



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“PASIÓN POR EDUCAR”.

“PROYECTO DE TESIS”

PARA OBTENER EL GRADO DE:

Licenciatura en enfermería.

ASIGNATURA:

Seminario de tesis.

PRESENTA:

Lesley Elizabeth González Hilerio.

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

Mtro. Iván Alberto Morales Ocaña

VILLAHERMOSA, TABASCO, MARZO DE 2021.

Antecedentes del problema

Durante las primeras semanas de un embarazo normal la presión arterial disminuye y aumenta lentamente en las fases posteriores del embarazo, hasta alcanzar al término niveles similares a los de antes del embarazo. Estos cambios están relacionados con múltiples factores fisiológicos y ambientales que complican el diagnóstico de hipertensión durante el embarazo.

La OMS estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vía de desarrollo (1). En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%.

La Enfermedad hipertensiva hace referencia a la hipertensión que se inicia o diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa. La diferenciación entre la hipertensión gestacional y la preeclampsia es esencial, ya que la preeclampsia es una enfermedad grave con importantes repercusiones perinatales, mientras que la hipertensión gestacional presenta hipertensión leve con resultados perinatales similares a la población de gestantes normales. La presencia de proteinuria es el signo diferencial entre ambas entidades. Aproximadamente, sólo el 20% de las pacientes que consultan por hipertensión presentarán criterios de preeclampsia, mientras que el resto serán clasificadas como hipertensión gestacional. Las diferentes patologías hipertensivas durante el embarazo y/o el puerperio precoz se agrupan bajo el nombre de síndromes hipertensivos del embarazo. Si bien sus etiologías y riesgos difieren, su enfoque diagnóstico y terapéutico es similar.

Definición

Es la tensión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o diastólica ≥ 90 mm Hg en el embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa, acompañada de proteinuria en 24 h \geq a 300 mg/tirilla reactiva positiva.

Fisiopatología

En la preeclampsia, por factores genéticos y/o inmunológicos, existe falla de la invasión trofoblástica a las paredes de arterias espirales durante la placentación. Se modifica la musculatura arterial a material fibrinoide, la luz arterial está disminuida; hay aterosclerosis aguda, con agregación de fibrina, plaquetas y macrófagos cargados de lípidos, trombosis e infartos, lo cual puede bloquear las arterias. Por lo tanto, la perfusión placentaria disminuye hasta 50%, con menor flujo al feto, desnutrición crónica y RCIU (restricción de crecimiento intrauterino).

La fisiología del endotelio se altera, con disminución de sus sustancias relajantes (prostaciclina (PGI₂), óxido nítrico), aumento de las sustancias contractivas (aniones superóxidos, peróxidos lipídicos, tromboxano A₂ (TxA₂) y endotelina 1) y modificaciones de las prostaglandinas vasodilatadoras (P_gI₂, P_gE₂) y vasoconstrictoras (P_gF_{2a}, tromboxano A₂).

Cambios vasculares uterinos: La placenta recibe el aporte sanguíneo de numerosas arterias uteroplacentarias que se desarrollan por la acción de la migración intersticial y endovascular del trofoblasto en las arteriolas espirales. Convirtiéndolo en un sistema de baja resistencia, de baja presión y alto flujo. Estos cambios vasculares se producen en la primera oleada de migración endovascular del trofoblasto, durante el primer trimestre y de los segmentos miometriales por una oleada posterior en el segundo trimestre. Produciéndose también una formación de material fibrinoide y degeneración de la capa muscular en las paredes arteriales.

En general el número de arteriolas bien desarrolladas es menor y se debe a una inhibición de la segunda oleada de migración trofoblástica que normalmente se producen en la semana 16 de gestación produciendo una disminución del incremento del aporte sanguíneo requerido por la unidad feto placentario.

Cambios hemostáticos: Se asocia directamente a la preeclampsia con un vasoespasmo por activación del sistema de coagulación y hemostasia anormal, se acompaña de daño endotelial, incremento de la activación plaquetaria con consumo de plaquetas en la microcirculación y exceso de actividad coagulante.

Cambios en los prostanoideos: La prostaciclina es producida por el endotelio vascular, así como por la corteza renal, es un potente vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria. El tromboxano A2 está producido por las plaquetas y el trofoblasto, es un potente vasoconstrictor y agregante plaquetario. Jugando un papel importante en la regulación del tono y flujo sanguíneo vascular.

Cambios en los factores derivados del endotelio: El óxido nítrico y la endotelina juegan un papel central en la fisiopatología de la preeclampsia, la endotelina es un vasoconstrictor extremadamente potente.

Factores genéticos de la preeclampsia: Algunas mutaciones genéticas estudiadas incluyen variación molecular del angiotensinógeno, mutación del factor V Leiden, mutaciones del gen de protrombina, presencia de anticuerpos anticardiolipinas y las deficiencias congénitas de antitrombina III, proteína S y proteína C.

Planteamiento del problema

Dada la prevalencia importante de la preeclamsia en nuestro medio y sus consecuencias en la morbilidad y mortalidad tanto maternas como perinatales, es necesario profundizar en el estudio de la misma. Actualmente, el parámetro de referencia para detección es la presión arterial, que determina en sí la última etapa de preeclamsia y que solo nos permite su tratamiento sintomático.

Es necesario involucrarnos con la problemática del hospital general palenque y definir conceptos que evalúen y determinen la importancia de prevenir una preeclamsia. Por eso es necesario que representantes de la unidad hospitalaria materno perinatales se interesen en revisar la realidad de la preeclamsia en nuestro medio, sobre todo en su diagnóstico precoz y como prevenir sus complicaciones graves.

¿Como valoraremos la presencia de preeclampsia en mujeres embarazadas de 20 a 30 SDG en el HGP en el primer nivel de atención?

Justificación

La preeclampsia se define como cifras tensionales sostenidas por arriba de 140/90 asociado a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. Siendo esta una de las patologías con mayor morbi-mortalidad materna y perinatal es de gran importancia mantener dentro de los controles prenatales un adecuado seguimiento para documentar la presencia de factores de riesgo, signos y síntomas que nos conlleven a un posible diagnóstico además criterios de severidad para evitar llegar a fases tan críticas como lo son el síndrome de HELLP o la Eclampsia entre otros.

Es un propósito importante debido a la necesidad de realizar prevención primaria en las gestantes. Es por eso que considero necesario realizar un estudio que describa las características de esta patología para poder así; captar las atenciones prenatales a las embarazadas con mayor riesgo de sufrir preeclampsia y promocionar cuidados de salud que disminuyan la gravedad de la misma y así proteger la calidad de vida de la gestante y niño por nacer.

Objetivo

Determinar la presencia de preeclampsia en mujeres embarazadas de 20 a 30 SDG en el HGP en el primer nivel de atención.

Cronograma de actividades

Actividades	Mes			
	Marzo		Abril	
	07	14		
Planteamiento del problema. Justificación del problema. Referencias.				
Antecedentes del problema. Preguntas de Investigación. Objetivos de Investigación. Cronograma de actividades.				

Referencias

Referencias

- Alfonso-Gutiérrez, M. A.-L.-M.-C.-R. (septiembre de 2018). *Enfermería universitaria*. Obtenido de <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.65987>
- Ballesteros, R. R. (05 de junio de 2017). *Preeclampsia: ¿es posible su predicción*. (medigraphic, Ed.) Obtenido de file:///C:/Users/HPPS/Downloads/122-Texto%20del%20art%C3%ADculo,%20manuscrito%20o%20aportaci%C3%B3n%20a%20la%20revista-318-1-11-20201223.pdf
- Connie Rocío Vallejo Vásquez, H. E. (2018). *Incidencia de preeclampsia y eclampsia en pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796752>
- De Jesús-García A, J.-B. M.-O.-T.-J.-P. (2018). *características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184e.pdf>
- Dulay, A. T. (Junio de 2019). *Manual MSD version para profesionales*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
- Flores-Loayza, E. R.-L. (2017). *PREECLAMPSIA Y SUS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO*. (U. R. Facultad de Medicina Humana, Ed.) doi:10.25176/RFMH.v17.n2.839
- Gaus, D. G. (2019). *Preeclampsia/ Eclampsia*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7527382>
- Malvino, E. (2018). *Biblioteca de obstetricia critica*. Obtenido de http://www.obstetriciacritica.com/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf
- Pereira Calvo, J., & Pereira Rodríguez, Y. Q. (2020). *Actualización en preeclampsia*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7399387>
- Pérez, D. L. (19 de junio de 2019). *Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento*. (r. e. espejo, Ed.) Obtenido de file:///C:/Users/HPPS/Downloads/Dialnet-PreeclampsiaEclampsiaDiagnosticoYTratamiento-7222118.pdf
- Phyllis August, M. M. (s.f.). (M. M. :Charles J Lockwood, Editor) Recuperado el 21 de enero de 2021, de <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
- RYAN, M. P. (Abril de 2020). *FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE*. (U. E. MILAGRO, Ed.) Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5207/1/TITULACION.pdf>

Sánchez, D. K. (MARZO de 2018). *PREECLAMPSIA*. (R. M. Sinergia, Ed.) Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>

Solorzano, L. D. (25 de enero de 2020). Preeclampsia: complicación durante el embarazo que se puede prevenir. (c. y. revista de produccion, Ed.) doi:10.29018

Yagual, D. J. (noviembre de 2019). *Fisiopatología y riesgo materno-fetal asociados a la preeclampsia*. Obtenido de <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/612>