

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

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

**TEMA:**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN  
LA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL ESPECIALIZADO  
MATERNO INFANTIL “MARIANA DE JESÚS”, DE LA CIUDAD DE  
GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DE DICIEMBRE DE 2013 – ABRIL 2014.**

**AUTORA:**

**María Elena Ochoa Anastacio**

**TUTORA:**

**LCDA. SILVIA CEPEDA**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2014**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Maria Elena Ochoa Anastacio, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

TUTORA  
**LCDA. SILVIA CEPEDA**

---

**REVISOR(ES)**

---

LCDA. ROSA CALDERON.  
PRIMERA LECTORA

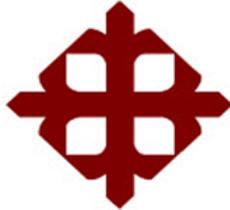
---

LCDA. OLGA MUÑOZ  
SEGUNDA LECTORA

---

LCDA. ANGELA MENDOZA , Mgs.  
DIRECTORA DE LA CARRERA

Guayaquil, a los 30 dias, del mes de Junio del año 2014



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, MARIA ELENA OCHOA ANASTACIO**

**DECLARO QUE:**

El trabajo de Titulación de Intervenciones de Enfermería en Adolescentes Embarazadas con Preeclampsia en la Consulta Externa hospital especializado materno infantil “Mariana de Jesús”, de la ciudad de Guayaquil, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constan al pie de las paginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 días, del mes de Junio, del año 2014

**LA AUTORA**

---

**MARÍA ELENA OCHOA ANASTACIO**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, MARÍA ELENA OCHOA ANASTACIO**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Intervenciones de Enfermería en Adolescentes Embarazadas con Preeclampsia en la Consulta Externa hospital especializado materno infantil “Mariana de Jesús”, de la ciudad de Guayaquil, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 días del mes de Junio del año 2014**

**AUTORA:**

---

**MARÍA ELENA OCHOA ANASTACIO**

# **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a Dios por haberme brindado la fortaleza en cumplir uno de mis sueños, el de poder ayudar a mis semejantes por medio de esta Profesión de Enfermería que es tan noble y sacrificada.*

*También agradezco a todo el personal docente y administrativo de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, de la carrera de Enfermería.*

*A mis compañeros y amigos de aulas por acompañarme en esta bella travesía.*

**Mary Elena**

# **DEDICATORIA**

*A mi mamá y mi papá que aunque físicamente no están, siempre los sentí a mi lado, dándome el aliento y las fuerzas, para seguir adelante.*

*A mi amoroso esposo Walter Suárez Quimí por brindarme su comprensión y apoyo incondicional en todo momento.*

*A mis hijos Yony Alexander, Waleska Gabriela y Yony Santiago, que son mi luz y motivación de seguir superándome cada día para ofrecerles una mejor calidad de vida y que tengan en su madre el ejemplo que cuando uno quiere algo con todo el corazón, si se puede lograrlo.*

*A mi hermano Jacinto y a mi hermana Norma por todo su apoyo y entrega para llevar a cabo mi sueño y por estar siempre presente.*

*A todas aquellas personas que confiaron en mí, a todas ellas...Mil gracias...*

**María Elena**

# TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

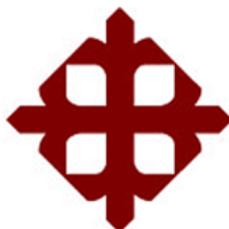
PRESIDENTE

---

PROFESOR DELEGADO

---

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**CALIFICACIÓN**



## INDICE GENERAL

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAG.</b>
CERTIFICACIÓN	I
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	II
AUTORIZACIÓN	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VI
CALIFICACIÓN	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRAC	IX
INDICE	X
INTRODUCCION	1

### **CAPITULO I**

RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO	3
JUSTIFICACION	3
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
CONTEXTUALIZACION EN TIEMPO Y ESPACIO	8
OBJETO DE ESTUDIO	8
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVO ESPECIFICO	9

### **CAPITULO II MARCO TEORICO**

CONCEPTO	10
CARACTERISTICAS	11
COMIENZA LA PUBERTAD	12
FISIOLOGIA DE LA PUBERTAD	13

¿CUÁNDO COMIENZAN LOS CAMBIOS?	15
CARACTERISTICAS SEXUALES	16
CARACTERISTICAS SEXUALES PRIMARIAS	16
CARATERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS	16
DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE	17
ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	18
ADOLESCENCIA TEMPRANA	18
ADOLESCENCIA TARDIA	19
RIESGO FISIOLÓGICO	20
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	20
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	22
RIESGOS	24
EFFECTOS SOBRE LA MADRE	25
EFFECTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO	26
CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO	28
EMBARAZO REPETIDO	29
PREVENCIÓN	30
HIPERTENSION EN EL EMBARAZO	30
DEFINICION	31
CLASIFICACION DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS	32
HIPERTENSION GESTACIONAL	32
HIPERTENCION ARTERIAL CRONICA	33
HIPERTENCION ARTERIAL CRONICA MÁS PRECLAMPSIA	34
EDEMA Y PROTEINURIA	34
PRECLAMPSIA - ECLAMPSIA	35
DEFINICION	35
FISIOPATOLOGIA DE LA PRECLAMPSIA	36
CLASIFICACION DE LA PRECLAMPSIA	37
CUADRO CLINICO	37
CUADRO CLINICO PREECLAMPSIA LEVE	37
CUADRO CLINICO PREECLAMPSIA GRAVE	38
EXAMENES DE COMPLEMENTARIOS	39
OTROS EXAMENES	40
FACTORES DE RIESGOS PARA LA PREECLAMPSIA	40
FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS AL EMBARAZO	41

FACTORES DE RIESGO POR ENFERMEDADES MEDICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO	42
COMPLICACIONES DE LA PRECLAMPSIA	42
COMPLICACIONES MATERNAS	42
COMPLICACIONES FETALES	43
TRATAMIENTO	44
OBJETIVOS TERAPEUTICOS Y ACCIONES TERAPEUTICAS	45
MANEJO DE HIPERTENSIÓN SEVERA AGUDA EN EL EMBARAZO	46
MANEJO DE LA PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA	47
PROFILAXIS O TRATAMIENTO DE LAS CONVULSIONES	47
PROCESOS DE ATENCION DE ENFERMERIA	48
DEFINICION DEL PAE	48
FASES DEL PAE	52
ETAPA DE VALORACION	52
ETAPA DEL DIAGNOSTICO	53
ETAPA DE PLANEACION	54
DETERMINACION DE OBJETIVOS	55
PLANEACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	55
ETAPA DE EJECUCION	56
ETAPA DE EVALUACION	56
ARGUMENTOS QUE JUSTIFICAN LA NECESIDAD DEL PROCESO	57
TEORIAS DE ENFERMERIA DOROTHEA E. OREM	57
PRINCIPALES SUPUESTOS	58
TEORIA DE SISTEMAS ENFERMEROS	59
TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO	59
TEORIA DEL AUTOCUIDADO	59
ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD	60
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA PREECLAMPSIA	61
PLANES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA	62
MARCO LEGAL	66

## **CAPITULO III METODO**

DISEÑO METODOLOGICO	69
UNIVERSO Y MUESTRA	69
CRITERIO DE INCLUSION	70
CRITERIO DE EXCLUSION	70
HIPOTESIS	70
VARIABLES	70
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	71
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	72
ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERIA	77
ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA AL USUARIO	77
GUIA DE OBSERVACION	84
CONCLUSION	102
RECOMENDACIONES	104
BIBLIOGRAFIAS	105
GLOSARIO	106
ANEXOS	108
	111

## INDICE DE GRAFICOS

### ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERIA

GRAFICO 1	77
GRAFICO 2	78
GRAFICO 3	79
GRAFICO 4	80
GRAFICO 5	81
GRAFICO 6	82
GRAFICO 7	83

### ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LAS PACIENTES ADOLESCENTES CON PREECLAMPSIA

GRAFICO 1	84
GRAFICO 2	85
GRAFICO 3	86
GRAFICO 4	87
GRAFICO 5	88
GRAFICO 6	89
GRAFICO 7	90
GRAFICO 8	91
GRAFICO 9	92
GRAFICO 10	93
GRAFICO 11	94
GRAFICO 12	95
GRAFICO 13	96
GRAFICO 14	97
GRAFICO 15	98
GRAFICO 16	99
GRAFICO 17	100
GRAFICO 18	101
GUIA DE OBSERVACION	102

## **RESUMEN**

**Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, en el área de consulta externa del Hospital Especializado Materno Infantil “Mariana de Jesús”, de la ciudad de Guayaquil, en el periodo comprendido desde Diciembre de 2013 – Abril 2014, con 30 pacientes adolescentes embarazadas con diagnóstico de preeclampsia, las cuales acudieron de forma voluntaria a la consulta externa del Hospital, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 13 – 18 años de edad. La investigación se basó en la analizar las de intervenciones de enfermería realizadas en adolescentes con preeclampsia, lo cual permitió realizar una evaluación sistemática de la atención que se brinda el personal de enfermería a estas pacientes en la consulta externa, con el fin de recaudar la información necesaria de manera ordenada, facilitando el análisis de la misma, para la planificación y realización de acciones e intervenciones según las necesidades y los problemas encontrados. Al final del estudio se pudo comprobar que la mayoría de las pacientes eran madres solteras, con un nivel escolar de secundaria, las cuales residían en zonas urbanas marginales, las mismas no se realizaban controles prenatales, llegando a la consulta con 7 o 9 meses de embarazo, con hipertensión arterial, con un incremento de peso de más 11 Kg en el último trimestre de gestación, todos los cuales son factores de riesgo para presentar preeclampsia. En cuanto a las intervenciones de enfermería solo el 30% del personal ha recibido capacitación sobre la atención de adolescentes embarazadas, y el 50% del personal de enfermería tiene conocimiento sobre los cuidados que debe recibir las adolescentes con preeclampsia, como resultado las intervenciones de enfermería no son las más adecuadas.**

**PALABRAS CLAVES: Intervenciones de Enfermería, Adolescencia, Preeclampsia.**

## **ABSTRACT**

**A retrospective descriptive was conducted in the area of specialized outpatient "Mariana de Jesus" Maternal and Child Hospital of Guayaquil, in the period from December 2013 - April 2014 with 30 pregnant adolescent patients with diagnosis of preeclampsia, which voluntarily came to the outpatient clinic of the Hospital, with ages between 13-18 years old. The research was based on the analysis of nursing interventions performed in adolescents with preeclampsia, which allowed a systematic evaluation of care nursing staff is provided to these patients in the outpatient clinic, in order to collect information necessary in an orderly manner, facilitating the analysis of the same, for the planning and implementation of actions and interventions according to the needs and problems. At the end of the study it was found that most of the patients were single mothers with a high school level, which resided in marginal urban areas, they do not prenatal checks were made coming to the talks with 7 or 9 months pregnancy with hypertension, an increase of over 11 Kg weight in the last trimester of pregnancy, all of which are risk factors for preeclampsia. As for nursing interventions only 30 % of staff have received training on the care of pregnant adolescents and 50 % of the nursing staff is knowledgeable about the care they should receive the adolescents with preeclampsia, as a result of nursing interventions they are not the most appropriate.**

**KEYWORDS: Nursing Interventions, Adolescence, Preeclampsia**

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema importante de salud, es un hecho más frecuente de lo que la sociedad quisiera aceptar, debido básicamente a las condiciones socioculturales, las que han provocado un aumento considerable en su prevalencia, acaeciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más desfavorecidos, aunque se presenta en todos los estratos sociales. Constituyendo el mismo una experiencia difícil, que afecta la salud integral tanto de las madres adolescentes, como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. En la actualidad el embarazo adolescente es una causa frecuente de consulta en los centros hospitalarios.

Según la OMS cada año dan a luz unos 16 millones de adolescentes de entre 13 y 19 años. Los bebés nacidos de madres adolescentes representan alrededor del 11% de los nacimientos del mundo, y el 95% de estos se producen en países menos favorecidos. En los países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son una de las causas más frecuentes de muerte entre las adolescentes.

Los lactantes sufren también la consecuencia de la maternidad en la adolescencia, los cuales tienden a presentar variados problemas de salud. Las muertes perinatales son un 50% más frecuente entre los bebés nacidos de madres menores de 20 años. La elevada incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, únicamente superada por África, va en un elevado aumento, lo que presupone un freno para el desarrollo de la región. Entre 25 y 100 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe,

según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente.<sup>1</sup>

En las adolescentes embarazadas la preeclampsia , es una de las entidades que causa numerosas complicaciones graves durante el embarazo, entre ellas el aumento de la mortalidad fetal y neonatal, parto pretérmino, desprendimiento de la placenta normalmente insertada, insuficiencia renal aguda, coagulopatías intravascular diseminada, edema agudo del pulmón, ruptura hepática y hemorragia cerebral, entre otras. Se observa un elevado aumento en los nacimientos prematuros, el bajo peso al nacer y retardo en el crecimiento. La mortalidad fetal esta alrededor de 30%.

Por ello, el personal de enfermería debe poseer profundos conocimientos científicos técnicos y humanos, siendo preciso una continua revisión de los avances científicos para conseguir un mayor nivel de formación académico y poder realizar un abordaje global con el fin de prevenir y realizar una detección precoz de las complicaciones y problemas en las embarazadas adolescente, para iniciar acciones que minimicen los resultados negativos en pacientes con preeclampsia; el razonamiento clínico y la toma de decisiones del profesional de enfermería son esenciales para una atención con calidad y calidez.

---

<sup>1</sup> Estadísticas sanitarias Mundiales OMS 2013

## **CAPITULO I**

### **RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO**

La realización de este trabajo de investigación surgió por las observaciones realizadas durante las prácticas de salud comunitaria donde se pudo detectar el incremento de casos de preeclampsia en adolescentes embarazadas, las mismas que no recibían información y educación adecuada por el personal de enfermería y por la necesidad de brindar cuidados específicos de enfermería a la madre gestante con preeclampsia, por ser esta una situación de riesgo especial de morbilidad materno fetal, se requiere una especificidad en el desempeño del quehacer del profesional de enfermería cuando atiende este tipo de pacientes.

Considerando que una de las funciones de enfermería es la educación o información continua al usuario y al momento de la observación no se estuvo cumpliendo.

### **JUSTIFICACION**

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan cambios importantes a nivel mental, emocional, en el orden fisiológico y social que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de ocultamiento y rechazo, por temor a la reacción del núcleo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente. El embarazo llega en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez

física y mental, a veces en circunstancias adversas, como una familia con poca o ninguna aceptación del embarazo, con problemas nutricionales y de enfermedades.

La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región, el 14, 3% se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua (el 27% de las madres tiene entre 15 y 19 años), Honduras 29 % y Guatemala 22.8%, así como en Venezuela 24 %, República Dominicana 22% y Ecuador 20%.<sup>2</sup> Tras Venezuela, la segunda mayor tasa de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres. Según cifras oficiales del 2012, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños.<sup>3</sup>

En la ciudad de Guayaquil según datos de la Encuesta de Salud Materno Infantil, impulsada por el Ministerio de Salud Pública, entre el 44% y 42% de las mujeres de entre 15 y 24 años que habitan en la provincia ha tenido al menos un embarazo. En la nación viven cerca de dos millones y medio de jóvenes entre 10 años y 19 años, lo que significa que representan el 20% del total poblacional, siendo el embarazo precoz una de las primeras causas de muerte en este grupo.

Una de las complicaciones más comunes de las adolescentes embarazadas es la preeclampsia y en el Ecuador es la primera causa de muerte materna entre tres y cuatro de cada cien mujeres fallecen por este motivo. Se estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia está en el rango de 10 a 20%, de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9

---

<sup>2,3</sup> Estadísticas sanitarias Mundiales OMS 2013

veces mayor en los países en vía de desarrollo. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%.

En estados unidos, su incidencia varía entre 1,6 a 12, 6%, lo cual contrasta con la de países del tercer mundo en los cuales alcanza hasta 40%. En los países en vías de desarrollo es la causa más importante de muerte materna y en los países latinoamericanos su incidencia elevada de mortalidad constituye un problema grave de salud pública particularmente en Ecuador y Paraguay. En el Ecuador.<sup>4</sup> Se encontró una incidencia de preeclampsia y eclampsia de 22% del total de mujeres embarazadas. En el 2011 se reportaron 241 muertes maternas por preeclampsia.<sup>5</sup>

Según estudios realizados entre los factores de riesgo están la escolaridad y la edad, y los que incrementan estos factores de riesgos son: nivel socio – económico, alcoholismo, concentraciones de hemoglobina, inicio de vida sexual activa, cantidad de parejas sexuales, obesidad y control prenatal. La Preeclampsia puede en raros casos evolucionar rápidamente y convertirse en una condición potencialmente letal llamada eclampsia, que provoca convulsiones y estado de coma. Afortunadamente, es poco común en mujeres que reciben atención prenatal a intervalos regulares.

En cada consulta prenatal, se controla la presión arterial y se realiza un análisis de orina para detectar la proteínas. De esta manera es posible diagnosticar y tratar la Preeclampsia antes de que evolucione y se convierte en eclampsia.

---

<sup>4</sup> Fuente: INEC

<sup>5</sup> Datos esenciales de salud. Una mirada a la década 2000 – 2010. Ecuador

## **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

Dada la prevalencia de la preeclampsia en el Ecuador y sus consecuencias en la morbimortalidad tanto maternas como perinatales, es necesario e imprescindible profundizar el estudio de la misma; por lo cual tomaremos de referencia al Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”, donde en el año 2013 se atendieron 5074 embarazadas adolescentes, de las cuales 178 pacientes adolescentes presentaron preeclampsia.

En esta casa de salud hasta marzo del 2014 se habían atendido 1122 pacientes adolescentes embarazadas, viéndose mensualmente un promedio de 374 pacientes adolescentes embarazadas en el servicio de Gineco – Obstetricia.<sup>6</sup>

La Maternidad Mariana de Jesús, está ubicada en las calles Rosendo Avilés y la 27, al sur de la ciudad de Guayaquil, Parroquia Febres Cordero. Este centro de salud fue inaugurado e inicio sus funciones el 27 de Febrero de 1967 llamándose entonces Centro de Salud N° 7. El 11 de Agosto de 1969, este centro inauguro el área hospitalaria, llamándose a partir de esta fecha Centro de Salud Hospital Santa Mariana de Jesús.

Cuenta en general con 22 consultorios fue reestructurada su área física, contando en la actualidad con 33 camas en el área de hospitalización, además oferta los siguientes servicios: Medicina general, medicina interna, ginecología, odontología, pediatría, psiquiatría, mastología, consultorio de VIH, consultorio de adolescentes, laboratorio clínico, emergencia, quirófano, esterilización,

---

<sup>6</sup> Fuente: Estadísticas Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”

banco de leche, lactario, imagenología, audiometría, tamizaje neonatal, farmacia, vacunación, neumología y bodega.

Actualmente en esta casa de salud se han implementado estrategias (capacitaciones al personal de salud, abastecimiento de medicamentos, materiales y equipos) para disminuir y prevenir esta patología.

Por tal motivo es de vital importancia para el profesional en enfermería, tener conocimiento de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la preeclampsia, con la finalidad de identificarlos en forma temprana ya sea para intervenir directamente o para adelantar acciones de prevención o tratamiento oportuno, que permitan prevenir complicaciones maternas y fetales, y todo esto es posible mediante la puesta en práctica del proceso de atención de enfermería, que busca implementar acciones dirigidas hacia las gestantes con la finalidad de proporcionarle cuidados específicos que logren mejorar las condiciones de salud materna y disminuir las posibles complicaciones fetales.

No olvidando que los pacientes son protagonistas de su sanidad es importante que el personal de salud les ayude a vivir sus problemas de la forma más saludable, prestando atención y fomentando su autocuidado, es por esto que la intervención de salud es muy importante y la enfermera no está exenta de esto. Pues el rol de la enfermera, radica en cumplir variadas funciones sobre todo la educar, orientar, informar y prevenir para que los pacientes puedan avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados y así procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñarle sobre el cuidado y el mantenimiento de la salud.

Con los antecedentes del problema objeto de estudio se realizó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son Intervenciones de Enfermería en

adolescentes embarazadas con Preeclampsia en edades comprendidas entre 13 y 18 años en el Hospital Maternidad “Marianita de Jesús”?

## **CONTEXTUALIZACION EN TIEMPO Y ESPACIO**

### **☐ Contexto Institucional:**

- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  
Carrera de Enfermería, Trabajo de Titulación

### **☐ CONTEXTO TERRITORIAL:**

- **Lugar:** Guayaquil - Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”
- **Delimitación temporal:** Diciembre de 2013 – Abril 2014.

### • **Delimitación del Contenido:**

- ❖ Consulta Externa
- ❖ Campo: Enfermería
- ❖ Problema: Preeclampsia en adolescentes embarazadas (13 – 18 años)

### **☐ OBJETO DE ESTUDIO**

- Intervenciones de enfermería en la atención de adolescentes embarazadas con preeclampsia en la consulta externa hospital especializado materno infantil “Mariana de Jesús”,

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar las Intervenciones de Enfermería en la atención de adolescentes embarazadas con Preeclampsia en el Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”, durante el periodo Diciembre 2013 – Mayo 2014.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir el conocimiento que tiene el personal de enfermería en la atención de las adolescente embarazadas con preeclampsia
- Establecer los factores que influyen en la incidencia n de preeclampsia en adolescentes embarazadas

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### CONCEPTO

**La adolescencia** es el periodo de transición desde la niñez hasta la adultez. Es probablemente el periodo de la vida más difícil y complicada de describir, estudiar o vivir. La palabra se deriva del latín “adolescere” que significa crecer hacia la madurez; implica un concepto más amplio, por lo cual la adolescencia comprende las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural.<sup>7</sup>

Para la OMS la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años.<sup>8</sup> Es vista como uno de los períodos más saludables de la vida, pero también como uno de los problemáticos.

Las principales causas de mortalidad se relacionan con muerte violenta por accidentes, homicidios o suicidios. Dentro de la morbilidad, hacen su aparición algunas situaciones derivadas de comportamientos de riesgo como el abuso de sustancias, incluyendo el consumo de cigarrillos y alcohol, enfermedad mental, el fracaso escolar, delincuencia, enfermedades de transmisión sexual, el embarazo entre adolescentes y otras condiciones ginecológicas derivadas de la maduración del sistema reproductivo.

Hay tres fenómenos estrechamente relacionados que caracterizan este período: el crecimiento biológico, la maduración cognitiva con el inicio del pensamiento abstracto y el desarrollo psicosocial con la progresión de la dependencia de la niñez a una adultez autónoma. (Huffman, JW., 2008)

---

<sup>7</sup> Huffman, JW., 2008

<sup>8</sup> OMS, 2013

Estos tres eventos no progresan unánimemente. La entrada a la adolescencia o pubertad puede iniciarse más temprano o más tarde de lo normal en muchos adolescentes. No todos estos adquieren la capacidad de pensamiento abstracto al mismo tiempo y puede que algunos no lo consigan nunca, mientras que otros con capacidad de abstracción permanecerán como pensadores concretos en situaciones que generen ansiedad. Igualmente desde el punto de vista psicosocial, la gran mayoría de los adolescentes experimentarán un paso tranquilo a través de la adolescencia mientras que para otros será mucho más tormentoso.<sup>9</sup>

## **CARACTERÍSTICAS**

Los cambios biológicos que comienzan en la adolescencia son universales, pero las diferencias en su expresión y momento de aparición son enormes y dependen del sexo, de los genes y de la nutrición. El desarrollo cognitivo también varía: Muchos adolescentes son egocéntricos, mientras que otros piensan en forma lógica hipotética y teórica. Los cambios psicosociales durante esta segunda década de la vida muestran mayor diversidad que los aspectos biológicos o cognitivos: los adolescentes desarrollan sus propias identidades, eligiendo entre un gran número de caminos sexuales, morales, políticos y educacionales.

La mayoría de estos caminos diferentes refleja simplemente la diversidad de los contextos sociales y culturales. Pero uno de cuatro adolescentes, más o menos, realiza elecciones equivocadas que lo llevan a un trayecto más complicado y restringido, que los limita y a veces destruye su futuro.

---

<sup>9</sup> Huffman, JW., 2008

Pero a pesar de todas estas diferencias, existen aspectos comunes en las experiencias de los adolescentes. Todos tienen que enfrentarse a las mismas tareas evolutivas: ellos tienen que adaptarse a los cambios en la talla y en las proporciones del cuerpo, al despertar de la sexualidad y a nuevas formas de pensar. Todos ellos deben de luchar para lograr la madurez emocional y la independencia económica que es típica de la edad adulta.

Durante la adolescencia, todos los seres humanos atraviesan la gran línea divisoria entre la niñez y la adultez en los niveles biopsicosocial, cognitivo y sociocultural. Nadie consideraría que este proceso es fácil.<sup>10</sup> El aspecto biológico no es uniforme pero se produce bastante rápido, en la mayoría antes de los 15 años, los aspectos cognitivo y psicosocial llevan más tiempo, perdurando por lo menos hasta los 18 años y a menudo hasta los 22, 25 o incluso los 30. La adaptación de todos los cambios de la adolescencia puede ser difícil y estresante

La adolescencia no se define por sus problemas, pero todos los adolescentes experimentan momentos de desajuste, confusión, enfado y depresión. Muchos cometen errores graves en el camino hacia la madurez. Los mismos cambios evolutivos que provocan dificultades también son una fuente de estímulos, desafíos y crecimiento, la adolescencia es un periodo de la vida que está lleno de oportunidades y riesgos.

## **COMIENZA LA PUBERTAD**

La pubertad es el periodo de crecimiento físico rápido y maduración sexual que pone fin a la niñez y marca el comienzo de la adolescencia, produciendo una persona con el tamaño, las formas y el potencial sexual de un adulto. Las

---

<sup>10</sup> Berger K, 2009

fuerzas de la pubertad son consecuencias del aumento de producción hormonal, lo que provoca numerosos cambios corporales.<sup>11</sup>

Por lo general, el crecimiento y la maduración están completos tres o cuatro años después de comenzar la pubertad, aunque algunos individuos, los de desarrollo tardío, siguen aumentando durante la década siguiente. En esa década también aumentan de manera significativa la grasa corporal y los músculos, especialmente en los adolescentes de desarrollo temprano.

## **FISIOLOGÍA DE LA PUBERTAD**

Los cambios que se presentan durante la adolescencia son el resultado de la activación de la unidad hipotálamo – hipofisaria – y la secreción de esteroides sexuales.

Las hormonas, afectan todos los aspectos de crecimiento y el desarrollo. En la pubertad se incrementa de forma natural los niveles de determinadas hormonas, que provocan el aumento del interés sexual y los cambios de humor bruscos.<sup>12</sup>

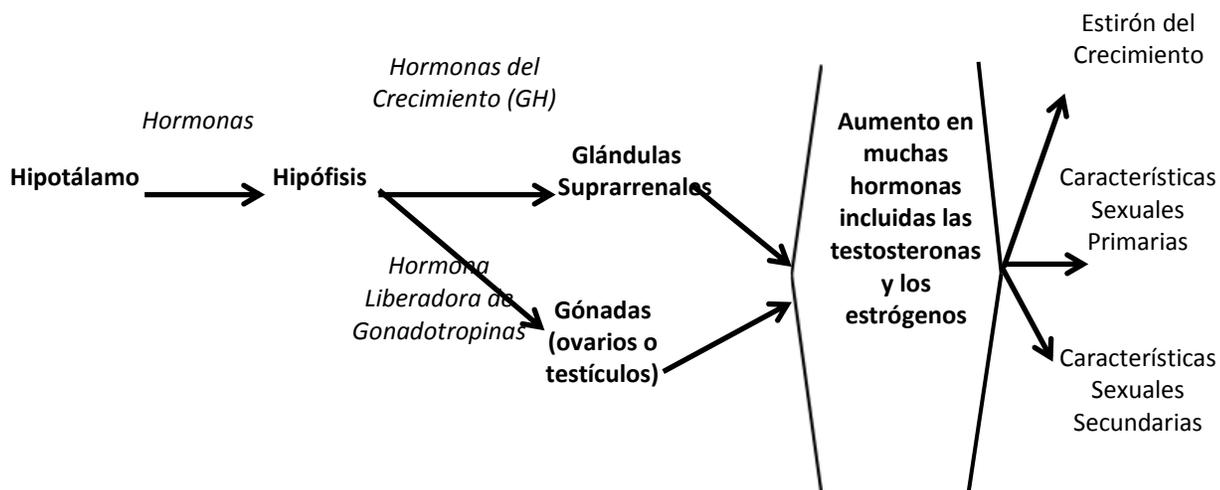
La producción de hormonas dentro del cuerpo comienza en la base del cerebro, en el hipotálamo. Una señal bioquímica del hipotálamo estimula la hipófisis, localizada cerca del hipotálamo. La hipófisis produce hormonas que estimulan las glándulas suprarrenales.

Esta ruta que se denomina **Eje Hipotalámico – Hipofisario – Suprarrenal (HHS)**, es seguida por muchas clases de hormonas que sirven para regular el estrés, el crecimiento, el sueño, el apetito, la excitación sexual y otros diversos cambios corporales.

---

<sup>11</sup> Huffman, JW., 2008

<sup>12</sup> Huffman AD, Greydanus DE, 2009



**Figura No.1. Secuencia biológica de la pubertad:** La pubertad comienza con una señal hormonal desde el hipotálamo. A su vez la hipófisis transmite señales a las glándulas suprarrenales y los ovarios o los testículos para producir más hormonas.

El eje HHS también desencadena los cambios de la pubertad, no solo el estirón del crecimiento sino también el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. En la pubertad, la hipófisis también activa las gónadas, es decir las glándulas sexuales (los ovarios en las mujeres y los testículos en los hombres). Estas son las primeras partes del cuerpo que aumentan en la pubertad. Una hormona en particular, la liberadora de gonadotropinas (GnRH), provoca en las gónadas un aumento notable en la producción de hormonas sexuales, principalmente los estrógenos en las mujeres y la testosterona en los varones.<sup>13</sup>

Este aumento, a su vez provoca que las glándulas suprarrenales y las gónadas produzcan más hormonas sexuales. Aunque la testosterona es considerada la hormona masculina y los estrógenos las hormonas femeninas, tanto hombres como mujeres experimentan un aumento en el nivel de ambas hormonas durante la pubertad. Sin embargo, el índice del aumento depende del sexo: la

<sup>13</sup> Huffman AD, Greydanus DE, 2009

testosterona se dispara en los chicos, hasta 18 veces el nivel que tenían en la infancia, pero aumenta mucho menos en las chicas.

Los estrógenos se multiplican por 8 en las chicas, pero no tanto en los chicos. Los cambios en el vello facial, la calidad de la voz y el tamaño de las mamas se producen en ambos sexos y, de nuevo, la diferencia es de grado. Con la maduración se desarrolla un mecanismo conocido como sistema de retroalimentación bifásica positiva; en este sistema, una elevación en los estrógenos al final de la fase folicular del ciclo menstrual estimula un pico de FSH y LH que es responsable de la ovulación.

Además de madurar el sistema reproductivo, los estrógenos estimulan la elevación de la hormona de crecimiento (HGH) y del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF – 1), los cuales son críticos para el estirón en el crecimiento puberal.<sup>14</sup> Una vez que se alcanzan los niveles puberales de FSH y LH, sus efectos conducen en unos 6 meses a los primeros signos de maduración sexual.

## **¿CUÁNDO COMIENZAN LOS CAMBIOS?**

Los cambios visibles de la pubertad son desencadenados por una secuencia invisible de producción de hormonas, que comienza normalmente un año o más antes de que aparezca el vello púbico. En los niños normales comienzan a advertir los cambios corporales a veces entre los 8 y los 14 años de edad. Este rango de edad considerable es una de las razones por las que la pubertad a menudo es difícil para los adolescentes y sus padres.

---

<sup>14</sup> Berger K, 2009

## CARACTERÍSTICAS SEXUALES

### CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS

Son aquellas partes del cuerpo que están implicadas de manera directa en la reproducción, incluyendo la vagina, el útero, los ovarios, los testículos y el pene. Durante la pubertad, todos los órganos sexuales primarios se agrandan. En las niñas, los ovarios y el útero comienzan a crecer y el revestimiento de la vagina se hace más grueso incluso antes de que se hagan visibles los signos de pubertad. En los varones, los testículos empiezan a crecer y, alrededor de un año después, el pene se alarga y el escroto se agranda y se hace pendulado. <sup>15</sup>

La menarquía es por lo general un indicador de la madurez sexual y de la fertilidad en las niñas, aunque la primera ovulación suele no ocurrir hasta varios meses después. Para los niños, un indicador comparable es la semenarquía, que puede ocurrir mientras duerme en una emisión nocturna (sueño húmedo), a través del auto estimulación con la masturbación o a través del contacto sexual con otra persona, con o sin penetración. <sup>16</sup>

### CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

Junto con la maduración de los órganos reproductores (características sexuales primarias) se producen los cambios en las **características sexuales secundarias**, que son las características corporales que no están relacionadas directamente con la reproducción pero que indican la madurez sexual y reproductiva.

---

<sup>15</sup> Arnold P., Nelson D, 2009

<sup>16</sup> Huffman, JW., 2008

Un claro ejemplo es la forma corporal, que es muy similar en la infancia tanto en niños como en niñas, pero se diferencia en la pubertad. Los varones crecen más en estatura que las mujeres, ensanchan sus hombros, le crece la barba como en el hombre. Las mujeres acumulan más grasa en general y ensanchan sus caderas, como preparación para el embarazo, se les agrandan las mamas como en la mujer.

Desde Freud, casi todos los psicólogos y otros profesionales han coincidido en que las relaciones sexuales constituyen un aspecto importante de la vida. La pubertad agrega la compulsión genética a las razones más emocionales e intelectuales para tener relaciones sexuales.

Todos los seres humanos que maduran físicamente tienen la necesidad de aparearse y reproducirse, de modo que no es sorprendente que la mayoría de los adolescentes busquen las interacciones sexuales antes de los 20 años. En muchos países se casan y tiene bebés.

La mayoría de los chicos y chicas, entre el 50 y 60 por ciento, tienen relaciones sexuales completas antes de acabar el bachillerato; más de un cuarto son sexualmente activos alrededor de los 14 años.<sup>17</sup>

Todo lo cual trae consigo riesgos fisiológicos por la actividad sexual temprana

## **DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE**

El desarrollo psicosocial del adolescente es el proceso que lleva a que el niño dependiente se convierta en un adulto autosuficiente. Si bien las metas son iguales en todas las culturas, el proceso actual es único para cada sociedad y cada edad.

---

<sup>17</sup> Huffman, JW., 2008, Berger K, 2009

Cualquiera que sea la cultura, la adolescencia está marcada por el logro de tres tareas específicas: la emancipación de la dependencia de los padres o sometimientos a ellos; formación de una identidad en los campos del auto concepto sexual, intelectual y moral; y un papel funcional en determinar áreas como la vocacional, estilo de vida propia y formación de familia.

El considerar a la adolescencia como una etapa de confusión y agitación, implica un desconocimiento de la realidad de estos años. La adolescencia también puede ser dividida en etapas: temprana, y tardía; cada una diferente de la otra tanto en el enfoque conceptual así como en sus manifestaciones.

## **ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

### **ADOLESCENCIA TEMPRANA**

Ocurre entre los 10 u 11 años hasta los 14 o 15 años. En esta etapa comienzan producirse cambios biológicos y a desarrollarse las características sexuales primarias y secundaria. Los adolescentes están en esta etapa en fase de crecimiento rápido y enfocan su atención de forma narcisista en sus cuerpos, tratando de integrar su rápido aumento de talla, su cambio en la forma y la creciente competencia física, elevación de sus sentimientos sexuales y una nueva sensación de poder dentro de su imagen corporal y espacio propioceptivo.

Para poder romper los lazos de dependencia de la infancia y hacerse funcionalmente autónomos, los adolescentes deben de distanciarse globalmente del control, el dominio y la dependencia de los padres. La transición puede ser fácil y tranquila para la mayoría, o tempestuosa y complicada para otros. El grado de confianza y respeto de los padres y el deseo

que tengan de iniciar un proceso gradual de entrega de independencia y responsabilidades, pero manteniendo unos límites definidos.

Todavía en esta etapa hay mucha atadura a la familia y no se crean muchos conflictos por el control. Al mismo tiempo están comenzando a explorar su pertenencia a los grupos de padres y su funcionamiento independiente en el mundo externo al hogar, pero sin retar la autoridad paterna

Las relaciones con jóvenes de su misma edad se hacen muy importantes y les permiten apreciar que otras personas están pasando por lo mismo sin considerarse extraños. Es un período en el que está recogiendo información, se exploran elementos identificadores de forma más profunda y se experimenta para ver cuáles son los comportamientos que funcionan, con el fin de comenzar a definir un auto concepto de adulto, integrado y unificado.

En esta etapa el grupo de pares asume un papel preponderante en la determinación de los estándares de apariencia y comportamiento; la conformidad es un requisito para pertenecer al grupo y para el proceso de formación de la identidad.

### **ADOLESCENCIA TARDÍA:**

Entre 15 y 19 años. En esta etapa se terminan de alcanzar las características sexuales secundarias propias de la adultez, es donde el adolescente alcanza un mayor sentido de independencia y existe una mayor compenetración con la familia. Es el adolescente al que arquetípicamente se identifica con la

adolescencia. Se ha completado un 90 – 95 por ciento del crecimiento físico y se ha consolidado la nueva imagen corporal adulta. <sup>18</sup>

Están maduros físicamente. Han completado la integración de los cambios puberales en su imagen corporal y están conformes con su función y características adultas. El pensamiento abstracto ha comenzado a emerger y el joven se empapa de fantasía, idealismo y de una percepción de invencibilidad y omnipotencia. Los impulsos de emancipación alcanzan su pico. Se han asegurado la emancipación y pueden reasumir los lazos de integración con los padres pero ahora desde una perspectiva adulto – adulto.

El grupo de pares pierde importancia aunque permanezcan las amistades individuales. Los contactos con el sexo opuesto adquieren una nueva dimensión al evaluar las cualidades importantes para una relación duradera. La atracción previa de tipo narcisístico da paso a una exploración interpersonal. Por primera vez los jóvenes deben de tomar decisiones con consecuencia a largo plazo.

## **RIESGOS FISIOLÓGICOS**

El comienzo de las relaciones sexuales a temprana edad trae consigo riesgos fisiológicos, de los cuales los más importantes son:

- Enfermedades de Transmisión Sexual**
- Embarazos Precoz en Adolescentes**

## **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Los adolescentes sexualmente activos tienen índices más altos de: Gonorrea, Herpes Genital, Sífilis e infección por Clamidia, estas son enfermedades de

---

<sup>18</sup> Arnold P., Nelson D, 2009

transmisión sexual (ETS) más comunes en los adolescentes que en otros grupos etario.<sup>19</sup> Pocas ETS son graves si se tratan a tiempo, pero si no se tratan pueden provocar esterilidad y complicaciones con riesgos para la vida. Los adolescentes sexualmente activos también pueden estar expuestos al Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), un peligro que se incrementa si una persona:

- Está infectada con ETS
- Ha tenido más de una pareja sexual en el último año
- No utiliza preservativo durante la relación sexual.

Estos tres factores son comunes entre los adolescentes, varones o mujeres y sus compañeros sexuales, que generalmente suelen ser adultos jóvenes y solteros, por lo que tienen más probabilidad de contraer el virus. Datos de encuestas revelan, que adolescentes en el último año de bachillerato, ya el 22% ya habían tenido cuatro o más parejas y que solo la mitad de los adolescentes habían usado preservativo en la última relación sexual.<sup>20</sup> Las personas más jóvenes cuando contraen una ETS son más reacias a buscar tratamiento y a avisar a sus parejas.

Sienten vergüenza y miedo, y muchos adolescentes jóvenes no reconocen los síntomas o no saben dónde pueden recibir un tratamiento médico adecuado, con bajo costo y confidencial. Como consecuencia, el promedio de reiteración en la infección es más alto que en grupo más mayores. Por ejemplo una mujer que contrae una infección por clamidia, tiene cuatro veces más probabilidad de contraerla por segunda vez si es menos de 20 años, que si es mayor de 30 años las ETS que no se tratan de la manera adecuada no solo reaparecen y se

---

<sup>19</sup> Huffman, JW., 2008

<sup>20</sup> Berger K, 2009

propagan, sino que también pueden causar enfermedades inflamatorias pelvianas, que bloquean las trompas de Falopio y pueden provocar esterilidad. Esto significa que la actividad sexual precoz con otra persona y una atención médica errática pueden producir una infertilidad posterior.

Los adolescentes no son más activos sexualmente que los adultos, pero aquellos que son más activos tienen parejas y carecen de atención médica o, si la tienen, es deficiente. Estos factores aumentan el riesgo y aceleran el contagio de las ETS entre los adolescentes. Cada infección con una ETS aumenta la probabilidad de que contraiga otra enfermedad. Las consecuencias posibles no sólo son la infertilidad sino también una infección para toda la vida (con el herpes por ejemplo) e incluso la muerte (como con el HIV/SIDA).

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

El segundo riesgo para los adolescentes sexualmente activos es el embarazo. El embarazo no deseado causa dos tipos de problemas distintos, uno para las más jóvenes y otro para los mayores. Si una chica queda embarazada uno o dos años tras la menarquia, está en una situación de riesgo superior para casi todas las complicaciones, entre las cuales figuran el aborto espontáneo, la eclampsia, la muerte del RN., en el parto, la cesárea, un RN., con bajo peso al nacer, esto a causa de que su útero y el funcionamiento global de su cuerpo no están maduros o totalmente definido.

Además en los primeros años de pubertad, el cuerpo se adapta a las nuevas hormonas, aumenta la densidad ósea, redistribuye el peso y aumenta la estatura. El embarazo hace descender o detiene todo esto porque el cuerpo de la joven debe responder a otro conjunto de hormonas. Las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 16 tienden a ser más bajas y a tener más

enfermedades después, y a morir más jóvenes, que las mujeres que tuvieron su primer hijo a una edad mayor.

Una parte de la explicación es socioeconómica: el embarazo ocurre más a menudo entre las adolescentes con familias de más bajo recursos, que suelen tener problemas de salud aun cuando hayan tenido un embarazo. La carga biológica de un embarazo, impuesta a un cuerpo todavía en desarrollo, es un gran sacrificio. El índice de aborto inducido es muy alto entre las adolescentes menores de 15 años a nivel mundial. Casi la mitad de los embarazos de niñas menores de 14 años terminaron en aborto, en comparación con solo una de cada seis mujeres de 30 a 34 años.

El aborto evita la carga física del embarazo y el parto en una persona joven y las tensiones psíquicas de la maternidad, pero el aborto es muy difícil, tanto desde el punto de vista biológico como emocional para las adolescentes jóvenes. La maternidad adolescente disminuye el rendimiento en los estudios y el desarrollo profesional y limita el crecimiento personal y social. Con independencia del nivel de apoyo familiar, de ingresos económicos o de capacidad intelectual de la adolescente, el hecho de convertirse en madre al final reduce el rendimiento académico durante tres años en promedio.<sup>20</sup>

También reduce su probabilidad de encontrar un trabajo o una pareja estable, y si se casa porque está embarazada, aumentan las posibilidades de ser maltratada, abandonada o de divorciarse. Las consecuencias probables para los niños son incluso más problemáticas. Los RN de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de complicaciones prenatales y en el parto, incluidos el

---

<sup>20</sup> Berger K, 2009

bajo peso al nacer y el daño cerebral, que los RN de las mismas comunidades étnicas y los mismos antecedentes educativos cuyas madres son mayores.

A medida que se desarrollan, los niños de madres adolescentes experimentan más maltrato de todo tipo y menos éxito educativo de cualquier clase. En la adolescencia, hay más probabilidades de que sean drogadictos, delincuentes, que abandonen los estudios y en contra del consejo de sus padres.

Es importante comprender que los problemas del embarazo adolescente están relacionados con la cultura y la cohorte. En décadas anteriores tener menos de 17 años, estar casada, enamorada, y esperar un bebé era la situación ideal no solo para la sociedad sino también para las mujeres jóvenes, cuyos maridos por lo común eran un poco mayores y estaban empleados. Incluso en la actualidad en algunos países como Birmania, la India, Yemen, entre otros, solo el 5 por ciento de los adolescentes, casi todos hombres, asisten a la universidad.

El promedio de embarazo adolescente en estas naciones es más de cuatro veces que el de Japón, Canadá o Europa Occidental, donde se espera que los jóvenes estudien por los menos hasta los 21 años y donde la primera paternidad a los 30 años de edad no es considerada demasiado tardía.

## **RIESGOS**

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a un embarazo no planeado o adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, por las prácticas de riesgo que manejan en sus relaciones.

Las adolescentes son propensas a demorar el aborto, recurren a personas no calificadas para hacerlo, usan métodos peligrosos y consultan tarde en caso de complicarse. También son más susceptibles de presentar complicaciones.

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción, es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y 19 años, pero 6 veces mayor, cuando la joven es menor de 15 años.

## **EFFECTOS SOBRE LA MADRE**

El embarazo, particularmente durante la adolescencia, es un tiempo de riesgo nutricional extremo. Las adolescentes que son más propensas a quedar embarazadas son aquellas con estado nutricional inadecuado y condiciones socioeconómicas desfavorables. Existe evidentemente una competencia por los nutrientes entre la adolescente embarazada en crecimiento y su feto. Como las adolescentes que se embarazan están en período de crecimiento, es necesario que ellas ganen más peso durante el embarazo, para lograr que su hijo tenga un mejor peso al nacer.

Muchos concuerdan en que en el caso de las adolescentes, debe recomendarse un incremento que corresponda al extremo más alto del rango recomendado para la embarazada adulta, siempre con base en el peso pregestacional. En los países en desarrollo más del 50% de las embarazadas sufren anemia por deficiencia de hierro, como consecuencia del estirón de crecimiento y el inicio de las menstruaciones ya que se incrementan los requerimientos de hierro. El suplemento de éste durante la adolescencia es una de las nuevas estrategias para mejorar el balance durante la gestación.

Los principales problemas maternos en las mujeres jóvenes son: trabajo pretérmino, enfermedad hipertensiva, anemia, diabetes gestacional, hemorragia

ante el parto y trabajo de parto obstruido en mujeres muy jóvenes de algunas regiones. En muchas regiones el VIH es un problema importante. En América Latina, de acuerdo con el Sistema Informático Perinatal (SIP) del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), el análisis en la última década de más de 1 millón de nacimientos en todas las edades, muestra que las adolescentes embarazadas tienen peores resultados maternos y perinatales que las adultas.<sup>21</sup>

Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de eclampsia, infección urinaria en el embarazo, infección puerperal y hemorragia postparto que las madres adultas. También tiene un mayor riesgo de parto intervenido. La experiencia del embarazo en la adolescencia produce sentimientos confusos, algunos positivos y otros negativos. Aunque las complicaciones médicas del embarazo y el parto pueden minimizarse con un buen manejo y seguimiento, las implicaciones sociales y psicológicas continúan siendo muy importantes. Las principales consecuencias son: aborto inducido, pérdida del control prenatal, ruptura personal y familiar, adopción y abandono. Entre nosotros, desafortunadamente, todavía es alto el número de mujeres, en este caso adolescentes, que no hacen control prenatal.

## **EFFECTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO**

El embarazo en adolescentes se asocia con un riesgo excesivo de malos resultados. Es así como los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbi – mortalidad neonatal. Esta

---

<sup>21</sup> Sistema Informático Perinatal (SIP), Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

relación simplemente refleja las malas condiciones socioeconómicas de la mayoría de las adolescentes embarazadas.

Los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo mayor de morir en el primer año de vida. Las razones principales de esas muertes son la prematuridad y el sufrimiento fetal crónico. Los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo de bajo estrato socioeconómico y en aquellas con inadecuado control prenatal.

El porcentaje de partos prematuros en madres adolescentes, según diferentes estudios, se calcula entre un 18,6% y un 20%.<sup>22</sup>

El bajo peso al nacer es significativamente mayor en los hijos de madres adolescentes debido principalmente a retardo en la búsqueda de la consulta prenatal, al menor número de controles prenatales, el menor nivel de escolaridad y la mayor frecuencia de partos pretérmino.

La hospitalización del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales no favorece el vínculo madre – hijo, ya de por sí difícil si la madre es muy joven o ese embarazo no es deseado. Las madres adolescentes amamantan menos frecuentemente y por períodos más cortos si no cuentan con el apoyo de un equipo de salud. Como el feto forma sus depósitos de hierro en el último trimestre del embarazo, los RN prematuros nacen sin reservas de hierro. Sucede lo mismo en aquellos recién nacidos de término cuyas madres tenían anemia ferropénica, los cuales pueden nacer con déficit de hierro del 40%.

---

<sup>22</sup> Sistema Informático Perinatal (SIP), Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

Los estudios realizados en los últimos 10 años han demostrado claramente que la anemia ferropénica en el lactante produce una disminución en la adquisición de conductas y un peor rendimiento en las pruebas cognitivas para esa edad, comparadas con aquellos similares en edad, peso al nacer y condiciones socioeconómicas que hayan presentado deficiencia de hierro. A pesar de corregir ese déficit, dichas diferencias se mantienen a los 5 años, lo cual indicara un mal rendimiento escolar.

## **CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO**

La adolescente que recibe un adecuado control prenatal no tiene mayor riesgo de un resultado obstétrico adverso que una mujer adulta con unas condiciones socio - demográficas similares.

Con el fin de mejorar los resultados del embarazo en adolescentes, se debe hacer un control prenatal temprano y frecuentemente, se aconseja adicionar el soporte psicosocial al cuidado médico y mejorar las condiciones socioeconómicas.

Desde el punto de vista técnico, el cuidado de las adolescentes durante el parto no difiere del que se presta a la mujer mayor. La mayoría de las adolescentes no tiene un mayor riesgo durante el parto, aunque necesitan, más soporte emocional y empatía, y el ajuste del personal médico a sus necesidades específicas. La necesidad de realizar operación cesárea es mayor en las adolescentes menores de 15 años por la inmadurez de su pelvis ósea, pero en términos generales dependerá de causas obstétricas más que de la edad materna.

## **EMBARAZO REPETIDO**

Aun en programas intensivos orientados para adolescentes, en los cuales el acceso a métodos anticonceptivos es altamente efectivo, los embarazos repetidos ocurren con frecuencia. Las madres adolescentes que nuevamente quedan en embarazo tienen mayores factores de riesgo. Se ha estimado que, en ausencia de un seguimiento posparto intensivo, la frecuencia de un nuevo embarazo entre adolescentes que ya han sido madres es de un 30% en el primer año y de un 25 – 50% en el segundo año post parto.

Por otra parte, se estima que la cuarta parte de los embarazos en adolescentes corresponden a un embarazo consecutivo. El primer embarazo en adolescentes no está asociado en forma independiente con un riesgo mayor de resultados adversos. Sin embargo, el segundo tiene por lo menos 3 veces más riesgo de prematuridad moderada y extrema y de muerte ante el parto.

La elección del método anticonceptivo que la adolescente hace durante el puerperio tiene el mayor efecto en su fertilidad subsiguiente, no así el contacto frecuente con los prestadores del servicio de salud y tampoco el retorno a la escuela. La frecuencia de embarazos repetidos refleja la necesidad de una consejería más efectiva en contracepción.

Dentro de las estrategias para asegurar la anticoncepción después de un embarazo, se incluyen las siguientes:

- Control posparto más estrecho desde el momento de la salida del servicio de maternidad.
- Selección de métodos anticonceptivos más seguros
- Compartir la información científica actualizada sobre los beneficios de postergar la procreación.

- Orientar, informar y ayudar a crear nuevas alternativas para la adolescente.
- Incluir a la pareja.

## **PREVENCION**

Solucionar el problema del embarazo en adolescentes requiere un esfuerzo multi e interdisciplinario coordinado, dirigido no solo hacia los adolescentes, sino también hacia las instituciones políticas, económicas, médicas, educativas y religiosas cuyos sistemas y normas influyen directamente en las condiciones que conducen a un embarazo en adolescentes.

Los mejores resultados se obtienen mediante programas basados en el trabajo con la comunidad, que incluya clínicas de base en las escuelas y colegios, en las cuáles se ofrezca un conocimiento sobre contracepción que se construya a partir de un entrenamiento en educación sexual con principios, involucrado en el currículo de la institución educativa, y basado en la teoría de aprendizaje social y entrenamiento en principios.

## **HIPERTENSION EN EL EMBARAZO**

Reconocida como la complicación médica más frecuente asociada al embarazo, la hipertensión arterial se presenta en el 10% de las gestaciones. La hipertensión gestacional y la preeclampsia constituyen el 70% de los casos y la hipertensión crónica el restante 30%. La preeclampsia es causa importante de morbimortalidad materna y perinatal. En países en vías de desarrollo como

América Latina y el Caribe constituyen la principal causa de defunción, siendo responsable de más de 25% de las muertes.<sup>23</sup>

Se estima que mueren al año en el mundo 50 000 mujeres por preeclampsia. Tal padecimiento a pesar de décadas de investigación, aún siguen su fisiopatología y etiología no comprendidas en su totalidad. Más que una enfermedad la preeclampsia es un síndrome asociado a datos clínicos, en donde la patogénesis puede variar en mujeres con varios factores de riesgo preexistentes. Por ejemplo, la patogénesis de la preeclampsia puede no ser la misma en una mujer con enfermedad vascular, renal o autoinmune, en comparación con una paciente primigesta, con obesidad o embarazo múltiple.

Así mismo, la fisiopatología en la preeclampsia de inicio temprano (antes de las 34 semanas de gestación) puede diferir de la que ocurre al término del embarazo o en el puerperio.

A pesar de los avances de la medicina, la frecuencia de la de la preeclampsia ha aumentado debido a cambios demográficos en pacientes embarazadas, como incremento de la nuliparidad, aumento de la obesidad, y el ascenso en la frecuencia de embarazos múltiples.

## **DEFINICIÓN**

**La hipertensión arterial se define en el embarazo:** como una presión sanguínea sistólica  $\geq 140$  mmHg o una diastólica  $\geq 90$  mmHg, o ambas, por lo menos en dos registros con un mínimo de diferencia de cuatro a seis horas entre uno y otro, en un lapso no mayor siete días.

---

<sup>23</sup> Estadísticas Sanitarias Mundiales OMS 2013

La presión arterial diastólica quedará determinada después de 10 minutos de reposo y es necesario utilizar un brazalete de tamaño adecuado a la paciente. Conviene entonces entender a las proteinurias como la presencia de 300 mg o más de proteínas en la orina en una colección de orinas de 24 horas.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO**

La clasificación de la hipertensión en el embarazo fue propuesta por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) en 1972, después fue modificada por el National High Blood Pressure Education Program Working Group en el año 2000, siendo la clasificación más utilizada en la actualidad.<sup>24</sup>

Los estados hipertensivos asociados al embarazo están clasificados en cuatro grupos:

1. Hipertensión gestacional
2. Preeclampsia – eclampsia
3. Hipertensión arterial crónica
4. Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada

### **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:**

Es la hipertensión arterial después de las 20 semanas de embarazo o en las primeras 24 horas posparto, sin proteinuria ni otros signos de preeclampsia.

---

<sup>24</sup> National High Blood Pressure Education Program Working Group Año 2012.

La presión arterial vuelve a la normalidad, por lo general en los primeros 10 días posparto.

La hipertensión gestacional ocurre del 6 al 7% de los embarazos y, por lo regular, tiene un efecto mínimo en la morbimortalidad materna y perinatal. Del 15 al 25 % de las pacientes con hipertensión gestacional pueden evolucionar a preeclampsia.

Este riesgo es mayor cuando la hipertensión durante el periodo de gestación aparece en una edad gestacional remota del término.

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA:**

Es la hipertensión arterial preexistente al embarazo, o que es diagnosticada en las primeras 20 semanas de gestación. También considerada en aquella paciente que persiste con hipertensión arterial después de las 12 semanas posparto.

La hipertensión crónica ocurre del 1 al 5% de los embarazos.<sup>19</sup> La etiología de la hipertensión crónica puede ser primaria o secundaria. La hipertensión primaria o idiopática es la más común en el 90% de los casos. En el restante 10%, la hipertensión secundaria está asociada a las siguientes condiciones subyacentes: nefropatías (glomerulonefritis, nefritis intersticial, riñones poliquísticos, estenosis de la arteria renal), enfermedades como el lupus eritematoso sistémico o esclerodermia, diabetes mellitus con daño vascular, feocromocitoma, hipertiroidismo.

La hipertensión arterial crónica puede clasificarse con base en las cifras de tensión arterial en leve y grave. La hipertensión arterial crónica leve es cuando

la tensión arterial sistólica es  $\geq 140/90$  pero  $< 160/110$  mmHg. Y la grave en los casos que presenta cifras tensionales de  $\geq 160/110$  mmHg.

### **Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada:**

Es el desarrollo de preeclampsia – eclampsia en pacientes con hipertensión crónica preexistente. Este diagnóstico puede ser difícil de efectuar, particularmente en pacientes con nefropatía. La preeclampsia sobre agregada será considerado en mujeres con hipertensión crónica y sin proteinuria antes de las 20 semanas, si existe un descontrol súbito de presión arterial (previamente estable) con proteinuria  $\geq 300$  mg/24 horas, o trombocitopenia o elevación de enzimas hepáticas o síntomas de vaso espasmo persistentes (cefalea, epigastralgia).

En mujeres con hipertensión crónica y con presencia de proteinuria previa  $\geq 300$  mg/24 horas antes de las 20 semanas, podrá considerarse este diagnóstico cuando aparezca elevación súbita de la presión arterial, aumento significativo de la proteinuria, síntomas persistentes de vaso espasmo, elevación de las enzimas hepáticas o trombocitopenia.

### **EDEMA Y PROTEINURIA EN LA PRRECLAMPSIA**

No es más que la hinchazón e ciertas partes del cuerpo, de preferencia la cara, mano, la ganancia excesiva de peso hace que se retenga líquidos y esto provoca los edemas, también se lo puede observar en la piernas, pies.

Cuando aparece proteinuria en el embarazo con preeclampsia se debe al aumento en la presión arterial de la paciente, esto deriva en una inflamación de la nefrona que es la unidad estructural del riñón, causando la dilatación del

túbulo renal, cápsula de Bowman y glomérulo, dando así oportunidad de que pasen moléculas grandes con las de las proteínas, siendo estas alrededor del 95% albúmina y el 5% restante globulinas y otras proteínas como fibrinógeno, bilirrubina, etc. También se presenta elevación del tiempo de protrombina y en casos extremos CID por deficiencia de vitamina K.

## **PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA**

### **DEFINICION**

La Preeclampsia se define como hipertensión arterial después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normo tensa asociada a proteinuria.<sup>25</sup> El edema es visto por lo general en cara, manos o a nivel pulmonar. La ganancia excesiva de peso en una semana puede ser un signo de retención de líquidos. Es un síndrome con manifestaciones clínicas, y de laboratorio, cuyos hallazgos clínicos pueden manifestarse como un síndrome materno, una hipertensión con proteinuria, con o sin manifestaciones multisistémicas y/o síndrome fetal (restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), alteraciones de la oxigenación). La tasa de mortalidad perinatal en los infantes de madres con preeclampsia aumenta cinco veces. Hasta el 15% de los nacimientos pretérmino esta ocasionado por la preeclampsia y hasta el 30% de los neonatos de embarazos con preeclampsia presentan RCIU. Las mujeres con historia de preeclampsia tienen riesgo de presentar cardiopatías e hipertensión arterial crónica más adelante en su vida. (Romero JF., Tena G., 2009).

---

<sup>25</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 33. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol. 2012; 99:159-167

Considerada potencialmente peligrosa para la madre y el feto, la preeclampsia es impredecible en su inicio y progresión. La Eclampsia es el desarrollo de convulsiones y/o coma, en pacientes con signos y síntomas de hipertensión arterial. Producto a la vasoconstricción y al aumento de la tensión arterial, provocando una encefalopatía hipertensiva, la cual genera una serie de convulsiones sin que se presente previamente una patología neurológica

## **FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA**

Existen variadas teorías que intentan explicar la hipertensión en el embarazo, y hasta el momento todos concuerdan que es multifactorial. La placenta humana es única, ya que el trofoblasto fetal invade por completo las arteriolas espirales maternas, reemplazando el endotelio materno con citotrofoblasto que, bajo influencia de una tensión de oxígeno en incremento, desarrolla las características de un endotelio vascular.

Funcionando como un endotelio vascular, el trofoblasto endotelizado tiene la capacidad de interactuar con los elementos inmunes circulantes maternos.

Al existir una invasión trofoblástica limitada, resulta en una hipoxia / isquemia placentaria y una cascada subsecuentes de eventos mediados por factores tóxicos que emanan de la placenta. Estos factores tóxicos pueden servir para activar o aumentar la respuesta inflamatoria materna, mediar la hipertensión materna y disminuir la perfusión tisular a través de la vasoconstricción y el vaso espasmo.

A pesar de ser esta teoría la más aceptada, se ha tenido la tendencia a focalizar la investigación, así como los cuidados clínicos a la exclusión de mecanismos y etiologías alternativas. La mayoría de los autores concluyen que la que la

invasión trofoblástica reducida no es con claridad suficiente para el desarrollo de preeclampsia.

## **CLASIFICACION DE LA PREECLAMPSIA**

En la actualidad la preeclampsia es clasificada en: Leve y Severa. La distinción entre estas dos formas está fundamentada en el grado de hipertensión y proteinuria, así como en la presencia de compromiso multisistémico.

- Preeclampsia Leve:** La tensión arterial esta entre 140/90 - 159/109 mmHg, mas proteinuria  $\geq$  300 mg/24h.
  
- Preeclampsia Grave:** La tensión arterial es igual o mayor 160/110, más proteinuria  $\geq$  5 g/24h.

## **CUADRO CLINICO**

### **CUADRO CLÍNICO PREECLAMPSIA LEVE**

En la preeclampsia leve se presentan los siguientes signos y síntomas:

1. Hipertensión Arterial: presión arterial sistólica  $\geq$  140 mmHg y/o presión arterial diastólica  $\geq$  90 mmHg. (es necesario por lo menos dos tomas de la tensión arterial con 6 horas entre cada una con la paciente en reposo en un lapso no mayor de 7 días)
2. Proteinuria  $\geq$  300 mg (en una recolección de orina de 24 horas)
3. Presencia de edema en cara y manos.

4. Aumento de peso exagerado
5. Cefaleas
6. Trastornos visuales
7. Sin evidencia de compromiso multisistémico o de vaso espasmo persistente.
8. Alteraciones en los exámenes de laboratorio.

### **CUADRO CLÍNICO PREECLAMPSIA GRAVE:**

En la preeclampsia grave se presentan los siguientes signos y síntomas:

1. Hipertensión Arterial: presencia de tensión arterial  $\geq 160 / 110$  mmHg.
2. Proteinuria  $\geq 2$  gramos en orina de 24 horas.
3. Oliguria: diuresis  $< 500$  ml en 24 horas.
4. Aumento de peso (más de 2 kg en una semana)
5. Trastornos neurológicos persistentes.
6. Edema agudo del pulmón.
7. Dolor en epigastrio o en cuadrante superior del abdomen.
8. Cefalea intensa y persistente.
9. Disfunción hepática.
10. Cianosis.
11. RCIU debido a insuficiencia uteroplacentaria.
12. Síndrome de HELLP

El síndrome de HELLP es considerada una variante atípica de la preeclampsia y está asociado a una elevada morbimortalidad materna y perinatal. Aparece en el 4 al 12% de los casos de preeclampsia grave y el diagnóstico es efectuado mediante exámenes de laboratorio.

Esta entidad tiene por características: hemólisis microangiopática, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia.<sup>26</sup>

## EXAMENES COMPLEMENTARIOS

### EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio se realizan para hacer un correcto diagnóstico y diferenciar la preeclampsia de otros estados hipertensivos del embarazo, además de permitir conocer el grado de severidad, para realizar un mejor manejo de la misma.

- Hematológico:** siendo lo más relevante la hemoconcentración presente, el hematocrito estará elevado.
  
- Renal:** presencia de proteínas en la orina, lo cual indicara un compromiso renal.
  
- Coagulación sanguínea:** el hallazgo más importante es la trombocitopenia. Hay que realizarle también el fibrinógeno, el tiempo parcial de tromboplastina y la protrombina, para descartar una CID (Coagulación intravascular diseminada).
  
- Hepático:** para determinar las enzimas

### EXAMENES IMAGENOLOGICOS

- Doppler de arterias
- Tomografía Axial Computarizada

---

<sup>26</sup> Romero JF., Tena G., 2009

- Resonancia magnética (RNM)
- Ultrasonido
- Amnioscopia

## **OTROS EXAMENES**

- Pruebas bioeléctricas de vitalidad fetal**
- ECG:** En los casos graves se requiere el uso de hipotensores.

## **FACTORES DE RIESGOS PARA LA PREECLAMPSIA**

La mayoría de los casos de preeclampsia ocurre en mujeres nulíparas. El resto de los casos en mujeres con ciertos factores de riesgo como embarazo múltiple, historia previa de preeclampsia, o enfermedades medicas preexistentes como la hipertensión arterial crónica, nefropatías o diabetes mellitus pregestacional.<sup>27</sup>

Los factores de riesgos los podemos dividir en preconcepcionales, relacionados a enfermedades médicas preexistentes y asociados al embarazo.

### **Factores de riesgos preconcepcionales**

- 1. Nuliparidad:** tiene casi tres veces más riesgos de desarrollar preeclampsia
- 2. Primipaternidad:** si un varón embaraza a una mujer y presenta preeclampsia, el riesgo de que al embarazarse a otra mujer presente dicho síndrome se duplica, incluso si esta última ha tenido o no tal síndrome
- 3. Exposición corta al semen:** la duración en la exposición al semen es un factor de riesgo para la preeclampsia. Existe un riesgo de 2,4 veces

---

<sup>27</sup> Santos Leal, E.

mayor en mujeres que usan métodos anticonceptivos que previenen la exposición al semen.

4. **Donación de semen y embrión:** los avances en la tecnología reproductiva, como las mujeres que conciben con donación de ovocitos, gametos o embriones, incrementan el riesgo de preeclampsia.
5. **Antecedentes de preeclampsia en embarazo anterior:** el antecedente está en que el embarazo previo eleva siete veces el riesgo.
6. **Antecedente familiar de preeclampsia:** este antecedente en la madre o la hermana eleva res veces el riesgo de sufrirla
7. **Intervalo entre nacimientos:** está escrito que un intervalo de cinco años eleva el riesgo de preeclampsia al doble.

#### **Factores de riesgos asociados al embarazo**

1. **Edad materna menor de 17 años:** menor de 17 años tiene incrementado un riesgo de preeclampsia.
2. **Edad materna mayor de 40 años:** mayor de 40 años tiene incrementado un riesgo de preeclampsia.
3. **Obesidad:** en el embarazo temprano las pacientes obesas tienen mayor riesgo de aborto espontaneo, en la segunda mitad del embarazo pueden presentar diabetes gestacional, hipertensión arterial y trastornos lipídicos
4. **Embarazo múltiple:** en embarazo múltiple con dos fetos el riesgo es del 8% al 20% y para los triples del 12 al 34%
5. **Infección urinaria:** se considera que la infección interviene en la fisiopatología de la preeclampsia

6. **Enfermedad trofoblástica gestacional:** incrementa 10 veces el riesgo.
7. **Hipertensión gestacional:** es un factor de riesgo para la preeclampsia, varía del 12 al 35%
8. **Malformaciones congénitas:** la presencia de anomalías congénitas fetales está vinculada con un riesgo elevado de preeclampsia.

**Factores de riesgos por enfermedades médicas asociadas al embarazo.**

1. Hipertensión arterial crónica
2. Diabetes mellitus pregestacional
3. Enfermedad del tejido conectivo
4. Trombofilia adquirida o congénita
5. Nefropatías crónicas
6. Trasplante renal

## **COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES DE LA PREECLAMPSIA**

### **COMPLICACIONES MATERNAS**

**Agudas**

- a) Eclampsia
- b) Accidente vascular cerebral
- c) Desprendimiento prematuro de placenta
- d) Coagulación intravascular diseminada

- e) Síndrome de HELLP
- f) Hematoma / rotura hepática
- g) Edema agudo pulmonar
- h) Insuficiencia renal aguda
- i) Insuficiencia cardíaca
- j) Muerte materna

**A largo plazo**

- a) Hipertensión arterial crónica
- b) Diabetes mellitus
- c) Insuficiencia renal crónica
- d) Enfermedad arterial coronaria
- e) Accidente vascular cerebral
- f) Muerte prematura

## **COMPLICACIONES FETALES**

**Agudas**

- a) Restricción del crecimiento intrauterino
- b) Parto pretérmino
- c) Morbilidad asociada a la prematuridad
- d) Hipoxia
- e) Muerte perinatal

### **☐ A largo plazo**

- a) Enfermedad pulmonar crónica
- b) Retinopatía del prematuro
- c) Parálisis cerebral
- d) Retardo mental
- e) Enfermedad cardiovascular
- f) Diabetes mellitus

## **TRATAMIENTO**

El descubrimiento a tiempo de esta enfermedad demanda una supervisión prenatal meticulosa. Todas las mujeres embarazadas deberán ser examinadas cada quince días tres meses previos al término del embarazo y cada semana durante el último mes. Para esta enfermedad la profilaxis consiste en reducir la ingestión de sodio para reducir el edema y en observar una dieta rigurosa.

Dar a luz al bebé es el principal tratamiento para la preeclampsia grave con el fin de prevenir la eclampsia. Permitir que el embarazo continúe puede ser peligroso tanto para madre como para el bebé. Puede que le suministren medicamentos para prevenir las convulsiones. Estos medicamentos se denominan anticonvulsivos.

El médico puede prescribirle medicamentos para disminuir la hipertensión arterial. Si su presión arterial permanece alta, el parto puede ser necesario, incluso si su bebé es prematuro. La otra alternativa son las medicaciones preferidas debido a su seguridad son la  $\alpha$ -metildopa, los betas bloqueadores y vasodilatadores (hidralazina).

## **OBJETIVOS TERAPEUTICOS Y ACCIONES TERAPEUTICAS<sup>28</sup>**

### **PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA**

Uso de sulfato de magnesio, también para el tratamiento de la Eclampsia.

Uso de antihipertensivos si TA diastólica >110 mm Hg

### **TOCOLISIS**

Para prolongar al menos 48 - 72 horas el embarazo

### **MADURACION PULMONAR FETAL**

Uso de corticoides en embarazos < de 34 semanas 6 días

### **DECIDIR VIA DE FINALIZACION DEL EMBARAZO**

Finalizar el embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado si existen signos de gravedad maternos o fetales.

### **MANTENER LA MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA QUE ESTÁ TOMANDO LA PACIENTE**

Considere utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:

Alfametildopa

Nifedipina

## **MANEJO DE HIPERTENSIÓN SEVERA AGUDA EN EL EMBARAZO**

1. **Hidralazina:** iniciar con 5-10 mg IV o 10 mg IV. Si la respuesta es limitada repetir cada 20 minutos. Desde que se controle la presión arterial repetir cuando sea necesario (usualmente a las 3 horas).

---

<sup>28</sup>Duley L, Henderson

Considerar otro fármaco si no hay respuesta con un total de 20 mg IV o 30 mg IM.

2. **Nifedipina:** 10 mg VO y repetir cada 20 minutos por tres dosis y luego c/6h si es necesario. La FDA no aprueba la nifedipina de corta acción.
3. **Nitroprusiato** de sodio: administrar si no se responde a las medidas anteriores, si hay hallazgos clínicos de encefalopatía hipertensiva o ambas cosas. Iniciar con 0.25 mg/kg/minuto hasta dosis máxima de 5 mg/kg/min. No usar por más de 4 horas (envenenamiento fetal).

## **PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA**

Se usara el sulfato de magnesio a dosis de 4 - 6 gr en 20 minutos para dosis de impregnación y a 1 – 2 gr/ h para dosis de mantenimiento.<sup>29</sup>

### **CUANDO USAR EL SULFATO DE MAGNESIO:**

- En toda preeclampsia independiente de la presencia de sintomatología vasomotora o neurológica.
- En hipertensión gestacional exclusivamente si la paciente presenta sintomatología vasomotora o neurológica importante que anticipe eclampsia.. Mientras usa el Sulfato de Magnesio hay que vigilar que la frecuencia cardíaca materna, la frecuencia respiratoria, y los reflejos osteotendinosos estén en dentro de los parámetros normales, además de la diuresis
- Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis de preeclampsia.

---

<sup>29</sup> Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente normativo Materno - Neonatal. Componente obstétrico. 2011

## MANEJO DE LA PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA<sup>30</sup>

1. Para estabilizar la presión arterial:

- Hidralazina 20 mg IV cada 10-20 minutos empieza y luego si T/A 160

2 Si es necesario se administrara alguno de los siguientes:

- Nifedipina 10-20 mg cada 6 horas
- Atenolol 50 mg cada 12 horas

- Si persiste la tensión arterial mayor a 160 mm Hg sistólica o 105 mm Hg diastólica se interrumpirá el embarazo.

## PROFILAXIS O TRATAMIENTO DE LAS CONVULSIONES

- Sulfato de magnesio: carga de 4-6 g IV en 20 minutos, luego infusión constante de 2 g/hora ó 4 g IV como carga seguido de infusión de 1 g por hora. Ajustar la dosis evaluando el nivel de magnesio en suero, debe estar en 4-6 mEq/L (4.8-9.6 mg/dL). La dosis también puede ser ajustada clínicamente al mantener los reflejos tendinosos profundos mínimamente reactivos. En el periodo postparto se continúa por 24 horas.

- Sulfato de magnesio: 10 mg IM, luego 5 mg IM cada 4 horas.

---

<sup>30</sup> Romero JF., Tena G.

# PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

## DEFINICIÓN DEL PAE

Debemos recordar que existe una vasta y variada fuente de información con respecto al tema y de autores renombrados que mencionamos más adelante.

El PAE tiene sus oxigenos cuando por primera vez fue considerado como un proceso en la propuesta teórica de Lidia Hall (1955), JOHSON (1959) Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), alguna de ellas consideraron un proceso de 3 etapas. (Valoración, planeación y ejecución), pero en los trabajos de Yura y Walsh (1967) se establecen 4 (valoración, planificación, realización y evaluación).<sup>31</sup>

Es una excelente herramienta para resolver problemas que dañen la salud y bienestar de las personas.

Según Yura y Walsh, el proceso de atención de enfermería constituyen un conjunto de pautas organizadas de actuación que se dirigen a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo.

Con el PAE no se puede llegar al bienestar más debe orientarse en promover una mejor calidad de vida de la persona, aumentando los recursos al máximo y así conseguir mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.<sup>32</sup>

Actualmente para el PAE se aplican 5 pasos y son: (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) ya que por medio de este medio sistemático obtenemos información e identificamos los problemas reales o potenciales del individuo, la familia o la comunidad

---

<sup>31,29</sup> Téllez S., G.M., 2007

Se ha vuelto una práctica importante y sustancial para la profesión. Siendo un método que incluye la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación en su desarrollo, el PAE es flexible, adaptable y aplicable en todas las situaciones, esto es en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica que logra el principal propósito de la enfermería: promover, mantener o recuperar el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y maximizar la utilización de todos los recursos disponibles para lograr el o los objetivos.

Según Kosiere (1995) la cita de esta forma: “El proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias y comunidades. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades del paciente/cliente/familia o comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor frecuencia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir sus necesidades, la administración de unos cuidados y a la evaluación de los resultados.”<sup>7</sup>

La enfermera o enfermero, con la colaboración de los miembros del equipo de salud, y con el individuo o grupos a los que atiende, define los objetivos, fija las propiedades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos.

Entonces, él o ella proporcionan unos servicios de enfermería directa o indirectamente. Con prioridad, evalúa los resultados; la información recibida de la evaluación deberá ser el inicio de las modificaciones deseables en las

---

<sup>7</sup> Kosiere (1995)

intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo, la enfermería se convierte en un proceso dinámico que se presta a la adaptación y mejora”.<sup>33</sup>

Tal definición incluye y describe cada una de las etapas del PAE que diversas autoras establecieron como básicas, por ejemplo, si se retrocede un poco en el tiempo, Yura y Walsh, en 1967, retomando estos conceptos, establecieron cuatro etapas en el proceso de asistencia (valoración, planificación, realización y evaluación), por lo que en ese mismo año La Western Interstate Comission on Higer Education (WICHE) definió el proceso de enfermería como “ la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente: incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y la enfermera, y la interacción resultante”,<sup>34</sup> además de reconocer las cuatro etapas antes mencionadas.

En 1973 la American Nurses’ Association (ANA) publico los estándares del ejercicio de la enfermería que describen cinco pasos del proceso al incluir el diagnóstico. Más tarde Bloc, en 1974, Roy en 1975, Aspinall, en 1976, y algunos autores más, retomaron el termino diagnóstico de enfermería con lo cual alcanzo un considerable reconocimiento en la literatura de enfermería, ya que se aplicó para la identificación de los problemas o necesidades del paciente. Por último, a la ANA, en 1980, declaro que la “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem, 2009

<sup>34</sup> American Nurses Association (ANA)

<sup>35</sup> American Nurses Association (ANA)

Se reconoce que el PAE tiene algunas características importantes, entre las que se encuentran:

1. Sistemático
2. Dinámico
3. Flexible
4. Posee una base teórica y
5. Tiene una finalidad.

Exige fundamentación teórica, y se reconoce como la herramienta a través de la cual puede aplicarse cualquiera de los modelos teóricos de enfermería. Por último, su propósito es explicar los fundamentos del ejercicio de la enfermería y servir de ayuda para realizar estudios sobre el ser y que hacer de la disciplina, así como para comparar resultados que se derivan de la aplicación de diversas corrientes teóricas y monitorear cuidados y pautas terapéuticas que se desarrollan con su aplicación.<sup>36</sup>

El objetivo principal del PAE, entonces es constituir una estructura que permitirá:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

En resumen, el uso del PAE da como resultado un plan de acción profesional que describe las necesidades de cuidados y las acciones de enfermería planeadas, sistematizadas y organizadas para cada sujeto de atención.

---

<sup>36</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem, 2009

## **FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial utilizado por el profesional de enfermería es el Proceso de Atención de Enfermería P.A.E, está compuesto de cinco pasos fundamentales:

1. Valoración
2. Diagnostico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

### **ETAPA DE VALORACION:**

Método sistemático de recogida de datos que consiste en la apreciación del sujeto con la finalidad de identificar las respuestas, que este manifiesta en relación con las diversas circunstancias que lo afectan, es decir identificando las necesidades potenciales o reales de salud

Aquí sus fases:

1. Recogida de datos
2. Análisis y síntesis
3. Identificación de las respuestas

El proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados, en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

## ETAPA DE DIAGNOSTICO:

1. Describe las respuestas humanas a los problemas de salud
2. Describe problema reales o potenciales
3. Es un problema que refleja un juicio de enfermedad.

<b>Diagnóstico real (elementos que lo conforman)</b>		
<b>Etiqueta diagnóstica</b>	<b>Factores relacionados</b>	<b>Características definitorias</b>
<b>Nombre del problema</b>	Son los factores etiológicos que tienen una relación directa o indirecta con el diagnóstico	Son los signos y síntomas observables y verificables
<b>Perfusión tisular inefectiva r/c</b>	Deterioro del transporte de oxígeno Interrupción del flujo arterial m/por segundo	Alteraciones de las características de la piel (vello, uñas, humedad) Alteraciones de la presión arterial en las extremidades Alteraciones de la sensibilidad.
<b>Diagnóstico de riesgo (elementos que lo conforman)</b>		
<b>Riesgo de infección r/c</b>	Enfermedades crónicas Alteraciones de las defensas primarias (roturas de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambios del pH de las secreciones, alteración del peritaltismo) Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos	
<b>Diagnóstico de bienestar (elementos que lo conforman)</b>		
<b>Disposición para mejorar el bienestar espiritual</b>	La expresión verbal de deseos de reforzar la alegría, el amor, el propósito de la vida, la esperanza, el perdón de sí mismo, etcétera	

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Diagnóstico médico</b>
<b>Describe una respuesta humana a los problemas de salud</b>	Describe una situación patológica de enfermedad
<b>Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención</b>	Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente
<b>Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería</b>	Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica
<b>Casi siempre tiene que ver con la auto percepción del sujeto de atención</b>	Casi siempre tiene que ver con los cambios fisiopatológicos
<b>Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos</b>	Se aplica sólo a las enfermedades de individuos o colectivos

**Cuadros de diagnósticos<sup>37</sup>**

## **ETAPA DE PLANEACION:**

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de enfermería, es decir, el proceso contempla desarrollo y estrategias determinadas, para prevenir minimizar o corregir los problemas identificados en los diagnósticos (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimientos de prioridades entre los diagnósticos de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de

---

<sup>37</sup> Téllez S., G.M., 2007

enfermería cuando una persona tiene varios problemas; determinación de objetivos en coordinación con el paciente de cuidado y planeación de intervenciones de enfermería para ayudarlo a lograr los objetivos.

## **DETERMINACION DE OBJETIVOS (METAS ESPERADAS)**

Es el resultado que se espera de los cuidados de enfermería; lo que se desea lograr con la persona y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en los diagnósticos de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería, esto es, del problema; debe haber un registro de ello con el fin de que todo el personal que atiende a la persona conozca lo que se estableció que se deberá lograr y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

## **PLANEACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

Las intervenciones de enfermería se destinan a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan al factor que está provocando o del que se deriva el problema, esto es, el factor relacionado o etiología que corresponde a la segunda parte de la estructura del diagnóstico de enfermería; por tanto, se dirigen a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de cuidado como ya se mencionó, y la intervención de enfermería la realiza el personal de enfermería en colaboración con el paciente y el equipo de salud.

Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos: acciones, estrategias, planes de tratamiento, y órdenes de enfermería. En la clasificación

intervenciones NIC se desglosan las acciones que corresponden a cada intervención.

En el caso de las indicaciones de enfermería deben ser coherentes con el plan de atención, basarse en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleve a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

## **ETAPA DE EJECUCION**

Es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consiste en la ejecución de las actividades para lograr los objetivos ya planteados. Las acciones deben sustentarse en principios científicos para asegurar unos cuidados de calidad. Es en esta etapa cuando se toma la decisión sobre la mejor alternativa de ejecución. Para llegar a esta alternativa, la enfermera tomará decisiones de carácter independiente, de esta manera dispondrá de sus propias capacidades y de sus colaboradores. Esta fase consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

## **ETAPA DE EVALUACION**

La última y quinta fase es la evaluación, se trata de un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la

comparación sistemática y planteada entre estado de salud de la persona de cuidado y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: La evaluación del logro de los objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción de la persona cuidada.

## **ARGUMENTOS QUE JUSTIFICAN LA NECESIDAD DEL PROCESO**

1. Proceso de Profesionalización de las actividades enfermeras.
2. Análisis de los modelos de atención
3. Las ventajas del proceso:
  - Identifica problemas actuales o potenciales
  - Establece prioridades en las actuaciones
  - Define las responsabilidades específicas
  - Permite la planificación y organización de las curas
  - Posibilita innovaciones en las curas de enfermería.
  - Permite considerar alternativas a seguir
  - Crea una autonomía para la enfermería
  - Fomenta la consideración de enfermería

## **TEORIAS DE ENFERMERIA DOROTHEA E. OREM**

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras más destacadas en América, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor a quien le gustaba pescar y su madre era un ama de casa a quien le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería

del Providence hospital en Washington D.C. donde recibió un diploma de enfermería a principios de la década de los treinta.<sup>38</sup>

Orem formulo su concepto de enfermería en relación al auto cuidado como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años. En la edición más reciente Orem identifico dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: la ciencia de la práctica enfermeras y las ciencias que sirven de fundamento. La ciencia de las prácticas de enfermería incluyen las ciencias de enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o desarrollo de enfermería.

Las ciencias enfermeras que sirven de fundamentos incluyen las ciencias del auto cuidado, agencias de auto cuidado y la asistencia humana. Además propone el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica de enfermera.<sup>39</sup>

## **PRINCIPALES SUPUESTOS** <sup>40</sup>

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de los años setena; identifica las cinco premisas subyacentes e la teoría general de la enfermería:

1) Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza

---

<sup>38</sup> American Nurses Association (ANA)

<sup>39</sup> Téllez S., G.M., 2007

<sup>40</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem, 2009

2) La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.

3) Los seres humanos maduros experimenta privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás haciendo de la sostenibilidad debía los estímulos reguladores de las funciones.

4) La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.

5) Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidados a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

**Orem se expresó mediante tres teorías:**

**1) TEORIA DE SISTEMAS ENFERMEROS:** es la teoría unificadora e incluye todos los elementos esenciales.

**2) TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO:** desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería.

**3) TEORIA DE AUTOCUIDADO:** sirve de fundamento para las demás y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo.

## **ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

El papel que juega la enfermera en la APS, cada día se llega a reconocer más, ya que la enfermera abarca los cuidados que se les brindan a las personas de todas las edades no solo concentrando su trabajo en el individuo, sino en toda la familia, incluyéndola en la promoción y prevención de salud que realiza.

Una de las funciones fundamentales, la enfermera, es la de la fomentar un entorno seguro, la investigación, la gestión de salud de los pacientes.<sup>41</sup>

La enfermera posee un papel relevante dentro del equipo médico de salud en APS, ya que ha centrado su eje fundamental de la atención, en el abordaje de problemas de autocuidado, y de cuidado dependiente, de los ciudadanos, o compensar la deficiencia del mismo, entendiendo “autocuidado” como: todas las acciones que permiten al individuo mantener la vida, la salud y el bienestar, es decir, lo que la persona hace por y para sí misma. Realizando su trabajo profesional no solo en el centro de salud sino allí donde los pacientes lo necesitan más, en sus domicilios, en la propia comunidad.

Es desde allí donde la enfermera, garantiza que los pacientes de la comunidad puedan recibir un servicio humanista, accesible y equitativo para todos.<sup>42</sup> Por eso desde la Atención Primaria de Salud (APS), la enfermera como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas, deben de velar por la salud de la embarazada, promoviendo la importancia de la

---

<sup>41</sup> La enfermería y la atención primaria de salud: Una fuerza unificada

<sup>42</sup> Costa M. y López E. La Educación para la Salud. Una Estrategia para cambiar los Estilos de vida. 2010

realización de los controles prenatales, tan vitales para el mejor seguimiento y feliz término del embarazo.<sup>43</sup>

Al llevar a cabo la intervención de enfermería a través de la promoción del autocuidado, como estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar, la enfermera puede lograr que las personas se comprometan con ellos mismos, lo cual repercute en un comportamiento saludable, que garantice su salud. Con su trabajo abarcador en APS, de la salud de la población, los cuidados de bienestar, y una adecuada intervención, se podrán prevenir la preeclampsia, y sus complicaciones.

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA PREECLAMPSIA**

El Objetivo principal del manejo de la preeclampsia debe estar orientado a la seguridad materna y a la reducción de los factores de riesgo, con la detección oportuna de complicaciones. El papel de la enfermera en la atención prenatal debe generar una relación de confianza y estimular la participación de la paciente en el manejo de su salud.

Para realizar las intervenciones de enfermería en la preeclampsia me voy a basar en los signos y síntomas de la misma.

---

<sup>43</sup> La enfermería y la atención primaria de salud: Una fuerza unificada. Ginebra. 2009

## PLANES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

DX DE ENFERMERIA	PATRON FUNCIONAL AFECTADO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p><b>Exceso del volumen de líquidos</b></p> <p>R/C Preeclampsia</p> <p>M/P Edema de extremidades Inferiores</p>	<p>2.- Nutricional / Metabólico</p>	<p><b>EQUILIBRIO HIDRICO</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Conocimiento de los factores de riesgo</li> <li><input type="checkbox"/> Desarrolla estrategias de control de riesgo electivas</li> <li><input type="checkbox"/> Edema periférico</li> <li><input type="checkbox"/> Aumento de peso</li> </ul>	<p><b>MANEJO DE LIQUIDOS</b></p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Enseñar a la paciente los signos y los síntomas del exceso del volumen de líquidos</li> <li><input type="checkbox"/> Enseñar a la paciente a pesarse diariamente y a notificar el medico si hay algún cambio de peso</li> <li><input type="checkbox"/> Enseñar la importancia de restricción de líquidos y sodio</li> <li><input type="checkbox"/> Dieta hiposódica</li> <li><input type="checkbox"/> Estar al pendiente y observar si existe perdida de líquidos ( hemorragia, vómito, diarrea; transpiración)</li> <li><input type="checkbox"/> Apoyo emocional</li> <li><input type="checkbox"/> Ambiente y confort</li> </ul>	<p>Paciente logra mantener equilibrio hídrico</p>

(NANDA- I Nursing Diagnoses Definition & Clasification, 2011, pág. 85)

DX DE ENFERMERIA	PATRON FUNCIONAL AFECTADO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES	EVALUACION
Perfusión Tisular Periférica Ineficaz  <b>R/C Hipertensión</b>  <b>M/P Edema</b>	2.- Nutricional/ Metabólico	<b>ESTADO CIRCULATORIO</b>  <b>Indicadores :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pulso Periférico Elevado</li> <li><input type="checkbox"/> Edema periférico</li> <li><input type="checkbox"/> Función Neurológica</li> <li><input type="checkbox"/> Cefalea Inquietud</li> </ul>	<b>Vigilancia de la piel</b>  <b>Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Valorar el estado nutricional del usuario , prestando atención a la obesidad , hiperlipemia y edema</li> <li><input type="checkbox"/> Control de Signos Vitales</li> <li><input type="checkbox"/> Proporcionar un ambiente de confort</li> <li><input type="checkbox"/> Vigilar el nivel de conciencia y de orientación. Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</li> <li><input type="checkbox"/> Orientar y educar a la paciente sobre los cuidados que requiere</li> <li><input type="checkbox"/> Dieta hiposódica</li> </ul>	Paciente con buen estado circulatorio

(NANDA- I Nursing Diagnoses Definition & Clasification, 2011, pág. 143)

DX DE ENFERMERIA	PATRON FUNCIONAL AFECTADO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p><b>DOLOR AGUDO (cefalea)</b></p> <p>R/C Hipertensión</p> <p>E/p: Informe Verbal del dolor</p>	<p>6.- Cognitivo / Perceptual</p>	<p><b>CONTROL DEL DOLOR</b></p> <p><b>INDICADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Utiliza medidas de alivio no analgésicas</li> <li><input type="checkbox"/> Reconoce los síntomas de dolor</li> <li><input type="checkbox"/> Refiere dolor controlado.</li> <li><input type="checkbox"/> Reconoce el comienzo del dolor</li> </ul>	<p><b>MANEJO DEL DOLOR</b></p> <p><b><u>ACTIVIDADES</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Realice una valoración exhaustiva del dolor que incluyo la localización, características, aparición/duración frecuencia, intensidad.</li> <li><input type="checkbox"/> Explique a la paciente del origen y el porqué de su dolor.</li> <li><input type="checkbox"/> Administración de analgésicos por prescripción medica</li> <li><input type="checkbox"/> Evaluar signos de dolor.</li> </ul>	<p>Paciente disminuye intensidad del dolor.</p>

(NANDA- I Nursing Diagnoses Definition & Clasification, 2011, pág. 349)

DX DE ENFERMERIA	PATRON FUNCIONAL AFECTADO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p><b>Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea</b></p> <p>R/C Edema</p> <p>M/P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fragilidad de la piel</li> </ul>	<p>2.- Nutricional Metabólico</p>	<p><b>INTEGRIDAD TISULAR PIEL, MEMBRANA Y MUCOSA</b></p> <p><b>INDICADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Temperatura tisular ERE.</li> <li><input type="checkbox"/> Hidratación ERE.</li> <li><input type="checkbox"/> Textura ERE.</li> <li><input type="checkbox"/> Ausencia de lesión tisular.</li> <li><input type="checkbox"/> Piel intacta</li> </ul>	<p><b>Vigilancia de la piel</b></p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Enseñar a la paciente a vigilar el estado de la piel.</li> <li><input type="checkbox"/> Aconsejar a la paciente que Lubrique la piel las veces que sean necesarias con cremas hidratantes</li> <li><input type="checkbox"/> Educar a a la paciente en cuanto a la importancia de mantener la piel lubricada y sin lesiones</li> </ul>	<p>Paciente mantiene integridad cutánea</p>

(NANDA- I Nursing Diagnoses Definition & Clasification, 2011, pág. 311)

## **CAPITULO III**

### **MARCO LEGAL**

La **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**, refiere en su **artículo 45: “Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.”** El estado ecuatoriano asume la plena responsabilidad, como exige la constitución, de garantizar los derechos de las niñas, niños y adolescentes, además de permitir que cada progenitor procrea el número de hijos que deseen, por eso es importante el pleno conocimiento de la planificación familiar, sobre todo de que los adolescentes puedan acceder a estos métodos de forma segura e inofensivos para la salud. Además de ser confiables.

En el **artículo 66 de la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**, refiere **“El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener, permitiendo de forma libre el derecho a la salud reproductiva.”** Actualmente, el sistema de planificación familiar en el país, es cada día más grande pero pocos son quienes acceden a este programa, posiblemente debido a la falta de información o difusión de los mismos, la protección de la salud sexual y reproductiva tiene su gratuidad en todos los establecimientos que pertenecen al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Garantizando desde la Atención Primaria de Salud una buena base se estaría haciendo promoción y prevención de salud, en donde las adolescentes pueden acceder al mismo, sin que tengan ningún inconveniente al momento que decidan traer al mundo a un nuevo ser. Además de poder brindarles una buena

educación sexual que les permita protegerse y poder planificar el momento y etapa adecuada para quedar embarazadas.

La **CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR**, en su artículo. 360 Sección Salud expresa que: **“El Sistema garantizara a través de las Instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y Atención Integral, familiar y comunitario con base en la atención primaria de salud”**. La salud se garantiza a través de las instituciones, que lo conforman, por medio de la promoción de la salud a personas para que obtengan un estilo de vida saludable, en la prevención y atención integral mediante programas educativos de planificación familiar a parejas entre 15 y 25 años de edad y adolescentes.

Así mismo en la **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**, refiere el artículo 35. **“El hijo será protegido desde su concepción. Se garantiza el amparo del menor, a fin de que su crecimiento y desarrollo sean adecuados para su integridad moral, mental y física, así como para su vida en el hogar.”**El estado ecuatoriano desde el momento de la concepción protege al nuevo ser, para que este de forma efectiva mantenga un adecuado crecimiento y desarrollo.

Las madres tanto adolescentes como adultas embarazadas se encuentran respaldadas por varios artículos y programas, que a su vez les permite mantener la viabilidad del embarazo, sin embargo existen muchas de ellas que por varios motivos deciden terminar con su embarazo, sobre todo en el caso de las adolescentes, aunque tampoco debemos olvidar de la gestantes quienes de forma fisiológica o natural, por no poseer aun un cuerpo preparado fisiológicamente para el embarazo no permite que el mismo siga con su curso normal.

En la **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**, en la Sección Salud en su Capítulo De la **salud sexual y la salud reproductiva**, en su **artículo 21**”El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.”

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución. Solo así se podrán disminuir los altos índices de embarazo en la adolescencia.

## **CAPITULO III**

### **METODO**

#### **DISEÑO METODOLOGICO**

Se realizó una investigación de tipo descriptiva retrospectiva en el área de consulta externa del Hospital Especializado Materno Infantil “Mariana de Jesús”, de la ciudad de Guayaquil, Diciembre de 2013 – mayo 2014. En adolescentes embarazadas con preeclampsia, las cuales acudieron de forma voluntaria a la consulta externa del Hospital, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 13 – 18 años de edad.

La investigación se basó en el análisis de las intervenciones de enfermería realizadas en las adolescentes embarazadas que participaron en nuestro estudio, mediante la aplicación de una encuesta ,a través de la estructuración de un cuestionario las cuales se estructuraron en dos partes : La primera parte correspondió a 7 preguntas dirigido al personal de enfermería del área de consulta externa con el fin de poder medir los conocimientos que poseían sobre las complicaciones de la preeclampsia, ya que el personal de enfermería es el principal encargado de la educación y orientación de estas pacientes.

La segunda parte con un cuestionario de 17 preguntas dirigido a las adolescentes embarazadas que son atendidas en esta institución de salud lo cual nos permitió realizar una evaluación sistemática con el fin de recaudar la información necesaria de manera ordenada, facilitando el análisis de la misma, para la planificación y realización de acciones e intervenciones según las necesidades y los problemas encontrados.

## **UNIVERSO Y MUESTRA**

De un universo de 75 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron de forma voluntaria a la Consulta Externa del Hospital Especializado Materno Infantil “Mariana de Jesús”, se tomaron 30 pacientes con diagnóstico de preeclampsia. La muestra fue tomada por el método del muestreo aleatorio simple.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Pacientes embarazadas adolescentes entre 13 – 18 años de edad.
- Pacientes embarazadas adolescentes con diagnóstico de preeclampsia.
- Pacientes que voluntariamente den su consentimiento para este estudio.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes adolescentes embarazadas que no tuvieron como diagnostico medico preeclampsia

## **HIPOTESIS**

¿Las intervenciones de enfermería en la atención de adolescentes embarazadas, lograran disminuir las complicaciones por preeclampsia en el área de consulta externa del Hospital Especializado Materno Infantil “Mariana de Jesús”?

## VARIABLES

- Variable Independiente:** Consulta Externa del hospital Especializado Materno infantil “Mariana de Jesús “
  
- Variable Dependiente:** Intervenciones de enfermería en adolescentes con preeclampsia.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Consulta Externa del Hospital Especializado Materno infantil “Mariana de Jesús “

DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
<b>CONSULTA EXTERNA:</b> Espacio físico del Hospital Especializado Materno infantil “Mariana de Jesús “ destinado a la atención de usuarias embarazadas	<b>AMBIENTE FISICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iluminación</li> <li>• Aireación</li> <li>• Unidades</li> <li>• Estructura</li> </ul>	Bueno Regular Deficiente	Guía de Observación
		<b>EQUIPO MEDICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamiento</li> <li>• Materiales</li> <li>• Medios diagnósticos</li> </ul>	
	<b>GESTION EN SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas</li> <li>• Protocolos</li> <li>• Guías Clínicas</li> <li>• Capacitación al Personal</li> <li>• Educación Continua a Pacientes</li> </ul>	SI __ NO__ SI __ NO__ SI __ NO__ SI __ NO__ SI __ NO__	

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Intervenciones de enfermería en adolescentes con preeclampsia.

DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p><b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:</b></p> <p>Guía de acciones de enfermería para el cuidado de pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Personal de Enfermería</b></li> <li>• <b>Conocimiento</b></li> <li>• <b>Gestión en Servicios</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de Trabajo</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Cuidados en Preeclampsia</li> <li>• Signos de Peligro en Preeclampsia</li> <li>• Valoración de Enfermería</li> <li>• Capacitación</li> <li>• Educación al usuario</li> <li>• Normas de Atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 – 5 ___</li> <li>• 6 – 10 ___</li> <li>• 11 – 15 ___</li> <li>• 16 – 20 ___</li> <li>• SI ___ NO ___</li> </ul>
<p><b>EMBARAZO EN ADOLESCENTES:</b></p> <p>Es el embarazo que se produce en una mujer adolescente entre la adolescencia inicial o pubertad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Características Generales</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 - 13 años</li> <li>• - 16 años</li> <li>• 17 - 19 años</li> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Divorciada</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedencia</li> <li>• Escolaridad</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Paridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área Rural</li> <li>• Área Urbana</li> <li>• Urbana marginal</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> <li>• Estudiante</li> <li>• Trabajadora</li> <li>• Ama de Casa</li> <li>• Nulípara</li> <li>• Primípara</li> <li>• Multípara</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estado Gestacional</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad Gestacional</li> <li>• Realización de controles prenatales</li> <li>• Controles prenatales realizados</li> <li>• Abortos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 a 5 meses</li> <li>• 6 a 7 meses</li> <li>• 7 a 9 meses</li> <li>• SI ___ NO ___</li> <li>• 1 a 3 controles</li> <li>• 4 a 6 controles</li> <li>• 7 a 12 controles</li> <li>• Ninguno</li> <li>• SI ___ NO ___</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nutrición</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado nutricional</li> <li>• Dieta</li> <li>• Comidas rápidas</li> <li>• Preparación de sus alimentos</li> <li>• Consumo de vitaminas y suplementos prenatales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 a 8Kg</li> <li>• 9 a 12Kg</li> <li>• Más de 13Kg</li> <li>• Para diabéticos</li> <li>• Baja en sal</li> <li>• Baja en grasa</li> <li>• Para perder peso</li> <li>• Alta en proteínas</li> <li>• SI ___ NO ___</li> <li>• SI ___ NO ___</li> <li>• Vitaminas</li> <li>• Ácido fólico</li> <li>• Suplementos alimenticios</li> <li>• Hierro</li> </ul>
	<p><b>Factores de riesgo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos tóxicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholismo</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Drogas</li> <li>• Fármacos</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes patológicos personales</li>   <li>• Signos y síntomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia</li> <li>• Enfermedad cardiaca</li> <li>• Diabetes Mellitus</li> <li>• Aumento repentino de peso</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Enfermedad renal</li>   <li>• Edema</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Proteinuria</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Aumento de peso</li> <li>• Alteraciones de la visión</li> <li>• Dolor</li> <li>• Edema</li> </ul>
--	--	--	--

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA, LA CUAL SE LE REALIZO A 6 PROFESIONALES Y 4 AUXILIARES DE ENFERMERÍA

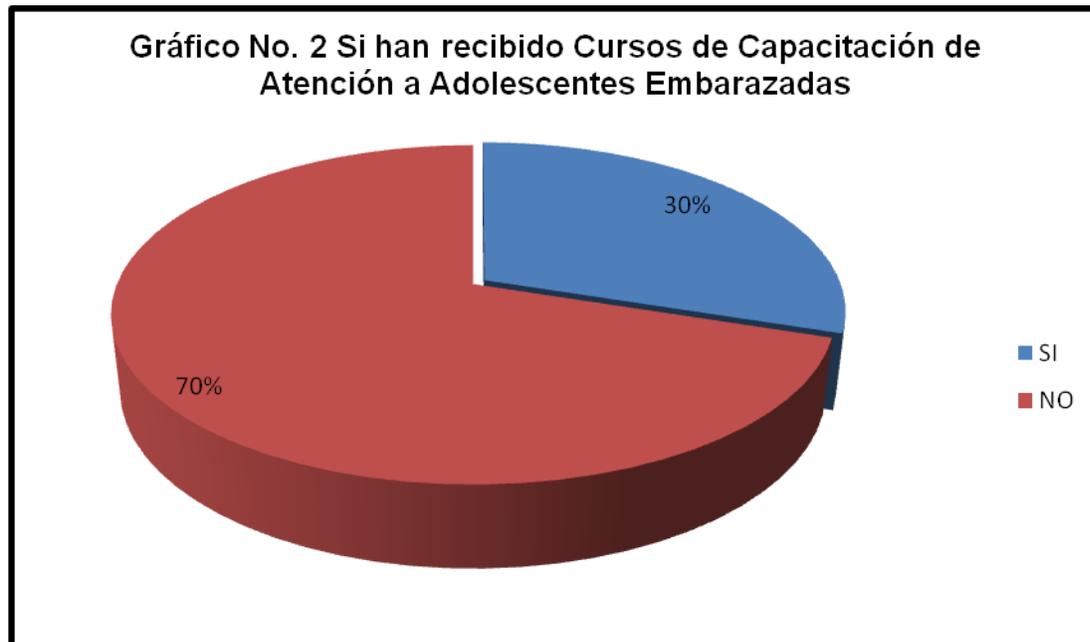


Fuente: Encuesta

Elaborado por: Maria Elena Ochoa Anastacio

#### Análisis

La encuesta realizada a los profesionales de la institución, en nuestro caso a 6 Licenciadas en Enfermería y a 4 auxiliares de Enfermería, nos arroja que el personal con 16 – 20 años para el 40% (3 Lic. Enfermería y 1 Aux. Enfermería) fueron las que más tiempo llevan laborando en el área de consulta externa, seguidas de las de 1 – 5 años (1 Lic. Enfermería y 1 Aux. Enfermería), de 6 – 10, y las de 11 – 15 con el 20% (con 1 Lic. Enfermería y 1 Aux. Enfermería en cada grupo) respectivamente cada una.

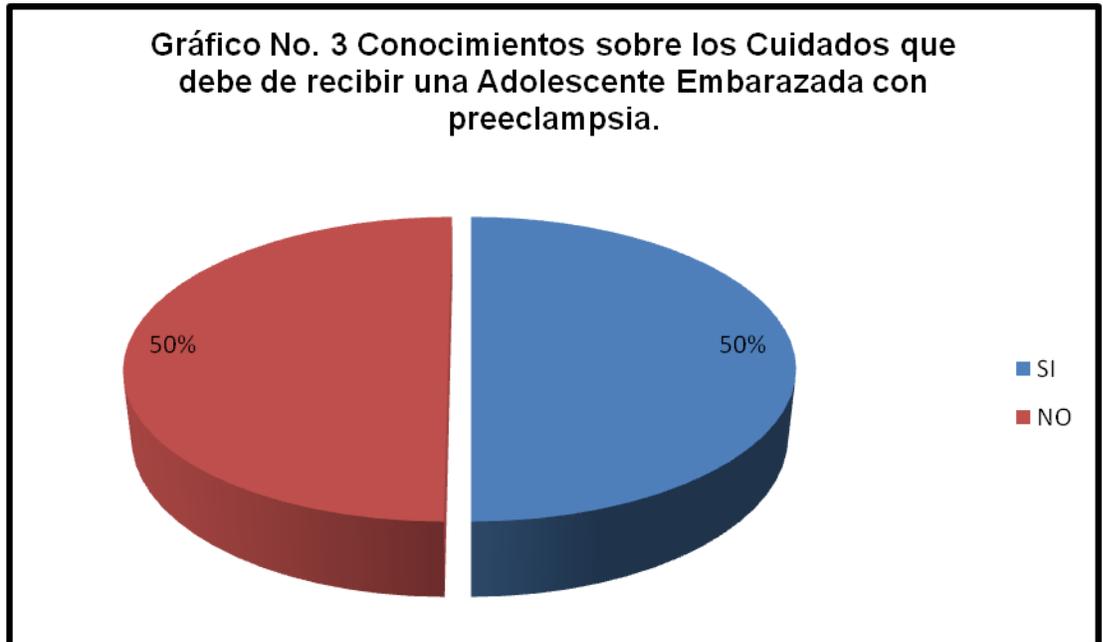


**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al realizar el análisis sobre si había recibido o no cursos de capacitación el personal de enfermería nos llamó la atención que sólo el 30% (3 Lic. Enfermería) había realizado cursos de capacitación de atención a adolescentes embarazadas para así brindar una mejor atención a las pacientes que acuden a esta institución, mientras que el 70% no los había realizado.

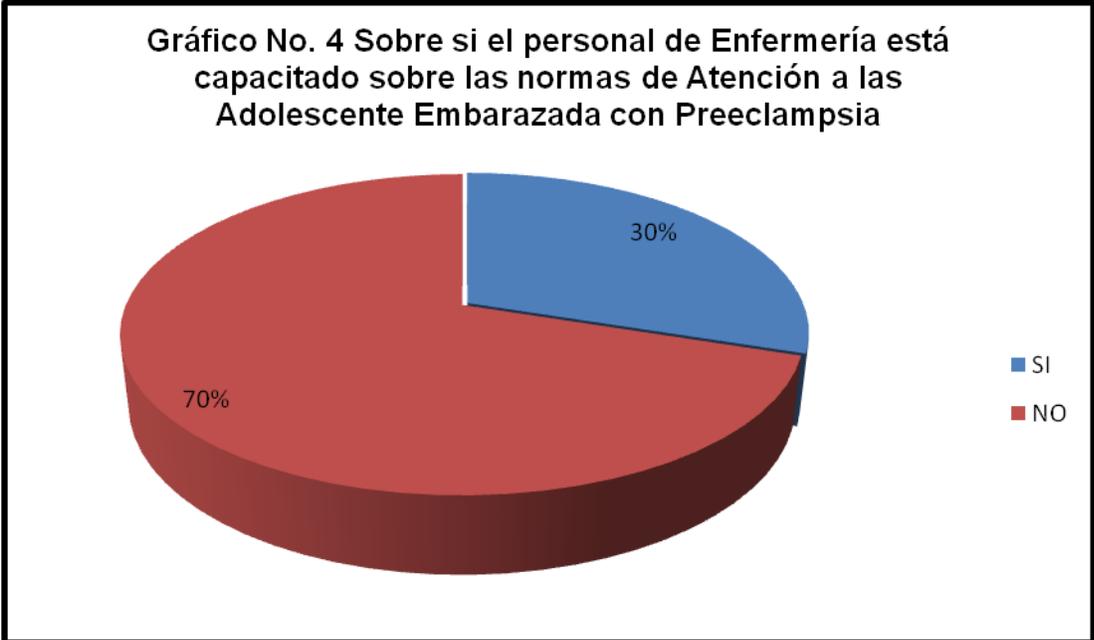


**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

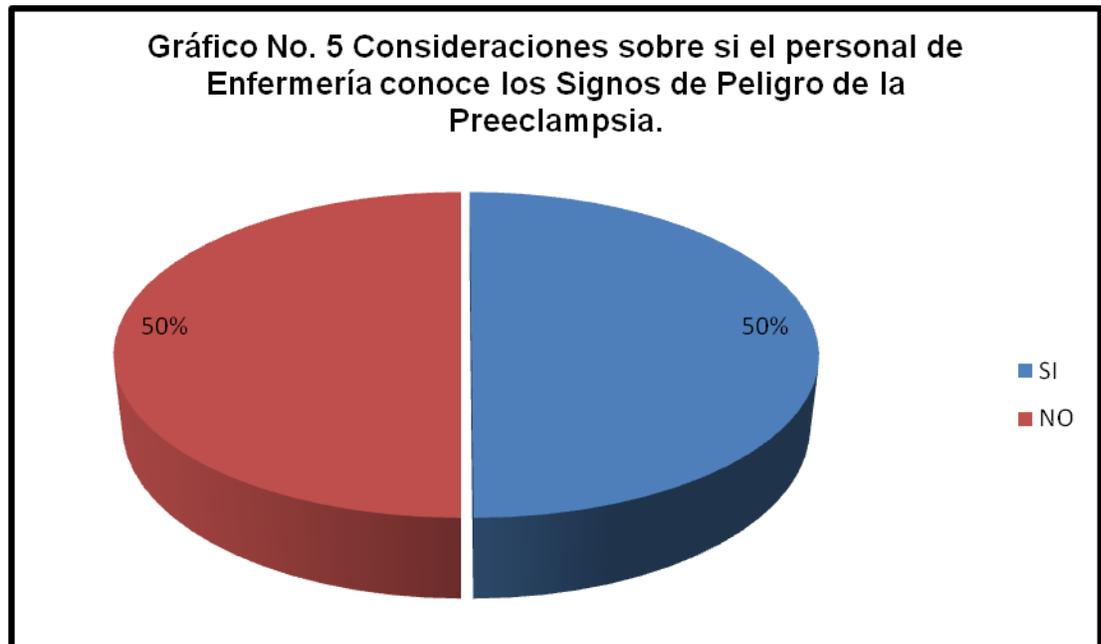
Analizando esta tabla y grafico nos muestra que sobre los cuidados que deben de recibir las adolescentes embarazadas con preeclampsia existía un conocimiento dividido, pues el 50% manifestaba poseerlo (5 Lic. Enfermería), mientras el otro 50% refería no poseer ninguno



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

**Análisis**

El análisis refleja que el 70% del personal de enfermería no están capacitadas sobre las normas de atención a las adolescentes embarazadas con preeclampsia, mientras el 30% (3 Lic. Enfermería) si poseían esos conocimientos.

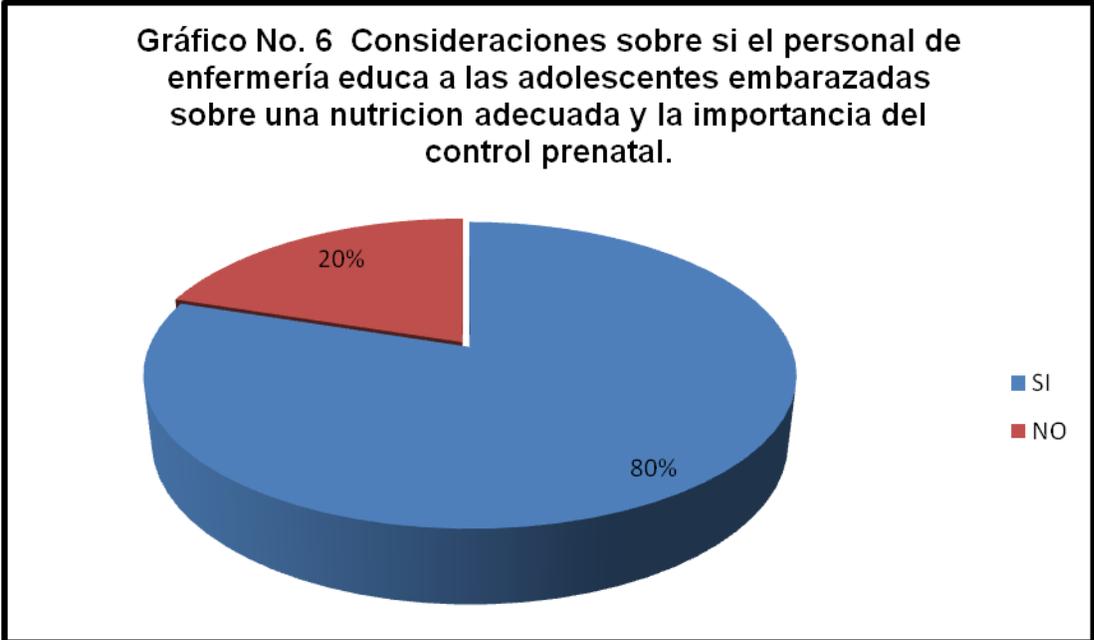


**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

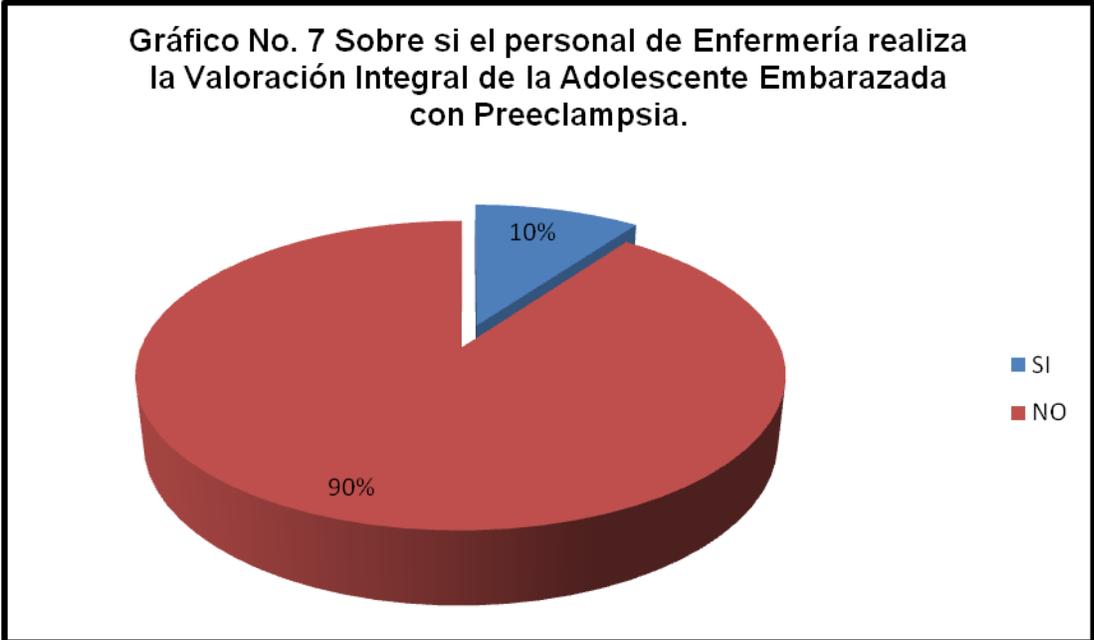
Al analizar los conocimientos del personal de enfermería sobre los signos de peligro de la preeclampsia los resultados están a la par ya que el 50% manifestó poseer estos conocimientos (4 Lic. Enfermería y 1 Aux. Enfermería) mientras que el restante 50%, reflejo no tenerlos.



**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

**Análisis**

Al el análisis sobre si las enfermeras educaban a las adolescentes sobre una nutrición adecuada, y la importancia del control prenatal, pudimos apreciar con agrado que el 80% (6 Lic. Enfermería y 2 Aux. Enfermería) si los realizaba, mientras que el 20%, no lo hacia.

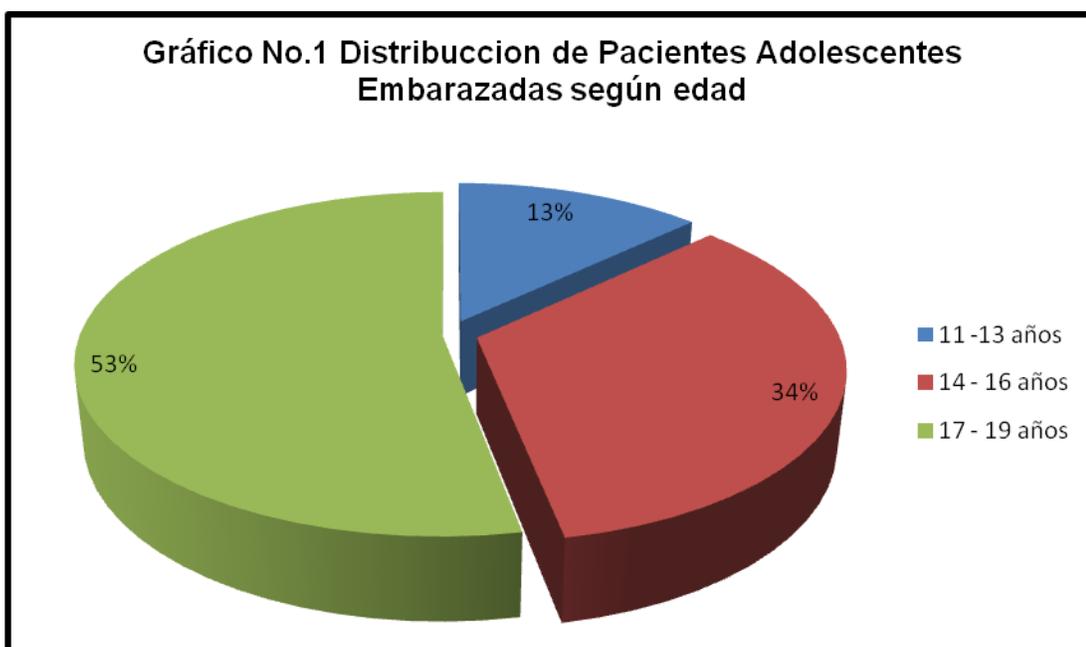


**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

**Análisis**

Al analizar sobre si el personal de enfermería realizaba una valoración integral a las adolescentes embarazadas, pudimos apreciar que el 80% del personal de enfermería no la realizaba, siendo solo el 10% (solo 1 Lic. Enfermería) el que cumplía con este objetivo tan primordial con las embarazadas adolescentes con preeclampsia.

## ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBRAZADAS

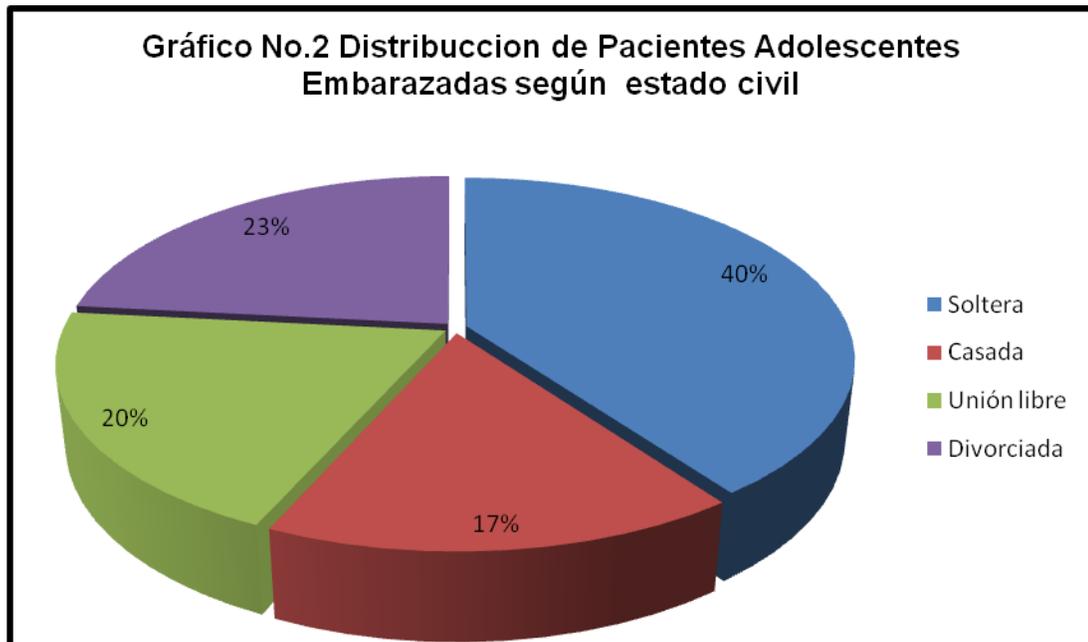


**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar la edad de las 30 pacientes adolescentes embarazadas con preeclampsia que participaron en nuestro estudio en el gráfico No. 1, pudimos observar que las edades estuvieron comprendidas entre los 11 y 19 años, de las cuales 11 a 13 años corresponden 4 pacientes para el 13%, de 14 a 16 corresponden 10 para el 34% y de 17 a 19 años de edad son 16 para el 53%, encontrándonos que este grupo etario fue el mayor, correspondiendo con lo planteado por varios autores, los cuales manifiestan que los riesgos de preeclampsia aumentan en mujeres embarazadas cuya edad sea menor a 21 años.



**Fuente:** Encuesta

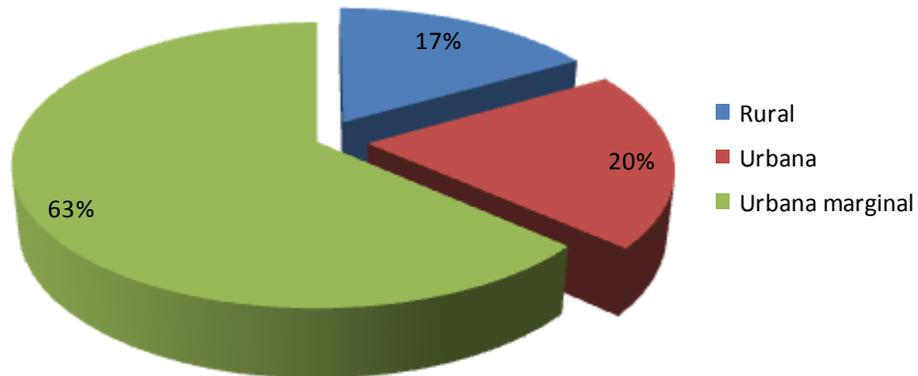
**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

De acuerdo al análisis del gráfico No. 2, de las pacientes embarazadas según su estado civil, observamos que 12 pacientes estaban solteras para el 40%, siendo las de mayor presencia en nuestro estudio, el 17% estaban casadas, el 20% permanecían en unión libre y el 23% estaban divorciadas.

Correspondiendo que al no estar preparados los adolescentes para un embarazo en esta etapa de la vida, aumentaban las posibilidades del abandono y del divorcio como vimos en nuestro estudio.

**Gráfico No. 3 Distribucion de Pacientes Adolescentes Embarazadas según área de procedencia**



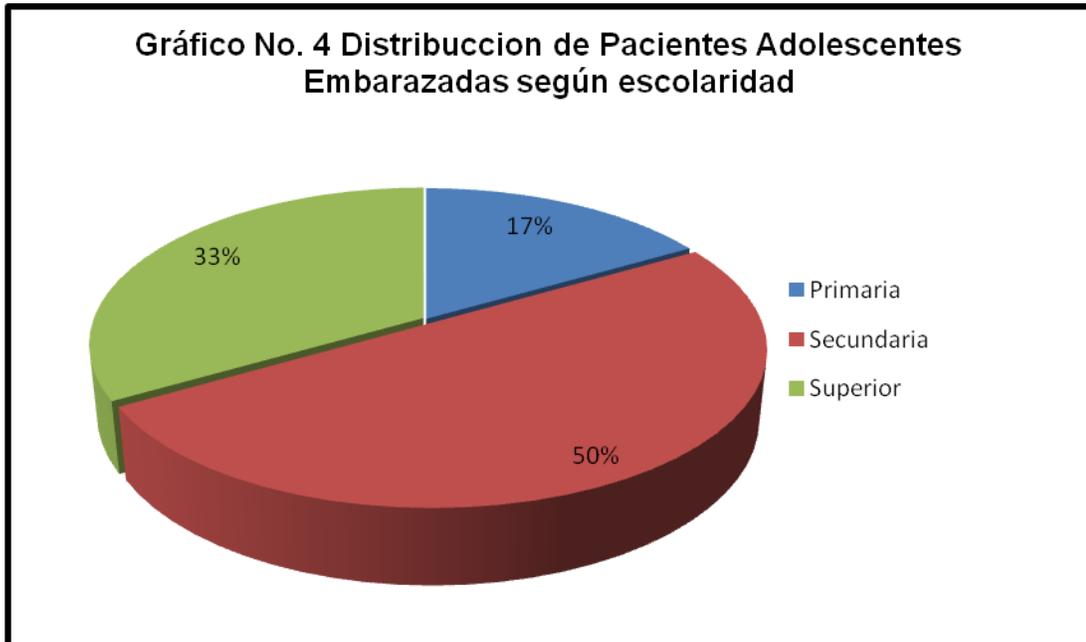
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar este gráfico nos dimos cuenta que la mayoría de las pacientes viven en el área urbana marginal con un 63%, seguido por la urbana con el 20% y luego a la rural con el 17%.

Lo cual nos muestra que estas embarazadas adolescentes con preeclampsia, poseían un bajo nivel socioeconómico asociado, lo que determinaba su estilo de vida, lo cual es un factor de riesgo importante.



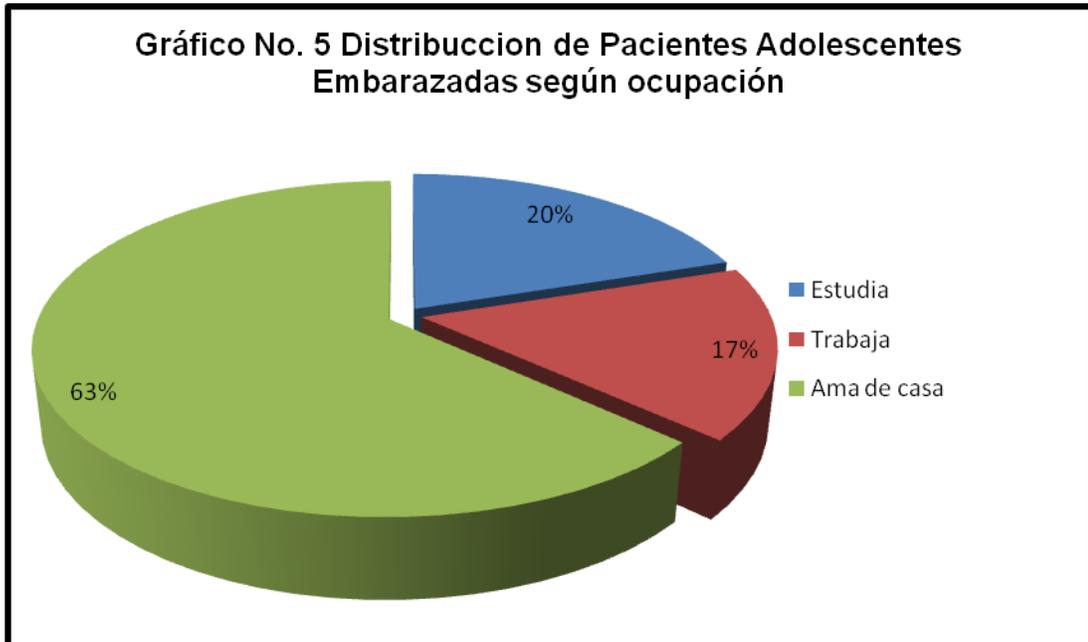
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar este gráfico pudimos apreciar que el 50% de las pacientes adolescentes tenían estudios secundarios, el 33% superior y sólo el 17% poseían estudios primarios.

Lo cual independientemente de su escolaridad no determinaba mayor o menor conocimientos sobre su enfermedad, las complicaciones de las mismas, ni sus factores de riesgos.

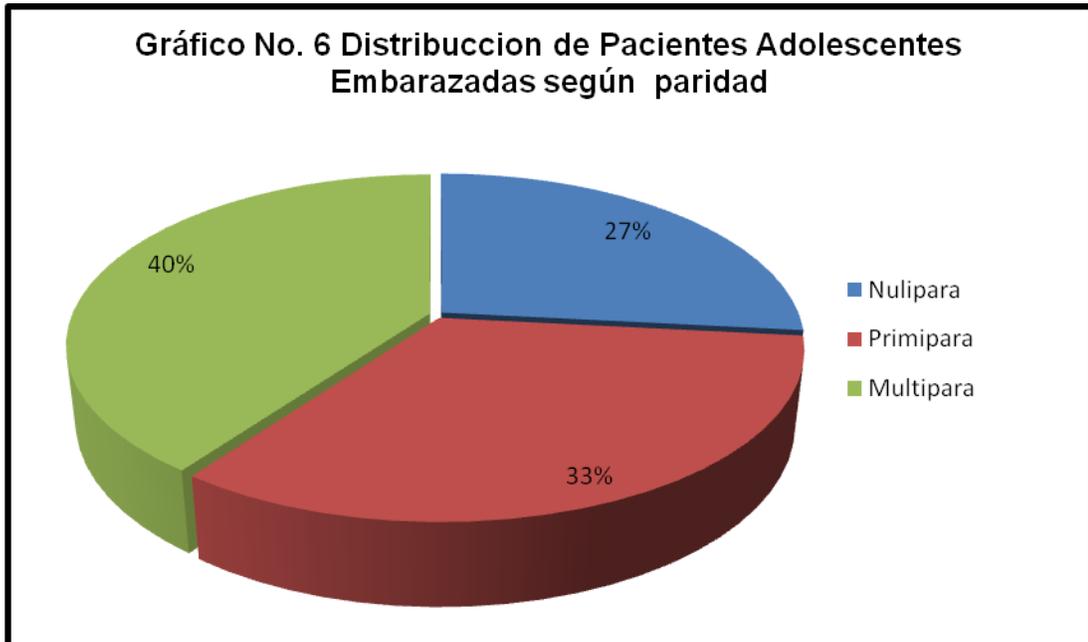


**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al realizar el análisis de ocupación de las pacientes pudimos apreciar que las la mayoría de las adolescentes embarazadas con preeclampsia eran amas de casas con el 63%, luego tuvimos a las que estudiaban con el 20%, y solo el 17% trabajaban. Lo cual al dejar los estudios debido al bajo rendimiento en los mismos por su condición propia del embarazo limitaba su crecimiento y desarrollo social, personal y profesional.



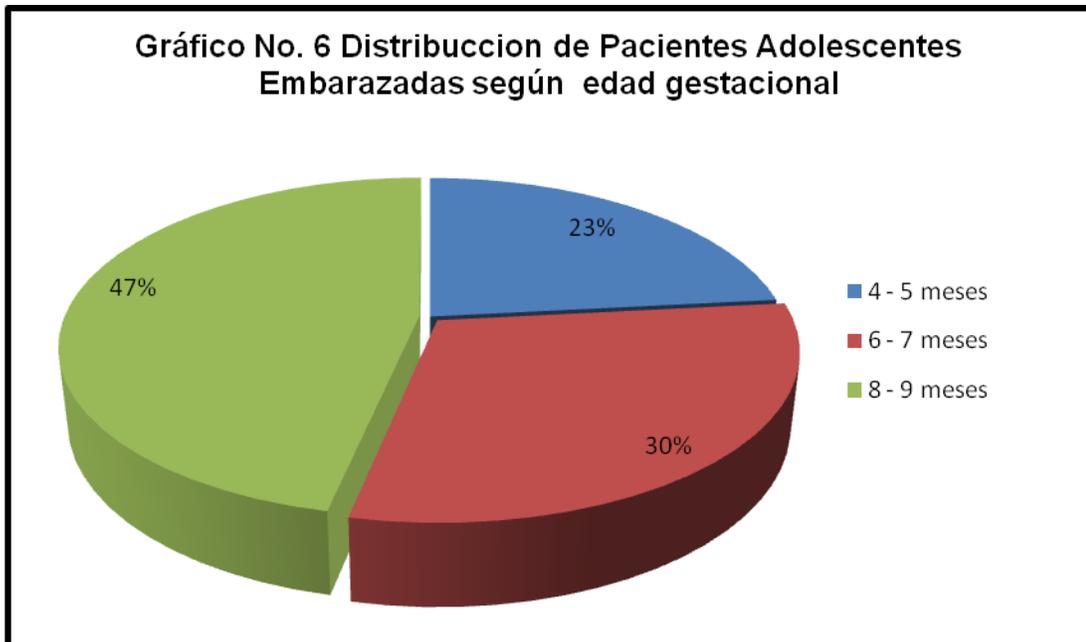
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al realizar el análisis del número de partos que tenían las adolescentes embarazadas con preeclampsia estudiadas, pudimos apreciar que el 40% eran múltiparas, el 33% era primípara, y el 27% eran nulíparas.

A pesar de que en nuestro estudio fue mayor el número de múltiparas, se ha descrito que existe un riesgo mayor de preeclampsia en las embarazadas nulíparas que en las múltiparas.



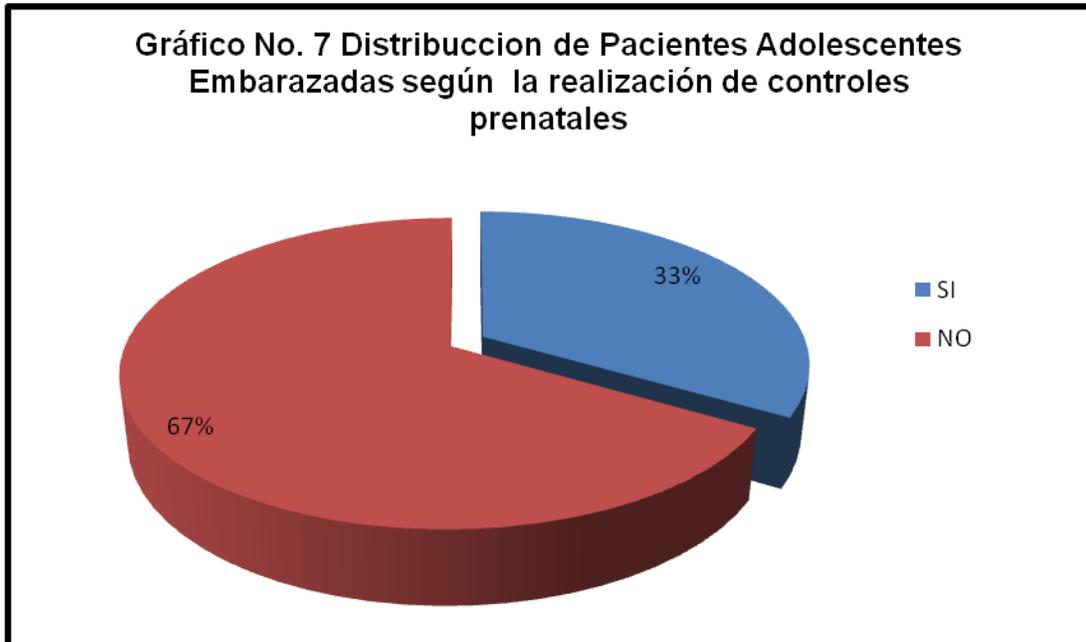
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar el tiempo de gestación de las pacientes pudimos apreciar que el mayor número tenían de 8 a 9 meses siendo el 47%, seguidas de las de 6 -7 meses para el 30% , y las de 4 – 5 meses para un 23% de las encuestadas.

Esto nos demuestra que la preeclampsia se presenta con más frecuencia después de las 32 semanas de embarazo, siendo esta etapa la más propensa para que se puedan presentar complicaciones.



**Fuente:** Encuesta

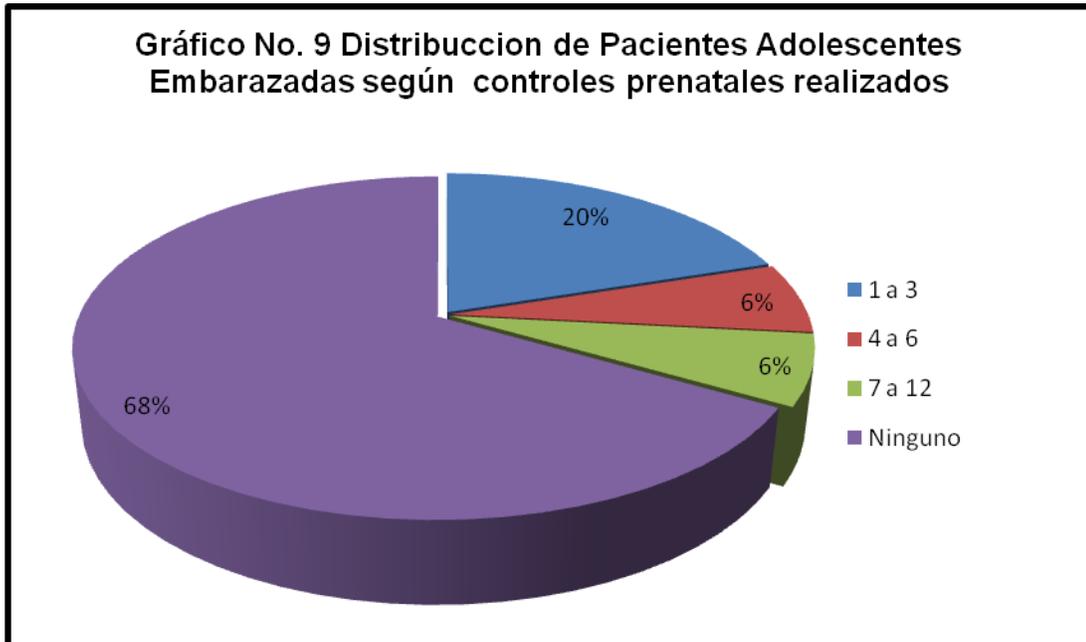
**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

La siguiente gráfica, nos muestran cuantas embarazadas se realizan los controles prenatales, observando que solo el 33% se los realizaban, mientras el que el 67% no se realiza ningún control prenatal.

Lo que constituyó un riesgo importante para el padecimiento de preeclampsia, ya que al poseer controles prenatales inadecuados, incremento la probabilidad de padecer la enfermedad como fue en el caso de las pacientes.

Por eso es importante el rol que debe de jugar la enfermera en la orientación a las pacientes sobre la importancia de realizarse los controles prenatales.



**Fuente:** Encuesta

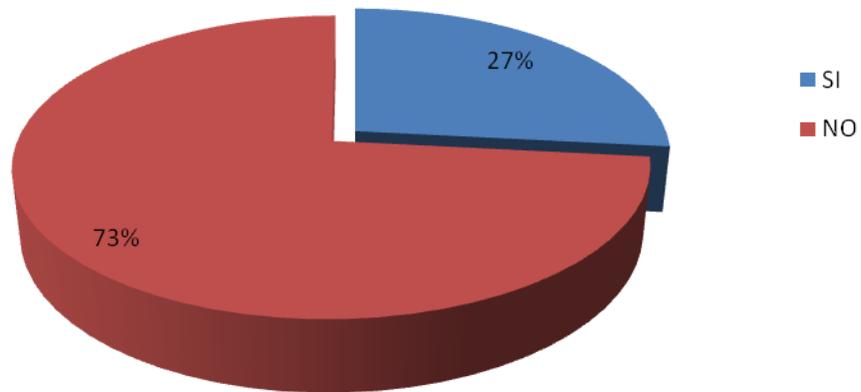
**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al realizar el análisis de la cantidad de controles prenatales que se habían realizado las pacientes adolescentes embarazadas con preeclampsia, apreciamos que el 68% no se había realizado ningún control durante su embarazo, realizándose de 1 - 3 solo 6 pacientes para el 20%, 2 pacientes de 4 – 6 para un 6%, al igual que 2 pacientes de 7 – 12 veces para un 6%.

Lo que demuestra que la realización de los controles prenatales es un factor de riesgo importante en la preeclampsia.

**Gráfico No. 10 Distribucion de Pacientes Adolescentes Embarazadas según hayan tenido abortos o no**

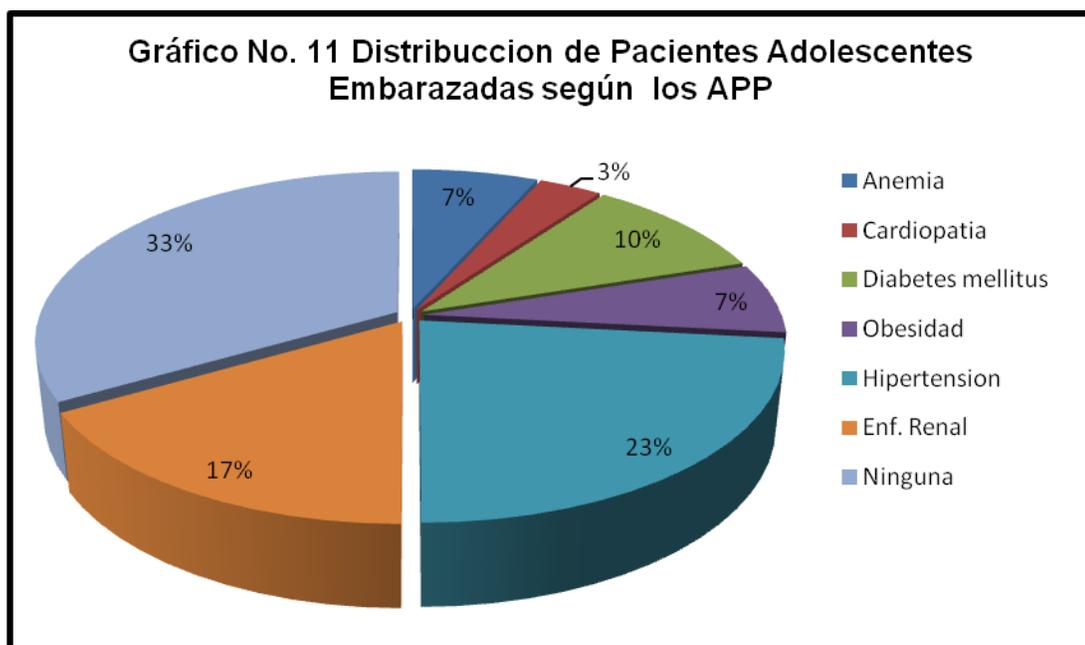


**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al realizar el análisis apreciamos que el 73% de las mujeres no habían tenido abortos, mientras que el 27% si han tenido abortos anteriores.



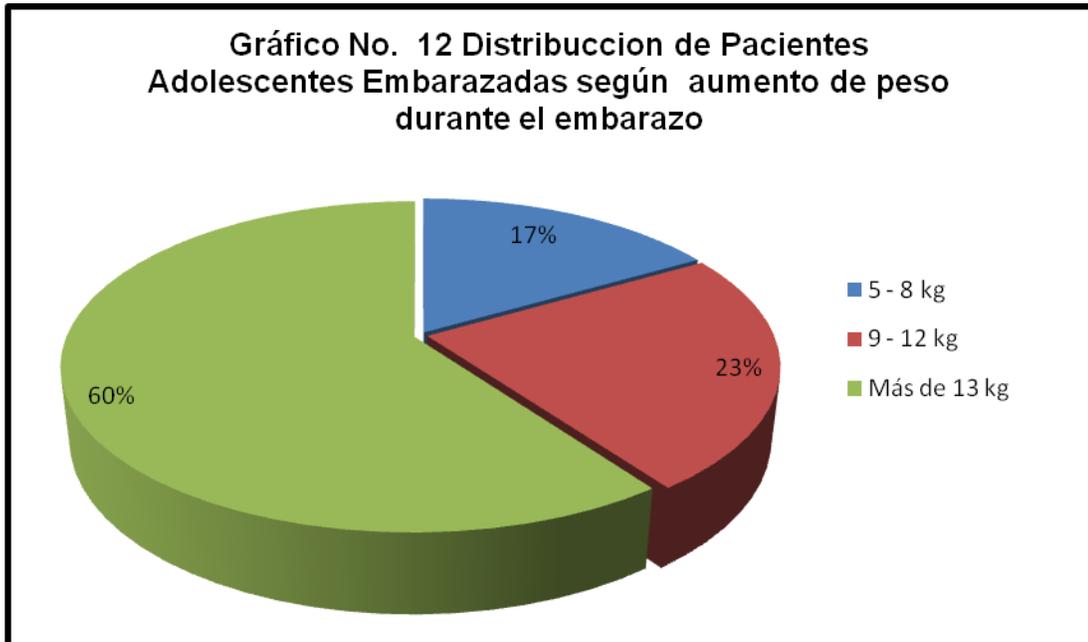
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar los antecedentes patológicos personales pudimos apreciar que lo que predominó fueron las pacientes que no tuvieron padecimientos de enfermedades anteriormente, seguido por la hipertensión arterial con el 23%, la enfermedad renal con un 17%, la diabetes mellitus con un 10%, la anemia y obesidad con un 7% respectivamente cada una, y con el 3% la cardiopatía.

En nuestro estudio pudimos apreciar que las pacientes con antecedentes de padecer alguna de estas patologías son más propensas a padecer preeclampsia durante el embarazo, ya que es un factor de riesgo importante.



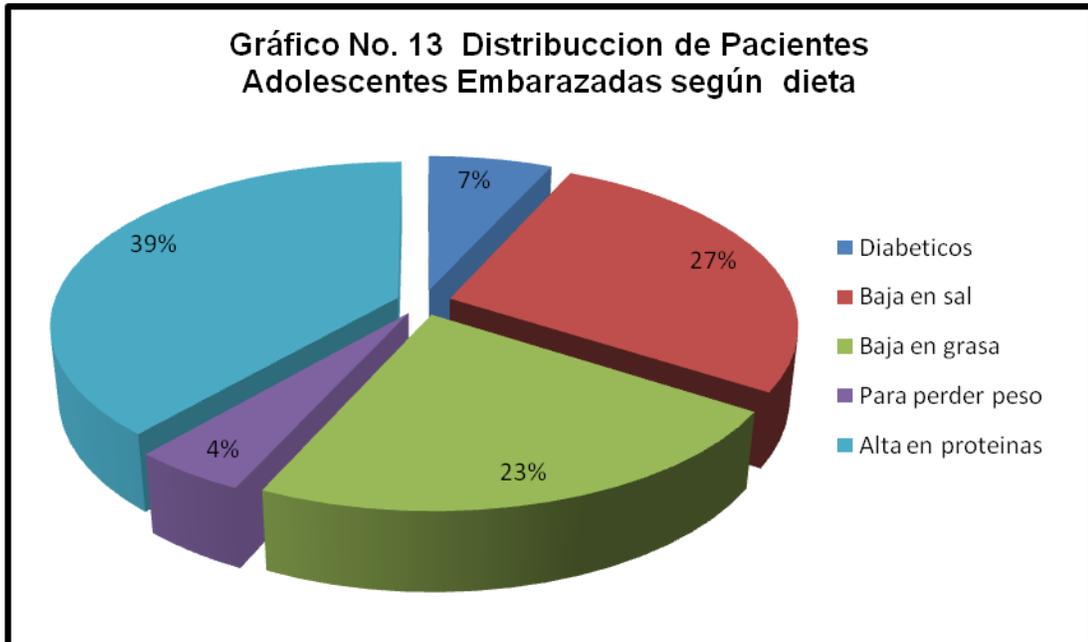
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al realizar el análisis sobre cuanto habían aumentado de peso las pacientes durante su embarazo observamos que las que más sobresalieron fueron las pacientes con más de 13 kg con el 60%, seguida de las que aumentaron de 9 – 12 Kg, luego con el 23% de 9 a 12 kilos, y finalmente de 5 a 8 kilos el 17%.

El aumento de peso por encima de lo normal en las embarazadas es un factor de riesgo que contribuyó a la aparición de la preeclampsia.



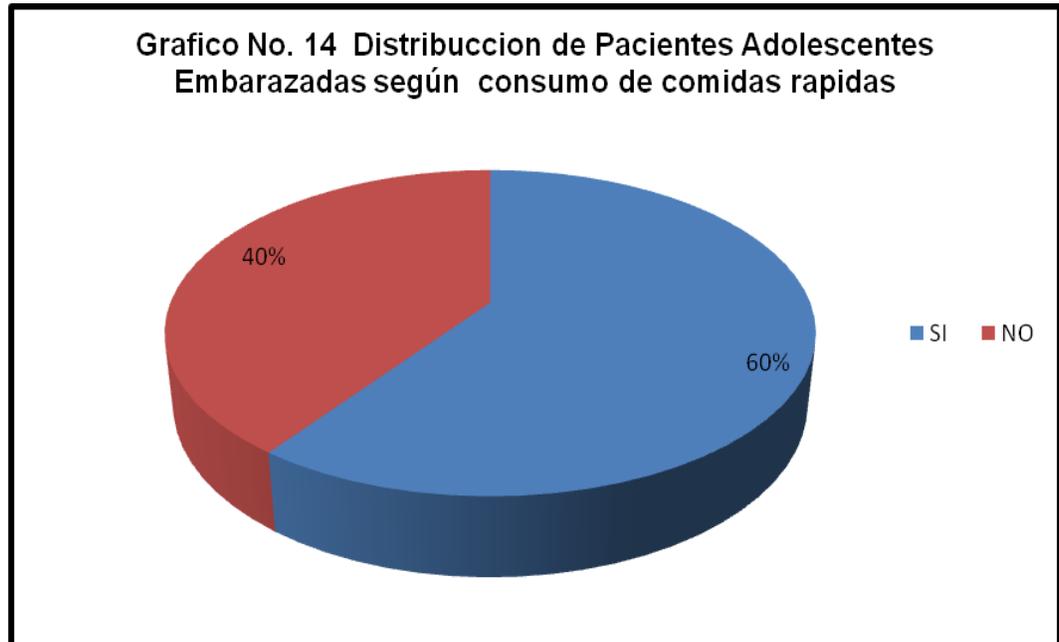
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar sobre la dieta que tenían o realizaban las pacientes apreciamos que el 39% de las pacientes consumían una dieta alta en proteína, el 27% baja en sal, el 23% baja en grasa, el 7% dieta para diabética, y un 4% una dieta para perder peso.

Apreciamos que a pesar de que el mayor número fueron las pacientes con una dieta inadecuada, ya que una dieta rica en proteínas aumentan los riesgos de padecer preeclampsia, el resto de las pacientes si llevaban una dieta acorde con su estado y patología.



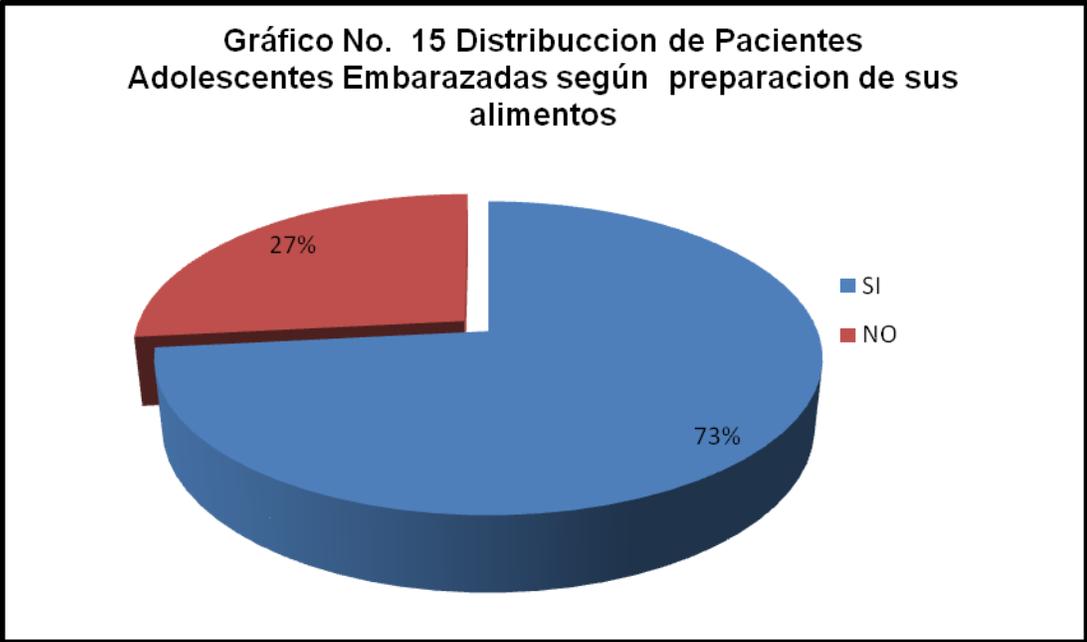
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar sobre si consumían comidas rápidas, vemos que las pacientes en su mayoría si las consumían con el 60% y el restante 40% no consumían tales alimentos.

Siendo la nutrición muy importante para garantizar una buena salud fetal, reducir y mantener los niveles de tensión arterial.

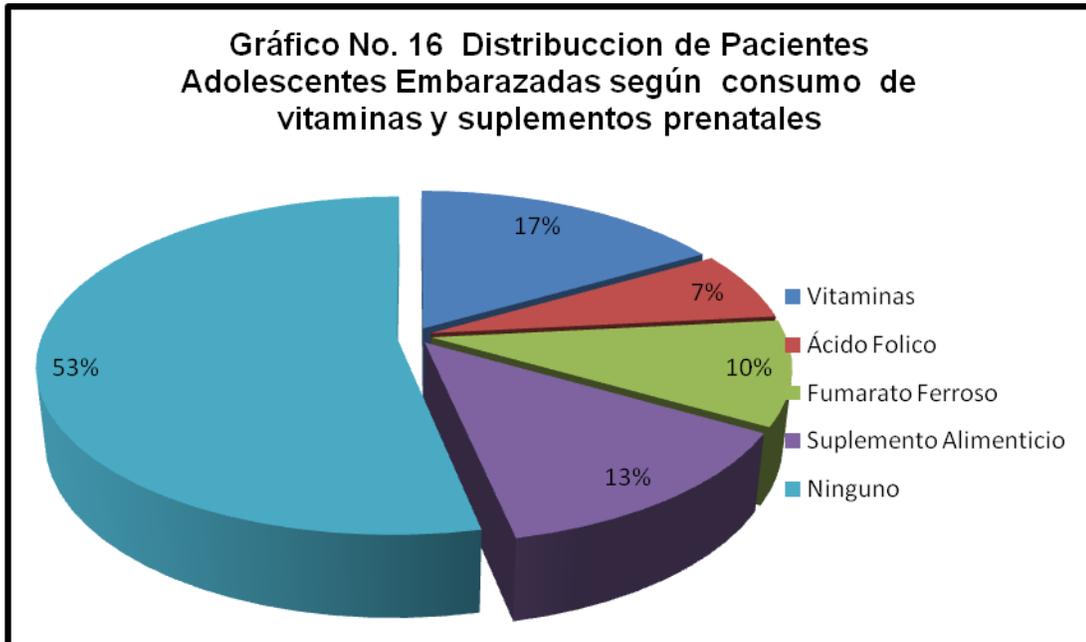


**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

**Análisis**

Al analizar sobre si las pacientes preparaban para su consumo sus propios alimentos la mayoría de las embarazadas adolescentes lo hacían con el 73%, siendo el 27% las que no lo hacían.



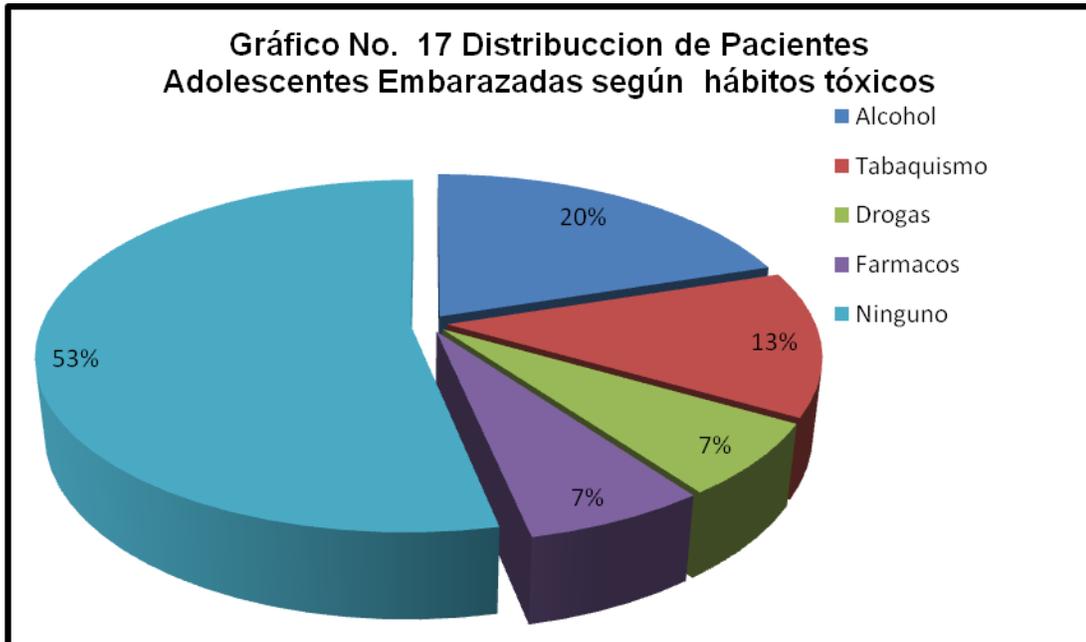
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar sobre si las pacientes durante su embarazo tomaban las vitaminas, minerales y suplementos prenatales, apreciamos que el 53% de las pacientes no consumían ningún tipo de vitaminas, minerales, ni suplementos prenatales, solo el 17% tomaba vitaminas, el 13% los suplementos alimenticios, el 10% el hierro, y el 7% el ácido fólico.

Esto nos muestra que las pacientes llevaban un mal o ningún control prenatal, lo cual era parte del desconocimiento sobre su patología y las complicaciones que podían tener.



**Fuente:** Encuesta

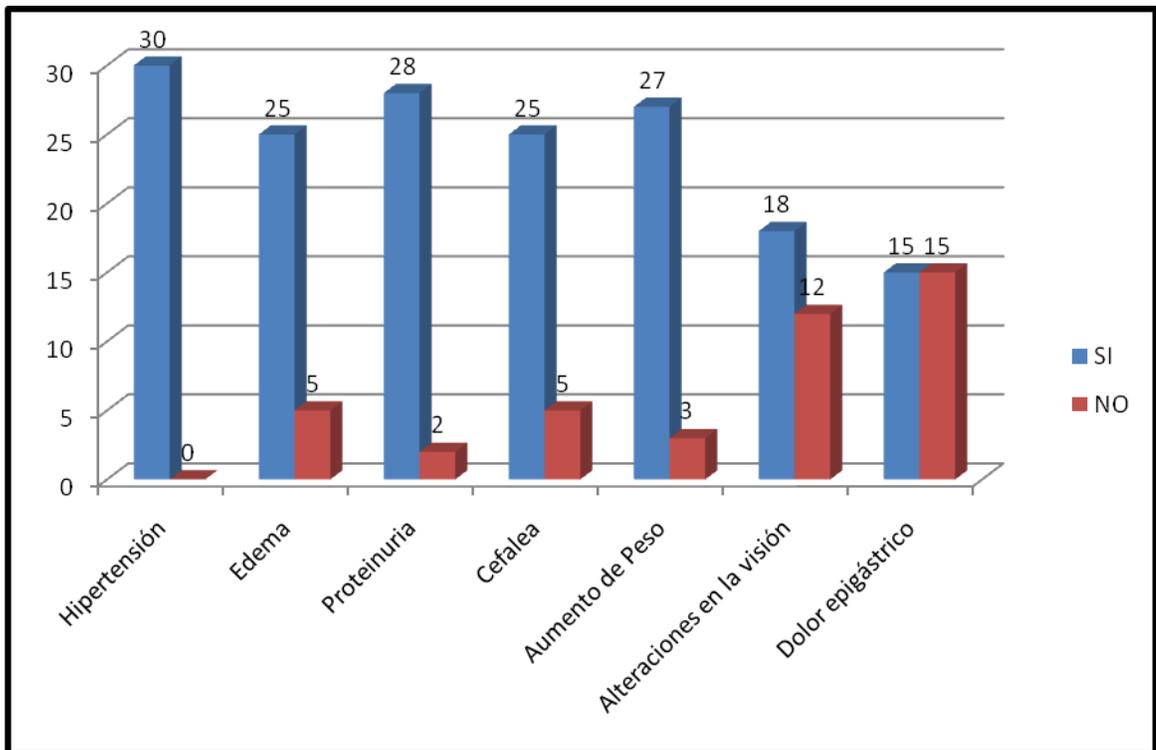
**Elaborado por:** Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis**

Al analizar sobre los hábitos tóxicos que podían tener las pacientes, vimos que el 53% no tenían ninguno, el 20% consumían alcohol, el 13% tabaquismo, y el 7% consumían drogas y fármacos.

A pesar de que el mayor número de las pacientes no tenían hábitos tóxicos, es preocupante que el resto si, pues además de ser un factor de riesgo que llevo a desarrollar su patología, estos aumentan los riesgos de sufrir el feto malformaciones y un inadecuado desarrollo.

**Gráfico No. 18 Distribución de Pacientes Adolescentes Embarazadas según signos y síntomas.**



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Maria Elena Ochoa Anastacio

### **Análisis.**

Al realizar el análisis sobre los signos y síntomas que las pacientes han presentado durante su embarazo, apreciamos que las 30 pacientes presentaron hipertensión arterial, seguida de la proteinuria las cuales 25 presentaron y solo 5 no, 27 aumentaron de peso y solo 3 no, 25 presentaron edemas y cefaleas y 5 no, 18 tuvieron alteración de la visión y 12 no la tuvieron, y 15 presentaron dolor en epigastrio (tipo punzada) y 15 no lo tuvieron.

Pudimos apreciar en nuestro estudio que los principales signos y síntomas que incidieron más en las pacientes adolescentes embarazadas fueron la hipertensión, y la proteinuria.

## GUIA DE OBSERVACION

<b>AMBIENTE FISICO</b>			
	<b>BUENA</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>
<b>ILUMINACION</b>	X		
<b>AIREACION</b>		X	
<b>UNIDADES</b>		X	
<b>EXTRUCTURA</b>	X		
<b>CONSULTORIOS</b>	X		
<b>EQUIPOS MEDICOS</b>			
<b>EQUIPAMIENTO</b>		X	
<b>MATERIALES</b>		X	
<b>MEDIOS DIAGNOSTICOS</b>		X	
<b>GESTION EN SERVICIO</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>NORMAS</b>	X		
<b>PROTOCOLOS</b>	X		
<b>GUIAS CLINICAS</b>	X		
<b>CAPACITACION AL PERSONAL</b>		X	
<b>EDUCACION CONTINUA A PACIENTES</b>		X	

Al realizar un análisis de la guía de observación del área de consulta externa Hospital Especializado Materno Infantil “Mariana de Jesús”, pudimos apreciar que los consultorios de la misma contaban con una buena iluminación, no siendo así con la ventilación con la cual en gran parte presentaban dificultades,

a pesar de no poseer todas los consultorios que debían de tener, los existentes, poseían una buena estructura.

Basta decir que a pesar del esfuerzo que hacen en dicho centro aún carecen de todo el equipamiento, materiales y medios diagnósticos que necesitan para proveer una mejor atención a todas las pacientes que acuden diariamente a dicha casa de salud.

Se carece de una capacitación continua al personal de enfermería que trabaja en la consulta externa, lo cual de realizarse redundaría en una mejor atención a las pacientes que allí acuden, y una mejor educación continúa a las mismas sobre su autocuidado y la prevención de las posibles complicaciones que pudieran aparecer durante su gestación.

Es bueno resaltar que poseen las normas, protocolos y guías clínicas sobre la atención materno - neonatal, emitidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

## CONCLUSIONES

Concluimos primero refiriéndonos al personal de enfermería que el 70% del personal, la mayoría no tienen conocimiento requerido porque no reciben la capacitación necesaria para brindar un mejor servicio en el área de atención en la consulta externa y más con adolescentes embarazadas con síntomas de preeclampsia. Por tal motivo no realizan una correcta valoración integral a este tipo de pacientes cuando llegan a la consulta.

Sobre los cuidados y el peligro que representa esta enfermedad hay una falencia preocupante, que hay que resolver con el personal de la institución, ya que la mayoría que labora en la misma tiene más de 16 años seguido en sus funciones y no han recibido curso de actualización y capacitaciones que vayan acorde con este ritmo moderno y cambiante de la medicina, solo el 30% habían recibido una capacitación en todo su tiempo de labor.

Para concluir de lo observado en la encuesta realizada en esta institución a 30 pacientes adolescentes embarazadas, pudimos ver que la mayoría fueron madres solteras, con edades que estuvieron entre los 17 a 19 años, constituyendo estas el 53% de las pacientes estudiadas, vimos que el 50% de las mismas poseían estudios secundarios, de las cuales el 63% vivían en la zona urbano marginal, siendo la mayoría amas de casa, con más de tres hijos, que el mayor porcentaje refleja que no han tenido abortos, no se hacen controles prenatales el 67%, que cuando llegan a la consulta son con 7 o 9 meses de embarazo, con hipertensión alta, con un incremento de peso repentino que bordea más de 13 kilos, la mayoría posee hábitos de alcoholismo y no saben nada de nutrición y comida saludable.

## RECOMENDACIONES

En el caso del personal de enfermería recomendamos en primer orden brindarles cursos, capacitaciones y actualizaciones constantes para poder tratar con adolescentes embarazadas con preeclampsia cuando acudan a esta institución por lo tanto los directivos deberán designar a los profesionales correspondientes para este tipo de capacitación

Para ello deberán crear un departamento de capacitaciones donde se realicen los cursos educativos tanto al personal de enfermería como para las usuarias.

Considerando que el 40% del personal que labora en esta institución tiene más de 16 años en sus funciones se debe hacer conocer las normas ya existentes para mejorar la atención de las gestantes cuando lleguen a la consulta externa de la misma y así cumplir con las metas establecidas por el ministerio de salud publica.

Se recomienda que el personal de enfermería brinde mayor información a las usuarias por medio de folletería donde se de una breve pero muy clara explicación sobre las causas, síntomas y todo lo relacionado a esta grave enfermedad como es la preeclampsia.

También recomendaríamos hacer programas educativos que involucren a las pacientes para que sepan de controles prenatales, nutrición y todo lo relacionado con esta hermosa etapa de la mujer como es el embarazo, y saber todo lo relacionado con síntomas causa y efectos de la preeclampsia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Nurses Association (ANA)
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 33. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2012; 99:159-167.
3. Arnold P., Nelson D. *Adolescencia en el desarrollo.* 2009
4. Berger K., *Psicología del Desarrollo.* 6ta. Edición. 2009
5. Datos esenciales de salud. Una mirada a la década 2000 – 2010. Ecuador
6. Duley L, Henderson – Smart DJ. Fármacos para el tratamiento de la TA muy elevada durante el embarazo (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, Issue 4, 2008.
7. Estadísticas sanitarias Mundiales OMS 2013
8. Estadísticas Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”.2013
9. Editorial: The American College of Obstetricians and Gynecologist. Vol. 102, Nº 1: 181-192. Julio 2013.
10. Huffman, JW. F.A.C.O.G, F.A.A.P, F.A.C.S. *Ginecología en la infancia y en la adolescencia.* Barcelona, Salvat Editores, 2008, 6ta. Edición.
11. Huffman AD, Greydanus DE: *Adolescent Medicine.* 2<sup>nd</sup>. Edition. Norwalk Appleton & Lange 2009.
12. *La enfermería y la atención primaria de salud: Una fuerza unificada.* Ginebra. 2009
13. Mendoza, D. J. Adolescente embarazada: características y riesgos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2010
14. Ministerio de Salud Publica Ecuador. *Estadísticas 2012 - 2013*
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Componente Normativo Materno Neonatal.* 2011

16. National High Blood Pressure Education Program Working Group. Año 2012.
17. Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería
18. Preeclampsia and Cardiovascular Disease Death. Prospective Evidence From the Child Health and Development Studies Cohort. MONGRAW-CHAFFIN, M. L. et al. Hypertension N° 56: 166-171. Editorial: Journal of the American Heart Association. Junio 2010.
19. Romero JF., Tena G. Preeclampsia Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. 2009
20. Ruoti M, R. A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Paraguay: Universidad de Asunción. 2010.
21. Sistema Informático Perinatal (SIP), Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).
22. Santos Leal, E. Embarazo: prevención y tratamiento de la hipertensión. Editorial: "El Mundo de tu Bebé". 2010
23. Téllez S., G.M Modelos en Cuidado de Enfermería. 2009
24. Taylor SG. Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007., p. 267-295.

## **GLOSARIO**

**Crisis Convulsiva:** alteración súbita en la actividad eléctrica cortical, que se manifiesta clínicamente por una alteración en la conciencia o en la aparición de sintomatología motora, sensitiva o conductual

**Compromiso fetal:** reducción de los movimientos fetales / retardo en el crecimiento para la edad gestacional

**Coma:** es el estado neurovegetativo caracterizado por pérdida de la conciencia.

**Diurético:** es una sustancia farmacológica para aumentar la secreción y excreción de la orina, agua y sodio

**Edema:** incremento en el volumen de líquido intersticial que puede aumentar en varios litros antes de que el proceso sea evidente clínicamente.

**Eclampsia:** desarrollo de convulsiones y/o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia durante el periodo prenatal, intraparto o posnatal, en ausencia de otras causas de convulsiones, después de la semana 20 de gestación.

**Enfermedad hipertensiva crónica:** hipertensión crónica de cualquier etiología. Este grupo abarca pacientes con hipertensión preexistente, con una elevación de la presión arterial hasta un nivel como mínimo de 140/90 mmHg en dos ocasiones antes de las 20 semanas de gestación y pacientes con hipertensión que persista durante más de 42 días después del parto.

**Hipertensión en el embarazo:** Se manifiesta durante la segunda mitad del

embarazo o en el curso de las primeras 24 horas después del parto sin edema ni proteinuria asociados con una normalización de la presión arterial en el curso de los 10 días posteriores al parto. La hipertensión debe llegar como mínimo a 140 mmHg como valor sistólico o 90 mmHg como valor diastólico, al menos 2 registros con un mínimo de diferencia de 4-6 horas entre uno y otro registro, en el mismo brazo

**Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada:** se define como desarrollo de preeclampsia - eclampsia en pacientes con hipertensión arterial crónica preexistente

**Hipertensión preexistente:** presión arterial diastólica 90 mmHg antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación

**Intervención de enfermería:** acciones basadas en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería, para favorecer el resultado encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado.

**Muerte materna:** muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo, o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales

**Medicación:** Conjunto de sustancias que se utilizan para tratar o prevenir una enfermedad o corregir una función orgánica.

**Preeclampsia:** síndrome que se presenta después de la vigésima semana del embarazo, durante el parto y el puerperio, caracterizado por hipertensión arterial y proteinuria

**Proteinuria:** presencia de 300 mg o más en una colección de orina de 24 horas. Si no está disponible este estudio, se considerara proteinuria con 30mg/dl (1+) en tira reactiva en 2 muestras de orina al azar con diferencia de 6 horas entre cada una en un lapso no mayor de 7 días, sin evidencia de infección de vías urinarias.

**Síndrome de Hellp:** se considera una variante atípica de la preeclampsia grave que consiste en hemolisis microangiopática, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia.

**Trombocitopenia:** es la disminución de plaquetas en sangre o debajo de sus valores normales ( $100 \text{ ml} \times \text{ml}^2$ )

# ANEXOS



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA  
INTERNADO ROTATIVO PERIODO 2013 -2014

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL MATERNO INFANTIL “MARIANA DE JESÚS”, DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE DE 2013 – ABRIL 2014.**

**ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERIA**

**OBJETIVO:** Identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería que labora en la consulta externa Hospital especializado materno infantil “Mariana de Jesús”, sobre las normas de atención a las adolescentes embarazadas con preeclampsia

**INSTRUCCIONES:**

- Lea detenidamente las preguntas de este cuestionario
- Marque con una X la respuesta correcta
- Su respuesta tiene carácter confidencial y es para fines de la investigación.

**DATOS GENERALES**

FECHA: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

AUXILIAR DE ENFERMERIA: \_\_\_\_\_

1- ¿Cuánto tiempo de experiencia tiene laborando en el área de consulta externa?

1 a 5 años  6 a 10 años  11 a 15 años  16 a 20 años

2- ¿Ha realizado cursos de capacitación de atención a adolescentes embarazadas?

SI

NO

3- ¿Conoce los cuidados que debe recibir la adolescente con preeclampsia?

SI  NO

4- ¿Considera que el personal de enfermería está capacitado sobre las normas de atención a las embarazadas con preeclampsia?

SI  NO

5- ¿Considera que el personal de enfermería conoce los signos de peligro de la preeclampsia?

SI  NO

6- ¿Considera que el personal de enfermería educa a las adolescentes embarazadas sobre una nutrición adecuada y la importancia del control prenatal?

SI  NO

7- ¿El personal de enfermería realiza la valoración integral de la adolescente embarazada?

SI  NO



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA  
INTERNADO ROTATIVO PERIODO 2013 -2014

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL MATERNO INFANTIL “MARIANA DE JESÚS”, DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE DE 2013 – ABRIL 2014.**

**ENTREVISTA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

**OBJETIVO:** Identificar los factores que influyen en la aparición de la preeclampsia en adolescentes,

**INSTRUCCIONES:**

- Lea detenidamente las preguntas de este cuestionario
- Marque con una X la respuesta correcta
- Su respuesta tiene carácter confidencial y es para fines de la investigación.

**DATOS GENERALES**

FECHA: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE: -----

**1. ¿Qué edad tiene?**

- a) 11 a 13 años \_\_\_\_\_
- b) 14 a 16 años \_\_\_\_\_
- c) 17 a 19 años \_\_\_\_\_

**2. ¿Cuál es su estado civil?**

- a) Soltera \_\_\_\_\_
- b) Casada \_\_\_\_\_
- c) Unión libre \_\_\_\_\_
- d) Divorciada \_\_\_\_\_

**3. ¿Qué formación académica usted posee?**

- a) Primaria \_\_\_\_\_
- b) Secundaria \_\_\_\_\_

c) Superior\_\_\_\_\_

**4. ¿Dónde vive usted?**

- a) Área Rural\_\_\_\_\_
- b) Área Urbana\_\_\_\_\_
- c) Urbana Marginal\_\_\_\_\_

**5. ¿Qué actividad usted ejerce?**

- a) Estudiante\_\_\_\_\_
- b) Trabajadora\_\_\_\_\_
- c) Ama de Casa\_\_\_\_\_

**6. ¿Tiene usted hijos?**

SI  NO

**7. ¿Cuántos hijos tiene?**

- a) 1 hijo\_\_\_\_\_
- b) 2 hijos\_\_\_\_\_
- c) 3 hijos\_\_\_\_\_
- d) Más de 3 hijos\_\_\_\_\_

**8- ¿Cuántos meses de embarazo tiene?**

- a) 4 a 5 meses\_\_\_\_\_
- b) 6 a 7 meses\_\_\_\_\_
- c) 7 a 9 meses\_\_\_\_\_

**9- ¿Se realiza controles prenatales?**

SI  NO

**10-¿Cuántos controles prenatales tiene?**

- a) 1 a 3 controles
- b) 4 a 6 controles
- c) 7 a 12 controles
- d) Ninguno

**11-¿Ha tenido abortos?**

SI  NO

**12¿Padece usted o padeció alguna de estas enfermedades?**

- a) Anemia \_\_\_\_\_
- b) Enfermedad cardiaca \_\_\_\_\_
- c) Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_
- d) Aumento repentino de peso \_\_\_\_\_
- e) Hipertensión arterial \_\_\_\_\_
- f) Enfermedad renal \_\_\_\_\_

**13. ¿Cuántos kilos aumento durante el embarazo?**

- a) 5 a 8Kg \_\_\_\_\_
- b) 9 a 12Kg \_\_\_\_\_
- c) Más de 13Kg \_\_\_\_\_

**14. ¿Consume usted alguna dieta especial?**

- a) Para diabéticos \_\_\_\_\_
- b) Baja en sal \_\_\_\_\_
- c) Baja en grasa \_\_\_\_\_
- d) Para perder peso \_\_\_\_\_
- e) Alta en proteínas \_\_\_\_\_

**15. ¿Consume usted comidas rápidas?**

SI  NO

**16. ¿Prepara los alimentos que consume?**

SI  NO

**17. ¿Qué toma usted durante el embarazo?**

- a) Vitaminas \_\_\_\_\_
- b) Ácido fólico \_\_\_\_\_
- c) Suplementos alimenticios \_\_\_\_\_
- d) Hierro \_\_\_\_\_

**18. ¿Practica usted algunos de estos hábitos?**

- a) Alcoholismo \_\_\_\_\_
- b) Tabaquismo \_\_\_\_\_
- c) Drogas \_\_\_\_\_
- d) Fármacos \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

**19. ¿Presenta o ha presentado usted durante su embarazo algunos de estos signos y síntomas?**

- a) Edema\_\_\_\_\_
- b) Hipertensión arterial\_\_\_\_\_
- c) Proteinuria\_\_\_\_\_
- d) Cefalea\_\_\_\_\_
- e) Aumento de peso\_\_\_\_\_
- f) Alteraciones de la visión\_\_\_\_\_
- g) Dolor en epigastrio (tipo punzada)\_\_\_\_\_
- h) Edema\_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA

INTERNADO ROTATIVO PERIODO 2013 -2014

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL MATERNO INFANTIL “MARIANA DE JESÚS”, DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE DE 2013 – ABRIL 2014.

### GUIA DE OBSERVACION

<b>AMBIENTE FISICO</b>			
	<b>BUENA</b>	<b>REGULAR</b>	<b>DEFICIENTE</b>
<b>ILUMINACION</b>			
<b>AIREACION</b>			
<b>UNIDADES</b>			
<b>EXTRUCTURA</b>			
<b>CONSULTORIOS</b>			
<b>EQUIPOS MEDICOS</b>			
<b>EQUIPAMIENTO</b>			
<b>MATERIALES</b>			
<b>MEDIOS DIAGNOSTICOS</b>			
<b>GESTION EN SERVICIO</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>NORMAS</b>			
<b>PROTOCOLOS</b>			
<b>GUIAS CLINICAS</b>			
<b>CAPACITACION AL PERSONAL</b>			
<b>EDUCACION CONTINUA A PACIENTES</b>			



**Foto No.1** Encuestado a las pacientes adolescentes embarazadas con preeclampsia en la consulta externa del Hospital materno Infantil “Mariana de Jesús”



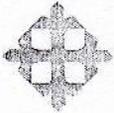
**Foto No.2** Entrevistando a las pacientes adolescentes embarazadas con preeclampsia en la consulta externa del Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”



**Foto No.3** Realizando la encuesta a las pacientes adolescentes embarazadas con preeclampsia en la consulta externa del Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”



**Foto No.4** Recopilando información de las historias clínicas de las pacientes adolescentes embarazadas con preeclampsia en el departamento de estadística del Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificación ISO 9001:2007



CARRERA DE ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec  
Aportado 09-01-1671

Teléfonos:  
2206952 - 2200286  
Ext. 1813 - 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-233-2014

MARZO 27

DOCTOR  
YURI PATIÑO  
DIRECTOR MATERNIDAD MARIANA DE JESUS  
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, condecoradora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que la estudiante, OCHOA ANASTASIO MARIA ELIENA quien se encuentra realizando el trabajo de titulación con el tema "INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EDADES ENTRE 13 Y 18 AÑOS C. PRECLAMPSIA EN EL HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DICIEMBRE/13 MAYO/14" realice la encuesta en la de la institución que Usted dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"  
*Lda. Angela Mendoza Vinas*

Lda. Angela Mendoza Vinas  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

AM/Fátima

Entregado por  
José Baldovinos H.  
Fecha: 2-04-14

*Angela Mendoza*

*- legal*  
*- + Humano*  
*Indicador, con los indicadores*

Dr. Yuri Patiño Durango  
DIRECTOR DE SALUD DE AREA  
HOSPITAL MARIANA DE JESUS

HOSPITAL MARIANA DE JESUS  
AREA No. 4  
Unidad de Administración de Talento Humano  
Fecha: 2/04/14  
Hora: 11:00  
FIRMA

HOSPITAL MARIANA DE JESUS  
AREA No. 4  
Unidad de Administración de Talento Humano  
Fecha: 2/04/14  
12:00



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CE-173-2014



Marzo 24



LICENCIADA  
CEPEDA LOPEZ SILVIA  
DOCENTE  
CARRERA DE ENFERMERIA

En su despacho.-



Certificado No. CQR-1197

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Tutora del trabajo de titulación de la SRA. OCHOA ANASTACIO MARIA ELENA, con el tema "INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EDADES ENTRE 13 Y 18 AÑOS CON PRECLAMPسيا EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DICIEMBRE/13 MAYO/14"

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.



Atentamente



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

*Lcda. Angela Mendoza Vences*

Lcda. Angela Mendoza Vences  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA



AM/Fátima

[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 -- 2200286  
Ext. 1813 -- 11817

Guayaquil-Ecuador



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No COR-1497



[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 – 2200286  
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Mayo 06

LICENCIADA  
ROSA CALDERON  
DOCENTE  
CARRERA DE ENFERMERIA  
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Primera Lectora del trabajo de titulación de la Srta. OCHOA ANASTACIO MARIA, con el tema **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTL MARIANA DE JESUS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL PROVINCIA GUAYAS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE 2013-2014**

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

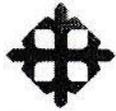
Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angela Mendoza Vinces  
Directora (e)

Lcda. Angela Mendoza Vinces  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Fátima



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

21 de Mayo 2014



LICENCIADA  
OLGA MUÑOZ  
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERIA  
En su despacho.-



De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Segundo Lector del trabajo de titulación de la Sra. OCHOA ANASTACIO MARIA ELENA, con el tema "INTERVENCION DE ENFEREMERIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EDADES ENTRE 13 Y 18 AÑOS CON PRECLAMPSIA EN EL HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESUS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DICIEMBRE/13 MAYO/14"



Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Certificado No COR-1497



Atentamente



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angela Mendoza Vences  
Lcda. Angela Mendoza Vences  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA



AM/Fátima

[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 – 2200286  
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil ,30 de Abril del 2014

**Licenciada**

**Angela Mendoza Vinces**

**Directora de la Carrera de Enfermería**

**En su despacho.**

Comunico que la Sra. María Elena Ochoa Anastacio. con N° de Cedula 0916823438, finalizo el proceso de revisión del trabajo de titulación, cuyo tema es: Intervenciones de Enfermería en Adolescentes Embarazadas con Preeclampsia en la Consulta Externa Hospital Especializado Materno Infantil "Mariana de Jesús", de la ciudad de Guayaquil, provincia Guayas, en el periodo comprendido de diciembre de 2013 – abril 2014, dando paso de revisión al primer lector.

Agradezco su atención prestada, y reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

  
Lcda. Silvia Cepeda



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No. CQR-1497



Teléfonos:  
2206952 – 2200286  
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 22 de Mayo del 2014

Licenciada.

**ANGELA MENDOZA VINCES**  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA**

En su despacho.-

De mis consideraciones:

Tengo a bien comunicarle que en cuanto a la delegación como PRIMERA LECTORA del trabajo de titulación con el tema: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PRECLAMPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL "MARIANA DE JESUS" DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE 2013-ABRIL 2014, cuya autora es la: SRA. MARIA ELENA OCHOA ANASTACIO, ha cumplido con las rectificaciones requeridas en la revisión del mencionado trabajo, por lo tanto puede proceder a continuar con la gestión establecida.

Sin más por el momento, me suscribo de usted.

Atentamente.-

  
**Msc. Rosa Calderón Molina.**  
**PRIMERA LECTORA.**

c. archivo.-



Guayaquil, 28 de Mayo del 2014



**Licenciada**

**ANGELA MENDOZA VINCES**

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA**

**En su despacho.-**



Tengo a bien comunicarle que en cuanto a la delegación como SEGUNDA LECTORA , del trabajo de titulación con el tema: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL "MARIANA DE JESUS" DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL ,EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE 2013 –ABRIL 2014 , cuya autora es la : SRA MARIA ELENA OCHOA ANASTACIO, ha cumplido con las rectificaciones requeridas en la revisión de mencionado trabajo , por lo tanto puede proceder a continuar con la gestión establecida.



Agradezco la atención prestada, me suscribo de usted.



**ATENTAMENTE**



*Olga Muñoz*  
Leda. Olga Muñoz

**SEGUNDA LECTORA**

CARRERA  
DE  
ENFERMERIA

www.ucg.edu.ec  
Avenida 09-01-0177

Teléfonos:  
2200952 – 2200286  
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No. C-16-130



www.uscg.edu.ec  
Avenida 19-A-1577

Teléfonos:  
2208852 - 2200288  
Ext 1816 - 11817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 9 de Junio del 2014

**Licenciada**  
**ANGELA MENDOZA VINCES**  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA**  
**En su despacho.-**

Informo a usted, que la Sra. María Elena Ochoa Anastacio, luego de haber enviado su trabajo de titulación al sistema de URKUND, el día 7 de Junio del 2014 donde reporto un resultado de 0 % similitud, y con otras fuentes bibliografías ha realizado las correcciones utilizando el sistema de referencia bibliográfica APA SIX , reportando el 0 % de similitud el día 8 de Junio del presente año , por lo tanto considero que se encuentra listo para la impresión , luego de la dirección del tutor y revisión de los lectores.

Agradezco la atención prestada, me suscribo de usted.

**ATENTAMENTE**

**Lcda. Olga Muñoz**