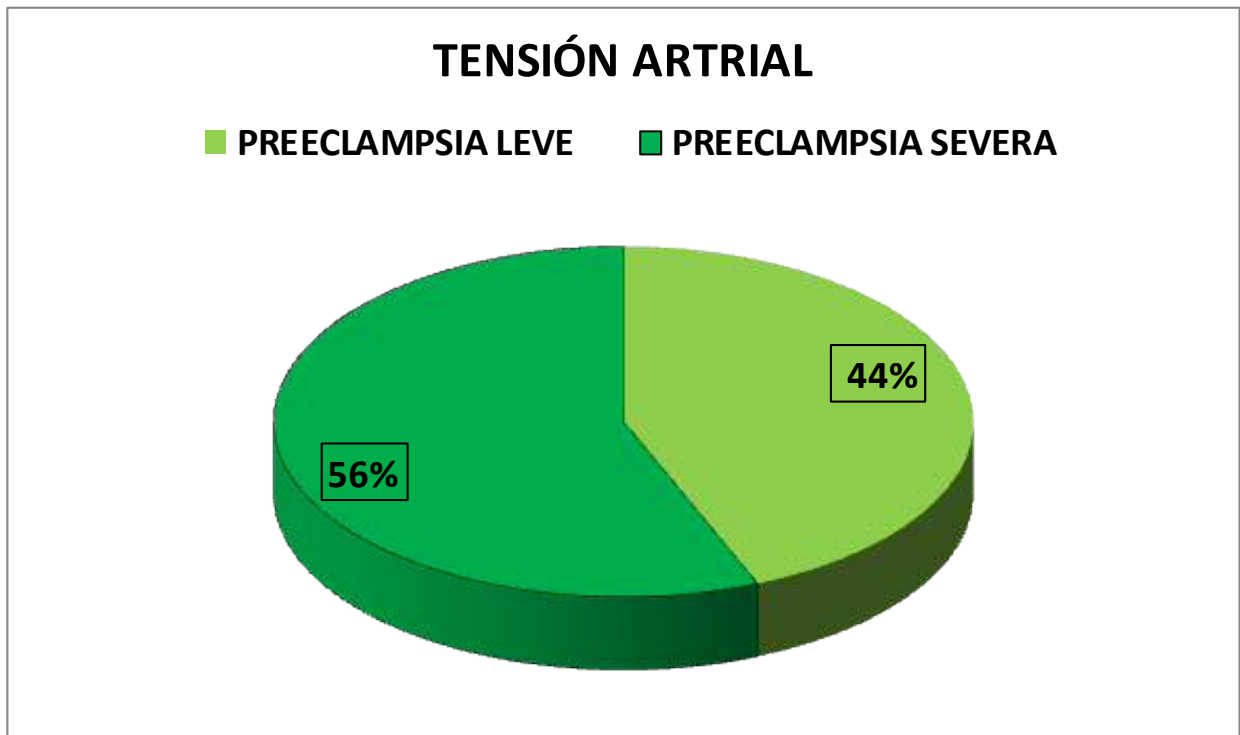
TIPO DE PREECLAMPSIA QUE DESARROLLARON DURANTE EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013

TIPO DE PREECLAMPSIA	FX.	%
PREECLAMPSIA LEVE	14	43.75
PREECLAMPSIA MODERADA.	18	56.25
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO

GRAFICA No. 3

TIPO DE PREECLAMPSIA QUE DESARROLLARON DURANTE EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013



FUENTE: CUADRO 2

CUADRO No. 4

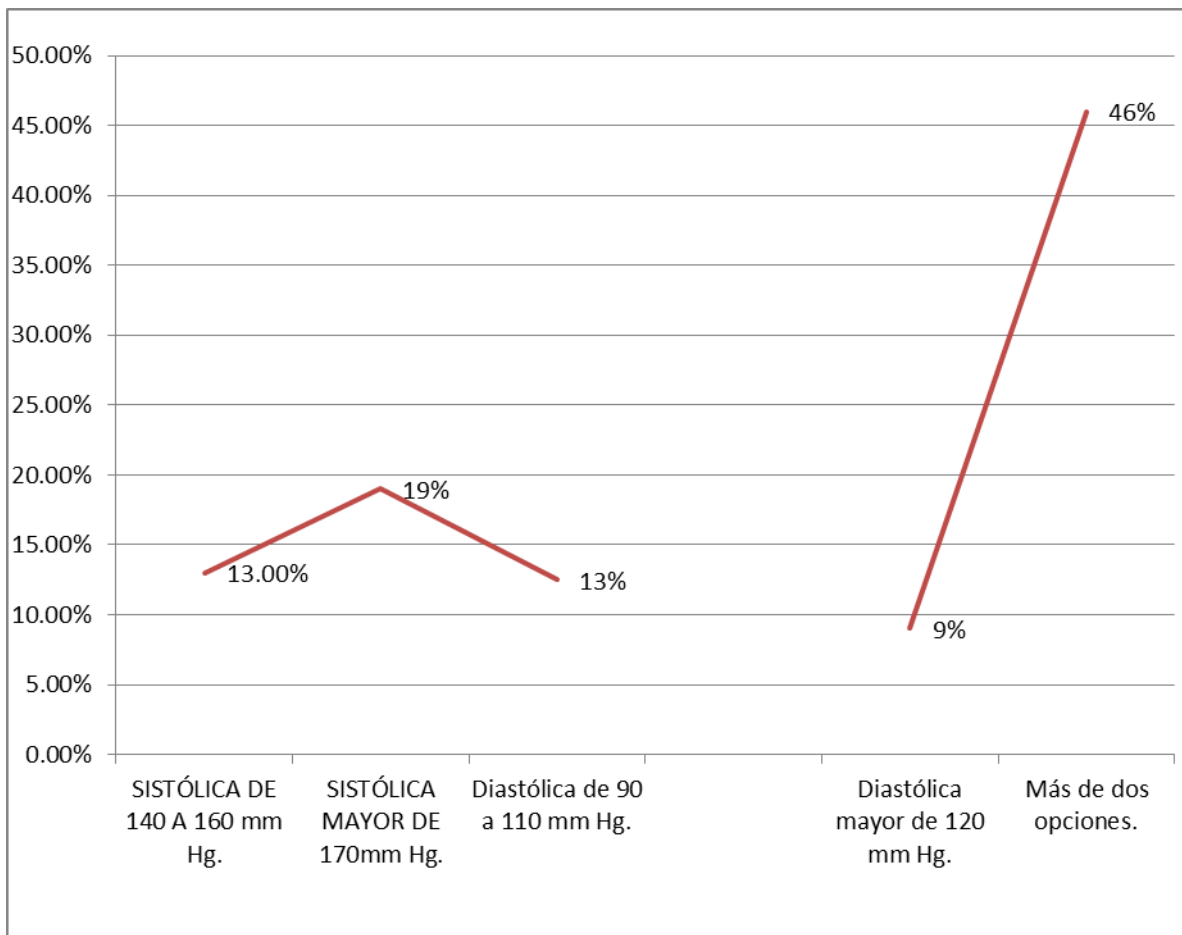
**TENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL
GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO
2013.**

TENSIÓN ARTERIAL	FX	%
SISTÓLICA DE 140 A 160 mm Hg	5	13
SISTÓLICA MAYOR DE 170mm Hg	6	19
Diastólica de 90 a 110 mm Hg	5	13
Diastólica mayor de 120 mm Hg	3	9
Más de dos opciones	13	46
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO

GRAFICA No. 4

TENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: CUADRO No.4

CUADRO No. 5

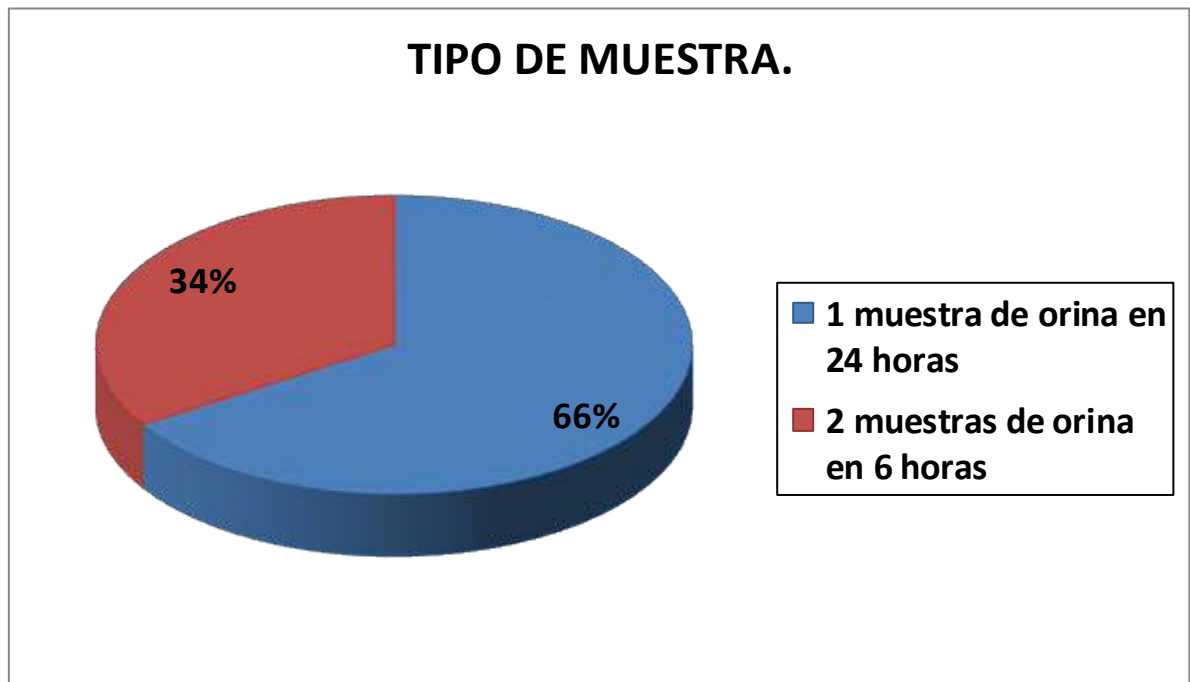
**TIPO DE MUESTRA REALIZADA A LAS PACIENTES DE
PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN
“JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.**

TIPO DE MUESTRA	FX	%
1 MUESTRA DE ORINA EN 24 HORAS	21	66
2 MUESTRAS DE ORINA DE 6 HORAS.	11	34
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO

GRAFICA NO.5

TIPO DE MUESTRA REALIZADA A LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: CUADRO No. 5

CUADRO No. 7

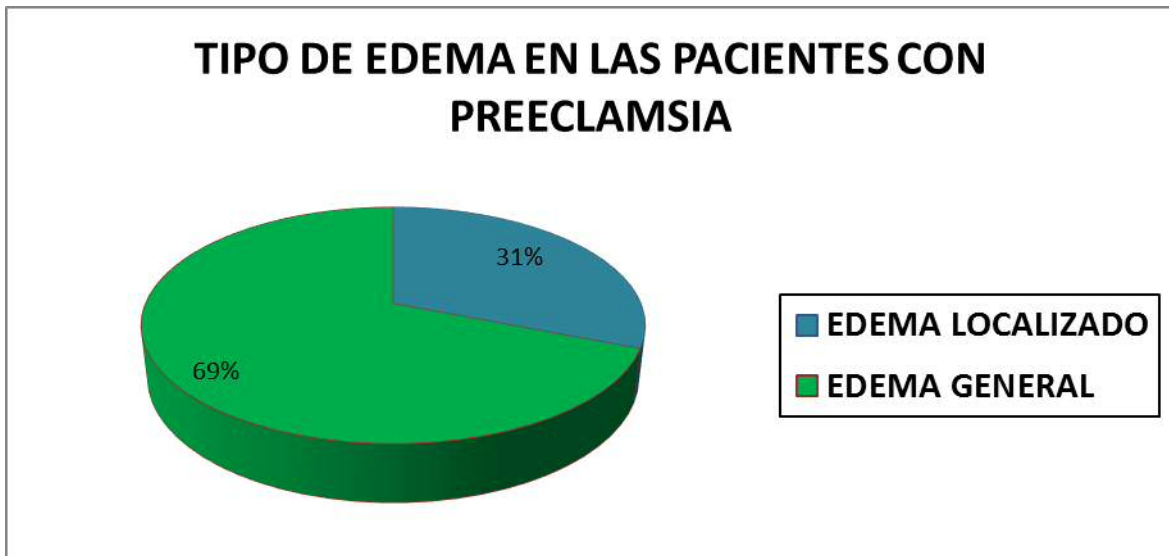
TIPO DE EDEMA EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE
VILLADA” MAYO 2013.

TIPO DE EDEMA	FX	%
EDEMA LOCALIZADO	10	31
EDEMA GENERALIZADO	22	69
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO

GRAFICA NO. 7

TIPO DE EDEMA EN LAS PACIENTES DE PLEECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA 7.

CUADRO No. 8

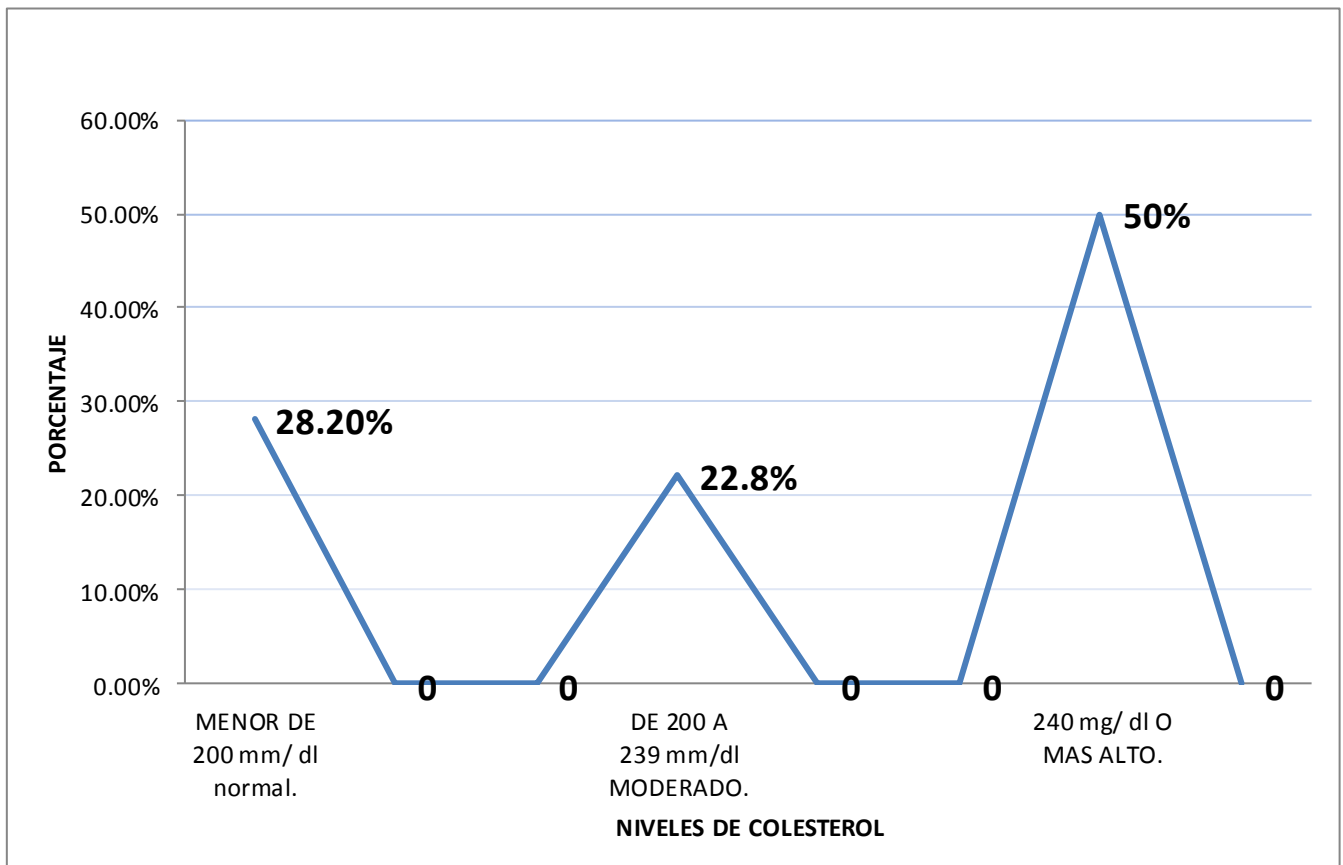
NIVEL DE COLESTEROL EN LAS PACIENTES DE
PLEECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN
“JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.

NIVELES DE COLESTEROL	FX	%
MENOR DE 200 mm/ dl normal	9	28.2
DE 200 A 239 mm/dl Moderado	7	21.8
240 mg/ dl O MAS ALTO	16	50
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO CIFRAS ESTABLECIDAS POR EL IMSS

GRAFICA No. 8

NIVEL DE COLESTEROL EN LAS PACIENTES DE PLEECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA 8.

CUADRO No. 9

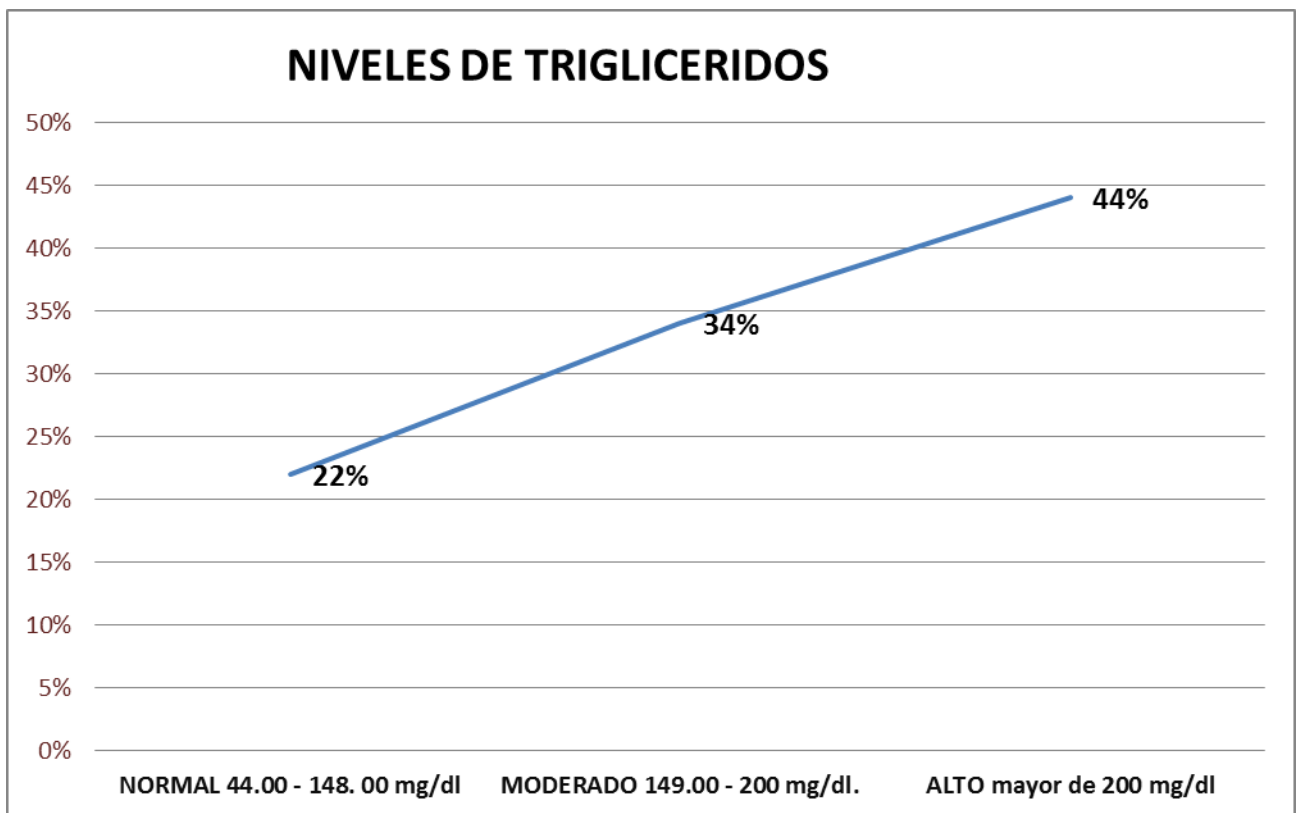
**NIVLES DE TRIGLICERIDOS EN LAS PACIENTES DE
PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN
“JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.**

NIVELES DE TRIGLICERIDOS	FX	%
NORMAL 44-148 MG/DL	7	22
MODERADO 149-200MG/DL	11	34
ALTO MAYOR 200 MG/DL.	14	44
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO.

GRAFICA No. 9

NIVLES DE TRIGLICERIDOS EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSÉ VICENTE VILLADA" MAYO 2013.



FUENTE: TABLA No.9

CUADRO No. 10

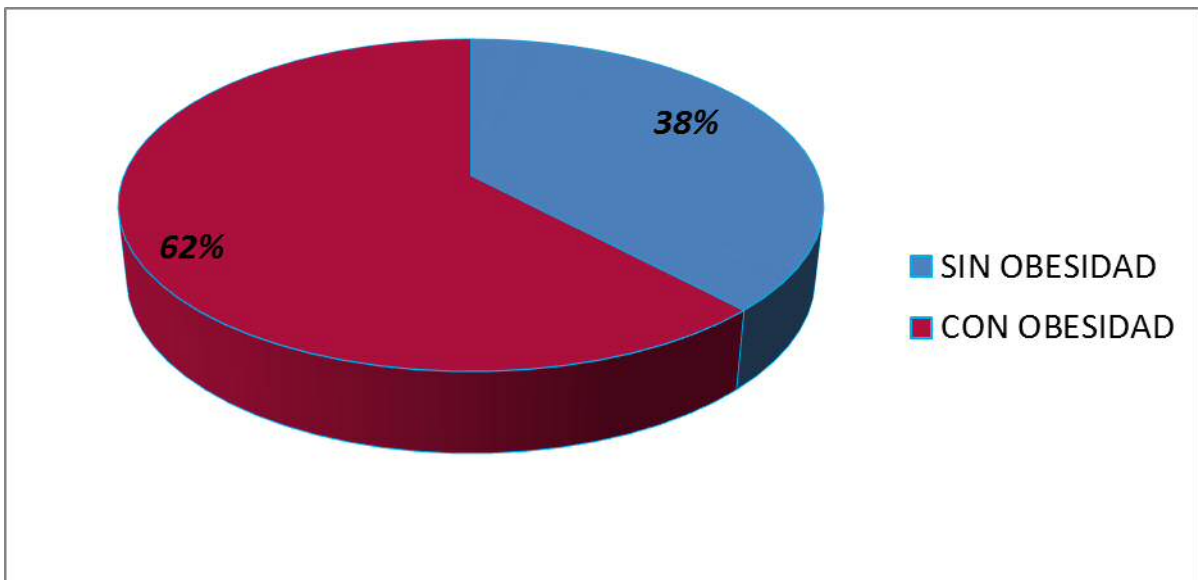
PRESENCIA DE OBESIDAD ANTES DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013

PRESENCIA DE OBESIDAD	FX	%
SIN OBESIDAD	12	38%
CON OBESIDAD	20	62%
TOTAL	32	100%

FUENTE: ARCHIVO.

GRAFICA No. 10

PRESENCIA DE OBESIDAD ANTES DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013



FUENTE: CUADRO No.10.

TABLA No. 11

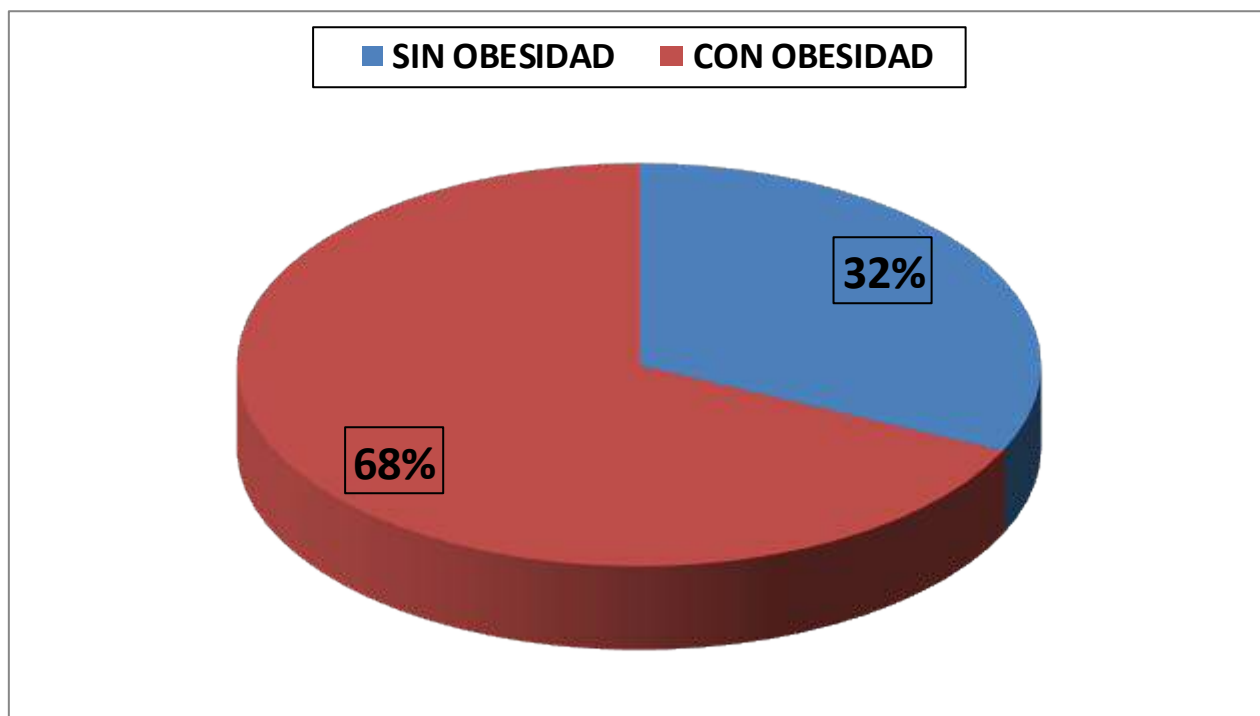
PRESENCIA DE OBESIDAD DURANTES DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013

OBESIDAD EN EL EMBARAZO	FX	%
SIN OBESIDAD	10	31
CON OBESIDAD	22	69
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO.

GRAFICA No. 11

PRESENCIA DE OBESIDAD DURANTE DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013



FUENTE: TABLA 11

TABLA NO. 12

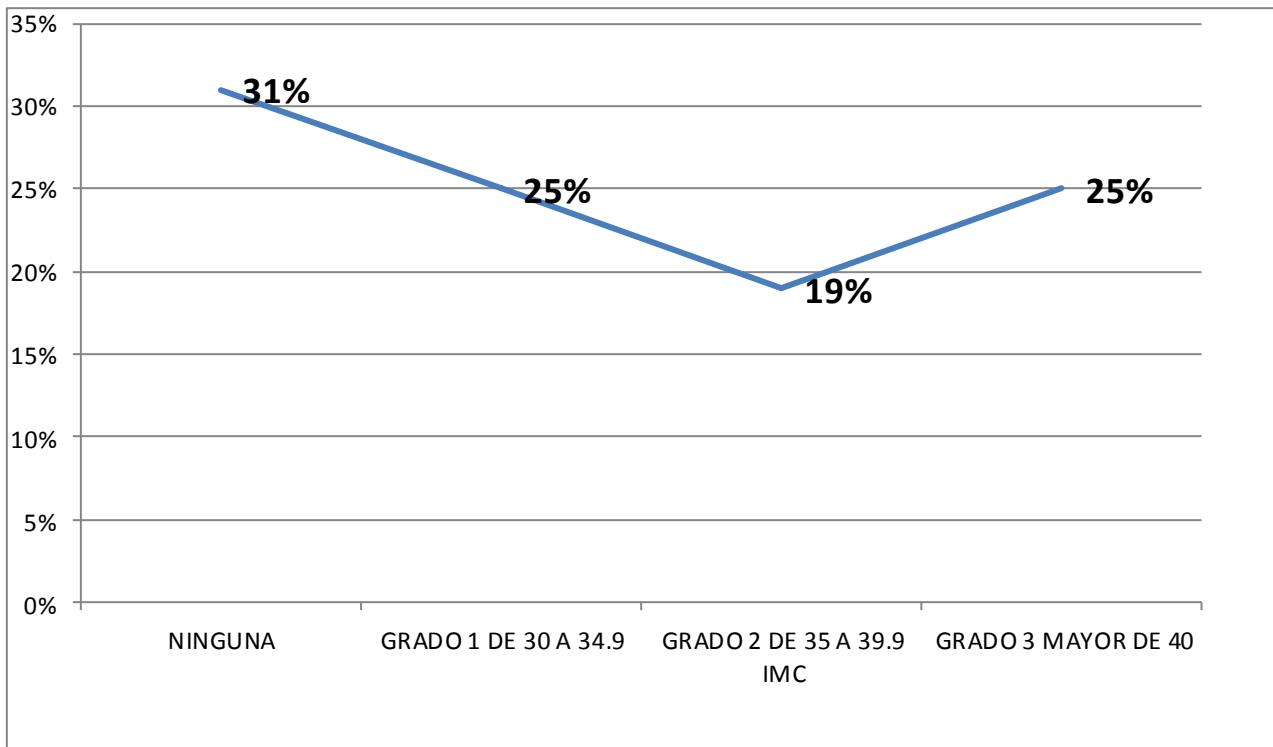
TIPO DE OBESIDAD QUE PRESENTARON LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013

TIPO DE OBESIDAD	FX	%
NINGUNO	10	31
GRADO 1 DE 30 A 34.9 IMC	8	25
GRADO 2 DE 35 A 39.9	6	19
GRADO 3 MAYOR 40 IMC	8	25
	32	100

FUENTE: EXPEDIENTE.

GRAFICA No.12

TIPO DE OBESIDAD QUE PRESENTARON LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013



FUENTE: TABLA No 12.

TABLA No. 13

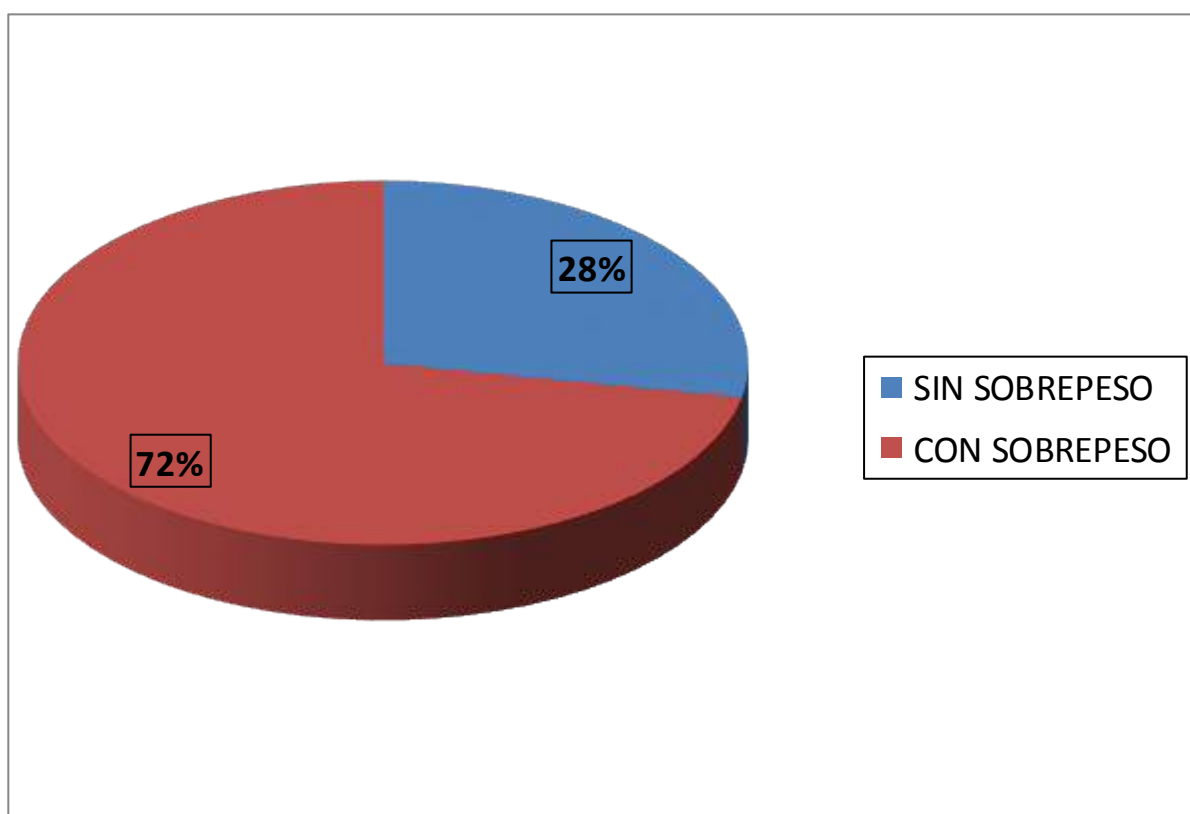
**PRESENCIA DE SOBREPESO QUE PRESENTARON LAS
PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE
CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.**

PRESENCIA DE SOBREPESO	FX	%
SIN SOBREPESO	9	28
CON SOBREPESO	23	72
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO

GRAFICA No.13

PRESENCIA DE SOBREPESO QUE PRESENTARON LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA No.13

TABLA No. 14

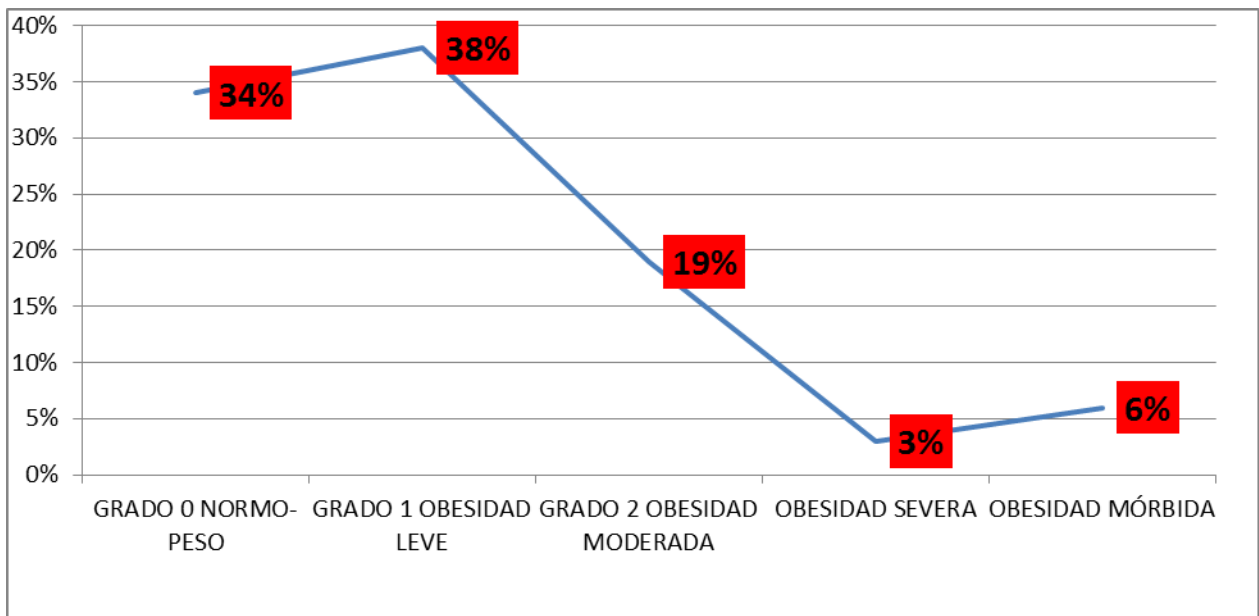
INDICE DE MASA CORPORAL DE LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.

INDICE DE MASA CORPORAL	FX	%
GRADO 0 NORMO PESO	11	34
GRADO 1 OBESIDAD LEVE	12	38
GRADO 2 OBESIDAD MODERADA	6	19
GRADO 3 OBESIDAD SEVERA	1	3
GRADO 4 OBESIDAD MORBIDA	2	6
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO

GRAFICA 14

INDICE DE MASA CORPORAL DE LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSÉ VICENTE VILLADA" MAYO 2013.



FUENTE CUADRO 14.

TABLA No. 15

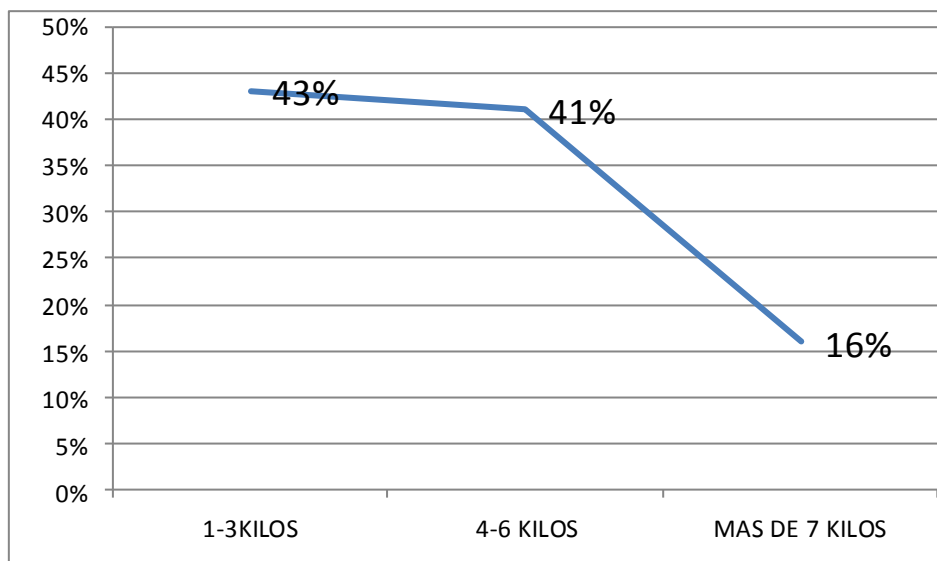
KILOS GANADOS DURANTE EL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSÉ VICENTE VILLADA" MAYO 2013.

KILOS GANADOS DURANTE EL EMBARAZO	FX	%
1-3 KILOS	14	43
4-6 KILOS	13	41
MÁS DE 7 KILOS.	5	16
TOTAL	32	100

FUENTE: EXPEDIENTE

GRAFICA No. 15

KILOS GANADOS DURANTE EL ELBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA 15.

TABLA No. 16

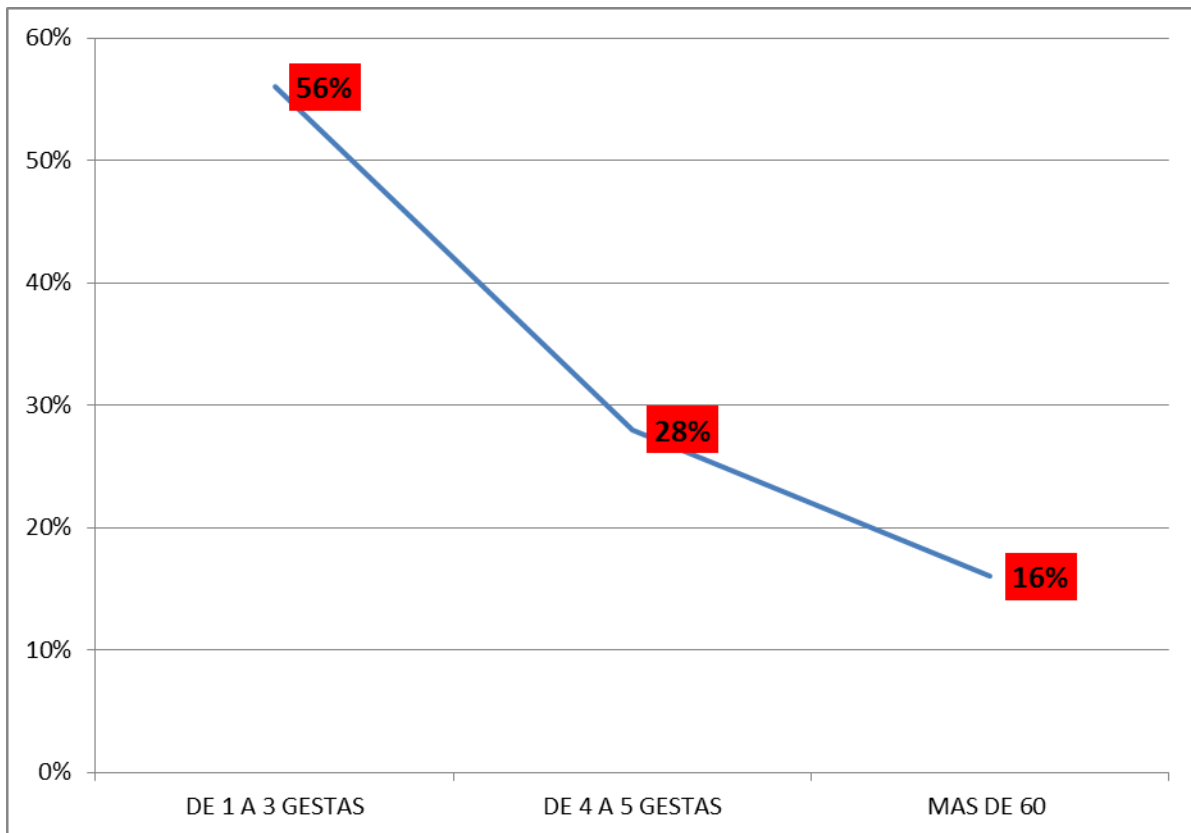
**NUMERO DE GESTAS EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE
VILLADA” MAYO 2013.**

NUMERO DE GESTAS	FX	%
DE 1 A 3 GESTAS	11	56
DE 4 A 5 GESTAS	9	28
MAS DE 5 GESTAS	5	16
TOTAL	32	100

FUENTE: ARCHIVO.

GRAFICA No. 17

NUMERO DE GESTAS. EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA 17

TABLA 18

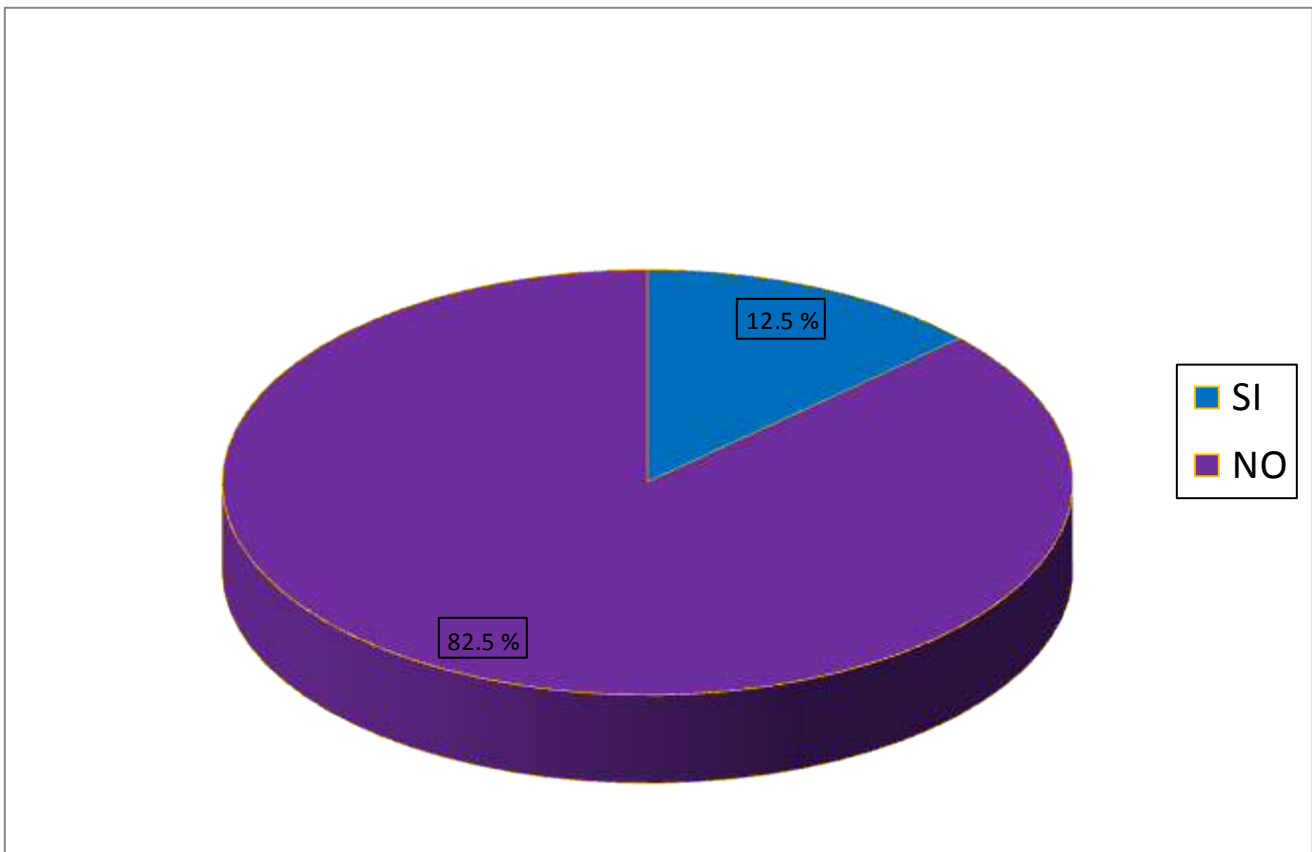
ABORTOS EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.

ABORTOS	FX	%
SI	4	12.5
NO	28	87.5
TOTAL	32	100

FUENTE: EXPEDIENTE.

GRAFICA No. 18.

ABORTOS EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA 18.

TABLA No. 19

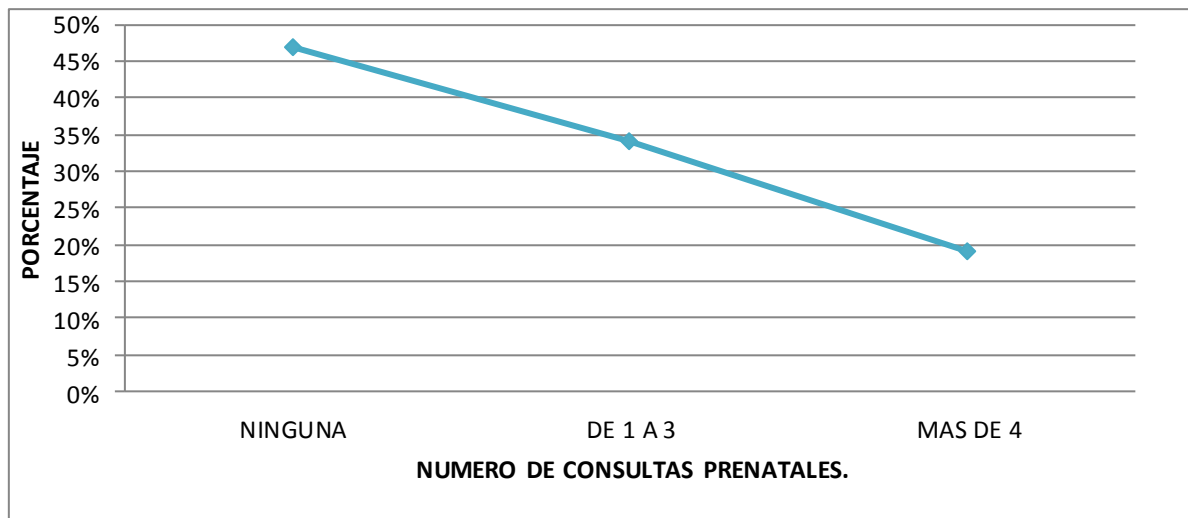
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.

CONSULTAS PRENATALES	FX	%
NINGUNA	15	47%
DE 1 A 3	11	34%
MAS DE 4	6	19%
TOTAL	32	100

FUENTE: EXPEDIENTE

GRAFICA No. 19

NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA.

TABLA No. 20

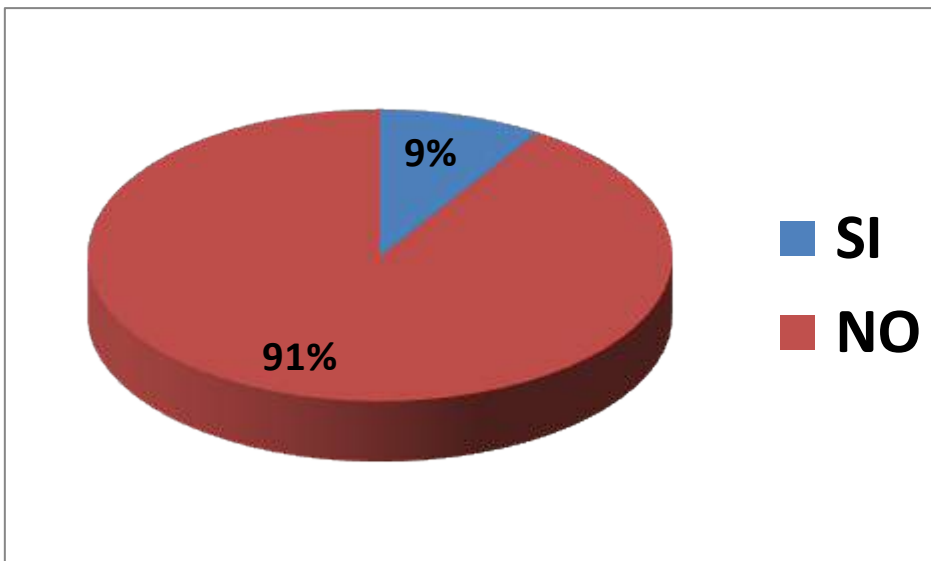
ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA EN LAS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.

ANTECEDENTES DE PLECLAMPSIA	FX	%
SI	3	9
NO	29	91
TOTAL	32	100

FUENTE: EXPEDIENTE.

GRAFICA No. 20

ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA EN LAS PACIENTES DE PLEECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA 20

TABLA No. 21

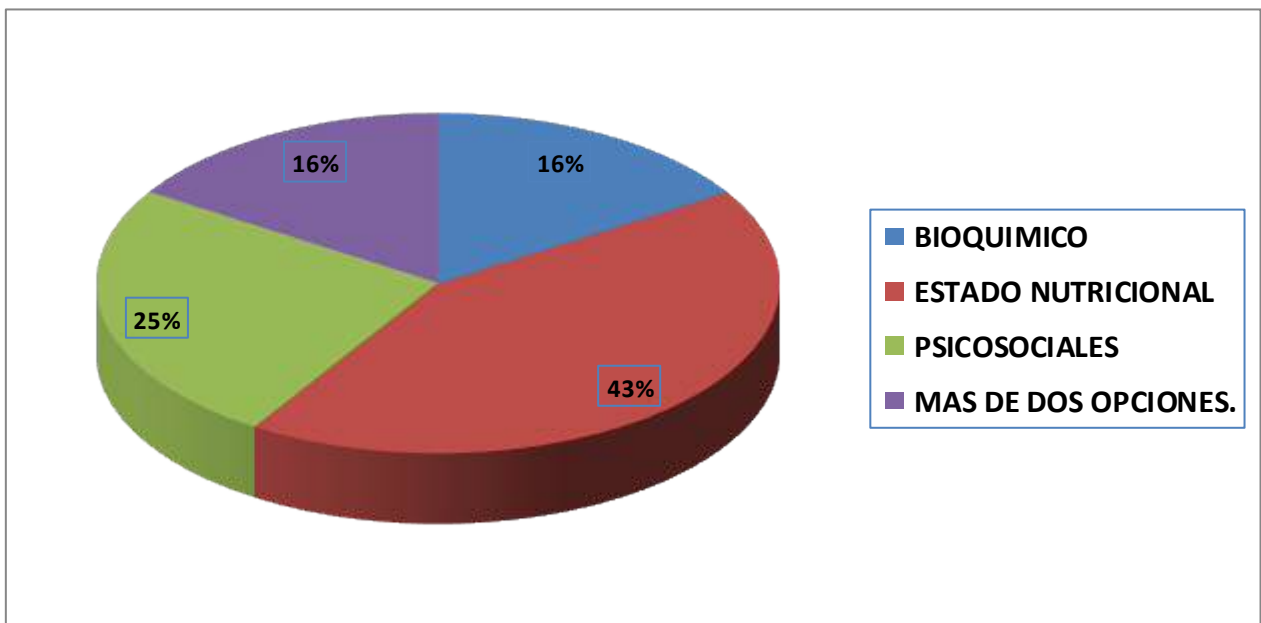
FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.

FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO	DE EL	FX	%
BIOQUIMICO		5	16%
ESTADO NUTRICIONAL		14	43%
PSICOLOGIA		8	25%
MAS DE 2 OPCIONES		5	16%
TOTAL		32	100

FUENTE: EXPEDIENTE

GRAFICA No. 21

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSÉ VICENTE VILLADA” MAYO 2013.



FUENTE: TABLA No.21

BIBLIOGRAFIA

1.-F.Bonilla-Musales A. Pellir. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básica. Editorial medica Panamericana.

2.- Peter, W. Callem. Ecografía en obstetricia y Ginecología Medica. 4ta. Edición. Editorial Médica Panamericana.

3.- Sponsar, Javier de León. Manual de Obstetricia complicaciones en el Embarazo Vigésima segunda edición. Editorial Mc Graw Hill Internacional.

4.- William. Obstetricia. 23 edición, editorial Mc Graw Hill.

5.- J. Roberto Ahued, Carlos Fernández de Castillo, Rene Balaruriz. Ginecología y Obstetricia aplicada. 2da. Edición, editorial, Manual Monerra.

6. Sampiere Hernández Roberto, Collado Fernández, Metodología de la Investigación, 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill, México 2010.

7.- Dr. Ángel Matute Labrador. Tópicos Selectos en Obstetricia. Editoriales de Textos de México

8.- Miguel Corres Molina, Manuel Dorsal Rivero. Enfermedades Hipertensivas Asociadas al Embarazo. Editorial Textos de México.

9.- Samanta M.Pfeifer NMS Obstetricia y Ginecología.6ta Edición, Editorial Wiliams & Wiliams.

10.-Profesor Escudero Fernández. Toco- Ginecología. Número 645.Hospital clínico San Carlos Madrid.

11.-Danforth, David N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. ENEO.

12.-Olds Sally. Enfermería Materno- Infantil.-4ta Edición. Editorial Mac-Graw-Hill.

13.-Marriner A y Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta Edición. Editorial Harcourt-Mosby, 2004.

14.-Mondragon H. Obstetricia Básica Ilustrad. 5ta Edición, Editorial Trillas 2002.

15.- Dr. Jesús Carlos Briones Garduño, Acad. Dr. Manuel Díaz de León Ponce. León. Revista de la Asociación Mexicana Medicina Científica y Terapia Intensiva. Volumen 25 Num.3 Julio 2010.

