



**UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE
MANABÍ.**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

TEMA:

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MIGUEL
HILARIO ALCIVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ Y CENTRO DE
SALUD 24H DE PEDERNALES.**

AUTORAS:

CASTILLO FIGUEROA MARÍA FERNANDA

MORALES HIDALGO MARLY MARÍA

TUTORA:

LCDA. MARILIN GARCÍA PENA

ESPECIALISTA ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

MANTA, SEPTIEMBRE 2016

Certificación del tutor

Lcda. Especialista Enfermería Materno Infantil

Marilin García Pena

Tutora del proyecto de Investigación

CERTIFICA:

Que el presente proyecto de investigación titulada CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MIGUEL HILARIO ALCIVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ Y CENTRO DE SALUD 24H DE PEDERNALES PERIODO 2015-2016, realizado por Castillo Figueroa María Fernanda CI 1312564543 y Morales Hidalgo Marly María con CI 1306126218, para por la unidad de titulación especial ha sido debidamente revisada y corregida, por lo que autorizo a la interesada la presentación ante el tribunal correspondiente.

.....

Lcda. Especialista Enfermería Materno Infantil

Marilin García Pena

Tutora del proyecto de Investigación

APROBACIÓN DEL TRABAJO

Sometida a la consideración de los miembros del tribunal de sustentación como requisito previo a la obtención del título de:

Licenciada en Ciencias de la Enfermería.

APROBADO

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a Dios, ya que gracias mi gran Rey por dejarme lograr y concluir mi carrera.

A mis padres la Lcda. Nancy Figueroa el sr Fernando Castillo, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y consejos contribuyendo de forma incondicional a mis meta propuestas.

A mi esposo Lcdo. Stalin Hidalgo Chica a mi hija Fiorella Anahí por ser mi impulso para continuar y no decaer en el camino.

A mis hermanas Pierina y Nayesska por estar siempre dispuestas a ayudarme.

A mi familia en general a mis abuelas, tíos, primos y amigos por ser parte de mi vida y formación profesional.

María Fernanda Castillo Figueroa

DEDICATORIA

Es mi deseo y sencillo gesto de agradecimiento, dedicarle mi humilde obra. TESIS de GRADO.

Plasmada en el presente informe, en primer lugar a mis Padres quienes me han brindaron su apoyo incondicionalmente contribuyendo a lograr las metas propuestas.

A mis Hijas FERNANDA y ELIANA por estar siempre conmigo ayudándome y motivándome para seguir adelante.

A mi familia en general que son parte de mi vida.

A los DOCENTES, que en este largo camino me brindaron siempre su orientación profesional adquiriendo conocimientos, como estudiante universitario.

“CON CONOCIMIENTO SE DERROTA LA IGNORANCIA”

MARLY.

RECONOCIMIENTO

Al culminar esta investigación damos nuestro mayor agradecimiento a Dios por habernos dado la existencia y permitido llegar a culminar nuestra carrera profesional.

A la universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí y en especial a la Facultad de Enfermería por darnos la oportunidad de cumplir una de nuestras anheladas aspiraciones dentro del campo profesional.

A todos y cada uno de los docentes que con sus conocimientos y experiencias nos formaron integralmente, en especial a nuestra tutora Lcda. Marilyn García Pena por haber sido nuestro guía y darnos su apoyo constante en la realización de este trabajo.

A todos y todas quienes de una y otra forma pusieron su granito de arena para el logro de este proyecto de investigación, agradecemos de la forma más sincera su valiosa colaboración.

A las autoridades y al personal del hospital Miguel H. Alcivar y el Centro de Salud 24 horas Pedernales por darnos la apertura y brindarnos su colaboración para el desarrollo de este trabajo.

"La gratitud es la memoria del corazón." (Lao Tse)

Fernanda y Marly

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRE-ECLAMPSIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MIGUEL HILARIO ALCIVAR DE BAHÍA DE
CARÁQUEZ Y CENTRO DE SALUD 24HORAS PEDERNALES PERIODO
2015-2016.

INDICE

I.	PORTADA	
II.	RESUMEN	
III.	INDICE	
1.	INTRODUCCIÓN.....	1-10
2.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
2.1	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	11
2.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
2.3	PREGUNTAS DERIVADAS.....	11
2.4	OBJETO.....	11
2.5	CAMPO.....	12
3.	OBJETIVO.....	12
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	12
3.2	OBJETIVOS GENERALES.....	12
4.	JUSTIFICACIÓN.....	13
	CAPITULO I.....	14
5.	MARCO TEÓRICO.....	14
5.1	DEFINICION.....	14
5.2	CLASIFICACIÓN.....	14-16
5.3	FISIOPATOLOGIA Y CAUSA.....	16
5.3.1	RELACIONADO CON PAREJAS.....	17
5.4	SÍNTOMAS.....	17-18
5.5	PRUEBAS Y EXAMENES.....	18
5.6	TRATAMIENTO.....	18-19
5.7	PRONÓSTICO.....	19-20
5.8	POSIBLES COMPLICACIONES.....	20-21
5.9	PREVENCION.....	21
5.10	CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	22
5.11	manejo de pacientes post-preeclampsia.....	22-23
	CAPITULO II.....	24
6.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
6.1	METODO.....	24

6.2 TÉCNICA.....	24
6.2.1 .DOCUMENTAL.....	24
6.2.2. CUESTIONARIO.....	24
6.2.3. ESTADISTICA.....	24
6.2.3.1TABULACION.....	24
6.2.3.2. PROCEDIMIENTO DE DATOS.....	24
6.2.3.3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	24
6.2.4. INSTRUMENTO DE TRABAJO.....	24
6.3 RECURSOS.....	25
6.3.1 HUMANOS.....	25
6.3.2. MATERIALES.....	25
6.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
6.5 DESCRIPCION DE MÉTODO.....	26
6.5.1. LA ENCUESTA.....	26
7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	27
CUADRO N 1.....	27
CUADRO N 2.....	28
CUADRO N 3.....	29
CUADRO N 4.....	30
CUADRO N 5.....	31
CUADRO N 6.....	32
CUADRO N 7.....	33
CUADRO N 8.....	34
CUADRO N 9.....	35
CUADRO N 10.....	36
8. ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES.....	37
CUADRO N 11.....	37
CUADRO N 12.....	38
CUADRO N 13.....	39
CUADRO N 14.....	40
CUADRO N 15.....	41
CUADRO N 16.....	42
9..DISEÑO DE PROPUESTA.....	43-45

10. CONCLUSIONES.....	46
11. RECOMENDACIONES.....	47
12. BIBLIOGRAFIA.....	48
14. ANEXO.....	49
ANEXO 1.....	50-51
ANEXO 2.....	52
ANEXO 3.....	53-58
CRONOGRAMA.....	59

RESUMEN

La preeclampsia en la actualidad es considerada un factor de riesgo que se produce en las embarazadas al mediar las 20 semanas de gestación y afectando directamente a la madre y al feto. Según autores la preeclampsia ha persistido durante varios siglos desde no tener una definición precisa hasta contar con instrumentos para detectarla o prevenirlas. Por todo esto se la ha considerado la enfermedad de la teoría. Aunque algunos de los métodos y teorías vislumbrados por los médicos en la historia puedan parecer rudimentarios o atrasados, los avances de los últimos años en análisis moleculares, inmunológicos y de otro tipo, tampoco han conseguido una cura o detección temprana definitiva para la enfermedad y tampoco una explicación definitiva de su causa. Aunque es bien cierto que la eclampsia ya no es la enfermedad drástica para madre e hijo que era apenas hace unos cientos de años, siempre y cuando se reciba el tratamiento adecuado y oportuno. Para mí resalta el hecho de que los médicos de antaño utilizaban sus sentidos como herramientas diagnósticas, pues no se contaba con los adelantos tecnológicos. El clínico de hoy cada vez más relega el uso de sus propios sentidos hacia el uso de los instrumentos tecnológicos de diagnóstico. Aunque sería absurdo decir que se deben usar menos estos instrumentos, sin duda el abrir bien los ojos frente a la gestante, volver a sentir, tocar, oler, a la usanza de los antiguos, no puede sino mejorar la práctica y abrir nuevos horizontes al entendimiento. Es bien dicho que la historia nos hace entender mejor el presente. Resulta claro para mí, después de realizar este trabajo de investigación, que uno difícilmente puede conocer algo sin antes haber conocido la historia.

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad hipertensiva gestacional preeclampsia es una enfermedad exclusiva del embarazo. Es potencialmente peligrosa para madre y el feto, puede alterar una gran cantidad de funciones en el cuerpo. Eleva la presión arterial, daña los riñones y el hígado; altera la coagulación de la sangre, congestiona los pulmones y causa convulsiones, entre otras cosas. Es cuando se presentan convulsiones que se le conoce como eclampsia, y es especialmente en esos casos cuando representa un riesgo para la vida de madre y el feto.

Por esta diversidad de afecciones, la preeclampsia siempre ha sido un tremendo reto para el entendimiento humano. No en vano se le ha llamado “la enfermedad de las teorías”.

Incluso en la actualidad, con importantes avances científicos, sus causas precisas permanecen oscuras. La enfermedad ha desorientado a los médicos de todos los siglos, y ha hecho aventurar diversas hipótesis y tratamientos, y en muchos casos estos han sido superados con el paso del tiempo. El presente texto es un esbozo histórico de cómo nuestro entendimiento de la preeclampsia se ha transformado a través de los siglos.

Eklampsis, un vistazo destellante “Un fulgor o resplandor que es como un vistazo destellante”, así fue definida la palabra griega, eklampsis, por Casteili en 1682. Este término hace referencia a los fenómenos visuales, también llamados fosfenos, que puede llegar a percibir la mujer embarazada antes de una convulsión ecláptica.

Sin embargo, la palabra eclampsia fue por mucho tiempo usada para referirse a las convulsiones de cualquier causa, y sólo a través del tiempo fue volviéndose un término específico para la enfermedad que llamamos así actualmente. Se sabe que el término ya era usado con ese significado por algunos desde mediados del Siglo XVIII, aproximadamente.

Sin embargo, fue tan tarde como hasta la edición de 1961 del renombrado diccionario médico de Stedman, que se encuentra la palabra eclampsia con el significado que le damos hoy en día.

La primera referencia escrita acerca de la existencia de la eclampsia viene del papiro egipcio de Kahun, que data aproximadamente de 1850 A.C., en donde se

lee: “para prevenir que una mujer se muerda la lengua, péguele en la mandíbula el día del parto”.

Debido a que el morderse la lengua es una posible consecuencia de sufrir convulsiones, ésta descripción bien podría referirse a la eclampsia. Sin embargo, existen dudas acerca de la exactitud de la traducción y de su interpretación. Los indios y los chinos también tienen posibles referencias a la eclampsia en algunos de sus textos antiguos, pero la exactitud de la interpretación es igualmente discutida. Es hasta los griegos que tenemos descripciones claras, aunque breves, de la enfermedad: “Durante el embarazo, el mareo y la cefalalgia, acompañados de pesadez y convulsiones en general, son malos”. Descrito así en el Corpus Hippocraticum.

El valor de este tipo de afirmaciones no reside en lo que se nos dice acerca de la naturaleza de la enfermedad, sino que nos dejan saber que la enfermedad ya presentaba un problema médico en esos tiempos.

Principios de nuestra era y la edad media Celso, Galeno, Cornellius y Aetios fueron renombrados médicos de los primeros siglos de nuestra era que mencionaron casos de convulsiones en mujeres embarazadas. Describen que las convulsiones usualmente se acompañaban de la muerte del feto.

Es probable que se explicarán estas convulsiones como manifestaciones de epilepsia en pacientes embarazadas, y que no notaran que era una enfermedad específica de mujeres en este estado, que tenía también profundas manifestaciones neurológicas.

Tendrían que pasar más de 16 siglos para que la eclampsia fuera distinguida de la epilepsia. Aun así, estos médicos, basados en Hipócrates, atribuían las convulsiones a causas naturales, las llegaron a tratar con plantas y otras sustancias, y no sólo con rituales mágicos.

Pero al llegar la edad media, la medicina y la ciencia sufren importantes retrocesos. Son olvidadas las ideas tan importantes de Hipócrates y Galeno que atribuían el origen de las convulsiones a agentes naturales, y se vuelven a asignar las causas a demonios o espíritus. Aunado a esto, los médicos abandonan la obstetricia con desprecio, y las parteras son las que se encargan de los partos y de sus enfermedades.

Durante siglos, no hay textos médicos que toquen el tema de la eclampsia, pues el conocimiento de las parteras se transmitía a través de las generaciones de maestro a aprendiz, y rara vez se llevaba un registro escrito de sus conocimientos.

Paralelamente era una época donde describir o plasmar los órganos y procesos reproductivos de la mujer era un acto lleno de implicaciones religiosas y políticas, lo que impedía aún más el desarrollo de esta rama de la ciencia. Ese patrón se rompió con el alemán Eucharius Rösslín, que en 1513 escribió “El Jardín de Rosas”, libro que se convertiría en un texto básico para las comadronas europeas por casi dos siglos, y que contribuyó significativamente al avance de la obstetricia.

Rösslín describe en él que cuando ha ocurrido la muerte fetal y la madre sufre convulsiones e inconciencia, se puede esperar un destino ominoso para ella.

Gabelkover (1596), médico e historiador alemán, describe que la epilepsia puede tener su origen en cuatro lugares: el útero preñado, la cabeza, el estómago y las extremidades frías. Sabemos que sólo la cabeza puede ser propiamente origen de convulsiones, por lo que no deja de sorprender que mencione que pueden originarse en el útero. También describió de esta manera uno de los síntomas graves que sufren las mujeres con eclampsia: “una mordida y un mordisqueo en el útero y diafragma, que las lleva a pensar que algo está carcomiendo sus corazones”.

Esto se ha considerado la primera descripción de la llamada epigastralgia de la preeclampsia, es decir, dolor en epigastrio en forma de barra en la parte superior del abdomen, que hoy sabemos puede augurar mayores complicaciones, como convulsiones.

Mauriceau y los médicos franceses a finales del siglo XVII, los médicos franceses toman la batuta de la obstetricia, y surge así la primera corriente de parteros varones en Europa. El más famoso de ellos es Mauriceau, y su *Traité des Maladies des Femmes Grosses et Accouchées* (Tratado de enfermedades de mujeres embarazadas y en trabajo de parto) ayudó a establecer a la obstetricia como una ciencia. Mauriceau es el pionero de muchas técnicas obstétricas, entre ellas la maniobra de Mauriceau-Livret, usada para extraer la cabeza del feto en el parto podálico, que sigue siendo usada hasta nuestros días.

En la edición de 1694 de su tratado, Mauriceau escribió importantes aforismos al respecto de la eclampsia, como: “Las primigestas tienen mucho más riesgo de convulsiones que las múltiparas.” Esta afirmación ha resistido el paso del tiempo, pues en efecto las mujeres en su primer embarazo tienen hasta 3 veces más probabilidades de padecer preeclampsia que las demás.

También escribió: “Las convulsiones son más peligrosas si el feto está muerto que si está vivo”.

Mauriceau, como otros médicos, llegó a creer que las convulsiones se debían a oleadas de sangre caliente provenientes del útero que afectaban al cerebro.

También consideró que “vapores malignos” surgían del feto muerto y causaban las convulsiones. Estos dos razonamientos, que asignan causas específicas a las convulsiones, nos inclinan a pensar que él ya distinguía a la eclampsia de la epilepsia, y puede haber sido el primero en la historia en llegar a ese entendimiento.

Pero quien ya distingue propiamente a estas dos enfermedades es el médico parisino De Sauvages, considerado uno de los fundadores de la nosología médica (la clasificación de las enfermedades). Su Patología Metódica de 1739 es el primer tratado en agrupar a las enfermedades en clases, órdenes, géneros y especies (muy al estilo de los botánicos de su tiempo), y en él agrupa en un suborden diferente a la eclampsia y a la epilepsia.

Su clasificación es de la siguiente manera:

Clase IV: Enfermedades espasmódicas o con convulsiones / Orden IV: Clonus generalizados / Género 2do: Eclampsia; Género 3ro: Epilepsia.

Sin embargo, aunque él ya los enlista como padecimientos diferentes, la distinción no se generalizó hasta aproximadamente un siglo más tarde.

Hipócrates (S. IV A.C.) escribió lo siguiente acerca de las convulsiones en general: “Las convulsiones son causadas ya sea por repleción, o por depleción”.

Basados en esto, los obstetras se dividían en dos tendencias sobre la cuestión de la causa de las convulsiones. Algunos proponían la repleción, es decir, el exceso de sangre en la cabeza, como la causa principal. Los otros, por el contrario, señalaban a la depleción (falta de sangre) como el origen.

Así, Van Swieten y Mauriceau atribuyeron las convulsiones eclámpicas a la desviación y congestión del flujo de sangre en la cabeza a causa del útero

crecido por el embarazo. Además, pensaron que durante el trabajo de parto las contracciones empujaban aún más sangre hacia el cerebro. Otros incluso llegaron a pensar que debido a la ausencia de la menstruación durante el embarazo, demasiada sangre se acumulaba en la mujer, contribuyendo a la repleción.

Por el contrario, hay quienes defendían la depleción de sangre como el origen de las convulsiones.

Esta postura proviene de la observación de que cuando hay hemorragias graves durante el parto, también pueden darse convulsiones. No obstante esto ocurre también en mujeres sin preeclampsia.

La causa de las convulsiones eclámpicas permanece oscura hasta nuestros días, sin embargo, se ha observado un colapso de las arterias cerebrales (vaso espasmo), junto con escape de líquido fuera de los vasos sanguíneos (edema) y obstrucción al flujo de sangre (isquemia) en el tejido cerebral. Podría decirse que esto tiene algunas coincidencias con la teoría de la depleción. Lo que es cierto es que hay un defecto en la regulación del flujo sanguíneo en el cerebro.

Flebotomías y sanguijuelas

La teoría de la repleción llegó a tener muchos defensores. Esto puso en boga el tratamiento más lógico en ese entonces para la repleción: las sangrías, también llamadas flebotomías. Las sangrías se usaron intensivamente como tratamiento de la eclampsia por más de tres siglos, del XVII al XIX.

El mismo Mauriceau recomendaba dos o tres flebotomías durante el embarazo para prevenir la eclampsia, pero desacreditó a un colega que había sangrado a una mujer 48 veces y a otro que lo hizo en 90 ocasiones.

Hipócrates, Celso, Aetios y Avicenna, dejaron evidencias de estar en contra de la flebotomía en embarazadas, pero eso no fue impedimento para que se expandiera la popularidad de la práctica.

La Enciclopedia Británica de 1823 tiene algunas indicaciones respecto a las flebotomías y su uso en la eclampsia:

La causa de la enfermedad es evidentemente una sobrecarga de los vasos sanguíneos dentro del cráneo, que puede ser ocasionada por los movimientos violentos del trabajo de parto. Abrir la yugular externa puede solucionar el problema, pero la inquietud de la paciente hace a algunos temer el procedimiento

Es apropiado recalcar que una cantidad mucho más grande de sangre puede ser retirada de lo que comúnmente se hace. El Dr. H recomienda extraer 40 onzas [poco más de un litro] al principio, y volver a hacerlo en una hora si los síntomas no se mitigan.

En ocasiones, las pacientes estaban tan debilitadas que en vez de hemorragias sistémicas se optaba por flebotomías menos copiosas pero que actuarán localmente. Se rapaba a la paciente y se colocaban sanguijuelas y ventosas en su cabeza para la desviación local de la sangre del encéfalo.

La paciente con eclampsia ha sido sujeta a estilos de tratamiento que hoy en día nos pueden parecer sorprendentes. Zuspan y Ward (1964) escribieron que la paciente ecláptica ha sido “sangrada, purgada, empaquetada, lavada, irrigada, puncionada, puesta en ayuno, sedada, anestesiada, paralizada, mareada, deshidratada”, etc., y que entre los procedimientos que se le han aplicado se encuentran “sondeo uretral, implantación de uréteres en el colon, descapsulación renal, drenaje de líquido espinal, trepanación”, etc.

Hasta existía la curiosa práctica de arrojar agua fría por sorpresa a la cara de las pacientes. Con el tiempo se notó que esto tendía a agravar las convulsiones en vez de disminuirlas.

Sin embargo, todos estos tratamientos tenían razón de ser a la luz de alguna hipótesis.

Sangre envenenada

Pero la flebotomía continuó siendo durante mucho tiempo el tratamiento base. Esta práctica se vio reforzada por la visión de la preeclampsia como una toxemia, que ya se había postulado desde mediados del siglo XVII. Dicha visión planteaba que la preeclampsia era causada por una abundancia de toxinas en el torrente sanguíneo. Mahomed (1874) escribió: “la sangre de la madre esta sobrecargada de material de desecho, tiene que descargar las materias excrementicias del feto por sus propios órganos excretores; su sangre está, por tanto, envenenada”. Por esta razón, además de las flebotomías, se recomendaba aumentar todas las funciones excrementicias de la madre mediante purgantes, eméticos, enemas y lavados gástricos, y sudoríficos.

En la búsqueda de la toxina causante de la eclampsia, investigadores franceses sugirieron a finales de 1800 que el origen de las toxinas era una infección

bacteriana. Fabre inyectó en conejos una bacteria del género *Micrococcus*, que tomó de placentas de mujeres eclámpicas. Los conejos presentaron convulsiones clónicas, tetania y daño renal. Se sugirió que esta bacteria, con el nombre tentativo de *Micrococcus eclampsiae*, era el posible causante de la eclampsia.

Esta hipótesis fue rápidamente descartada.

Leche en la orina

Otra toxina que se pensó era la causante de las diferentes manifestaciones de la preeclampsia, fue la urea. Esta toxina se eleva cuando existe un mal funcionamiento en los riñones y éste se corrobora cuando se detectan proteínas en la orina (fenómeno llamado proteinuria). El descubrimiento de la proteinuria se acredita a Fredrik Dekkers (1664), médico holandés. Él dice: "he encontrado que esta orina, cuando se pone al fuego, pronto se vuelve lechosa; realmente huele a leche y tiene el sabor de leche dulce [...] se puede concluir que esta orina es un tipo de quilo claro y muy delgado, o un fluido nutritivo".

Esta "leche" no es sino la proteína llamada albúmina, que se encuentra en nuestra sangre, y que aparece en la orina debido al mal funcionamiento de los riñones que ocurre en la preeclampsia, y que al ser expuesta al calor sufre un proceso de coagulación. Con métodos similares, Lever demuestra en 1843 proteinuria en 9 de 10 eclámpicas. Durante un tiempo, este descubrimiento, más que aclarar la naturaleza de la enfermedad, llevó a mayor confusión. Debido a que la preeclampsia comparte la proteinuria, y otras características más, con la enfermedad de Bright, algunos médicos confundieron ambas enfermedades, incluso cuando apenas se estaba superando la confusión con la epilepsia. Cabe mencionar que se designaba como enfermedad de Bright a lo que hoy sabemos son distintas enfermedades renales, antes de que avances en los estudios patológicos las distinguieran entre sí. El término actual equivalente sería nefritis crónica.

Hoy en día la proteinuria se puede descubrir en la orina de embarazadas con preeclampsia mediante pruebas muy sencillas. Éstas se pueden realizar incluso en el consultorio médico. Es esencial que exista proteinuria para poder realizar el diagnóstico de preeclampsia.

Pulso inflamado

Además de la proteinuria, otra manifestación que es esencial para hacer el diagnóstico de preeclampsia es la hipertensión arterial. Aunque los clínicos antiguos no tenían los métodos con los que contamos ahora para medir la presión arterial, al tomar el pulso notaban alteraciones importantes. Como antecedente se sabe que los chinos, los indios y otros pueblos detectaban una amplia variedad de enfermedades mediante el pulso. Aetios de Amida, en el siglo VI, escribió que las embarazadas “gravemente enfermas, son afectadas por un trastorno estuporoso algunas sufren convulsiones y su pulso es fuerte e inflamado”.

Fue hasta 1853 cuando Vierordt inventó el primer aparato para medir rudimentariamente la presión arterial. Consistía en un esfigmógrafo (que graficaba el pulso del paciente en un papel), al que se incorporaron unas pesas que bloqueaban el flujo en la arteria radial del antebrazo. Se medía el peso necesario para alterar el trazo del pulso en el papel del esfigmógrafo.

Este método era impreciso, y nuevas versiones fueron mejorando la medición. Es en 1897 que se acredita a Vásquez y Nobecourt con el descubrimiento de la hipertensión en mujeres con eclampsia.

En nuestros días es rutinario el chequeo de la presión arterial en todas las embarazadas como método de detección temprana de la preeclampsia.

Término del embarazo

La cura definitiva de la preeclampsia es, hasta nuestros días, terminar el embarazo. Los estudios actuales suelen apuntar a una inadecuada implantación de la placenta como uno de los factores desencadenantes de la preeclampsia. Cuando termina el embarazo, y la placenta es retirada, la eclampsia entonces termina.

De la Motte, como otros, reconoció en 1722 el efecto beneficioso del nacimiento sobre las convulsiones:

“Cuando la madre daba a luz, las convulsiones cesaban inmediatamente”.

Autores como Denman advirtieron tan temprano como 1768 que la práctica de apresurar por todos los medios posibles el nacimiento era indeseable, y recomendó un manejo más expectante, pero con el advenimiento de la anestesia obstétrica las prácticas conservadoras se olvidaron y el “accouchement forcé”, o parto forzado, comenzó a ganar adeptos.

A finales del siglo XIX, el tratamiento estándar para la eclampsia eran purgas y sangrías. Cuando no se presentaba mejoría se dilataba manualmente el cérvix para forzar el nacimiento.

Con el cambio de siglo, parte del arsenal de instrumentos obstétricos, como el dilatador de Bossi, comenzaron a ser usados con el propósito de apresurar el parto en la eclampsia. El escocés J. W. Ballantyne escribió en 1903:

La rápida dilatación del cuello del útero con el dilatador de cuatro hojas de Bossi es tal vez el método más nuevo de tratamiento en nuestra profesión. Mi primer caso usándolo fue con una primípara, de 23 años [...] Había tenido tres convulsiones previo a su ingreso, con importante cefalea dos días antes, y la dilatación del cérvix era de una pulgada. Inserté el dilatador de Bossi a las 10 pm y obtuve dilatación del cérvix en veinte minutos. Luego apliqué fórceps, pero no pude obtener rotación de la cabeza [para extraer al feto]. Había evidencia de que el feto estaba muerto, así que realicé craneotomía y extraje rápidamente (los restos). La madre se recuperó totalmente, y no hubo laceración del cérvix”.

También la cesárea comenzó a ser usada a principios del siglo XIX, pero generalmente con un índice de mortalidad materna de alrededor de 30%, llegando hasta 50% o más en algunos hospitales.

Por ello, la cesárea era usada como una última alternativa, y sólo después de intentar extraer al feto por otros métodos.

Uso de fármacos

La anestesia obstétrica tomó fuerza al introducirse el cloroformo y el éter como anestésicos por Simpson en 1847. En 1859 se usó por primera vez la morfina como tratamiento de la eclampsia. Estos y otros anestésicos y sedantes cayeron en desuso después de algunos años por su ineficacia y por sus efectos adversos, como daño hepático en el caso del cloroformo.

El uso del sulfato de magnesio en el tratamiento de la eclampsia fue reportado en 1925 por Lazard, y del uso resultó una marcada reducción de la mortalidad. El sulfato de magnesio es el medicamento que se usa hasta nuestros días como prevención y tratamiento de la eclampsia. El uso de este medicamento inmediatamente que se le diagnostique a la gestante la preeclampsia leve se le administra vía oral en dosis de cada 12 horas y se emite la preeclampsia grave y la eclampsia. Ha demostrado en estudios de gran escala que tiene la menor

mortalidad y el mejor pronóstico para las pacientes con preeclampsia severa, evitando que progresen a la temible eclampsia. De igual manera, el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas ha reducido las muertes causadas por las cesáreas, lo que ha llevado a hacer el pronóstico de una paciente con preeclampsia o eclampsia mucho mejor que en el pasado.

En estudios preliminares realizados en el Hospital "Miguel H. Alcivar", en el área de Ginecología y Obstetricia; en el proceso se constataron insuficiencias como: El deficiente conocimiento para realizar diagnósticos en gestantes con preeclampsia en estado, causa realizar partos por cesáreas, ya que se formulan incorrectos diagnósticos de preeclampsia, pudiéndose obtener partos normales, que favorezcan el estado de salud; tanto de la madre y del R.N.

2. Problema de investigación

2.1. Definición del problema

La preeclampsia es una complicación grave del embarazo frecuentemente se asocia con una considerable morbilidad materno y fetal.

Cada día muere de 1000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y con menor nivel educativo. En comparación con las mujeres de más edad, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante, después del parto puedes salvarles la vida a las embarazadas y los recién nacidos.

La hipertensión arterial es la segunda causa de muerte materna en nuestro país. A veces la hipertensión en el embarazo se asocia a un cuadro clínico llamado "preeclampsia", su síntoma principal es la presión alta, esta es una complicación del embarazo muy peligrosa, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos severos pone en peligro la vida del feto y de la madre.

2.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son los cuidados de enfermería que reciben las gestantes con preeclampsia en el Hospital Miguel H Alcivar de Bahía de Caráquez y Centro de salud 24H de Pedernales?

2.3. Preguntas derivadas.

¿Cuáles son los factores socio-culturales que afectan en el control de enfermería a las pacientes con preeclampsia?

¿Cuáles son los cuidados de enfermería que se les brinda a las pacientes con preeclampsia?

¿Qué tipo de propuesta se puede realizar para el control de enfermería en gestantes con pre-eclampsia?

2.4. Objeto

El estudio se realizará en el Hospital Miguel H. Alcivar del Cantón Sucre y el Centro de Salud 24 horas del Cantón Pedernales.

2.5. CAMPO

Hospital Miguel H Alcivar de Bahía de Caráquez y Centro de salud 24 horas de Pedernales.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general.

Valorar los cuidados de enfermería en pacientes con pre-eclampsia a través de la observación y la aplicación de encuestas para reducir las complicaciones de las gestantes que asisten al Hospital Miguel Hilario Alcívar de Bahía de Caráquez y Centro de Salud 24 horas de Pedernales.

3.2. Objetivos específicos.

Identificar los factores socio-culturales que inciden en las complicaciones en gestantes con pre-eclampsia.

Definir cuáles son los cuidados de enfermería que se les deben brindar a las gestantes con preeclampsia.

Realizar una propuesta que contribuya a la disminución de factores de riesgo de las gestantes con preeclampsia.

4. JUSTIFICACIÓN

En cada control prenatal se debe evaluar el riesgo empleando tiempo para dar educación a la madre, prepararla física y psicológicamente sobre su estado y los cuidados que este implica, creando mayor acercamiento y confianza hacia los servicios de salud donde se facilitara una mejor disposición de la madre para su autocuidado y la detección oportuna de problemas que le pueden complicar su gestación y para buscar ayuda prontamente a las instancias pertinentes.

Las normas del Ministerio de Salud indican que el control prenatal debe ser adecuado en cantidad y calidad, en forma integral y oportuna manejando el enfoque de riesgo que tiene enorme potencial de contribución a la salud materna y perinatal y es un claro ejemplo de la medicina preventiva.

En la actualidad los casos de Preeclampsia en el Ecuador han aumentado de forma considerable, por este motivo la decisión de abordar este tema, ya que a pesar de la evidente situación no se conoce con exactitud los índices que tiene el presente problema.

Mediante la información recolectada se ha llegado a conocer a fondo diversos expertos de la Preeclampsia por lo que podemos denominar como un tema de gran interés ya que favorecerá no solo el ámbito de la salud sino también de la sociedad ya que se aportara para controlar y/o disminuir el presente problema y a su vez damos colaboración al cumplimiento de la calidad de vida que promueve nuestro gobierno actual.

CAPITULO I

5. MARCO TEÓRICO

5.1. PREECLAMPSIA

La preeclampsia es una patología exclusiva del embarazo. Se presenta a partir de la semana 20 y hasta el día 30 posparto, y se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria (proteínas en la orina). La preeclampsia también puede ir acompañada de edema, aunque no es una condición necesaria para diagnosticar la enfermedad (Redacción ONMEDA, 2016 pág. 1).

Las toxemias del embarazo son trastornos que se presenta durante la gestación (alrededor de la semana 24 de la gestación), durante el parto o el puerperio en una mujer aparentemente sana, caracterizándose por edema, hipertensión y albuminuria pudiendo llegar a las convulsiones o al coma.

La preeclampsia (conocida también como toxemia o gestosis) es una de las complicaciones más graves del embarazo, pues el estado de salud de madre e hijo se puede ver gravemente comprometido si no se pone el tratamiento adecuado. Así, supone un riesgo de daño cerebral o neurológico, de alteraciones renales y alteraciones pulmonares y de trastornos en la coagulación sanguínea, entre otros, que pueden ser fatales (Redacción ONMEDA, 2016 pág. 1).

5.2. Clasificación de la preeclampsia en el embarazo.

Esta enfermedad propia de la gestación pasa por varios estadios desde su inicio hasta llegar a la gravedad de los síntomas. Según sus D, Nápoles en el 2016 se clasifica en:

Hipertensión arterial crónica

Se le considera a la tensión arterial de 140/90 mm de Hg o mayor antes del embarazo o de la semana 20 de gestación. La HTA diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica también como hipertensión arterial crónica.

En el primer y segundo trimestres del embarazo existe un descenso de la tensión arterial de 10 mm de Hg, aunque para algunos especialistas el decrecimiento de la TA en el primer trimestre puede ser de 10-15 mm de Hg para la TA sistólica y de 20 mm de Hg para la diastólica; por ello las pacientes con HTA crónica presentan en el tercer trimestre cifras iguales a las pre gravídicas, que muchos interpretan como preeclampsia.

Las cifras tensionales para el primer trimestre en 120/80 mm de Hg no definen un diagnóstico de HTA crónica, pero sí establecen el riesgo para su aparición y determinan un seguimiento estricto.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida.-Suele presentarse en pacientes con HTA en las primeras 20 semanas, pero sin proteinuria, en quienes posteriormente aparece proteinuria igual o mayor de 300 mg/dL.

También aparece en las primeras 20 semanas en pacientes con HTA y proteinuria, en las que posteriormente aparece:

- a) Incremento brusco de las proteínas
- b) Incremento brusco de la TA en mujeres con HTA controlada
- c) Trombocitopenia y alteraciones de las enzimas hepáticas.

Hipertensión gestacional

Es la elevación de la tensión arterial después de 20 semanas de gestación en ausencia de proteinuria o de otros síntomas de daño sistémico; se incluye un grupo heterogéneo de procesos cuyo diagnóstico se realiza de forma retrospectiva o retrospectiva según la entidad clínica que se presente.

- Una preeclampsia precoz en la que aún no haya aparecido proteinuria y sin la aparición de los nuevos elementos para el diagnóstico.
- Una hipertensión crónica, cuando persista más allá de las 12 semanas del período posparto.

- **Hipertensión transitoria:** generalmente este será un término para emplearlo de forma retrospectiva si se descarta la preeclampsia y la HTA crónica, el cual se reafirma cuando desaparece ante de las 12 semanas después del parto. En estas pacientes la morbilidad y mortalidad materna y perinatal no se diferencia de las presentadas en la población general.

Se ha notificado la posibilidad de introducir las clasificaciones leve o grave para la hipertensión gestacional, en dependencia de las cifras tensionales, según criterios ya descritos.

5.3. Fisiopatología o Causas.

Aún no sabemos nada acerca de la causa de la enfermedad; es imprescindible la existencia de un trofoblasto activo y se ha demostrado la existencia de un terreno de riesgo, es decir, factores que favorecen el desarrollo de la preeclampsia.

La fisiopatología de la preeclampsia implica factores maternos, placentarios y fetales, que determinan dos alteraciones fisiopatológicas fundamentales; una invasión anómala del trofoblasto y una disfunción endotelial secundaria, que explica la microangiopatía producida en la preeclampsia, con el riesgo latente de daño a órganos diana como el corazón, cerebro, riñón, hígado, placenta y sistema hematológico (A, Lagos y Otros. 2013)

- Tiempo gestacional.
- Edades maternas extremas.
- Historia familiar de pre eclampsia (familiares de primer grado).
- Obesidad.
- Gestación múltiple.
- Hipertensión arterial crónica o enfermedad renal previas.
- Bajo peso materno al nacer.
- Diabetes Mellitus pre gestacional.
- Infecciones materna.
- Patrones culturales y socio-económico.
- Cuidados prenatales deficiente.

5.3.1. Relacionados con la pareja:

- Embarazo luego de técnicas de fertilización asistida
- Efecto protector del cambio de pareja en caso de preeclampsia previa.
- Pareja masculina de riesgo.

5.4. Síntomas

Según la Web Baby Center en el 2015: La preeclampsia no siempre tiene síntomas obvios, pero es importante saber reconocer los signos de alerta de esta condición.

Una hinchazón inexplicable es la señal más común. Llama a tu médico o partera inmediatamente si notas hinchazón en la cara o alrededor de los ojos, o si las manos, los pies o los tobillos se te hinchan excesivamente o se te hinchan de repente.

La hinchazón excesiva se produce debido a la retención de líquidos, que además puede provocar un aumento rápido de peso. Por eso coméntale también al médico o partera si aumentas más de 2 kg (alrededor de 4 libras) en una semana. Sin embargo, se debe tener presente que no todas las mujeres con preeclampsia presentan hinchazón muy visible o un incremento de peso drástico, y no todas las mujeres que presentan hinchazón o rápido aumento de peso tienen preeclampsia.

Además los siguientes signos de alerta de la preeclampsia:

- Dolor de cabeza fuerte o persistente.
- Alteraciones de la vista, como visión doble, borrosa, con puntos o destellos de luz; sensibilidad a la luz o pérdida temporal de la visión.
- Molestias fuertes o dolor al palpar la parte superior del abdomen.
- Náuseas o vómitos.

Los síntomas pueden variar de una mujer a otra, y la preeclampsia también puede ocurrir sin ninguna señal obvia, sobre todo en su etapa inicial.

Algunos síntomas de la preeclampsia, como hinchazón, náusea y aumento de peso, pueden parecer molestias normales del embarazo. Es por eso que podrías no saber que tienes preeclampsia hasta que te la detecten en una visita prenatal de rutina. Esta es una de las razones por las cuales es tan importante acudir a las visitas prenatales.

5.5. Pruebas y exámenes

De acuerdo a la Enciclopedia Medlineplus: El médico llevará a cabo un examen físico, el cual puede mostrar:

- Hipertensión arterial, por lo regular superior a 140-90 mm/Hg.
- Hinchazón en las manos y la cara.
- Pérdida de peso.

Se harán exámenes de sangre y orina, los cuales pueden mostrar:

- Proteína en la orina (proteinuria).
- Enzimas hepáticas más altas que lo normal.
- Conteo de plaquetas inferior a 100,000.

Coagulograma.

También se harán exámenes para ver estado fetal.

Realizar pruebas de bienestar.

Los resultados de una ecografía del embarazo, una cardiotocografía en reposo y otros exámenes ayudarán al médico a decidir la viabilidad fetal.

5.6. Tratamiento

La única forma de curar la preeclampsia es la extracción del feto, ante que la complicación sea mayor.

Usted puede recibir medicamentos para ayudar a inducir el parto o puede necesitar una cesárea.

Si el feto no está totalmente desarrollado y usted tiene preeclampsia leve, la enfermedad con frecuencia puede manejarse en casa hasta que su feto tenga una buena probabilidad de sobrevivir después del parto. El médico probablemente recomiende lo siguiente:

- Reposo en cama es de extraordinaria importancia decúbito lateral izquierdo porque existe mejor flujo sanguíneo placentario, mejor oxigenación al feto, reduce la demanda de volumen sanguíneo circulante y el estímulo de retención de sodio.
- Asistir a consultas prenatales periódicamente o como el médico las oriente.
- Realizar pruebas de bienestar fetal, el test de movimiento fetal, cardiotocografía, ecografía, conocer la vitalidad fetal.

- Si signos de agravamiento ingreso de inmediato a la gestante en una unidad hospitalaria.

El tratamiento en el hospital puede involucrar:

- Monitoreo cuidadoso de la madre y el feto.
- Medicamentos para controlar la presión arterial, al igual que prevenir convulsiones y otras complicaciones.
- Administrar esteroides (después de la semana 24) para ayudar la maduración pulmonar del feto.
- El médico indicara cuando será el momento más seguro para realizar el parto o la cesárea, considerando: La edad gestacional, los síntomas de agravamiento de la madre.

Es necesario sacar el feto si hay signos de preeclampsia grave, como:

- Realizar pruebas de bienestar fetal para verificar que no se nos instale un crecimiento intrauterino retardado (CIUR) bien o no está recibiendo suficiente oxígeno.
- Cifras de presión arterial de la gestante está por encima de 110 mmHg o es mayor a 100 mmHg de forma constante durante un período de más de 24 horas.
- Resultados anormales en las pruebas de la función hepática.
- Cefalea intensa.
- Dolor en epigastrio en forma de barra.
- Convulsiones o cambios en la actividad mental (eclampsia).
- Líquido en los pulmones de la gestante (edema pulmonar).
- Síndrome HELLP (infrecuente).
- Conteo plaquetario bajo o sangrado.
- Proteinuria en la orina y otros signos de agravamiento.

5.7. Pronóstico

Los signos y síntomas de preeclampsia generalmente desaparecen por completo 6 semanas después del parto. Sin embargo, algunas veces, la hipertensión arterial empeora en los primeros días del puerperio.

Si usted ha tenido preeclampsia, es más propensa a desarrollarla de nuevo en otro embarazo; sin embargo, normalmente no será tan grave como la primera vez.

5.8. Posibles complicaciones

El Médico Interno Residente, especialista en Dermatología Medicoquirúrgica y Veneorología David Saceda Corralo menciona que:

Las complicaciones que puede ocasionar la preeclampsia son varias; las más importantes son el síndrome HELLP y la eclampsia, pero hay más.

Síndrome HELLP.- Es una complicación rara que afecta sobre todo a la sangre y al hígado. Se caracteriza por provocar a la embarazada:

- Rotura de los glóbulos rojos dentro de los vasos sanguíneos.
- Déficit de plaquetas.
- Transaminasas y bilirrubina elevadas en la analítica sanguínea.
- Los síntomas que suele padecer la paciente son dolor abdominal en la boca del estómago y más a la derecha, cerca de las costillas, que es donde está el hígado, náuseas, vómitos, dolor de cabeza y diarrea.

Eclampsia.- Es la consecuencia de una preeclampsia mal tratada o imposible de controlar. El 50% de las eclampsias sucede durante el embarazo, el 15% durante el parto, y el resto en las primeras horas del puerperio. Ocurre cuando la contracción difusa de los vasos sanguíneos es tan grande que el paso de sangre a través de ellos es escaso y se producen micro infartos. El órgano más importante que se ve afectado en la eclampsia es el cerebro, tanto es así que se producen convulsiones y coma, lo que se conoce como ataque eclámpico. El ataque eclámpico tiene varias fases:

- **Fase prodrómica:** la embarazada comienza a notar síntomas idénticos a los descritos anteriormente en la preeclampsia grave.
- **Fase de invasión:** dura menos de treinta segundos; la mujer mueve la cabeza de un lado a otro y mueve los músculos de la cara.
- **Fase de contracción tónica:** dura de quince a veinte segundos; se contraen todos los músculos, y la embarazada queda con el tronco rígido, los brazos pegados a él, el cuello estirado hacia atrás, la boca fuertemente cerrada y la respiración paralizada en espiración forzada.

- **Fase de contracciones clónicas:** dura uno o dos minutos, y durante este lapso de tiempo se contrae y relaja intermitentemente todo el cuerpo. Los hombros y la cabeza se mueven hacia atrás en sacudidas, y sale una espuma blanquecina de la boca. Poco a poco las sacudidas son menos frecuentes hasta que desaparecen. Los antiguos griegos comparaban estas sacudidas a los destellos de los rayos (eso significa eklampsis).
- **Fase de coma:** la embarazada queda inconsciente, inmóvil, y respira con dificultad. La recuperación del coma es muy lenta y después no recuerda nada de lo que ha pasado.

Otras complicaciones también frecuentes pero menos graves son:

- **Edema pulmonar:** los pulmones se encharcan de sangre, ya que el corazón no es capaz de expulsar la sangre de los mismos.
- **Fracaso renal:** el daño en los riñones es tan grande que dejan de funcionar y no se produce orina.
- **Shock circulatorio:** al producirse el parto, las toxinas que provocan la constricción difusa de los vasos sanguíneos desaparecen, y las arterias se dilatan hasta su estado normal. Sin embargo, la cantidad de sangre ha disminuido y en ocasiones no hay suficiente.
- **Rotura hepática:** se producen hemorragias dentro del hígado, que lo distienden e incluso pueden provocar su rotura desde dentro.

5.9. Prevención

La prevención de la preeclampsia- eclampsia Aunque no hay una forma conocida de prevenir. Más que evitar la enfermedad, la atención médica debe dirigirse a dos objetivos fundamentales.

Descubrir los terrenos de riesgo en que la enfermedad pueda desarrollarse.

Encontrar y tratar los riesgos iniciales y las formas ligeras para evitar el desarrollo de las formas más graves.

5.10. Cuidados de enfermería

Para E, Raffensperger la enfermera debe brindar los siguientes cuidados a las gestantes con preeclampsia;

- Orientarle a la gestante que guarde reposo en cama en decúbito lateral izquierdo, para mejorar la función renal e incrementar el riesgo sanguíneo de la placenta.
- Medir la presión arterial cada cuatro horas.
- Verificar los reflejos tendinosos profundos dos veces al día.
- Pesar a la paciente todos los días
- Medir la ingestión de líquidos y la diuresis todos los días
- Ordenar una dieta saludable
- Vigilar la actividad y la frecuencia cardíaca fetales, así como la reacción a las contracciones maternas.
- Ordenar los estudios ecográficos prescritos para valorar la función placentaria.
- Administrar los hipotensores prescritos sin interrumpir la administración de líquidos intravenosos.
- Realizar exámenes de laboratorios diarios.

5.11.-MANEJO DE LA PACIENTE POST PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

Planificación familiar.- Orientar acerca de las opciones en los diferentes métodos anticonceptivos para la planificación familiar, el espaciamiento en los embarazos y la prevención del embarazo no planeado, aborto y sus graves complicaciones.

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM 005-SSA2-1993) describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

La orientación y consejería se enfocará a la disminución de los factores de riesgo para preeclampsia/eclampsia, como son: disminuir el número de mujeres con periodos intergenésicos cortos, mejorar el estado nutricional en el periodo

pregestacional y especial atención a aquellas mujeres que en sus embarazos anteriores presentaron preeclampsia/eclampsia.

El método anticonceptivo se elegirá conjuntamente entre el médico y la paciente de acuerdo a las conveniencias y los deseos reproductivos de la mujer.

CAPITULO II

6. DISEÑO METODOLÓGICO.

6.1. MÉTODOS:

Deductivo: Porque se procedió de manera lógica del análisis universal a lo particular.

6.2. TÉCNICAS

6.2.1. Documental: (Bibliografía).- Porque hubo la necesidad de revisar todo aquello que se haya investigado en torno al tema que se propone estudiar, así como sus referentes teóricos y la información disponible (libros, textos, revistas, periódicos, archivos, documentos e internet), normas de Ministerio de Salud Pública.

6.2.2. Cuestionario: Es más cuantitativa que cualitativa, debido a su propia estructura y organización, estructurado con preguntas abiertas y cerradas de acuerdo a lo establecido en la operacionalización de variables.

6.2.3. Estadística: Porque se promediara todos los valores obtenidos.

6.2.3.1. Tabulación: Se realizara manualmente, ya que es oportuno y conveniente utilizarlo cuando la investigación requiere de poco formulario, o cuando se trata de información básicamente cualitativa y de opinión.

6.2.3.2. Procedimiento de datos: Es la interrelación o cruzamiento de las variables construidas en el diseño de la investigación. Este cruzamiento de variable va a responder a las necesidades relacionadas con la demostración de la hipótesis y objetivos.

6.2.3.3. Presentación de resultados: Además de describir los datos de manera matemática, se sugiere realizar una descripción visual por medio de tablas y gráficos(herramientas estadísticas)

6.2.4. Instrumentos de trabajo de campo

Cuaderno de notas

Cámara fotográfica

Cuestionario

Datos estadísticos

Fuentes bibliográficas

6.3. RECURSOS

6.3.1. Humanos

Directora de Trabajo Investigativo

Investigadoras

Grupo de pacientes con preeclampsia involucradas en el estudio

Grupo de profesionales de la institución

6.3.2. Materiales

Computador

Impresora

Flash memory

Resmas de papel A4

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	COMPUTADORA PORTATIL	\$590,00	\$590,00
100	COPIAS	\$0,05	\$50,00
100	IMPRESIONES	\$0,10	\$10,00
1	FLASH MEMORY	\$10,00	\$10,00
60	TRANSPORTE	\$3,00	\$180,00
3	ANILLADOS	\$2,00	\$6,00
1	VARIOS	\$200,00	\$200,00
	TOTAL		\$1046,00

6.4. Población Y Muestra

Población: 36 pacientes con preeclampsia aproximadamente recibieron atención en el Hospital Miguel H. Alcivar.

Total: 36 Mujeres

Criterios de inclusión

- 1- Bahía de Caráquez (Hospital Miguel Hilario Alcívar)
- 2- Pedernales (Centro de Salud 24 horas)
- 3- Tener hasta los 40 años de edad
- 4- Pacientes con preeclampsia.
- 5- Tenga algún registro sobre la visita realizada por un profesional (médico ginecológico o enfermera).

6.5. Descripción del método

Los instrumentos a utilizar en la presente investigación son:

6.5.1. La encuesta:

Utilizaremos la técnica de la encuesta en embarazadas para conocer desde el punto de vista de ellas (que en este caso son el objeto de estudio) si conocen todo lo referente a la pre – eclampsia

7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES CON PREECLAMPSIA

Cuadro N° 1

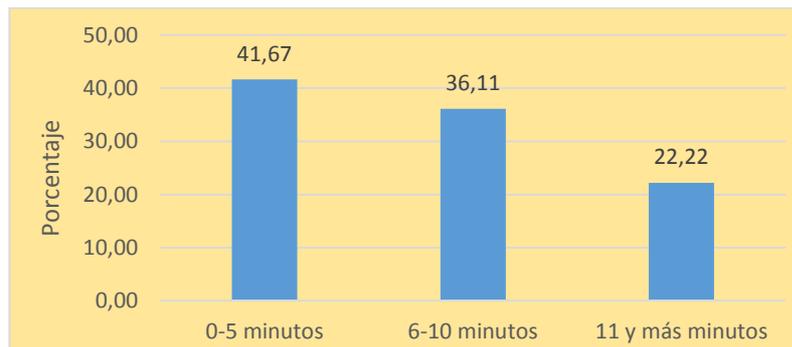
Accesibilidad geográfica

Orden	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	F	%
1	0-5 minutos	15	41,67
2	6-10 minutos	13	36,11
3	11 y más minutos	8	22,22
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa.

Marly Morales Hidalgo



Análisis e Interpretación de Resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestra que las usuarias llegan a las unidades de salud en un 41,67% de 0-5 minutos; el 36,11% de 6-11 minutos; el 22,22% de 11 y más minutos.

Cuadro N° 2

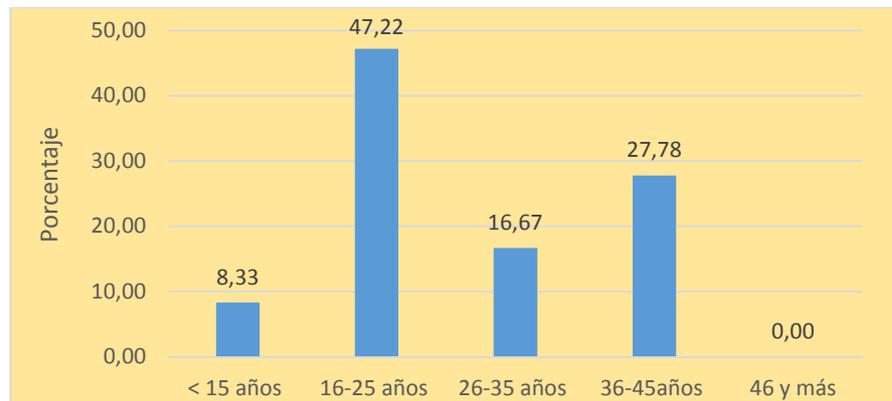
Edad

Orden	EDAD	F	%
1	< 15 años	3	8,33
2	16-25 años	17	47,22
3	26-35 años	6	16,67
4	36-45 años	10	27,78
5	46 y más	0	0,00
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa.

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran que las edades con mayor riesgo es un 47,22% de 16-25 años; el 27,78% de 36-45 años; el 16,67% de 26-35 años; el 8,33% de < 15 años.

Cuadro N°3

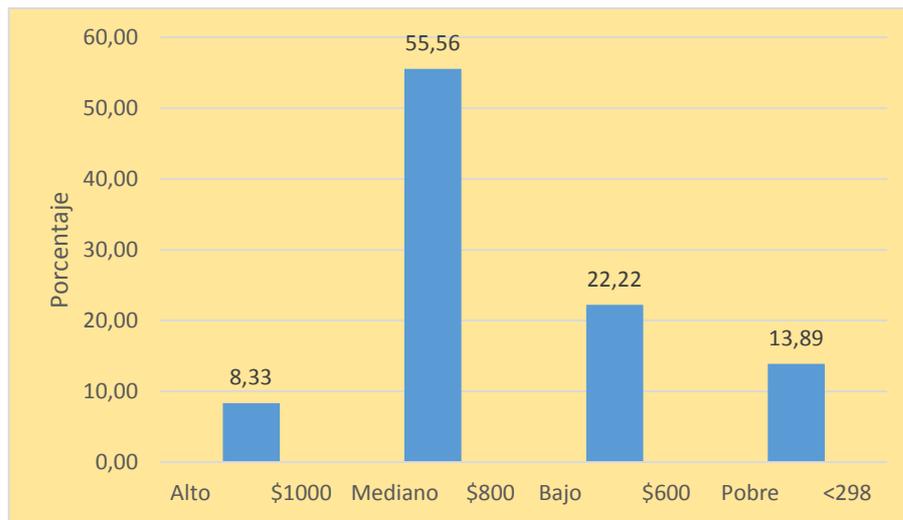
Extracto social

Orden	EXTRACTO SOCIAL	F	%
1	Alto \$1000	3	8,33
2	Mediano \$800	20	55,56
3	Bajo \$600	8	22,22
4	Pobre <298	5	13,89
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa.

Marly Morales Hidalgo



Análisis e Interpretación de Resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran el extracto social un 55,56% de 16-25 mediano; el 22,22% bajo; el 13,89% pobre; 8,33% pobre.

Cuadro N ° 4

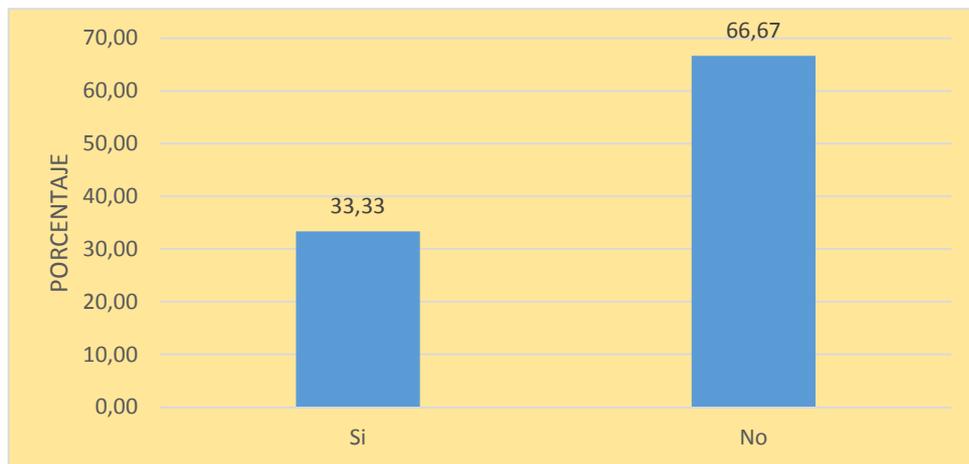
Reciben bono solidario

Orden	BONO SOCIAL	F	%
1	Si	12	33,33
2	No	24	66,67
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa.

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran que las pacientes tienen un 66,67% dice que no; el 33,33% dice que sí.

Cuadro N° 5

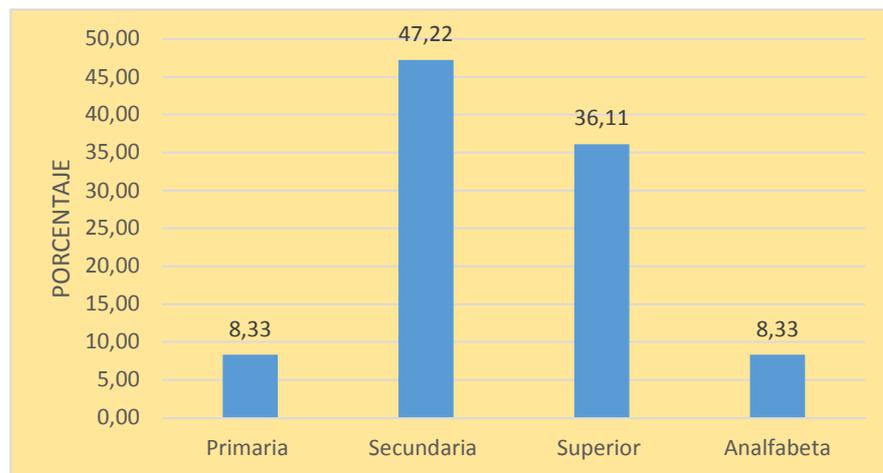
Nivel educativo

Orden	NIVEL EDUCATIVO	F	%
1	Primaria	3	8,33
2	Secundaria	17	47,22
3	Superior	13	36,11
4	Analfabeta	3	8,33
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran el tipo de educación que tienen las pacientes 47,22% es secundaria; el 36,11% superior; el 8,33% primaria; el 8,33% analfabeta.

Cuadro N° 6

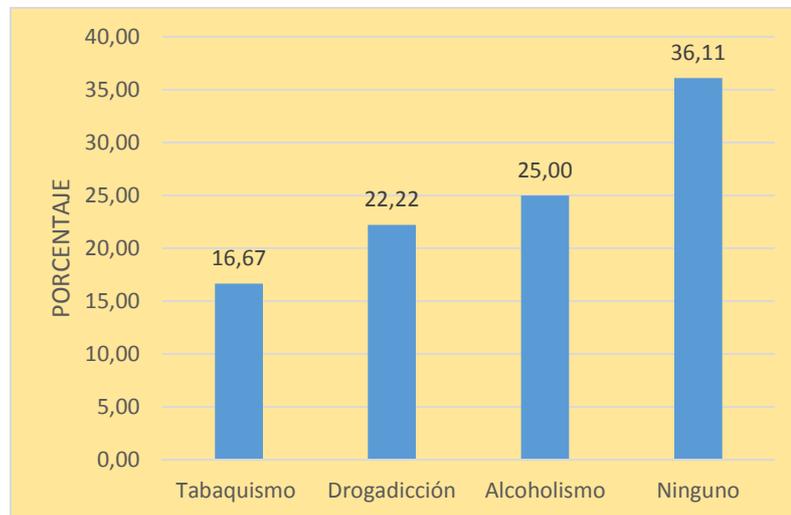
Hábitos y Costumbres

Orden	HÁBITOS Y COSTUMBRES	F	%
1	Tabaquismo	6	16,67
2	Drogadicción	8	22,22
3	Alcoholismo	9	25,00
4	Ninguno	13	36,11
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran el habito tienen las pacientes 36,11% es ninguno; el 25,00% alcoholismo; el 22,22% drogadicción; el 16,67% tabaquismo.

Cuadro N° 7

¿Ha recibido usted control de enfermería?

Orden	ALTERNATIVAS	F	%
1	Si	36	100,00
3	No	0	0,00
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran si reciben control de enfermería 100,00% es 0,00% dice NO.

Cuadro N° 8

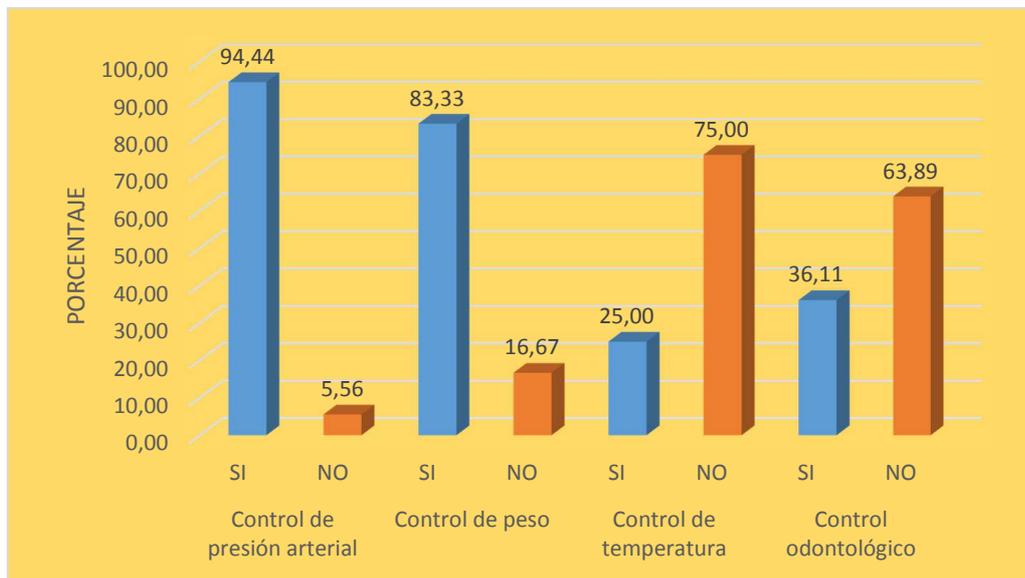
¿En qué consistió el control de enfermería?

Orden	CONTROLES	ALTERNATIVAS	F	TOTAL	%
1	Control de presión arterial	SI	34	36	94,44
		NO	2		5,56
2	Control de peso	SI	30	36	83,33
		NO	6		16,67
3	Control de temperatura	SI	9	36	25,00
		NO	27		75,00
4	Control odontológico	SI	13	36	36,11
		NO	23		63,89

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran que tipo de control reciben las pacientes 94,44% es control de presión arterial; el 83,33% es control de peso; el 25,00% control de temperatura; el 36,11% control odontológico.

Cuadro N° 9

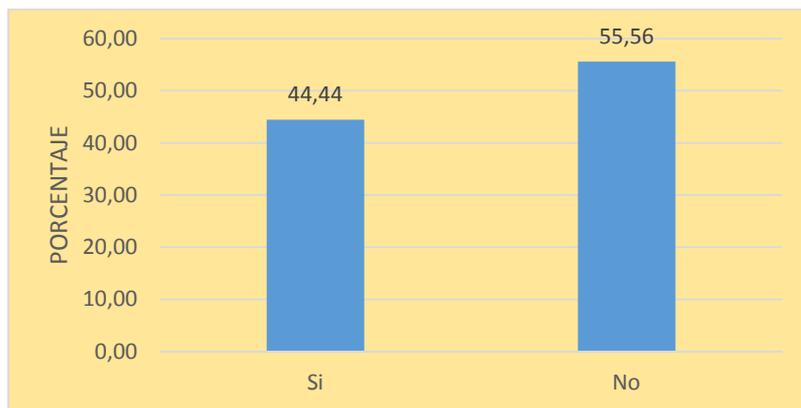
¿Considera Ud. que los cuidados de enfermería que recibió son de calidad?

Orden	ALTERNATIVAS	F	%
1	Si	16	44,44
3	No	20	55,56
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran el control de enfermería reciben las pacientes 55,56% es NO; el 44,44% es SI.

Cuadro N° 10

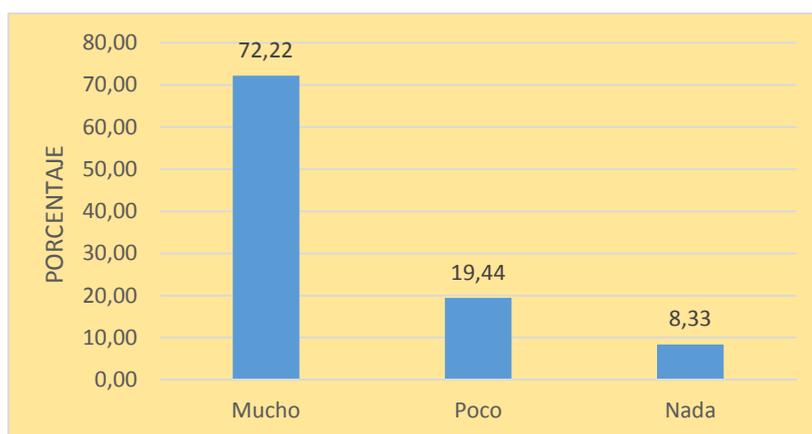
¿Considera usted que son importantes los cuidados de enfermería que se le aplicaron?

Orden	ALTERNATIVA	F	%
1	Mucho	26	72,22
2	Poco	7	19,44
3	Nada	3	8,33
	TOTAL	36	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran si es importante el control de enfermería en las pacientes 72,22% es mucho; el 19,44% poco; el 8,33% nada.

8. ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES

Cuadro N°11

¿Considera usted que el cuidado de enfermería son actividades que se realizan diariamente a cada gestante?

Orden	ALTERNATIVA	F	%
1	Si	18	90,00
3	No	2	10,00
	TOTAL	20	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran que los profesionales consideran el cuidado de enfermería como una actividad que se realiza diariamente a las gestantes, 90% si; y el 10% no.

Cuadro N° 12

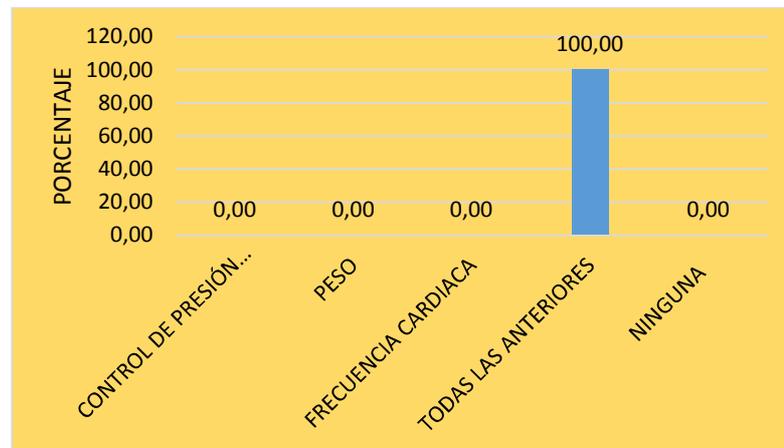
¿Para usted en que consiste el cuidado de enfermería en gestantes con pre-eclampsia?

Orden	ALTERNATIVA	F	%
1	CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL	0	0,00
2	PESO	0	0,00
3	FRECUENCIA CARDIACA	0	0,00
4	TODAS LAS ANTERIORES	20	100,00
5	NINGUNA	0	0,00
	TOTAL	20	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran que el cuidado de enfermería en pacientes con preeclampsia en un 100% consiste en control de presión, peso y frecuencia cardiaca

Cuadro N° 13

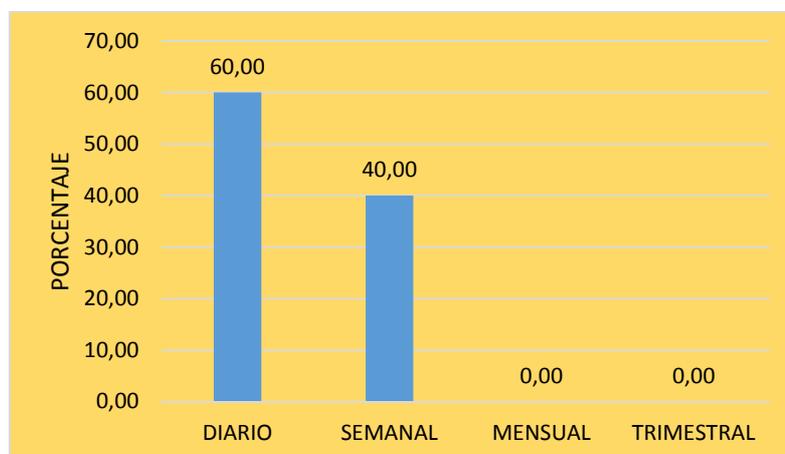
¿Con que frecuencia cree usted que debe realizar el cuidado de enfermería en gestantes con pre-eclampsia?

Orden	ALTERNATIVA	F	%
1	DIARIO	12	60,00
2	SEMANAL	8	40,00
3	MENSUAL	0	0,00
4	TRIMESTRAL	0	0,00
	TOTAL	20	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran que el cuidado de enfermería en las gestantes con preeclampsia se debe realizar en un 60% es diariamente; y un 40% semanal.

Cuadro N° 14

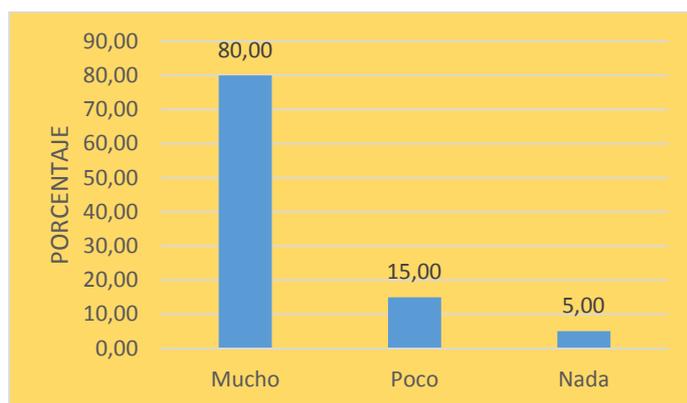
¿Considera importante los cuidados de enfermería en gestantes con preeclampsia?

Orden	ALTERNATIVA	F	%
1	Mucho	16	80,00
2	Poco	3	15,00
3	Nada	1	5,00
	TOTAL	20	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran si es importante el cuidado de enfermería en las gestantes 80% es mucho; el 15% poco; el 5% nada.

Cuadro N° 15

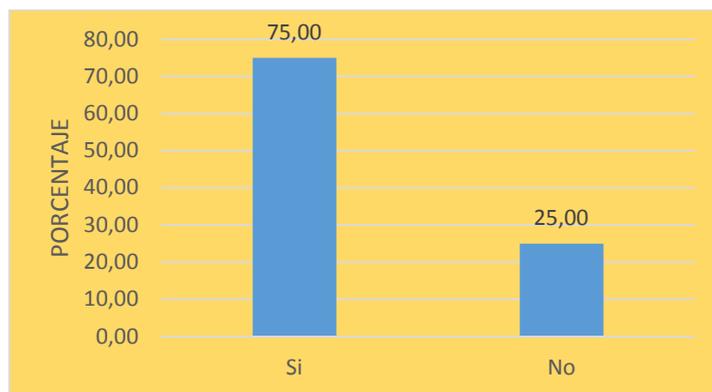
¿Cree que el control de ingesta y eliminación es importante?

Orden	ALTERNATIVA	F	%
1	Si	15	75,00
3	No	5	25,00
	TOTAL	20	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran si es importante el control de ingesta y eliminación en las gestantes con preeclampsia 75% es sí; y el 25% no.

Cuadro N° 16

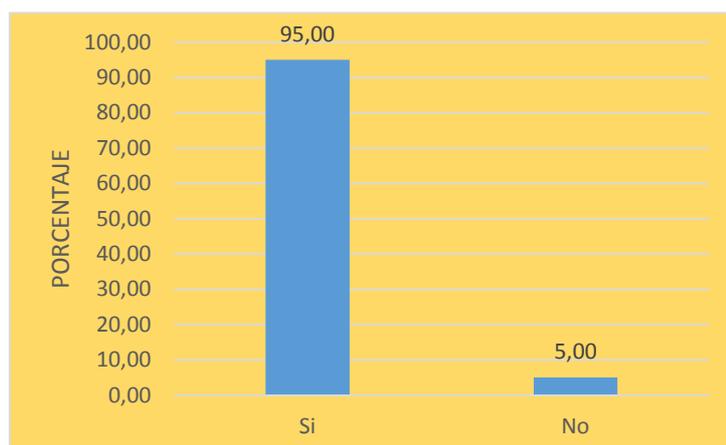
¿Considera usted que los medicamentos son parte del cuidado de enfermería?

Orden	ALTERNATIVA	F	%
1	Si	19	95,00
3	No	1	5,00
	TOTAL	20	100,00

Fuente: Pacientes con Preeclampsia.

Elaborado por: Fernanda Castillo Figueroa

Marly Morales Hidalgo



Análisis e interpretación de resultados.

De acuerdo a los resultados se demuestran si es importante los medicamentos en el cuidado de enfermería en las gestantes 95% es sí y el 5% es no.

9. DISEÑO DE PROPUESTA

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL CONTROL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA.

Nuestro propósito de diseñar y aplicar capacitación al personal de salud sobre el terreno de riesgo de la pre-eclampsia para aplicar a las mujeres embarazadas y así prevenir la incidencia de la misma.

Esta capacitación se realizara dos días en la semana, con una frecuencia de dos horas diarias se realizara en un auditorio, su contenido, estará basado en los controles de enfermería para de esta forma evitar consecuencias mortales en gestantes pre eclámpicas.

JUSTIFICACIÓN

La pre-eclampsia es uno de los principales problemas de salud pública, responsable de graves consecuencias que conlleva para la madre y feto, hasta incluso puede causar mortalidad, se ve la necesidad de realizar acciones preventivas para esta patología, mediante la orientación de las gestantes sobre los factores de riesgo y consecuencias de la preeclampsia, haciendo que ellas puedan identificarlos y contribuyendo a una detección temprana de la enfermedad. Logrando que las gestantes, médicos y obstetras formen un equipo óptimo de salud en el control prenatal, de esta manera se podrá evitar muchas complicaciones maternas y fetales.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Contribuir en la disminución de las complicaciones maternas y fetales los factores de riesgo de la pre-eclampsia en la ciudad de Bahía de Caráquez y Pedernales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Orientar a Los profesionales de salud sobre el adecuado cuidados de enfermería en gestantes con pre-eclampsia, los factores de riesgo así como sus consecuencias.

Lograr que los profesionales de salud puedan reconocer cuando las gestantes se encuentran expuestas a un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia.

Reducir las detecciones tardías de la preeclampsia en los controles prenatales.

FACTIBILIDAD

La propuesta es factible porque no involucra mayores costos, tiene una duración limitada y de corto tiempo. Se necesita la disposición de un grupo de trabajadores de salud para impartir las charlas, de materiales didácticos, bibliográficos y tecnológicos que son de fácil acceso para poder realizar el proyecto.

DESCRIPCIÓN

La capacitación se realizará en el Hospital Miguel Hilario Alcívar de Bahía de Caráquez y el Centro de Salud 24H Pedernales, con la colaboración de médicos y obstetras capacitados, quienes serán los que impartirán la información sobre la preeclampsia al personal de salud.

Se utilizará información actualizada, papelógrafos con imágenes, folletos, si es posible con diapositivas haciendo que sea una capacitación didáctica, captando el interés del personal de salud.

META

Se espera la participación del 85% del personal de salud.

RECURSOS HUMANOS

Personal de salud

Internas de enfermería

RECURSOS MATERIALES

Útiles de escritorio

Manual de normas del Ministerio de Salud Pública

Trípticos

RECURSOS FINANCIEROS

Sera solventado por las autoras del proyecto de investigación.

ACTIVIDADES

Organizar y coordinar la capacitación.

Oficio dirigido al directivo de la unidad para ejecutar el programa.

Inscribir a los participantes para la educación.

Preparar el material necesario para la capacitación.

Ejecutar la capacitación y evaluación.

10. CONCLUSIONES

- Las complicaciones que se dan en las gestantes con pre-eclampsia se deben en su mayoría a embarazados a temprana edad o a edad muy avanzada, en mujeres de un extracto social mediano.
- Los cuidados de enfermería que reciben las gestantes con preeclampsia son: Atención Prenatal Continua, peso, control de Presión Arterial y Frecuencia Cardiaca.
- Las gestantes con pre-eclampsia necesitan tener mejor atención prenatal.

11.RECOMENDACIONES

- Orientar a las mujeres sobre las consecuencias que existen en los embarazos precoces y a una edad madura, para prevenir complicaciones por pre-eclampsia.
 - Facilitar información al personal de enfermería para que realicen todos los cuidados de enfermería que necesita una gestante con pre-eclampsia.
 - Capacitar al personal de enfermería acerca de los cuidados que se deben dar a las gestantes con pre-eclampsia para evitar complicaciones.

12. BIBLIOGRAFÍA

- A, Lagos y Otros. **Fisiopatología de la preeclampsia**. Revista Obstetra Ginecológica Hospital Santiago Oriente. Chile. 2013
- Baby Center en Español. **Preeclampsia**. Junta de asesores médicos de Baby Center en Español. 2015. (WEB).
- Dr. Tango. **Enciclopedia Medlineplus, Preeclampsia**. ED Team. Estados Unidos. 2014. (WEB).
- D, Nápoles. **Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia**. MEDISAN. Cuba. 2016
- D, Saceda. **Embarazo: Preeclampsia**. Web Consultas. Sf.
- E, Raffenberger y otros. **Manual de la Enfermería**. ED MMI Océano Grupo Editorial, S.A. España. Sf.
- F, Caballero y otros. **Guía Médica**. ED Cultural, SA. España. 2011
- J Tapia, V Mery. **Preeclampsia y Eclampsia una causa de Síndrome de Hipoperfusión Encefálica**. Archivo PDF. Departamento de Neurología. Pontificia Universidad Católica. CHILE. Sf.
- L, Hernández. **La enfermedad de las teorías**. Una breve historia de la preeclampsia. ED Dossier. México. 2008.
- M, Nuevo. **La preeclampsia o hipertensión en el embarazo. Síntomas y tratamiento**. Web Guía Infantil.com. Sf
- P, Quintana y otros. **Revista de postgrado de Medicina, Pre – eclampsia**. Archivo Word. Sd. 2003.
- Portal de Salud y Medicina ONMEDA. **Preeclampsia: Definición**. ED Grupo Aufeminin. España. 2016. (WEB).
- Secretaria de Salud. **Prevención, Diagnóstico y Manejo de Preeclampsia y Eclampsia**. Ed Cuarta. México. 2007.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Enfermería

Encuesta a pacientes con pre-eclampsia

Objetivo.

Conocer la realidad de los pacientes con pre-eclampsia y los cuidados de enfermería que estos reciben.

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

FACTORES SOCIO-CULTURALES

1. Accesibilidad geográfica

- 0-5 minutos
- 6-10 minutos
- 11 y más minutos

2. Edad

- < 15 años
- 16-25 años
- 26-35 años
- 36-45 años
- 46 y más

3. Extracto social.

- Alto \$1000
- Mediano \$800
- Bajo \$600
- Pobre <298

4. Reciben bono solidario

- Si
- No

5. Nivel educativo

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Analfabeta

6. Hábitos y costumbres

- Tabaquismo
- Drogadicción
- Alcoholismo
- Ninguno

7. ¿Ha recibido usted cuidados de enfermería?

- SI
- NO

8. ¿En qué consistió el cuidado de enfermería?

- Control de presión arterial
- Control de peso
- Control de temperatura
- Control odontológico

9. ¿Considera Ud. que los cuidados de enfermería que recibió son de calidad?

- SI
- NO

10. ¿Considera usted que son importantes los cuidados de enfermería que se le aplicaron?

- Mucho
- Poco
- Nada

ANEXO N° 2

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí Facultad de Enfermería

Encuesta realizada al personal de Enfermería

Objetivo:

Valorar los cuidados de enfermería que se realizan a las pacientes con pre-eclampsia

1. ¿Considera usted que el cuidado de enfermería son actividades que se realizan diariamente a cada gestantes?
 - SI
 - NO
2. ¿Para usted en que consiste el cuidado de enfermería en gestantes con pre-eclampsia?
 - CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL
 - PESO
 - FRECUENCIA CARDIACA
 - TODAS LAS ANTERIORES
 - NINGUNA
3. ¿Con que frecuencia cree usted que debe realizar el cuidados de enfermería en gestantes con pre-eclampsia?
 - DIARIO
 - SEMANAL
 - MENSUAL
 - TRIMESTRAL
4. ¿Considera importante los cuidados de enfermería en gestantes con pre-eclampsia?
 - MUCHO
 - POCO
 - NADA
5. Cree que el control de ingesta y eliminación es importante
 - SI
 - NO
6. Considera usted que los medicamentos son parte del cuidados de enfermería
 - SI
 - NO

ANEXO N° 3

FOTOS

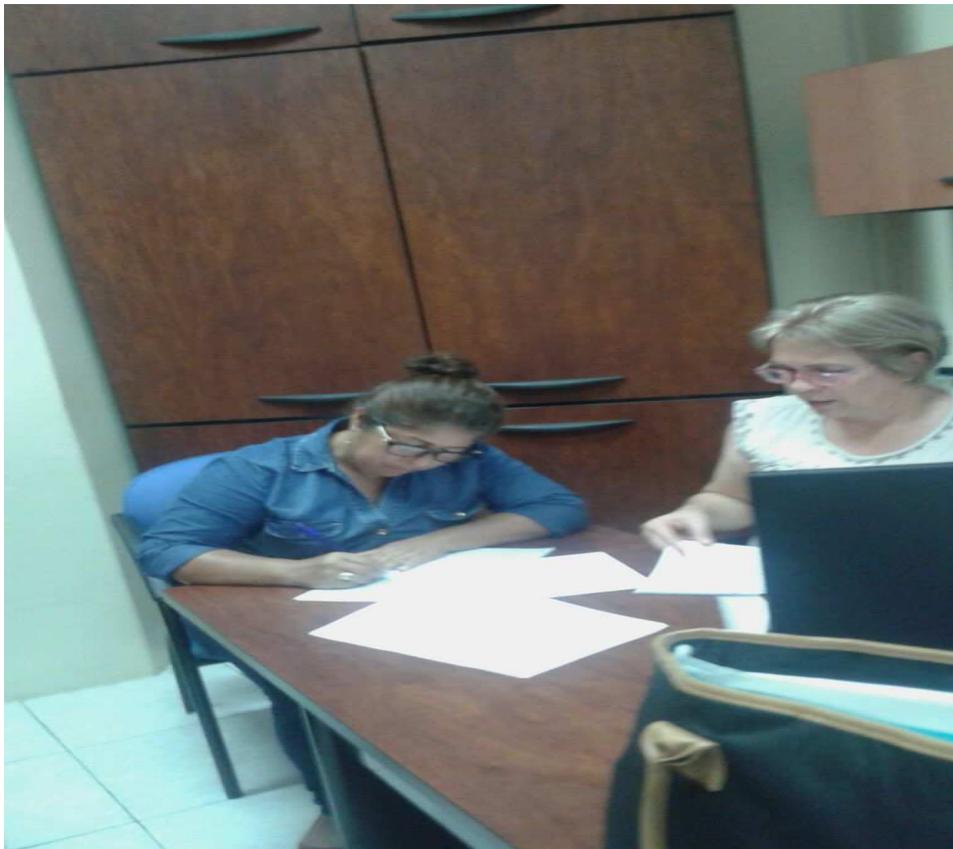


REVISIÓN DE OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON TUTORA LCDA. MARILIN GARCÍA PENA





**REVISIÓN DE MARCO TEÓRICO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON
TUTORA LCDA. MARILIN GARCÍA PENA**





APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LAS PACIENTES DEL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ.





**ENCUESTA REALIZADAS A LAS PACIENTES DEL HOSPITAL MIGUEL H.
ALCÍVAR BAHÍA DE CARÁQUEZ.**



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y REVISIÓN DE INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



MUJER EMBARAZADA



ANEXO N° 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Duración: tiempo-mes												
Actividades	Septiembre 2015	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016
Elaboración de anteproyecto												
Revisión y aprobación del anteproyecto												
Redirección del tema a investigar												
Elaboración del marco y recolección de datos												
Análisis de datos												
Entrega del proyecto de investigación												