



**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:

ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE
PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO LUCHA
OBRERA, BABAHOYO, LOS RIOS, MAYO - SEPTIEMBRE 2019

AUTORA:

SRTA. QUINGA CEDEÑO NATHALY PATRICIA

TUTORA:

LCDA. CONSUELO ALBAN MENESES, MSC

BABAHOYO – LOS RIOS- ECUADOR

2019

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio enseñándome a valorar todo lo que tengo.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Que gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero, gracias por los valores que me han llevado a alcanzar una gran meta. Los quiero mucho.

A mi Abuelita Nelly estoy muy feliz de tenerte a mi lado y ser mi fuerza, gracias por tu amor desde pequeña.

Tía Mayra por acompañarme incondicionalmente en todo, por estar conmigo cuando más la necesitaba por darme ánimos cuando los necesite por ser como una segunda madre para mí.

Que gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero, gracias por los valores que me han llevado a alcanzar una gran meta. Los quiero mucho.

A mis hermanos gracias por su apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también es de ustedes.

Nathaly Patricia Quinga Cedeño

AGRADECIMIENTO

Agradecer de manera muy importante a mi tutora de tesis la Lcda. Consuelo Alban, por tener paciencia, guiarme, orientarme, brindarme su tiempo y conocimientos para culminar con el proyecto de investigación, mil bendiciones.

La universidad me dio la bienvenida al mundo como tal, las oportunidades que me ha brindado son incomparables.

Nathaly Patricia Quinga Cedeño

TEMA

ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO LUCHA OBRERA, BABAHOYO, LOS RIOS, MAYO - SEPTIEMBRE 2019

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se actúa clínicamente luego de las 20 semanas de gestación. En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras razones de fallecimiento materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53% de todas las muertes maternas.

Objetivo: Identificar la relación existente entre las acciones de enfermería con la prevención de preeclampsia en embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.

Metodología: Se utilizó el método inductivo – deductivo, con enfoque cuali – cuantitativa, con estudio de campo, aplicada, descriptivo, transversal. Se emplearon técnicas de observación científica no estructurada y directa y encuestas, se aplicó como instrumento el cuestionario. Constituida por una muestra de 60 embarazadas.

Resultados: De las 60 embarazadas encuestadas obtuvo como resultado que el 53% si acude puntualmente a las consultas prenatales, pudiéndose notar que el 47% no acude a las consultas prenatales, existiendo un margen diferencial del 4%. Se evidencio que el 30% de las embarazadas conoce el dolor de cabeza como sintomatología de la preeclampsia, seguido por el 25% con hinchazón en los miembros inferiores. En un gran porciento los encuestados afirmaron no tener conocimiento sobre la preeclampsia con un resultado del 78%.

Conclusiones: Se llega a la conclusión de que hace falta más educación eficiente y oportuna por parte del profesional de enfermería, que realicen más visitas domiciliarias donde la embarazada sienta que cuenta con el personal del centro de salud y se pueda prevenir la patología.

Palabras clave: Embarazadas, preeclampsia, prevención, acciones de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia is a pregnancy-induced hypertensive disorder that acts clinically after 20 weeks of gestation. In Ecuador, preeclampsia and eclampsia are the first reasons of maternal death from 2006 to 2014, and represent 27.53% of all maternal deaths.

Objective: To identify the relationship between nursing actions and the prevention of preeclampsia in pregnant women who attend the Lucha Obrera Sub-Center of the Babahoyo canton of the Los Ríos province in May - September 2019.

Methodology: The inductive - deductive method was used, with a qualitative - quantitative approach, with a field study, applied, descriptive, transversal. Unstructured and direct scientific observation techniques and surveys were used, the questionnaire was applied as an instrument. Made up of a sample of 60 pregnant women.

Results: Of the 60 pregnant women surveyed, the result was that 53% if they attend prenatal consultations promptly, and it can be noted that 47% do not attend prenatal consultations, with a differential margin of 4%. It was shown that 30% of pregnant women know the headache as a symptom of preeclampsia, followed by 25% with swelling in the lower limbs. In a large percentage, respondents said they had no knowledge about preeclampsia with a result of 78%.

Conclusions: It is concluded that there is a need for more efficient and timely education by the nursing professional, to make more home visits where the pregnant woman feels she has the health center staff and the pathology can be prevented.

Keywords: Pregnant women, preeclampsia, prevention, nursing actions.

INDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | I |
| AGRADECIMIENTO | II |
| TEMA | III |
| RESUMEN..... | IV |
| ABSTRACT | V |
| INTRODUCCION..... | VI |
| CAPITULO I..... | 1 |
| 1. PROBLEMA..... | 1 |
| 1.1. Marco Contextual | 1 |
| 1.1.2. Contexto Internacional..... | 1 |
| 1.1.3. Contexto Nacional..... | 2 |
| 1.1.4. Contexto Regional..... | 2 |
| 1.1.5. Contexto Local y/o Internacional | 3 |
| 1.2. Situación Problemática..... | 4 |
| 1.3.1. Problema General..... | 6 |
| 1.3.2. Problema Derivados | 6 |
| 1.4. Delimitación de la Investigación | 6 |
| 1.5. Justificación | 7 |
| 1.6. Objetivos..... | 8 |
| 1.6.1. Objetivo General..... | 8 |
| 1.6.2. Objetivos Específicos | 8 |
| CAPITULO II..... | 9 |
| 2. MARCO TEORICO | 9 |
| 2.1. Marco teórico..... | 9 |
| Fisiopatología de la preeclampsia | 20 |
| Presentación clínica | 26 |
| 2.1.1. Marco conceptual | 40 |
| 2.1.2. Antecedentes investigativos | 41 |
| 2.2. Hipótesis..... | 44 |
| 2.2.1. Hipótesis general..... | 44 |
| 2.3. Variables..... | 45 |

| | | |
|-------------------|--|----|
| 2.3.1. | Variable Independiente | 45 |
| 2.3.2. | Variable Dependiente | 45 |
| 2.3.3. | Variable Interviniente | 45 |
| 2.3.4. | Operacionalizacion de las variables | 46 |
| CAPITULO III..... | | 48 |
| 3. | METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION | 48 |
| 3.1. | Método de investigación | 48 |
| 3.2. | Modalidad de investigación..... | 48 |
| 3.3. | Tipo de investigación | 48 |
| 3.4. | Técnicas e instrumentos de recolección de la información | 49 |
| 3.4.1. | Técnicas..... | 49 |
| 3.4.2. | Instrumentos..... | 50 |
| 3.5. | Población y muestra de investigación | 50 |
| 3.5.1. | Población..... | 50 |
| 3.5.2. | Muestra | 50 |
| 3.6. | Cronograma del proyecto | 51 |
| 3.7. | Recursos..... | 52 |
| 3.7.1. | Recursos humanos..... | 52 |
| 3.7.2. | Recursos económicos | 52 |
| 3.8. | Plan de tabulación y análisis | 53 |
| 3.8.1. | Base de datos..... | 53 |
| 3.8.2. | Procesamiento y análisis de los datos..... | 53 |
| CAPITULO IV | | 54 |
| 4. | RESULTADOS DE LA INVESTIGACION..... | 54 |
| 4.1. | Resultados obtenidos de la investigación | 54 |
| 4.2. | Análisis e interpretación de datos | 68 |
| 4.3. | Conclusiones..... | 71 |
| 4.4. | Recomendaciones..... | 72 |
| CAPITULO V..... | | 73 |
| 5. | PROPUESTA ALTERNATIVA DE APLICACIÓN | 73 |
| 5.1. | Título de la propuesta de aplicación | 73 |
| 5.2. | Antecedentes..... | 73 |
| 5.3. | Justificación | 74 |
| 5.4. | Objetivos..... | 75 |
| 5.4.1. | Objetivos generales..... | 75 |

| | |
|---|----|
| 5.4.2. Objetivos específicos..... | 75 |
| 5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación..... | 76 |
| 5.5.1. Estructura general de la propuesta..... | 77 |
| 5.5.2. Componentes | 78 |
| 5.6. Resultados esperados de la propuesta de aplicación | 78 |
| 5.6.1. Alcance de la alternativa | 78 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 79 |
| ANEXOS..... | 83 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Proceso de atención de enfermería, diagnostico 1 | 38 |
| Tabla 2. Proceso de atención de enfermería, diagnostico 2 | 39 |
| Tabla 3. Proceso de atención de enfermería, diagnostico 3 | 39 |
| Tabla 4. Operacionalizacion de las variables | 46 |
| Tabla 5. Cronograma del proyecto | 51 |
| Tabla 6. Recursos humanos..... | 52 |
| Tabla 7. Recursos económicos | 52 |
| Tabla 8. Edad..... | 54 |
| Tabla 9. Nivel socioeconómico..... | 57 |
| Tabla 10. Controles prenatales | 61 |
| Tabla 11. Sintomatología de la preeclampsia..... | 64 |
| Tabla 12. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación | 76 |

INDICE DE GRAFICOS

| | |
|---|----|
| Grafico 1. Nivel de educación..... | 55 |
| Grafico 2. Estado civil..... | 56 |
| Grafico 3. Número de hijos..... | 58 |
| Grafico 4. Complicación durante el embarazo..... | 59 |
| Grafico 5. Consultas prenatales | 60 |
| Grafico 6. Padecimiento de preeclampsia | 62 |
| Grafico 7. Conocimiento sobre la preeclampsia | 63 |
| Grafico 8. Antecedentes de preeclampsia..... | 65 |
| Grafico 9. Charlas sobre la preeclampsia | 66 |
| Grafico 10. Visitas domiciliarias..... | 67 |

INTRODUCCION

A nivel mundial, los trastornos hipertensivos conforman una de las complicaciones más habituales del embarazo y son causantes de un considerable porcentaje de morbimortalidad tanto materna como perinatal, principalmente en los lugares de pocos recursos. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, resaltan la preeclampsia y la eclampsia como las causas primordiales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Ministerio de Salud Publica, 2016)

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se actúa clínicamente luego de las 20 semanas de gestación; la carencia de un manejo oportuno, lleva a eclampsia, por otro lado, la causa sigue desconocida y se asocia a inconvenientes de salud materna perinatal destacables. (Condo Baque, y otros, 2018)

La preeclampsia constituye un enorme inconveniente dentro del sector de salud gracias a las complicaciones que se presentan tienen la posibilidad de poner en una situación comprometedor la vida de la paciente como para el producto o dejando consecuencias considerables, en el aspecto social interviene la parte psicológica por la pérdida del recién nacido, por un prematuro con inconveniente o por una madre sentenciada a tomar antihipertensivos para siempre, y en la situación de los familiares por la pérdida de la madre e hijo. Todo lo mencionado provoca que pongamos atención frente a esta grave patología por las consecuencias nombradas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cree que la incidencia de preeclampsia es siete veces superior en los países desarrollándose que en los desarrollados. (Condo Baque, y otros, 2018)

En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras razones de fallecimiento materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53% de todas las muertes maternas. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Este estudio está enfocado en la línea de investigación de la Salud Sexual y Reproductiva siguiendo la sublínea por áreas de investigación Control Preconcepcional, Control Prenatal derivado del problema Morbilidad relacionada a las vías del parto, bajo el objetivo del milenio de mejorar la calidad de vida de la población, según las líneas de investigación de la Universidad Técnica de Babahoyo, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Salud y Bienestar, de la Carrera de Enfermería. (CIDE, 2018)

La importancia del estudio radica en ayudar a ofrecer conocimientos y así disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil, en donde son primordiales los cuidados que ofrece el personal de enfermería en la embarazada que con la fácil observación, entrevista correcta y un accionar eficaz y eficiente, se procura el confort del binomio madre e hijo. (Cedeño Macías N. , 2018)

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1. Marco Contextual

1.1.2. Contexto Internacional

Cada año, diez millones de mujeres presentan preeclampsia alrededor del mundo. A nivel mundial, 76,000 mujeres embarazadas mueren debido a la preeclampsia y los trastornos hipertensivos relacionados a ésta. Se estima que el número de recién nacidos que mueren al año por estos trastornos es de 500,000 por año. (Preeclampsia Foundation, 2014)

En una investigación ejecutada por la Organización Mundial de Salud, los disturbios hipertensivos son causantes por casi el 22% de la mortalidad materna en América Latina, 16% en África y 12% en Asia. (OPS, 2019)

En países en fuentes de progreso, una mujer tiene siete veces más posibilidades de desarrollar preeclampsia que una mujer que habita en un país desarrollado. De estas situaciones, entre el 10 y 25% de los casos terminaran en muerte materna. (Preeclampsia Foundation, 2014)

Para hacer mejor los cuidados en la salud materna en todo el mundo, los obstáculos que limitan el acceso a los servicios de cuidado maternal de excelente calidad tiene que ser identificadas y dirigidas en todos los escenarios de los sistemas de salud. La meta de la Fundación para la Preeclampsia tiene dentro la promoción de una importante conciencia y una mejor atención médica a nivel global, de ideas de la salud materna más extensas para el descubrimiento y cuidado de la patología, y de mejores sistemas de atención a la salud en todos los ámbitos,

mientras inducir el empoderamiento y la participación de las mujeres por medio de programas de educación eficaces sobre de la preeclampsia. (Preeclampsia Foundation, 2014)

1.1.3. Contexto Nacional

Ecuador consta con una población según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de 17 096 789 habitantes siendo este el país más reducido de América del Sur.

En Ecuador, las principales causas de muerte materna son la preeclampsia y eclampsia que abarcan desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas. (Ministerio de Salud Publica, 2016)

Según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública, las provincias donde sucedieron una cantidad superior de casos de muerte materna en el año 2013 son Guayas (31 casos), Pichincha (20 casos), Manabí (14 casos), Esmeraldas (12 casos), Chimborazo (11 casos). (El Diario. ec, 2015)

1.1.4. Contexto Regional

En el Ecuador, a diciembre de 2017, se registraron 150 casos de defunciones de mujeres durante el embarazo, parto y post-parto, según la Gaceta de Muerte Materna del Ministerio de Salud. El más grande porcentaje de mortalidad materna por lugar de residencia se encuentra en Guayaquil, Samborondón y Durán, alcanzando el 23,33% de todos los casos (35 casos); seguidos por Santa Elena, Bolívar, Los Ríos y Galápagos con el 15,33% (22 casos). (Ministerio de Salud Publica, 2017)

El índice de mortalidad materna permite determinar la calidad de atención de salud antes y, especialmente, durante y después del parto. Coloca de manifiesto la

capacidad de oferta de los servicios de salud, dentro de esto se encuentran las estrategias de salud como es el score mama que permite detectar el riesgo de los problemas obstétricos, el cual las mujeres embarazadas tienen el amplio acceso. Ya que agrupa los procesos obstétricos directos y las causas de mortalidad relacionadas directamente con el embarazo, el parto y posparto, como los trastornos hipertensivos entre ellos la preeclampsia. En el Ecuador, la tendencia de la mortalidad materna es desigual: se alternan períodos de incremento y descenso. En Los Ríos, recientemente la tasa de mortalidad materna es muy bajo a la del nivel nacional y su tendencia muestra sensibles niveles de descenso. De tal manera, es necesario observar con cautela los datos, ya que todavía es esencial mejorar la calidad de los registros y superar los serios problemas de subregistro. (Campuzano, 2006)

Para el Gobierno Nacional disminuir la mortalidad materna es un eje esencial dentro de las políticas del sector social; por esto en el Plan Nacional del Buen Vivir “reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos a 2021. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

1.1.5. Contexto Local y/o Internacional

Babahoyo Capital de la Provincia De los ríos, en el censo de 2010 tenía una población de 90.191 habitantes, lo que la transforma en la décimo séptima ciudad más poblada del país. La ciudad es el núcleo del área metropolitana de Babahoyo, la cual está conformada además por ciudades y parroquias rurales aledañas.

El subcentro de salud “Lucha Obrera” institución encargada de proporcionar atención primaria de salud, el mismo que ofrece servicios en medicina general, gineco – obstétrica, psicología, odontología, farmacia y enfermería y su horario de atención es de lunes a viernes, 8 horas diarias. Actualmente cuenta con el registro de 60 mujeres embarazadas que llevan a cabo sus controles prenatales en mencionada institución, de las cuales 2 sufren de preeclampsia y otras que presentan factores de riesgos, lo que manifiesta que se debe de estar atentos a los

cambios que nos indiquen una posible complicación; además el centro de salud ya nombrado ofrece atención de calidad y calidez, al momento que llegan las gestantes ya sea solo para controles o que presenten complicaciones dándoles la primera atención para evitar la morbilidad materna y deciden referirlas a una unidad de salud de un mayor nivel de atención para proteger la vida de la madre y del feto.

1.2. Situación Problemática

La preeclampsia constituye un inconveniente de salud pública porque influye de manera significativa en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la incidencia de preeclampsia es siete veces más grande en los países en desarrollo que en los subdesarrollados. (Vargas , Acosta, & Moreno, 2012)

La causa de mortalidad materna es un indicio de las condiciones de vida y protección sanitaria de una población y la integridad de las mismas sucede en países en vías de progreso (99%). La carencia de educación, nutrición correcta, sustento social y protección sanitaria se vinculan poderosamente con la mortalidad materna, siendo un indicio de desigualdad entre los ricos y los pobres. De esta forma, la mortalidad materna, prueba la inequidad de género, tanto en el acceso a la educación, la nutrición y la protección sanitaria. (Fescina , De Mucio, & Ortiz, 2012)

La presente investigación está orientada a la búsqueda científica de las acciones de enfermería que contribuyan a prevenir la preeclampsia a la que están expuestas las embarazadas del subcentro Lucha Obrera y además salvaguardar la vida de las 2 mujeres embarazadas que muestran preeclampsia, debido a que tiene la posibilidad de manifestar cambios que alteren el desarrollo de la gestación, tales como; parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento placentario, muerte materno – fetal que afecten de manera directa su calidad de vida.

1.3. Planteamiento del Problema

La preeclampsia (PE) es una complejidad multisistémica del embarazo, que afecta del 3 – 5% de todos los embarazos en todo el mundo, incrementando esta tasa hasta 10% en existencia de factores de riesgo y pertenece a las primordiales causas de morbilidad materna y fetal/neonatal en todo el mundo. (ROE Laboratorio Clínico)

La mortalidad materna adecuada a preeclampsia es alta, variando desde 1,5% hasta 2,9%, siendo las primordiales causas la hemorragia posparto, desprendimiento prematuro de placenta, coagulopatía, insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebral, síndrome HELLP y rotura del hematoma hepático. (Sanchez S. , 2014)

Aunque en países como Ecuador la salud es gratuita y el sistema de seguridad social da acceso a las mujeres a un procedimiento continuo a lo largo del embarazo, coexiste la falta de conocimiento y conciencia sobre los riesgos y reglamentos que las mujeres gestantes deben de realizar. Si las féminas no son sujetas a un rastreo, control y cuidados durante y después del tiempo de gestación, es seguro que si tienen preeclampsia, eclampsia, u otras patologías, este círculo se repita en los embarazos subsiguientes y por esto las cantidades sigan creciendo. (Altamirano, 2016)

El subcentro Lucha Obrera situado en el cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos, se encuentra ubicado en una zona donde se destaca el bajo nivel socioeconómico, cultural y educativo en los pobladores del territorio referido. Por todo antes exhibido el subcentro Lucha Obrera constituye un espacio donde los ciudadanos carecen de conocimientos y es más predispuesto a que las gestantes se vean perjudicadas con este problema, por lo cual existe la indispensable necesidad de realizar la presente investigación científica.

1.3.1. Problema General

¿Cómo se relacionan las acciones de enfermería con la prevención de preeclampsia en embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019?

1.3.2. Problema Derivados

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre la preeclampsia que tienen las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019?

¿Cuáles son los factores predisponentes de preeclampsia en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019?

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas que indican la presencia de preeclampsia en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019?

1.4. Delimitación de la Investigación

El presente estudio se lleva a cabo en el Subcentro Lucha Obrera ubicado en el Cantón Babahoyo de la Provincia de los Ríos, en una delimitación temporal comprendida desde Mayo hasta Septiembre del 2019.

Las unidades de observación que forman parte del proyecto de investigación son las embarazadas.

1.5. Justificación

A lo largo de las prácticas pre profesionales del internado rotativo se sembró una preocupación en la autora en relación a los inconvenientes de salud, que se suscitan en las mujeres embarazadas, de forma que se logre prevenir la preeclampsia por medio de acciones de enfermería que integren intervenciones eficaces para mejorar el estado de salud de las pacientes ofreciéndoles cuidados de calidad y calidez de una forma racional, lógica y sistemática para evadir futuras dificultades.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa primordial de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte de madres, fetos y recién nacidos. En Latinoamérica, una cuarta parte de los fallecimientos maternos se vinculan con estas dificultades. Entre los trastornos hipertensivos que dificultan el embarazo, resalta la preeclampsia y la eclampsia como las causas primordiales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

La preeclampsia es la manifestación hipertensiva más recurrente del embarazo, siendo esta una patología de una amplia dificultad, para lo que se necesita un manejo de prominente nivel de recurso técnico y humano. El diagnóstico de preeclampsia lleva implícita, siempre, la existencia de una disfunción orgánica que lleva a controlar los criterios de compromiso severo de todos los órganos vitales. Esta situación siempre fue considerada la base clínica para comprender la alta morbimortalidad del trastorno. (Petro, Bustamente, & Rubbiano, 2013)

Por tal razón se plantea como objetivo general Identificar como se relacionan las acciones de enfermería con la prevención de preeclampsia en embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.

El trabajo es viable y factible para que se pueda lograr debido a que se tiene apertura y apoyo del Subcentro Lucha Obrera de esta manera contribuir a la prevención de la preeclampsia, educando y concientizando a las mujeres embarazadas para disminuir la morbilidad materna – fetal.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Identificar la relación existente entre las acciones de enfermería con la prevención de preeclampsia en embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.

1.6.2. Objetivos Específicos

Establecer el grado de conocimiento sobre la preeclampsia que tienen las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.

Identificar los factores predisponentes de preeclampsia en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.

Establecer las manifestaciones clínicas que indican la presencia de preeclampsia en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Marco teórico

Embarazo

El embarazo es la etapa en la que esta una mujer que está gestando a un bebe, desde el instante en el que lo concibe hasta el parto. (Diaz, 2018)

Abarca todos los procesos fisiológicos de desarrollo y crecimiento del feto en el interior del útero materno, de esta forma como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos y también morfológicos que se generan en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el crecimiento del feto, como la suspensión de la menstruación o el incremento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (Martin, 2019)

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación. (Martin, 2019)

Etapas del embarazo

Primer trimestre

Primeras 12 semanas de embarazo, es aquel en el que menos cambios físicos externos se generan, mientras tanto por dentro se lleva a cabo la formación y el desarrollo del bebe, con la preparación corporal de la madre para hospedarlo y pertenece a las etapas más delicadas e importantes en el avance de la gestación. (Diaz, 2018)

En esta etapa del embarazo las mujeres muestran los primeros indicios como cansancio, presencia de sueño de manera muy recurrente, náuseas, rechazo algunos olores o sabores, prioridad por algunos comestibles. (Diaz, 2018)

Segundo trimestre

Pertenece a la semana 13 hasta la 26. A lo largo de estos meses las mujeres cambian claramente su apariencia aumentando considerablemente de peso. Los mareos y náuseas desaparecen, pero suelen incrementarse más la micción y las afecciones estomacales como la acidez gástrica. (Martin, 2019)

Desde el cuarto mes es viable descubrir el sexo del feto que ya tiene aspecto humano. El porcentaje de coincidencias es superior en la situación de los varones. El feto se cubre durante este tiempo de una clase de pelusa que se la conoce como lanugo. Su avance es vertiginoso, ya tiene precisamente formadas todas las partes de su cuerpo y empieza hacer movimientos. Su sistema inmunitario empieza a desarrollarse. Su alimentación se lleva a cabo por medio de la placenta. En el sexto mes puede medir cerca de 25 centímetros y tener uñas, pelo y poder a abrir los ojos. (Martin, 2019)

Se estima que a lo largo de este periodo de tres meses el feto empieza a adquirir la aptitud de escuchar los ruidos que se generan en el interior de su madre y más adelante los provenientes del exterior. (Martin, 2019)

Tercer trimestre

Empiezan desde la semana 27 hasta el desenlace. A lo largo del último trimestre la mujer consigue su peso más alto, muestra muchas veces edemas en las piernas, dolor de espalda y el consecuente cansancio. La presión del bebé se hace más intensa sobre el resto de órganos por lo cual las afecciones estomacales

incrementan, de esta forma como la frecuencia de la micción. Se experimenta además la sensación de falta de aire. (Martin, 2019)

Empiezan a sentirse las contracciones de Braxton Hicks. No son dolorosas, ya que únicamente se revelan con tensión y endurecimiento del abdomen. Son movimientos del útero preparatorios para el parto. El feto sigue creciendo, la grasa se lleva a cabo debajo de su piel. Los pulmones se van finalizando de conformar y de a poco incrementa su aptitud para respirar. (Martin, 2019)

A lo largo de este tiempo va a pasar del kilogramo a los tres o más de tres kilogramos que pesará al nacer. Su lanugo se caerá y se colará en posición invertida dispuesto a salir al exterior. (Martin, 2019)

Cambios fisiológicos durante el embarazo

El embarazo induce cambios en todos los sistemas fisiológicos maternos para ajustarse al feto que se está desarrollando. Es considerable abarcar bien las adaptaciones normales para detectar los cambios patológicos que tienen la posibilidad de poner en una situación comprometedoras en forma adversa tanto al feto como a la madre. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

Los cambios fisiológicos maternos y las modificaciones específicas que ocurren en el interior del útero, es con el objetivo de comprender como estos cambios protegen al ambiente fetomaterno y permitir un nacimiento habitual.. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

Aumento de peso

Se encuentra confirmado que el estado de nutrición de la mujer gestante influye en el bienestar del hijo que va a nacer. Este estado nutricional tiene relación

tanto al estado previo al embarazo como al embarazo mismo. Esto supone que la ganancia de peso debe ser la correcta a lo largo de cada mes. (Camacho Mackenzie, 1999)

Una indebida ganancia de peso a lo largo del embarazo tiene mucho que ver en el peso del lactante al nacer. Se conoce que el bajo peso al nacer, por retardo en el desarrollo intrauterino o por prematuridad, está asociado a un índice de mortalidad treinta veces más grande que en los niños con correcto peso al nacer. (Camacho Mackenzie, 1999)

En el final del embarazo, una mujer debe de haber incrementado aproximadamente, un total que oscilara entre 9 y 12 kilogramos, que corresponde con los 2500 o 3000 gramos que pesa el feto, los 1000 gramos que pesa la placenta, los 1000 gramos de líquido amniótico, los 1500 a 2000 gramos que pesa la sangre por la hipervolemia, los 1000 gramos de incremento del peso de las mamas y los 1000 gramos que corresponden al aumento del útero mientras sucede el embarazo. (Santiago Restoy, Frago Valls, & Saez Sesma, 2009)

Este incremento del peso y la distensión del vientre tienen la posibilidad de ocasionar estrías en la piel del abdomen. Comúnmente desaparecen después del parto, aunque tienen la posibilidad de mantenerse para toda la existencia. Por eso se sugiere la adecuada hidratación y el cuidado de la piel de esta zona mientras ocurre el embarazo. (Santiago Restoy, Frago Valls, & Saez Sesma, 2009)

Volumen y composición de la sangre

A lo largo del embarazo ocurre un incremento del volumen sanguíneo de hasta 45% luego de la semana 28. Este incremento de la volemia, tiene lugar a expensas del plasma, lo que otorga lugar a la anemia fisiológica mal llamada "dilucional". Este incremento de la volemia facilita que la gestante logre perder

gradualmente del 30 – 35% del volumen sanguíneo antes de que se muestren signos de hipovolemia. En esta circunstancia de “perdida compensada” por la adaptación fisiológica a la gestación, se disminuye la perfusión útero placentaria, logrando comprometerse la oxigenación fetal; cuando los signos maternos son admisibles, el feto puede estar en shock aunque la madre no lo este. En las situaciones de shock materno establecido, la mortalidad fetal consigue el 80%, por lo cual la mejor terapéutica para el feto, es la rápida y agresiva atención de la madre. (Cabero Roura & Saldivar Rodriguez, 2009)

Aparato cardiovascular

Se necesitan profundos cambios cardiovasculares a lo largo del embarazo para contemplar los requerimientos fetales de oxígeno y nutrientes y el incremento de la demanda de los aparatos y sistemas maternos. Varios de estos cambios tienen la posibilidad de detectarse en el primer periodo de tres meses, como la frecuencia cardíaca, el volumen minuto, el tono vascular y la tensión arterial. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

El incremento de la frecuencia cardíaca de 15 – 20 latidos por minuto en el último trimestre del embarazo, provoca que decaigan las cifras de presión arterial en unos 15 mmHg, desde el segundo trimestre. Luego de las 20 semanas de embarazo, el útero gravídico oprime la vena cava cuando la madre está en decúbito supino, este suceso provoca la disminución del retorno venoso, con el acompañamiento del descenso del gasto cardíaco, que suele ser en un 28%. (Cabero Roura & Saldivar Rodriguez, 2009)

El tono vascular cambia a lo largo el embarazo y crea una reducción de la tensión arterial sistémica. La distensibilidad venosa incrementa como resultado de numerosos factores circulatorios que incrementan la capacitancia y la estasis venosa. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

Además se evidencia un leve incremento del tamaño del corazón, debido a que queda apartado por el útero y un aumento de la frecuencia del pulso. Por eso, la necesidad de oxígeno de la mujer gestante es más grande. Con frecuencia presentara fatiga y ahogo. (Camacho Mackenzie, 1999)

Aparato respiratorio

A partir del segundo periodo de tres meses del embarazo, la PCO_2 materna llega a 30 mmHg por la acción de la progesterona sobre el centro respiratorio. El descubrimiento en la gestante de una PCO_2 de 40 mmHg o más, es signo de mala ventilación, con el consecuente peligro de padecimiento fetal. El desarrollo uterino otorga una elevación progresiva del diafragma y un ensanchamiento compensador de las costillas. Este acontecimiento incorporado a la hiperventilación que ya existe, incrementa el peligro de padecer neumotórax a tensión. (Cabero Roura & Saldivar Rodriguez, 2009)

Aparato digestivo

Existe un incremento de la acidez y de las secreciones gástricas, la motilidad del estómago desciende y se retrasa el vaciado, el tono del esfínter gastroesofágico se relaja y como resultado de todo lo expuesto, el peligro de bronco aspiración se incrementa a lo largo del embarazo. En la gestación avanzada, el intestino es desplazado hacia el abdomen superior y la distensión de la pared abdominal por el útero en desarrollo, reduce la sensibilidad a la irritación peritoneal. De la misma manera la motilidad del intestino delgado y grueso se reducen, ocasionando estreñimiento. Los niveles de fosfatasa alcalina incrementan considerablemente y las pruebas de función hepática se aumentan, aunque levemente. (Cabero Roura & Saldivar Rodriguez, 2009)

A lo largo de los tres primeros meses de embarazo, la mujer muestra recurrentes náuseas y vómitos ocasionado por las hormonas que protegen el embarazo, la progesterona y la HCG. (Santiago Restoy, Frago Valls, & Saez Sesma, 2009)

Cambios metabólicos

Los requisitos del feto a lo largo del embarazo causan que el metabolismo de la madre, se incremente durante el embarazo, de forma que aporte bastante energía para conformar novedosas células y nutrirlas de manera correcta. A lo largo la segunda mitad del embarazo se va a producir un incremento del 15% del gasto energético en la mujer. Para paliar este incremento, la mujer debe proveer más proporción de energía y de oxígeno a sus células. Para eso tendrá que aumentar las calorías ingeridas por medio de los alimentos y además va hacer más grande la proporción de aire inspirado y por consiguiente aumentara la frecuencia respiratoria. (Santiago Restoy, Frago Valls, & Saez Sesma, 2009)

Es común que la embarazada en su piel este más caliente y no sienta frio con simplicidad, más allá de que sea invierno. (Santiago Restoy, Frago Valls, & Saez Sesma, 2009)

Aparato urinario

La pelvis renal y los uréteres se agrandan parcialmente a lo largo del embarazo. Esta consecuencia es más destacado en el riñón y en el uréter derecho; la vejiga es desplazada y transformada en un órgano extra pélvico desde las 12 semanas de gestación y, si está llena, es más susceptible de padecer traumatismos por su posición intrabdominal. Estos cambios, generalmente, hacen más debil al sistema urinario frente a probables lesiones. (Cabero Roura & Saldivar Rodriguez, 2009)

Debido al incremento del volumen sanguíneo puede existir una incapacidad del riñón para descartar como corresponde estos líquidos, lo que genera una ligera inflamación de las piernas y los tobillos. Esta es una situación común del embarazo. (Santiago Restoy, Frago Valls, & Saez Sesma, 2009)

Aparato genital

El flujo sanguíneo uterino al término del embarazo es de aproximadamente 500 – 700 mL/min, que lo transforma en una potencial fuente de sangrado profuso en caso de padecer traumatismo, así sea directo o en tejidos circundantes de apoyo y en tejidos blandos; de tal forma que la lesión penetrante o no penetrante de la pelvis, puede ocasionar hemorragia intensa. De esta manera, el útero no es autorregulable y es incapaz de aumentar el flujo sanguíneo en respuesta a la reducción de la tensión arterial materna, lo que vuelve al feto más susceptible al padecer hipoxia y acidosis e incluso de llegar a la muerte cuando la hipotensión o el shock no se pudieron solucionar en el corto plazo. (Cabero Roura & Saldivar Rodriguez, 2009)

Otros cambios importantes

La hipófisis materna crece entre 30 – 50% y el estado de shock puede ocasionar necrosis de la misma las articulaciones sacro iliacas y la sínfisis púbica muestran espacios aumentados, lo que llega a confundirse con lesiones traumáticas o bien proporciona un más grande sangrado intrapelvico. (Cabero Roura & Saldivar Rodriguez, 2009)

En el segundo periodo de tres meses el feto se mantiene autónomo, teniendo mayor amplitud de desplazamiento y como amortiguador frente algún impacto, tiene

al líquido amniótico. En el último trimestre las paredes uterinas son delgadas por el desarrollo que ha alcanzado el feto, el cual por el momento no se moviliza libremente por mantenerse con la cabeza encajada en la pelvis. En esta etapa, la placenta se vuelve muy débil dado que consigue su más alto desarrollo y al no tener tejido elástico, está en vasodilatación máxima y muy sensible al estímulo por catecolaminas. Si la mujer sufre un trauma directo en esta etapa, la hematosis protectora del embarazo se revierte, lo que libera concentraciones altas de tromboplastina placentaria. (Cabero Roura & Saldivar Rodriguez, 2009)

Complicaciones del embarazo

Es común que mientras la mujer está embarazada sea propensa a padecer ligeras molestias sin importancia. Del mismo modo, hay situaciones en las que pueden manifestarse determinadas alteraciones o complicaciones más riesgosas que solicitan la debida intervención médica. (elbebe.com, s.f.)

También si la mujer corresponde a un grupo de peligro, como si la alteración se presenta sin anunciarse, su embarazo será de un prominente riesgo. Será indispensable un control más riguroso tanto de la salud de la madre como la del feto. (elbebe.com, s.f.)

Se encuentran determinados signos de alarma que la mujer gestante debe informar a su ginecólogo de forma urgente, debido a que se podría considerar una complejidad peligrosa para la que un tratamiento precoz es de gran importancia. (elbebe.com, s.f.)

Si se da la aparición de alguno de estos síntomas, debe avisar a su médico:

- Hemorragias vaginales
- Interrupción del embarazo por aborto espontáneo o natural.
- Amenaza de parto pretérmino en el embarazo.
- Desprendimiento de placenta en el embarazo.

- Diabetes gestacional en la embarazada.
- Embarazo ectópico o extrauterino.
- Retraso en el crecimiento intrauterino.
- Incompatibilidad de los grupos sanguíneos en el embarazo.
- Infección del tracto urinario en la embarazada.
- Placenta previa durante el embarazo.
- Hipertensión durante el embarazo.
- Preemclapsia en el embarazo.
- Eclampsia en el embarazo. (elbebe.com, s.f.)

Preeclampsia

En su inicio, la preeclampsia es un trastorno de la placenta, que afecta tanto sobre la madre como sobre el feto, ocasionando dos síndromes: materno y fetal. El síndrome materno es el resultado de una variación difusa de la función endotelial, que induce trastornos circulatorios generalizados en el organismo materno. El síndrome fetal tiene su contribución debido a la carencia de aporte de las necesidades alimenticias y respiratorias fetales de parte de la placenta. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

La preeclampsia es un trastorno exclusivo del embarazo, que se lleva a cabo luego de la 20 semana de gestación, a lo largo del parto o el puerperio inmediato. Es subjetivamente recurrente y potencialmente riesgoso tanto para la madre como para el feto, logrando inclusive poner en peligro la vida de los dos. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

La hipertensión y la proteinuria inducidos por el embarazo son las anormalidades más sencillas de observar, por lo cual conforman los signos comunes usados en todas las definiciones del trastorno. De esta forma, la preeclampsia se define comúnmente como el comienzo agudo de hipertensión, proteinuria y edema en la segunda mitad del embarazo en una mujer que fue antes normotensa y cuyo estado clínico fue satisfactorio. No obstante el trastorno es

muchísimo más polimórfico y variable en su presentación clínica, logrando perjudicar a la práctica totalidad de los órganos maternos (hígado, coagulación y sistema nervioso), además de ocasionar retardo de desarrollo en el feto. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Etiología de la preeclampsia

La causa de la preeclampsia sigue sin resolverse, lo que demuestra por qué todos los tratamientos empleados son sintomáticos y empíricos. Más allá de que se han sugerido diversas razones, ninguna obtuvo la aceptación general. (Niswander, 1987)

Se ha propuesto que la preeclampsia puede estar condicionada por una respuesta inmunológica que se produce en la madre frente a proteínas fetales o endoxitocinas placentarias. Varios autores han considerado la afectación renal como aspecto iniciador en el avance de la patología. Hay algunas pruebas de que el trastorno puede deberse a la liberación de material tromboplástico de la placenta en la circulación general, que conduzca a una coagulación intravascular diseminada; efectivamente en la preeclampsia se produce un depósito de material fibrinoide en varios órganos. (Niswander, 1987)

Además se ha considerado como aspecto etiológico de la preeclampsia la presencia de algunas anomalías en el sistema renina - angiotensina y en la secreción de aldosterona. La actividad de la renina en plasma es inferior en la preeclampsia que en el embarazo común, pero en la angiotensina puede incrementar la reacción arteriolar. La secreción de aldosterona es inferior o habitual en la preeclampsia, la cual no explica aparentemente la retención del sodio, tan particular del trastorno. (Niswander, 1987)

Otras causas a la que se asigna con continuidad a la preeclampsia son:

- Incremento del índice tromboxano: prostaciclina que puede dar lugar a vasoconstricción, hipertensión y cambios de los órganos finales.
- Invasión anómala de trofoblasto.
- Mala adaptación cardiovascular.
- Incremento de los peróxidos lipídicos circulantes, que pueden inhibir el óxido nítrico endógeno, un vasodilatador, causando así vasoconstricción e hipertensión.
- Lesión de la célula endotelial, cuyo agente causal todavía no se ha identificado.
- Vasculitis debida a inmunocomplejos circulantes, a pesar de que las pruebas que lo respaldan todavía no son indicativas. (Cloherty , Eichenwald, & Stark, 2007)

Fisiopatología de la preeclampsia

La preeclampsia realiza considerables cambios fisiopatológicos (morfológicos y funcionales) que, en general podemos agrupar en tres niveles diferentes. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Patología placentaria primaria

En su inicio la preeclampsia es una patología trofoblastica y no un trastorno del sistema hemodinámico, renal y también endotelial, a pesar de que los procesos que afectan a estos sistemas pueden ser considerables para su evolución. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Ambas lesiones placentarias características (placentación deficiente y aterosclerosis aguda de las arterias espirales) no son particulares de este trastorno, ya que además tienen la posibilidad de ocurrir en el retardo del desarrollo fetal con inexistencia del trastorno materno. Estas lesiones placentarias suceden bastante antes de que la preeclampsia llegue a expresarse clínicamente. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Patología secundaria

Determinada por la repercusión materna y fetal de la patología placentaria primaria, por medio de la lesión endotelial y la respuesta inflamatoria sistémica materna. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Sistema cardiovascular

La reactividad vascular frente a agentes vasoconstrictores exógenos (vasopresina, catecolaminas, angiotensina II) esta reducida en un embarazo habitual frente a mujeres no embarazadas. Por el opuesto, las mujeres con preeclampsia tienen una más grande reactividad vascular, ocasionado por el desequilibrio entre el tromboxano y la prostaciclina. Esta mayor sensibilidad a los agentes vasopresores circulantes normales origina un vasoespasmo generalizado, a consecuencia del cual se produce la hipertensión. Este vasoespasmo ayuda a que disminuya la perfusión de los distintos órganos maternos, la cual se piensa que es el origen de la alteración de la función orgánica que muestran las mujeres con preeclampsia. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Hemorreologia

En la preeclampsia no se produce la propagación fisiológica del volumen plasmático, estando este reducido frente a embarazo habitual. Esto hace una hemoconcentración. Esta reducción se debe fundamentalmente a la hipoalbuminemia característica de este trastorno, la cual ocasiona una reducción de la presión osmótica coloidal que estimula la extravasación del líquido desde el compartimiento vascular (hipovolemia) al espacio intersticial (edema). (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Sistema renal

La afectación renal establece uno de los hallazgos más permanentes, porque el endotelio glomerular es principalmente sensible. La existencia de proteinuria sugiere patología avanzada, asociada a peor pronóstico que si no la hay. La lesión anatomopatológica renal característica es la endoteliosis glomerular. El fallo renal está provocado por una obstrucción glomerular secundaria al vasoespasmo, la endoteliosis y fenómenos de microtrombosis, impidiendo con ello la filtración de sangre en orina. Por consiguiente el inconveniente primario no es una depleción de volumen. Además se produce una variación del sistema renina - angiotensina – aldosterona, estando los niveles de renina y angiotensina aumentados en el embarazo habitual y reducidos en la preeclampsia. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

La enfermedad renal además hace una hiperuricemia por incremento de la reabsorción y reducción de la secreción tubular. Esta por lo general es un descubrimiento precoz, que produce al inicio de la proteinuria y es servible para el diagnóstico en esta etapa. Acorde incrementa el ácido úrico plasmático, la concentración plasmática de urea y creatinina al inicio están inalteradas, tendiendo a incrementar lentamente luego de que la proteinuria se haya hecho aparente. Además hay retención de sodio e hipocalciuria. La hiperuricemia se asocia a peor pronóstico fetal. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Coagulación

En un embarazo común, el nivel de las plaquetas no varía o se disminuye sutilmente por la hiperagregabilidad plaquetaria, con secuestro de plaquetas en la pared vascular. Estos cambios se exageran en algunos, pero no todas las situaciones de preeclampsia, ocasionando na trombocitopenia progresiva. Las modificaciones plaquetarias conforman un descubrimiento inconstante del trastorno. En cualquier situación, la reducción de la cantidad de plaquetas puede ser un signo precoz del comienzo de la preeclampsia. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Afectación fetal

La alteración de la circulación útero – placentaria perjudica a las funciones placentarias que mantienen al feto. La mortalidad perinatal es elevada y causa otras complicaciones: prematuridad, *abruptio placentae*, insuficiencia placentaria y retardo del desarrollo fetal. Es la causa más relevante de retardo del desarrollo en fetos únicos sin anomalías congénitas. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Patología terciaria

Solo sucede bajo ciertas situaciones y es la consecuencia de una alteración extrema de los cambios patológicos secundarios que deriva en la aparición de una enfermedad nueva, las llamadas crisis o dificultades preeclámpticas, muy riesgosas para la madre y el feto. Esta patología terciaria es la que puede llegar a provocar la muerte materna o fetal. La preeclampsia y la eclampsia son la causa más relevante de muerte materna, la cual suele producirse por una hemorragia cerebral por una eclampsia o por la afectación hepática (segunda dificultad más dañina luego de la eclampsia). (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Otras dificultades cerebrales tienen dentro ceguera cortical transitoria (por vasoespasmo), fotopsias, escotomas, hemorragias retinianas y desprendimiento de retina. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

El edema puede llegar a provocar patología terciaria bien con apariencia de complicaciones respiratorias por edema laríngeo, edema pulmonar; o bien como edema cerebral, el cual probablemente es causa de por lo menos algunos casos de eclampsia. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Otra viable dificultad es la hemolisis microangiopática. Los trastornos graves de la coagulación en la preeclampsia se asocian más que nada a la enfermedad

hepática, que constituye un riesgoso trastorno llamado síndrome de HELLP. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Clasificación de la preeclampsia

La clasificación empleada es la siguiente:

Preeclampsia leve

- ❖ Se caracteriza por una presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg y una presión arterial diastólica igual o mayor de 90 mmHg en 2 ocasiones separadas por 6 horas después de las 20 semanas de edad gestacional en una mujer que no presenta antecedentes de hipertensión crónica antes del embarazo.
- ❖ Proteinuria de 0.3 gramos o superior en una muestra de orina de 24 horas o proteinuria de 2+ en el examen cualitativo o el análisis de orina.
- ❖ Se puede identificar edema e incremento abundante de peso en la preeclampsia pero no son necesarios para corroborar su diagnóstico. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

Preeclampsia grave

- ❖ Presión arterial sistólica igual o mayor de 160 mmHg en 2 ocasiones separadas por 6 horas.
- ❖ Presión arterial diastólica igual o mayor de 110 mmHg en 2 ocasiones separadas por 6 horas.
- ❖ Proteinuria de 5 gramos o más en una muestra de orina de 24 horas.
- ❖ Oliguria de 500 ml o menos en 24 horas.
- ❖ Alteraciones cerebrales o visuales, como escotomas, diplopía o ceguera, cefaleas graves persistentes.
- ❖ Dolor epigástrico/dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.
- ❖ Edema de pulmón.

- ❖ Pruebas anormales de función hepática: concentración de aspartato aminotransferasa (AST) o de alanina aminotransferasa (ALT) aumentada más de 2 veces con respecto al límite superior para el laboratorio.
- ❖ Hemolisis microangiopática.
- ❖ Trombocitopenia (recuento plaquetario $< 100.000/\text{mm}^3$).
- ❖ Disfunción hepatocelular.
- ❖ Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) u oligohidramnios. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

Eclampsia

La eclampsia se define como el desarrollo de convulsiones o coma en una mujer con Preeclampsia. La eclampsia se identifica en el periodo prenatal en el 75% de los casos y en el 25% restante se produce luego del parto. En ocasiones se diagnostica eclampsia antes de las 20 semanas de edad gestacional. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

La eclampsia postparto tardía se define como la que empieza más de 48 horas luego del parto pero menos de 4 semanas después. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

La eclampsia aparece entre el 0,5 y el 0,2% de todos los partos y se asocia con disfunción multiorgánica. Los componentes que determinan el nivel de disfunción incluyen el retardo en el tratamiento de la Preeclampsia y los factores obstétricos y médicos asociados. La eclampsia se asocia con una extensa diversidad de signos y síntomas, que varían desde hipertensión, hiperreflexia, proteinuria y edema generalizado. (Reece, Hobbins, & Gant, 2007)

Síndrome de HELLP

Significa hemolisis, incremento de las enzimas hepáticas y reducción del recuento de plaquetas. Representa una Preeclampsia avanzada asociada a

coagulación intravascular diseminada (CID) y refleja la lesión de los órganos finales sistémicos. Con frecuencia, el síndrome de HELLP se lleva a cabo sin hipertensión o proteinuria. (Cloherty , Eichenwald, & Stark, 2007)

Factores de riesgos de la preeclampsia

- Primigravidez.
- Antecedentes de preeclampsia.
- Raza negra.
- Edad avanzada (>35 años).
- Índice de masa corporal aumentada.
- Embarazo múltiple.
- Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, obesidad, afecciones renales, trastornos mentales).
- Problemas con un embarazo previo.
- Hijos anteriores con alguna malformación. (Sanchez S. , 2014)

Presentación clínica

El trastorno progresa desde un estadio preclínico, transitando por una etapa clínica asintomática en la segunda mitad del embarazo, hasta llegar a una etapa clínica sintomática y ocasionar numerosas dificultades posibles, de las que la eclampsia es únicamente una de ellas. La Preeclampsia va incrementando su progresión de una etapa a otra, siguiendo un curso siempre progresivo hasta el término del embarazo. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Fase preclínica

Abarcaría desde la placentación deficiente hasta que la isquemia trofoblástica y el estrés oxidativo de la placenta comenzaran a repercutir sobre el feto y la madre. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Fase clínica

En ella aparecen ya las repercusiones maternas y fetales. Suele evolucionar en los siguientes estadios clínicos:

- **Estadio 1:** Aparece hipertensión nueva pero sin proteinuria todavía. La mujer se halla totalmente asintomática. Pueden aparecer algunos de los signos acompañantes de la Preeclampsia como retardo del crecimiento fetal, hiperuricemia, entre otras. Este estadio tiene una duración variable que oscila entre dos semanas y tres meses y se puede controlar de forma ambulatoria. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)
- **Estadio 2:** Pese a que la mujer persiste asintomática, aparece por primera vez proteinuria (>0,3gr/24h) acompañada del resto de signos de la Preeclampsia. Tiene una duración media de dos - tres semanas y obliga al ingreso hospitalario. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)
- **Estadio 3:** Es el más corto, su duración oscila entre dos horas y tres días. Aparecen por primera vez síntomas premonitorios de complicaciones severas como cefalea frontal intensa, alteraciones visuales tipo migraña, hiperreflexia, dolor epigástrico agudo y oliguria. Los tres primeros síntomas implican riesgo inminente de eclampsia u otras complicaciones cerebrovasculares. La sintomatología digestiva es premonitoria de un Síndrome de HELLP u otras complicaciones hepáticas. Este estadio clínico con sintomatología obliga a finalizar de forma urgente el embarazo. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)
- **Estadio 4:** Crisis o complicaciones, debuta con la aparición de algunas de las complicaciones graves de la preeclampsia:
 - Eclampsia.
 - Ceguera transitoria.
 - Desprendimiento de retina.
 - Hemorragia cerebral aguda.
 - Insuficiencia renal aguda.
 - Síndrome de HELLP.
 - Infarto hepático.

- Rotura de la capsula hepática.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Edema agudo de pulmón.
- Abruption placentae.
- Asfixia y muerte fetal. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Exámenes complementarios de la preeclampsia

Hematológico: Se verifica si hay hemoconcentración mediante el recuento de hematocrito. (Holguin & Carvajal , 2018)

Renal: se detectara la presencia de proteinuria en una muestra de 24 horas. Se valorara la función renal mediante la creatinina, ya que esta con la urea y el nitrógeno ureico pueden elevarse de manera silenciosa. (Holguin & Carvajal , 2018)

Cardiovascular: mediante un electrocardiograma. (Holguin & Carvajal , 2018)

Coagulación sanguínea: Se evaluara el fibrinógeno, el tiempo parcial de tromboplastina y la protrombina para descartar una Coagulación intravascular diseminada. (Holguin & Carvajal , 2018)

También se indicara realizar: ultrasonido, para el registro de la actividad fetal y la medición de la frecuencia cardiaca fetal. (Holguin & Carvajal , 2018)

Amniocentesis: permite verificar la madurez pulmonar fetal, previa a la interrupción del parto. (Holguin & Carvajal , 2018)

Tratamiento de la Preeclampsia

No está indicado el reposo absoluto, la dieta hiposódica, el empleo de diuréticos (pueden incluso resultar peligrosos) o el uso de ansiolíticos. La hipertensión leve – moderada en la Preeclampsia no hace falta tratarla. Solo se aplicaran antihipertensivos en casos de hipertensión grave, por ejemplo, TA mayor o igual a 170/100 mmHg, cuyos episodios son los únicos que pueden resultar nocivos para la salud materna. Se realizara inicialmente un tratamiento agudo con hidralacina o labetalol endovenosos, para proseguir con un tratamiento oral de mantenimiento a largo plazo con alfametildopa, nifedipina o labetalol. Está contraindicado durante el embarazo el uso de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina. Tampoco es conveniente el uso prolongado de beta – bloqueantes. El descenso de la tensión arterial no debe ser brusco ni tampoco excesivo para no comprometer el flujo útero – placentario. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

En caso de signos y síntomas prodrómicos de eclampsia estadio 3, se iniciaría con profilaxis anticonvulsionante con sulfato de magnesio intravenoso. Este tratamiento es efectivo para prevenir una eclampsia, ya que reduce un 50% su prevalencia. Es decir, que no es capaz de detener una crisis convulsiva en curso, pero sí que evita que dichas convulsiones eclámpicas ocurran o se repitan. Hay que utilizar el sulfato de magnesio intravenoso con mucha precaución pues su sobredosificación puede ocasionar una parada respiratoria. Durante su uso se deben controlar los niveles de magnesemia, reflejos rotulianos, frecuencia respiratoria y diuresis, para evitar y diagnosticar de forma precoz su intoxicación, esta se trata con gluconato cálcico. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Prevención de la preeclampsia

A veces no es posible prevenir la preeclampsia, pero el objetivo primordial de la vigilancia prenatal de las gestantes es identificar esta enfermedad con sus estadios más iniciales. La meta de la vigilancia prenatal es evitar la preeclampsia, o por lo menos, limitar su gravedad o detener su efecto mediante una extracción precoz del parto. (Niswander, 1987)

Las medidas preventivas son, en general, poco eficaces:

- Suplementos de calcio: Solo se ha demostrado eficacia en países con carencia de calcio en la dieta. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)
- Aspirina a dosis baja (75 – 125 mg/día): La aspirina es un antiagregante plaquetario que a dosis bajas reduce la producción de tromboxano. Este tratamiento tiene un efecto preventivo modesto: provoca una reducción del 15% de preeclampsia, una reducción del 14% de muertes perinatales y una reducción del 8% de partos pretérminos, pero no modifica el riesgo de retaso del crecimiento fetal. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)
- Agentes antioxidantes (vitamina C y E): Su papel en la prevención de la preeclampsia está aún por determinar. Aunque la experiencia limitada inicial sugiere que puede reducir el riesgo de preeclampsia en mujeres de alto riesgo, se está realizando en la actualidad estudios multicéntricos con el fin de determinar su utilidad clínica real. (Bonilla Musoles & Pellicer, 2007)

Las pacientes embarazadas deben de consultar al médico por lo menos una vez cada dos semanas durante los meses séptimo y octavo del embarazo y una vez a la semana durante el último mes. (Niswander, 1987)

SCORE MAMA

| SCORE MAMÁ | | | | | | | | | |
|----------------------|------|-------------------|-------|-----------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|----------------------|-------|
| Puntuación | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Puntuación | TOTAL |
| FC | ≤ 59 | – | – | 60-100 | 101-110 | 111-119 | ≥ 120 | FC | |
| Sistólica | ≤ 70 | 71-89 | 90 | 91-139 | – | 140-159 | ≥ 160 | Sistólica | |
| Diastólica | ≤ 50 | 51-59 | – | 60-85 | 86-89 | 90-109 | ≥ 110 | Diastólica | |
| FR | ≤ 10 | – | 11 | 12-20 | – | 21-29 | ≥ 30 | FR | |
| T (°C) | ≤ 36 | – | – | 36.1-37.6 | 37.7-38.4 | – | ≥ 38.5 | T(°C) | |
| Sat (**) | ≤ 85 | 86-89 | 90-93 | 94-100 | – | – | – | Sat | |
| Estado de Conciencia | – | confusa / agitada | – | alerta | responde a la voz / somnolient | responde al dolor / estuporosa | no responde | Estado de Conciencia | |
| Proteinuria (*) | – | – | – | (-) | (+) | – | – | Proteinuria | |

(*) Sobre las 20 semanas de gestación
 (**) Sin oxígeno suplementario

PROPOSITO: clasificar la gravedad de las pacientes, y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva.

La puntuación de "0" como estado normal y "3" como puntuación de máximo riesgo

El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación de signos vitales para el reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y fisiológicos, orientada a identificar tempranamente la patología obstétrica, teniendo principal relevancia en el primer nivel de atención en salud, permitiendo una toma de decisiones oportuna. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

El registro del Score MAMA, es obligatorio en cada control de las mujeres gestantes y puérperas y este debe realizarse de la siguiente manera: (Ministerio de Salud Pública, 2017)

1. Toma de los signos vitales, más toma de muestra para proteinuria.
2. Cada signo vital, tiene una puntuación asignada que va de 0 a 3 a la izquierda y derecha respectivamente.
3. Dependiendo de la variabilidad de los signos vitales se les ha asignado un puntaje altamente sensible para detectar a tiempo las gestantes o mujeres posparto con riesgos de morbilidad.
4. La suma de puntos se registra en la columna lateral derecha, misma que facilita el conteo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Esta herramienta se compone de seis indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa, la proteinuria. A estos indicadores se les dará una puntuación de 0 a 3, considerando 0 como valor normal. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Debido a que los signos vitales son el elemento fundamental del Score, éstos deberán ser registrados y tomados de la siguiente manera en todas las pacientes, previo a la consulta médica: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Frecuencia respiratoria

La frecuencia respiratoria (FR) es de toma obligatoria ya que este signo vital ha sido identificado como el indicador más precoz y sensible del deterioro en el bienestar de la paciente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

La evaluación de la frecuencia respiratoria debe llevarse a cabo durante 60 segundos, después de la evaluación de la frecuencia cardíaca, ya que si la mujer toma conciencia de la medición de sus respiraciones, las mismas se verán alteradas. Para una adecuada técnica de la medición de la frecuencia respiratoria se debe simular la toma de frecuencia cardíaca, y se observará los movimientos de la caja torácica para el conteo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Los valores normales de la frecuencia respiratoria en la gestante o puérpera son de 12 a 20 respiraciones por minuto. La taquipnea es un signo sugestivo de sepsis hasta que se pruebe lo contrario. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Presión arterial

La presión arterial (PA) se mide utilizando un brazalete del tamaño correcto, se recomienda que la circunferencia media del brazo sea medida en todas las embarazadas, particularmente en aquellas con índice de masa corporal $> 29.9 \text{ kg / m}^2$ en su primera visita prenatal. Si la circunferencia media del brazo es mayor a 33 cm se debe usar el brazalete de adulto grande. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Para realizar la medición de presión arterial, el estetoscopio debe ser colocado en el punto medio del brazo, el mismo que se determina midiendo la longitud de la parte superior del brazo, desde el hombro a la articulación de la fosa antecubital. Se toma el punto medio del brazo como el punto medio entre estos dos puntos de referencia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Frecuencia cardiaca

La toma de la frecuencia cardiaca (FC) en el adulto se debe realizar en la arteria radial, ya que es fácilmente accesible. La arteria braquial se utiliza en la medición de la presión arterial y las arterias carótida y femoral puede ser palpado en el caso de colapso, donde el gasto cardíaco no puede ser detectado en la circulación periférica. La arteria radial debe ser palpada con el dedo índice y el dedo medio, en 30 segundos y se duplica si la tasa es regular, o 60 segundos si la tasa es irregular. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2017)

Los oxipulsímetros también dan una lectura de la frecuencia cardíaca (FC). Sin embargo, si la mujer tiene bradicardia o taquicardia detectada electrónicamente, la FC debe ser evaluada de forma manual. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2017)

Los parámetros normales de la frecuencia cardiaca varían entre 60 a 100 lpm, cualquier valor bajo o sobre estos parámetros es una señal importante que puede indicar una enfermedad subyacente grave y debe ser investigada. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2017)

Saturación de oxígeno

Los niveles de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre, y se conoce como SpO₂. Se mide de forma rutinaria a todas las mujeres y se presta mayor atención en las siguientes circunstancias: (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2017)

- Si la frecuencia respiratoria está fuera de los parámetros normales.
- Si una condición médica / obstétrica requiere la medición de los niveles de saturación de oxígeno continuo, por ejemplo, trastorno respiratorio. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2017)

La exactitud de la medición depende de un adecuado flujo de sangre a través del conducto de luz, es decir, si la gestante se encuentra en un estado crítico, el resultado de SpO₂ puede ser inexacto o imposible de obtener. La SpO₂ se documentará como porcentaje y sus parámetros normales son SpO₂ 94 a 100%. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Temperatura corporal

La temperatura debe ser tomada en el sitio apropiado (es decir, vía oral, axilar, o timpánica) de acuerdo con las directrices locales, asegurando el uso correcto del termómetro, en el caso del Score MAMÁ se deberá registrar en la medida de lo posible la temperatura axilar. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

La temperatura normal a nivel bucal es de 36 o C hasta 37.2 o C en la mañana y 37,7 o C en la tarde. Los parámetros de temperatura aceptados para el Score MAMÁ son de 35.6 o C a 37,2 o C, tomados a nivel axilar. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Una caída o aumento de la temperatura y las oscilaciones de fiebre pueden indicar sepsis. La hipotermia es un hallazgo importante que puede indicar una infección y no debe ser ignorada. La pirexia puede enmascarse si se han administrado antipiréticos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Nivel de conciencia

La respuesta neurológica evalúa el nivel de conciencia de acuerdo a los siguientes parámetros: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

- Alerta: paciente orientada en tiempo, espacio y persona.
- Responde ante estímulo verbal.
- Responde a estímulo doloroso.
- Ausencia de respuesta. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Cualquier alteración en el nivel de conciencia siempre debe ser considerada significativa y se debe tomar una acción inmediata. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Proteinuria

Es la presencia de proteínas en orina, cuando está asociada a hipertensión puede significar preeclampsia – eclampsia, o podemos tener un resultado positivo en procesos fisiológicos y patológicos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

En el Score Mamá mantiene su vigencia, a pesar de no ser un examen que nos dé un diagnóstico preciso, su positividad nos permite estar en alerta, y nos da la pauta para profundizar en la investigación de la historia clínica. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Teoría de Dorothea E. Orem con su teoría del autocuidado

La enfermería desde sus inicios se ha dado a conocer como un instrumento de labor social el cual se vincula con el arte de brindar cuidados, la cual se destaca por ofrecer ayuda a las personas que más lo necesitan cuando estas por si solas no tienen las habilidades para realizarlas, para llevar una vida en la cual consiga identificar los problemas y las necesidades de salud propias, de la familia o la comunidad. (Naranjo Hernandez, Concepcion Pachecho, & Rodriguez Larreynaga, 2015)

Dorothea E. Orem nos ilustra su teoría de la falta del autocuidado la cual como teoría general está conformada por 3 teorías: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería, como una guía relacionada para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. (Naranjo Hernandez, Concepcion Pachecho, & Rodriguez Larreynaga, 2015)

El autocuidado es un método proporcionado por Dorothea E Orem en 1969, el cual se destaca por ser una labor que debe ser adquirida por los individuos la cual va apuntada hacia una misión. La cual se caracteriza por manifestarse en ocasiones particulares de la vida, direccionada por las personas sobre ellas mismas, hacia los demás o hacia lo que lo rodea, para vigilar los mecanismos que alteran su avance y funcionamiento basado en su vida, salud o bienestar. (Naranjo Hernandez, Concepcion Pachecho, & Rodriguez Larreynaga, 2015)

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: detalla al ser humano como un espécimen el cual muestra características particulares de un ser biológico, racional y pensante. Como un todo el cual tiene las características de conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, aptitud de reflexionar sobre su propia vivencia y hechos colaterales a fin de realizar las acciones de autocuidado dependiente. (Naranjo Hernandez, Concepcion Pachecho, & Rodriguez Larreynaga, 2015)

Salud: la salud es una condición que para el hombre se compone de diferentes componentes. Brinda integridad física, estructural y funcional; en la cual no muestra ningún tipo de defecto en la cual padezca la persona, es decir falta de defecto que proporcione deterioro de la persona; de tal forma se considera como el completo bienestar que tiene un individuo. (Naranjo Hernandez, Concepcion Pachecho, & Rodriguez Larreynaga, 2015)

Enfermería: servicio humano, que ofrece cuidado a la persona que no lo puede hacer por si sola para sostener su salud y bienestar, de tal forma su

función principal es ofrecer el autocuidado según sean los requerimientos de las personas o de las incapacidades que logren mostrar. (Naranjo Hernandez, Concepcion Pachecho, & Rodriguez Larreynaga, 2015)

Rol de la enfermera en las mujeres gestantes

El propósito de la salud perinatal es la salud de la madre y el hijo, haciendo hincapié en promover una maternidad sin peligros. De esta forma, se incorpora el control y la supervisión del embarazo, a fin de detectar oportunamente los peligros que puedan modificar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos prominente compromiso a una atención médica específica y eficiente. (Cedeño Macias N. L., 2018)

Acciones de enfermería

Para prevenir complicaciones y controlar los peligros que pueden suceder en la etapa del embarazo, es esencial que el personal de enfermería realice las siguientes acciones:

- ✓ Brindar apoyo emocional a la mujer embarazada.
- ✓ Brindar una relación de confianza y estimular la participación de la familia, como red social de apoyo.
- ✓ Monitorización de signos vitales y control de peso, según corresponda.
- ✓ Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.
- ✓ Proporcionar a la embarazada información necesaria sobre técnicas de autocuidados para aumentar las posibilidades de un resultado saludable como dieta, controles prenatales regulares, chequeo odontológico, entre otros.
- ✓ Orientar a la embarazada sobre la importancia de un plan de seguimiento clínico.

- ✓ Ofrecer el servicio de acompañamiento prenatal a las mujeres embarazadas.
- ✓ Educar a la mujer embarazada sobre su condición, procedimientos que se le realicen y responder a todas sus preguntas y dudas.
- ✓ Capacitarlas para identificar los riesgos posibles y brindarles las referencias que sean necesarias.
- ✓ La integración de las mujeres al programa de control prenatal, debe iniciarse desde el principio del embarazo para influir positivamente al proceso gestacional.
- ✓ La primera consulta debe ocurrir en el primer trimestre, antes de la semana 12 de gestación, esto va a permitir identificar los factores de riesgo y planificar una asistencia obstétrica adecuada.
- ✓ Proporcionar orientación anticipatoria de las posibles intervenciones durante el proceso del parto (monitorización fetal, administración de medicamentos, inducción del parto).
- ✓ Evitar el uso de tratamientos y medicamentos que se haya demostrado que son potencialmente perjudiciales y utilizar los fármacos prescritos, como los antihipertensivos, anticoagulantes y anticomiciales.
- ✓ Instruir sobre métodos alternativos de gratificación e intimidad sexual.
- ✓ Evitar situaciones estresantes donde la mujer embarazada puede alterarse y complicar su cuadro clínico. (WHO, 2014)

Proceso de atención de enfermería

Tabla 1. Proceso de atención de enfermería, diagnóstico 1

Tabla Nª 1: PAE: Exceso de volumen de líquidos.

| Dominio 2: Nutrición | | Clase 5: Hidratación | |
|-------------------------------|---|-----------------------------|--|
| NANDA: Diagnostico | Exceso de volumen de líquidos (00026) | | |
| NOC: Resultados | Severidad de la sobrecarga de líquidos (0603) | | |
| | Manejo de líquidos (4120) | | |

| | |
|--------------------------------|--|
| NIC: Intervenciones | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pesar a diario y controlar la evolución. ❖ Monitorizar los signos vitales. ❖ Mantener vía periférica permeable. ❖ Evaluar la ubicación y extensión del edema. ❖ Proporcionar información al paciente en relación al exceso de líquidos. ❖ Instruir al paciente sobre la dieta absoluta. |
|--------------------------------|--|

(Heather Herdman, 2014)

Tabla 2. Proceso de atención de enfermería, diagnóstico 2

Tabla Nº 2: PAE: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal.

| | | |
|--------------------------------|--|------------------------------|
| Dominio 8: Sexualidad | | Clase 3: Reproducción |
| NANDA: Diagnostico | Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209) | |
| NOC: Resultados | Estado materno: parto (2509) | |
| NIC: Intervenciones | Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800) | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Instruir a la paciente sobre técnicas de automonitorización (signos vitales, control de peso). ❖ Instruir a la paciente sobre técnicas de autocuidados para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (dieta, importancia de chequeos prenatales regulares). ❖ Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos, antihipertensivos. ❖ Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo, las pruebas y procedimientos habituales de vigilancia. ❖ Establecer un plan de seguimiento clínico. | |

. (Heather Herdman, 2014)

Tabla 3. Proceso de atención de enfermería, diagnóstico 3

Tabla Nº 3: PAE: Temor.

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés | | Clase 2: Respuestas de afrontamiento |
| NANDA: Diagnostico | Temor (00148) | |
| NOC: Resultados | Autocontrol del miedo (1404) | |
| | Mejorar el afrontamiento (5230) | |

| | |
|---------------------------------------|---|
| <p>NIC: Intervenciones</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. ❖ Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. ❖ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. ❖ Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener. ❖ Proporcionar información objetiva con respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. ❖ Presentar al paciente personas que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. ❖ Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida. |
|---------------------------------------|---|

(Heather Herdman, 2014)

2.1.1. Marco conceptual

Embarazo

La gestación es una parte del desarrollo de la reproducción humana que tiene su inicio con la fecundación del ovulo por el espermatozoide y tiene su fin con el parto.

Trastornos hipertensivos en el embarazo

El diagnóstico de hipertensión en el embarazo se ejecuta cuando en dos o más tomas separadas por 6 horas, la paciente muestra una TA sistólica ≥ 140 mmHg y/o una TA diastólica ≥ 90 mmHg.

Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno propio del embarazo, que suele presentarse en la segunda mitad de la gestación, mientras sucede el parto o el puerperio inmediato.

Proteinuria

La proteinuria se detalla como la existencia de ≥ 300 mg de proteínas en orina de 24 horas.

Edema

Inflamación ocasionada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. Tiende a suceder en los pies, los tobillos y las piernas, que puede perjudicar todo el cuerpo.

Mortalidad materna

La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que detalla el fallecimiento de una mujer a lo largo del embarazo, el parto o el posparto.

Morbilidad materna

Es la complicación que sucede a lo largo del embarazo, el parto y el puerperio, que pone en peligro la vida de la mujer y necesita de una atención instantánea con el objetivo de impedir la muerte.

2.1.2. Antecedentes investigativos

Para el desarrollo del presente estudio de investigación científica se tiene planteado abordar temas con la misma o similar situación problemática que la del trabajo investigativo a tratar. Se describirán; datos bibliográficos, objetivo o problema general, instrumentos de recolección de datos utilizados, resultados y la conclusión general.

Un artículo realizado por los autores (Phoa, y otros, 2016) en Guayaquil, Ecuador con el tema: Resultado perinatal en embarazos únicos complicados con preeclampsia y eclampsia en Ecuador. **Objetivo General:** Describir los resultados perinatales de embarazos únicos complicados con preeclampsia y eclampsia en una muestra de mujeres ecuatorianas de bajos ingresos. **Síntesis de datos:** Las

mujeres embarazadas complicadas con preeclampsia y eclampsia que dieron a luz en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Enrique C. Sotomayor, Guayaquil, Ecuador fueron encuestadas con un cuestionario estructurado que contenía datos maternos y datos neonatales. **Resultados:** Los resultados perinatales se compararon según la gravedad de la presentación clínica. Se encuestó a un total de 163 mujeres con preeclampsia leve (23.9%), grave (68.7%) y eclampsia (7.4%). La mortalidad perinatal y la tasa de muerte fetal fueron similares entre los grupos estudiados casos de preeclampsia / eclampsia leve versus grave. Sin embargo, los casos graves mostraron tasas más altas de resultados perinatales adversos: puntuaciones de Apgar al nacer más bajas, más nacimientos prematuros y más bajo peso al nacer y pequeños para los bebés en edad gestacional. La tasa de cesáreas y el número de ingresos a cuidados neonatales intensivos o intermedios fueron mayores en los casos graves. Se encontró una tendencia similar cuando el análisis excluyó las gestaciones prematuras. **Conclusión:** en esta población ecuatoriana de bajos ingresos específica, el resultado perinatal fue adverso en embarazos complicados con preeclampsia / eclampsia severa y más bajo peso al nacer y pequeños para bebés en edad gestacional. La tasa de cesáreas y el número de ingresos a cuidados neonatales intensivos o intermedios fueron mayores en los casos graves. Se encontró una tendencia similar cuando el análisis excluyó las gestaciones prematuras.

Según (Ku, 2014) en su artículo titulado: Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012, en Lima, Perú. **Objetivo General:** Analizar la relación que existe entre los factores psicosociales y la presencia o ausencia de preeclampsia. **Fuentes de datos:** Los datos revisados fueron de revistas médicas clínicas, scielo, revistas de Gineco - obstetricia, repositorios, guías de salud, libros, entre otros. **Métodos:** Estudio analítico de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 120 puérperas, 60 casos con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación pareados uno a uno con 60 puérperas de parto normal, según lugar de procedencia y religión. Se aplicó cuatro instrumentos: el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, el Inventario de Depresión Rasgo Estado, el APGAR familiar y la ficha de violencia para la identificación de factores psicosociales (ansiedad,

depresión, disfunción familiar y violencia). Para el análisis de los datos, además de los procedimientos descriptivos, se estimó Chi cuadrado, para determinar el modelo y la prueba R cuadrado de Cox y Snell para determinar el valor explicativo del modelo. **Resultados:** La edad promedio para los casos fue de 34,5 años, siendo la edad mínima de 19 años y la máxima de 45 años, El nivel de escolaridad fue similar en ambos grupos, el 48,3% tenía secundaria completa en los casos y el 50% en los controles; el 33,4% tenía educación superior en los casos y el 33,3% en los controles; el 5% tenía educación primaria en los casos y el 3,4% en los controles. Del grupo de puérperas con preeclampsia, un el 38% eran primigestas, siendo sólo un 27% para el grupo control. Las multigestas fueron el 73% para el grupo control y el 62% para el grupo de casos. El porcentaje de mujeres que no hicieron psicoprofilaxis obstétrica fue de 70% para los casos y de 67% para los controles. El 63% de puérperas con antecedente de preeclampsia durante el embarazo que participaron tuvo preeclampsia severa y el 37% restante preeclampsia leve. **Conclusiones:** Los factores psicosociales se asociaron significativamente con preeclampsia.

(Moreno Rojas , 2008) En su tesis previa a la obtención del título de médico general con el tema: Prevalencia de preeclampsia severa en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. **Objetivo General:** Determinar los factores de riesgo que se presentan en las adolescentes embarazadas con preeclampsia severa en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante Enero a Diciembre 2008. **Fuentes de datos:** Los datos revisados fueron de revistas médicas clínicas, scielo, revistas de Gineco - obstetricia, repositorios, Geosalud, PUBMED, guías de salud, libros, entre otros. **Métodos:** El estudio es descriptivo, retrospectivo, transversal, la información se obtuvo de un total de 27 historias clínicas de pacientes adolescentes de las cuales 15 presentaban preeclampsia severa, los datos obtenidos fueron analizados con el programa computarizado Excel. **Resultados:** Las edades de los adolescentes están entre 11 – 13 años, en un porcentaje de 0%, 14 – 16 en un 20%, 17 – 19 en un 80%, en el 86.7% las primíparas son las más propensas a sufrir esta patología. Además un 66.7% presento valores de presión arterial igual o mayor a 160/110, y que un 100%

presentaron valores de proteinuria positivos. En cuanto a la sintomatología un 60% presento hiperreflexia, un 13% cefalea y un 40% presento edema de miembros inferiores. **Conclusiones:** Las adolescentes son un grupo de riesgo, por tal razón se espera que este estudio sirva para el mejoramiento de programas de educación sexual y orientación de las embarazadas sobre las posibles complicaciones tanto para la madre como para el feto.

(Valdes Yong & Hernandez Nuñez, 2014) En su estudio realizado, con el tema: Factores de riesgo para preeclampsia. **Objetivo General:** Identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. **Métodos:** Se conformó la muestra con 128 pacientes, divididos en dos grupos; 64 con preeclampsia en el grupo estudio y 64 sanas en el grupo control escogidas al azar. Se recogieron los datos mediante una encuesta y la revisión de la historia clínica para analizar la edad materna, estado nutricional, ganancia de peso, afecciones propias del embarazo, antecedentes obstétricos, paridad y antecedentes familiares. Se emplearon los estadígrafos, media, desviación estándar, porcentaje, prueba t de Student, prueba de independencia chi cuadrado y Odds Ratio. **Resultados:** Los factores que influyeron en la preeclampsia fueron la edad materna de 35 años o más, el sobrepeso materno al inicio de la gestación 42,2%, la nuliparidad 20,3% y el antecedente familiar de madre con preeclampsia o hermana; no así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables. **Conclusiones:** La mayoría de los factores de riesgo para preeclampsia no son modificables, por lo que se requiere una esmerada atención prenatal que garantice el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad.

2.2. Hipótesis

2.2.1. Hipótesis general

Si las acciones de enfermería se orientaran a prevenir la preeclampsia, se reduciría la morbimortalidad en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.

2.3. Variables

2.3.1. Variable Independiente

Acciones de enfermería

2.3.2. Variable Dependiente

Preeclampsia

2.3.3. Variable Interviniente

Embarazadas

2.3.4. Operacionalización de las variables

Tabla 4. Operacionalización de las variables

| VARIABLE INDEPENDIENTE | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSION O CATEGORIA | INDICADOR | INDICE |
|------------------------|--|------------------------------------|---|-----------|
| Acciones de enfermería | Se define como acciones de enfermería al conjunto las actividades que lleva a cabo el personal de enfermería con el objetivo de mejorar el estilo de vida de las personas. | Complicaciones durante el embarazo | Si No | Porciento |
| | | Consultas prenatales | Si No | Porciento |
| | | Controles prenatales | Menos de 5 controles Más de 6 controles | Porciento |
| | | Educación sobre la preeclampsia | Si No | Porciento |
| | | Visitas domiciliarias | Si No | Porciento |
| VARIABLE DEPENDIENTE | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSION O CATEGORIA | INDICADOR | INDICE |
| Preeclampsia | La preeclampsia es un trastorno particular del embarazo que ocurre después de las 20, semanas de gestación | Padecimiento de preeclampsia | Si No | Porciento |
| | | Conocimiento sobre la preeclampsia | Si No | Porciento |
| | | Sintomatología de la preeclampsia | Dolor de cabeza Visión borrosa Fatiga | |

| | acompañada por hipertensión arterial y proteinuria. | | Sensibilidad a la luz Hinchazón de los miembros inferiores | Porciento |
|-------------------------------|--|------------------------------|---|---------------|
| | | Antecedentes de preeclampsia | Si No | Porciento |
| VARIABLE INTERVINIENTE | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSION O CATEGORIA | INDICADOR | INDICE |
| Embarazadas | Se define como el periodo en el que una mujer lleva un feto en su interior, la gestación tiene un tiempo aproximado de 40 semanas. | Edad | 14 – 21 años 22 – 29 años 30 – 37 años 38 – 45 años | Porciento |
| | | Nivel de educación | Primaria Secundaria Superior Ninguna | Porciento |
| | | Estado civil | Soltera Unión libre Casada Otros | Porciento |
| | | Nivel socioeconómico | Bajo Medio Alto | Porciento |
| | | Cantidad de hijos | 0 – 1 2 – 3 4 – 5 | Porciento |

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Método de investigación

Se utilizaron los métodos inductivo-deductivos debido a que la investigación estuvo encaminada de lo particular a lo general, partiendo de la observación directa a una comprensión general de la problemática estudiada. Se utilizó también el método histórico-lógico porque se tomó como punto de partida los hechos pasados en relación a un preciso tiempo y lugar, de esta manera se almaceno información fidedigna. Además se desarrollaron los métodos científicos a nivel empírico, la investigadora se basó en la observación científica no estructurada y en la encuesta.

3.2. Modalidad de investigación

En el proyecto de investigación se ejecutó la modalidad mixta:

Cualicuantitativa

Es cualitativa porque se realizó la interpretación de datos por medio de la encuesta en relación a las variables que se quieran medir.

Es cuantitativa porque se tabulo la recolección de análisis mediante el programa Excel con estudios estadísticos asignados en gráficos y tablas con su adecuada interpretación.

3.3. Tipo de investigación

Según el propósito

Es una investigación aplicada, porque se basó en encontrar estrategias que logren ser empleadas en solucionar problemas específicos, por medio de los conocimientos que se logren adquirir en la investigación.

Según el lugar

Es un estudio de campo, porque la recolección de datos se efectuó en el lugar del objeto de estudio, lo que va a permitir el conocimiento amplio y profundizado de la problemática de la investigación.

Según el nivel de estudio

Es descriptiva, porque permitió detallar puntos propios característicos del tema de estudio, para de esta forma llegar a sus resultados y conclusiones.

Según la dimensión temporal

Es transversal, porque se ejecutó en un tiempo determinado y **Prospectiva** porque se la ejecuto desde Mayo – Septiembre 2019.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1. Técnicas

Observación científica no estructurada y directa:

Se analizaron las unidades temáticas de forma intencional lo cual va a ser de mucha ayuda para recolectar, determinar y procesar toda la información que se obtuvo en el Subcentro Lucha Obrera, en el cantón Babahoyo, perteneciente a la provincia de Los Ríos, en relación a las acciones de enfermería y la prevención de la preeclampsia.

Encuesta:

Técnica que fue utilizada para la recolección de información fidedigna de interés investigativo, que estuvo dirigida a las embarazadas, a través de un instrumento elaborado por la autora que estuvo avalado por profesionales en el tema antes de ser aplicado.

3.4.2. Instrumentos

El instrumento que fue aplicado es el cuestionario que fue elaborado por la autora, el mismo que estuvo conformado por preguntas objetivas para recolectar información necesaria, al cual se le realizó su respectiva validación para dar a conocer a las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera.

3.5. Población y muestra de investigación

3.5.1. Población

La población del presente estudio investigativo estuvo conformado por 60 embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos.

3.5.2. Muestra

Por ser la población finita, es decir, incluye un número limitado de mujeres embarazadas, no se aplicó fórmula estadística para la obtención de la muestra, por lo tanto se trabajó con la totalidad de la población que estuvo conformada por 60 mujeres en estado de gestación que acuden al Subcentro Lucha Obrera.

3.6. Cronograma del proyecto

Tabla 5. Cronograma del proyecto

| N° | Meses Semanas Actividades | Mayo | | | | Junio | | | | Julio | | | | Agosto | | | | Septiembre | | | |
|----|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Selección del tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Elaboración del perfil o tema (1 etapa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Aprobación del tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Recopilación de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Desarrollo del capítulo I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Desarrollo del capítulo II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Desarrollo del capítulo III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Presentación y sustentación (2 etapa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Elaboración de las encuestas (3 etapa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Aprobación encuestas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Tamización de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Desarrollo del capítulo IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Elaboración de la propuesta teórica alternativa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Análisis a través del sistema URKUND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Presentación del informe final (3 etapa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Sustentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.7. Recursos

3.7.1. Recursos humanos

Tabla 6. Recursos humanos

| RECURSOS HUMANOS | NOMBRES |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Investigadora | Quinga Cedeño Nathaly Patricia |
| Asesor del proyecto de investigación | Lcda. Consuelo Albán Meneses, Msc. |

3.7.2. Recursos económicos

Tabla 7. Recursos económicos

| RECURSOS ECONOMICOS | INVERSION |
|-------------------------------------|---------------|
| Seminario de tesis | \$ 50 |
| Internet | \$ 30 |
| Primer material escrito en borrador | \$ 15 |
| Material bibliográfico | \$ 15 |
| Copias a color | \$ 20 |
| Fotocopia final | \$ 20 |
| Fotografías | \$ 10 |
| Anillados | \$ 30 |
| Empastado | \$ 15 |
| Equipo de informática | \$ 25 |
| Material de escritorio | \$ 15 |
| Alimentación | \$ 30 |
| Movilización y transporte | \$ 50 |
| TOTAL | \$ 325 |

3.8. Plan de tabulación y análisis

La información obtenida mediante la aplicación de las encuestas ejecutadas a las embarazadas, fue digitalizada y analizada en función de los objetivos planteados mediante sistemas informáticos propios de la investigación científica, a través de la aplicación de sumas y promedios de los mismos.

3.8.1. Base de datos

Para la ejecución de la base de datos de la investigación científica se empleó el programa de Microsoft Excel 2013 a través de una hoja de cálculo de datos, de manera que permitió aligerar el almacenamiento y procesamiento de la información, además se realizaron copias de seguridad en diferentes dispositivos externos de almacenamiento.

3.8.2. Procesamiento y análisis de los datos

Para la ejecución del estudio de investigación científica se trabajó en una computadora portátil marca Haitech con un procesador Intel de Windows 2010, los datos se procesaron en el paquete de Microsoft Excel, en donde se aplicó métodos estadísticos – matemáticos que sirvieron para poder desarrollar el estudio, la tabulación y el procesamiento de datos, obteniendo los resultados que se muestran en las tablas y gráficos. Después de haber obtenidos los resultados se pudo aplicar el análisis cuantitativo y cualitativo e interpretación de los resultados, el mismo que sirvió de base para la ejecución de las conclusiones y recomendaciones del proyecto de investigación.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Para la elaboración del presente trabajo investigativo se contó con la totalidad de la población que fueron 60 embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos en el periodo comprendido entre Mayo hasta Septiembre del 2019.

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

1. ¿Cuál es su edad?

Tabla 8. Edad

| Rango de edades | N ^a | Porcentaje |
|-----------------|----------------|-------------|
| 14 – 21 años | 11 | 18% |
| 22 – 29 años | 24 | 40% |
| 30 – 37 años | 18 | 30% |
| 38 – 45 años | 7 | 12% |
| Total | 60 | 100% |

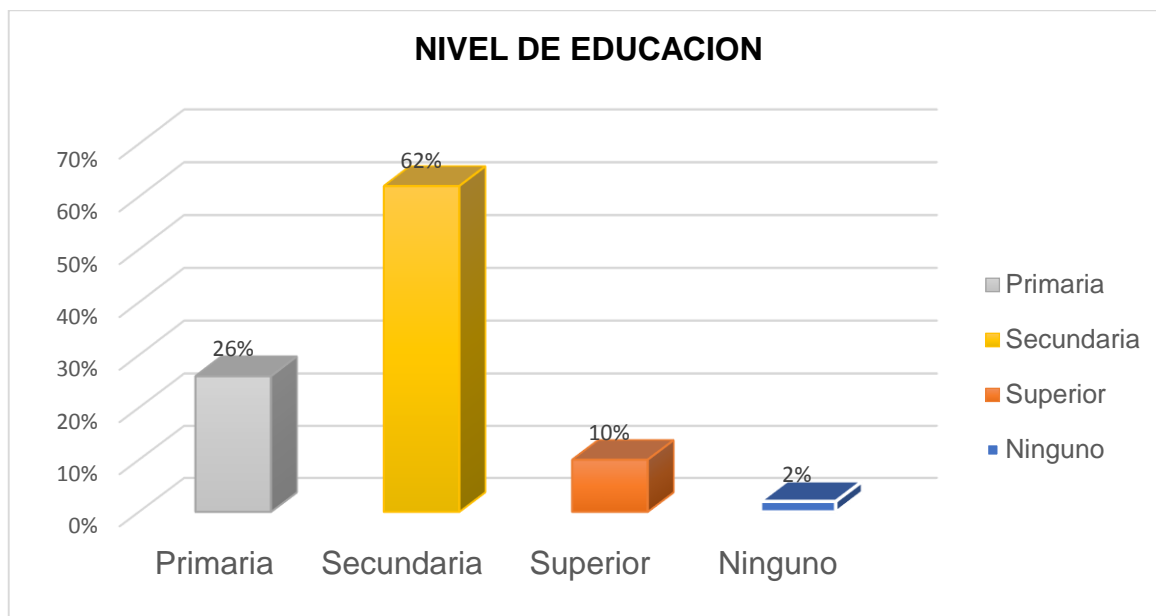
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

De acuerdo a los grupos etarios de embarazadas, se demostró como resultado que el 40% del total de los encuestados corresponde a las embarazadas de 22 – 29 años siendo este la edad promedio de la muestra.

2. ¿Cuál es el nivel de educación que usted posee?

Grafico 1. Nivel de educación



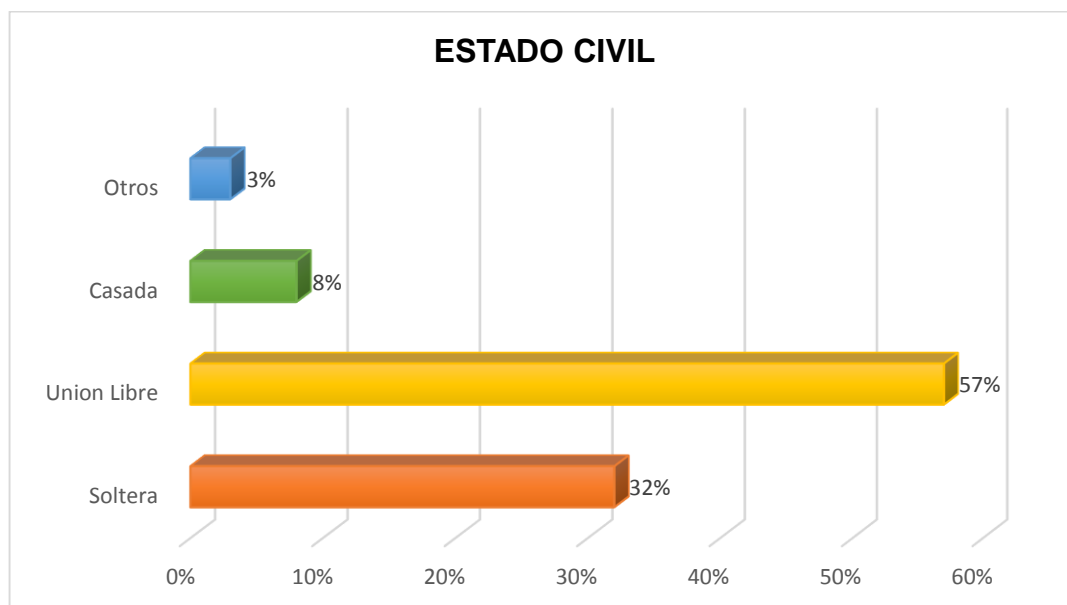
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

De acuerdo a la clasificación realizada en el presente estudio con relación al nivel de educación, mostro como resultado que el 62% tiene una instrucción académica de secundaria y la primaria representa el 26%.

3. ¿Cuál es su estado civil?

Grafico 2. Estado civil



Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

En la interpretación de los datos se observó como resultado que el 57% de las embarazadas mantienen una relación en unión libre, mientras que el 32% son solteras.

4. ¿Cuál es su nivel socioeconómico?

Tabla 9. Nivel socioeconómico

| Nivel socioeconómico | N ^a | Porcentaje |
|----------------------|----------------|-------------|
| Bajo | 35 | 58% |
| Medio | 21 | 35% |
| Alto | 4 | 7% |
| Total | 60 | 100% |

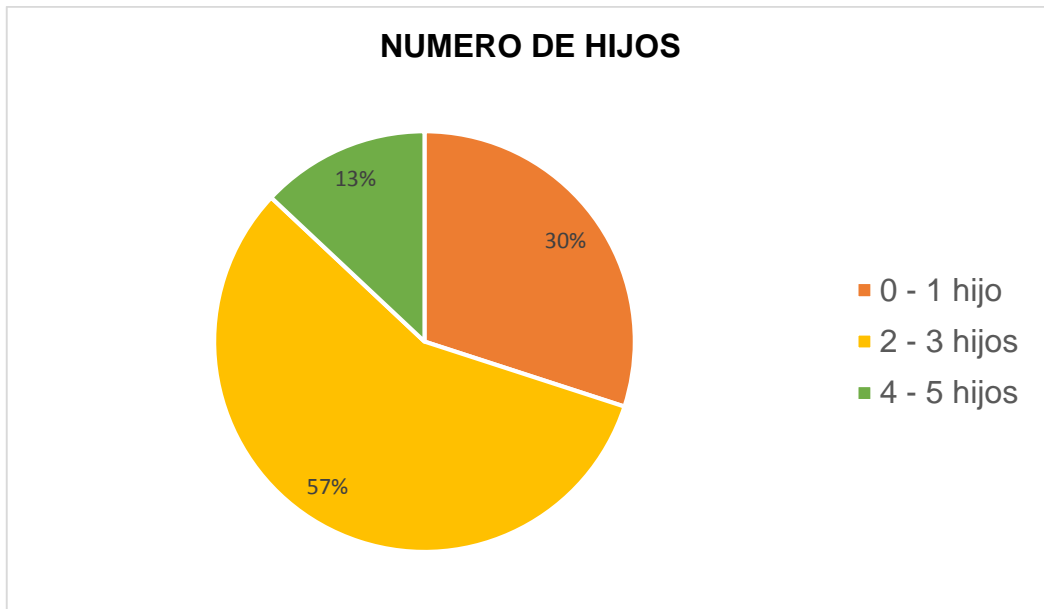
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

En la presente tabla se mostró como resultado que las embarazadas tienen un nivel socioeconómico bajo que representa el 58% del total de las encuestas realizadas.

5. ¿Cuál es el número de hijos que usted tiene?

Grafico 3. Número de hijos



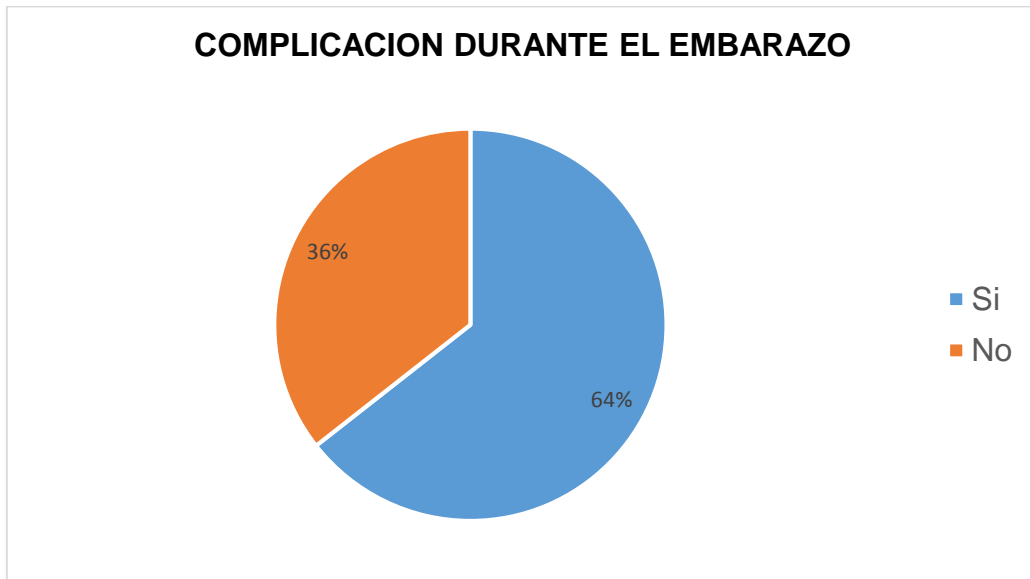
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

De acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas realizadas mostro que el 57% de embarazadas tiene una carga familiar de 2 – 3 hijos mientras que el 30% tiene de 0 – 1 hijo.

6. ¿Cuándo se presenta alguna complicación acude al médico de forma oportuna e inmediata?

Grafico 4. Complicación durante el embarazo



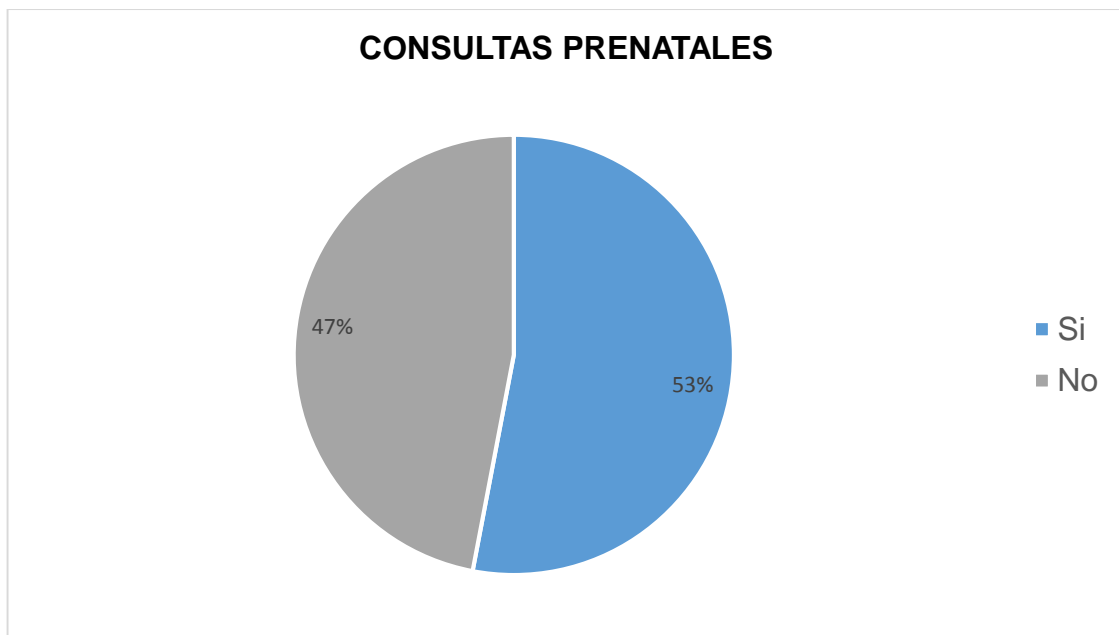
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

En las encuestas realizadas a las embarazadas se evidencio que el 64% de las embarazadas si acude al médico de manera oportuna e inmediata cuando se presenta alguna complicación.

7. ¿Acude puntualmente a sus consultas prenatales cuando le corresponde?

Grafico 5. Consultas prenatales



Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

En la interpretación grafica se observó como resultado que el 53% si acude puntualmente a las consultas prenatales, pudiéndose notar que el 47% no acude a las consultas prenatales, existiendo un margen diferencial del 4%.

8. ¿Durante su etapa de embarazo cuantos controles prenatales se ha realizado?

Tabla 10. Controles prenatales

| Controles prenatales | N ^a | Porcentaje |
|-----------------------------|----------------|-------------|
| Menos de 5 controles | 35 | 58% |
| Más de 5 controles | 25 | 42% |
| Total | 60 | 100% |

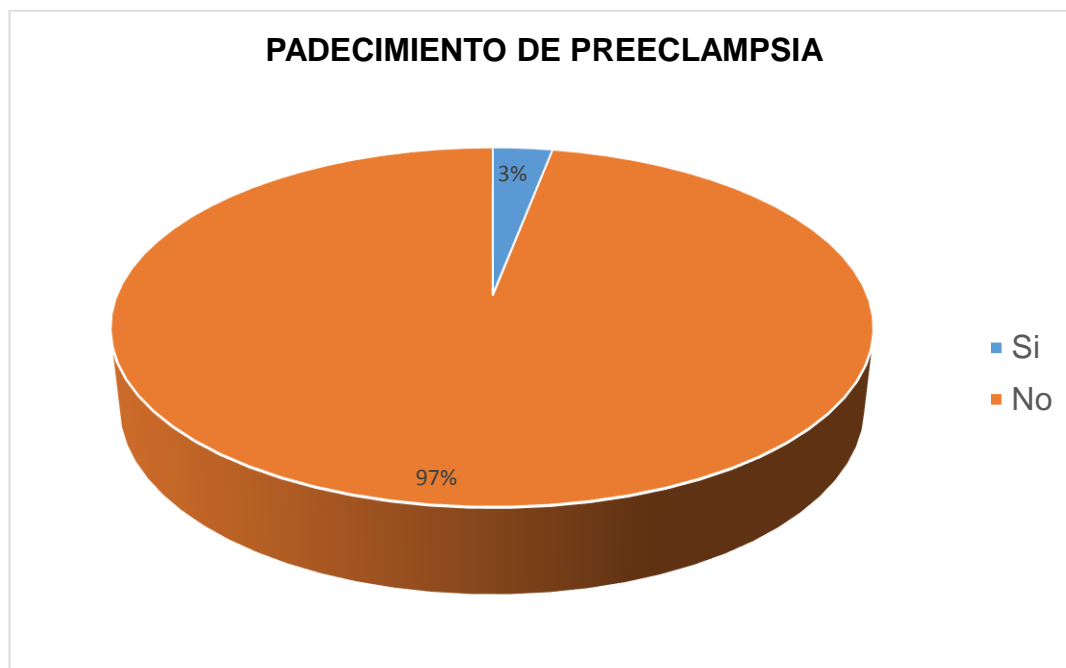
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

En la siguiente tabla se evidencio como resultado que el 58% de las embarazadas se realizan menos de 5 controles prenatales.

9. ¿Actualmente usted padece preeclampsia?

Grafico 6. Padecimiento de preeclampsia



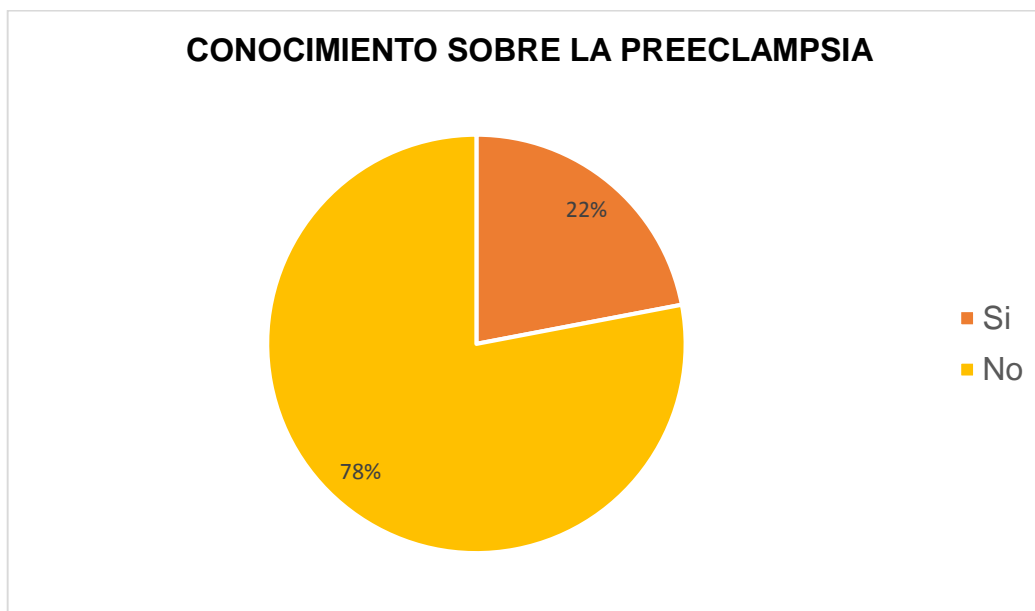
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

Mediante los resultados obtenidos en las encuestas, se puede demostrar que el 97% de las mujeres embarazadas no padece de preeclampsia, mientras que el 3% si padece de preeclampsia.

10. ¿Posee usted conocimiento sobre la preeclampsia?

Grafico 7. Conocimiento sobre la preeclampsia



Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

En un gran porcentaje los encuestados afirmaron no tener conocimiento sobre la preeclampsia con un resultado del 78%.

11. ¿Conoce la sintomatología de la preeclampsia?

Tabla 11. Sintomatología de la preeclampsia

| Síntomas de la preeclampsia | N ^a | Porcentaje |
|--------------------------------------|----------------|-------------|
| Dolor de cabeza | 18 | 30% |
| Visión borrosa | 9 | 15% |
| Fatiga | 6 | 10% |
| Sensibilidad a la luz | 12 | 20% |
| Hinchazón en los miembros inferiores | 15 | 25% |
| Total | 60 | 100% |

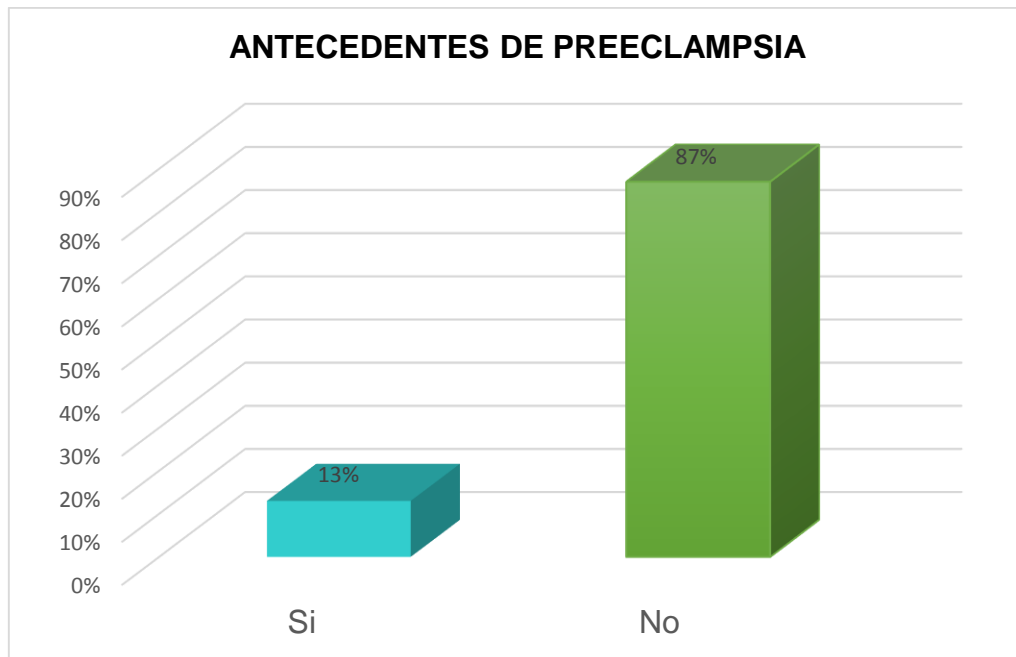
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

De las 60 embarazadas encuestadas el 30% conoce el dolor de cabeza como sintomatología de la preeclampsia, seguido por el 25% con hinchazón en los miembros inferiores.

12. ¿En su familia existe antecedentes de preeclampsia?

Grafico 8. Antecedentes de preeclampsia



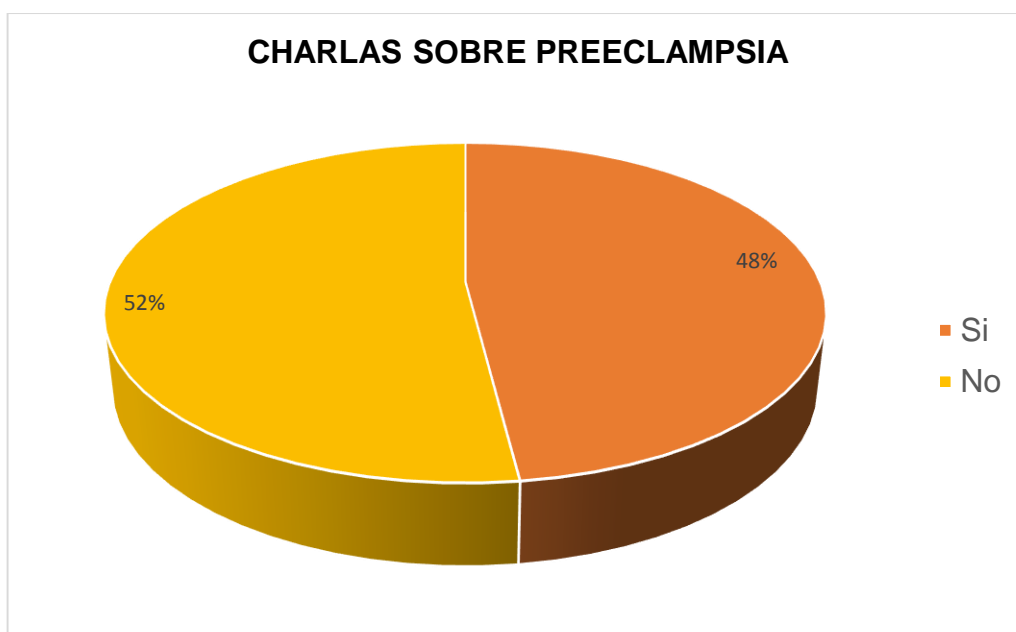
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

De acuerdo a los datos se evidencio en el grafico que el 87% no tiene antecedentes de preeclampsia mientras que el 13% de embarazadas si tiene algún familiar con antecedentes de preeclampsia.

13. ¿Usted ha recibido charla sobre la preeclampsia de parte del personal de enfermería?

Grafico 9. Charlas sobre la preeclampsia



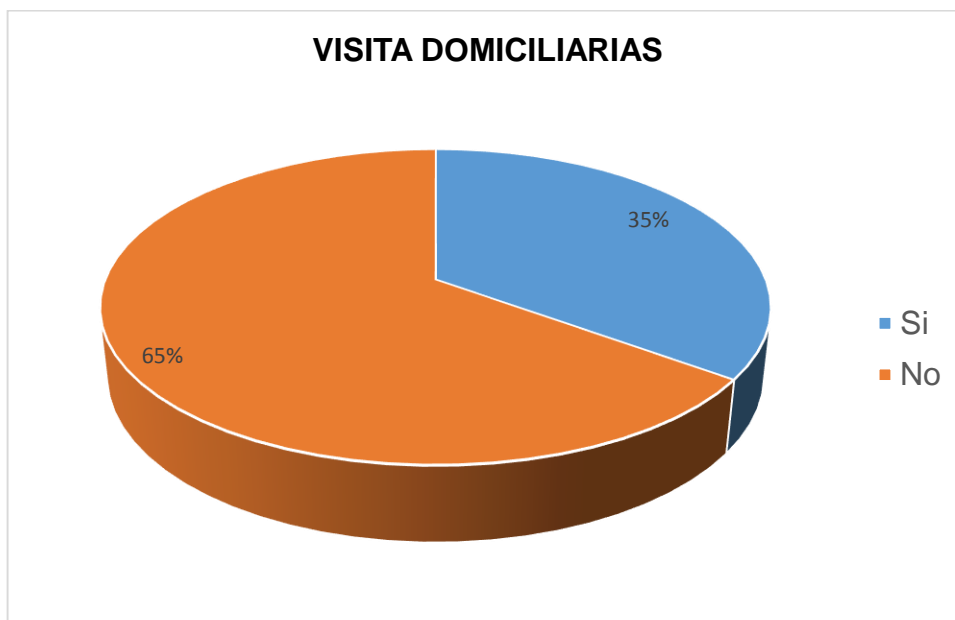
Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

En las encuestas que se realizó a las embarazadas se evidencio que el 52% si ha recibido charlas sobre la preeclampsia por parte del personal de enfermería mientras que el 48% manifestó no haber recibido charlas, habiendo un margen de error del 4%.

14. ¿Ha recibido visitas domiciliarias durante su estado de gestación?

Grafico 10. Visitas domiciliarias



Fuente: Encuesta elaborada por la investigadora.

Análisis:

En la interpretación grafica se observó como resultado que el 65% no ha recibido visitas domiciliarias durante el estado de gestación.

4.2. Análisis e interpretación de datos

Después de haber analizado las variables de las encuestas realizadas a las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera se lograron obtener los resultados, los mismos que serán analizados a continuación:

De acuerdo a los grupos etarios de embarazadas, se demostró como resultado que el 40% del total de los encuestados corresponde a las embarazadas de 22 – 29 años siendo este la edad promedio de la muestra. Del mismo modo se pudo evidenciar en la investigación realizada en México en el año 2006 con el tema Impacto de la obesidad pregestacional en el estado nutricional de mujeres embarazadas, donde la edad promedio de las gestantes es de 21 – 27 años representado por 30%. (Perichart Perera, Balas Nakash, Schiffman Selechnik, Serrano Avila, & Vadillo Ortega , 2006)

En cuanto a la clasificación realizada en el presente estudio con relación al nivel de educación, mostro como resultado que el 62% tiene una instrucción académica de secundaria y la primaria representa el 26%. Estas cifras concuerdan con la investigación realizada en Cuenca, Ecuador en el año 2013, con el tema Aumento del volumen medio plaquetario como marcador para preeclampsia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el cual demostraron que el 51% de mujeres gestantes tiene un nivel de instrucción de secundaria, seguido por la primaria que representa el 31% de las embarazadas, y esto influye a que las gestantes desconozcan sobre el tema y puedan tener un embarazo sin riesgos. (Heras Crespo, 2013)

Durante el análisis de resultados de la pregunta realizada a las embarazadas para tener conocimiento sobre cuantos controles prenatales se realiza, se observó que el 58% de las embarazadas se realizan menos de 5 controles prenatales, hallazgos que mostro cierta similitud con los resultados presentados en Trujillo, Perú en el año 2014 sobre los Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia atendidas en el Hospital de apoyo de Sullana, donde el 45% representa a las

embarazadas que se realizaron pocos controles prenatales de un total de población de 54 gestantes encuestadas. (Cabeza Acha, 2014)

Mediante los resultados obtenidos en las encuestas, se puede demostrar que el 97% de las mujeres embarazadas no padece de preeclampsia, mientras que el 3% si padece de preeclampsia, este estudio se asemeja con la investigación realizada en Lima, Perú en el año 2016, cuyo tema fue Prevalencia de Factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, donde el porcentaje de mujeres embarazadas con padecimiento de preeclampsia es del 5% mientras que el 95% representa a las gestantes sin preeclampsia. (Huaman Puente, 2016)

De acuerdo a los datos se evidencio que el 87% no tiene antecedentes de preeclampsia mientras que el 13% de embarazadas si tiene algún familiar con antecedentes de preeclampsia, resultado que mostro cierta similitud con el estudio realizado en Lima, Perú en el año 2013, con el tema Periodo Intergenesico prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde el 27% de embarazadas tiene antecedentes de preeclampsia y el 74% representa a las gestantes sin antecedentes, esto constituye un hallazgo muy importante ya que las mujeres con antecedentes familiares de preeclampsia van a tener más riesgos de desarrollar la enfermedad. (Centeno Huaman & Crispin Paucar, 2013)

De las 60 embarazadas encuestadas el 30% conoce el dolor de cabeza como sintomatología de la preeclampsia, seguido por el 25% con hinchazón en los miembros inferiores, el 20% conoce la sensibilidad a la luz, 15% la visión borrosa y el 10% manifestó fatiga, estudio que se asemeja a los resultados observados en Riobamba, Ecuador en el año 2009, con el tema Prevalencia de preeclampsia severa en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba donde el 43% de las embarazadas conoce los síntomas de

edema en los miembros inferiores, seguido por dolores de cabeza que representa el 13% de las embarazadas encuestadas. (Moreno Rojas , 2008)

En un gran porcentaje los encuestados afirmaron no tener conocimiento sobre la preeclampsia con un resultado del 78%. De la misma manera se pudo observar en una investigación realizada en Babahoyo, Ecuador en el año 2018, con el tema Rol de enfermería y su intervención en adolescentes embarazadas con preeclampsia en el centro de salud Urbano 2 de Mayo, donde el 63% de embarazadas afirman no tener los conocimientos necesarios sobre la preeclampsia y las cifras que nos mostró a esta pregunta nos ayuda a revelar que las embarazadas al no poseer conocimientos están propensas a adquirir la enfermedad. (Cedeño Macias N. , 2018)

En cuanto al resultado que mostro la pregunta realizada a las embarazadas para conocer si han recibido visitas domiciliarias durante la gestación, mostro que el 65% no ha recibido visitas domiciliarias, hallazgos que mostraron cierta similitud con el estudio realizado en Tena, Ecuador en el año 2018, con el tema Factores de riesgo que influyen en la preeclampsia en mujeres gestantes de 15 – 20 años en el Subcentro Ahuano, donde el 59% de gestantes no ha sido beneficiada en recibir visitas domiciliarias durante su embarazo. (Alcivar Sigua & Gaibor Aguíndá, 2018)

4.3. Conclusiones

Una vez concluida la investigación y ante los resultados que se obtuvo de las encuestas se logró obtener las siguientes conclusiones:

Teniendo como base el estudio realizado, se pudo establecer que las mujeres embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera, tienen un nivel de instrucción académica medio con el 62% del total de las mujeres embarazadas encuestadas, de la misma manera se pudo evidenciar que el 78% de las gestantes desconocen la patología haciendo relación en las dos preguntas se llega a la conclusión de que generan un alto nivel de desconocimiento en el tema de preeclampsia aumentando así su origen, sus signos y síntomas y sus complicaciones.

Por otra parte, es importante hacer énfasis e hincapié en que las embarazadas se realicen sus controles prenatales adecuados durante el transcurso del embarazo, debido a que en las encuestas que se realizaron se obtuvo un resultado del 35% de gestantes que tienen menos de 5 controles prenatales, situación que se convierte en un factor de riesgo predisponentes tanto para la vida de la madre como para el producto.

De la misma manera se concluye, en las encuestas realizadas a las embarazadas que el 30% de las gestantes conoce el dolor de cabeza como parte de los síntomas de la preeclampsia, seguido por hinchazón en las piernas con un 25% del total de encuestadas, estos resultados nos muestran que hace falta más educación eficiente y oportuna por parte del profesional de enfermería, que realicen más visitas domiciliarias donde la embarazada sienta que cuenta con el personal del centro de salud y se pueda prevenir la patología.

4.4. Recomendaciones

Proporcionar información a la embarazada de la importancia de los controles prenatales para evitar las diferentes complicaciones que se presentan durante el embarazo y de esta manera reducir la morbi – mortalidad materna fetal.

Proponer actividades de educación a través de estrategias de promoción de la salud a la embarazada, mediante el autocuidado de una alimentación saludable y nutritiva, la adecuada aplicación de la vacuna y el correcto chequeo odontológico para prevenir factores de riesgo.

Promover la realización de nuevas investigaciones actualizadas en el tema para que se lleven a cabo conforme al protocolo de trastornos hipertensivos gestacionales, el cual permitirá un manejo adecuado, oportuno y uniforme de las pacientes con estos síndromes, debido a que estos trastornos forman una importante problemática de gran impacto en el Ecuador.

Se recomienda a los centros de salud por ser el primer nivel de atención a realizar mayor énfasis en las mujeres embarazadas y en aquellas mujeres que presentan un mayor riesgo obstétrico, para así poder prevenir complicaciones tanto para la madre como para el producto.

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA DE APLICACIÓN

5.1. Título de la propuesta de aplicación

Plan de capacitación en educación y promoción de la salud para la detección oportuna y prevención de preeclampsia que ayudara a prevenir futuras complicaciones y mejorar su calidad de vida, dirigida a las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo en la provincia de Los Ríos.

5.2. Antecedentes

La preeclampsia es un problema de salud pública porque influye de manera significativa en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal en todo el mundo, siendo las mujeres embarazadas la más vulnerable frente a las complicaciones que puedan presentar.

Los factores de riesgo predisponentes de preeclampsia ocurren por la carencia de información por parte de las embarazadas, por la falta de controles prenatales durante la gestación y siendo parte muy fundamental el nivel socioeconómico para la prevención de la misma.

La promoción de salud es unos de los roles principales de enfermería, a lo largo del tiempo se ha convertido, en una línea estratégica para cumplir planteamiento relacionados a políticas saludables, intervenciones dirigidas a personas e investigaciones en salud. Así como a contribuir a evitar cualquier suceso que atente con nuestro completo bienestar.

A partir de todo lo revelado con anterioridad, sobre la prevención de la preeclampsia y promoción de la salud se hace esencial la creación de una propuesta teórica de aplicación dirigida a las embarazadas, que son el objeto de estudio en esta investigación científica, con el fin de elevar el nivel de conocimientos para la detección oportuna y prevención de preeclampsia en el Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo en la provincia de Los Ríos.

5.3. Justificación

La presente propuesta se realiza con el fin de prevenir la preeclampsia e impactar en las embarazadas, con el propósito de brindarles información, orientación y que puedan tomar conciencia sobre los riesgos a los que están expuestas tanto la madre con el feto al adquirir la enfermedad y no ser detectada a tiempo.

En el Subcentro Lucha Obrera las embarazadas se ven afectadas por causas que pueden ser prevenidas, debido al poco interés que tienen las embarazadas en realizarse sus controles prenatales adecuados para la edad gestacional en la que se encuentren, todo esto ocasionado por la falta de economía, por la carencia de educación y porque existen hogares donde la mujer embarazada es el sustento de esa familia al no contar con un hombre que cumpla el rol que le corresponde.

Se ha confirmado que la educación para la salud, es un instrumento útil que permite cambiar los estilos de vida y buscar un equilibrio saludable, que garantice calidad de vida, por lo que es congruente, pertinente y confiable, esta propuesta, con un beneficio a corto, mediano y largo plazo y sin algún tipo de remuneración.

Se justifica esta propuesta ya que en nuestra población de estudio, se evidencio desconocimiento en el tema y a través del plan de capacitación se busca prevenir la preeclampsia para evitar complicaciones, tales como; partos prematuros, desprendimiento placentario, eclampsia, síndrome de HELLP, daño a

otros órganos, enfermedad cardiovascular hasta llegar a una muerte materno – fetal.

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivos generales

Diseñar un plan de capacitación en educación y promoción de la salud a las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera, que contribuirá a la detección oportuna y prevención de preeclampsia fomentando hábitos saludables que ayuden a mejorar su calidad de vida.

5.4.2. Objetivos específicos

Organizar con el Subcentro Lucha Obrera para facilitar el plan de capacitación en educación y promoción de la salud dirigida a las embarazadas.

Implementar actividades de educación para transmitir conocimientos relacionados con la detección oportuna y prevención de preeclampsia dirigido a las familias como parte fundamental de la sociedad actual.

Elaborar herramientas que promuevan la participación y el empoderamiento de las embarazadas, en las comunidades donde habitan, reconociendo sus fortalezas, debilidades y oportunidades que contribuyan a mantener un estilo de vida saludable.

5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación

CHARLAS PARA LA PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO LUCHA OBRERA, CANTON BABAHOYO, PROVINCIA DE LOS RIOS.

Tabla 12. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación

| Tipo de charla | Charla | Frecuencia de la charla | Numero de sesión | Objetivo | Instrumento de verificación | Responsables | Lugar |
|-------------------------------|--|-------------------------|------------------|---|-----------------------------|---|---|
| Charla participativa - activa | Cambios físicos del embarazo | 1/semana | 1 hora | Brindar a las embarazadas los conocimientos necesarios para que conozcan los cambios físicos que van a presentar durante la etapa de gestación. | Control de asistencia | Docente - Tutora y autora del proyecto de investigación | Sala de espera del Subcentro Lucha Obrera |
| Charla participativa - activa | Complicaciones del embarazo | 1/semana | 1 hora | Concientizar a las embarazadas sobre el riesgo al que se exponen la madre como el feto al no realizarse sus controles prenatales adecuados, | Control de asistencia | | |
| Charla participativa - activa | Preeclampsia | 1/semana | 1 hora | Brindar información oportuna a las embarazadas sobre la preeclampsia. | Control de asistencia | | |
| Charla participativa -activa | Factores de riesgo de la preeclampsia | 1/semana | 1 hora | Dar a conocer a las gestantes los factores de riesgo que exponen a las embarazadas a sufrir de preeclampsia. | Control de asistencia | | |
| Charla vivencial | Medidas de prevención de la preeclampsia | 1/semana | 1 hora | Fomentar en la embarazada a conocer las medidas de prevención de la preeclampsia. | Control de asistencia | | |

5.5.1. Estructura general de la propuesta

La presente propuesta busca educar y concientizar a las embarazadas, para que de esta manera obtengan los conocimientos necesarios sobre la prevención y control frente a trastornos hipertensivos como lo es la preeclampsia, del mismo modo logren una mejor percepción de las complicaciones que se presentan durante la gestación y también fomentar los correctos hábitos saludables que ayuden a mejorar su calidad de vida.

De acuerdo con lo planteado este plan de capacitación permitirá que las embarazadas se informen más en el tema ya que es de interés mutuo tanto para las gestantes que son el objeto de estudio de esta propuesta como para los responsables y encargados de transmitir los conocimientos y que este tema pueda llegar a las embarazadas sin agredir su susceptibilidad, respetando su confidencialidad con el objetivo de lograr los beneficios convenientes.

Las capacitaciones estarán dirigidas a las embarazadas del Subcentro Lucha Obrera, el contenido de las capacitaciones será de interés para poder contar con la atención y participación de las embarazadas y de esta manera ayudar a prevenir la preeclampsia.

Temas a tratar en las charlas de educación y promoción de la salud para la detección oportuna y prevención de preeclampsia dirigidas a las embarazadas del Subcentro Lucha Obrera:

- ❖ Describir los cambios físicos que presentan las embarazadas durante la etapa de gestación.
- ❖ Explicar las complicaciones del embarazo.
- ❖ Describir que es la preeclampsia y su clasificación.
- ❖ Mencionar y detallar los factores de riesgo relacionado con la preeclampsia.
- ❖ Explicar las adecuadas medidas de prevención de la preeclampsia.

5.5.2. Componentes

Contexto: Subcentro Lucha Obrera del Cantón Babahoyo de la Provincia de Los Ríos.

Actores: Embarazadas, personal de salud del Subcentro Lucha Obrera, docente tutora asignada por la Universidad Técnica de Babahoyo y la autora del proyecto de investigación.

Acciones: Educativas, preventivas y de promoción.

Evaluación: Cuantitativa: Por la cantidad de implicados.

Cualitativa: Por la participación activa de los implicados.

5.6. Resultados esperados de la propuesta de aplicación

5.6.1. Alcance de la alternativa

Por medio de la propuesta actual se estima llegar hacer conciencia en las embarazadas y crear una responsabilidad social mediante toda la enseñanza impartida y de esta manera obtener una mejor conciencia de la realidad de su entorno y circunstancias a los que están expuestas en su cotidiano vivir que forman una problemática en salud, haciendo hincapié en realizar todas y cada una de las sugerencias expuestas por los profesionales de salud y del mismo modo provocar un impacto positivo en el bienestar biopsicosocial de las personas.

Los resultados que se esperan alcanzar con la implementación de este plan de capacitación es lograr que las embarazadas obtengan los conocimientos necesarios sobre la preeclampsia para que puedan prevenir complicaciones maternas fetales y de esta manera pueda mejor la calidad de vida mediante la adopción de conductas saludables para lograr un embarazo óptimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcivar Sigua, K. S., & Gaibor Aguinda, M. D. (2018). Licenciada en enfermería. *Factores de riesgo que influyen en la preeclampsia en mujeres gestantes de 15 – 20 años en el Subcentro Ahuano*. Universidad Técnica de Babahoyo, Tena, Napo, Ecuador.
- Altamirano, P. (8 de Marzo de 2016). *Universidad de las Américas*. Obtenido de Causas y etapas de la preeclampsia en Ecuador: <https://www.udla.edu.ec/2016/03/08/investigadores-de-la-udla-estudian-las-causas-y-etapas-de-la-preeclampsia-en-ecuador/>
- Bonilla Musoles, F., & Pellicer, A. (2007). *Obstetrica, reproduccion y ginecologia basicas*. Madrid: Medica Panamericana.
- Cabero Roura, L., & Saldivar Rodriguez, D. (2009). *Operatoria Obstetricia; una vision actual*. Mexico: Medica Panamericana.
- Cabeza Acha, J. (2014). Medico Cirujano. *Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia atendidas en el Hospital de apoyo de Sullana 2013*. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Peru.
- Camacho Mackenzie, C. (1999). *Guía Practica de Nutricion Infantil*. Gamma.
- Campuzano, A. (2006). *Objetivo de Desarrollo del Milenio*. Obtenido de META 6: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/pubsio/pubsio_R009.pdf
- Cedeño Macias, N. (2018). Licenciada en Enfermería. *Rol de enfermería y su intervencion en adolescentes embarazadas con preeclampsia en el centro de salud Urbano 2 de Mayo*. Universidad Técnica de Babahoyo, El Empalme, Guayas, Ecuador.
- Cedeño Macias, N. (2018). LICENCIADA EN ENFERMERIA. *ROL DE ENFERMERÍA Y SU INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD URBANO 2 DE MAYO EL EMPALME PROVINCIA EL GUAYAS OCTUBRE 2018 –ABRIL 2019*. Universidad Técnica de Babahoyo, El Empalme, Guayas, Ecuador.
- Cedeño Macias, N. L. (2018). Licenciada en Enfermería. *ROL DE ENFERMERÍA Y SU INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD URBANO 2 DE MAYO EL EMPALME PROVINCIA EL GUAYAS OCTUBRE 2018 –ABRIL 2019*. Universidad Técnica de Babahoyo, El Empalme, Guayas, Ecuador.
- Centeno Huaman, G. K., & Crispin Paucar, L. M. (2013). Licenciada en Obstetricia. *Periodo Intergenésico prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Peru.

- CIDE, C. d. (2018). Propuesta de reestructuración de las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Babahoyo. *Unidad de Investigación*.
- Cloherly, J. P., Eichenwald, E. C., & Stark, A. R. (2007). *Manual de Cuidados Neonatales*. Barcelona: MASSON, S. A.
- Condo Baque, C., Barreto Pincay, G., Montaña Parrales, G., Borbor Sanchez, L., Manrique Regalado, G., & Garcia Sigha, A. (31 de Julio de 2018). *Revista científica; Dominio de las Ciencias*. Obtenido de Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017: <file:///C:/Users/MINEDUC1/Downloads/Dialnet-PreeclampsiaYEclampsiaEnPacientesAtendidasEnElArea-6560181.pdf>
- Diaz, V. (2018). *Embarazo y cuarto trimestre*. Barcelona: Profit Editorial I.,S.,L.
- El Diario. ec.* (27 de Abril de 2015). Obtenido de Manabí es la tercera provincia en muertes maternas: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/354001-manabi-es-latercera-provincia-en-muertes-maternas/>
- elbebe.com.* (s.f.). Obtenido de Complicaciones en el embarazo: <https://www.elbebe.com/embarazo/complicaciones-en-el-embarazo>
- Fescina, R., De Mucio, B., & Ortiz, E. (2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=278-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas&Itemid=219&lang=en
- Heather Herdman, T. (2014). *NANDA, NOC, NIC*. Barcelona: Elsevier.
- Heras Crespo, M. E. (2013). Especialista en Ginecología y Obstetricia. *Aumento del volumen medio plaquetario como marcador para preeclampsia, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2012*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Holguin, M., & Carvajal, R. (2018). Licenciada en enfermería. *FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE BABAHOYO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2018*. Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo.
- Huaman Puente, C. J. (2016). Médico Cirujano. *Prevalencia de factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional dos de Mayo*. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Ku, E. (15 de Marzo de 2014). *Revista Peruana de Epidemiología*. Obtenido de Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355009.pdf>

- Martin, J. (21 de Junio de 2019). *ECURED*. Obtenido de Embarazo: <https://www.ecured.cu/Embarazo>
- Ministerio de Salud Publica. (Diciembre de 2016). Obtenido de Trastornos Hipertensivos del embarazo, Guia Practica Segunda Edicion : https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
- Ministerio de Salud Publica. (2017). Obtenido de Por segundo año consecutivo se redujo la mortalidad materna: <https://www.salud.gob.ec/por-segundo-ano-consecutivo-se-redujo-la-mortalidad-materna/>
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2017). Obtenido de Score MAMA y claves obstetricas: <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>
- Moreno Rojas , B. (2008). Medico General. *Prevalencia de preeclampsia severa en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba año 2008*. Escuela Superior Politecnica de Chimborazo, Riobamba.
- Naranjo Hernandez, Y., Concepcion Pachecho, J. A., & Rodriguez Larreynaga, M. (12 de Noviembre de 2015). *Scielo*. Obtenido de La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Niswander, K. (1987). *Obstetricia; Practica clinica*. Barcelona: Revertè, S. A.
- OPS. (27 de mARZO de 2019). Obtenido de 22 de mayo – Día Mundial de la Preeclampsia: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=215&lang=es
- Perichart Perera, O., Balas Nakash, M., Schiffman Selechnik, E., Serrano Avila, M., & Vadillo Ortega , F. (2006). *Revista de Ginecologia Obstetrica*. Obtenido de Impacto de la Obesidad pregestacional en el estado nutricional de mujeres embarazadas de la Ciudad de Mexico: https://nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2006/numero%202/impacto_obesidad.pdf
- Petro, G., Bustamente, M., & Rubbiano, G. (2013). *Salud Capital*. Obtenido de Guia de trastornos hipertensivos del embarazo: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos_baja.pdf
- Phoa, K., Chedraui, P., Perez Lopez, F., Wendte, J., Ghiabi, S., Vrijotte, T., & Pinto, P. (2016). *Revista de Obstetricia y Ginecologia*. Obtenido de Resultado perinatal en embarazos únicos complicados con preeclampsia y eclampsia en Ecuador.

- Preeclampsia Foundation*. (1 de Mayo de 2014). Obtenido de Mortalidad Materna International y Preeclampsia: La Carta Mundial de la Enfermedad: <https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/149-advocacy-awareness/332-preeclampsia-and-maternal-mortality-a-global-burden>
- Reece, E. A., Hobbins, C. J., & Gant, F. N. (2007). *Obstetricia Clinica*. Buenos Aires - Argentina: Medica Panamerica.
- ROE Laboratorio Clinico*. (s.f.). Obtenido de Preeclampsia: Marcadores de riesgo: https://www.labroe.com/mk/preeclamsia/?gclid=Cj0KCQjwjYHpBRC4ARIsAl-3GkHWInmXWKYx0P5njPZsxsDIItM-apHX-DM_rtY4Fy_N-WHcbVGg9fGMaAqzGEALw_wcB
- Sanchez, S. (Diciembre de 2014). *Scielo Peru*. Obtenido de Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007
- Sanchez, S. E. (Diciembre de 2006). *Revista de ginecología*. Obtenido de Epidemiología de la preeclampsia: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
- Santiago Restoy, L., Frago Valls, S., & Saez Sesma, S. (2009). *Educacion sexual*. Educacion. es.
- Valdes Yong, M., & Hernandez Nuñez, J. (20 de Marzo de 2014). *Scielo; Revista Cubana de Medicina Militar*. Obtenido de Factores de riesgo para preeclampsia: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572014000300005&script=sci_arttext&tIng=en
- Vargas , V. M., Acosta, G., & Moreno, M. (2012). *Revista Obstetricia Ginecologica*. Obtenido de La preeclampsia un problema de salud pública mundial: <https://www.revistasochog.cl/files/pdf/DOCUMENTOS029.pdf>
- WHO*. (2014). Obtenido de RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119742/WHO_RHR_14.17_spa.pdf?sequence=1

ANEXOS

| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | HIPOTESIS GENERAL |
|--|--|---|
| <p>¿De qué manera se relacionan las acciones de enfermería con la prevención de preeclampsia en embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019?</p> | <p>Determinar la relación entre las acciones de enfermería con la prevención de preeclampsia en embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.</p> | <p>Si las acciones de enfermería se orientaran a la prevención la preeclampsia, se reduciría la morbimortalidad en embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.</p> |
| PROBLEMAS ESPECIFICOS | OBJETIVOS ESPECIFICOS | HIPOTESIS ESPECIFICAS |
| <p>¿Cuál es el grado de conocimiento sobre la preeclampsia que tienen las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019?</p> | <p>Establecer el grado de conocimiento sobre la preeclampsia que tiene las embarazadas de que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019.</p> | |
| <p>¿Cuáles son los factores predisponentes de preeclampsia en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del</p> | <p>Identificar los factores predisponentes de preeclampsia en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019? | cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019 | |
| ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas que indican la presencia de preeclampsia en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019? | Establecer las manifestaciones clínicas que indican la presencia de preeclampsia en las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos en Mayo - Septiembre 2019 | |



CUESTIONARIO PARA LA REALIZACION DE ENCUESTAS

Este instrumento es para la realización de una encuesta mediante cuestionario y está dirigido a las mujeres embarazadas para recolectar datos referentes al tema: **ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO LUCHA OBRERA, BABAHOYO, LOS RIOS, MAYO – SEPTIEMBRE 2019.**

DATOS GENERALES

Señale con una X el recuadro que Ud. cree que corresponde en las siguientes preguntas:

1. **¿Cuál es su edad?**
 - a. 14 – 21 años
 - b. 22 – 29 años
 - c. 30 – 37 años
 - d. 38 – 45 años
2. **¿Cuál es el nivel de educación que usted posee?**
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Superior
 - d. Ninguna
3. **¿Cuál es su estado civil?**
 - a. Soltera
 - b. Unión libre
 - c. Casada
 - d. Otros
4. **¿Cuál es su nivel socioeconómico?**
 - a. Bajo
 - b. Medio
 - c. Alto
5. **¿Cuál es el número de hijos que usted tiene?**
 - a. 0 – 1
 - b. 2 – 3
 - c. 4 – 5
 - d. Ninguno
6. **¿Cuándo se presenta alguna complicación acude al médico de forma oportuna e inmediata?**
 - a. Si
 - b. No
7. **¿Acude puntualmente a sus consultas prenatales cuando le corresponde?**
 - a. Si
 - b. No
8. **¿Durante su etapa de embarazo cuantos controles prenatales se ha realizado?**

- a. Menos de 5 controles
- b. Más de 6 controles
- 9. ¿Actualmente usted padece preclampsia?**
- Si
- No
- 10. ¿Posee usted conocimiento sobre la preeclampsia?**
- Si
- No
- 11. ¿Conoce la sintomatología de la preeclampsia?**
- a. Dolor de cabeza
- b. Visión borrosa
- c. Fatiga
- d. Sensibilidad a la luz
- e. Hinchazón en los m. inferiores
- 12. ¿En su familia existe antecedentes de preeclampsia?**
- a. Si
- b. No
- 13. ¿Usted ha recibido charla sobre la preeclampsia de parte del personal de enfermería?**
- a. Si
- b. No
- 14. ¿Ha recibido visitas domiciliarias durante su estado de gestación?**
- a. Si
- b. No

Consentimiento Informado

Título: ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO LUCHA OBRERA, BABAHOYO, LOS RIOS, MAYO - SEPTIEMBRE 2019.

Autora: Quinga Cedeño Nathaly Patricia

Lugar donde se realizara la investigación: Subcentro Lucha Obrera

Nombre de la participante: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación, antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si reúne las condiciones para participar en este estudio y acepta participar se le realizará la siguiente actividad:

- Se le solicitará que responda un cuestionario.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No abra ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad.

Nota: Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta del consentimiento informado

YO _____

Con documento de identidad N° _____, certifico que he sido informada con claridad y veracidad, por lo tanto estoy de acuerdo en participar en la investigación **ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO LUCHA OBRERA, BABAHOYO, LOS RIOS, MAYO - SEPTIEMBRE 2019** se me ha explicado minuciosamente los objetivos, procedimientos del estudio y mi incorporación será voluntaria. Por tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en esta investigación.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

ANEXO FOTOGRAFICO

Socialización con las autoridades del Subcentro Lucha Obrera para la ejecución del proyecto de investigación.



Aplicación de encuestas a las embarazadas que acuden al Subcentro Lucha Obrera.

