



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**TEMA**

**Intervención Educativa de Enfermería a Pacientes con Preeclampsia  
atendidas en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús desde  
febrero hasta abril de 2012**

**Previa la obtención del título**

**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**ELABORADA POR:**

**JENNY EDITH BASTIDAS BELTRAN**

**GUAYAQUIL, JULIO DE 2012**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICA**

**CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Srta. Jenny Edith Bastidas Beltran como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Guayaquil, Julio del 2012

**DIRECTORA**

Lcda. Carmen Zea de Martínez

**REVISADO POR**

Lcda. Fanny Gaibor

**RESPONSABLE ACADÉMICO**

Lcda. Nora Carrera Rojas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**JENNY EDITH BASTIDAS BELTRAN**

**DECLARO QUE:**

El proyecto de grado denominado “Intervención Educativa de Enfermería a Pacientes con Preeclampsia atendidas en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús desde febrero hasta abril de 2012 “ha sido desarrollado con base de una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conformes las citas que constan al pie de paginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Guayaquil, Julio del 2012

**EL AUTOR**

**JENNY EDITH BASTIDAS BELTRA**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, JENNY EDITH BASTIDAS BELTRAN**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la institución del proyecto titulado: “Intervención Educativa de Enfermería a Pacientes con Preeclampsia atendidas en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús desde febrero hasta abril de 2012 “ cuyo contenido, de ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

**Guayaquil, Julio del 2012**

**AUTOR**

**JENNY EDITH BASTIDAS BELTRAN**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo dedico con mucho amor a mis padres por ser las personas más importantes en mi vida quienes me han brindado su apoyo incondicional y sobre todo por haberme guiado por el camino del bien con valores y principios, a mí hermano Julio por brindarme todo su apoyo en mi formación como profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, por permitir la culminación de mi carrera profesional.

Mi agradecimiento especial a mis padres por su afecto, comprensión y apoyo brindado durante todos mis años de vida estudiantil a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil Escuela de Enfermería San Vicente de Paul, por abrirme sus puertas y permitirme hacer realidad unas de mis metas de culminar una carrera profesional.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>12</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>14</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
<b>1. INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES EN LOS CUIDADOS REPRODUCTIVOS</b> .....	<b>21</b>
1.1. Factores socioculturales que afectan la reproducción .....	21
1.2. Factores de riesgos sociodemográficos .....	22
<b>2. Cuidados prenatales tempranos en relación con la etnia y el área geográfica</b> .....	<b>23</b>
<b>2. EMBARAZO</b> .....	<b>24</b>
2.1. Aspectos biofísicos del embarazo .....	24
2.2. Signos y síntomas del embarazo.....	24
2.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO.....	25
2.4. Aspectos psicosociales del embarazo normal.....	28
2.5. Cuidados nutricionales durante el embarazo.....	30
2.6. Importancia de la nutrición durante el embarazo .....	30
2.7. Efectos de la malnutrición .....	30
2.8. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL .....	31
2.9. Antecedentes obstétricos .....	32
2.10. Complicaciones del embarazo .....	32
2.11. Antecedentes patológicos.....	32
• Peso materno.....	33
2.12. Factores de riesgo ambientales.....	34
<b>3. CONTROL PRENATAL</b> .....	<b>36</b>
3.1. Objetivos del control prenatal.....	36
3.2. Primera consulta prenatal .....	37

3.3. Segunda consulta prenatal .....	38
3.4. Tercera consulta prenatal .....	38
<b>4. AFECIONES HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO .....</b>	<b>40</b>
4.1. Clasificación .....	41
4.2. Hipertensión crónica .....	41
4.3. PREECLAMPSIA.....	41
4.4. PREECLAMPSIA LEVE .....	41
4.5. PREECLAMPSIA SEVERA .....	42
4.6. FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA .....	42
4.7. Manifestaciones de la preeclampsia .....	43
4.8. Tratamiento .....	45
4.9. COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA:.....	45
ECLAMPSIA.....	45
4.9. Valoración de enfermería .....	45
4.10. Intervención de enfermería .....	46
4.11. Evaluación de Enfermería .....	47
<b>5. BASES TEÓRICAS .....</b>	<b>49</b>
5.1. Orientación educativa .....	49
5.2. Teoría de Dorotea Orem .....	50
<b>FORMULACION DE LA HIPÓTESIS/ LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>55</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>55</b>
<b>TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>55</b>
<b>INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCION DE DATOS.....</b>	<b>56</b>
<b>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>75</b>
<b>VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>77</b>



<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>78</b>
<b>PROPUESTA.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>86</b>

## **RESUMEN**

El presente estudio de tipo descriptivo tiene como objetivo analizar los factores de riesgo de padecer Preclampsia en gestantes atendidas en la Consulta externa de Hospital Maternidad Mariana de Jesús, la muestra empleada para el estudio comprende a 75 embarazadas que acuden a la consulta externa de dicha entidad de salud, se efectuó un cuestionario donde se determina los factores de riesgo que conllevan a la preeclampsia durante la gestación dando como resultado que un 60% de las gestantes comprende una edad entre los 31-45 años, el 59% de las usuarias tienen entre 35-39 semanas de gestación, el 72% solo ha realizado de 1 a 3 controles prenatales, un 53% residen en zonas urbano marginales; el estilo de vida es un factor de riesgo predisponente para padecer Preclampsia y sus complicaciones, la falta de control prenatal es uno de los factores de riesgo más graves, seguido de la edad, ya que gestante añosa tiene mayor riesgo de presentar Preclampsia, por lo tanto el personal de enfermería debe intervenir por medio de orientación y educación con el fin de evitar complicaciones durante el embarazo.

**PALABRA CLAVE:** Factores de riesgo, Preclampsia, educación.

## **SUMMARY**

This descriptive study aims to analyze the risk factors preeclampsia in pregnant women at the Maternity Hospital Outpatient Mariana de Jesus, the sample used for the study includes 75 pregnant women attending the outpatient clinic of the entity health, was made a questionnaire that determines the risk factors that lead to preeclampsia during pregnancy with the result that 60% of pregnant women includes a 31-45 years old among, 59% of users are between 35-39 weeks of gestation, 72% has only made 1 to 3 prenatal visits, 53% reside in urban areas marginal lifestyle is a predisposing risk factor for developing preeclampsia and its complications, the lack of control prenatal care is one of the most serious risk factors, followed by age, pregnant and mouth disease that has increased risk of preeclampsia, so nurses must intervene through counseling and education in order to avoid complications during pregnancy.

**KEYWORD:** Risk factors, Preeclampsia, pregnancy, prenatal care.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo representa un periodo en la vida de la mujer que abarca desde el momento de la concepción hasta el parto. Durante este proceso ocurren importantes alteraciones del cuerpo de la mujer, muchos de estos cambios continúan durante toda la gestación. Toda embarazada experimenta diferentes trastornos típicos de su condición, sin embargo existen otros trastornos que pueden resultar de gran riesgo para la madre y el feto, y sobre los cuales deben estar informadas, para poder prevenir los primeros síntomas. Tal es el caso de la Preclampsia.

La pre-eclampsia, es el desorden hipertensivo frecuente del embarazo, que puede ocurrir a partir de la semana veinte de gestación, seguida de otros síntomas como retención de líquidos, cefaleas, infecciones urinarias, hasta convulsiones. En Ecuador se la considera la tercera causa de mortalidad materna, convirtiéndose en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal.

La orientación que debe recibir la embarazada en riesgo de padecer este trastorno debe ser precisa en cuanto a los cuidados que debe tener para evitar mayores complicaciones, en este sentido el profesional de enfermería está en la capacidad de ofrecer un asesoramiento continuo, realizando actividades de educación para la salud y apoyando el auto cuidado de la paciente embarazada.

El conocimiento de los factores de riesgo va a beneficiar la salud materna y perinatal, además de que las acciones educativas preparan a la mujer para realizar cambios en sus hábitos diarios como en la alimentación, los controles prenatales adecuados, para disminuir los factores de riesgos, de allí la necesidad de intervenir con una propuesta de un programa educativo de enfermería, a fin de disminuir el impacto que este trastorno tiene sobre el embarazo, como programas que apoyen a la embarazada para reconocer en etapa temprana la sintomatología que sugiere la presencia de Preclampsia.

Para llevar a cabo esta investigación es necesario estudiar los factores que producen Preeclampsia Y sus complicaciones, e intervenir por medio de un programa educativo el personal de salud como es enfermería.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Preclampsia, es una enfermedad relacionada con la hipertensión que ocurre en algunas mujeres durante el embarazo, usualmente ocurre después de las veinte semanas de gestación. Está determinada por un incremento en la presión sanguínea, proteinuria, edema.<sup>1</sup>

Según Reeder<sup>2</sup> la Preclampsia, es una patología obstétrica, de la cual no se conoce la etiología a ciencia cierta. Una predisposición genética, factores ambientales como virus, y el sistema inmune, han sido involucrados sin poder explicar ninguno de ellos completamente la causa de esta enfermedad.

Es reconocida la importancia de los desórdenes hipertensivos en la gestación por su incidencia y como causa de complicaciones de la salud materna fetal. Los trastornos hipertensivos en el embarazo se constituyen en un grupo complejo de patologías que es necesario analizar y estudiar para clasificarlos, evaluarlos y adaptarlos para la aplicación según se considere conveniente.<sup>3</sup>

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es considerada por la OMS como un "programa prioritario de salud en el mundo". Su incidencia se estima en el rango de 10 a 20 %, aunque se han reportado cifras menores (10 %) y superior (38 %). Estas diferencias están dadas por las distintas regiones, razas, factores socioeconómicos y culturales, Junto a las hemorragias y a las infecciones, es uno de los componentes de la tríada de complicaciones que origina la mayoría de las muertes maternas y una de las causas más importantes de morbilidad en la embarazada. Su papel es más significativo como causa de: niños nacidos muertos, mortalidad y morbilidad neonatal.

---

<sup>1</sup> (Balestena, Rogelio, & Hernández, 2010)

<sup>2</sup> (Reeder, Martín, & Koniak, Aspectos biofísicos del embarazo normal, 1995)

<sup>3</sup> (Briceño & Briceño, 2007)

Las alteraciones hipertensivas durante la gestación son una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo. Los factores de riesgo para desarrollar hipertensión en el embarazo son: primer embarazo, gestación múltiple, mola hidatidiforme, polihidramnios, desnutrición, historia familiar de hipertensión en embarazo, enfermedad vascular subyacente, diabetes, enfermedad renal, edad menores 21 ó mayores 35 años, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, clase social baja.

Algunas mujeres padecen hipertensión antes del embarazo. Este tipo de hipertensión se conoce como hipertensión crónica. Muchas otras desarrollan hipertensión durante el embarazo, en cuyo caso se habla de hipertensión inducida por el embarazo, por lo general desaparece al poco tiempo después del parto. Cerca del 8% de las mujeres embarazadas tiene un cierto grado de hipertensión.<sup>4</sup>

La hipertensión no suele producir ningún síntoma evidente, esté o no embarazada la mujer. No obstante, la hipertensión durante el embarazo puede provocar graves complicaciones para la madre y el bebé. Afortunadamente, por lo general es posible prevenir los problemas graves con una atención prenatal adecuada. Este problema es importante investigarlo ya que ayudará a disminuir la complicación inclusive hasta la muerte, de la madre y el feto.

La Preclampsia puede en raros casos evolucionar rápidamente y convertirse en una condición potencialmente letal llamada eclampsia, que provoca convulsiones y estado de coma. Afortunadamente, la eclampsia 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 presencia de proteínas. De esta manera, es posible diagnosticar y tratar la Preclampsia antes de que evolucione y se convierta en eclampsia.

El diagnóstico de los diferentes estados hipertensivos en el embarazo está basado en los antecedentes personales y familiares de hipertensión

---

<sup>4</sup> (Salazar & Saez, 2005)

inducida por el embarazo o hipertensión arterial crónica, edema, así como también se observa un aumento de la resistencia vascular periférica renal e incremento de la sensibilidad de la acción presora de sustancias como la angiotensina. Esta hipersensibilidad es una de las características más importantes de la preeclapmsia y está presente meses antes de que ocurran las manifestaciones clínicas de la complicación.

La tasa elevada de prematuridad y retardo del crecimiento fetal intrauterino asociados a este trastorno incrementa la morbilidad y la mortalidad perinatal. La incidencia de preeclapmsia a nivel mundial fluctúa entre 5% a 10%, promedios similares a los que se observa en los centros asistenciales de Colombia donde los niveles de prevalencia alcanzan el 17%”.

En Venezuela la mortalidad por preeclapmsia es considerablemente alta. Manifiestan que: La enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo, y comparte con el aborto séptico, el primer lugar entre las causas de mortalidad materna en nuestro país. Su prevalencia varía entre 7 y 10% de la población.

En el Ecuador<sup>5</sup> se encontró una incidencia de preeclampsia y eclampsia de 22% del total de mujeres embarazadas. En el 2009 se reportaron 5407 egresos hospitalarios con diagnóstico de preeclampsia, encontrándose el 37.3% de casos en el grupo etario de 25 – 34<sup>a</sup>. Y eclampsia 541 casos con el 31.9% de pacientes se encuentran entre las edades de 15 – 19 años. En Tungurahua en el 2009 se reportaron 166 pacientes que presentaron trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo. De éstos el 95.7% de son los correspondientes al Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA) siendo el centro de referencia de la provincia

Según el sistema de vigilancia epidemiológica sobre muerte materna del MSP, la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de los casos, seguida de la hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsias con el 21% de los casos. Según estas estadísticas,

---

<sup>5</sup> (Mayorga, 2011)



la preeclampsia es una patología frecuente en el embarazo, la cual afecta sobre todo a primigestas; aún sin haber presentado antecedentes cardiovasculares o renales. La misma puede tener manifestaciones en el postparto.

Un estudio realizado en el Hospital Policlínico de Riobamba<sup>6</sup> se estudiaron 284 pacientes de este grupo se encontró 26.9% con preeclampsia leve, 9.8% con preeclampsia moderada, 40.8% preeclampsia grave y también muestra resultados de pacientes ya con complicaciones como la eclámpsia con un 19,7%. En el mismo estudio se menciona que la preeclampsia grave en adolescente tiene una prevalencia de 56% con factores de riesgo como la escolaridad y edad.

En la Universidad Técnica de Ambato según investigaciones<sup>7</sup> realizadas dice que múltiples estudios de casos y controles y de cohorte donde se ha asociado un amplio espectro de factores socio demográficos y obstétricos con preeclampsia, entre los que se incluyen: alcoholismo, antecedente de preeclampsia en embarazos previos, edad menor de 20 años y mayor de 34 años, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia, cohabitación sexual menor de cuatro meses en pacientes primigravidas o con nueva pareja sexual. En el aumento del riesgo también influyen otros factores, como: nivel socioeconómico, alcoholismo, concentraciones de hemoglobina, inicio de vida sexual activa, cantidad de parejas sexuales, obesidad y control prenatal.

En el contexto del Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús”, de la ciudad de Guayaquil, la situación de preeclampsia es de especial atención; de acuerdo a las estadísticas del Hospital, para el último trimestre del año 2011, se atendieron 500 casos de preeclampsia. Cifras que resultan preocupantes para el equipo de salud, quienes son llamados a velar para que esta situación disminuya. Se observa gran cantidad de embarazadas que presentan la probabilidad de padecer esta complicación si no se toman las medidas educativas pertinentes al caso.

---

<sup>6</sup> (Martínez & Mena, 2011)

<sup>7</sup> (Mayorga, 2011)

Es de hacer notar, que a pesar de que el personal de enfermería realiza sus funciones en la medida de sus posibilidades, las embarazadas a dicha consulta llegan al momento del parto presentado signos y síntomas de Preeclampsia; complicación que tiene que ver, el no seguir por parte de la embarazada, las indicaciones médicas y del personal de enfermería, quizás por la influencia familiar o por desconocimiento, lo que tiene un efecto negativo en el parto, su producto y en una recuperación lenta.

Es de vital importancia para el profesional en enfermería y para todos los profesionales de la salud, tener conocimiento de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la Preeclampsia, con el fin de identificarlos en forma temprana, ya sea para intervenirlos directamente o para adelantar acciones de prevención o tratamiento oportuno, que permitan prevenir complicaciones maternas y fetales.

Se menciona en<sup>8</sup> el Manual de Enfermería de Zamora que el embarazo y el parto producen cambios tanto en la anatomía y fisiología de la mujer como a nivel psicológico. La mujer durante estos procesos actúa de acuerdo a sus creencias y valores adquiridos por experiencias propias o ajenas, y no porque tenga una información científica y racional de los mismos que puede ser brindada por el equipo de salud y en especial por el personal de enfermería.

La enfermera como miembro del equipo de salud, es la más cercana a la embarazada, el personal de enfermería debe estar capacitada para promocionar educación en salud y así prevenir complicaciones como la Preeclampsia, que pone en riesgo la vida de la mujer y del feto.

De allí la importancia de realizar esta investigación, que tiene como propósito, conocer los factores que intervienen en el desarrollo de Preeclampsia e interviniendo con una propuesta de un programa educativo de orientación dirigido en las embarazadas que asisten a la consulta externa de dicho Hospital; lo que significaría un aporte a los

---

<sup>8</sup> (Zamora, 2005)

profesionales de enfermería y al equipo de salud, en busca estrategias para abordar situaciones problemáticas como la Preeclampsia.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar los factores de riesgo de padecer preeclapmsia en gestantes atendidas en la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús durante los meses de febrero a marzo de 2012.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características socio demográficas de las embarazadas con preeclapmsia que asisten a la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.
- Identificar los factores de riesgos de las embarazadas con preeclapmsia que asisten a la consulta externa del Hospital Materno Infantil Marianita de Jesús.
- Establecer las manifestaciones clínicas de las complicaciones de preeclapmsia en este tipo de pacientes.
- proponer un programa educativo dirigido a las embarazadas de la Consulta Extrema del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús.
- Diseñar un programa educativo sobre preeclapmsia dirigido a las embarazadas de la Consulta Extrema del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús.

# MARCO TEÓRICO

## CAPITULO I

### 1. INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES EN LOS CUIDADOS REPRODUCTIVOS

Los valores, actitudes, perspectivas y comportamientos forman en los grupos sociales en la que los niños participan desde su nacimiento. En consecuencia, hay diferentes orientaciones con respecto a la salud y los cuidados para la misma, entre los diferentes grupos étnicos, raciales, religiosos y las clases sociales. En la forma reciente las personas están más conscientes de la importancia de los factores sociales y culturales en el estado de salud.

#### 1.1. Factores socioculturales que afectan la reproducción

##### Factores socio demográficos

**El nivel socioeconómico.-** es un factor determinante del comportamiento reproductivo materno y del uso de servicios de maternidad.

El nivel socioeconómico se refiere a la formulación teórica de relaciones entre los subgrupos de nuestra sociedad. Este término se emplean con frecuencia los sociólogos y epidemiólogos en las investigaciones. Nos permite subdividir a las poblaciones respecto a sus características sociales, económicas, antecedentes y comportamiento.

El procedimiento para determinar el nivel socioeconómico consiste en elegir como indicadores de las diferencias sociales a una o diferentes características como: ingresos, educación, ocupación vivienda, residencia, valores sociales y estilo de vida. El indicador que se emplea con mayor frecuencia para definir el nivel socioeconómico es la ocupación. Sin embargo, no todas las diferencias sociales se derivan del nivel socioeconómico. Puede demostrarse que algunas variables sociales como edad. Región geográfica, altura, paridad y etnidad contribuyen de manera independiente de variación social asociada con el resultado del embarazo.

Las mujeres de nivel socioeconómico inferior contribuyen la proporción más alta que no reciben cuidados prenatales; por lo tanto no utilizan los cuidados necesarios.

### **Destreza y educación que se requieren para adaptarse al alto riesgo de profesionalismo**

El profesionalismo en los cuidados para la salud requiere cierto grado de destreza para comunicarse y una buena comprensión y cumplimiento de las citas y tratamientos. Los pacientes de bajos ingresos en ocasiones no pueden interpretar los tratamientos que se recetan, también probablemente tengan menor destreza para obtener información y explicaciones de los profesionales con respecto a los cuidados.

### **Implicaciones para la enfermera como comunicadora**

La enfermera desempeña un papel vital, ya que es la primera en poder descubrir las necesidades de la paciente y suministrarle cuidados para la salud promedio de la comunicación entre enfermera paciente. Además diversos estudios indican que la enfermera desempeña el papel de dar y recibir información de los pacientes con mayor eficacia y facilitadora de la comunicación siendo la mayor importancia.

## **1.2. Factores de riesgos sociodemográficos**

### **Edad materna y paridad en relación con morbilidad y mortalidad**

Las observaciones indican que la mortalidad y la morbilidad son más altas en hijos de madres primíparas de edad avanzada, madres multíparas y los de madres muy jóvenes. Existe una correlación entre el nivel socioeconómico y la edad de la madre, también se consideran de alto riesgo tanto para las Primigravidas como para las multíparas. La nuliparidad también se relaciona con resultados menos exitosos cuando se produce en edad avanzada. En forma más reciente, debido a la disponibilidad de tecnología avanzada para la vigilancia fetal prenatal.

Por lo tanto, edad y paridad son las dos categorías biológicas que tienen un significado social específico de malos resultados reproductivos materno fetal.

### **Indicadores sociodemográficos y étnicos de riesgo.**

Algunos indicadores del nivel socioeconómico, como ingresos familiares, educación de la madre y el padre y grupo étnico, pueden ser factores de riesgo en el embarazo. Las personas de bajo nivel de ingresos son más predispuestas a tener un estado de salud inferior y a presentar complicaciones obstétricas durante el embarazo.

## **2. Cuidados prenatales tempranos en relación con la etnia y el área geográfica**

La evidencia indica que las madres de raza blanca reciben cuidados en etapas más tempranas en el embarazo que las que son de otras razas. Se tiene pruebas de que las mujeres que viven en zonas metropolitanas reciben cuidados más temprano que las que viven fuera de ellas; no obstante cabe recalcar que dentro de cualquier grupo de ingresos o de educación, existe una diferencia insignificante con respecto al momento en que las madres reciben por primera vez cuidados médicos entre aquellas que viven en áreas metropolitanas y las que viven en zonas rurales.

**Desnutrición.-** una de las secuelas más importante del nivel socioeconómico bajo es la desnutrición. Lo más notable es que las personas de escasos recursos representan cuatro veces más anemia por deficiencia de hierro y dos veces más las de nivel superior.

Es evidente que existe una interacción compleja entre desnutrición pobreza otros factores ambientales y genéticos.

## CAPITULO II

### 2. EMBARAZO

#### 2.1. Aspectos biofísicos del embarazo

Desde el punto de vista biológico, la función principal del sistema reproductivo femenino es el embarazo y el trabajo de parto; la duración del embarazo humano varia, pero en promedio, si se cuenta desde el momento de la concepción, desde alrededor de 267 días o 38 semanas. Durante el embarazo se producen muchos cambios en la fisiología materna, en los órganos reproductivos y afectan otros sistemas del cuerpo. (Reeder, Martin, & Koniak, 1995), (Vázquez & Guerra, 2001).

#### 2.2. Signos y síntomas del embarazo

##### Signos presuntivos

- Supresión de la menstruación.
- Nauseas, vómito y malestar matutino.
- Micción frecuente.
- Dolor y sensación de plenitud en los senos, pigmentación y secreción de los mismos.
- Movimientos fetales. (sensación de aleteo).
- Color azul oscuro en la mucosa vaginal (signo de Chadwick).
- Pigmentación de la piel y estrías abdominales.

##### Signos probables

- Aumento de tamaño del abdomen.
- Cambios en la forma, tamaño y consistencia del útero.(signo de Hegar).
- Perfil fetal que puede distinguirse por palpación abdominal y detención de alguna parte fetal en forma vaginal por peloteo.
- Cambios en el cérvix.
- Contracciones de Braxton Hicks.



- Prueba positiva de embarazo.

### **Signos positivos**

- Ruidos cardíacos fetales.
- Que el examinador perciba movimientos fetales.
- Rayos x.
- Demostración de la presencia de un feto o embrión mediante ultrasonido.

## **2.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO**

Los cambios fisiológicos en el embarazo son modificaciones locales y generales en las estructuras del cuerpo de la mujer y en sus funciones. La mayoría de estos cambios desaparecen durante el puerperio. (Parra & San Martín, 2007).

### **Cambios del cuerpo por crecimiento uterino**

Del tercero al cuarto mes de embarazo el útero, al expandirse sale de la pelvis y puede palparse por encima de la sínfisis del pubis. Crece progresivamente hasta llegar al ombligo en el sexto mes y alcanza los apéndices xifoides en el noveno mes. A medida que el útero aumenta de tamaño, entra en contacto con la pared abdominal anterior y desplaza a los intestinos hacia los lados del abdomen. (Maldonado & Lartigue, 2008)

### **Efectos en la postura**

Esta inclinación hacia tras del torso es la característica del embarazo, dicha postura ocasiona mayor tensión en músculos y ligamentos de la espalda y muslos y da lugar a dolores y calambres musculo esqueléticos. Un factor adicional que contribuye el dolor es el relajamiento de los ligamentos que detiene las articulaciones de la columna vertebral y la pelvis. El relajamiento de las articulaciones sacroiliacas y la sínfisis del pubis producen cierta inestabilidad pélvica, que ocasiona tensión adicional en los músculos de la espalda y muslos.

## **Cambios metabólicos**

La presencia del feto y la placenta que se desarrollan con rapidez, así como las demandas de dichas estructuras, producen diversos cambios metabólicos de importancia. La mayor parte del aumento de peso depende de la presencia del feto en crecimiento, la placenta, las membranas fetales y el líquido amniótico. El embarazo ejerce influencia notable en el metabolismo de carbohidratos. Se observa alteraciones significativas de varias proteínas plasmáticas. La concentración de albúmina disminuye, los fibrinógenos aumentan, inmunoglobulina aumenta ligeramente.

## **Cambios circulatorios**

- **Sangre:** aumenta alrededor del 30% durante el embarazo, se observa un notable aumento de glóbulos rojos, por la medula ósea en consecuencia también aumenta el volumen sanguíneo.
- **Necesidad de hierro:** el aumento de eritrocitos ocasiona demandas en la reserva de hierro, las cuales suelen ser secundarios debido a las pérdidas normales durante la menstruación. La anemia por deficiencia de hierro es frecuente antes del embarazo, en especial cuando se consume poco hierro en la dieta. La deficiencia de hierro se agrava en forma notable con el embarazo, por la demanda del feto en crecimiento.
- **Corazón:** un aspecto importante del aumento de volumen sanguíneo se relaciona con sus efectos en el corazón. Durante el embarazo el corazón tiene que bombear alrededor de 50% más de sangre a través de la aorta. Este aumento del gasto cardíaco alcanza su máximo al final del 2do trimestre. Las palpitaciones cardíacas son frecuentes y en los primeros meses se debe a perturbaciones del sistema nervioso simpático. (Hill & Pickinpaugh, 2008)

- **Presión arterial:** la presión arterial braquial es más alta cuando está sentada y más bajo cuando está en posición recostada lateral. Por lo general la presión arterial, disminuye durante el segundo trimestre del embarazo.

La presión sistólica desciende un poco durante el embarazo mientras la presión diastólica lo hace en forma más notable. Estos cambios son producidos por el aumento del gasto cardiaco y la reducción de la resistencia periférica, lo cual es normal en el embarazo. Hacia el final del mismo, el tono vasoconstrictor suele aumentar, lo que produce una elevación normal de presión arterial, esto debe tenerse en cuenta en mujeres con Preeclampsia que ya experimentan elevación de la presión arterial. (Hill & Pickinpaugh, 2008) (Reeder, Martin, & Koniak, Aspectos biofísicos del embarazo normal, 1995)

### **Cambios respiratorios.**

Se ocasionan por los efectos mecánicos del mayor tamaño del útero, el aumento del consumo de O<sub>2</sub> del cuerpo y los efectos estimulantes respiratorios de la progesterona. A medida que el embarazo progresa, el útero en crecimiento ocasiona presión ascendente en los pulmones y eleva la posición del diafragma, lo cual reduce la presión intra torácica. (Hill & Pickinpaugh, 2008)

### **Cambios gastrointestinales.**

Al crecer el útero desplaza a los intestinos y el estómago. Estos cambios de posición alteran la ubicación de los órganos en ciertas enfermedades. El apéndice suele desplazarse en forma lateral, hacia arriba y en ocasiones suele localizarse en el flanco derecho. La motilidad del sistema digestivo se reduce, lo que provoca el aumento de tiempo de vaciado gástrico. La posición alterada del estómago contribuye al aumento de pirosis en el embarazo, que es ocasionado por el reflujo de

las secreciones ácidas a la parte inferior del estómago. El tono muscular del estómago y esófago se altera.

### **Cambios urinarios y renales.**

La cantidad aumenta durante el embarazo, la concentración plasmática de urea y creatinina disminuyen. Los uréteres se distienden en forma notable en particular el derecho. El flujo plasmático renal y la tasa de filtración glomerular aumentan en las primeras etapas del embarazo. El volumen intra vascular aumenta, debido al aumento de los eritrocitos. (Hill & Pickinpaugh, 2008)

### **Cambios de renina angiotensina.**

Los niveles de angiotensina I y II aumentan. El útero y los riñones producen renina y se observa altas concentraciones en el líquido amniótico. La vejiga funciona con eficiencia. La frecuencia en la micción que se experimenta en los primeros meses se debe a efectos hormonales y a la presión que ejerce el útero en crecimiento sobre la vejiga. La cistitis son frecuentes que se relacionan con estasis de orina y vaciado inadecuado del mismo.

### **Cambios Endocrinos**

Las vellosidades corionicas primarias del cigoto implantado secretan HCG, lo que prolonga la vida del cuerpo lúteo. Se sigue produciendo estrógenos y progesterona, necesarios para la preservación del endometrio. La HCG, aparece durante el embarazo y se excreta en la orina lo que permite diagnosticar el embarazo. Las células corionicas de la placenta producen la hormona LPH, lo que influye en el crecimiento del feto y prepara los senos para la lactancia.

## **2.4. Aspectos psicosociales del embarazo normal.**

La enfermera puede colaborar con otros miembros del equipo de la salud, al proporcionar apoyo emocional, orientación y enseñanza a la mujer embarazada. Los cuidados se estructuran para dar apoyo a los

recursos de la pareja. Para lograr una buena intervención, es necesario valorar a la familia.

### **Valoración de la familia.**

Es importante tomar en cuenta ciertos factores extra familiares que producen tensión. El embarazo la paternidad, la maternidad y otros cambios en el ciclo de vida familiar. Las enfermedades graves, la pérdida del empleo la destrucción de la propiedad por catástrofe natural, el divorcio y la separación de la familia a causa de la guerra, son algunos ejemplos de situaciones que producen tensión. El grado de dificultad que se origina se relaciona con la organización que existe dentro de los papeles familiares, los recursos con que se cuenta y la flexibilidad para definir de manera positiva la incomodidad producida por la tensión.

### **Diagnóstico de enfermería**

La valoración ayuda a la enfermería a determinar si los miembros de la familia cumplen con los comportamientos que se esperan en sus diversas funciones. En caso afirmativo, la enfermera puede anticipar los problemas potenciales para el resto del embarazo y en la etapa del puerperio. En este caso el diagnóstico trata problemas psicosociales: alteración en los procesos familiares, alteración en la integración personal y social, adaptación individual ineficaz y deficiencia de conocimientos.

### **Planeación e intervención**

La enfermera que planea las intervenciones tiene como objetivo de ayudar a los padres a definir las posibles tensiones y recursos dentro de la unidad familiar y a desarrollar estrategias para adaptarse a los cambios.

### **Evaluación.**

La evaluación se evalúa como eficaz cuando la enfermera logra percibir a la familia como una unidad como la que existe cohesión si se tratan los problemas y experiencias con honestidad.

## **2.5. Cuidados nutricionales durante el embarazo**

La nutrición desempeña un papel clave en el resultado del embarazo. El estado nutricional de la mujer en la época de la concepción y la calidad de la dieta, contribuyen a determinar la salud y bienestar tanto como para la madre y el niño. Para que los resultados sean eficaces la enfermera debe solicitar toda la cooperación de la paciente, esto se facilita cuando ella participa en la planeación: al considerar las necesidades, antecedentes, preferencias y actitudes familiares, proveer información y apoyo. La buena nutrición no solo permite que la familia sea más sana sino que puede tener consecuencias positivas en los futuros embarazos de la madre y su descendencia.

## **2.6. Importancia de la nutrición durante el embarazo**

La Academia Naval de Ciencias en Estados Unidos en 1970 publicó un reporte en el que menciona diversas experiencias y llegó a la conclusión de que la nutrición prenatal es uno de los factores más importantes de la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos. En algunos casos se aconseja que restrinjan su consumo y en otros casos que consuman cantidades mayores. Por ejemplo, que en ocasiones restrinjan las proteínas y en casos contrarios que consuman una alta dieta proteica, pero en la actualidad se concede mayor atención a la importancia de una buena nutrición antes, durante y después del embarazo.

## **2.7. Efectos de la malnutrición**

La malnutrición crónica en los países en desarrollo y entre las poblaciones de escasos recursos, parece estar en relación con problemas en la reproducción humana, que incluyen dificultades durante el embarazo el trabajo del parto y el parto, aumento de la mortalidad perinatal, peso bajo al nacer y otros problemas de los recién nacidos.

Los acontecimientos históricos permiten estudiar poblaciones que permitan poblaciones que presenten el efecto de carencias nutricionales en condiciones muy difíciles de lograr. Durante la segunda guerra mundial

el embargo alimenticio a la parte occidental de Holanda, en duración de siete meses, redujo a la ración alimenticia diaria promedio a menos de 750 calorías. En un estudio retrospectivo, se demostró que en esta etapa hubo alta incidencia de mortinatos, mortalidad neonatal y de lactantes y bajo peso al nacer.

### **Posibles efectos adversos de la malnutrición en el ciclo reproductiva**

- Infecundidad.

### **Accidentes de la reproducción.**

- Aborto.
- Mortinato.
- Muerte neonatal.

## **2.8. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

Cada mujer embarazada tiene antecedentes únicos. Diversos factores influyen en su estado nutricional diario. La enfermera para ayudar a elegir la mejor dieta durante el embarazo debe conocer dichos factores, el efecto que ejerce en cada persona y la manera de obtener información de los mismos.

### **Valoración de los factores de riesgo nutricionales.**

Ciertos factores implican riesgo desde el punto de vista nutricional y es necesario considerarlos de manera particular entre ellos:

- **Edad**

La edad de la mujer afectara sus hábitos alimenticios durante el embarazo y también sus hábitos dietéticos. Las mujeres menores de 17 años deben satisfacer sus propias necesidades del embarazo y el feto. Las de edad madura tienen mayor riesgo nutricional y esto se debe que tienen más probabilidad de encontrarse dentro de otras categorías de riesgo.

En estudios ya realizados en Ambato en el hospital las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) (Martínez Ortiz, 2011) constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, y el riesgo de padecer preeclampsia se duplica. Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclampsia. Por otra parte, en jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de preeclampsia

## **2.9. Antecedentes obstétricos**

Embarazo o partos frecuentes; pueden originar el agotamiento de las reservas nutricionales de la madre y producir complicaciones en el embarazo. Complicaciones obstétricas previas; como aumento de peso Preeclampsia y eclampsia, anemia, diabetes gestacional , hemorragia anterior al parto, lactantes prematuros, muerte fetal o neonatal ,se asocian con factores de la nutrición y pueden repetirse en el embarazo actual. Por lo tanto estas mujeres requerirán de una buena orientación familiar.

## **2.10. Complicaciones del embarazo**

Las complicaciones durante el embarazo como: anemia, diabetes gestacional o Preeclampsia indican deficiencia nutricional. Es muy importante en insistir en una dieta balanceada con el personal de salud que compete es decir un dietista.

## **2.11. Antecedentes patológicos**

Los problemas médicos preexistentes que incluyen anemia, enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión e infecciones, pueden afectar la ingestión, absorción o utilización de nutrientes. Estas pacientes requieren orientación nutricional para satisfacer las necesidades del



embarazo e incorporar cualquier modificación terapéutica específica en su dieta.

- **Peso materno**

El peso de la madre tiene valor clínico para determinar el aumento de peso durante la gestación. El peso según la estatura se expresa como porcentaje de un promedio o índice de masa del cuerpo (IMC), que se define como peso/ estatura.

Si lo consideramos trimestralmente, la ganancia de peso para una mujer con peso pre estacional normal será:

1º Trimestre: 0 - 12º semana: 0-1Kg de incremento

2º Trimestre: 13º- 24º semana: 3-4kg de incremento

3º Trimestre: 25º- 40º semana: 8Kg de incremento

Durante el embarazo es de suma importancia tener una buena alimentación ya que el estado nutricional de la mujer embarazada afecta tanto al embarazo como al peso del niño al nacer.

**El peso bajo** antes del embarazo se define como un peso 10% o más por debajo del peso ideal para la estatura, o un IMC menor de 19.8. se demostró que la mujeres con falta de peso presentan más complicaciones durante el embarazo, alta incidencia de hijos prematuros y de peso bajo al nacer, clasificación de Apgar baja y morbilidad alta también se demostró que mejor nutrición y aumento adecuado de peso durante el embarazo mejora estos resultados.

**El aumento insuficiente de peso** durante el embarazo se correlaciona con lactantes de peso bajo al nacer y suele indicar mala nutrición materna y fetal. Cuando el peso desciende al menos que su peso durante el primer trimestre, o aumenta 900g o menos al mes, o menos de 225g por semana en el segundo y tercer trimestre, se considera insuficiente.

**La obesidad** se clasifica en dos categorías: Sobrepeso, se define como peso 20% mayor con respecto al peso ideal para la estatura.(IMC 20.0 A 29.0) Sobrepeso exagerado, se define como mas de 35% por

encima del peso promedio para la estatura entre paréntesis (IMC 29.0). La embarazada obesa tiene más riesgos de desarrollar hipertensión, diabetes gestacional y tromboflebitis. La obesidad también indica en muchos casos que los hábitos nutricionales no son buenos.

**El aumento excesivo de peso** durante el embarazo aun no se define con precisión ni hay acuerdo si debe considerarse como factor de riesgo. Pitkin define como aumento excesivo de peso un aumento de 3 kg al mes y otros lo considera en excesivo cuando es más de 4kg al mes o un kg por semana. Algunas investigaciones demuestran que los resultados del embarazo son mejores conforme el aumento de peso es mayor aunque otros indican que se presentan problemas cuando el peso aumenta más de lo que se desea.

## **2.12. Factores de riesgo ambientales**

### **Bajo nivel socioeconómico y cuidados prenatales deficientes**

En un estudio realizado por (SÁNCHEZ, 2009) dice que múltiples son los estudios que relacionan estas dos situaciones con la presencia de Preeclampsia. La causa de esto se ha informado que es multifactorial

### **Nivel socioeconómico**

Las personas que pertenecen a los estratos económicos inferiores tienen una cantidad limitada de dinero disponible para los alimentos como lo cual se relaciona con un consumo inadecuado de nutrientes. Las reservas maternas bajas de nutrientes también constituyen un problema y se deben a una desnutrición crónica entre los grupos socioeconómicos bajos hay mayor probabilidad de que los niños tengan peso bajo al nacer y de otras anomalías de la reproducción.

### **Diferencias Étnicas o de idioma**

Las diferencias étnicas o de idiomas contribuyen a los problemas nutricionales en la mujer embarazada. Tal vez le sea imposible obtener los alimentos que acostumbra a usar y es probable que al sustituirlo por

otros no tengan los mismos nutrientes. Además si no habla el idioma del país que habita puede interpretar las instrucciones y recetas.

### **Problemas psicológicos**

Los problemas psicológicos con la depresión y las afecciones alimenticias que incluyen anorexia nerviosa y bulimia, producen menor consumo de nutriente y de caloría. El resultado puede ser poco aumento de peso materno y la posibilidad de lactante de bajo peso al nacer y mayor mortalidad perinatal.

## CAPITULO III

### 3. CONTROL PRENATAL

El control prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

En un estudio realizado por la Universidad Técnica de Ambato en Julio del 2012 se relacionan estas dos situaciones con la presencia de preeclampsia. La causa de esto se ha informado que es multifactorial, teniendo como estandarte la falta de controles prenatales que dificultan la detección oportuna de los trastornos, dado por el desconocimiento de las 2012 pacientes.

La atención prenatal a las embarazadas constituye la base principal para detectar la hipertensión arterial incipiente y de ese modo evitar su progresión hacia formas clínicas graves de la enfermedad. Numerosos trabajos científicos hablan de factores epidemiológicos que predisponen a padecer la enfermedad durante el embarazo, tales como las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia–eclampsia, obesidad.

#### 3.1. Objetivos del control prenatal

Los objetivos del control prenatal son:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.

- Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Detectar alteraciones en la salud materna y fetal.

### **Características del control prenatal**

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

**Precoz:** Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

**Periódico:** Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materno o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.

**Completo:** Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

### **3.2. Primera consulta prenatal**

Lo ideal sería que la primera visita se realice (RIVERA, 2008) durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo independientemente de la edad gestacional en el

momento de la primera consulta, todas las embarazadas serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Por la cantidad de actividades que se tienen que realizar, se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Como se mencionó anteriormente, es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo de diagnosticar el embarazo, particularmente si se presenta antes de las 12sdg, hacer la valoración inicial, etc.

### **3.3. Segunda consulta prenatal**

#### **Acciones de enfermería**

**Valora el peso materno:** La ganancia de peso gestacional está relacionada con el ingreso nutricional y la ganancia de peso materno es uno de los predictores del peso fetal al término. Un inadecuado ingreso nutricional durante el embarazo está relacionado con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y defectos congénitos. Por otra parte, excesiva ganancia de peso durante el embarazo predispone a diabetes gestacional y es el mayor predictores de obesidad en el postparto, por ello se recomienda una ganancia ponderal total de 11 a 12Kg a razón de 1.0 a 1.5 KG / mes.

**Valora la presión arterial:** La preeclampsia y eclampsia durante el embarazo constituyen las principales causas de morbi – mortalidad materna, es por ello que su vigilancia adquiere particular importancia. Cuando una mujer acude por primera vez a consulta y tiene una presión arterial de 130/90mmHg, puede indicar la presencia de preeclampsia. En una mujer que ya ha tenido consultas subsecuentes, si la presión sistólica es de 30mm/Hg o más y la diastólica de 15mm/Hg o más, puede indicar la presencia de preeclampsia.

### **3.4. Tercera consulta prenatal**

La tercera consulta se deberá efectuarse entre la semana 27-29, y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita

también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario.

**Acciones: Enfermería**

- Valora el peso materno
- Valora la presión arterial
- Realiza las Maniobras de Leopold, y pon mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
- Mide la altura uterina
- Valora por palpación los movimientos fetales
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
- Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo

## CAPITULO IV

### 4. AFECIONES HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO

Las afecciones hipertensivas incluyen diversas perturbaciones vasculares que existen desde antes del embarazo o como complicación durante la gestación o en el puerperio temprano, debido a diversas alteraciones cardiovasculares, el embarazo induce hipertensión en mujeres normotensivas antes durante o aumenta condiciones hipertensivas preexistente.

Hasta hace poco se utilizaba el término toxemia. Se creía que la afección era por toxinas derivadas de los productos de la concepción que entraban a la sangre. En 1972 el American Collage of Obstetricias and Gynecologists introdujo un sistema de clasificación para afecciones hipertensivas del embarazo que excluyo el diagnóstico de toxemia. El termino q se emplea en la actualidad es hipertensión inducida en el embarazo, este síndrome se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria. Dos de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo son Preeclampsia y eclampsia, pero el término eclampsia se emplea cuando el curso clínico de la paciente avanza hasta convulsiones generalizadas o coma.

La hipertensión inducida por el embarazo es una complicación frecuente; se observa en 5 a 7% de todas las mujeres grávidas. La prevalencia de la afección es muy superior entre ciertos grupos: Primigravidas jóvenes, Mujeres con hipertensión crónica, Mujeres q padecen de medios socioeconómicos bajos.

En Estados unidos, la hipertensión inducida en el embarazo es una de las principales causa de muerte materna, cerca de 17% de las muertes cada año. Como causa de muerte fetal, la hipertensión inducida por el embarazo es aún más significativa. De 10 al 20% de los mortinatos y de las muertes neonatales que se producen cada año en Estados Unidos se deben a afecciones hipertensivas del embarazo y los recién nacidos que sobreviven suele sufrir algún grado de incapacidad que afecta la calidad de sus vidas. (OMS, 2009).



#### **4.1. Clasificación**

El término hipertensión inducida por embarazo abarca las afecciones específicas que se desarrollan como resultado directo del embarazo (es decir Preeclampsia y Eclampsia) cuando se desarrolla hipertensión sin edema o proteinuria durante el trabajo de parto o en el puerperio y si la presión regresa a lo normal en los 10 días siguientes al parto, se describe como hipertensión tardía o transitoria.

#### **4.2. Hipertensión crónica**

Cuando la paciente presenta afección vascular hipertensiva que no se relaciona con el embarazo sino que ya se presentaba antes de la gestación. Se producen crisis hipertensivas en el embarazo cuando la presión arterial materna llega a 160/110 mm Hg en dos ocasiones a intervalo de por lo menos 6 horas.

#### **4.3. PREECLAMPSIA**

La Preeclampsia es una complicación del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo. La preeclampsia definida como la hipertensión específicamente inducida por el embarazo se presenta a partir de las 20 semanas de gestación, tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg, en una mujer previamente normotensa mas proteinuria afecta de preferencia a primigestas, gestantes en edades extremas de la vida reproductiva (menores de 20 y mayores de 35 años), sin antecedentes cardiovasculares o renales y es característicamente reversible en el posparto. También se refiere a los factores de riesgo de esta patología como: (Universidad Católica de Chile, 2005).

#### **4.4. PREECLAMPSIA LEVE**

Cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas,

con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.

#### **4.5. PREECLAMPSIA SEVERA**

Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 5 gramos o proteinuria y los signos y síntomas: cefalea, epigastralgia e hipocondrio derecho edema agudo de pulmón. Insuficiencia renal aguda; exámenes de laboratorio: plaquetas menores a 100000 mm<sup>3</sup>, disfunción hepática con aumento de transaminasas. Oliguria menor 500 ml en 24 horas.

#### **4.6. FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA**

- Primigestas.
- Historia Familiar o Personal de Preeclampsia.
- Obesidad.
- Hipertensión Crónica o Enfermedad Renal.
- Embarazo múltiple.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedades autoinmunes.
- Baja condición socioeconómica.
- Consumo de alcohol y cocaína.

#### **Nuliparidad**

Aproximadamente el 75% de los casos de preeclampsia corresponden a primigestas. Esta alta incidencia de la enfermedad en primigestas se atribuye a menor desarrollo de la vascularización uterina, ya que se ha confirmado que el calibre de sus arterias uterinas es menor que el de las multíparas.

### **Historia familiar**

Las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado preeclampsia o eclampsia, tienen una incidencia significativamente mayor de la enfermedad, lo que apunta a factores genéticos predisponentes, probablemente relacionados con los sistemas reguladores de presión arterial.

### **Grupos de edad extremos**

La mayor parte de los estudios muestra una incidencia mayor antes de los 20 años y después de los 35 años, siendo una curva en "J" la que mejor representa la relación incidencia-edad.

### **Embarazo múltiple**

La incidencia de la enfermedad es alrededor de 5 veces mayor que la observada en la población general de embarazadas, lo que se atribuye a mayor demanda placentaria.

Hipertensión crónica: la incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación a lo esperado.

### **Diabetes Mellitus**

Existe una mayor incidencia de preeclampsia en embarazadas diabéticas con inadecuado control metabólico y con nefropatía diabética.

### **Mola hidatidiforme**

La aparición de preeclampsia es más precoz y frecuente en las molas de gran tamaño.

## **4.7. Manifestaciones de la preeclampsia**

La Preeclampsia se caracteriza por elevación de la presión arterial, proteinuria o edema después de la semana 20 del embarazo en grávidas que fueron normales en tiempos anteriores. Este es el estado prodrómico; en otras palabras, a no ser que el proceso preeclamptico sea controlado por tratamiento o por el parto, es más probable que se presente la

eclampsia (convulsiones y coma). El desarrollo de hipertensión ocurre en forma repentina o de modo gradual e insidioso.

Los pacientes saludables suelen presentar presión arterial inferior a lo normal en el trimestre intermedio del embarazo y por lo tanto una lectura en la etapa media del embarazo no es confiable.

El siguiente signo más constante de Preeclampsia es aumento excesivo de peso. De manera repentina esto se debe a acumulación de agua en los tejidos. Este aumento de peso representa edema oculto y casi siempre precede al edema visible de cara y dedos característicos característico de las etapas avanzadas de la enfermedad. Por lo dicho anteriormente es evidente que las balanzas son equipo esencial para el buen cuidado prenatal. Se puede ver como normal el aumento de peso de 1 libra por semana aproximadamente. Aumentos repentinos de más de 2 libras en una semana son sospechosos en la cual se requiere tomar la presión sanguínea con frecuencia y siendo anormal requerirá de hospitalización con un tratamiento intensivo.

La aparición repentina de proteínas en la orina con o sin otras observaciones. El análisis de orina completo, que incluye examen al microscopio, ayuda a excluir infecciones como causa de la proteinuria.

Otras manifestaciones clínicas Preeclampsia en el embarazo:

- Dolor de cabeza continuo e intenso en la región frontal u occipital.
- Edema de cara y dedos.
- Visión borrosa o un poco clara.
- Vomito persistente.
- Reducción en la cantidad de orina que se elimina.
- Dolor epigástrico. (síntoma tardío).

Se debe recalcar que los tres signos precoces e importantes de Preeclampsia, es decir .hipertensión, aumento de peso y proteína, son cambios que desconoce la embarazada, únicamente con exámenes prenatales regulares se descubren estos signos de peligro.

## **4.8. Tratamiento**

La profilaxis es la medida más importante en la prevención y control de la Preeclampsia, el descubrimiento precoz de la enfermedad demanda supervisión prenatal meticulosa. Toda mujer embarazada deberá ser examinada cada semana durante el último mes del embarazo, y cada dos semanas durante los dos meses previos. Para esta enfermedad la profilaxis consiste en reducir la ingestión de sodio para reducir el edema y en observar una buena dieta.

## **4.9. COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA:**

### **ECLAMPSIA**

Al desarrollo de eclampsia casi siempre lo padecen los signos y los síntomas de Preeclampsia. Es más probable que se produzca el episodio de eclampsia cerca de término y casi nunca se presenta antes de los últimos tres meses. El riesgo de eclampsia de embarazo de gemelos es cuatro veces mayor que en el embarazo individual.

Aproximadamente 5% de mujeres con Preeclampsia desarrollan eclampsia. Se cree que esta afección es resultado del vasospasmo cerebral o edema.

La eclampsia es una de las complicaciones del embarazo; la tasa de mortalidad materna en diferentes localidades y distintos hospitales va de menos de 1 al 17.5%. El panorama para el niño es en particular grave ya que se reportan tasas de mortalidad fetal del orden de 13 a 30 % o más.

### **4.9. Valoración de enfermería**

El objetivo de la valoración es que la enfermera reconozca los síntomas antes de que se hagan evidentes a la paciente y que identifique cualquier cambio en ella con un diagnóstico de Preeclampsia por el embarazo, que sugiera progresión de la enfermedad.

Los síntomas tempranos y las manifestaciones que se relacionan con Preeclampsia mas grave como:

- cefalea persistente, visión borrosa, manchas o destellos luminosos, dolor epigástrico, vomito, estupor o contracciones musculares.
- Los datos que se obtienen con respecto a estos síntomas además del estado nutricional, el consumo y la eliminación de líquidos y actitudes acerca del embarazo cuando se registran con precisión son de gran ayuda para el tratamiento.
- Durante el primer examen prenatal es muy importante valorar a la mujer para conocer si tiene factores de riesgo que la predispongan a enfermedades hipertensivas del embarazo.
- Se registra su peso antes del embarazo y se compara con el peso actual.
- Después se vigila el patrón de aumento de peso y se registra.
- Se considera que el aumento de 450g por semana es normal.
- Los aumentos repentinos de más de 900g por semana deben observarse con sospecha y los aumentos de más de 1360g por semana, con alarma. En caso que se produzcan aumento de peso de esta magnitud será necesario medir con mayor frecuencia la presión arterial. Y un control médico más estricto.
- Como el edema de los dedos prelude frecuente de la Preeclampsia. También es fundamental observar el edema de las manos, brazos (superficie del cubito y muñeca) y cara. El edema facial x lo general no se hace aparente en etapas tempranas. Se caracteriza por inflamación de párpados.

#### **4.10. Intervención de enfermería**

- Durante el periodo anterior al parto, la enfermera da instrucciones acerca de la importancia de una dieta bien balanceada con alto contenido proteico.
- En general, no se recomienda restricción de calorías y líquidos en este momento. se cree que el desarrollo de Preeclampsia se relaciona en ocasiones con estado nutricional deficiente; por lo tanto, la orientación dietética es un componente muy significativo en la educación de la paciente.

- Todas las embarazadas deben recibir información tanto verbal como con material impreso acerca de los signos que indican posibilidad de Preeclampsia, los que se reconocen con facilidad y que deben reportarse de inmediato a la enfermera o el médico.
- Es conveniente que las mujeres con síntomas tempranos de Preeclampsia permanezcan en el hogar, con modificación de actividades o reposo en cama y que se recuesten en posición lateral izquierda. Esta posición reduce la presión arterial aumento del flujo sanguíneo uterino y renal, movilización de líquido extravascular y reducción de la producción de catecholamines endógenas.
- Se revisa la administración de los sedantes o fármacos Antihipertensivos que se le recetaron.
- Se recomienda que la enfermera de salud de la comunidad o algún miembro de la familia vigile en forma continua la presión arterial.
- Si los síntomas de Preeclampsia persisten o progresan con estas intervenciones, la paciente debe ingresar al hospital y para establecer una atmosfera hospitalaria terapéutica la enfermera le proporcionara un medico cómodo y tan agradable como sea posible. Según la orgaización mundial de la salud.

#### **4.11. Evaluación de Enfermería**

Los objetivos de los cuidados de enfermería son, que la mujer con Preeclampsia:

- Reconozca los síntomas de progresión de la enfermedad y los reporte con rapidez.
- Comprenda los efectos de su enfermedad sobre los resultados perinatales, el plan de tratamiento y las complicaciones potenciales.
- Se adhiera al plan de tratamiento prescrito y evite complicaciones (eclampsia).
- Mantenga irrigación adecuada de tejido y buen aporte de oxígeno a la unidad materno fetal.

- De la vida a un niño a término, o cerca de él.



## CAPITULO V

### 5. BASES TEÓRICAS

#### 5.1. Orientación educativa

La orientación educativa tiene que ver con el diseño y utilización de los medios a partir de las definiciones de todos los factores y elementos que intervienen en un proceso de aprendizaje y enseñanza. En el contexto de esta investigación se pretende proponer charlas educativas de orientación que permita desarrollar un proceso de enseñanza – aprendizaje con las embarazadas que asisten la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús

La enfermera brinda atención educativa a la embarazada con relación al auto cuidado, consultas sucesivas, alimentación, reposo, descanso y sueño, control de peso y control de tensión arterial, para de esta manera mantenerlas informadas en cuanto a la prevención de la preeclampsia.

Promover es orientar, educar, instruir, alentar, con el objetivo de prevenir una enfermedad o padecimiento. En el caso de la preeclampsia no se conoce ninguna manera de prevenir la preeclampsia, pero con un buen cuidado prenatal puede diagnosticarse de forma precoz y mantenerse bajo control. Esto requiere de visitas frecuentes a la consulta prenatal.

Esta referencia hace pensar en la responsabilidad de enfermería en la detección temprana de los signos y síntomas y la posibilidad de transmitir la información oportuna para prevenirlos, no sólo a nivel de la embarazada sino también de su núcleo familiar. Situación que es posible a través de las acciones educativas que deben propiciarse en las consultas prenatales. En todas estas actividades la participación de enfermería es fundamental, tanto en la realización de las mismas como en la activación de un conjunto de acciones educativas oportunas para prevenir las complicaciones.

## **5.2. Teoría de Dorotea Orem**

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl, se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

### **Teoría del Autocuidado**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

### **Teoría del déficit de autocuidado**

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

### **Teoría de los sistemas de enfermería.**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería

Proporciona cuidado.

### **Sistemas de enfermería de apoyo-educación**

La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

### **Orem define el objetivo de la enfermería como**

Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente.

### **Concepto de persona.**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

### **Concepto de salud.**

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

### **Concepto de Enfermería.**

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

### **Medidas de autocuidado.**

Se entiende por medidas de auto cuidado a la información que poseen las embarazadas en cuanto a las acciones que deben tomar para su propio cuidado, lo que implica: alimentación, reposo, posición para dormir, control prenatal, hábitos sociales.

### **Teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem**

Esta teoría se adecua, pues se centra en la práctica educativa de enfermería, la cual se describe como la asistencia proporcionada a las actividades del cuidado propio cuando el individuo es incapaz de realizarla. De allí la importancia de este modelo, en el contexto de la orientación educativa enunciada en este trabajo, dirigido a las usuarias embarazadas de la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.

En este sentido, el modelo demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer sus necesidades de auto cuidado, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones encontradas en el paciente. De allí la justificación de una propuesta educativa para cubrir el déficit de auto cuidado en la gestante con riesgo de preeclampsia.

Existen ciertos requisitos para el auto cuidado a saber:

- Requisitos universales del autocuidado.
- Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo.
- Requisitos del auto cuidado cuando falla la salud.

### **Los requisitos universales del autocuidado.**

Son comunes a todos los seres humanos, dentro de los que se incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, actividad y descanso, necesidad de soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. De aquí se desprende que cuando el autocuidado o la asistencia dependiente organizada se proporcionan en

forma eficaz, fomentan positivamente la salud y el bienestar. Por esta razón, el personal de enfermería debe ser un guía u orientador de la embarazada a fin de que ésta contribuya por sí misma y con sus familiares a la restauración de la salud y la preservación de su calidad de vida.

### **Autocuidado relativo al desarrollo.**

Se asocia con el desenvolvimiento de los procesos que se presentan durante el ciclo de vida. Puede inferirse que, esta categoría tiene relación con la conservación de los procesos que favorecen el crecimiento humano y permiten una vida saludable, y por otra parte, se relaciona con la prevención de efectos nocivos al crecimiento, desarrollo humano y a la acumulación de conocimientos para superar estos efectos.

### **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud**

Que surgen o están vinculados a los estados de salud. Por lo tanto enfermera, debe tener presente estas categorías para la prevención de la salud y poner énfasis en el autocuidado para que la embarazada siga un efectivo y sistemático plan de autocuidado, a fin de disminuir los riesgos que puedan aparecer durante el embarazo como lo es la preeclampsia.

## **FORMULACION DE LA HIPÓTESIS/ LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Será que con el programa educativo dirigido a las gestantes en el área de consulta externa Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús se lograra educar u orientar acerca de la Preeclampsia, factores de riesgos predisponentes y sus complicaciones?

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Método**

El tipo de método que se utilizo es Descriptivos.Prospectivo Comprendió el área de consulta externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús.

### **Universo**

Es el conjunto de todos los elementos de los cuales se refiere la investigación. En este estudio el universo estuvo constituido por 500 gestantes que asisten a la Consulta Externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús.

### **Muestra**

Es un subconjunto o parte del universo en que se llevara a cabo la investigación. La muestra se conformó 75 embarazadas, que acuden a la Consulta Externa del Hospital Materno Infantil Marina de Jesús.

## **TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE DATOS**

Se utiliza la entrevista, la cual ha sido formulada por medio de un cuestionario que consta de 19 preguntas y de dos a seis ítems cada una; efectuada a las 75 usuarias que acuden a la consulta externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús.

## **INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCION DE DATOS**

Se utilizó un cuestionario, que tuvo como propósito obtener información acerca de las pacientes en estudio.

### **Entrevista**

Técnica orientada a establecer contacto directo con las personas que se consideren fuente de información, tiene como propósito obtener información más espontánea y abierta.

La entrevista tiene como finalidad obtener información de las usuarias embarazadas con preeclampsia del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús acerca de los factores de riesgo de la hipertensión en el embarazo.

## **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

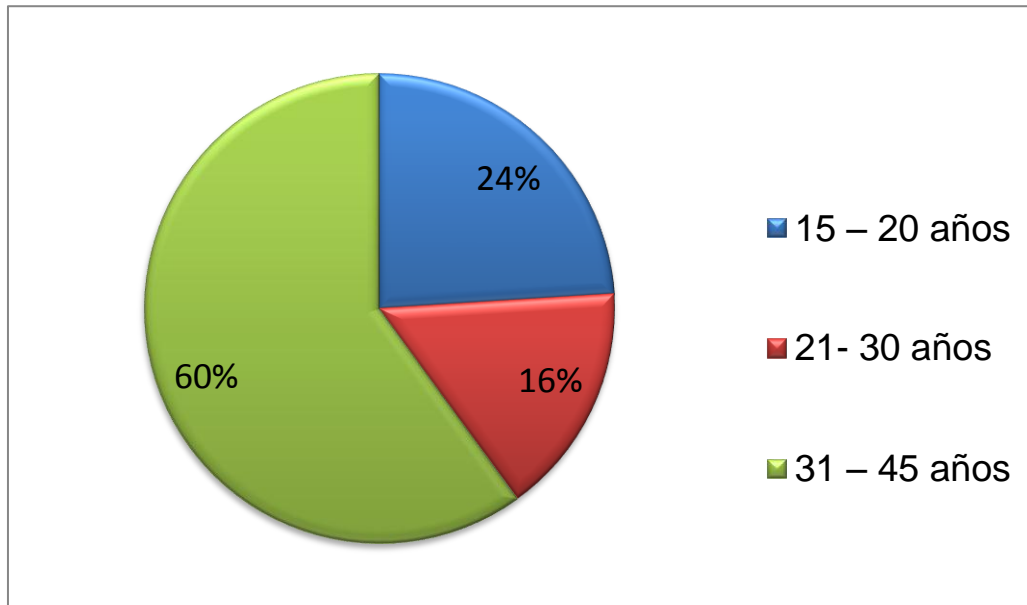
El procesamiento y análisis se realizó, inmediato posterior a la recolección de la información con los métodos ya indicados, coleccioné la información de la entrevista (ver sección de anexos) realizadas a las usuarias que acudan a la Consulta Externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús, luego se presentan gráficos estadísticos.



## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### GRÁFICO N.1

#### DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZADAS SEGUN GRUPOS DE EDAD



Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús

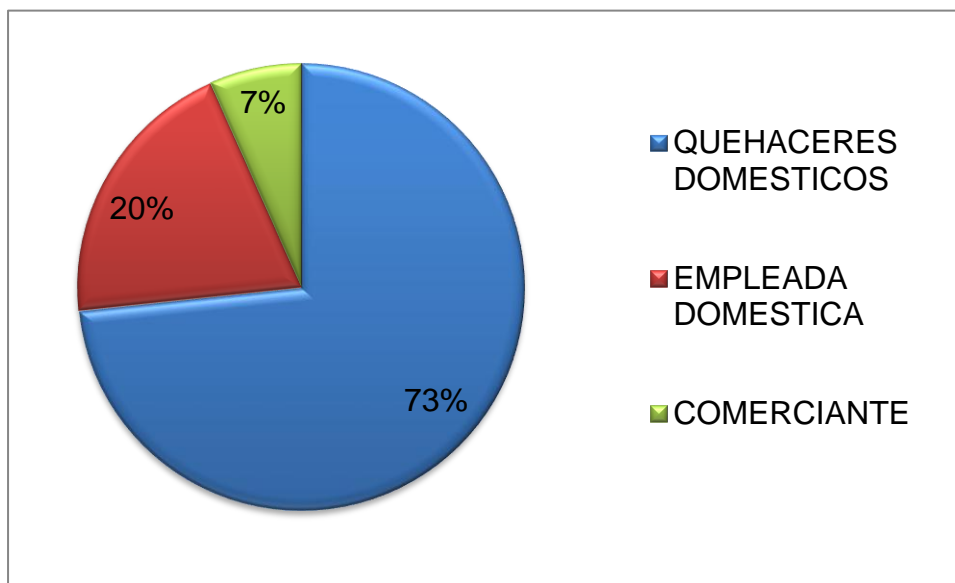
Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis:** De acuerdo al estudio realizado tenemos que la preeclampsia se presentan en pacientes de 15-20 años de edad corresponden a 18 pacientes con 24%; de 21 a 30 años corresponden a 12 pacientes 16%; de 31 a 45 años son 40 pacientes que corresponde el 60%.

En este trabajo la edad comprendida entre 31 a 45 años de edad fue factor predisponente para que se presente preeclampsia seguida de las edades entre 15-20 años, coincidiendo con los datos.

## GRÁFICO N.2

### DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZADAS SEGÚN OCUPACIÓN.



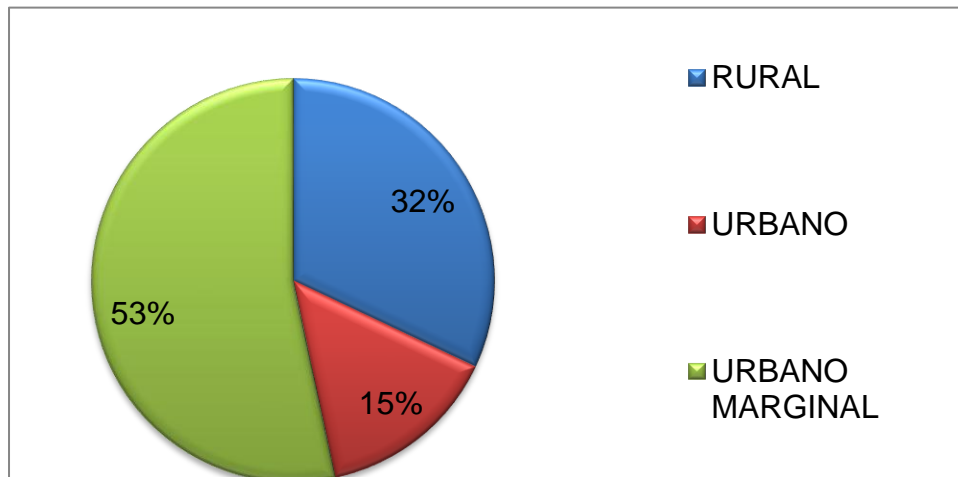
Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús.

Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith.

**Análisis.** Cabe recalcar que las pacientes estudiadas en su mayoría son dedicadas a las labores del hogar, se observa que el 73% de las embarazadas se dedican a los quehaceres domésticos; el 20% como empleadas domésticas; y el 7% trabaja como comerciante. Dado que poseen escolaridad baja observable, aún en amplios sectores de las gestantes que viven en el sector urbano marginal. Siendo unos de los factores de riesgo predisponentes a la aparición de la preeclampsia.

### GRÁFICO Nº 3

#### DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN LA RESIDENCIA

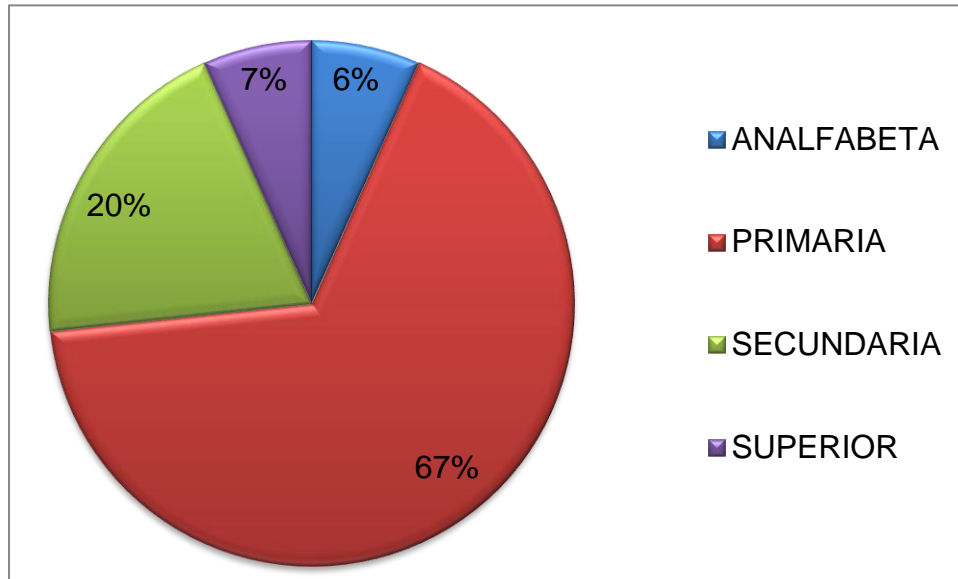


Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Analisis.** De los datos obtenidos de la entrevista realizadas a las embarazadas que presentan preeclampsia indican que el 53% vienen de zonas marginales;el 32% de zonas rural;el 15% de zonas urbanas,lo que indica que la mayor parte de embarazadas con preeclampsia en estudio son de barrios marginales. Lo que deja claro en este grupo de mujeres con preeclampsia que tiene un nivel socioeconomico bajo, que es un factor de riesgo determinante para padecer preeclampsia y sus complicaciones,debido a sus estilo de vida.

## GRÁFICO Nº 4

### DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN ESCOLARIDAD

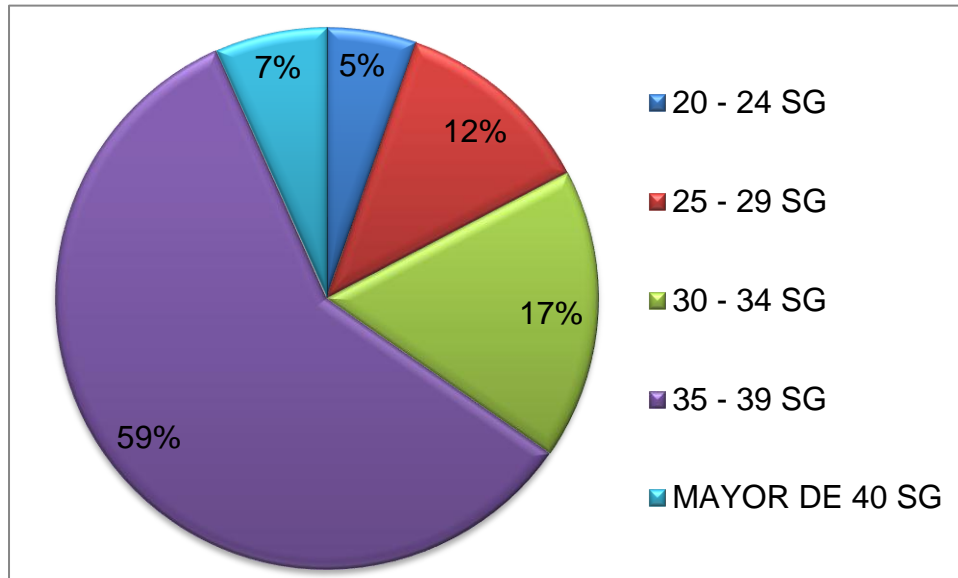


Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** En el gráfico se analiza que, en las entrevistas realizadas a las embarazadas que presentan Preeclampsia atendidas en la consulta externa tenemos que el 67% de las entrevistadas tienen estudio primaria; el 20% solo la secundaria, el 7% presentan estudios superiores; y el 6% de analfabetas. Por lo observado en estas pacientes su condición educativa no determina mayor conocimiento sobre la enfermedad ya que no reciben facilidades para su control prenatal correspondientes y por ende no tienen conocimiento de las complicaciones y afectación materno infantil de la preeclampsia.

## GRÁFICO Nº 5

### DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN SEMANA GESTACIONAL DE PRESENTACIÓN DE LA PREECLAMPSIA



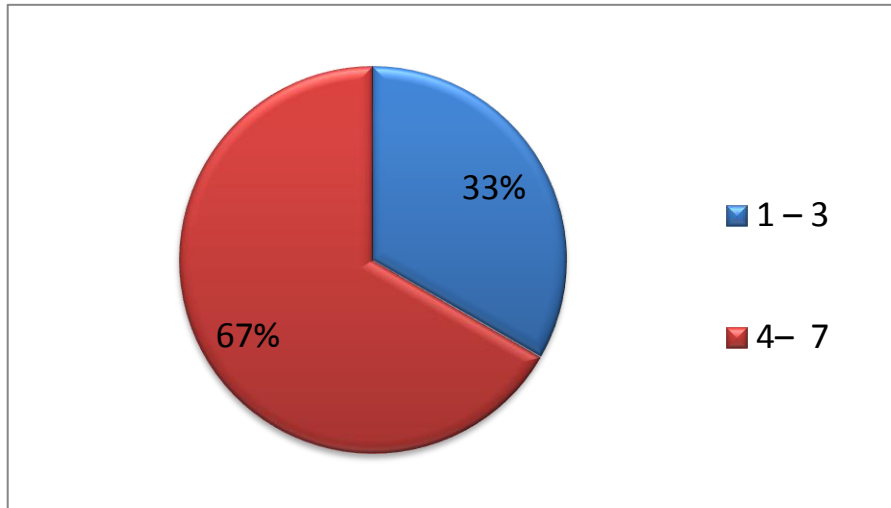
Fuente: Hospital Materno infantil Mariana de Jesús.

Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith.

**Análisis.** El 59% de las embarazadas entrevistadas tienen de 35 a 39 semana de gestación; el 17% de 30 a 34 semana de gestación; y el 12% de 25 a 29 semana de gestación. Lo que demuestra que la Preeclampsia se presenta con mayor frecuencia de 35 a 39 semanas de gestación. Por lo tanto las semanas con mayor frecuencia con esta patología se demuestran entre 35 a 39 semanas de gestación. Siendo preocupante para el personal de la salud como es enfermería ya que estas gestantes en este estudio persiste un factor de riesgo de padecer preeclampsia en dicha semanas edad gestacional llevándola a complicaciones persistentes.

## GRÁFICO Nº 6

### DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN NUMEROS DE HIJOS.

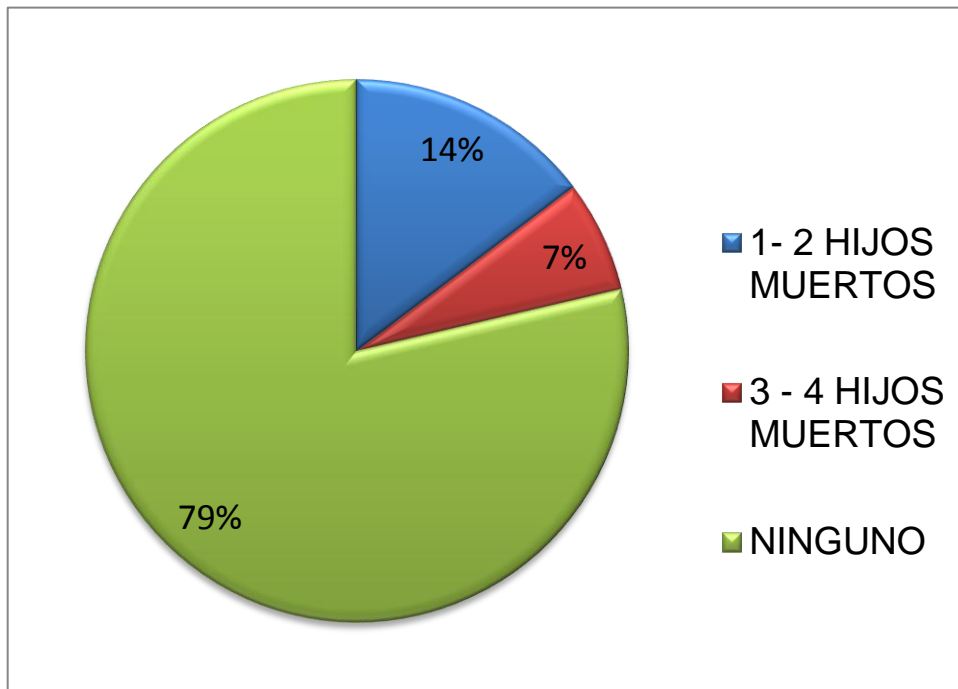


**Fuente:** Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
**Elaborado:** Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** Este gráfico nos indica que el 67% de las embarazadas tienen de 4 a 7 hijos; y el 33% de 1 a 3 hijos. Es decir que la mayoría de estas embarazadas son multíparas. Indicando que existe un factor de riesgo en estas embarazadas.

## GRÁFICO Nº 7

### DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN NUMEROS DE HIJOS MUERTOS



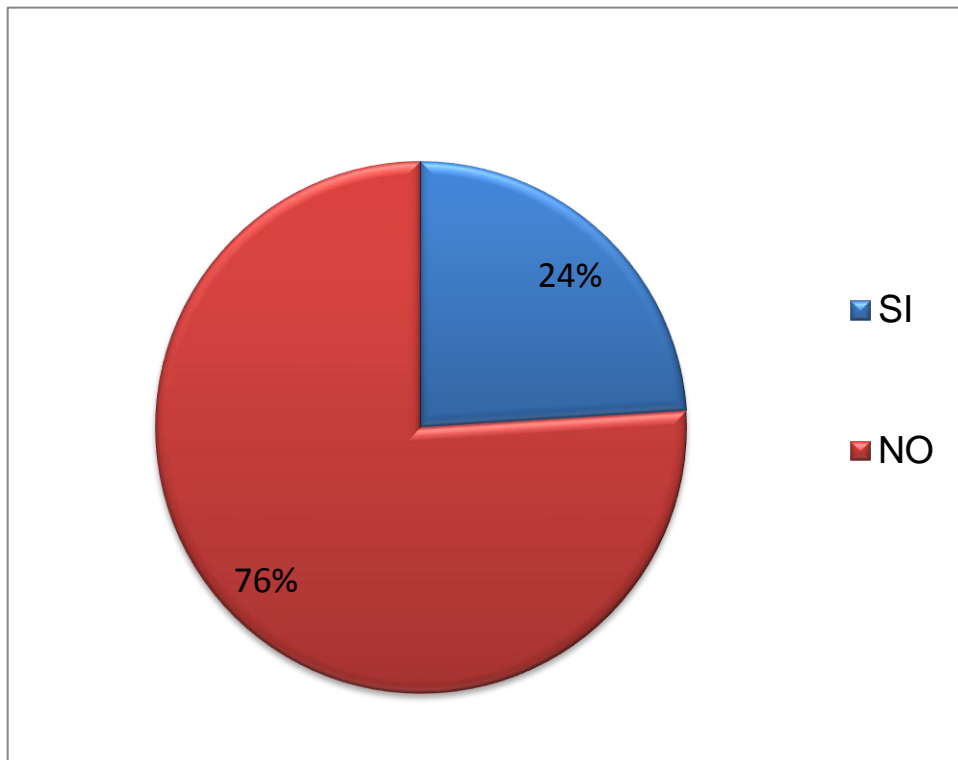
Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús.

Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith.

**Análisis.** El 79% de las embarazadas no tienen hijos muertos; el 14% tiene de 1 a 2 hijos muertos y un 7% de 3 a 4. Es decir que no es un factor predisponente a padecer preeclampsia en estas mujeres embarazadas.

## GRÁFICO Nº 8

### DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN CONTROLES PRENATALES



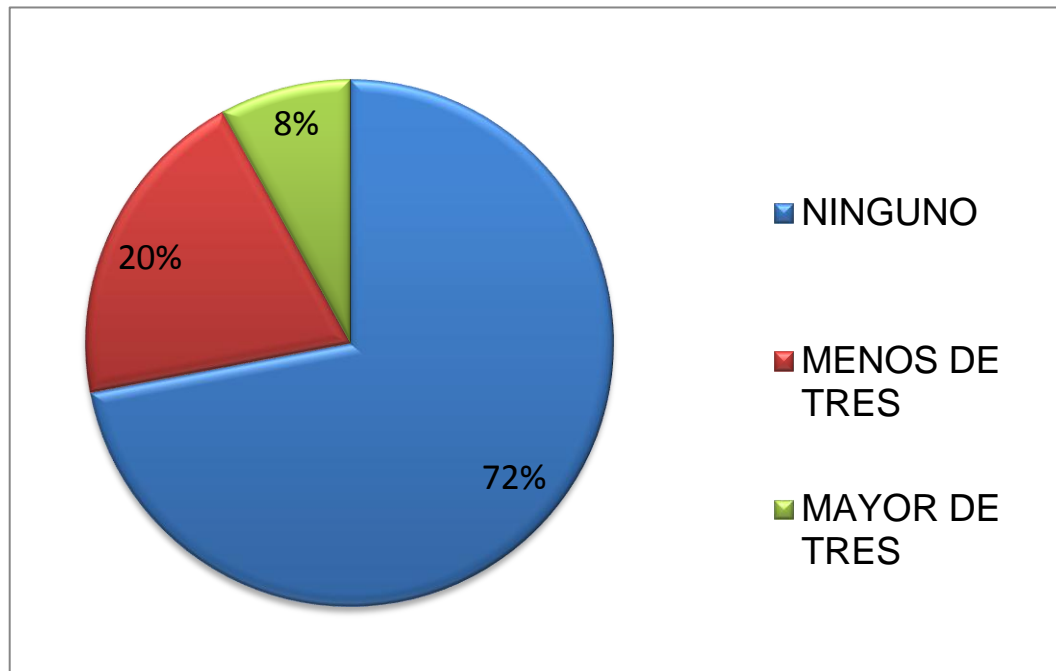
**Fuente:** Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
**Elaborado:** Bastidas Beltran Jenny Edith.

**Análisis.** De 57 pacientes embarazadas el 76% no se realiza control prenatal; y un 24%, si se realiza control equivalente a 18 embarazadas, por lo tanto este es un porcentaje alto siendo unos de los factores de riesgos que llevaron a padecer Preeclapmsia. El personal de enfermería deberá orientar a las pacientes a que se realicen controles prenatales para reducir complicaciones.



## GRÁFICO Nº 9

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMEROS DE CONTROLES PRENATALES



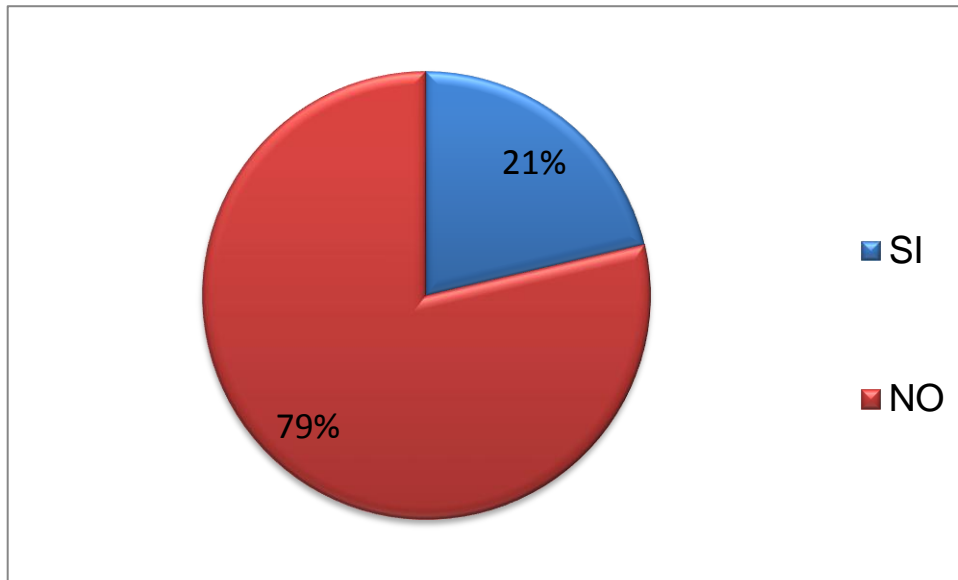
Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús

Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** En general de todas las embarazadas encuestadas el 72% solo presentan de 1 a 3 controles prenatales lo cual se explica posiblemente porque estas pacientes suelen tener un nivel de instrucción bajo que hace que se tengan menor cuidado ante las complicaciones. ; El 20% indica de 4 a 6 consultas y un 8% de 7 a 12. De acuerdo a estudio realizado tenemos que la incidencia de preeclampsia es mayor en pacientes con controles prenatales bajos. El bajo número de controles prenatales es un factor de gran importancia en la presentación de complicaciones, como lo reporta un estudio realizado por la Dra. Susana Barreto en el Instituto Perinatal de Lima – Perú. En la población en estudio existe una media de 5.6 controles destacando que el 14.9% no presentaron ninguno. Siendo la falta de control prenatal uno de los factores de riesgos en dicho estudio, donde el personal de enfermería intervendrá por medio de la orientación y la educación.

## GRÁFICO N° 10

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE ABORTOS.



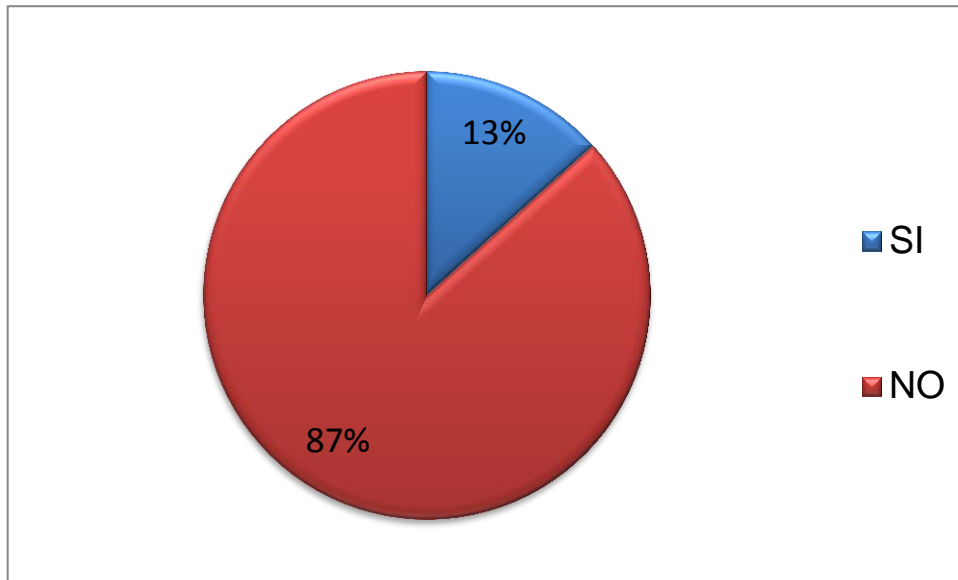
Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús

Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** El 79% de las entrevistadas respondieron no haber tenido aborto; y el 21% fueron afirmativas. En este caso la hipertensión no ha producido abortos en estas pacientes.

## GRÁFICO N° 11

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ANTERIORES EMBARAZOS



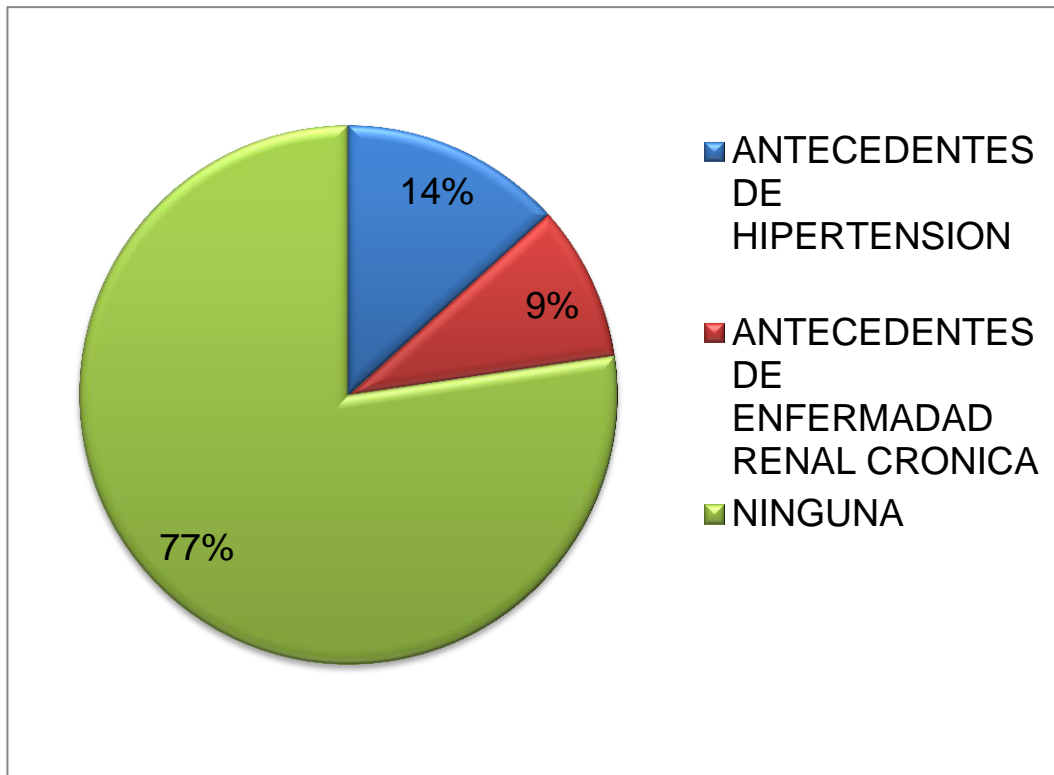
Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús

Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** Se observa que el 87% es decir 65 embarazadas no presentaron hipertensión en embarazos anteriores; y 10 pacientes con el 13% presentan hipertensión en el embarazo. Quiere decir que esta patología no siempre se presenta con recidiva en cada gestación.

## GRÁFICO N° 12

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES



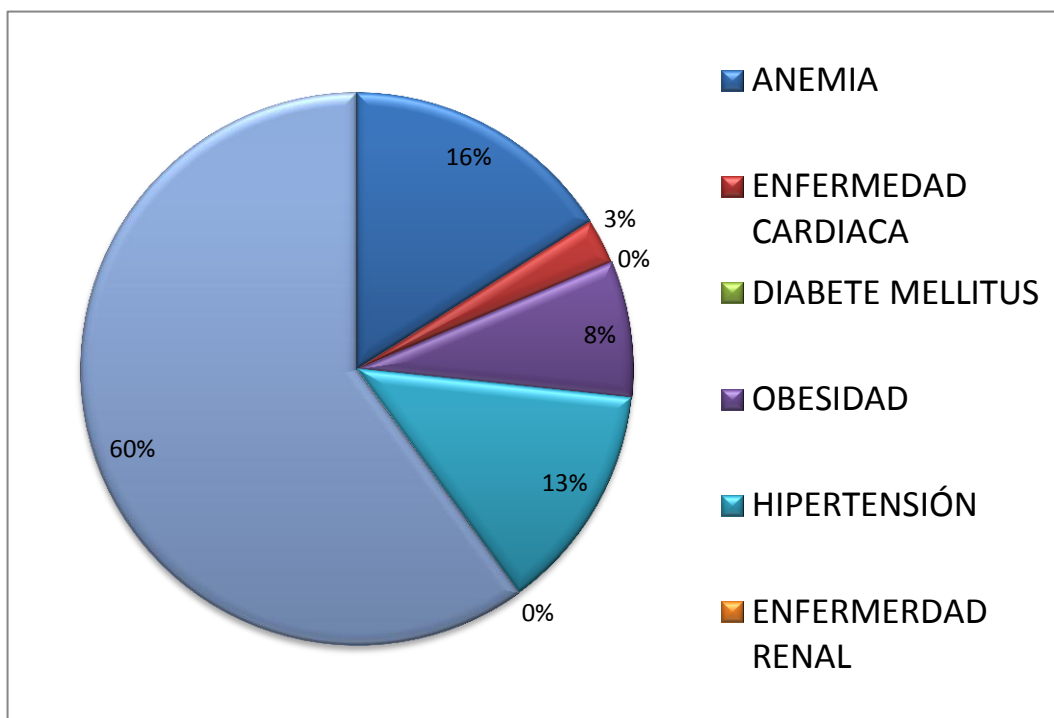
Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús

Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** El 77% de las embarazadas entrevistadas no presentan antecedentes familiares de enfermedad crónica; el 14% padecen de hipertensión arterial; y un 9% de enfermedad renal crónica. De las 75 embarazadas entrevistadas Se demuestra que en pacientes que no tuvieron antecedentes patológicos familiares que corresponde a 58 pacientes equivalente al 77%; 10 paciente que equivale al 13% tuvo antecedentes de hipertensión arterial y 7 paciente equivalente al 9% tuvo familiar que presentaron enfermedad renal crónica; por lo que debemos tener en cuenta que tanto las pacientes sin antecedentes patológicos familiares y mucho más aquellas con antecedentes familiares de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica deben ser evaluadas correctamente ya que tienen estas últimas un factor de riesgo agregado.

### GRÁFICO N° 13

#### DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN RIESGO CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES



Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

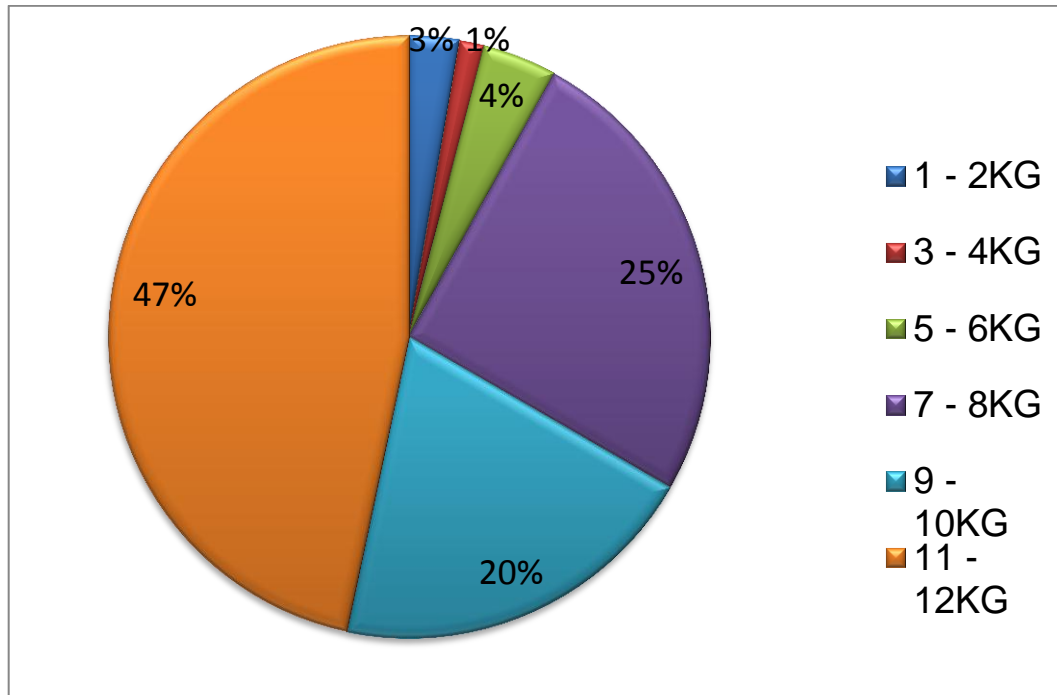
**Análisis.** Se demuestra que en pacientes que no tuvieron antecedentes patológicos personales que corresponde a 45 pacientes equivalente al 60%; 12 pacientes equivalente al 16% con antecedentes de anemia; 10 pacientes equivalente al 12% con antecedentes de hipertensión; 6 pacientes correspondiente al 8% con obesidad y 2 pacientes con el 3% presentaron enfermedad cardíaca.

Toda mujer con historia de preeclampsia previa debe considerarse como un embarazo de alto riesgo, evitando de esta manera complicaciones materno-fetales, no debemos descuidar a las pacientes que no tienen antecedentes

patológicos personales ya que no están exentas de presentar dicha patología.

## GRÁFICO N° 14

### AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

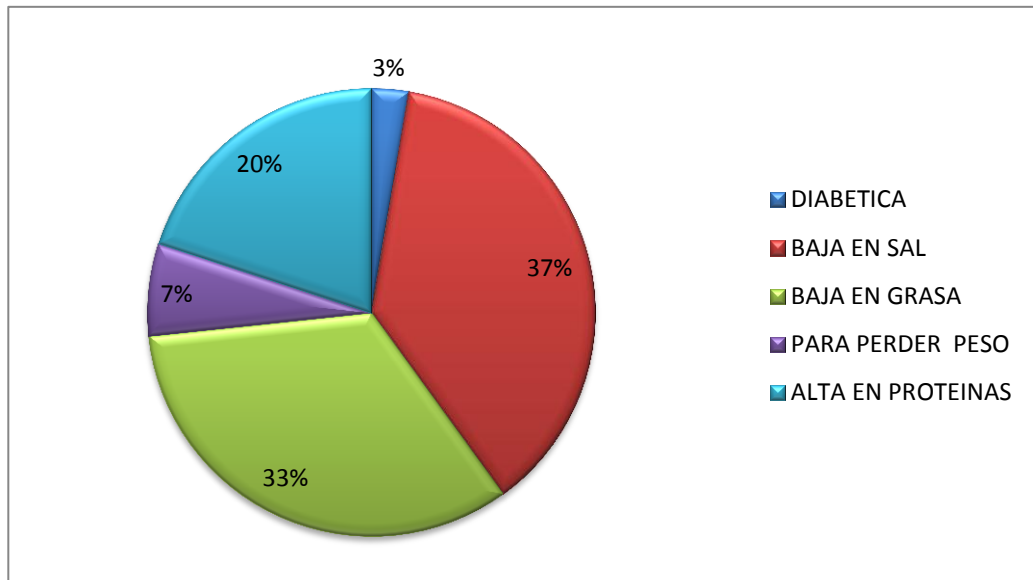


Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** El 47% de las entrevistadas embarazadas tuvieron un aumento de peso 11 a 12kg durante los meses de gestación; el 25% de 7 a 8kg; el 20% de 9 a 10kg; el 4% de 5 a 6kg; el 3% de 1 a 2kg; y el 1% de 3 a 4kg. Siendo el aumento de peso uno de los factores que contribuye a la aparición de la Preeclampsia.

## GRÁFICO N° 15

### DIETA DE LAS EMBARAZADAS EN ESTUDIO

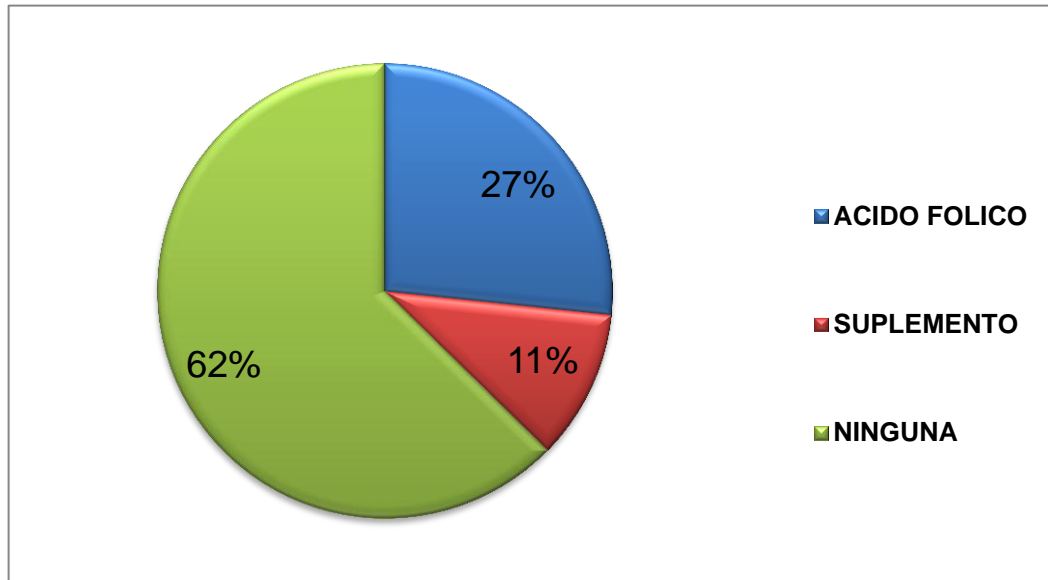


**Fuente:** Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
**Elaborado:** Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** El 37% de las embarazadas tienen una dieta baja en sodio; el 33% baja en grasa; el 20% alta en proteínas; el 7% para perder peso y un 3 % para diabética. Es decir que existe un alto número de embarazadas con dieta hiposódica. Debido a un alto índice que han presentado signos y síntomas de Preeclampsia.

## GRÁFICO N° 16

### VITAMINAS PRENATALES, ÁCIDO FÓLICO, SUPLEMENTO



Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús

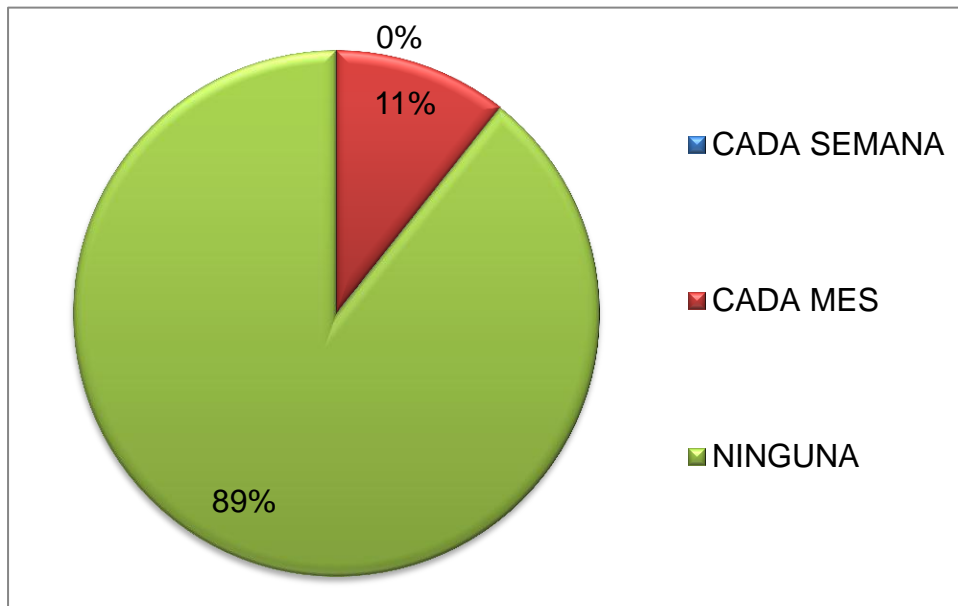
Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** El 62% de las embarazadas no toma vitaminas prenatales; el 27% si ingiere ácido fólico; el 11% toma suplementos. Esto se debe a que la gestante no acude a realizarse un control prenatal adecuado, debido a su nivel de educación bajo de no tener conocimientos de las posibles complicaciones que genera esta patología en estudio.



## GRAFICO N° 17

### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

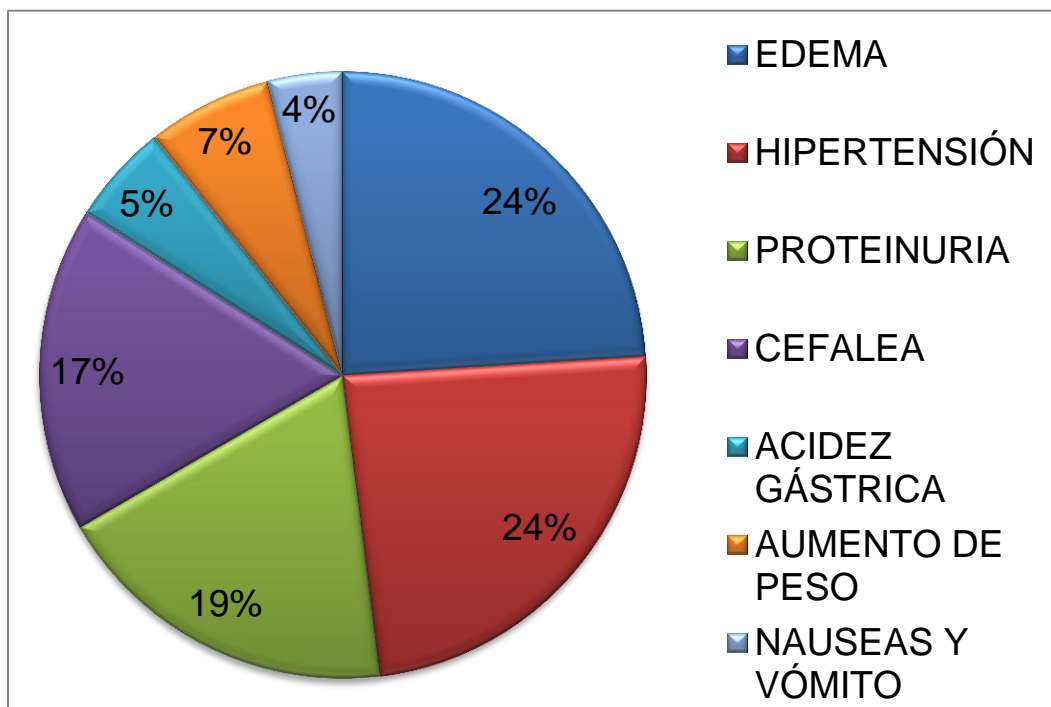


Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**ANALISIS.** El 89% de las embarazadas entrevistadas no ingieren bebidas con alcohol; y el 11% consumen cada mes. es decir que en estas pacientes no se asocian el consumo de alcohol como una característica de padecer preeclampsia.

## GRÁFICO N° 18

### SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HIPERTENSIÓN.



Fuente: Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús  
Elaborado: Bastidas Beltran Jenny Edith

**Análisis.** En este estudio investigativo se determina que el edema y la hipertensión son los signos que predominan en la patología con el 24% de las embarazadas seguida por la proteinuria con un 19%; cefalea con un 17%; el 7% aumento de peso; el 5% acidez gástrica; el 4% presenta náuseas y vómito. Varios autores radican que los signos y síntomas de severidad en la Preeclampsia son la cefalea, hipertensión y proteinuria. En un estudio realizado en la Universidad Técnica de Ambato en el Hospital del IESS en el servicio de Ginecología, en mayo del 2010 menciona que el edema afecta aproximadamente al 85 % de las mujeres con preeclampsia, en estos casos es de aparición rápida y puede estar asociado con una rápida ganancia de peso.

## CONCLUSIONES

La hipertensión inducida por el embarazo también conocida como preeclampsia, ocurre después de las 20 semanas de gestación. Está determinada por un incremento en la presión sanguínea, acompañada por proteinuria, edema. A través del estudio de tipo descriptivo realizado en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús durante el periodo febrero – abril del 2012 ingresaron al Servicio de Consulta Externa un total del universo de 500 pacientes embarazadas de las cuales 75 fue la muestra de gestantes que presentaron preeclampsia.

El objetivo general de esta investigación fue determinar los factores de riesgo de la preeclampsia en las gestantes que acuden al Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús analizando los resultados se encontró que la edad de estas pacientes está entre 31-45 años con un 60%; seguidos del 24% en pacientes con edades de 15-20 años, añadiéndose un factor de riesgo en pacientes preeclámpticas la multiparidad, el 67% tenía de 4 a 7 hijos, la manifestación clínica que caracteriza a este grupo es el edema y la cefalea El 67% de pacientes tienen un nivel de escolaridad primaria, 53% residen en área urbano marginal , con un elevado déficit de controles prenatales, siendo unos de los principales factores de riesgos predisponentes de la Preeclampsia.

La investigación realizada logró determinar que los factores de riesgo identificados (paridad, nivel de educación, sector,, control prenatal y edad extrema), son los principales factores de riesgos que predominan. El modelo de Orem demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer sus necesidades de autocuidado, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones encontradas en el paciente.

De allí la justificación de una propuesta educativa para cubrir el déficit de autocuidado en la gestante con riesgo de preeclampsia. Por esta razón la propuesta de un programa educativo diseñado con el fin de que el personal de enfermería de dicho Hospital la ponga en práctica y de esta forma orientar a las gestantes sobre la preeclampsia, factores de riesgo y

sus complicaciones, para tratar de disminuir dicha problemática y contribuir al manejo de la preeclampsia a través de la información oportuna y la participación activa en las actividades educativas de la embarazadas ,mejorar el nivel de conocimiento ,motivar la integración paciente equipo de salud, a través de la participación activa en el programa de orientación propuesto, a fin de que se asuman estilos de vida saludables a las embarazadas.

## **VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Una de mis limitaciones fue obtener los datos de las pacientes en 5 consultorios en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús.

A partir de esta investigación el personal de salud como enfermería aplique del programa educativo para orientar a las usuarias que asistan a consulta externa y reducir los riesgos de preeclampsia en estas pacientes.

## **RECOMENDACIONES**

- Que la instrucción de educación para la salud sea un objetivo primordial para mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas que acuden a dicho Hospital.
- Efectivizar la enseñanza de educación y difundir a que toda mujer embarazada se realice controles periódicos previniendo complicaciones en su salud y en su embarazo como la preeclampsia.
- Instruir al grupo de embarazadas a cerca de los factores de riesgo que pueden sufrir en el transcurso de la gestación en cuanto tiene que ver con la Preeclampsia.
- Continuar investigando sobre los factores de riesgo para preeclampsia en nuestro medio, mejorando la atención de enfermería y en base a estos prevenir las complicaciones maternas fetales ya que se tendría mejor Conocimiento de los problemas de salud que afectan a estos grupos sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Balestena, J., Rogelio, S., & Hernández. (Abril de 2010). *Comportamiento de la preeclampsia grave*. Recuperado el Marzo de 2012, de [http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas\\_informativas/hoja\\_2.pdf](http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_2.pdf)
- Briceño, C., & Briceño, L. (2007). Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia severa. *Ginecol Obstet*, 95-103.
- Gómez, E. (2000). Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Hill, C., & Pickinpaugh, J. (2009). *Cambios fisiológicos durante el embarazo*. Recuperado el 13 de Marzo de 2012, de <http://www.elsevier.es/es/revistas/clinicas-quirurgicas-norteamerica-504/cambios-fisiologicos-durante-embarazo-13134692-seccion-2008>
- Jorge, M., & Balestena, S. R. (2001). Comportamiento de la preeclampsia grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Libertad, M. (2003). Aspectos fisiológicos durante el embarazo. *Revista Cubana Salud Pública*.
- Maldonado, M., Saucedo, J., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Medigraphic*, <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>.
- Martínez, K. (Julio de 2011). *Universidad Técnica de ambato*. Recuperado el 3 de Abril de 2012, de Severidad de la preeclampsia en relación con la edad en pacientes ingresadas al servicio de ginecología del IESS: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/922/7085-Mart%C3%ADnez%20Karina.pdf?sequence=1>
- Mayorga, M. (Julio de 2011). *Universidad Técnica de Ambato*. Recuperado el 5 de Marzo de 2012, de Influencia del nivel de educación de las complicaciones de los trastornos hipertensivos inducidos en el embarazo: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/926/7086-Mayorga%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1>
- Niurka, M., & De la Caridad, P. (2010). Recuperado el 19 de Marzo de 2012, de Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/viewArticle/12/23>
- Parra, M., & San Martín, A. (2007). Espectro clínico de la preeclampsia. *Revista chilena obstétrica*, 169-175.
- Reeder, S., Martín, L., & Koniak, D. (1995). *Aspectos biofísicos del embarazo normal*. México: McGRAW-HILL.

- Reeder, S., Martín, L., & Koniak, D. (1995). *Hipertensión en el embarazo*. México: McGRAW-HILL.
- Salazar, A., & Saez, D. (2005). Tratamiento de Hipertensión en el Embarazo el Primer y Segundo Nivel de Atención. *Criterios técnicos y recomendaciones basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica*, 41-51.
- Salud, O. P. (2009). *AIEPI NEONATAL*. Recuperado el 15 de Abril de 2012, de Prevención de la Preeclampsia y eclampsia con calcio: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final\\_intervenciones.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final_intervenciones.pdf)
- Sánchez, A., & Sánchez, A. V. (2004). Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Zamora, M. d. (2005). *Aspectos fisiológicos del embarazo*. Colombia: Océano.

## **PROPUESTA**

### **PROGRAMA DE EDUCACION SOBRE PREECLAMPSIA, DIRIGIDA A LA EMBARAZADA QUE ASISTE A LA CONSULTA DEL “HOSPITAL MATENO INFANTIL MARIANA DE JESUS.**

Toda mujer embarazada comienza a experimentar diferentes trastornos típicos de su condición, sin embargo existen otros trastornos que pueden resultar de auténtico riesgo para la madre y el feto, y sobre los cuales merece la atención estar informadas, para poder prevenir los primeros síntomas de la preeclampsia.

Este programa estará diseñado con el propósito de orientar a las gestantes de conocer sobre la preeclampsia, factores de riesgo y sus complicaciones es por ello que la principal estrategia para luchar es la educación. Al proponer este Programa educativo es con el motivo de favorecer con dicha problemática.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Orientar a las embarazadas que asisten a la Consulta Externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús sobre hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia).

#### **Objetivos Específicos**

- Contribuir al mejor manejo de la preeclampsia a través de la información oportuna y la participación activa en las actividades educativas.
- Mejorar el nivel de conocimiento de las embarazadas a partir del desarrollo de la orientación por parte del profesional de enfermería.
- Impulsar el desarrollo de las capacidades y conocimientos científicos que posee el profesional de enfermería, a través de programas de orientación a las usuarias embarazadas.
- Motivar la integración paciente equipo de salud, a través de la participación activa en el programa de orientación propuesto, a fin de que se asuman estilos de vida saludables a las embarazadas.



## **Estructura del programa**

Como se trata de un programa a desarrollar en el contexto, su estructura está sujeta a los recursos humanos, materiales y de espacio físico que se requieren para realizarla.

### **CONTENIDO PROGRAMA DE EDUCACION SOBRE PREECLAMPSIA, DIRIGIDA A LA EMBARAZADA QUE ASISTE A LA CONSULTA DEL “HOSPITAL MATENO INFANTIL MARIANA DE JESUS PREECLAMPSIA**

La preeclampsia, también llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Se presenta después de la semana 20 del embarazo.

Síntomas de la preeclampsia:

- Presión arterial alta
- Edema.
- Proteínas en su orina
- cefalea
  
- Visión doble
- Visión borrosa

### **Clasificación**

**Preeclampsia leve:** tensión arterial 140/90 - 159/109 mmHg + proteinuria menor de 5 g/24h.

**Preeclampsia severa:** Tensión arterial mayor o igual a 160/110 + proteinuria mayor o igual a 5 g/24h.

## **Complicaciones.**

- Eclampsia.
- Hemorragia cerebral.
- El síndrome de distrés respiratorio agudo.

## **Factores de riesgos:**

- Primigestas.
- Historia Familiar o Personal de Preeclampsia.
- Obesidad.
- Hipertensión Crónica o Enfermedad Renal.
- Embarazo múltiple.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedades autoinmunes.
- Baja condición socioeconómica.
- Consumo de alcohol y cocaína.

## **Prevención**

Para prevenir que estas embarazadas que acuden a dicho Hospital. Aumente el riesgo de padecer preeclampsia y complicación durante el embarazo se debe recomendar un control prenatal adecuado.

## **Control Prenatal**

La atención prenatal a las embarazadas constituye la base principal para detectar la hipertensión arterial incipiente y de ese modo evitar su progresión hacia formas clínicas graves de la enfermedad.

## **Objetivos del control prenatal**

Los objetivos del control prenatal son:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.

- Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.
- Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Detectar alteraciones en la salud materna y fetal.

### **Acciones: Enfermería**

- Valora el peso materno
- Valora la presión arterial
- Realiza las Maniobras de Leopold, y pon mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
- Mide la altura uterina
- Valora por palpación los movimientos fetales
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
- Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo

## **Estrategia Metodológica**

Se propone la dinámica de taller participativo, por ser la estrategia que más se adecua al contexto.

La duración de cada taller será de 1 a 2 horas.

El profesional de enfermería servirá de facilitadores de cada taller.

## **Dinámica**

Para cada taller se utilizarán estrategias de enseñanza – aprendizaje que permitan la participación activa de las embarazadas, de allí que se proponen como dinámicas grupales, los grupos óptico por ser una alternativa que permite la participación de todas, que no implica esfuerzo físico (dado su condición), y que los resultados dependen de la opinión de las participantes.

## **Evaluación**

La evaluación será formativa, a través de la estrategia preguntas-respuestas.

## CONTENIDO PROGRAMÁTICO

**Objetivo general:** Las embarazadas estarán en capacidad de manejar la información pertinente acerca de la Preeclampsia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLÓGICAS	RECURSOS	EVALUACIÓN
<b>PREECLAMPSIA DEFINIR Y CLASIFICAR</b>	CONCEPTO DE PREECLAMPSIA	EXPOSICIÓN – PERSONAL DE ENFERMERIA	DIAPPOSITIVAS- ROTAFOLIO  TRÍPTICOS	PREGUNTA Y RESPUESTA
<b>IDENTIFICAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS</b>	DETALLAR SIGNOS Y SÍNTOMAS	EXPOSICIÓN – PERSONAL DE ENFERMERIA	DIAPPOSITIVAS  ROTAFOLIO- TRÍPTICOS	PREGUNTAS Y RESPUESTA
<b>IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO</b>	FACTORES DE RIESGO.	EXPOSICIÓN – PERSONAL DE ENFERMMERIA	DIAPPOSITIVAS  ROTAFOLIO- TRÍPTICOS	PREGUNTA Y RESPUESTA
<b>CONOCER LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES</b>	COMPLICACIONES MATERNAS.	EXPOSICIÓN – PERSONAL DE ENFERMERIA	DIAPPOSITIVAS  ROTAFOLIO	PREGUNTA Y RESPUESTA.
<b>PREVENCION</b>	IMPORTANCIA CONTROL PRENATAL	EXPOSICIÓN – PERSONAL DE ENFERMERIA	DIAPPOSITIVAS  TRÍPTICOS	PREGUNTA Y RESPUESTA.

## ANEXOS



### ENTREVISTA

**IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA APARICIÓN DE PREECLAMPSIA DURANTE EL EMBARAZO.**

#### **1¿QUÉ EDAD TIENE?**

15 -20 años( )

21- 30 anos( )

31- 45 años( )

#### **2¿QUÉ OCUPACIÓN TIENE?**

Quehaceres domésticos ( )

Empleada ( )

Comerciante ( )

#### **3¿DÓNDE VIVE?**

Ciudad ( )

Urbano ( )

Urbano Marginal ( )

Otros ( )

#### **4¿QUÉ GRADO DE INSTRUCCIÓN TIENE?**

Analfabeta ( )

Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior ( )

#### **5¿CUANTOS MESES DE EMBARAZO TIENE?**

1 – 20( )

21 – 30( )

30 – 40( )

#### **6¿CUÁNTOS HIJOS TIENE?**

1 – 5 años( )  
6 – 10 años( )

**7¿TIENE HIJOS MUERTOS?**

1 – 5( )  
6 – 10 ( )  
Ninguno( )

**8¿SE HACE CONTROL PRENATAL?**

Si( )  
No( )

**9¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATAL TIENE?**

1 – 3( )  
4 – 6( )  
7 – 12( )

**10¿HA TENIDO ABORTOS?**

Si( )  
No( )

**11¿HA PRESENTADO HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ANTERIORES EMBARAZOS?**

Si ( )      No ( )

**12¿ANTECEDENTE FAMILIARES DE LA ENFERMEDAD:**

Si      No  
( )    ( ) Tiene familiares que padecen de hipertensión arterial  
( )    ( ) Padece algún familiar de e enfermedad renal crónica

**13 PADECE O PADECIÓ ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES**

Si      No  
( )    ( ) Anemia  
( )    ( ) Enfermedad cardiaca  
( )    ( ) Diabetes  
( )    ( ) Aumento repentino de peso  
( )    ( ) Edema presente en manos y pies  
( )    ( ) Presión arterial alta  
( )    ( ) Enfermedad renal

**14 ¿CUÁNTO PESO AUMENTO DURANTE EL EMBARAZO:**

1Kg ( ) 2Kg ( ) 3Kg ( ) 4Kg ( ) 5Kg ( ) 7Kg ( ) 7Kg ( ) 8Kg ( )  
) 9Kg ( ) 10Kg ( ) 11Kg ( ) 12 Kg ( )

**15 ¿TIENE ALGUNA DIETA ESPECIAL:**

- ( ) ( ) Diabética
- ( ) ( ) Baja en grasa
- ( ) ( ) Baja en sal
- ( ) ( ) Para perder peso
- ( ) ( ) Alta en proteínas
- ( ) ( ) Otras.....

	Si	No
<b>16 ¿COMPRA LOS ALIMENTOS QUE CONSUME PREPARA SUS ALIMENTOS</b>	( ) ( )	( ) ( )

**17 ¿TOMA USTED DURANTE EL EMBARAZO:**

- ( ) Vitaminas prenatales
- ( ) Ácido fólico.
- ( ) Suplemento
- ( ) Otros.....

**19 ¿CON QUE FRECUENCIA TOMA CERVEZA, VINOS, LICORES FUERTES  
O BEBIDAS MIXTAS**

- ( ) A diario
- ( ) Cada semana
- ( ) Cada mes

**18 ¿TIENE ALGÚN HÁBITOS:**

	Si	No
Tabaquismo	( )	( )
Alcoholismo	( )	( )
Fármacos	( )	( )
Ejercicios	( )	( )

**19 ¿PRESENTÓ O PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

Si	No
( )	( )
( )	( )
( )	( )
( )	( )
( )	( )
( )	( )
( )	( )





**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**  
**“SAN VICENTE DE PAUL”**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO**

FECHA ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		AGOSTO
	25	15	11		25	27	25	27	15	24	19	28	2	14	6-8
Presentación de Anteproyecto	X	X													
Retiro de anteproyecto de trabajo de grado			X												
Reunión con el director de trabajo de grado.				X											
Asesoría con la Tutora del trabajo de grado.					X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Entrega del borrador de la tesis													X		
Devolución de la tesis.														X	
Sustentación de la tesis.															X