

Urkund Analysis Result

Analysed Document: RODRIGUEZ ROSA- UYAGUARI DIANA V2.docx (D51179523)
Submitted: 4/28/2019 9:32:00 AM
Submitted By: rosa_brb@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

INTRODUCCION La eclampsia es una enfermedad que se presenta durante el embarazo a partir de las 20 semanas de gestación o poco después del parto, es considerada como uno de los trastornos que se presenta con convulsiones, hipertensión, proteinuria y edema general. En la gestante pueden manifestarse otras afecciones como: síndrome de HELLP, abruptio, coagulación intravascular diseminada o síndrome de desfibrilación, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar, neumonía aspirativa, parada cardiorrespiratoria y trastornos neurológicos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la preeclampsia y eclampsia siguen siendo uno de los principales problemas que ponen en riesgo la maternidad segura. Señala que, la hipertensión complica aproximadamente el 5% de los embarazos en primigesta o multigesta y el 11% en embarazos por primera vez y que hasta 40.000 mujeres podrían morir cada año por la preeclampsia y eclampsia.

CITATION Org \1 3082 (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

Además, indica que, en los países de ingresos bajos y medios, entre los años 2010 y 2012 la tasa de mortalidad materna fue de 168 por 100.000 nacidos vivos, con una variación que va desde 69 por 100000 en Argentina y de 316 por 100.000 nacidos vivos en Pakistán. Así mismo, presenta estadísticas de que el 29% (98/336) de las muertes maternas ocurren al momento del parto, considerando a las hemorragias con el 26% (86/336), a la preeclampsia o eclampsia con el 16% (55/336), y a las sepsis con el 12% (39/336). Con esta exposición la OMS expone que estas muertes maternas son atribuidas a causas evitables y mejorar la atención obstétrica y neonatal favorece a la reducción de morbilidad materna y neonatal. CITATION Org\141 \1 3082 (Organización Mundial de la Salud , 2014) También la OMS y la Organización Panamericana De La Salud (OPS) al presentar Indicadores Básicos del año 2010, reconocieron 9.500 muertes maternas acaecidas en América Latina y el Caribe, ratificando que es inadmisibles la mortalidad materna, pues se entiende que el personal de salud que reside en los países que conforman esta región tienen los conocimientos para impedir el 95% de los decesos ocurridos. Una vez más la hipertensión provocada por el embarazo se sitúa con el 26% como una causa más frecuente de mortalidad materna, seguida con el 21% por la hemorragia, el 13% por complicaciones afines con el aborto en condiciones peligrosas, el 12% por trabajo de parto obstruido, el 13% por sepsis y el 15% por otras causas. CITATION Min \1 3082 (Ministerio de Salud Pública , s.f.) En otro informe de la OMS sobre el análisis de la reducción de la mortalidad materna desde 1990 a 2013 presenta que se ha reducido en un 45% la mortalidad materna en el mundo a partir del año 1990, establecida por una tasa de 210 muertes por 100.000 nacidos vivos. En Latinoamérica también hubo una disminución en estos los indicadores, correspondiendo a 77 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, a pesar de que la tasa media es de 16 fallecimientos en países desarrollados. Entre los países en vía de desarrollo está Ecuador el cual redujo en un 44% la mortalidad materna.

CITATION Min162 \1 3082 (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Sin embargo, la OMS, reconoce que la mortalidad materna es uno de los grandes problemas por resolver en la mayoría de las naciones de América Latina, incluida Ecuador. Identificando como las principales causas de mortalidad materna a las hemorragias, la hipertensión gestacional y las infecciones posterior al parto. Al poner esta realidad frente al quinto Objetivo

del Desarrollo del Milenio (ODM), cuyo fin fue el de disminuir la mortalidad materna en un 75% entre el periodo 1990-2015, solo se puede notar una reducción del 47%. Con este escenario la OPS/OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y ONU mujeres, en el año 2015 trabajaron con el MSP, con el propósito de contribuir en el fortalecimiento de las estrategias para bajar los indicadores de mortalidad materna y neonatal, con respecto a la propuesta "Ecuador sin muertes materna"

CITATION Org1 \l 3082 (Organización Mundial de la Salud , s.f.)

Referirse a la disminución de la mortalidad materna es también dejar establecido la importancia del reclutamiento del recurso humano calificado. Por ello, la OPS/OMS, el 12 de mayo del 2015, día internacional de la enfermería, exhortó a formar más enfermeras en América Latina y el Caribe, con el objetivo de ofrecer una prestación cualificada y mejorar las inequidades de su distribución. Pues según la OMS, se necesitan aproximadamente 23 médicos, enfermeras y partera para 10.000 habitantes. Además, refirió que, en las Américas, cerca del 70% de los países tienen los profesionales necesarios, sin embargo, hay que trabajar en su distribución y formación.

CITATION Org142 \l 3082 (Organización Panamericana de la Salud , 2014) El

equipo de salud, debe tener la capacidad de aplicar sus conocimientos, previo al estudio desde

el

enfoque materno - neonatal, cubriendo las fases desde la planificación familiar, anteparto, intraparto y posparto. Lo que ayuda a detectar oportunamente las complicaciones del embarazo y poder establecer intervenciones a tiempo, favoreciendo al bienestar de la gestante y el feto.

La presente investigación es relevante ya que a través de las fuentes bibliográficas de alto impacto podremos tener constancia de los casos de eclampsia a nivel mundial y el riesgo de morbimortalidad.

CAPITULO 1

Planteamiento del problema

las principales causas de morbilidad en el embarazo Según la Organización Mundial de la Salud son los trastornos hipertensivos que pueden llevar a discapacidad crónica y mortalidad materno-fetal. CITATION Org2 \l 3082 (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

La eclampsia es la causa del 10% de las muertes maternas en países desarrollados y la eclampsia tratada tiene una mortalidad de menos del 2% y sin tratamiento de un 7% al 30%. Por ello, la OMS se planteó una meta mundial media de mortalidad materna de menos de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos hasta el 2030, y según la meta nacional

estandarizada es que no debe ser superior a 140 muertes por cada 100.000 nacidos vivo. Las muertes maternas relacionadas con trastornos hipertensivo corresponden a la cuarta parte en América Latina, esta incidencia de preeclampsia y eclampsia se puede prevenir con la atención oportuna y eficaz de las mujeres embarazadas que puedan presentar o tengan antecedentes familiares de eclampsia, pudiéndose haber tratado antes o durante el embarazo, en Ecuador para reducir la morbilidad de mujeres en edad fértil con eclampsia se esta educando a la población en general sobre ESAMYN siendo uno de los primordiales cuidados de enfermería que se le brinda. Refiriéndose a Ecuador, el Ministerio Salud Publica identificó en el año 2014

que existe

dificultad en la detección oportuna de los riesgos obstétricos, el 24,6% por cuanto las mujeres embarazadas no acuden al control prenatal programado, mediante el cual se pueden identificar las enfermedades hipertensivas asociada al embarazo, hemorragia y sepsis, siendo las dos primeras causas el 60% de las defunciones maternas. El personal de salud no acude a las capacitaciones permanente con relación a las guías de las practicas clínica en el caso de eclampsia, al no asistir a las capacitaciones por diversos motivos entre los cuales tenemos: están en guardia, postguardia, por lo tanto, no actualizan sus conocimientos lo que dificulta el manejo adecuado de la embarazadas con eclampsia aumentando el riesgo de morbimortalidad.

JUSTIFICACION La muerte materna por eclampsia es un problema de salud mundial por ende están involucrados la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública, mediante los cuidados de enfermería que se brindan a mujeres con esta patología ayudan a reducir las diversas complicaciones y el índice de morbimortalidad. En el presente trabajo es relevante porque describirá los cuidados de enfermería que se brindarán de acuerdo a los signos, síntomas, factores de riesgo, complicaciones que presente cada mujer eclámptica, a nivel nacional el índice es del 26% lo cual es alarmante para la población y en especial en mujeres embarazadas, puérperas y en las que deseen concebir, pero esto dependerá de un buen proceso de atención de enfermería en lo cual está la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.

Cabe mencionar que el personal de salud debe estar en capacitación continua sobre el protocolo Score Mama y las claves obstétricas, para adquirir los conocimientos mediante los lineamientos operativo que determinaran los riesgos obstétricos y así mismo poder manejar adecuadamente las emergencias en el embarazo, en cada unidad operativa de salud existen planes de capacitación permanente donde se encuentran diversos horarios en los que se pueden asistir y no interfieren en las labores diarias.

Se evidencia que es necesario que el personal de enfermería fortalezca sus conocimientos y desarrolle

habilidades para colaborar en las terapias antihipertensivas en Preeclampsia y en el manejo de eclampsia. Por lo antes expuesto, es necesario revisar bibliográficamente en qué medida la enfermería actual, desarrolla cuidados con previos conocimientos en pro del bienestar de las mujeres en edad fértil que presentan eclampsia. Y, de esta manera puedan estar

contribuyendo con el equipo de salud en la disminución de los índices de morbimortalidad materno neonatal.

OBJETIVOS General Determinar los cuidados de enfermería en las mujeres que presentan eclampsia en edad fértil. Específicos Identificar los

factores de riesgo que se presentan en las mujeres con eclampsia en edad fértil para brindar los cuidados de enfermería . Describir el protocolo para el tratamiento y

cuidados de enfermería en las mujeres que presentan eclampsia en edad fértil. Indicar

el rol de enfermería en los cuidados que deben brindar a

las mujeres que presentan eclampsia en edad fértil.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

ANTECEDENTES Lo primero que se conoce en el papiro de kahun del año 1850 a.c. aproximadamente y el cual fue interpretado por la Bristish Medical Journal, 1893 en un artículo de la siguiente manera: "para prevenir que una mujer se muerda la lengua péguale en la mandíbula el día del parto", esta descripción podría ser la más cerca al síndrome convulsivo o en caso de la mujer embarazada lo que se conoce como eclampsia, en otro momento de la historia es Hipócrates (460-377) con una descripción que dice "durante el embarazo el mareo y la cefalalgia, acompañado de pesadez y convulsiones en general son malos". CITATION Del15 \l 3082 (Delgado, 2015) En la edad media fueron los doctores Celsus, Galeno, Cornelius y Aetios quienes comenzaron a mencionar casos de convulsiones en mujeres en gestación, pero con la problemática que se acompañan con la muerte fetal en la mayoría de los casos, por la poca tecnología, los doctores aun no sabían que este síndrome convulsivo no era una enfermedad de base de la madre, sino que era una complicación del embarazo. CITATION Del15 \l 3082 (Delgado, 2015) El estudio de eclampsia comenzó en el siglo XVII, se realizaron estudios sobre la presente patología, pero en la actualidad no se conoce con exactitud los mecanismos patogénicos implicados en la enfermedad. CITATION Qui \l 3082 (Quiroga) En el año de 1920 comienza a emplearse el sulfato de magnesio por vía intravenosa, pero es hasta la época de los noventas que estudios controlados demostraron la efectividad del sulfato en comparación con otros anticonvulsivantes. CITATION Del15 \l 3082 (Delgado, 2015)

ECLAMPSIA La palabra eclampsia procede de la palabra griega antigua "éklampsis" que significa relámpago súbito manifestándose por crisis convulsivas tónica - clónicas de un nuevo inicio y estado de coma, que se ocasionan durante el embarazo partir de las 20 semana de gestación o en el puerperio. En el transcurso del embarazo puede presentar hipertensión o puede complicarse si tiene antecedentes de hipertensión, con preeclampsia preestablecida y ausencia de otras condiciones neurológicas conocidas. En los países donde existe un índice de mortalidad materna está asociadas con la eclampsia en su mayoría. Clínica de convulsión ecláptica Inicialmente la facie de la paciente se distorsiona presentando protrusión de ojos seguido de una expresión facial congestionada, comúnmente sale espuma por la boca, las

convulsiones se dividen en dos crisis la primera tiene duración de 15 a 20 segundos la cual empieza con rigidez generalizada corporal, movimientos repentinos faciales. La segunda tiene duración de 60 segundos donde se manifiesta por sucesión de contracción y relajación muscular, este podría llegar al coma, la respiración esta ausente y la gestante no recuerda nada de lo sucedido. Crisis convulsivas eclámpicas se muestran en cuatro periodos: CITATION San16 \l 3082 (Sanchez, 2016) Periodo de iniciación. tiene una duración de 10 a 20 segundos, en la cual la paciente se queda estática, pierde la conciencia, presentándose contracciones fibrilares en músculos de la cara y de los miembros, así mismo en los globos oculares donde las orbitas que posteriormente se desvían hacia un lado, se dilatan las pupilas, desviación de las comisuras labiales aparentando una facie satírica. Fase de contracciones tónicas. se presentan en un transcurso de 20 a 30 segundo, en donde se manifiesta apnea, cianosis, ingurgitación de las venas yugulares, cabeza desviada hacia un lado, se produce ataxia de las extremidades superiores e inferiores, hace puño las manos, pareciendo que todos los músculos entran en una contracción tetánica. Fase de contracciones clónicas. Esta etapa adquiere un lapso de 1 a 3 minutos, en el que la gestante ha reanudado la respiración esta se manifiesta de manera ruidosa, estertorosa y disneica, disminuye la cianosis igualmente la presión arterial alta, el pulso se encuentra acelerado, se manifiesta una serie de contracciones y sacudidas en la paciente. Estado de coma. la paciente permanece cianótica, inconsciente, también se observa espuma sanguinolenta por la boca, respiración estertorosa y pulso acelerado, en cuanto a la presión arterial puede estar elevada o disminuida antes que se presentara la crisis convulsiva, pupilas dilatadas así mismo la ausencia de reflejos. Puede presentarse de 5 a 15 crisis convulsiva o puede morir, la paciente por otra parte puede recuperarse después del parto o con la muerte del producto. "Según

la Guía de Practica Clínica de los trastornos hipertensivos en el embarazo tiene la siguiente clasificación de la patología mencionada

según CIE:

O15 Eclampsia, O150 Eclampsia en el embarazo, O151 Eclampsia durante el trabajo de parto, O152 Eclampsia en el puerperio, O159 Eclampsia, en periodo no especificado."

CITATION Min17 \l 3082 (Ministerio de Salud Publica, 2017)

Signos y síntomas La sintomatología de la eclampsia es hipertensión arterial (tensión arterial $\geq 160/100$), proteinuria (mayor de 2 en 24 horas), presencia o no de edemas miembros inferiores, edema pulmonar, aumento inmoderado de peso, trastornos neurológicos (cefalea, hiperreflexia y clonus), escotoma, dolor en epigastrio, oliguria de menos de 400 ml en 24 horas o aumento de la creatinina ≥ 2 mg% o 117 mmol/L, acido úrico ≥ 7 mg %, plaquetas > 100000 , aparición de oligohidramnios,

en el segundo trimestres del embarazo pueden aparecer convulsiones incluso hasta coma, en la gestación o hasta cuarenta y dos días después del parto .

Factores de riesgo Edad materna >18 y <35 años, primigravidas, desnutrición, pobreza, bajo nivel de instrucción, gestaciones múltiples, embarazo molar, mujeres diabéticas, lupus

eritematoso. Otros: deficiencia de proteína S, presencia de anticuerpos anticardiolipina, antecedentes familiares de preeclampsia, obesidad previa al embarazo. Periconcepcionales: nuliparidad, edad materna >18 años <35 años, primipaternidad, exposición corta al semen, donación de semen y ovulo, antecedentes de eclampsia en embarazo previo, antecedentes familiares de eclampsia, antecedentes de resultados gestacional adverso. Enfermedades medicas preexistente: hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus pregestacional, enfermedades del tejido conectivo, trombofilia adquirida o congénita, nefropatías crónicas, trasplante renal. Asociados al embarazo: edad materna mayor e 40 años, obesidad, embarazo múltiple, infección urinaria, enfermedad trofoblástica gestacional, hidrops fetal, hipertensión gestacional, malformaciones congénitas fetales. Complicaciones Síndrome de HELLP, abruptio (desprendimiento de la placenta del útero), CID (coagulación intravascular diseminada o síndrome de desfibrilación), IRA (insuficiencia renal aguda), edema pulmonar, neumonía aspirativa, para cardiorrespiratorio, trastornos neurológicos. Diagnostico Examen físico para verificar las posibles causa de convulsiones, vigilar la presión arterial y la frecuencia respiratoria, realización de exámenes de sangre y orina para confirmar factores de coagulación sanguínea, creatinina, acido úrico, actividad hepática, recuento de plaqueta y proteína en orina. Tratamiento preventivo Según la guía de práctica clínica del MSP el

medicamento preventivo utilizado en la preeclampsia disminuye el riesgo de aparición de eclampsia, morbi-mortalidad materna y neonatal ya que su función es actuar en el sistema nervios bloqueando

los receptores N-metil aspartato; la cuarta parte de las pacientes que han recibido el tratamiento preventivo presentan efectos secundarios, generalmente sofocos.

Este medicamento se utiliza en las eclámpticas ya que es indicado para prevención de las convulsiones en mujeres durante la gestación, parto o 42 días después del parto,

pero no se debe utilizar como droga antihipertensiva; se puede utilizar en conjunto con nifedipina.

Los efectos adversos en la gestante o puérpera, que se pueden presentar son: hipotensión transitoria, rubor facial, calor, oliguria, osteotendinosos, hiporreflexia, depresión respiratoria, bradicardia que puede llevar hasta paro cardio-respiratorio, entre los efectos adversos fetales se puede presentar variación de la frecuencia cardiaca fetal con un periodo a corto de duración, evidenciado en el registro cardiotocográfico. CITACION Min17 \l 3082 (Ministerio de Salud Publica, 2017) TRATAMIENTO PARA ECLAMPسيا Dosis inicial Sulfato de magnesio su dosis inicial es de 6 gramos por vía intravenosa con una duración de 20 minutos; en un volutrol se administra un volumen total de 100 mililitros dividido en 3 ampollas de sulfato de magnesio más 70 mililitros de solución fisiológica pasar

a 30 microgotas por minuto. En bomba de infusión se administra a razón

de 300 mililitro por hora las tres ampollas restantes. Además, se utiliza un bolo adicional cuando se presentan convulsiones seguidas 2 gramos de sulfato de magnesio o un

incremento de la infusión a 1,5 gramo hasta 2 gramo por hora CITATION Min17 \l 3082 (Ministerio de Salud Publica, 2017)

Dosis de mantenimiento Sulfato de magnesio IV a 1,5 a 2 g por hora, la administración IV en equipo de venoclisis o microgotero se diluye 10 ampollas de sulfato de magnesio en 400cc de solución fisiológica, se pasará un total de volumen de 500cc a 17 gotas por minuto o 50 microgotas por minuto, no se debe pasar de 150 mg por minuto de sulfato de magnesio porque puede generar toxicidad. Se

mantiene este tratamiento hasta las 24 horas después del parto, poscesarea o posultima crisis ecláptica. CITATION Min17 \l 3082 (Ministerio de Salud Publica, 2017)

Administración de esquema intramuscular para la prevención crisis ecláptica Dosis de 10 gramos que debe ser aplicada 5 gramos en cada región glútea, es muy dolorosa, solo se utiliza en casos de no poder colocar una vía intravenosa o cuando se tenga que trasladar de manera urgente a un nivel de mayor complejidad.

Cuando el sulfato de magnesio este contraindicado se utiliza los medicamentos de segunda línea que son la fenitoína y benzodiazepinas. En

caso de intoxicación por sulfato de magnesio, que se puede evidenciar mediante los siguientes signos y síntomas, disminución de diuresis, frecuencia respiratoria, paro respiratorio, bradicardia o paro cardiaco es antídoto para tratar es el gluconato de calcio una ampolla de 1 gramo intravenoso lento, se debe administrar oxígeno 4 litros por minuto por catéter nasal o 10 litros por minuto por mascarilla, controlar la saturación de oxígeno mediante un saturador. En casos que no se mejore proceden a la intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. Se valorar con la medición de los signos vitales estableciendo un orden; frecuencia respiratoria, presión sanguínea, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, temperatura corporal, nivel de conciencia y proteinuria. Frecuencia respiratoria. Se lo controla de manera obligatoria por 60 segundos, porque es uno de los indicadores más precoz y sensible del deterioro de la paciente, debe ser registrada con valores numéricos tanto en las hojas de signos vitales como en la hoja 051; en las gestantes o puérperas las frecuencias respiratorias oscilan de 12 a 22 respiraciones por minuto. Presión sanguínea. Se deberá colocar un brazalete adecuado, midiendo la circunferencia media del brazo en todas las embarazadas especialmente en aquellas con índice de masa corporal < 29.9 Kg en la primera visita prenatal, para una correcta medición el estetoscopio debe ser colocado en el punto medio del brazo, es mejor la medición de la presión de manera manual. Los tensiómetros deben ser calibrados mínimo cada 6 meses. Frecuencia cardiaca. El sitio más utilizado para evaluar la frecuencia cardiaca en el adulto es la arteria radial, por ser más accesible, debe ser palpada por el dedo índice y el medio por 30 segundos y se duplica si es regular, en caso de ser irregular se lo valora por 60 segundos de forma manual. Puede variar desde 60 a 100 latidos por minuto, cualquier alteración fuera de los parámetros puede indicar alguna enfermedad adyacente grave y debe ser investigada. Saturación de oxígeno. Se mide de forma rutinaria a todas las mujeres, pero se prioriza en aquellas que tengan los valores alterados de frecuencia respiratoria o dependiendo de la condición médica, los niveles estipulados son desde 94% hasta 100%. Las uñas largas o con esmalte puede afectar a la

precisión de resultados. Temperatura corporal. Se lo debe tomar por especialmente axilar, aunque también puede ser por vi oral, axilar o timpánica con el uso correcto del termómetro, entre los parámetros de 35.6 a 37.2 °C, un hipotermia o hipertermia puede ser indicativo de sepsis o infección Nivel de conciencia. Es una respuesta neurológica de respuesta de la mujer gestante o puérpera, puede estar alerta, responde solo a la voz, responde al dolor, ausencia de la respuesta; se debe tomar una acción inmediata Proteinuria. Las pruebas positivas transitorias son en su mayoría insignificante, ya que se debe a los cambios fisiológicos en el embarazo por presencia de pequeñas cantidades de albumina y globulinas presentes en la orina. Se realiza

la medición de proteínas en la orina utilizando una tirilla que se introduce por 30

segundos en la orina recolectada del choro medio, se procede a eliminar los residuos del líquido,

sobre el envase que contiene la tirilla se encuentra una table de colores con la que se compara con la tirilla previamente utilizada. Para comprobar

la proteinuria se procede a recolecta la orina en 24 horas de proteína en orina/creatinina, el resultado deberá ser de mayor o igual 300mg de proteínas.

MANEJO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO – ACTIVACION DE LA CLAVE AZUL La activación de la clave puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófano, sala de parto o posparto, hospitalización o en cualquier otro servicio que se encuentre, la activación la realiza cualquier profesional de salud que tiene contacto con la gestante o puérpera que presenta un trastorno hipertensivo, quienes responden a la activación de la clave esta conformado por 4 profesional de salud: coordinador/a, asistente 1, asistente 2, circulante.

CITATION Min16 \l 3082 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

Coordinador/a: el personal deberá ser ginecológico u obstétrico, médico general o profesional de salud capacitado con mayor experiencia en el manejo de la patología, las funciones que desempeñara son: organización del equipo, evaluar el estado de la paciente con la información del score mama que contiene los signos vitales, valorar el bienestar fetal, ordenar la aplicación de los medicamentos y fluidos, brindar la información requerida para los familiares o acompañantes mediante el personal circulante. Asistente 1: el profesional de salud se encuentra capacitado para realizar las funciones: colocándose en la cabecera de la paciente, procede a explicar a la los procedimientos a seguir y brinda confianza, permeabiliza la vía aérea con elevación del mentón en cado de las pacientes que este alterado la conciencia, suministra el oxigeno suplementario con mascarilla o cánula en caso de no haber mascarilla, calcula el score mamá, registra los eventos con tiempo en el formulario de la clave azul, evalúa el estado de la gestante luego de la administración de medicamentos e informa al coordinador. Asistente 2: se encuentra capacitado realiza la apertura del kit azul, garantiza el acceso de dos vías venosas con catéter calibre N° 18, en cada brazo donde lo ideal el brazo izquierdo medicación y brazo derecho para hidratación y manejo de fluidos, toma de muestra

sanguíneas correspondiente a tubo, realiza las órdenes de laboratorio correspondiente, también puede colaborar con el coordinador a realización de procedimientos. Circulante: el profesional garantiza que las muestras lleguen al laboratorio, llama al personal de acuerdo al requerimiento del coordinador, mantiene informada a la familia, activa la red para realizar la transferencia y el caso lo amerita.

Eclampsia. Es un trastorno hipertensivo, se lo conoce porque se presenta con convulsiones tónico - clónicas, frecuentemente en las gestantes, reconocida generalmente por una triada de cuadro hipertensivo, edemas con aumento de peso y proteinuria.

MARCO CONCEPTUAL

Cuidados de enfermería. Son actividades que se brindan a las personas enfermas o sanas que ayudan a la recuperación, para la prevención de complicaciones de la salud. Muerte materna. Es la muerte de la mujer mientras este embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio de embarazo. Muerte neonatal. Es aquella ocurrida desde el nacimiento hasta los 38 días posteriores al mismo. Convulsión. Alteración eléctrica repentina y descontrolada del cerebro, se puede presentar por presiones altas, es similar a la epilepsia. Coma. Estado de pérdida de conciencia profundo, es incapaz de moverse y relacionarse con el entorno, que se ocasiona por alguna enfermedad adyacente. Proteinuria. Exceso de proteína en la orina, es señal de una patología. Preeclampsia. Presencia de hipertensión de arterial con proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Síndrome de hellp. Patología multisistémica acompaña a los cuadros graves de preeclampsia, caracterizada por la presencia de anemia hemolítica microangiohepatia, disfunción hepática con elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Oligohidramnios. Es déficit de volumen de líquido amniótico, asociada con complicaciones maternas-fetales. Metaparadigma. Son conjuntos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina. Gluconato de calcio. Medicamento que se utiliza para contrarrestar una sobre dosis de sulfato de magnesio. Sulfato de magnesio. Es una solución que se administra dentro de una vena mediante inyección o por perfusión con goteo. Está indicado para el control inmediato de las convulsiones en las toxemias severa (preeclampsia y eclampsia) Escala de Glasgow. Es la valoración del nivel de conciencia de una persona se evalúa tres parámetros: la capacidad de apertura ocular, la reacción motora y la capacidad verbal. Sida. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto y que hace disminuir las defensas naturales del organismo. VIH. o virus de inmunodeficiencia humana ataca al sistema inmunitario, alterando o anulando su función de la persona infectada. Impregnar. Hacer que una sustancia, generalmente líquidos, quede adherida a la superficie de un cuerpo. Hipertensión gestacional. Aparece después de las 20 semanas de gestación y remite después de la sexta semana postparto. Tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y o Tensión arterial ≥ 90 mmHg más ausencia de proteinuria. Score mama. Es una escala de puntuación que se desarrolla por una detección temprana de morbilidad materna. Signos vitales. Conjunto de variables fisiológicas que ayudan para la valoración de las funciones orgánicas elementales.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA EI

presente trabajo es de tipo bibliográfico documental, de corte transversal porque recoge datos de primera intención, de tipo descriptivo porque especifica los métodos de la investigación, para que se pueda realizar en base a validación de resultados, debido a que la información está mencionado en los objetivos planteados anteriormente, retrospectiva porque se menciona información de investigaciones realizadas para ampliar y profundizar en los cuidados que se debe brindar a las mujeres con eclampsia, mediante fuentes bibliográficas como guías, diversos trabajos investigativos validados y documentos web. La norma utilizada en la investigación es APA sexta edición, de manera que los datos de las fuentes bibliográficas: guías, protocolos, ensayos, sitio y documentos web validados queden registrado de manera clara y precisa.

CAPITULO 4

DESARROLLO DEL TEMA CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS MUJERES QUE PRESENTAN ECLAMPSIA EN EDAD FERTIL. La eclampsia

es una complicación del embarazo poco frecuente pero grave, afecta 1 de cada 2000 partos en Europa y 1 de cada 1700 partos en países bajos y medianos ingresos provocando el 10% de las muertes maternas, esta patología se puede desarrollar antes del parto 38-53%, intraparto 18-36% o post parto 11-44%, por lo que es necesario realizar un diagnóstico diferencial. El manejo más óptimo para una paciente con convulsiones eclámpicas debe ser dado en un hospital de II o III nivel, con adecuadas instalaciones y por supuesto con unidad de cuidados intensivos neonatales y obstétrico con personal capacitado. CITATION Roj15 \l 3082 (Rojas, 2015)

EL MODELO DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWASON Se desarrollo 5 procesos básicos Enfermería no está enfocada en tanto en la mejoría de la enfermedad, en sí, sino en alcanzar, mantener, o recobrar el óptimo nivel de vida o bienestar que ellos eligen dado su personalidad, demandas ambientales, coacciones y recursos. Prácticas terapéuticas basadas en conocimiento de enfermería, ciencias relacionadas y en humanidad Sugiere que las enfermeras deben reconocer las influencias internas; mental, bienestar espiritual

e

incrementar creencias socioculturales, y el ambiente exterior como las actitudes de la sociedad, expectativas culturales, doctrinas religiosas, clima político, las leyes las políticas sociales y económicas, lo cual esto influyen en el estado de la salud de las personas.

Afirmaciones teóricas Los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creado por la propia actitud filosófica de la enfermera, la comprensión los mensajes verbales, las acciones y las consecuencias del cuidado. Dependiendo del cuidado que se ejerza sobre los pacientes, este afectará en su estado anímico que, por consecuencia, en su recuperación o buen morir. Cuidados. La educación a una gestante es importante por que podemos conocer la alimentación y los hábitos que sigue durante el embarazo Conocimiento. A través tanto de las capacitaciones como auto educándose el personal de enfermería puede brindar cuidados

Estar con. Es brindarle bienestar y confort a la mujer en edad fértil que esta padeciendo de eclampsia, y necesita sentirse segura Hacer por. Brindar una atención de calidad y calidez enseñándole como cuidar de si mismo Posibilitar. Administrando los medicamentos adecuadamente para mejorar la patología existente Mantener las creencias. Motivarle a que confié en la fe de su Dios, para que se sienta con confianza de poder manifestar sus preocupaciones

CUIDADOS DE ENFERMERIA Control de balance hídrico estricto: el fármaco se elimina completamente por la orina, para evitar toxicidad se debe eliminar mínimo 30cc por hora, se controla colocando una sonda vesical y controlando mediante la bolsa recolectora, en caso de que disminuya la diuresis horaria se debe reducir la velocidad de infusión a la mitad o retirar, luego de reestablecer la correcta eliminación de diuresis se podrá reinstalar la infusión de sulfato de magnesio. Controlar la frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones por minuto: cada 30 minutos, vigilar el reflejo rotuliano cada 30 minutos. No

se debe detener las convulsiones cuando se presenten, pero lo que si las acciones que si se pueden realizar son:

mantener una adecuada oxigenación mediante la vía aérea permeable y la administración de oxígeno,

evitar que la gestante bronco aspire, los

se controla la oxigenación con el saturador para controlar hipoxia. Se debe colocar dos vías periféricas con catéter numero 16 o 18 y la respectiva sonda Foley, control estricto de la tensión arterial y las administraciones de fármacos antihipertensivos intravenosa, se debe interrumpir el embarazo por parto o cesárea según Bishop y por la condición materna fetal procurando que se realice antes de las 12 horas de realizado el diagnostico. • Controlar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos. • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. • Explorar el relleno capilar, presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, después de dejar de presionar debe recuperar su color en 2 segundo. • Monitorizar el peso • Elevar la cabecera de la cama para mejorar la ventilación • Realizar cambios posturales de la paciente que presente edema en zonas declives • Restringir la ingesta dietética de sodio • Observar el color y cantidad de la orina • Control de glucemia • Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/ rodilla • Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante la crisis • Permanecer con el paciente durante la crisis convulsiva • Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas, el estado neurológico y nivel de orientación • Registrar la duración de la crisis • Registrar las características de las crisis: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión de la crisis • Monitorizar la aparición de signos de hemorragia • Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow • Explorar el tono muscular, el movimiento motor, la marcha • Observar si hay temblor • Prestar atención si el paciente refiere cefalea • Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos • Observar la respuesta a los medicamentos • Administrar suplementos de calcio durante el embarazo cuando el consumo de calcio es bajo (>900 mg/día). •

La vitamina D, C o E, no está indicada en las mujeres eclámpicas como método de

prevención. • Determinar el grado de conocimiento que la paciente tiene sobre su patología • Fomentar la expresión de sentimientos y miedos sobre el bienestar fetal y la seguridad personal • Instruir a la paciente en técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable • Recomendar que asista la atención médica inmediata cuando detecte disminución de movimientos fetales, cuando tenga cuatro o más contracciones por hora, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico o rápida ganancia de peso con edema • Brindarle confianza y estimular la participación de la familia como red de apoyo.

CUIDADOS POSPARTO (MENOS DE SEIS SEMANAS) Después del parto se inicia la terapia antihipertensiva, la lactancia materna no se debe interrumpir si esta recibiendo tratamiento hipertensivo como nifedipina, nifedipina XL, labetalol, metildopa, captopril, enalapril.

CUIDADOS POSPARTO (MAS DE SEIS SEMANAS) Dieta y estilo de vida saludable.

Diagnósticos de enfermería Relacionado con: r/c Manifestado por: m/p

Exceso volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p

alteración de la presión arterial, edema, oliguria

CITATION UNI16 \l 3082 (Universidad Autónoma de San Luis Potosí , 2016)

Intervención: manejo de la hipervolemia Actividades: • Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP, según disponibilidad. • Observar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar como ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos, producción de esputo espumoso • Monitorizar la presencia de sonidos pulmonares adventicios • Monitorizar la presencia de sonidos cardíacos adventicios • Monitorizar la distensión venosa yugular • Monitorizar el edema periférico • Monitorizar la existencia de signos de laboratorio de hemoconcentración • Monitorización los datos de laboratorio sobre la posibilidad de un aumento de la presión oncótica plasmática • Monitorizar las entradas y salidas • Monitorizar los signos de reducción de la precarga • Administrar infusiones intravenosas despacio para evitar un aumento rápido de la precarga • Elevar la cabecera de la cama para mejorar la ventilación • Realizar cambios pulmonares del paciente que presenta edemas en zonas declives • Restringir la ingesta dietética de sodio Monitorización de líquidos Actividades • Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos • Determinar si el paciente presenta síntomas de alteraciones de líquidos • Explorar el relleno capilar mantenimiento la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libre la presión y se mide el tiempo en que tarda en recuperarse el color • Monitorizar el peso • Monitorizar los niveles de electrolitos en suero • Monitorizar la osmolaridad sérica y urinaria • Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración • Llevar un registro preciso de entradas y salidas • Corregir los problemas mecánicos en los pacientes que presenten una interrupción súbita de la diuresis • Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina • Observar si las venas del cuello están distendidas, crepitantes pulmonares, edema periférico y ganancia de peso • Consultar con el médico el caso de diuresis menor de 0.5 ml/kg/h Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz con el factor de riesgo de hipertensión Mejorar de la perfusión cerebral

Actividades • Consultar con el medico para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro de ese rango • Mantener la glucemia dentro del rango de referencia • Consultar con el medico para determinar la posición optima de la cabecera de la cama y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza • Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/rodilla • Mantener el nivel de pCO₂ a 25mmHg o superior • Administrar y vigilar los efectos de los diuréticos osmóticos y de asa, así como los corticoides • Administrar analgésicos • Controlar el TP y el TTP para mantenerlos en uno • Monitorizar la aparición de signos de hemorragia (heces) • Monitorizar el estado neurológico • Monitorizar la presión arterial media • Monitorizar el estado respiratorio • Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios • Monitorizar los sonidos de sobrecarga de líquidos • Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular • Monitorizar los valores de laboratorio si se han producido cambios de oxigenación o del equilibrio acido básico • Monitorizar el balance hídrico Manejo de las convulsiones • Mantener la vía aérea • Poner en decúbito lateral • Guiar los movimientos para evitar lesiones • Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante la crisis • Permanecer con el paciente durante la crisis • Canalizar una vía • Aplicar oxígeno • Comprobar el estado neurológico • Vigilar los signos vitales • Registrar la duración de la crisis • Registrar las características de las crisis: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión de la crisis comicial • Registrar la información acerca de la crisis • Administrar la medicación prescrita • Administrar los anticomiciales • Comprobar la duración y características del estado posticial Riesgo de caída relacionado factor de riesgo alteraciones en la conciencia, por sedación Monitorización neurológica • Comprobar el tamaño, forma simétrica y capacidad de reacción de las pupilas • Vigilar el nivel de conciencia • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow • Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones • Comprobar el estado respiratorio: gasometría arterial, pulsimetría, profundidad, patron, frecuencia, esfuerzo. • Explorar el tono muscular, e movimiento motor, la marcha y la propioceocion • Observar si hay temblor • Monitorizar la simetría facial • Observar si hay trastornos visuales: nistago, visión borrosa y agudeza visual • Observar si el paciente refiere cefalea • Vigilar las características del habla, fluencia, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras • Comprobar la respuesta a estímulos: verbal, táctil y lesivos • Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos • Observar la respuesta a los medicamentos • Identificar patrones nuevos en los datos

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

Entre los factores de riesgos en mujeres embarazadas o puérperas tenemos: la edad materna, desnutrición, pobreza, embarazos múltiples, diabetes gestacional, antecedentes de eclampsia, periconcepcionales, enfermedades medicas preexistentes, inasistencia a los controles prenatales programados, entre otros Existen un protocolo que permite identificar cuando los signos vitales se encuentran alterados: frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, además de eso el estado de conciencia y la cantidad de proteína presente en la orina, con esto permite prevenir la morbi-mortalidad materna ya que si la presión arterial se encuentra alterada se activa una de las claves

obstétricas en este caso la azul realizando las actividades correspondiente al personal de salud capacitado los cuales lo conforma el coordinador, el asistente 1 y 2, y circulante.

Los cuidados de enfermería en las pacientes que presentan eclampsia ayudan a reducir la morbimortalidad materna, según las estadísticas presentadas en la organización mundial de la salud, organización panamericana de la salud, ministerio de salud pública; aunque la eclampsia es una patología que se presentan en las gestantes o en las puérperas, con convulsiones, hipertensión, proteinuria y en ciertos casos edema general; también pueden presentarse en conjunto con otras patologías.

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.
