



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**  
**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE**  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**TEMA:**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN PACIENTES PREECLAMPTICAS POSQUIRURGICAS DEL ÁREA GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA-BOLÍVAR, PERIODO MAYO – SEPTIEMBRE 2019.

**AUTORAS:**

ALBAN BOSQUEZ RUTH PAOLA  
RIVERA PAZMIÑO SELENA ROCIO

**TUTOR:**

DRA. VERONICA AYALA ESPARZA

**BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR**

**2019**

## **DEDICATORIA**

Este logro se lo dedico de manera especial al forjador de mi camino, a mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta en mi continuo tropiezo.

A mis padres por creer en mi capacidad, pues ellos fueron el pilar fundamental para la construcción de mi vida profesional, Sentaron en mi la base de responsabilidad y deseos de superación.

A mi abuelita y hermanos que son personas que me han ofrecido el amor y la calidez de la familia a cuál amo, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme.

A mis compañeros y amigos quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegría y tristezas y a todas esas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este año se haga realidad.

Gracias infinitas a todos.

## **AUTORES**

Paola Albán Bosquez  
Selena Rivera Pazmiño

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por sus consejos por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron en mi vida, y por acompañarme en mis momentos de debilidad.

Gracias a Dios por haberme dado la oportunidad de tener unos padres maravillosos también porque cada bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar a lado de las personas que sé que más me aman, y gracias a mis padres por permitirme conocer a Dios y de su infinito amor.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización del proyecto.

## **AUTORES**

Paola Albán Bosquez  
Selena Rivera Pazmiño

## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos hipertensivos, como la preeclampsia constituyen complicaciones frecuentes durante el embarazo y en el puerperio inmediato (posquirúrgico), y en este último se ha evidenciado un aumento considerable

**Objetivo:** Determinar la incidencia de las intervenciones de enfermería en pacientes preeclámplicas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo comprendido desde mayo a septiembre de 2019.

**Metodología:** Estudio de campo, exploratorio, descriptivo, transversal, con un enfoque cuali-cuantitativo. Se realizó un muestreo no probabilístico intencional conforme a criterios de inclusión y exclusión quedando constituida por 60 pacientes preeclámplicas posquirúrgicas.

**Resultados:** De la muestra total se evidenció que predominó el grupo de edad de más de 35 años (28,3 %), se identificaron como factores asociados la obesidad (43,3 %), primigestas (60 %), con antecedentes familiares de preeclampsia (61,6 %), que cursaron con hipertensión gestacional (36,6 %) y algunas vasculopatías (35 %).

**Conclusiones:** Se brindan las intervenciones de enfermería a las pacientes preeclámplicas posquirúrgicas excepto algunas de las relacionadas con el componente educativo tales como determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación, brindar educación sobre los cuidados post operatorios y educar a la paciente sobre la importancia de los masajes uterinos y enseñar la técnica para que se los realice.

**Palabras clave:** Intervenciones de enfermería, preeclampsia posquirúrgica.

## ABSTRAC

**Introduction:** Hypertensive disorders, such as preeclampsia, are frequent complications during pregnancy and in the immediate post-surgical (post-surgical) puerperium, and in the latter there has been a considerable increase.

**Objective:** To determine the incidence of nursing interventions in pre-surgical post-surgical patients of the gynecological area of the General Alfredo Noboa Montenegro Hospital, in the city of Guaranda, province of Bolívar, in the period from May to September 2019.

**Methodology:** Field study, exploratory, descriptive, cross-sectional, with a qualitative-quantitative approach. An intentional non-probabilistic sampling was carried out according to inclusion and exclusion criteria, being constituted by 60 post-surgical preeclamptic patients.

**Results:** From the total sample it was evidenced that the age group over 35 years of age predominated (28.3%), obesity (43.3%), primigests (60%), associated with a family history of preeclampsia (61.6%), who attended with gestational hypertension (36.6%) and some vasculopathies (35%).

**Conclusions:** Nursing interventions are provided to post-surgical preeclamptic patients except for some related to the educational component such as determining the patient's knowledge about the medication, providing education on post-operative care and educating the patient about the importance of Uterine massages and teach the technique to be performed.

**Keywords:** Nursing interventions, post-surgical preeclampsia

## INDICE GENERAL

|   |           |
|---|-----------|
| DEDICATORIA.....                            | I         |
| AGRADECIMIENTO .....                        | II        |
| RESUMEN.....                                | III       |
| ABSTRAC .....                               | <u>IV</u> |
| TEMA .....                                  | V         |
| INTRODUCCIÓN.....                           | VI        |
| CAPÍTULO I .....                            | 7         |
| 1. PROBLEMA.....                            | 7         |
| 1.1 Marco Contextual. ....                  | 7         |
| 1.1.2. Contexto Internacional.....          | 7         |
| 1.1.3. Contexto Nacional. ....              | 8         |
| 1.1.4. Contexto Regional.....               | 9         |
| 1.3. Planteamiento del Problema.....        | 11        |
| 1.3.1. Problema General.....                | 12        |
| 1.3.2 Problemas Derivados.....              | 12        |
| 1.4. Delimitación de la Investigación. .... | 13        |
| 1.5 JUSTIFICACIÓN.....                      | 13        |
| 1.6 Objetivos. ....                         | 14        |
| 1.6.1. Objetivo General.....                | 14        |
| 1.6.2. Objetivos Específicos. ....          | 14        |
| CAPITULO II .....                           | 15        |
| 2. MARCO TEÓRICO.....                       | 15        |
| 2.1. Marco Teórico. ....                    | 15        |
| 2.1.1. Marco conceptual. ....               | 21        |
| 2.1.2. Antecedentes investigativos. ....    | 44        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>2.2. Hipótesis.</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>2.2.1. Hipótesis General.</b> .....                                      | <b>47</b> |
| <b>2.3. Variables.</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>2.3.1. Variables Independiente.</b> .....                                | <b>47</b> |
| <b>2.3.2 Variable Dependiente.</b> .....                                    | <b>47</b> |
| <b>2.3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.</b> .....                    | <b>48</b> |
| <b>CAPÍTULO III</b> .....   | <b>52</b> |
| <b>3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.</b> .....                            | <b>52</b> |
| <b>3.1. Método de investigación.</b> .....                                  | <b>52</b> |
| <b>3.2. Modalidad de la investigación.</b> .....                            | <b>52</b> |
| <b>3.3. Tipo de investigación.</b> .....                                    | <b>53</b> |
| <b>3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la Información.</b> ..... | <b>53</b> |
| <b>3.4.1. Técnicas.</b> .....   | <b>53</b> |
| <b>3.4.2. Instrumentos.</b> .....   | <b>54</b> |
| <b>3.5. Universo y Muestra</b> .....  | <b>54</b> |
| <b>3.5.1. Universo</b> .....  | <b>54</b> |
| <b>3.5.2. Muestra.</b> .....  | <b>54</b> |
| <b>3.6. Cronograma del proyecto.</b> .....                                  | <b>55</b> |
| <b>3.7 Recursos.</b> .....  | <b>57</b> |
| <b>3.7.1. Recursos humanos.</b> .....                                       | <b>57</b> |
| <b>3.7.2. Recursos económicos.</b> .....                                    | <b>57</b> |
| <b>3.8. Plan de tabulación y análisis de datos</b> .....                    | <b>58</b> |
| <b>3.8.1. Base de datos</b> .....   | <b>58</b> |
| <b>3.8.2. Procesamiento y análisis de los datos</b> .....                   | <b>58</b> |
| <b>CAPITULO IV</b> .....  | <b>59</b> |
| <b>4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION</b> .....                              | <b>59</b> |
| <b>4.1 Resultados obtenidos de la investigación</b> .....                   | <b>59</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>4.2 Análisis e interpretación de los datos .....</b>             | <b>66</b> |
| <b>4.3 CONCLUSIONES.....</b>  | <b>71</b> |
| <b>4.4 RECOMENDACIONES .....</b>                                    | <b>72</b> |
| <b>CAPITULO V.....</b>  | <b>73</b> |
| <b>5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN.....</b>                      | <b>73</b> |
| <b>5.1 Título de la Propuesta de Aplicación.....</b>                | <b>73</b> |
| <b>5.2 Antecedentes .....</b>                                       | <b>73</b> |
| <b>5.3 Justificación.....</b>                                       | <b>74</b> |
| <b>5.4 Objetivos .....</b>  | <b>76</b> |
| <b>Objetivo General.....</b>  | <b>76</b> |
| <b>Objetivos Específicos .....</b>                                  | <b>76</b> |
| <b>5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación .....</b>     | <b>76</b> |
| <b>5.5.1 Estructura general de la propuesta .....</b>               | <b>76</b> |
| <b>5.5.2 Componentes.....</b>                                       | <b>78</b> |
| <b>5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación .....</b> | <b>79</b> |
| <b>5.6.1 Alcance de la alternativa.....</b>                         | <b>79</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>   |           |
| <b>ANEXOS</b>   |           |



## ÍNDICE DE TABLAS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabla 1.</b> OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....   | <b>48</b> |
| <b>Tabla 2.</b> Cronograma de Proyecto .....  | <b>55</b> |
| <b>Tabla 3.</b> Recursos Humanos.....   | <b>57</b> |
| <b>Tabla 4.</b> Recursos Económicos.....  | <b>57</b> |
| <b>Tabla 5.</b> Distribución de rango de edades de pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....          | <b>59</b> |
| <b>Tabla 6.</b> Nivel de instrucción de pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....                     | <b>60</b> |
| <b>Tabla 7.</b> Nivel de ingresos económicos de pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....             | <b>60</b> |
| <b>Tabla 8.</b> Hábitos nocivos en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....                        | <b>61</b> |
| <b>Tabla 9.</b> Estado nutricional en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....                     | <b>61</b> |
| <b>Tabla 10.</b> Número de gestaciones en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....                 | <b>62</b> |
| <b>Tabla 11.</b> Antecedente familiar de preeclampsia en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....  | <b>62</b> |
| <b>Tabla 12.</b> Antecedente hipertensivo en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....              | <b>63</b> |
| <b>Tabla 13.</b> Enfermedades asociadas en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. ....                | <b>63</b> |
| <b>Tabla 14.</b> Intervenciones de enfermería que inciden en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. . | <b>64</b> |

## **ANEXOS**

- Anexo 1.** Matriz de contingencia.
- Anexo 2.** Consentimiento por parte de pacientes con preeclampsia posquirúrgica para la participación en el proyecto de investigación.
- Anexo 3.** Cuestionario diseñado por las investigadoras dirigidas a las pacientes preeclámplicas posquirúrgicas.
- Anexo 4.** Evidencias fotográficas.

## **TEMA**

Intervenciones de enfermería y su incidencia en pacientes preeclámpicas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar, periodo Mayo a Septiembre 2019.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos, como la preeclampsia constituyen complicaciones frecuentes durante el embarazo y en el puerperio inmediato (posquirúrgico), y en este último se ha evidenciado un aumento considerable, siendo responsable de un porcentaje elevado de morbimortalidad especialmente si los cuidados de enfermería no son los adecuados. La importancia de unas intervenciones de enfermería adecuadas favorece a una apropiada y eficaz recuperación de las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas (Ministerio de Salud Pública, 2016).

En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que, en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales (OMdl, 2014). En Ecuador la preeclampsia presentó el 10.84 % de causas de morbilidad en el 2017, evidenciando un aumento en comparación con años anteriores (INEC, 2018).

La fisiopatología de la hipertensión posparto (HPP) aun no es clara, sin embargo, su desarrollo obedece a una de las siguientes condiciones: paciente que desarrolló Preeclampsia y continúa hipertensa, hipertensa crónica que desarrolló o no Preeclampsia sobre agregada o hipertensión que se presenta por primera vez en el puerperio (Ruiz & Gil, 2014).

La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. Por lo tanto, la optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OMdl, 2014).

La actual investigación está enmarcada en la línea de investigación Salud Sexual y Reproductiva y la sublínea control preconcepcional, control prenatal de la Facultad de Ciencias de la Salud dentro del problema morbilidad durante la gestación donde se estudió la preeclampsia posquirúrgica.

# CAPÍTULO I

## 1. PROBLEMA

### 1.1 Marco Contextual.

#### 1.1.2. Contexto Internacional.

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, la cual es precursor de la eclampsia y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos, Vargas, Myers (citados en Vargas et al., 2012). Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7% (Vargas et al., 2012).

La preeclampsia posquirúrgica ha variado de 5% a 10% en los países desarrollados en los últimos años, pero esta cifra es superior en países en vías de desarrollo, llegando a alcanzar hasta el 18% de morbilidad materna. Se considera que la preeclampsia es la causa principal de morbimortalidad materna y perinatal en todo el mundo, llegando a presentar entre el 40% y 80% de las muertes maternas (Ministerio de Salud Pública, 2016). Es frecuente con una prevalencia estimada en un 2,3% de todos los embarazos en los países en vías de desarrollo (Magee, Helewa, Moutquin, & Dadelszen, 2014).

Una cuarta parte de las muertes maternas de pacientes preeclámpicas posquirúrgicas en América Latina han sido asociadas por inadecuadas intervenciones de enfermería (Cedeño Cedeño, 2014).

El Ministerio de Salud Pública (2016) afirma que a nivel mundial entre el 10% y 15% de las muertes maternas posquirúrgicas directas estuvieron asociadas a la preeclampsia – eclampsia; y aproximadamente del 15 % al 25 % de las mujeres que se les diagnosticó inicialmente hipertensión gestacional llegan a desarrollar preeclampsia, evidenciado especialmente en mujeres que tuvieron un aborto previo. Aunque no se determinó con exactitud la incidencia de eclampsia en el embarazo, en los países en desarrollo se estima que se presentó en una por cada 100 a 1700 mujeres, de las cuales uno o dos de los casos fueron previamente preeclampsia severa. Los lugares de escasos recursos representan un riesgo para las mujeres preeclámplicas conllevando a una eclampsia o muerte.

Diversos hospitales de ocho ciudades de todo el mundo han logrado demostrar que el uso de una simple lista de verificación quirúrgica en pacientes preeclámplicas elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) - durante las operaciones de cesárea permite reducir en un tercio la incidencia de muertes y complicaciones preeclámplicas postoperatorias (Allan & Epstein, 2019).

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una importante causa de morbilidad severa, discapacidad a largo plazo y muerte entre madres embarazadas y sus bebés; aún sigue siendo responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo, y se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal (Villar & Say, 2015).

### **1.1.3. Contexto Nacional.**

En el Ecuador, según los datos del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), en 1990 hubo 309 muertes y para el 2013 disminuyeron a 155, lo que equivale a una reducción del 49.8%, observándose la imposibilidad de alcanzar el quinto objetivo del milenio, la principal razón de muertes maternas, son las de causas directas, con un total de 121 muertes de las 158. Dentro de las principales causas directas destacan las enfermedades hipertensivas, hemorragia postparto y la sepsis puerperal, las cuales por sí causaron el 45% de las muertes maternas en el Ecuador en el año 2013 (Cardoso & Torres, 2016).

Según datos reportados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, desde el año 2006 hasta el 2014, estableció a la preeclampsia como la principal causa de muerte materna con un 21.5 % del total de estas defunciones (Salas, Yépez, & Freire, 2014). En el año 2014, en el país, esta fue catalogada como la primera causa de muerte materna (INEC, 2015).

Para el año 2018 el INEC describió que las enfermedades hipertensivas en el embarazo representaron la quinta causa de muerte de las mujeres representando el 5,7 % del total de muertes. Por otra parte, en cuanto a muertes maternas, se registraron 143 muertes en el 2017, es decir una razón de muerte materna de 42.8 por cada 100.000 nacidos vivos, entre las cuales se incluye las muertes maternas posquirúrgicas (INEC, 2018).

En el Ecuador en el año 2008 el Consejo Nacional de Salud crea el Componente Normativo Materno Neonatal, en el que se establecen protocolos para prevenir y tratar las principales causas de muerte materna y neonatal, mismos que son implementados en todas las unidades hospitalarias del país. El manejo de esta patología incluye antihipertensivos, maduración pulmonar fetal en caso de prematuridad, y el uso de sulfato de magnesio, así como los cuidados de enfermería para una mejor evolución (Salas, Yépez, & Freire, 2014).

#### **1.1.4. Contexto Regional.**

Según el INEC (2018) en cuanto a egresos hospitalarios por trastornos hipertensivos del año 2017 la región Interandina o Sierra ocupa el segundo lugar por las provincias de Imbabura, Pichincha, Chimborazo, Cañar y Azuay con 30%. Cabe mencionar que la provincia de Bolívar tiene índices bajos de egresos hospitalarios, que se mencionaran posteriormente.

En cuanto a camas disponibles para los servicios de ginecología y obstetricia en el año 2017 la región Interandina o Sierra ocupó el primer lugar por la provincia de Tungurahua con 36 % (INEC, 2018).

De la misma manera, cabe mencionar que en cuanto a la mortalidad general en el 2017, la región Interandina o Sierra registró la tasa más alta por la provincia de Chimborazo con 5 %, seguido de la provincia de Bolívar con 4,7 %. Consecuentemente en cuanto a muertes maternas la región Interandina ocupa el segundo lugar en cuanto a estas muertes por las provincias de Imbabura, representando el 2,5% y Bolívar, representando el 2,3% , en estas la mortalidad por Preeclampsia fue la de mayor incidencia (INEC, 2018).

#### **1.1.5. Contexto Local.**

En las actuales circunstancias el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, situado en la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar, se encarga de optimizar la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos, como paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacional (Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015) planteados en el Plan Nacional de Reducción Acelerado de la Muerte Materna y Neonatal.

En este contexto, se destaca que el 50% de muertes maternas que se presentaron en la provincia de Bolívar en el año 2018 ocurrieron en el puerperio inmediato, el 25% ocurrieron en el puerperio de más de 42 días, y solo el 25 % restantes ocurrieron durante el embarazo (Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2019).

En esta institución dentro de la atención médica y de enfermería que se brinda se recomienda hospitalización en aquellas embarazadas que presenten cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, pero sobre todo aquellas con riesgo de graves complicaciones como la preeclampsia, ya que la presencia de proteinuria mayor a 300mg/24h, implica enfermedad avanzada y el inicio de una fase inestable en la que la salud del feto y de la madre puede deteriorarse de forma imprescindible.



## **1.2. Situación Problemática.**

Las intervenciones de enfermería que brindan en el área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, tienen la finalidad de mejorar la condición de salud de las mujeres que son atendidas en este servicio, pero últimamente se ha presentado un aumento considerable de mujeres preeclámplicas posquirúrgicas, que corresponde a un sin número de factores entre los cuales pueden considerar las intervenciones de enfermería.

En el período de la investigación un porcentaje elevado de las pacientes en estado de gestación que visitaron el hospital Alfredo Noboa Montenegro, por lo general presentaron cambios de presión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación, los mismos que son constantes durante todo el embarazo, parto y el postparto, y en ocasiones llegan a molestar importantes órganos del organismo.

De igual forma, en el post parto de algunas pacientes se encuentran aumentado los valores de proteínas, estos pueden conllevar a riesgos como la eclampsia, edema agudo pulmonar, los eventos vasculares cerebrales, así como los fenómenos tromboembólicos, llegando a presentarse cuadros de convulsiones incluso hasta pasadas las dos semanas después del parto.

Lo que sí es menester anotar es que se ha identificado pacientes con mayor riesgo de recurrencia de preeclampsia postparto luego de cursarla en el ante parto, siendo detectado también que por lo general se deben al cuidado deficiente durante el puerperio que se desarrolla durante las cinco o seis semanas después del parto.

## **1.3. Planteamiento del Problema.**

La preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial McClure citado por Vargas et al. (2012). Sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo, donde otras causas también

frecuentes, ocasionan mortalidad materna (por ejemplo, hemorragia y sepsis). El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad; el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población (Vargas et al., 2012).

### **1.3.1. Problema General.**

¿Cómo inciden las intervenciones de enfermería en pacientes preeclámpicas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo comprendido desde mayo a septiembre de 2019?

### **1.3.2 Problemas Derivados.**

¿Cuál es el comportamiento de las pacientes preeclámpicas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo establecido en el estudio?

¿Cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con la incidencia de preeclampsia en las pacientes posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar en el período de tiempo comprendido en el estudio?

¿Cómo son las intervenciones que brinda el personal de enfermería a las pacientes preeclámpicas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar en el período de tiempo establecido en el estudio?

#### **1.4. Delimitación de la Investigación.**

El estudio se realizó en el área de ginecología del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, ubicado en el cantón Guaranda, provincia de Bolívar; el tiempo en que se llevó a cabo esta investigación científica, será en el período comprendido desde mayo hasta septiembre del 2019.

Las unidades de investigación que intervinieron en el presente trabajo investigativo, el personal de enfermería y pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del hospital general Alfredo Noboa Montenegro.

#### **1.5 JUSTIFICACIÓN.**

La hipertensión es una de las complicaciones más graves y uno de los problemas médicos obstétricos de gran controversia en su manejo; afecta negativamente al embarazo y se asocia a gran morbilidad materna y neonatal, por lo que se considera necesario lograr unificación de criterios para su manejo (MSP, 2016).

Durante el puerperio, existen cambios en el organismo que lo obligan a experimentar situaciones nuevas que generan ciertas complicaciones, para lo cual las intervenciones de enfermería son vitales, y se hace necesario e importante la realización de estudios que permitan generar alternativas para prevenir o reducir las complicaciones que se presentan si no se trata la enfermedad adecuadamente.

De igual forma cabe indicar que durante el desarrollo del presente trabajo investigativo es posible la generación de aportes teóricos dirigido al personal de enfermería del servicio, y quienes se interesan por futuras investigaciones relacionadas con el tema en estudio; también se brinda pautas actualizadas e innovadoras a un aporte práctico tanto para el personal enfermero, como, para quienes atraviesan embarazos con complicaciones en preeclampsia o para las personas que se encargan de su atención.

Priorizar y optimizar la atención integral de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos por el embarazo y preexistentes es un paso necesario para evitar complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (MSP, 2016).

## **1.6 Objetivos.**

### **1.6.1. Objetivo General.**

Determinar de qué manera incide las Intervenciones de enfermería en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas de áreas ginecológica del “Hospital General Alfredo Noboa Montenegro” Guaranda – Bolívar, periodo mayor a septiembre 2019.

### **1.6.2. Objetivos Específicos.**

Describir el comportamiento de las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo establecido en el estudio.

Identificar los factores de riesgo que se relacionan con la incidencia de preeclampsia en las pacientes posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar en el período de tiempo comprendido en el estudio.

Analizar las intervenciones que brinda el personal de enfermería a las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar en el período de tiempo establecido en el estudio.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Marco Teórico.

La preeclampsia constituye una de las principales enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo, complicación que se da entre 7 y 10 % de las mujeres gestantes. Esta enfermedad de etiología desconocida, multifactorial y de carácter irreversible afecta múltiples órganos y es la causa de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. Suele desaparecer al interrumpirse el embarazo o hasta dos semanas después. Afecta principalmente a las primigrávidas jóvenes y al 40 % de las mujeres con enfermedad renal crónica o trastornos vasculares (Barrera et al., 2015). Este trastorno hipertensivo, es una de las principales causas de aumento de la morbimortalidad materno perinatal, en el postparto se lo observa más frecuentemente en mujeres con preeclampsia antenatal, hipertensión gestacional, hipertensión crónica preexistente, aquellas con parto pretérmino, niveles altos de uratos y por último las secundarias de novo (Ortiz et al., 2017).

La hipertensión posparto se define como presión arterial  $>140/90$ mmHg medida dos veces con diferencia de 4 horas entre el trabajo de parto y hasta las 6 semanas postparto (Magee et al., 2014). La mayoría de los trastornos hipertensivos del embarazo se resuelven después del parto, sin embargo, la historia natural de la hipertensión en el puerperio y el tiempo de normalización de la presión no son conocidos, por lo que se recomienda vigilancia de la presión arterial en este periodo, su aparición es más frecuente entre los 3 a 6 días del puerperio (Podymow & August, 2010). Estudios muestran que hasta 2/3 no tienen hipertensión antenatal y la preeclampsia posparto y eclampsia se desarrolla en el transcurso de días, pero ocasionalmente puede presentarse hasta tres semanas después del parto (Ortiz et al., 2017).

La preeclampsia es un síndrome que puede presentar manifestaciones en todos los aparatos y sistemas del binomio feto-materno. Se caracteriza por

hipoperfusión tisular generalizada, aumento en las resistencias vasculares periféricas, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo plaquetario, aumento en la respuesta inflamatoria, activación del sistema de coagulación, así como una respuesta vascular anormal placentaria.

La hipertensión puede ser antenatal hasta en un 50 %, por otra parte, hay un grupo de pacientes que no necesitaron antihipertensivos ante parto y que en el puerperio temprano los pueden requerir (Magee et al., 2014). Existe incertidumbre en cuanto a la necesidad de que tratamiento antihipertensivo usar en el puerperio, debido a la preocupación de tratar pacientes sin indicación, los datos acerca de su uso en el posparto son limitados; las opciones han sido manejadas por grupos de expertos con base en la experiencia y al uso común y no dado por la evidencia (Ortiz et al., 2017).

El monitoreo de la paciente obstétrica de alto riesgo implica tres acciones de enfermería concretas: vigilancia prenatal temprana sistemática e intencionada, instrucción dirigida a la mujer para que reconozca los signos y síntomas de complicaciones graves, y asistencia obstétrica hospitalaria altamente especializada en el manejo de complicaciones graves (Carrera, 2017).

Para la realización de las acciones de enfermería durante el posparto se utilizó como teorizante la teoría de Virginia Henderson.

### **Modelo Teórico de las Necesidades de Virginia Henderson**

Virginia Henderson fue una enfermera que revolucionó el mundo de la enfermería. Nació en Kansas en 1897. Durante la I Guerra Mundial desarrolló su interés por la Enfermería, graduándose en 1921 y se especializó en enfermería docente, iniciando una larga carrera como autora e investigadora. En 1960 su modelo de cuidados fue publicado “Principios básicos de los cuidados de enfermería”. Fue asesora de la OMS y Doctora Honoris Causa por 18 universidades (Martínez, 2014).

Según Martínez (2014) para Henderson la enfermera es la que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.

Respecto a los cuatro elementos del paradigma enfermero, Henderson los describió de este modo (Martínez, 2014):

**Salud:** Para ella la salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere de independencia y de interdependencia. Afirma que la promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Y su objetivo es que los individuos recuperasen la salud o la mantuviesen si tuvieran la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

**Entorno:** Para Henderson el individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

**Persona:** es el individuo, que cuenta con catorce necesidades fundamentales, debiendo de mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Afirma que la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente y su familia conforman una unidad.

**Enfermería:** la definición que da sobre este paradigma es que la función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia en la mayor brevedad posible

Además, Martínez (2014) plantea que de la teoría de Henderson se deducen algunos conceptos principales:

**Necesidad Fundamental:** todo aquello que es esencial para el ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Es un requisito que se ha de satisfacer para que la persona mantenga su integridad.

Independencia: Es la satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar para que la persona logre su autonomía

Dependencia: Es la no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por acciones inadecuadas que realiza o por la imposibilidad de cumplirlas  
Problema de Dependencia: Es un cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental

Manifestación: Son los signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades. Henderson enumera tres:

o Fuerza: Es la capacidad física o habilidades de las personas, para llevar a término las acciones. Pueden ser: físicas o psíquicas

o Conocimientos: pueden ser sobre la propia salud, la situación de la enfermedad, sobre los recursos propios y ajenos disponibles...

o Voluntad: es una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas. Se puede relacionar con la motivación.

Hernández (2016) señala que para Henderson el objetivo de la enfermería era el de conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades, dando una visión clara de los cuidados de enfermería. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona pasa a ser dependiente. Para ella, el paciente es un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1. Necesidad de Oxigenación.

2. Necesidad de Comer y Beber.



3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.
8. Necesidad de estar limpio y aseado.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicar.
11. Necesidad de actuar según creencias y sus valores.
12. Necesidad de ocuparse o realizarse.
13. Necesidad de recrearse.
14. Necesidad de aprender.

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Pero Henderson, también define unos factores que alteran la independencia (Hernández, 2016):

Permanentes: edad, inteligencia, medio sociocultural, capacidad física.

Factores variables o patológicos.

Normalmente, estas necesidades están satisfechas cuando la persona, tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente). Cuando algo de esto falla, una o más necesidades no se satisfacen, por lo que surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas necesidades pueden ser de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado con falta de conocimientos (Hernández, 2016).

Para Virginia Henderson el rol de la enfermera es de suplencia-ayuda, es decir, hacer por la persona, aquello que ella misma podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo, las acciones de enfermería consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades. Por lo que establece tres niveles de ayuda de enfermería (Hernández, 2016):

Sustituta: la enfermera lo hace por el paciente.

Ayuda: La enfermera lo hace con él.

Compañera: la enfermera y paciente colaboran en el plan, supervisa.

Las investigadoras consideran que en las pacientes con preeclampsia posparto es importante la valoración basada en los criterios de Henderson, la enfermera debe evaluar a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes y una vez recogida la información, la enfermera debe analizar los datos obtenidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad. Explica que la enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estado patológicos que las alteran. Afirma que la enfermera debe “meterse en la piel” del paciente y saber qué necesita. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de la enfermería, elaborado a partir de las necesidades detectadas en el paciente. Henderson, recalca que la enfermera y el paciente tienen que idear el plan de cuidados y que las necesidades deben ser ratificadas (validación de los datos) por el paciente. Pretendiendo con ello, conseguir la independencia del paciente las catorce necesidades fundamentales (Martínez, 2014).

A través de la utilización de la teoría de Henderson se brinda la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a catorce necesidades humanas básicas (Martínez, 2014).

### **2.1.1. Marco conceptual.**

Se trata de cualquier tratamiento de cuidados, que realiza un profesional de la enfermería en beneficio del paciente, basado en el conocimiento y juicio clínico. Las intervenciones describen, por tanto, conductas que realizan las enfermeras. Existen dos tipos diferenciados de intervenciones (Carrera, 2017):

Intervenciones propias o independientes, emanadas de la propia enfermera en los diagnósticos de enfermería.

Intervenciones de colaboración, provenientes de otros profesionales en los problemas interdisciplinares.

Carrera (2017) plantea que, tanto las intervenciones propias como las de colaboración, necesitan de un juicio de enfermería independiente, ya que es la enfermera el profesional que legalmente debe determinar si es adecuado iniciarlas. La realización de una intervención enfermera requiere la ejecución de una serie de acciones concretas denominadas actividades enfermeras.

Una vez delimitado el problema de salud y establecido los objetivos para su mejoría o resolución, en esta fase se aplican las intervenciones enfermeras necesarias para su consecución. Para ello, la enfermera pone en marcha las habilidades profesionales necesarias, consistentes en (Barragán, 2019):

Favorecer el autocuidado y la responsabilidad compartida en la evolución del problema.

Ejecución de las actividades necesarias para conseguir una intervención eficaz.

Evaluación del estado del problema y del progreso del plan de cuidados para confirmar la vigencia de la intervención.

Barragán (2019) afirma que en las intervenciones de enfermería son métodos dirigidos, sistemáticos y organizados que brindan cuidados individualizados a una persona o un grupo de personas, siendo la base de la terapia para el cumplimiento de objetivos que el enfermero es responsable.

**Intervenciones: periodo prenatal y posnatal en preeclampsia leve/severa**

Para Castillo y Delgado (2018) el objetivo principal del manejo de la preeclampsia deberá estar orientado a la seguridad materna, la reducción de factores de riesgo y la detección oportuna de complicaciones obstétricas. La medición de la presión arterial desempeña un papel fundamental en la detección y el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo. Hasta el momento, no existe evidencia sólida de que el control ambulatorio de la presión arterial durante el embarazo mejora los resultados maternos y perinatales.

En la consulta prenatal de todas las embarazadas, después de la semana 20 de gestación, debe incluirse la medición de la presión arterial y la determinación de proteinuria. Después de las 20 semanas de gestación, en cada evaluación prenatal se debe identificar la presencia de hipertensión, proteinuria, cefalea, alteraciones visuales, dolor epigástrico, vómitos, disminución de los movimientos fetales y retardo en el crecimiento fetal. Se debe promover la asistencia al control prenatal en todas las mujeres embarazadas, para la detección temprana de preeclampsia (Castillo y Delgado, 2018).

Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con la identificación de riesgos de la alteración de la diada materno-fetal, se recomienda revisar el historial obstétrico para valorar factores de riesgo de preeclampsia, determinar el grado de conocimiento que la paciente tiene de 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 a la atención médica inmediata cuando detecte disminución de movimientos fetales —cuatro o más contracciones uterinas por hora—, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico o rápida ganancia de peso con edema. Además, se recomienda enseñarle a la paciente a contar los movimientos fetales (Butcher et al., 2018).

En las mujeres con embarazo  $\geq 37$  semanas que tienen preeclampsia leve o severa, se debe considerar la terminación del embarazo. En mujeres con preeclampsia, se debe limitar la administración de líquidos por vía intravenosa y oral, para evitar el riesgo de edema pulmonar (Brown et al., 2018).

Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el diagnóstico exceso de volumen de líquidos, se recomienda: pesar diario a la paciente, evaluar la localización y la extensión del edema, mantener permeable la vía periférica, registrar el llenado capilar, monitorizar las condiciones de las mucosas y la turgencia de la piel, así como de la ingesta y la excreción (Merino, 2013). En las mujeres con preeclampsia severa, se recomienda limitar los líquidos de mantenimiento a 80 ml/h, a menos que existan otras pérdidas, por ejemplo, hemorragia. La tromboprolifaxis puede ser considerada en mujeres con preeclampsia, especialmente tras el reposo en cama durante más de cuatro días o después de cesárea (Brown et al., 2018). Se les debe informar a las mujeres que los intervalos entre embarazos  $<2$  años o  $\geq 10$  años se asocian con preeclampsia recurrente (Bernstein et al., 2017). A las mujeres que han presentado trastornos hipertensivos del embarazo se les debe informar que pueden tener un mayor riesgo de desarrollar hipertensión o enfermedad cardiovascular en etapas posteriores de la vida (Butcher et al., 2018).

### **Proceso de atención de enfermería**

Es un proceso sistemático que le permite al personal de enfermería tomar decisiones de una manera racional, lógica y sistemática basados en conocimiento científico con el objetivo de resolver problemas en el paciente y de esta forma cubrir sus necesidades básicas, es un instrumento indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería. Este proceso consiste en una secuencia consta de cinco pasos (Montenegro, 2018):

- Valoración: Es la recogida, organización de los datos y registro de los datos del paciente.
- Diagnóstico: Se identifican las necesidades o problemas que aquejan al paciente este se deriva de la valoración de enfermería.
- Planificación: En esta etapa el personal de enfermería desarrolla estrategias para prevenir, reducir y solucionar los problemas del paciente.
- Ejecución: En esta etapa se pone en funcionamiento las intervenciones programadas en la planificación.
- Evaluación: Es la conclusión del proceso de atención de enfermería donde se va a determinar si se alcanzó los objetivos planteados (Montenegro, 2018).

El rol de enfermería deber ser preciso para resolver las necesidades afectadas de la paciente que presenta esta patología, los cuidados y atención deben estar basados en conocimiento científico, es necesario establecer estrategias para una correcta intervención, deben estar basadas por la Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), y con ello lograr mejorar las condiciones de salud maternas y reducir las complicaciones fetales. Como enfermera/o es importante educar a las madres durante y después de la gestación sobre la importancia de los controles prenatales, para la detección oportuna de la preeclampsia (Guillot, 2015).

### Plan de cuidados de enfermería en pacientes con preeclampsia posparto

| Tabla 1                                      |   |
|--|---|
| Diagnóstico 1.                               |   |
| <b>NANDA:<br/>Diagnostico</b>                | DOMINIO 2: Nutrición<br>CLASE 5: Hidratación (00026)<br><b>Exceso de volumen de líquidos</b><br>R/C: compromiso de los mecanismos reguladores<br>M/P: edemas en miembros inferiores y edema palpebral bilateral.  |
| <b>NOC:<br/>Resultados</b>                   | <b>Equilibrio hídrico</b><br>Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Edema periférico</li> <li>● presión arterial</li> </ul>  |
| <b>NIC:<br/>Intervenciones</b>               | <b>Manejo de líquidos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorizar signos vitales</li> <li>● Evaluar ubicación y extensión del edema</li> <li>● Terapia intravenosa</li> <li>● Seleccionar y preparar la bomba de infusión intravenosa</li> <li>● Administrar medicamentos IV según prescripción y observar los resultados</li> <li>● Vigilar signos vitales</li> <li>● Manejo de la eliminación urinaria.</li> </ul> |
| <b>Fuente: Libro, NANDA, NOC, NIC, 2014.</b> |   |

Evaluación: La paciente logrará disminuir los edemas en ambos miembros inferiores de grado moderado a grado leve.

| Tabla 2                                      |  |
|--|--|
| Diagnóstico 2.                               |  |
| <b>NANDA:<br/>Diagnostico</b>                | DOMINIO 11: Seguridad/Protección<br>CLASE 1: Infección (00004)<br><b>Riesgo de infección:</b><br>R/C procedimientos invasivos, solución de continuidad de la piel, presencia de sonda vesical  |
| <b>NOC:<br/>Resultados</b>                   | <b>Control del riesgo</b><br>Indicadores:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● Utilizar medidas preventivas</li> <li>● Vigilar signos infecciosos</li> </ul> Indicadores: Fiebre, dolor/hipersensibilidad   |
| <b>NIC:<br/>Intervenciones</b>               | Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precise.<br>Cuidados del catéter urinario: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado</li> <li>● Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario</li> <li>● Vigilar las características del líquido drenado</li> <li>● Prevención de infecciones: cuidados del catéter insertado</li> </ul> |
| <b>Fuente: Libro, NANDA, NOC, NIC, 2014.</b> |  |

Evaluación: Paciente no presenta signos de posible infección.

| Tabla 3                                      |  |
|--|--|
| Diagnóstico 3.                               |  |
| <b>NANDA:<br/>Diagnostico</b>                | DOMINIO 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés<br>CLASE 2: Respuesta de afrontamiento (00146)<br><b>Ansiedad</b><br>R/C: amenaza de cambio en el estado de salud<br>M/P: inquietud, incertidumbre, temor  |
| <b>NOC:<br/>Resultados</b>                   | <b>Control de la ansiedad</b><br>Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Utiliza estrategias de superación efectivas</li> <li>● Utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad</li> </ul>   |
| <b>NIC:<br/>Intervenciones</b>               | <b>Presencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Escuchar las preocupaciones de la paciente</li> <li>● Permanecer con la paciente para fomentar seguridad y disminuir los miedos.</li> <li>● Disminución de la ansiedad</li> <li>● Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento</li> <li>● Técnica de relajación</li> <li>● Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad</li> <li>● Acariciar la frente, si procede - Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad</li> </ul> |
| <b>Fuente: Libro, NANDA, NOC, NIC, 2014.</b> |  |

Evaluación: La paciente verbaliza sus inquietudes y llevará un autocontrol de su nivel de ansiedad.



| Tabla 4                                      |   |
|--|---|
| Diagnóstico 4.                               |   |
| <b>NANDA:<br/>Diagnostico</b>                | <p>DOMINIO 12: Confort.</p> <p>CLASE 1: Confort físico.</p> <p><b>Dolor</b></p> <p>Problema: dolor agudo.</p> <p>Planteamiento del diagnóstico Dolor agudo relacionado R/C con agentes lesivos físicos manifestado M/P por informe verbal de dolo</p>   |
| <b>NOC:<br/>Resultados</b>                   | <p>Control del dolor</p> <p><b>Indicador:</b></p> <p>Temor al dolor insoportable</p>  |
| <b>NIC:<br/>Intervenciones</b>               | <p><b>Manejo de la medicación</b></p> <p>Actividades.</p> <p>Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o protocolo.</p> <p>Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente.</p> <p>Observar si producen efectos adversos derivados de los fármacos.</p> <p>Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación</p> <p>Evaluación El dolor se controla en 95 %.</p> |
| <b>Fuente: Libro, NANDA, NOC, NIC, 2014.</b> |   |

| Tabla 5   |  | Diagnóstico 5. |
|---|--|----------------|
| <b>NANDA:<br/>Diagnostico</b>                       | <p>DOMINIO 3: Eliminación e intercambio.</p> <p>CLASE 1: Función urinaria.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: <b>Disposición para mejorar la eliminación urinaria.</b></p> <p>Características definitorias: orina inodora.</p> <p>Planteamiento del diagnóstico: Disposición para mejorar la eliminación urinaria manifestado por orina inodora y diuresis dentro de los límites normales.</p>   |                |
| <b>NOC:<br/>Resultados</b>                          | <p>Salud fisiológica:</p> <p>Eliminación urinaria</p> <p>Indicador:</p> <p>Vacío de vejiga de forma completa</p> <p>Patrón de eliminación</p>  |                |
| <b>NIC:<br/>Intervenciones</b>                      | <p>Intervención: -manejo de la eliminación urinaria.</p> <p><b>Actividades por intervención</b></p> <p>Observar si hay signos o síntomas de retención urinaria</p> <p>Anotar la hora de la última eliminación urinaria si procede</p> <p>Sugerir al paciente beber un cuarto de litro de líquido con las comidas y al anochecer.</p> <p>Cuantificar diuresis.</p> <p>Retiro de sonda Foley.</p> <p>Registrar en la hoja de enfermería la cuantificación de orina.</p> <p>Evaluación: Se retira sonda de Foley posterior a ejercicios vesicales 15 X 2.</p> |                |
| <p><b>Fuente: Libro, NANDA, NOC, NIC, 2014.</b></p> |  |                |

### 2.1.1.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión puede estar presente antes, durante el embarazo o en el periodo posparto (Sibai, 2012). Los trastornos hipertensivos han sido clasificados y caracterizados clínica y paraclínicamente por el American College of Obstetricians and Gynecologists y el National Institutes of Health (Toirac et al., 2010). Actualmente preeclampsia se define como un trastorno multisistémico de etiología por aclarar que se caracteriza por un aumento de la presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación y hasta la sexta semana posparto, acompañado de proteinuria de por lo menos 300 mg en 24 horas. La hipertensión gestacional se diagnostica posteriormente cuando la paciente no desarrolla preeclampsia y su presión arterial regresa a cifras normales a las seis semanas después del parto. Aproximadamente, el 1 al 5 % de todos los embarazos tienen como comorbilidad la hipertensión arterial crónica, que se caracteriza por un aumento de la presión arterial antes de la semana 20 de gestación o que se mantiene después de la sexta semana posparto (Foo et al., 2015). La hipertensión posparto puede estar relacionada con persistencia de hipertensión gestacional, preeclampsia o hipertensión crónica preexistente, o se puede desarrollar *de novo* secundaria a otras causas (Toirac et al., 2010).

#### **Clasificación de Hipertensión en el Embarazo**

La hipertensión en el embarazo (o en el puerperio) se clasifica como hipertensión preexistente (definida como aquella que antecedió al embarazo o apareció antes de las 20 semanas de gestación), hipertensión gestacional sin proteinuria (definida como hipertensión que apareció a las 20 semanas o después, con menos de 0.3 g/d de proteínas urinarias), hipertensión gestacional con proteinuria (preeclampsia). La eclampsia se incluye en la categoría preeclampsia y se define como la presencia de convulsiones en mujeres con preeclampsia (Sibai, 2012).

Para el propósito de este estudio se adoptaron las siguientes definiciones planteadas por Regitz, Roos, Bauersachs, Blomstrom, Cifkova, De Bonis & Lang (2019):

**Hipertensión crónica:** es aquella que se presenta antes de la semana 20 de gestación o en la mujer embarazada que se conocía hipertensa previo al embarazo. La etiología de esta puede ser primaria o secundaria.

**Eclampsia:** es aquel episodio convulsivo en la mujer con preeclampsia. Es cualquier convulsión durante la gestación que no tenga otra explicación satisfactoria, como el antecedente de epilepsia o un evento agudo como hipoglicemia, trauma, etc.

**Síndrome hellp:** es una entidad clínica caracterizada por la presencia simultánea de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y conteo plaquetario bajo.

**Hipertensión gestacional** es aquella hipertensión nueva que se diagnostica después de la semana 20 de gestación sin proteinuria significativa asociada.

**Preeclampsia** es aquella hipertensión nueva que se diagnostica después de la semana 20 de gestación con proteinuria significativa asociada.

**Preeclampsia severa** es la preeclampsia con hipertensión severa o con síntomas que indican compromiso de órgano blanco.

**Hipertensión severa** es aquella con cifras de presión arterial mayores o iguales a 160/110 mm/Hg.

## **PREECLAPSIA**

La preeclampsia es un síndrome que puede presentar manifestaciones en todos los aparatos y sistemas del binomio feto - materno. Se caracteriza por hipoperfusión tisular generalizada, aumento en las resistencias vasculares periféricas, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo plaquetario, aumento en la respuesta inflamatoria, activación del sistema de coagulación, así como una respuesta vascular anormal placentaria. Los criterios para determinar el estado de preeclampsia implican la presencia de la triada hipertensión arterial, proteinuria y edema, la cual aparece después de las 20 semanas del embarazo. La preeclampsia leve incluye elevación de la presión arterial mayor o igual que 140/90 mm Hg en dos tomas con diferencia de seis horas entre cada una y proteinuria —mayor o igual que 300 mg en orina de 24 horas—, sin evidencia de compromiso multisistémico o vasoespasmo persistente, mientras que la preeclampsia severa se caracteriza por hipertensión arterial mayor o igual que 160/110 mm Hg, en dos tomas separadas

por un intervalo de 15 minutos, síntomas de vasoespasmo —cefalea, acúfenos, fosfenos, epigastralgia— y proteinuria mayor o igual que 2g (Sibai, 2012).

### **Clasificación de la preeclampsia.**

El Ministerio de Salud Pública, (2016) clasifica la preeclampsia en:

Preeclampsia sin signos de gravedad (leve): que se caracteriza por ser un trastorno hipertensivo del embarazo que no presenta criterios de gravedad o afección de órganos blanco.

Preeclampsia grave: Es aquella que presenta signos de gravedad, es decir, es un trastorno hipertensivo que se presenta en el embarazo y que se caracteriza por presentar criterios de gravedad y afección de órganos blanco.

Preeclampsia sin proteinuria.

#### **Preeclampsia sin signos de gravedad (leve).**

Se caracteriza por presentar una tensión sistólica mayor o igual a 140 mm/Hg y menos a 160 mm/Hg; y una tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg y menor a 110 mm/hg más proteinuria reactiva ++, y sin criterio de gravedad ni afección de órganos blanco (MSP, 2016).

#### **Preeclampsia grave.**

Se considera preeclampsia grave cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm/Hg; y a la tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mm/Hg, además de presentar uno o más criterios de gravedad y/o afección de órganos blanco (MSP, 2016)

#### **Preeclampsia sin proteinuria.**

Es infrecuente que se presente, pero de ser el caso, se caracteriza por presentar una tensión sistólica mayor o igual a 140 mm/Hg y una tensión arterial

diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg, además de presentar uno de los siguientes (MSP, 2016):

Plaquetas menores a 100.000 /ul.

Enzimas hepáticas (transaminasas) elevadas al doble de lo normal.

Desarrollo de insuficiencia renal aguda que presente características como concentraciones de creatinina sérica mayores a 1,1 mg/dl o concentraciones dobles de creatinina sérica en ausencia de otras enfermedades renales.

Edema agudo de pulmón.

Síntomas neurológicos o visuales.

### **Fisiopatología de la preeclampsia**

La preeclampsia es una patología que progresa desde una enfermedad leve hasta la preeclampsia severa, el síndrome de Hellp o eclampsia. El vaso espasmo parece ser el elemento fisiopatológico esencial con repercusión multisistémico, generando una hipoperfusión tisular y un aumento de las resistencias vasculares periféricas y de la tensión arterial (Noguera, 2009).

La preeclampsia genera alteraciones patológicas en el organismo, caracterizada por vaso espasmo generalizado, incremento de la resistencia vascular periférica con la consecuente disminución de la perfusión a órganos vitales (placenta, riñón, hígado y cerebro), desarrollo de lesiones vasculares y estimulación de los mecanismos de coagulación (Regitz et al., 2019).

Las alteraciones fisiopatológicas tienen su origen en el endotelio vascular de la placenta, como el factor causal de la hipoperfusión orgánica. El daño endotelial se inicia por una reacción inmunológica anormal en el proceso de desarrollo e implantación placentaria que produce inadecuada dilatación en las arterias espirales uterinas e hipoperfusión crónica. El lecho endotelial lesionado activa la elaboración y liberación de endotelinas, que producen vasoconstricción y alteración de la función endotelial vascular, incrementando la sensibilidad a las sustancias

vasopresoras, y produciendo finalmente, isquemia y cambios patológicos severos (Regitz et al., 2019).

En la placenta las lesiones de las arteriolas uteroplacentarias producen deterioro en la perfusión causando envejecimiento degenerativo precoz de la placenta, trayendo consigo posibles complicaciones como: restricción del crecimiento intrauterino, abrupción placentaria y aumento de la contractibilidad uterina (Regitz et al., 2019).

La reducción en el flujo plasmático renal secundario al desbalance entre mediadores vasoconstrictores y vasodilatadores y al consecuente vaso espasmo, conduce a decremento en la filtración glomerular con retención de sodio, reducción en el aclaramiento del ácido úrico y aumento en los niveles de creatinina. La lesión en el endotelio capilar de los glomérulos ocasiona fuga de las proteínas plasmáticas hacia la orina, particularmente de albúmina, manifestándose la proteinuria. El volumen intravascular se reduce a la vez que sale líquido del compartimento intravascular y produce hemoconcentración, aumento de la viscosidad de la sangre, y edema tisular; se desarrolla edema severo y se observa un aumento rápido de peso (Regitz et al., 2019).

La disminución de la perfusión hepática produce daño hepatocelular con compromiso de la función, probablemente secundario a isquemia e hipoxia locales, se manifiesta en alteraciones patológicas que van del edema hepático, a la hemorragia subcapsular, al infarto o ruptura hepática, produciendo como síntoma la epigastralgia (dolor epigástrico). La alteración en el funcionamiento de las células hepáticas se expresa también mediante la elevación de las transaminasas glutamicopirúvica y oxalacética, así como de la deshidrogenasa láctica, entre otras. El vasoespasmo arteriolar y la disminución del flujo sanguíneo de la retina produce síntomas visuales como los escotomas y la visión borrosa. La misma situación patológica conduce a edema y hemorragia cerebral, así como a un aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central. Esta última se manifiesta como cefalea, hiperreflexia, clonus positivo en tobillo y, en ocasiones, el desarrollo de eclampsia (Regitz et al., 2019).

## **Manifestaciones clínicas de la preeclampsia**

Muchas mujeres que tienen preeclampsia posparto no presentan signos o síntomas durante el embarazo. Además, es posible que no note nada malo si están concentradas en la recuperación posterior al parto y cuidar del recién nacido. Los signos y síntomas de la preeclampsia posparto (que suelen ser los mismos síntomas de la preeclampsia) pueden incluir los siguientes (Barrera et al., 2013):

Preeclampsia leve: cuadro clínico caracterizado por el incremento de la presión arterial sistólica y diastólica mayor o igual a 140/90 mmHg durante el embarazo después de la vigésima semana de gestación, con proteinuria 300 mg en 24 horas.

Preeclampsia severa: Aumento de la presión arterial igual o mayor a 160/110 mmHg durante el periodo de gestación mayor a 20 semanas, proteinuria mayor a 3g en veinticuatro horas o proteinuria en tirilla reactiva. Acompañándose de manifestaciones clínicas como: tinitus, acúfenos, cefalea, dolor en el epigastrio e hipocondrio derecho. Si la paciente no recibe un manejo apropiado y adecuado por el personal de salud se puede presentar complicaciones más graves como eclampsia o síndrome de Hellp incluso puede llegar a la muerte (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Online).

Un manejo adecuado en esta patología requiere de administración de esteroides para la maduración pulmonar, durante su estadía hospitalaria la paciente debe estar constantemente monitorizada, con buen manejo por parte del personal de salud y debe recibir sulfato de magnesio para la profilaxis de convulsiones y medicamentos antihipertensivos en caso de que la presión alta llegara a elevarse a niveles severos (La Rosa & Ludmir, 2014).

## **Factores de riesgo de Preeclampsia**

Obstétricos maternos: nuliparidad, antecedente de preeclampsia, embarazo múltiple, infección de las vías urinarias, hipertensión gestacional, embarazo molar.



Comorbilidad materna: hipertensión crónica, enfermedad vascular/endotelial/renal pregestacional, diabetes pregestacional.

Genéticos maternos: anticuerpos antifosfolípidos, mutación Leiden del Factor V, resistencia a la proteína C.

De estilo de vida materna: obesidad, tabaquismo.

Otros factores maternos: raza afroamericana, > 40 años (Álvarez Barreto, 2017).

La mujer embarazada con mayor probabilidad de presentar preeclampsia son las mayores de 40 años, con antecedente familiar de preeclampsia —madre o hermana—, primigrávidas, con historia de preeclampsia en embarazo previo, embarazo múltiple, Índice de Masa Corporal (IMC)  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, síndrome antifosfolípido y diabetes mellitus tipo 1. Las mujeres multíparas de edad  $\geq 40$  años, tienen dos veces más riesgo de desarrollar preeclampsia. Las mujeres nulíparas tienen tres veces más riesgo de desarrollar preeclampsia. Las mujeres que tienen preeclampsia en un primer embarazo tienen siete veces más riesgo de preeclampsia en un segundo embarazo (Barrera et al., 2013).

Las mujeres que han presentado preeclampsia tienen mayor riesgo de desarrollarla también en sucesivos embarazos. Es más, suele aumentarse más aún conforme avanza la edad de la madre, e incluso cuando la preeclampsia es más severa, es más temprana o se asocia a un menor peso del recién nacido (MSP, 2016).

Las primíparas con antecedentes familiares de preeclampsia tienen de 2 a 5 veces más riesgo de desarrollar preeclampsia que una primigesta sin historia familiar (La Rosa & Ludmir, 2014).

La infección urinaria es la invasión microbiana del aparato urinario que sobrepasa la capacidad de los mecanismos de defensa del huésped, produce una reacción inflamatoria y, eventualmente, alteraciones morfológicas o funcionales. La mujer embarazada tiene un riesgo incrementado para la infección del tracto urinario (ITU), de manera que la desarrolla cerca del 8% (MSP, 2016).

Con relación al tabaquismo, ha estado relacionado con una menor incidencia de preeclampsia. Aunque los mecanismos biológicos no están claros, se teoriza con que el tabaco puede tener un efecto angiogénico que pueda jugar un papel en la disminución del riesgo de presentar preeclampsia en estas pacientes. Fumar durante la gestación eleva el riesgo de sufrir un aborto, tener un bebé con bajo peso o de sufrir otras complicaciones. Pero si los científicos pueden comprender mejor por qué el tabaquismo reduce el riesgo de preeclampsia, eso permitiría crear nuevos tratamientos o prevenir la complicación, aseguró el equipo de la doctora Anna-Karin Wikstrom, del Karolinska Institutet (Suecia). El equipo halló en una muestra de más de 600.000 mujeres en Suecia que habían tenido un bebé entre 1999 y el 2006, que las que habían fumado durante el embarazo eran un tercio o la mitad propensas a desarrollar preeclampsia que las no fumadoras. Ese efecto "protector" no se registró en las usuarias de snus, un tabaco sin humo común en el país escandinavo. Dado que el cigarrillo y el tabaco sin humo contienen nicotina, los resultados sugieren que la nicotina no influye en la reducción del riesgo de preeclampsia, precisó la doctora Wikstrom. En cambio, sí lo haría un derivado del tabaco quemado (quizás el monóxido de carbono) (Jano.es, 2010).

Se desconoce por qué el humo de tabaco parece proteger de la preeclampsia, pero el monóxido de carbono demostró reducir los niveles de ciertas proteínas que inhiben la formación de nuevos vasos sanguíneos, incluida una llamada sFlt1 (Jano.es, 2010).

En países desarrollados, la obesidad es una causa prevalente de otras enfermedades, como las alteraciones cardiovasculares o las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. Tanto la obesidad como la resistencia insulínica o la intolerancia hidrocarbonada se asocian fuertemente a la HTA fuera del embarazo. Se cree que la asociación de obesidad-hipertensión que es frecuente fuera del embarazo pueda ser la causa de que se asocie también en estas pacientes, más si cabe cuando hay un mayor volumen de sangre y un mayor gasto cardíaco en relación con la gestación. Asimismo, la dislipemia, que también se asocia con la obesidad, puede tener algún papel. Los adipocitos producen citocinas, especialmente TNF- $\alpha$ , que está aumentado en estas pacientes, y como hemos visto anteriormente se relaciona con algún mecanismo patogénico de la enfermedad.

Además, la obesidad, especialmente con hiperlipidemia, se asocia con un mayor nivel de estrés oxidativo con disfunción endotelial, con lo que aumenta el riesgo de desarrollar preeclampsia (Rosales, 2016).

La preeclampsia de inicio temprano, en particular, confiere un alto riesgo de la madre en peligro la vida complicaciones y muerte fetal, siendo el tratamiento, en la mayoría de los casos, terminar la gestación tempranamente. Siendo totalmente diferentes y no solo en la cronología, debemos estipular algunas diferencias entre la preeclampsia de inicio 29 temprano y de inicio tardío. Desde el punto de vista epidemiológico, la preeclampsia de inicio temprano constituye entre el 75 a 80% de los casos de preeclampsia, mientras que la de inicio tardío solo corresponde entre un 5 a 20% según series publicadas (Rosales, 2016).

La historia familiar de preeclampsia incrementa tres veces el riesgo de preeclampsia. La mujer con embarazo gemelar tiene casi tres veces más riesgo de preeclampsia. La probabilidad de preeclampsia es casi cuatro veces mayor ante el antecedente de diabetes mellitus previo al embarazo. Un IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> duplica el riesgo de preeclampsia. Estudios de cohorte y casos-control señalan como factores que pueden asociarse con mayor riesgo de preeclampsia el intervalo intergenésico  $\geq 10$  años, hipertensión preexistente, enfermedad renal preexistente, presión arterial diastólica  $\geq 80$  mmHg y proteinuria ( $\geq 1+$  en tira reactiva o  $\geq 0.3$  g) (Barrera et al., 2013).

El antecedente de diabetes e hipertensión en el embarazo se encuentra bien estudiado por ejemplo en un estudio realizado en Suecia se encontró que la presencia de diabetes gestacional estuvo asociada al desarrollo de preeclampsia. Siendo la obesidad un antecedente de mucha importancia como factor de riesgo para preeclampsia según lo que indica la literatura, estudios mencionan una relación de causalidad entre obesidad y el riesgo de padecer preeclampsia, incrementándose el mismo según aumente el IMC (Rosales, 2016).

La identificación de factores de riesgo posibilita la clasificación de las mujeres que son elegibles para la atención prenatal de bajo riesgo o bien si hay necesidad de enviar a un servicio especializado. Esta identificación debe iniciar en la primera

consulta prenatal y se debe mantener durante todo el proceso de gestación. La sensibilidad y la especificidad de los síntomas para predecir resultados maternos adversos en mujeres con preeclampsia son: dolor de cabeza, dolor epigástrico, alteraciones visuales, náuseas y vómitos.

### **2.1.1.3 PREECLAMPSIA POSPARTO**

La preeclampsia posparto es una enfermedad poco frecuente que se produce cuando una mujer tiene presión arterial alta y exceso de proteínas en la orina inmediatamente después del parto. La preeclampsia es una afección similar que se manifiesta durante el embarazo y, en general, se resuelve cuando nace el bebé. La mayoría de los casos de preeclampsia posparto se manifiestan en un plazo de 48 horas después del parto. Sin embargo, la preeclampsia posparto, a veces, se presenta hasta seis semanas o más después del parto. Esto se conoce como “preeclampsia posparto tardía”. La preeclampsia posparto requiere tratamiento inmediato. Si no se trata, la preeclampsia posparto puede ocasionar convulsiones y otras complicaciones graves (Barrera et al., 2013).

La elevación de la presión posparto es más frecuente durante los primeros tres a seis días posparto, cuando la mayoría de las pacientes han sido dadas de alta. Un aumento significativo en la presión arterial puede ser peligroso (por ejemplo, provocar un accidente cerebrovascular); sin embargo, hay poca información acerca de cómo prevenir o tratar esta patología. La mayoría de los casos se desarrollan dentro de las 48 h siguientes al parto. A veces se desarrolla hasta cuatro o seis semanas después del nacimiento (preeclampsia posparto tardía). La preeclampsia posparto requiere tratamiento inmediato, si no se trata puede provocar convulsiones y otras complicaciones graves (Hernández et al., 2012).

#### **Factores de riesgo de preeclampsia posparto**

La cantidad limitada de investigación indica que entre los factores de riesgo de la preeclampsia posparto se encuentran los siguientes (Barrera et al., 2013):

Presión arterial alta durante el embarazo más reciente. Tienes mayor riesgo de manifestar preeclampsia posparto si tuviste presión arterial alta luego de las 20 semanas de embarazo (hipertensión gestacional).

Obesidad. El riesgo de tener preeclampsia posparto es mayor si eres obesa.

Partos múltiples. El nacimiento de mellizos, trillizos o más bebés en un parto aumenta el riesgo de tener preeclampsia.

Presión arterial alta crónica. La presión arterial alta no controlada antes del embarazo aumenta el riesgo de padecer preeclampsia y preeclampsia posparto.

Diabetes. La diabetes tipo 1 o tipo 2 aumenta el riesgo de padecer preeclampsia y preeclampsia posparto.

## **Diagnóstico**

La hipertensión posparto representaría una continuación de un trastorno hipertensivo prenatal (independientemente del tipo) o la aparición de un nuevo trastorno hipertensivo después del parto. La hipertensión posparto se define como presión arterial de 140/90 mmHg o más que suele presentarse en las siguientes 48 h y hasta 28 días posparto, inclusive más de seis semanas posteriores al parto (preeclampsia posparto tardía) (Sibai & Stella, 2009).

La preeclampsia posparto complica al puerperio; si bien se desconoce la frecuencia con la cual ocurre, se sabe que al igual que la enfermedad hipertensiva del embarazo, se caracteriza por hipertensión arterial, edema y posible proteinuria. En casos severos las pacientes debutan con convulsiones o eventos vasculares cerebrales. El diagnóstico diferencial se debe hacer, sobre todo, con tiroiditis, hipertensión primaria, epilepsia, encefalitis e inclusive meningitis, que pueden aparecer al final del embarazo y en el puerperio y, por tanto, serían excluidos antes de darse un diagnóstico definitivo (Morton, 2016).

## **Tratamiento**

Hasta el momento no existen guías de manejo para la hipertensión posparto, lo cual condiciona diagnósticos imprecisos y estrategias de manejo incorrectas. Con

base en la fisiopatología de la preeclampsia posparto, se deduciría que parte del tratamiento de esta patología incluye suspender el empleo de AINEs, sustituyéndolos por dosis bajas o intermedias de acetaminofén y/u opioides para el manejo del dolor, con lo cual en la mayoría de los casos se obtienen resultados satisfactorios. En algunos otros casos serán necesarios diuréticos a fin de lograr un balance hídrico neutro en los casos en que exista sobrecarga de volumen, y finalmente, también se incluye el empleo de antihipertensivos que pueden ser requeridos por periodos cortos (Maynard, 2016).

La Sociedad Canadiense de Hipertensión recomienda iniciar tratamiento farmacológico de la hipertensión posparto en los siguientes casos (Leung et al., 2016):

- ✓ Hipertensión severa.
- ✓ Presencia de síntomas: cefalea, visión borrosa.
- ✓ Presión arterial diastólica  $> 100$  mmHg, a partir de tres días posparto y/o evidencia de daño de órgano.

Sibai & Stella (2009) proponen como fármacos: metildopa, nifedipina y timolol. Además, plantean algunos parámetros en los que existe algún grado de acuerdo: Debe iniciarse tratamiento antihipertensivo si la presión arterial es  $> 150/100$  mmHg en los primeros cuatro días posparto. Lo anterior tiene dos justificaciones, la primera es que los mecanismos de autorregulación cerebral se pierden por encima de esta cifra de presión y la segunda es que ésta puede aumentar en los días posteriores.

Las pacientes hipertensas en el puerperio se deben dar de alta después del tercer o cuarto día posparto, ya que el riesgo de hemorragia intracraneana y de eclampsia es bajo después del tercer día. Se debe dar alta a la paciente siempre y cuando tenga una presión arterial  $< 150/100$ . Todas las pacientes deben ser evaluadas como mínimo cada siete días durante las primeras 12 semanas posparto para disminuir o aumentar la dosificación farmacológica, entregando siempre instrucciones claras sobre sintomatología de encefalopatía hipertensiva y de eclampsia en la primera semana posparto. Si después de 12 semanas de seguimiento la paciente persiste hipertensa o aún requiere de medicamentos

antihipertensivos se debe catalogar como hipertensa crónica y debe ingresar a un programa de hipertensión arterial (Hernández et al., 2012).

Las pacientes que resuelven su hipertensión en las 12 semanas siguientes al parto, que son la mayoría, se deben instruir sobre control de factores de riesgo cardiovascular, y por lo menos una vez al año se les debería realizar tamizaje para hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes. Sin embargo, se debe aclarar que no hay estudios que señalen cada cuánto se debe hacer tamizaje en una paciente que padeció algún trastorno hipertensivo durante la gestación.

Hernández et al., (2012) además plantean que, en cuanto a la hipertensión posparto no existe uniformidad en su manejo y seguimiento y son pocos los estudios que indagan acerca de su fisiopatología y los cambios puerperales que favorecen su presentación. No existen investigaciones que soporten la formulación de protocolos del manejo de la hipertensión en el posparto, y la poca literatura disponible al respecto se basa en experiencia no sistematizada

### **Control posparto**

En el posparto se debe continuar el monitoreo de las funciones vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, control de la diuresis horaria, control hemático y bioquímico del recuento de plaquetas, urea, creatinina y transaminasas. Controlar estrictamente la administración de líquidos, por el riesgo incrementado de exacerbación de la hipertensión y de edema del pulmón en esta fase por aumento de la infusión de líquidos durante el periparto (prehidratación para anestesia, administración de varias medicaciones en perfusión continua) y la movilización de líquidos desde el espacio extravascular hacia el intravascular. La infusión total de líquidos debe limitarse durante la fase intraparto y posparto a 80 mL por hora o 1 mL/kg/hora. Se continuará con los mismos fármacos antihipertensivos utilizados en el anteparto, ya sea por vía endovenosa u oral, dependiendo de la respuesta y el estado de la paciente (American College of Obstetricians and Gynecologists (2013).

La hipertensión, después de una fase inicial de mejoría, puede empeorar entre el tercer y sexto día. En esta fase, se puede usar otros antihipertensivos, tipo inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. El tratamiento hipotensor se suspenderá tras 48 horas de presión arterial normal. La infusión de sulfato de magnesio se mantendrá por un periodo de 24 a 48 horas. En casos de normalización de la presión arterial y sin signos prodrómicos de eclampsia, se puede suspender a las 24 horas. Si transcurridas 48 horas persisten los signos o síntomas prodrómicos, se mantendrá el tratamiento 24 horas más. Los criterios para el alta de las pacientes son la normalización de la presión arterial, la evolución clínica y la normalización de los exámenes de laboratorio. En caso de persistencia de la hipertensión arterial, proteinuria u otras alteraciones analíticas, transcurrido este período, deberá sospecharse una alteración subyacente, por lo que se recomienda poner en marcha las investigaciones necesarias para llegar a un diagnóstico correcto (American College of Obstetricians and Gynecologists (2013)).

## **Complicaciones**

Las complicaciones de la preeclampsia posparto incluyen (MSP, 2016):

**Eclampsia posparto.** La eclampsia posparto es esencialmente la preeclampsia posparto con convulsiones. La eclampsia posparto puede provocar daños permanentes en los órganos vitales, entre ellos el cerebro, el hígado y los riñones.

**Edema pulmonar.** Esta enfermedad pulmonar potencialmente mortal ocurre cuando se presenta un exceso de líquido en los pulmones.

**Accidente cerebrovascular.** El accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre hacia una parte del cerebro se interrumpe o disminuye gravemente, lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y alimento. Un accidente cerebrovascular es una emergencia médica.

**Tromboembolia.** La tromboembolia es la obstrucción de un vaso sanguíneo por un coágulo de sangre que viaja desde otra parte del cuerpo. Esta enfermedad también constituye una emergencia médica.



Síndrome de HELLP. El síndrome de HELLP, que hace referencia a hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y conteo bajo de plaquetas, puede poner en riesgo la vida. La hemólisis es la destrucción de los glóbulos rojos.

### **Prevención de la preeclampsia**

En cuanto a la preeclampsia no se dispone de una prevención farmacológica efectiva. Pero es vital tomar en cuenta que se debe clasificar los factores de riesgo en el embarazo que pueden predisponer a la patología (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Es recomendable realizar una valoración adecuada de los factores de riesgo predisponentes de la preeclampsia desde el inicio del embarazo. El profesional de salud debe clasificar a la embarazada como riesgo alto o bajo de preeclampsia en el primer control.

Un dato importante en cuanto a la prevención de la preeclampsia, según el MSP (2016) las mujeres embarazadas consideradas sanas, al administrarse calcio no disminuye la incidencia de preeclampsia; pero un meta análisis de 13 estudios realizados a 15730 mujeres dio como resultado que el riesgo de preeclampsia en mujeres de riesgo relativo disminuyó significativamente durante la suplementación de calcio, considerando que la suplementación de calcio mayor a 1 gramo disminuye de manera significativa el riesgo de preeclampsia en un 52 % a la vez que produce un mayor aumento del peso del recién nacido. La suplementación con calcio en países en vías de desarrollo reduce el riesgo de preeclampsia en un 59 %. Sin embargo, estudios descriptivos realizados en Ecuador, específicamente en las ciudades de Cuenca y Quito revela que de 106 y 74 mujeres embarazadas respectivamente la ingesta de calcio fue inferior al requerimiento diario, es decir de menos 500mg.

Por otra parte, la ingesta de ácido acetil salicílico, además de reducir el riesgo de muerte perinatal tiene una acción notable en la reducción del riesgo de preeclampsia en mujeres que disponen factores de riesgo de esta patología,

especialmente la administración de este fármaco durante el tercer trimestre se afirma que dicho textualmente “disminuye significativamente el desarrollo de preeclampsia” en mujeres con riesgo alto de preeclampsia según afirma (MSP, 2016).

En cuanto a la administración del ácido acetil salicílico, el Ministerio de Salud Pública (2016) afirma que su uso de manera temprana, es decir durante el segundo trimestre de embarazo y en dosis bajas, es justificado su uso en pacientes que tienen riesgo de inicio temprano de preeclampsia que contribuya al riesgo de parto prematuro, ya que estas dosis bajas del fármaco podrían restituir el desequilibrio prostacilina/ tromboxano (este es el factor transcendental para el desarrollo de preeclampsia e hipertensión gestacional).

Como consecuencia la administración en dosis bajas de ácido acetil salicílico de manera muy temprana: antes de la semana 16 para ser precisos, se considera como un método eficiente en la reducción de la incidencia de preeclampsia, considerándose que el uso de este fármaco desde la semana 12 hasta el nacimiento reduce en un 17 % el riesgo de preeclampsia. Estas dosis bajas del fármaco oscilan entre 60 a 80 mg, en algunos pocos casos hasta el 150 mg, evidenciando que las dosis altas de ácido acetil salicílico no demuestran beneficio alguno, pero todos estos datos enunciados en este párrafo y los anteriores acerca de este fármaco no son considerados clínicamente relevantes para una mujer riesgo bajo de preeclampsia pero si son relevantes para una mujer con un riesgo alto de la enfermedad, recomendándose su uso especialmente por las noches debido a que el ácido acetil salicílico para ser mayormente eficaz por las noches antes de acostarse. Es importante indicar que las dosis efectivas de este fármaco oscilan entre 60 y 162 mg diarios para la prevención de la preeclampsia en mujeres de riesgo alto (MSP, 2016).

### **2.1.2. Antecedentes investigativos.**

En investigación realizada por Saraguro y Villamar (2008) en la Universidad Estatal de Milagro titulada “Intervenciones de Enfermería en gestantes con

preeclampsia” con el objetivo de determinar cuáles son las intervenciones de enfermería en las pacientes embarazadas con diagnóstico de preeclampsia, mediante un estudio cualitativo de tipo documental se obtuvo información acerca de las intervenciones de enfermería más utilizadas según las taxonomías NIC y se concluye que el conocimiento de las intervenciones de enfermería a realizar supone ser desde el punto de vista de los autores, un plus en relación con el manejo en situaciones difíciles de esta grave patología.

Ortega Espinoza (2017) en el estudio titulado “Aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con preeclampsia” y realizado en la Universidad Técnica de Machala con el objetivo de determinar los factores de riesgo en pacientes con preeclampsia mediante revisiones científicas para la aplicación del proceso de atención de enfermería. El método utilizado fue la investigación bibliográfica y análisis de la información de diferentes artículos científicos. Obtuvo como resultados, entre los factores de riesgo que conllevan a la preeclampsia tenemos el control prenatal ausente, antecedentes de preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, gestantes menores a 20 años y mayores a 35 años, primigesta, obesidad, entre otros.

En otro estudio de Matías de la Cruz (2014) titulado “Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013” con los objetivos de determinar la incidencia de preeclampsia en el grupo de estudio, identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma. Los materiales y métodos utilizados, en este trabajo están basados en un estudio retrospectivo, descriptivo no experimental. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de cada paciente atendida en el área toco-quirúrgica con diagnóstico de preeclampsia entre 13 – 20 años en el periodo establecido. Se procedió de forma minuciosa con la recolección de datos de las historias clínicas mediante formulario. La muestra fue de 181 casos. Se concluyó que la preeclampsia en pacientes de 13 a 20 años ocupa una baja incidencia en relación con las mayores de 20 años, sin embargo, está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, primigravidez

y deficientes controles prenatales durante el embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia. Además, que las consecuencias fetales son frecuentes en este grupo de edad, como tener recién nacidos pequeños para la edad gestacional y depresión neonatal. Otra consecuencia materna es que el 90% de los casos terminaron su embarazo por cesárea a causa de esta patología. Finalmente, de acuerdo con los resultados se planteó una propuesta para contribuir a la educación de las pacientes jóvenes en riesgo.

El estudio de Inga y Terrazas (2014) “Evaluación de los cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas con preeclampsia hospitalizadas y sus efectos en la recuperación de la salud en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba de junio – diciembre 2014” con el objetivo de evaluar las características de los cuidados de enfermería en las pacientes embarazadas con preeclampsia hospitalizadas y su repercusión en la recuperación de la salud en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital de Riobamba, mediante un diseño de estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. con información recabada mediante la aplicación de encuestas y guías de observación a 16 profesionales de enfermería y a 18 pacientes que ingresaron con preeclampsia al servicio de Gineco – Obstetricia durante el mes de septiembre, del 2014. Se obtuvo como resultados que entre las causas que contribuyen a la aparición de preeclampsia en las mujeres gestantes encontramos: Mujeres menores de 20 años, obesidad y nuliparidad, la mayoría de pacientes con diagnósticos de preeclampsia tuvieron un nivel escolar bajo, deficiencia de controles prenatales y residencia en el área rural lo que demuestra que el comportamiento de los factores sociales y ambientales son predisponentes para la aparición de preeclampsia, durante y después del embarazo, además, se evidencia que más del 50 % de los cuidados que reciben las pacientes con preeclampsia son proporcionados por otros integrantes de la salud como son los internos rotativos de medicina y de enfermería así como las auxiliares de enfermería y con respecto al grado de satisfacción de las pacientes por el cuidado de enfermería recibido durante su hospitalización el 60 % refirieron que están satisfechos con la atención recibida por no presentar complicaciones en el binomio madre – hijo. Se pudo comprobar, que la atención de enfermería organizada y

protocolizada si influye en la satisfacción de las necesidades de las pacientes porque repercute en su bienestar físico, psicológico, espiritual y en la recuperación de la salud tanto para la madre como para el neonato.

## **2.2. Hipótesis.**

### **2.2.1. Hipótesis General.**

Si se aplicaran las intervenciones de enfermería con la calidad requerida, en las pacientes preeclámplicas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, se podría disminuir la incidencia de esta grave patología en dichas pacientes.

## **2.3. Variables.**

### 2.3.1. Variables Independiente.

Intervenciones de enfermería.

### 2.3.2 Variable Dependiente.

Incidencia en pacientes preeclámplicas posquirúrgicas.

### 2.3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Tabla 1. OPERACIONALIZACIÓN

| VARIABLES INDEPENDIENTES            | DEFINICION CONCEPTUAL   | DIMENSION O CATEGORIA   | INDICADOR                         | INDICE    |
|-------------------------------------|---|---|-----------------------------------|-----------|
| <b>Intervenciones de enfermería</b> | Cualquier tratamiento de cuidados, que realiza un profesional de la enfermería en beneficio del paciente, basado en el conocimiento y juicio clínico. | Controla funciones vitales cada hora                                    | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|                                     |   | Administra medicación antihipertensiva.                                 | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre |           |
|                                     |   | Mantener el tratamiento antihipertensivo y preventivo de la convulsión. | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|                                     |   | Realizar balance hídrico  | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|                                     |   | Cuantifica la diuresis  | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |

|  |  |   |                                   |           |
|--|--|---|-----------------------------------|-----------|
|  |  | Vigila si la paciente presenta edema                        | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|  |  | Observa si hay signos o síntomas de retención urinaria      | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|  |  | Detección pronta de signos de sangrado sí existen.          | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Pociento  |
|  |  | Valora la cantidad de loquios (cantidad y consistencia).    | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|  |  | Determina el conocimiento del paciente sobre la medicación- | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |

|  |  |   |                                   |           |
|--|--|---|-----------------------------------|-----------|
|  |  | Permanece con la paciente para fomentar seguridad y disminuir los miedos  | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|  |  | Instruye a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad   | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|  |  | Vigilar los apósitos de la herida operatoria.   | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|  |  | Brindar educación sobre los cuidados post operatorios.  | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|  |  | Educar a la paciente sobre la importancia de los masajes uterinos enseñarle la técnica para que se los realice. | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |
|  |  | Ayuda con los autocuidados: baño/higiene  | Nunca<br>Algunas veces<br>Siempre | Porciento |



| VARIABLE DEPENDIENTE                       | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSION O CATEGORIA                        | INDICADOR   | INDICE    |
|--|-----------------------|--|---|-----------|
| Pacientes preeclámpticas<br>Posquirúrgicas |                       | Grupo etario                                 | 15 a 19 años<br>20 a 24 años<br>25 a 29 años<br>30 a 34 años<br>Mayor o igual a 35 años | Porciento |
|  |                       | Nivel de instrucción                         | -Primaria<br>-Secundaria<br>-Bachillerato<br>-Universitario                             | Porciento |
|  |                       | Nivel de ingresos económicos                 | -Bajo (< 394 dólares)<br>-Medio (de 394 a 899 dólares)<br>-Alto (≤900 dólares)          | Porciento |
|  |                       | Hábitos nocivos                              | -Tabaco<br>-Alcohol<br>-Otras drogas  | Porciento |
|  |                       | Estado nutricional (Índice de Masa Corporal) | -Desnutrición (< 20)<br>-Normal (20 – 24)<br>-Sobrepeso (25 – 29)<br>-Obesidad (≥ 30)   | Porciento |
|  |                       | Número de gestaciones                        | Primigesta (0 gestas anteriores)<br>Multigesta (1 ó más gestas anteriores)              | Porciento |
|  |                       | Antecedente familiar de Preeclampsia         | Sí No   | Porciento |
|  |                       | Antecedente hipertensivo                     | Sin antecedentes<br>HTA crónica Preeclampsia previa<br>Hipertensión gestacional<br>Otro | Porciento |
|  |                       | Enfermedades asociadas                       | -Diabetes M.<br>-Nefropatías<br>-Vasculopatía<br>-Otras                                 | Porciento |

**Nota:** Elaborado por: Paola Albán y Selena Rivera. Siguiendo el modelo estandarizado en la GUIA METODOLÓGICA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TRES ETAPAS). 19-11-2018.

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Con la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos, y siguiendo el método científico para la obtención adecuada, correcta, y oportuna de la información, el presente proyecto de investigación utilizará la siguiente metodología de la investigación.

#### **3.1. Método de investigación.**

Dentro de los métodos a nivel teórico que se aplicó en el estudio, está el método no experimental, que facilitó hallar el origen del fenómeno investigado sin controlar las situaciones derivadas. También se tuvo en cuenta el analítico-sintético, necesario su uso para analizar, comparar y confrontar las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. A través de este, se pudo determinar las intervenciones de enfermería en las pacientes con preeclampsia posquirúrgica. En la síntesis se unificaron los resultados obtenidos de la revisión de las diferentes fuentes bibliográficas para llegar a conclusiones; además el inductivo-deductivo, en función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular. El nivel matemático y/o estadístico, se utilizó para el análisis e interpretación de los datos que resultaron del instrumento aplicado y para determinar la suficiencia y representatividad del objeto de estudio. Dentro de los métodos científicos a nivel empírico, los investigadores se basaron en la observación científica no estructurada, en la encuesta y en la entrevista no estructurada.

#### **3.2. Modalidad de la investigación.**

Según el nivel de medición y análisis de la información se realizó una investigación cuali-cuantitativa, teniendo en cuenta que se utilizó la recopilación de análisis e interpretación de datos que no fueron objetivamente mensurables,

acompañados de la observación científica no estructurada, sin control, pero con datos reales y variados.

### **3.3. Tipo de investigación.**

El tipo de investigación es de campo, exploratoria y descriptiva. Se observaron y analizaron los elementos relacionados con la problemática descrita, en su principio exploratoria, después de obtenida la información descriptiva, ya que permitió describir las características y la frecuencia del problema de salud. En relación con el propósito es una investigación aplicada porque facilitó la prevención de situaciones reales derivadas de las diferentes etapas de la indagación científica y el diseño de tipo transversal ya que se analizaron las variables en un tiempo específico dentro del período comprendido de mayo a septiembre de 2019.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la Información.**

#### **3.4.1. Técnicas.**

Observación científica no estructurada y directa

Se realizó un registro visual de forma intencional de todo lo que ocurrió en el contexto real de la población investigada, clasificando y registrando los acontecimientos pertinentes, teniendo en cuenta el problema que se estudia en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda, Bolívar: intervenciones de enfermería y su incidencia en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica.

Encuesta

Permitió la adquisición de información de interés sobre las intervenciones de enfermería y su incidencia en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda, Bolívar, teniendo en cuenta la revisión de la literatura científica sobre la temática a investigar.

### **3.4.2. Instrumentos.**

Se aplicó un cuestionario elaborado por los investigadores y validado por el docente-tutor, con preguntas directas por su contenido y abiertas, cerradas, dicotómicas y de opinión, según el tipo de interrogantes planteadas, a través del cual se pudo conocer información de los sujetos escogidos. Estuvo dirigido a pacientes con preeclampsia posquirúrgica atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda, Bolívar, facilitando determinar la incidencia de las intervenciones de enfermería en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas.

## **3.5. Universo y Muestra**

### **3.5.1. Universo**

El universo del estudio estuvo constituido por 71 pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda, Bolívar, durante el período comprendido desde mayo a septiembre de 2019.

### **3.5.2. Muestra**

Se utilizó el muestreo no probabilístico, según las razones de los investigadores para analizar solo las pacientes con diagnóstico confirmado de preeclampsia posquirúrgica para una muestra definitiva de 60 pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-Bolivar teniendo en cuenta los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión

- Puérperas por cesárea con el diagnóstico confirmado de preeclampsia.
- Puérperas por cesárea con el diagnóstico confirmado de preeclampsia que aprueben participar en la investigación.

#### Criterios de exclusión

- Puérperas por parto normal con hipertensión arterial.
- Puérperas por cesárea sin el diagnóstico de preeclampsia.

### 3.6. Cronograma del proyecto.

Tabla 2. Cronograma de Proyecto

| MESES  | Mayo |    |    |    |    | Junio |    |    |    |    | Julio |    |    |    |    | Agosto |    |    |    |    | Septiembre |    |    |    |  |
|--|------|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|------------|----|----|----|--|
|  | S1   | S2 | S3 | S4 | S5 | S1    | S2 | S3 | S4 | S5 | S1    | S2 | S3 | S4 | S5 | S1     | S2 | S3 | S4 | S5 | S1         | S2 | S3 | S4 |  |
| Convocatoria para el proceso de titulación                 |      |    |    |    |    |       |    |    |    |    |       |    |    |    |    |        |    |    |    |    |            |    |    |    |  |
| Socialización del proceso de titulación                    |      |    |    |    |    |       |    |    |    |    |       |    |    |    |    |        |    |    |    |    |            |    |    |    |  |
| Inscripción del proceso de titulación                      |      |    |    |    |    |       |    |    |    |    |       |    |    |    |    |        |    |    |    |    |            |    |    |    |  |
| Entrega de documentos de proceso de titulación             |      |    |    |    |    |       |    |    |    |    |       |    |    |    |    |        |    |    |    |    |            |    |    |    |  |
| Socialización de manejo de sistema para docentes y alumnos |      |    |    |    |    |       |    |    |    |    |       |    |    |    |    |        |    |    |    |    |            |    |    |    |  |
| Petición y designación de tutor                            |      |    |    |    |    |       |    |    |    |    |       |    |    |    |    |        |    |    |    |    |            |    |    |    |  |
| Presentación de tema de proyecto y aprobación              |      |    |    |    |    |       |    |    |    |    |       |    |    |    |    |        |    |    |    |    |            |    |    |    |  |
| Seminarios para elaboración de tema de proyecto            |      |    |    |    |    |       |    |    |    |    |       |    |    |    |    |        |    |    |    |    |            |    |    |    |  |



### 3.7 Recursos.

#### 3.7.1. Recursos humanos.

Tabla 3. Recursos Humanos.

| Recursos humanos                            | Nombre  |
|---|---|
| <b>Investigadores</b>                       | Ruth Paola Albán Bosquez<br>Selena Rocío Rivera Pazmiño |
| <b>Asesor del proyecto de investigación</b> | Dra. Verónica Ayala Esparza                             |

**Nota:** Elaborado por: Paola Albán y Selena Rivera. Siguiendo el modelo estandarizado en la GUIA METODOLÓGICA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TRES ETAPAS). 19-11-2018.

#### 3.7.2. Recursos económicos.

Tabla 4. Recursos Económicos.

| Recursos económicos                        | Inversión  |
|--|------------|
| <b>Seminario de tesis</b>                  | 80         |
| <b>Internet</b>                            | 70         |
| <b>Primer material escrito en borrador</b> | 65         |
| <b>Material bibliográfico</b>              | 65         |
| <b>Copias a colores</b>                    | 70         |
| <b>Fotocopia final</b>                     | 60         |
| <b>Fotografías</b>                         | 30         |
| <b>Empastada</b>                           | 40         |
| <b>Alquiler de equipo de informática</b>   | 100        |
| <b>Material de escritorio</b>              | 100        |
| <b>Alimentación</b>                        | 100        |
| <b>Movilización y transporte</b>           | 100        |
| <b>Total</b>                               | <b>880</b> |

**Nota:** Elaborado por: Paola Albán y Selena Rivera. Siguiendo el modelo estandarizado en la GUIA METODOLÓGICA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TRES ETAPAS). 19-11-2018.

### **3.8. Plan de tabulación y análisis de datos**

Con base a los datos obtenidos de la muestra, y para responder al problema y objetivos planteados, se diseñaron tablas de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual facilitó la observación de las tendencias de las variables y sus respectivas interpretaciones. Estos datos se tabularon y digitalizaron para confeccionar la matriz de datos.

#### **3.8.1. Base de datos**

Para el análisis estadístico de la información, se realizó una base de datos en Microsoft Office Excel, con posterior procesamiento cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos.

#### **3.8.2. Procesamiento y análisis de los datos**

El programa Excel del paquete office se utilizó para el procesamiento de los datos para lo cual se utilizó un computador personal con Windows 10. Depurada la base de datos, se procedió a: el análisis univariado de cada una de las variables cualitativas: intervenciones de enfermería, incidencia en las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas. Los resultados se muestran en tablas simples de doble entrada, en gráficos de pastel y barras. La interpretación de los resultados sirvió de sustento para elaborar las conclusiones y recomendaciones.



## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

#### 4.1 Resultados obtenidos de la investigación

Durante el período que transcurrió desde mayo a septiembre de 2019, fueron recolectados los datos de 60 pacientes con preeclampsia posquirúrgica atendidas en el área de ginecología del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados para el presente estudio.

**Tabla 5. Distribución de rango de edades de pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Grupo de edades | n  | %      |
|-----------------|----|--------|
| 15 a 19 años    | 13 | 21,6 % |
| 20 a 24 años    | 11 | 18,3 % |
| 25 a 29 años    | 9  | 15 %   |
| 30 a 34 años    | 10 | 16,6 % |
| 35 y más años   | 17 | 28,3 % |
| <b>Total</b>    | 60 | 100 %  |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

Se evidenció que el grupo de edad que prevaleció entre las pacientes atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro fue el de 35 y más años (28,3 %). El grupo de 15 y 19 años también ostentó una cifra alta (21,6 %). Resultados que

expresan una elevada frecuencia de presentación de la preeclampsia posparto en adolescentes y mujeres mayores de 35 años.

**Tabla 6. Nivel de instrucción de pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Nivel de instrucción | n         | %            |
|----------------------|-----------|--------------|
| Primario             | 2         | 3,3 %        |
| Secundario           | 33        | 55 %         |
| Bachillerato         | 15        | 25 %         |
| Universitario        | 10        | 16,6 %       |
| <b>Total</b>         | <b>60</b> | <b>100 %</b> |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

En cuanto al nivel de instrucción, el 55 % de las pacientes con preeclampsia tienen un nivel de instrucción secundaria (tabla 6).

En la siguiente tabla se muestra la distribución según el nivel de ingresos económicos de las pacientes del estudio.

**Tabla 7. Nivel de ingresos económicos de pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Nivel de ingresos económicos | n         | %            |
|------------------------------|-----------|--------------|
| Bajo (< 394 dólares)         | 15        | 25 %         |
| Medio (de 394 a 899 dólares) | 35        | 58,3 %       |
| Alto (≥900 dólares)          | 10        | 16,6 %       |
| <b>Total</b>                 | <b>60</b> | <b>100 %</b> |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

En la tabla 3 se observa el nivel de ingresos económicos de las pacientes preeclámpicas posquirúrgicas en la que predomina el ingreso medio en el 58,3 % lo que garantiza mejores recursos económicos para cumplir con los gastos de cuidados y tratamientos.

**Tabla 8. Hábitos nocivos en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Hábitos nocivos | n         | %            |
|-----------------|-----------|--------------|
| Tabaco          | 8         | 13,3 %       |
| Alcohol         | 1         | 1,6 %        |
| Otras drogas    | 0         | 0 %          |
| Ninguno         | 51        | 85 %         |
| <b>Total</b>    | <b>60</b> | <b>100 %</b> |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

Al interpretar el resultado obtenido en la tabla 4, pudimos observar que los hábitos nocivos no guardan relación con la preeclampsia posquirúrgica en las pacientes del estudio.

**Tabla 9. Estado nutricional en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Estado nutricional (Índice de Masa Corporal) | n         | %             |
|--|-----------|---------------|
| Desnutrición (< 20)                          | 3         | 5 %           |
| Normal (20 – 24)                             | 15        | 25 %          |
| Sobrepeso (25 – 29)                          | 16        | 26,6 %        |
| Obesidad ( $\geq 30$ )                       | 26        | <b>43,3 %</b> |
| <b>Total</b>                                 | <b>60</b> | <b>100</b>    |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

En la tabla 5 se puede observar que la obesidad (43,3 %) seguida del sobrepeso (26,6 %) es el estado nutricional que predominó en las pacientes del estudio, razón esta, que hace pensar en que contribuyó de manera significativa a la aparición de la preeclampsia posquirúrgica.

**Tabla 10. Número de gestaciones en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Número de gestaciones                  | n  | %     |
|--|----|-------|
| Primigesta (0 gestas anteriores)       | 36 | 60 %  |
| Multigesta (1 o más gestas anteriores) | 24 | 40 %  |
| <b>Total</b>                           | 60 | 100 % |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

Por otra parte, con relación al número de gestaciones, se evidenció que las primigestas con el 60 % tuvieron el mayor porcentaje por lo que la nuliparidad representó un factor de riesgo en las pacientes estudiadas en el Hospital general Alfredo Noboa Montenegro.

**Tabla 11. Antecedente familiar de preeclampsia en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. .**

| Antecedente familiar de Preeclampsia | n  | %      |
|--------------------------------------|----|--------|
| Si                                   | 37 | 61,6 % |
| No                                   | 23 | 38,3 % |
| <b>Total</b>                         | 60 | 100 %  |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

De acuerdo con los datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario, se evidencio mediante escalas de frecuencias y porcentajes que (37/60) de los familiares tienen antecedente de preeclampsia (tabla 11). Este tipo de predisposición familiar apoya la definición de la preeclampsia como una enfermedad compleja, en la que el factor hereditario o genético contribuye a su origen.

**Tabla 12. Antecedente hipertensivo en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Antecedente hipertensivo | n  | %             |
|--------------------------|----|---------------|
| Sin antecedentes         | 10 | 16,6 %        |
| HTA crónica              | 11 | 18,3 %        |
| Preeclampsia previa      | 17 | <b>28,3 %</b> |
| Hipertensión gestacional | 22 | <b>36,6 %</b> |
| Otro                     | 0  | 0             |
| <b>Total</b>             | 60 | 100 %         |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

En la tabla 12 se expresan los resultados correspondientes a los antecedentes hipertensivos de las pacientes estudiadas, donde la preeclampsia posquirúrgica se presentó en las pacientes con hipertensión gestacional en 36,6 % seguidas de las que tuvieron preeclampsia en embarazos anteriores en un 28,3 %.

**Tabla 13. Enfermedades asociadas en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Enfermedades asociadas | N° | Porcentaje |
|------------------------|----|------------|
| Diabetes M.            | 16 | 26,6 %     |
| Nefropatías            | 1  | 1,6 %      |
| Vasculopatía           | 21 | 35 %       |
| Otras                  | 22 | 36,6 %     |
| <b>Total</b>           | 60 | 100 %      |

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

Al analizar los resultados obtenidos después de aplicada la encuesta y que reflejan las enfermedades asociadas en las pacientes con preeclampsia posquirúrgica, se evidenció que el 36,6 % de otras enfermedades (cardiopatía isquémica, gastritis crónica, rinitis alérgica, etc.) estuvo mayormente presente y que por su fisiopatología no guardan relación con la preeclampsia, en orden de frecuencia las vasculopatía (vasculitis, miopatías, LES, síndrome antifosfolipídico, estuvieron representadas en un 35 %, entidades estas que pueden estar relacionadas con la aparición de la preeclampsia, así como la diabetes mellitus con un 26,6 %.

Con respecto a las intervenciones que realiza el personal de enfermería y que se encuentran detalladas en la siguiente tabla con porcentajes válidos y obtenidos a través de la aplicación de la encuesta.

**Tabla 14. Intervenciones de enfermería que inciden en pacientes con preeclampsia posquirúrgicas del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.**

| Intervenciones de enfermería  | Nunca |   | Algunas veces |      | Siempre |      |
|---|-------|---|---------------|------|---------|------|
|   | No.   | % | No.           | %    | No.     | %    |
| Controla funciones vitales cada hora                                    | 0     | 0 | 2             | 18,1 | 9       | 81,8 |
| Administra medicación antihipertensiva.                                 | 0     | 0 | 0             | 0    | 11      | 100  |
| Mantiene el tratamiento antihipertensivo y preventivo de la convulsión. | 0     | 0 | 0             | 0    | 11      | 100  |
| Realiza balance hídrico   | 0     | 0 | 1             | 9,0  | 10      | 90,9 |
| Cuantifica la diuresis  | 0     | 0 | 1             | 9,0  | 10      | 90,9 |
| Vigila si la paciente presenta edema                                    | 0     | 0 | 1             | 9,0  | 10      | 90,9 |

|   |          |             |          |             |    |      |
|---|----------|-------------|----------|-------------|----|------|
| Observa si hay signos o síntomas de retención urinaria  | 1        | 9,0         | 1        | 9,0         | 9  | 81,8 |
| Detección pronta de signos de sangrado sí existen.  | 2        | 18,1        | 2        | 18,1        | 7  | 63,6 |
| Valora la cantidad de loquios (cantidad y consistencia).  | 2        | 18,1        | 4        | 36,3        | 5  | 45,4 |
| Determina el conocimiento del paciente sobre la medicación  | <b>6</b> | <b>54,5</b> | 3        | 27,2        | 2  | 18,1 |
| Permanece con la paciente para fomentar seguridad y disminuir los miedos                                      | 0        | 0           | 0        | 0           | 11 | 100  |
| Instruye a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad   | 1        | 9,0         | 2        | 18,1        | 8  | 72,7 |
| Vigilar los apósitos de la herida operatoria.   | 0        | 0           | 0        | 0           | 11 | 100  |
| Brinda educación sobre los cuidados post operatorios.   | <b>6</b> | <b>54,5</b> | <b>3</b> | <b>27,2</b> | 2  | 18,1 |
| Educa a la paciente sobre la importancia de los masajes uterinos y enseña la técnica para que se los realice. | <b>4</b> | <b>36,3</b> | <b>6</b> | <b>54,5</b> | 1  | 9,0  |
| Ayuda con los autocuidados: baño/higiene  | 0        | 0           | 2        | 18,1        | 9  | 81,8 |

De acuerdo con las intervenciones de enfermería y su incidencia en las pacientes con preeclampsia posquirúrgica, en la tabla 14 se observa que las relacionadas con el aspecto educativo no se cumplen con la frecuencia establecida en



los protocolos del ministerio de salud pública, el 54,5 % nunca determina el conocimiento del paciente sobre la medicación a administrar, con la misma frecuencia nunca brindan educación sobre los cuidados post operatorios, el 54.5 % algunas veces educa a la paciente sobre la importancia de los masajes uterinos y enseña la técnica para que se los realice y un 36,3 % nunca brinda educación al respecto.

## **4.2 Análisis e interpretación de los datos**

La muestra de investigación estuvo constituida por 60 pacientes con preeclampsia posquirúrgica atendidas en el área de ginecología del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar en el período de tiempo determinado en el estudio. Además, mediante la guía de observación no estructura se pudo determinar las intervenciones de enfermería aplicadas para estos casos.

Según lo planteado por Valdés Yong, Magel, & Hernández Núñez, Jónathan (2014) y citando a otros autores la edad se convierte en un factor de riesgo para la preeclampsia-eclampsia cuando se presenta el embarazo en sus extremos de riesgo, la adolescencia y la edad materna avanzada. El subtotal de edades extremas en la muestra fue de 58,0 % con 105 mujeres; hubo un predominio de la avanzada edad materna como factor de riesgo con 69 casos (38,1 %), aspecto que coincide con los resultados de este estudio donde las adolescentes y las mayores de 35 años fueron las más representativas. Morgan et al., (2010) señalan que, la edad materna avanzada es otro factor de riesgo independiente para preeclampsia, esto puede deberse a que las mujeres de edad avanzada tienen factores de riesgo adicionales, como diabetes mellitus e hipertensión arterial crónica.

Se plantea que esta enfermedad puede afectar a mujeres mayores de 35 años debido a los daños crónicos del sistema vascular que sufre desgastes, con la consecuente esclerosis de los vasos, lo cual afecta el aporte sanguíneo adecuado durante el embarazo y se establece una insuficiencia circulatoria, que produce isquemia uteroplacentaria. Por otra parte, en las adolescentes el músculo uterino

ofrece mayor resistencia y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación (Valdés et al., 2014).

La escolaridad es un factor de importancia, pues el bajo nivel de preparación académica implica un deficiente conocimiento acerca de los riesgos del embarazo, lo que conlleva no se realicen los referidos controles prenatales de forma periódica, de manera que se pueda producir un síndrome hipertensivo del embarazo. En relación con la escolaridad la mujer embarazada empleada dispone de mayores recursos para mantener una vida de mejor calidad, como la alimentación y el acceso a la atención de servicios de salud. El predominio de mujeres desempleadas determina una calidad de vida más baja, ante la falta de ingresos económicos que es un factor decisivo para acceder a los controles de la gestación, lo que a su vez es causa de estrés y factor de riesgo para la preeclampsia y eclampsia (Guillot, 2015).

La obesidad, por un lado, se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye per se a elevar la presión arterial. Por otro lado, los adipocitos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (FNT $\alpha$ ), que producen daño vascular, lo que empeora el estrés oxidativo, fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la preeclampsia (Cruz, Hernández, Yanes & Isla, 2007). En el estudio la obesidad y el sobrepeso alcanzaron la mayor frecuencia con asociación directa con la hipertensión gestacional y la preeclampsia previa, antecedentes hipertensivos que constituyen factores de riesgo en las pacientes estudiadas.

En este estudio la paridad nula o primiparidad fue un factor de riesgo significativo. Autores como Valdés et al. citando a Suarez (2014), observaron que la nuliparidad en 63 pacientes (34,8 %) y el antecedente de preeclampsia anterior en 54 (29,8 %) fueron factores de riesgo; el antecedente de una nueva pareja sexual estuvo

presente en 52 casos (28,7 %) y tenían antecedente de muerte fetal asociada a trastornos hipertensivos en embarazos anteriores 18 gestantes (9,9 %).

En un estudio realizado por García Mirás y otros autores (2012) en La Habana, el factor de riesgo que se asoció con más frecuencia a la preeclampsia fue la nuliparidad de los casos (82,5 %); otros factores encontrados fueron la edad materna extrema (26,7 %), la obesidad (19,7 %) y la hipertensión arterial crónica (18,6 %). También, Jasovic-Siveska et al., (2011) notificaron que hasta el 85 % de los casos de preeclampsia ocurren en pacientes nulíparas, siendo de 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas. Para estos autores, durante el primer embarazo se inicia una reacción inmunológica aberrante en la primera exposición a antígenos paternos y fetales extraños a la placenta, que contribuye a este trastorno.

En nuestro estudio el antecedente familiar de preeclampsia (61,6 %) representó un factor de riesgo para las pacientes. Según Kanasaki y Kalluri (2009) existe una alta susceptibilidad a los trastornos hipertensivos en el embarazo en aquellas mujeres nacidas de madres con iguales antecedentes; se incrementa la relación cuando la madre de la actual gestante ha sufrido este episodio durante su embarazo. La naturaleza de distribución familiar de la preeclampsia ha sido suficientemente demostrada; se considera que el riesgo de desarrollar preeclampsia durante el embarazo, aumenta dos a cinco veces en parientes de primer grado de mujeres afectadas.

La influencia del componente genético en el surgimiento la preeclampsia ha sido puesta en evidencia por estudios hechos en gemelos de sexo femenino, muchos de los cuales han demostrado una mayor frecuencia de aparición de preeclampsia entre gemelos homocigóticos que en diagnósticos. Por su parte, se ha precisado que el efecto genético sobre la susceptibilidad para desarrollar una preeclampsia está dado, en gran medida, por genes de origen materno; pero que también los genes paternos, por medio del genotipo fetal, pueden contribuir a esta predisposición, ya que estos últimos genes tienen un papel clave en la placentación. La influencia de los genes

paternos como factor de riesgo de preeclampsia, se pone de manifiesto al encontrar que una mujer tiene 80 % más de riesgo para desarrollar una preeclampsia si su compañero sexual tiene como antecedente ser el progenitor masculino de una gestación previa en la que la mujer sufrió una preeclampsia (Kanasaki y Kalluri, 2009).

Al analizar los resultados de los antecedentes hipertensivos de las pacientes del estudio las que tenían el antecedente de hipertensión gestacional (36,6 %) evolucionaron a preeclampsia, de igual manera las que refirieron preeclampsia previa (28,3 %). En el estudio de Martínez (2014) plantea que, la morbilidad perinatal de la hipertensión gestacional severa es similar a la de la preeclampsia severa. Está reportado que las pacientes con hipertensión gestacional tienen inducciones de parto y doble tasa de operación cesárea que las controles, pero similar a la de las pacientes con preeclampsia. De 15 a 25 % de las pacientes con hipertensión gestacional evolucionan a preeclampsia. Este riesgo es mayor con edad gestacional temprana (42 %). Hasta ahora no se dispone de medios para predecir cuándo una paciente con hipertensión gestacional evolucionará preeclampsia.

Aunque, en la bibliografía internacional se describe que, desde el punto de vista clínico, no es posible, con base en alguna característica clínica, predecir cuáles pacientes con hipertensión gestacional padecerán preeclampsia (Martínez, 2014).

En este trabajo se encontró que las vasculopatías estuvieron representadas con mayor frecuencia en las pacientes estudio, razón que nos hace pensar en que puede existir relación fisiopatológica con alguna de estas enfermedades y la preeclampsia. Sin embargo, Itami et al. (2013) en su estudio plantean que el aumento en la liberación de sustancias vasoconstrictoras como la endotelina y tromboxano A<sub>2</sub>, así como la disminución en la producción de sustancias vasorelajadoras como óxido nítrico (NO) y prostaciclina (PGI<sub>2</sub>) y una mayor sensibilidad a angiotensina II, sustancia que se reconoce por su actividad vasoconstrictora, así como también de un aumento en la concentración sérica del sFmlt-1 y de la sEng, que son los receptores de los factores VEGF y TGF, respectivamente, con la consecuente disminución de éstos, conduce a

los signos y síntomas de la preeclampsia. Aunque se han propuesto varias sustancias como marcadores biológicos de preeclampsia, no han alcanzado el nivel de confiabilidad para incorporarlos como pruebas de detección masiva, aunque el sFlt-1 y la sEng podrían llegar a utilizarse para dicho fin.

Las intervenciones de enfermería que realiza el personal del servicio de ginecología del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro generalmente cumplen con las atenciones de las preeclámpticas posparto quirúrgico, sin embargo, se debe señalar que el componente educativo, de brindar información y conocimientos sobre la enfermedad nunca o algunas veces se cumple, brindar educación sobre los cuidados post operatorios, educar a la paciente sobre la importancia de los masajes uterinos y enseñar la técnica para que lo realice no se cumple durante el periodo de investigación, consideramos que pueda deberse a los cuidados mediatos e inmediatos que debe cumplir la enfermera, el incremento de índice ocupacional de las camas en este servicio o por la dedicación de la enfermera a otros procedimientos que llevan estas pacientes en las primeras 48 horas.

### **4.3 CONCLUSIONES**

Con respecto al comportamiento de las pacientes preeclámplicas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar predominó el grupo de 15 a 19 años (21,6 %) y las mayores de 35 años (28,3%); con nivel de instrucción secundaria (55 %), de ingresos medios en el 85, 3 % y sin ningún hábito nocivo para su salud.

Se identificaron como factores de riesgo asociados a la preeclampsia posquirúrgica, las edades extremas; el sobrepeso (26,6 %) y la obesidad (43,3%); la primigestación en el 60 %; el antecedente familiar de preeclampsia (61,6 %); además, el antecedente de hipertensión gestacional (36,6 %) y preeclampsia previa (28,3 %) y algunas vasculopatías como enfermedades asociadas.

En el área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar se brindan los cuidados o intervenciones de enfermería a las pacientes preeclámplicas posquirúrgicas excepto algunas de las relacionadas con el componente educativo tales como determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación, brindar educación sobre los cuidados post operatorios y educar a la paciente sobre la importancia de los masajes uterinos y enseñar la técnica para que se los realice.

#### **4.4 RECOMENDACIONES**

Mejorar la identificación y control de las mujeres en edad fértil que presenten riesgo preconcepcional para que se involucren en el proceso de planificación familiar cuando deseen tener hijos en la edad adecuada y en las mejores condiciones de salud posibles.

Fomentar mediante la labor educativa el autocuidado en todos los niveles de atención en salud, con el objetivo de evitar embarazo de riesgo y sus complicaciones.

Promover e incentivar la realización de nuevas investigaciones que se relacionen con el tema y permitan incluir todos los aspectos de esta problemática de gran impacto especialmente en las mujeres en edad fértil.

## **CAPITULO V.**

### **5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN**

#### **5.1 Título de la Propuesta de Aplicación.**

Propuesta de intervención educativa para fortalecer el autocuidado durante la atención prenatal y prevenir la preeclampsia en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar.

#### **5.2 Antecedentes**

Casi una décima parte de las muertes maternas en Asia y en África y una cuarta parte de las muertes maternas en América Latina están relacionadas con trastornos hipertensivos del embarazo. Entre los trastornos hipertensivos, la preeclampsia y la eclampsia tienen el mayor impacto en la morbilidad materna y neonatal. Sin embargo, la mayoría de las muertes relacionadas con la preeclampsia y la eclampsia podrían evitarse si las mujeres recibieran asistencia oportuna y efectiva, administrada de acuerdo con estándares basados en las pruebas científicas (OMdl, 2014).

Esta enfermedad es conocida desde la antigua Grecia y se han postulados diferentes criterios acerca de las causas que la provoca, lo cual no se ha establecido verdaderamente, aunque se conocen ciertos factores que predisponen a una gestante para el desarrollo de una hipertensión (Bolaños, Hernández, González & Dolores, 2010).

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron ‘culto de sí’, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu. El cuidado de sí, incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la medida, la economía



del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma”. Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado (Correa, 2015).

Para ilustrar el concepto de autocuidado se parte de lo planteado por Heidegger respecto al cuidado como forma de ser esencialmente ética. Es algo más que un acto y una actitud entre otras; plantea que el cuidado es existencialmente a priori a toda posición y conducta fáctica del ser ubicado, es decir, que se halla siempre en ella. El autocuidado ubica el cuidado referenciado a sí mismo, teniendo en cuenta que la responsabilidad de proporcionarse una vida saludable se centra en cada persona a partir de su formación durante toda la vida (Escobar et al., 2011).

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

La enfermera, tiene un papel fundamental para el abordaje educacional y formativo de estas mujeres, pudiendo ofrecerles herramientas que les ayuden a implicarse activamente en el manejo de este problema de salud y en el cumplimiento de los cambios en el estilo de vida.

### **5.3 Justificación**

El embarazo es un estado de la mujer que implica cambios físicos, psicológicos y sociales que requiere mayores cuidados, el cual debe contemplar la atención prenatal para verificar el estado de salud de la futura madre, con la intención de mantener una actitud adecuada de autocuidado y evitar futuras complicaciones.

El incremento en los conocimientos sobre las formas de autocuidado y sus prácticas son de gran apoyo tanto para la mujer embarazada como para el sistema de salud que la atiende, pues se pueden prevenir complicaciones, promover una participación en tiempo, así como dar atención de manera oportuna a las mismas y dar vigilancia al embarazo (Campana et al., 2018).

En Ecuador en los últimos años en investigaciones realizadas se ha encontrado desconocimiento de autocuidado automedicación, equilibrio en la alimentación, inasistencia a los controles prenatales (MSP, 2016). En este sentido se han tomado medidas por el MSP (2016) con el objetivo de promocionar hábitos y conductas saludables durante la gestación.

Por todo lo antes expuesto, se concibe la presente propuesta de intervención educativa en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar, con el propósito de lograr cambios sustanciales una vez aplicada y revertir las siguientes realidades encontradas:

Desconocimiento de las prácticas relacionadas con el autocuidado durante el embarazo, el equilibrio en la alimentación (dieta rica en calcio, antioxidantes: vitamina C, vitamina E; mantener un peso adecuado durante la gestación; asistencia a los controles prenatales y su importancia, actividad física y descanso, evitar el consumo de sustancias no beneficiosas.

Falta de información sobre el sistema de apoyo a través del personal de enfermería para garantizar una maternidad y paternidad responsable

## **5.4 Objetivos**

### **Objetivo General**

Contribuir a que las embarazadas suplan el déficit de autocuidado, para responder de mejor manera a las demandas de autocuidado del proceso de control de su embarazo en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar.

### **Objetivos Específicos**

Capacitar a las mujeres embarazadas, familias y líderes comunitarios, a través de técnicas educativas, participativas y comunicacionales, sobre el autocuidado, permitiendo que, a mediano plazo, se puedan alcanzar modificaciones en sus conocimientos, hábitos y conductas ante el autocuidado.

Favorecer que las mujeres sepan identificar factores de riesgo y modifiquen su actitud en cuanto a aquellos estilos de vida que sean precipitantes de la hipertensión (dieta, ejercicio, ganancia exagerada de peso, sedentarismo).

## **5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación**

### **5.5.1 Estructura general de la propuesta**

La propuesta está proyectada a educar especialmente a las embarazadas, para que adquieran conocimientos sobre las prácticas de autocuidado durante la atención prenatal, alimentación según necesidades, manejo del estrés, relaciones sociales y resolución de problemas interpersonales, ejercicio y actividad física, seguimiento de prescripciones de salud, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado en proceso mórbidos.

De acuerdo con lo planteado en los objetivos dentro de la propuesta, esta intervención logrará transmitir la información veraz concerniente al tema que es de interés tanto para las embarazadas y sus parejas, familiares, líderes comunitarios y otros profesionales de salud. Se buscará fomentar en este grupo poblacional, iniciativas para buscar cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado propio, utilizando un lenguaje asequible, encaminado a la promoción de prácticas de autocuidado adecuadas.

Se emplearán diferentes técnicas participativas y herramientas que faciliten el método de enseñanza-aprendizaje, entre las cuales incluyen: lluvia de ideas, cadenas de asociaciones, afiches, socio dramas, juegos de roles, preguntas y respuestas, analizar una historia, valoración de personajes, análisis de tareas grupales, los cuales estarán basados principalmente en las prácticas de autocuidado, transmitido de manera interactiva para que puedan participar y responder a sus interrogantes.

### **Sesión tipo de las charlas**

Planificadas de acuerdo con objetivos y necesidades planteadas por el grupo.

- Explicar objetivos de la sesión y etapas a desarrollar.
- Propiciar diálogo inicial sobre el tema (Facilitador también participa).
- Construir teorización sobre el tema (Educación tiene dirección).
- Llevar el aprendizaje a situaciones cotidianas, evaluando e intencionado ciertos cambios que promuevan el autocuidado.
- Cerrar sesión (evaluar aprendizajes y dinámica).
- Favorecer intercambio de opiniones.
- Considerar refuerzo (tareas u otro) para el hogar.

### **5.5.1.1 Principales temas a tratar en las charlas educativas que se impartirán**

- 1- Educación sobre autocuidado. Reconocer y desarrollar, entre todas las participantes del grupo, el concepto de autocuidado. El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones.
- 2- Principales síntomas de la hipertensión arterial en el embarazo.
- 3- Factores de riesgo de la hipertensión arterial en el embarazo.
- 4- Cuidados perinatales en las pacientes de riesgo de hipertensión arterial.
- 6- Los controles generales.

### **5.5.2 Componentes**

La propuesta alternativa podrá implementarse por las investigadoras una vez concluida la investigación, lo cual se realizará de conjunto con el personal sanitario especializado y los líderes comunitarios que deseen participar.

Con respecto a la metodología, la presente alternativa de estrategia de educación para la salud integra métodos directos. Para realizar un correcto diagnóstico previo de conocimientos, mientras las mujeres esperan para ser atendidas en la consulta, se les entregará un pre test con contenidos referentes a la hipertensión en el embarazo y el autocuidado, permitiendo así incluir en la formación aquellas carencias informativas que sean detectadas.

La formación específica se impartirá en tres sesiones diferentes. La primera con una duración de dos horas, centrada en aspectos teóricos y contará con un testimonio personal de un caso de preeclampsia, o la exposición de un caso clínico para favorecer la comprensión de la patología. Las dos siguientes, de tres horas de duración cada una, centradas en aspectos prácticos. Serán de formato tipo taller y se basarán en dinámicas tanto individuales como grupales.

Las sesiones serán impartidas por una enfermera con alto grado de conocimientos en el tema o por las investigadoras, lo cual se realizará de conjunto con el personal sanitario especializado y los líderes comunitarios que deseen participar y en los talleres prácticos en los que vaya a tratarse el tema del ejercicio físico, se contará con un facilitador de terapia física para guiar la secuencia de ejercicios preparada.

- Brindar la teoría a través de: Diapositivas, lectura de capítulos de libros, artículos, videos documentales.
- Sesiones: dinámicas de grupo.
- Número de horas: 20 horas.
- Sesiones: 6
- Duración de sesiones: 2 horas.
- Horario: dos días a la semana.

## **5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación**

### **5.6.1 Alcance de la alternativa**

La presente estrategia alternativa servirá para cubrir las demandas informativas por parte de las mujeres embarazadas que padecen hipertensión o están en riesgo de padecerla durante la gestación. Con ello disminuirá la ansiedad que genera la hipertensión y aumentarán tanto el autocontrol como la confianza de las mismas en la evolución satisfactoria del embarazo.

Con la concienciación de estas mujeres y el fomento de la auto-responsabilidad en su proceso de salud, se favorecerá el cambio en el estilo de vida de tal manera que éste sea propicio para disminuir el riesgo vascular al que se exponen. Esta estrategia concibe el momento del embarazo complicado con hipertensión como una gran oportunidad para captar a las mujeres que lo sufren y se sabe que van a estar en una situación de mayor riesgo para padecer enfermedad cardiovascular futura. Se pretende influir positivamente para que la adquisición y el mantenimiento de estilos y hábitos de vida saludables a nivel cardiovascular sean posibles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allan, V., & Epstein. (2019). Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía. Ginebra: OMS.
- Alvarado Quijano, G., Alvarado Rodríguez, E., Barboza Picado, A., Castro González, E., León Morales, S., Matarrita Matarrita, A., & Cabezas Ramos, R. (2008). Definición de enfermería en el tercer nivel de atención según los. *Enfermería Actual En Costa Rica*.
- Alvarez Barreto, A. C. (2017). Atención de enfermería en pacientes preeclámpicas mediante la identificación de factores de riesgo y fortalecimiento del instrumento del control prenatal. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9896>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 122(5), 1122. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24150027>
- Barragán, L. (2019). Cuidados de Enfermería en la disminución de casos de Hiperbilirrubinemia en Recien Nacidos del Servicio de Neonatología del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el Periodo Octubre 2018 Abril 2019. Montalvo: UTB.
- Barrera-Cruz, A., Mancilla-García, M. E., Román-Maeda, S. Y., Rodríguez-Loreto, E., & Villaláz-Ureña, A. (2013). Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 21(2), 91-104. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim132f.pdf>
- Bolaños Ten, Marisol, Hernández Sáez, Isabel, González Sáez, Yoandra, & Dolores Bernardo, María. (2010). Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión gestacional. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(5) Recuperado en 21 de agosto de 2019, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000500004&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500004&lng=es&tlng=es)

- Carrera Zurita, L. D. L. Á. (2017). Intervenciones de enfermería en pacientes encamados con úlceras por presión en el área de medicina interna del Hospital General Ambato-IESS (Bachelor's thesis). Recuperado de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7056/1/PIUAENF057-2017.pdf>
- Carro, T., Sierra, J., Hernández, J., Ladrón, E., & Antolín, E. p. (2015). Trastornos del estado de animo en el postparto. *Rev Med Gra*, 6.
- Cedeño Cedeño, R. (2014). Propuesta de protocolo de atención de enfermería para pacientes con crisis hipertensivas Hospital Anibal González Alava. Ambato: UNIANDES.
- Cruz Hernández, Jeddú, Hernández García, Pilar, Yanes Quesada, Marelis, & Isla Valdés, Ariana. (2007). Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(4) Recuperado en 22 de agosto de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000400012&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012&lng=es&tlng=es)
- Evans, G., Vicuña, M., & Marín, R. (2015). Depresión posparto realidad en el sistema Público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 4.
- Foo, L., Tay, J., Lees, C. C., McEniery, C. M., & Wilkinson, I. B. (2015). Hypertension in pregnancy: natural history and treatment options. *Current hypertension reports*, 17(5), 36. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-015-0545-1>
- García Mirás, Ramón, Llera Valdés, Aydilén, Pacheco Bermúdez, Ana Leyda, Delgado González, Manuel de Jesús, & González Sánchez, Adriana. (2012). Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 467-477. Recuperado en 22 de agosto de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es&tlng=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es&tlng=pt)



- Guillot, C. D. C. (2015). Factores de Riesgo en la Preeclampsia y Eclampsia: Atención de Enfermería. *Revista UNIANDES Episteme*, 2(1), 76-84. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6756385>
- Hernández-López, G. D., Deloya-Tomás, E., Martínez-Mazariegos, J. J., & Lomelí-Terán, M. (2012). Preeclampsia posparto. *Revista del Hospital Juárez de México*, 79(3), 174-178. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju123g.pdf>
- Hernández Martín, C. (2016). El modelo de virginia Henderson en la práctica enfermera. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711>
- INEC. (2018). *Registro Estadístico de camas y egresos hospitalarios del 2017*. Quito: INEC.
- Jácome Galeas, J. E., & Simi Castro, C. G. (2018). *Intervenciones de enfermería en las actividades básica del adulto mayor en el centro gerontológico de la ciudad de quevedo de la provincia de los ríos, primer semestre del 2018*. babahoyo: utb.
- Jano.es [Publicación en un blog]. (2018, 26 abril). Recuperado 21 agosto, 2019, de <https://www.jano.es/noticia-fumadoras-durante-el-embarazo-preeclampsia-10019>
- Jasovic-Siveska, E., Jasovic, V., & Stoilova, S. (2011). Previous pregnancy history, parity, maternal age and risk of pregnancy induced hypertension. *Bratisl Lek Listy*, 112(4), 188-91. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Emilija\\_Jasovic-Siveska/publication/51139407\\_Previous\\_pregnancy\\_history\\_parity\\_maternal\\_age\\_and\\_risk\\_of\\_pregnancy\\_induced\\_hypertension/links/02faf4f58e65967d24000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Emilija_Jasovic-Siveska/publication/51139407_Previous_pregnancy_history_parity_maternal_age_and_risk_of_pregnancy_induced_hypertension/links/02faf4f58e65967d24000000.pdf)
- Kemmer, L. F., & Paes da Silva, M. J. (2007). La visibilidad del enfermero según la percepción de los profesionales de comunicación. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- La Rosa, Mauricio, & Ludmir, Jack. (2014). Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 373-378. Recuperado en 20 de agosto de 2019, de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400013&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400013&lng=es&tlng=pt).

- Leung, A. A., Nerenberg, K., Daskalopoulou, S. S., McBrien, K., Zarnke, K. B., Dasgupta, K., ... & Bolli, P. (2016). Hypertension Canada's 2016 Canadian hypertension education program guidelines for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(5), 569-588. Recuperado de: [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(16\)00192-6/pdf](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(16)00192-6/pdf)
- Lowe, S. A., Bowyer, L., Lust, K., McMahon, L. P., Morton, M., North, R. A. & Said, J. M. (2015). SOMANZ guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55(5), e1-e29. Recuperado de: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajo.12399>
- Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E., von Dadelszen, P., Audibert, F. & Firoz, T. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(5), 416-438. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216315305880>
- Magee, L., Helewa, M., Moutquin, J., & Dadelszen, P. (2014). *Hypertension Guideline Committee; Strategic Training Initiative in Research in the Reproductive Health Sciences (STIRRH) Scholars. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pr.* Massachusetts: Obstet Gynaecol.
- Martínez-Peña Ruiz, A. (2014). Propuesta de implantación de plan de cuidados estandarizado en las amenazas de parto pretérmino. Recuperado de: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/7808>
- Maynard, S. (2016). Hypertension in Pregnancy. In *Core Concepts in Hypertension in Kidney Disease* (pp. 107-132). Springer, New York, NY. Recuperado de: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-6436-9\\_6](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-6436-9_6)
- Mayo Clinic. (2018). *Preeclampsia posparto*. Mayo Clinic.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente Normativo Materno Neonatal. (Online). Recuperado de:

<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica clínica (GPC). Segunda edición*. Quito: El Telégrafo EP.

Mona, D. E. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a primigesta con embarazo de 40 semanas de gestación con preeclampsia severa*. Babahoyo.

Morgan-Ortiz, F., Calderón-Lara, S. A., Martínez-Félix, J. I., González-Beltrán, A., & Quevedo-Castro, E. (2010). Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(03), 153-159. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>

Morton, A. (2016). Imitators of preeclampsia: a review. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, 6(1), 1-9. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210778915300362>

Montenegro Rosales, C. E. (2018). Proceso de atención de enfermería en pacientes con factores de riesgo para preeclampsia severa en post cesárea. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/11932/1/MONTENEGRO%20ROSALAS%20CELENA%20ELIZABETH.pdf>

Navarro Sudario, A. G. (2019). *Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente de 32 años embarazada con diagnóstico de preeclampsia*. Babahoyo: UTB.

Noguera Ortiz, N. Y. (2009). Temas Libres: Intervención de Enfermería a la Paciente con Diagnóstico de Preeclampsia. *Revista de actualizaciones en enfermería*, 13(2). Recuperado de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/vole-132/intervenciondeenfermeria/>

OMdl, S. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. *World Health Organization*, 1, 1-38. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119742/WHO\\_RHR\\_14.17\\_spa.pdf;jsessionid=BBE5384AB02E7A48F17471A8989AC5C0?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119742/WHO_RHR_14.17_spa.pdf;jsessionid=BBE5384AB02E7A48F17471A8989AC5C0?sequence=1)

- Ortiz Martínez, Roberth, Rendón, Cesar Augusto, Gallego, Cristal Ximena, & Chagüendo, José E. (2017). Hipertensión/preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 219-231. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200013>
- Oviedo, G., & Jordán, V. (2016). *Trastornos afectivos posparto*. México: Universitas Medica.
- Podymow, T., & August, P. (2010). Postpartum course of gestational hypertension and preeclampsia. *Hypertension in pregnancy*, 29(3), 294-300. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10641950902777747>
- Raheem, I. A., Saaid, R., Omar, S. Z., & Tan, P. C. (2012). Oral nifedipine versus intravenous labetalol for acute blood pressure control in hypertensive emergencies of pregnancy: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(1), 78-85. Recuperado de: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2011.03151.x>
- Regitz-Zagrosek, V., Roos-Hesselink, J. W., Bauersachs, J., Blomstrom-Lundqvist, C., Cifkova, R., De Bonis, M., ... & Lang, I. M. (2019). 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*, 77(3), 245-326.
- Rosales Guitiérrez, R. (2016). Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia de inicio tardío en las gestantes atendidas en el Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el período Julio 2014 A julio 2015. Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/769>
- Salas, B., Yépez, E., & Freire, E. (2014). *Componente Normativo Materno Neonatal*. Quito: MSP.
- Sibai, B. M. (2017). Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 206(6), 470-475. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937811011550>

- Sibai, B. M., & Stella, C. L. (2017). Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(5), 481-e1. Recuperado de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937808008661>
- Toirac Lamarque, Abelardo Salvador, Pascual López, Viviana, Deulofeu Betancourt, Mastrapa Cantillo, Kenia, & Torres González, Yamilet. (2010). Hipertensión arterial durante el embarazo, el parto y el puerperio. *MEDISAN*, 14(5)  
Recuperado en 18 de agosto de 2019, de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192010000500013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192010000500013&lng=es&tlng=es).
- Valdés Yong, Magel, & Hernández Núñez, Jónathan. (2014). Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(3), 307-316. Recuperado en 22 de agosto de 2019, de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572014000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300005&lng=es&tlng=es).
- Villar, J., & Say, L. (2015). Eclampsia and preeclampsia: a worldwide health problem for 2000 years. In Critchley H, Maclean A, Poston L, Walker J, eds. *Preeclampsia*. RCOG, London.

## Anexo 1. Matriz de contingencia

| Problema General   | Objetivo General   | Hipótesis General  |
|--|--|--|
| <p>¿Cómo inciden las intervenciones de enfermería en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo comprendido desde mayo a septiembre de 2019?</p>           | <p>Determinar la incidencia de las intervenciones de enfermería en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo comprendido desde mayo a septiembre de 2019.</p> | <p>Si se aplicaran las intervenciones de enfermería con la calidad requerida, en las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, se podría disminuir la incidencia de esta grave patología en dichas pacientes.</p> |
| Problemas Derivados  | Objetivos Específicos  |  |
| <p>¿Cuál es el comportamiento de las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo establecido en el estudio?</p>   | <p>Describir el comportamiento de las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo establecido en el estudio.</p>  |  |
| <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con la incidencia de preeclampsia en las pacientes posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar en el período de tiempo comprendido en el estudio?</p> | <p>Identificar los factores de riesgo que se relacionan con la incidencia de preeclampsia en las pacientes posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar en el período de tiempo comprendido en el estudio.</p>     |  |
| <p>¿Cómo son las intervenciones que brinda el personal de enfermería a las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar en el período de tiempo establecido en el estudio?</p>        | <p>Analizar las intervenciones que brinda el personal de enfermería a las pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar en el período de tiempo establecido en el estudio.</p>             |  |

**Anexo 2.** Información a los pacientes con preeclampsia posquirúrgica sobre el Proyecto de Investigación.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Intervenciones de enfermería y su incidencia en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar, periodo mayo a septiembre 2019.

**Estimado (a) Sr/Sra.**

**Introducción/objetivo:**

Los egresados pertenecientes a la Universidad Técnica de Babahoyo de la Facultad de Ciencias de la salud, Escuela de Salud y Bienestar, Carrera de Enfermería, pretenden realizar un estudio en su comunidad como requisito académico para optar por el título de Licenciado(a) en Enfermería. El proyecto tiene como objetivo determinar la incidencia de las intervenciones de enfermería en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo comprendido desde mayo a septiembre de 2019.

**Procedimiento:**

Si Ud. acepta participar en el estudio se le realizaran algunas preguntas a través de un cuestionario sobre algunos aspectos personales, sociales y familiares.

**Beneficios directos:**

No recibirá ningún pago por el estudio, como tampoco implicará costo alguno para Ud.

**Confiabilidad:**

Toda información que proporcione será concebida como confidencial, será utilizada estrictamente para la investigación y no estará disponible para ningún otro propósito.

- El cuestionario quedará identificado por un número.

Los resultados del estudio serán publicados sólo con fines científicos, pero omitiendo la identidad de cada una de las personas participantes.

**Riesgos potenciales:**

No existen riesgos potenciales que implican su participación. Si alguna pregunta le incomoda tiene el derecho de no responderla.

**Participación voluntaria:**

Ud. está en todo su derecho de participar o no en el proyecto de investigación.

Muchas gracias

**Anexo 3.** Consentimiento informado.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Intervenciones de enfermería y su incidencia en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar, periodo mayo a septiembre 2019.

Los objetivos y procedimientos del Proyecto de Investigación me han sido explicados claramente y he comprendido toda la información.

Acepto participar en la investigación.

Yo \_\_\_\_\_, acepto en toda libertad participar en este Proyecto de Investigación.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



**Anexo 4.** Declaración de las investigadoras sobre la firma de consentimiento informado.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

### **DECLARACIÓN SOBRE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Declaración de las investigadoras del proyecto que llevarán a cabo la entrevista sobre el consentimiento informado:**

Hemos explicado cuidadosamente en qué consiste la investigación a la persona arriba mencionada y estaremos presente cuando estos llenen el documento de consentimiento informado.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo 5.** Cuestionario dirigido a pacientes con úlcera por presión.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:** Intervenciones de enfermería y su incidencia en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar, periodo mayo a septiembre 2019.

**OBJETIVO:** Determinar la incidencia de las intervenciones de enfermería en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo comprendido desde mayo a septiembre de 2019.

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA  
POSQUIRÚRGICA.**

**I. Datos sociodemográficos.**

1. Edad: \_\_\_\_ (en años cumplidos).

2. Nivel de instrucción.

Primaria                    ( )

Secundaria                ( )

Superior                    ( )

Ninguna                    ( )

3. Nivel de ingresos económicos.

Bajo (< 386 dólares) ( )

Medio (de 387 a 899 dólares) ( )

Alto ( $\leq$ 900 dólares) ( )

4. Hábitos nocivos:

Tabaco ( )

Alcohol ( )

Otras drogas ( )

5. Valoración nutricional:

Peso: \_\_\_\_\_ kg      Talla: \_\_\_\_\_ cm      IMC: \_\_\_\_\_

6. Número de gestaciones:

Primigesta (0 gestas anteriores) ( )

Multigesta (1 o más gestas anteriores) ( )

7. Antecedentes familiares de preeclampsia.

**SINO**

( )

( )

8. Antecedente hipertensivo.

- Sin antecedentes ( )
- HTA crónica ( )
- Preeclampsia previa ( )
- Hipertensión gestacional ( )
- Otro ( )

9. Enfermedades asociadas.

- Diabetes Mellitus ( )
- Nefropatías ( )
- Vasculopatía ( )
- Otras ( )

**II. Intervenciones de enfermería.**

|  | <b>Siempre</b> | <b>A veces</b> | <b>Nunca</b> |
|--|----------------|----------------|--------------|
| <b>Intervenciones de enfermería.</b>   |                |                |              |
| 10. ¿Controla funciones vitales cada hora?                                   | _____          | _____          | _____        |
| 11. ¿Administra medicación antihipertensiva?                                 | _____          | _____          | _____        |
| 12. ¿Mantiene el tratamiento antihipertensivo y preventivo de la convulsión? | _____          | _____          | _____        |
| 13. ¿Realiza balance hídrico?  | _____          | _____          | _____        |
| 14. ¿Cuantifica la diuresis?   | _____          | _____          | _____        |

15. ¿Vigila si la paciente presenta edema?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

16. ¿Observa si hay signos o síntomas de retención urinaria?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

17. ¿Detecta pronto los signos de sangrado si existen?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

18. ¿Valora la cantidad de loquios (cantidad y consistencia)?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

19. ¿Determina el conocimiento del paciente sobre la medicación?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

20. ¿Permanece con la paciente para fomentar seguridad y disminuir los miedos?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

21. ¿Instruye a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

22. ¿Vigila los apósitos de la herida operatoria?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

23. ¿Brinda educación sobre los cuidados post operatorios?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

24. ¿Educar a la paciente sobre la importancia de los masajes uterinos enseñarle la técnica para que se los realice?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

25. ¿Ayuda con los autocuidados: baño/higiene?

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

**Anexo 6. Evidencias fotográficas.**

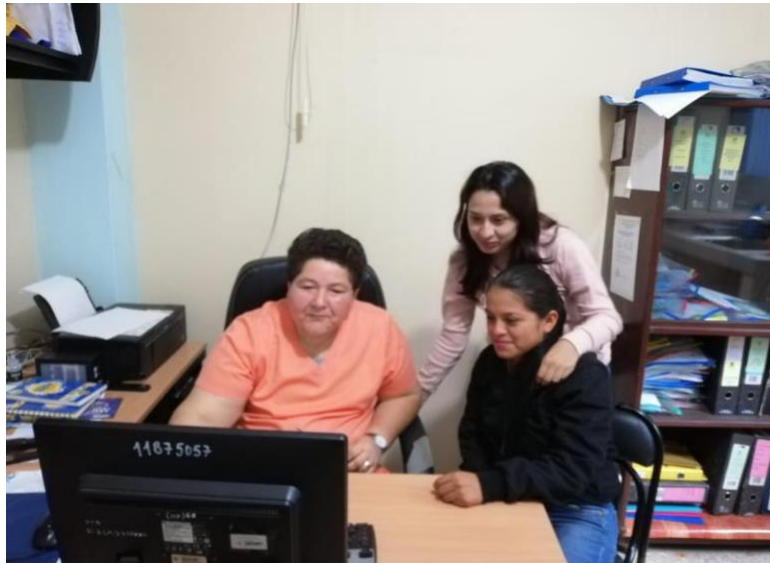


Figure 1. seguimiento del proyecto de investigación.



Figure 2. Realizando encuesta al personal de enfermería.



Figure 3. Encuesta a las pacientes .



Figure 4. Charla sobre el autocuidado.







UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA



Babahoyo, 28 de junio de 2019

Lcda. Mónica Acosta

**COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**


Presenta -

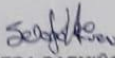
De nuestras consideraciones:


Por medio de la presente, nosotros **ALBAN BOSQUEZ RUTH PAOLA** con C.I. **0202092458** y **RIVERA PAZMIÑO SELENA ROCIO** con C.I. **125010280-1** egresadas de la Escuela de Salud y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo nos dirigimos a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda se nos facilite un Certificado dirigido Dra. Mariela Navas Directora del Hospital para que ella a su vez nos facilite el ingreso al Hospital General Alfredo Noboa Montenegro para poder adquirir datos y que se nos permita realizar una encuesta a las pacientes de mencionado hospital, con el fin de realizar nuestro Proyecto de Investigación para el periodo de titulación de mayo – septiembre 2019 cuyo tema es : **"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN PACIENTES PREECLÁMATICAS POSQUIRURGICAS DEL ÁREA GINECOLÓGICA DEL "HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO" GUARANDA - BOLÍVAR, PERIODO MAYO A SEPTIEMBRE 2019.**

Esperando que mi petición tenga la acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente:

  
**ALBAN BOSQUEZ RUTH PAOLA**  
Ci. 020209245-8

  
**RIVERA PAZMIÑO SELENA ROCIO**  
Ci. 125010280-1

  
**DOCENTE TUTOR**  
**Dra. AYALA ESPARZA**  
**VERONICA ALEXANDRA**

Recibido  
28/06/2019  
22H 26



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



Babahoyo, Junio 27 del 2019.

**Oficio No. 020/ CARR-ENFER/2019.**

DRA. MARIELA NAVAS.  
**DIRECTOR A DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.**  
**Ciudad.-**

Reciba un cordial saludo de quienes hacemos la Coordinación de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En calidad de Coordinadora de la carrera de Enfermería me dirijo a usted de la manera más comedida, para solicitarle autorice el ingreso de las estudiantes:

**ALBAN BOSQUEZ RUTH PAOLA. CI: 0202092458**

**RIVERA PAZMIÑO SELENA ROCIO. CI: 125010280-1**

Egresados de la Carrera de Enfermería que se encuentran en el Proceso de Titulación Periodo Mayo- Septiembre del 2019, para recabar información de la Institución que acertadamente dirige, la misma que contribuirá en la elaboración del Proyecto de Investigación con el tema: **"INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN PACIENTES PREECLAMTICAS POSQUIRURGICAS DEL AREA GINECOLOGICA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO .GUARANDA – BOLIVAR, PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE 2019"**.

Con sentimiento de distinguida consideración y por el avance Académico de nuestra Facultad y Escuela.

**Atentamente,**

*Mónica Acosta Gaibor*  
Lcda. Mónica Acosta Gaibor, MSc.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA.**  
/FGA

**C.c.** Estudiantes  
Archivo.



*Mónica Acosta Gaibor*  
Revisado: Lcda. Mónica Acosta Gaibor

Elaborado por: Lcda. Francia Guerrero



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Salud y Bienestar**  
**Carrera de Enfermería**

Babahoyo 12 de agosto del 2019

A quien va dirigido  
Presente.

**De nuestras consideraciones:**

Nosotros, **SELENA ROCÍO RIVERA PAZMIÑO** con CI. **1250102801**, con código estudiantil EST-UTB 886 Y **RUTH PAOLA ALBÁN BOSQUEZ** con CI. **0202092458**, con código estudiantil EST-UTB 3131; egresadas de la carrera de Enfermería me dirijo a usted, para pedirle su colaboración para la validación de los siguientes instrumentos de investigación que será aplicado para la realización de nuestro trabajo investigativo titulado: **"INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN PACIENTES PREECLAMPTICAS POSQUIRURGICA DEL AREA GINECOLOGICA DEL HOPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. GUARANDA - BOLIVAR, PERIODO MAYO - SEPTIEMBRE 2019"**, El cual será presentado para obtención de nuestro título como Licenciadas en Enfermería Universidad Técnica de Babahoyo.

Los siguientes instrumentos están hechos con la finalidad de alcanzar el objetivo general del estudio que es

Determinar la incidencia de las intervenciones de enfermería en pacientes preeclámpticas posquirúrgicas del área ginecológica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, en el período de tiempo comprendido desde mayo a septiembre de 2019.

De antemano le reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente

SELENA ROCÍO RIVERA PAZMIÑO  
C.I 1250102801

RUTH PAOLA ALBÁN BOSQUEZ  
C.I 0202092458



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Salud y Bienestar**  
**Carrera de Enfermería**

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION DEL CONTENIDO**

**Estimado(a):**

Se le solicita que realice la validación del instrumento de recolección de datos que se encuentra adjunto, para lo cual debe marcar con una (X) en cada criterio según su opinión de experto en la materia.

Muchas gracias por su colaboración.

| CRITERIOS  | SI<br>(1) | NO<br>(0) | Observación |
|--|-----------|-----------|-------------|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X         |           |             |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.                             | X         |           |             |
| 3. Las estructura del instrumento es adecuada  | X         |           |             |
| 4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables               | X         |           |             |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento                            | X         |           |             |
| 6. Los ítems son claros y atendibles   | X         |           |             |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.  | X         |           |             |

Sugerencias:

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| Validado por: | C.I. 1202597298 |
| Profesión:    | Firma:          |

