



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE  
SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**TEMA:**

PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES.  
CENTRO DE SALUD CIUDAD VICTORIA TIPO C, GUAYAS 2022

**NOMBRE:**

KATHERINE ROCIO BELTRAN TORRES

**TUTORA:**

Lic. ELSIE SAAVEDRA ALVARADO, MSc

**PERIODO ACADEMICO:**

2021-2

# TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:  
**MILTON MARCOS  
GONZALEZ SANTOS**

---

Lic. Milton González Santos, Mgt  
**DECANO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



Firmado electrónicamente por:  
**NANCY MARGARITA  
DOMINGUEZ  
RODRIGUEZ**

---

Lic. Nancy Margarita Domínguez Rodríguez,  
Mgt  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE  
ENFERMERIA**

**JUAN  
OSWALDO  
MONSERRAT  
E CERVANTES**

Firmado digitalmente  
por JUAN OSWALDO  
MONSERRATE  
CERVANTES  
Fecha: 2022.06.24  
17:00:30 -05'00'

---

Dr. Juan Oswaldo Monserrate Cervantes,  
Ph.D  
**DOCENTE DE ÁREA**



Firmado electrónicamente por:  
**ELSIE ANTONIETA  
SAAVEDRA  
ALVARADO**

---

Lic. Elsie Saavedra Alvarado, Msc  
**TUTORA**



Firmado electrónicamente por:  
**VICTOR MANUEL  
CORONEL ORTIZ**

---

Abg. Víctor Coronel Ortiz, Msc.  
**SECRETARIO GENERAL**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación **“PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES. CENTRO DE SALUD CIUDAD VICTORIA”**. Elaborado por la Srta. **KATHERINE ROCIO BELTRAN TORRES**, estudiante de la **CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD** perteneciente a la **UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**, previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, me permito declarar que luego de haber orientado y revisado, lo **APRUEBO** en todas sus partes.

**Atentamente**



---

Lic. Elsie Saavedra Alvarado, Msc

## AGRADECIMIENTO

Dicen que el agradecimiento es la memoria del corazón, en mi mente quedaron grabados todos esos momentos en donde Dios me dio la suficiente inteligencia y la capacidad para desenvolverme en toda mi carrera universitaria, a mi familia, quienes nunca perdieron la fe en mi talento de la mano con mi buen desempeño académico, mis amistades, con su voz de aliento nunca dejaron de creer en mí y pese a que siempre hubo obstáculos académicos, todos estuvieron conmigo para lo que necesitara, hoy les agradezco a cada uno de ustedes por el paso tan agigantado que estoy dando en mi vida profesional.

Este logro va para ellos, al estar ahí siempre para mí, ahora yo podre estar para ellos ayudándolos e impartíéndole mis conocimientos para cuidar de su salud y la de mis pacientes.

La carrera de Enfermería nos enseña que lo más valioso que debemos de cuidar es la vida, nos prepara para saber analizar, manejar y solucionar todas situaciones médicas, por muy sencillas o complejas que se nos presentaran a lo largo de nuestro trabajo.

Agradecida con la Universidad Estatal Península de Santa Elena que me acogió en su Alma Mater, y que a través de sus docentes pude absorber la gran cantidad de conocimientos que me ayudaron a ser la gran profesional que soy ahora, porque este título solo es un escalón más, aun me queda mucho camino por recorrer con el único objetivo de llegar al éxito.

Katherine Rocío Beltrán Torres

## DEDICATORIA

El resultado de este trabajo de titulación, están dedicados a mis padres Fanny Torres Tomalá y Jimmy Beltrán Pozo por toda la paciencia, dedicación y esfuerzo sobre todo el amor y ejemplo brindado en todo este proceso, los cuales me guiaron y lograron que llegue hasta esta etapa de mi vida. Los cuales fueron los que me formaron inculcándome valores y virtudes los cuales son los que me formaron en carácter, ética profesional y personal siempre dedicándome su amor incondicional.

A mi esposo Andy Vera Vera el cual dedicó paciencia y esfuerzo para brindarme lo necesario y darme el motivo de no decaer cada obstáculo que se interpuso en mi camino. El cual es quien estuvo día a día en cada uno de mi etapa universitaria. Gracias por creer en mí y apoyarme en cada paso a seguir. Dedicada a mi hijo el cual llevo en mi vientre el cual espero que se sienta orgullo de su madre por el esfuerzo que hice durante todo este tiempo.

A mis hermanos Stefanny, Jimmy y Liliana los cuales llevare siempre presente en mí vida los cuales fueron un motivo más para seguir adelante y ser un ejemplo a seguir. Gracias a ustedes por darme el apoyo necesario para cada vez que necesite. Y sobre todo a mis sobrinos los cuales llevo en mi corazón los cuales siempre me reciben con un amoroso abrazo. A mi cuñado Anthony Palma por ser como mi hermano mayor aconsejándome siempre y apoyándome en mis estudios.

En general agradezco a mi familia en general por ser quienes me impulsaron a seguir adelante, gracias por cada consejo brindado, y por ser parte de este triunfo tan grande como es la culminación de mis estudios.

Katherine Rocío Beltrán Torres

# DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Firmado electrónicamente por:  
**KATHERINE ROCIO  
BELTRAN TORRES**

---

Katherine Rocío Beltrán Torres  
C.I 2400021347

## INDICE

TRIBUNAL DE GRADO.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
DEDICATORIA.....	IV
DECLARACIÓN.....	V
RESUMEN .....	IX
CAPITULO I.....	1
1 EL PROBLEMA .....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	5
2 OBJETIVOS .....	5
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
3 JUSTIFICACION: .....	6
CAPITULO II.....	8
4 MARCO TEORICO.....	8
4.1 FUNDAMENTACION REFERENCIAL .....	8
4.2 FUNDAMENTACION TEORICA.....	13
4.2.1 DEFINICION DE PREECLAMPSIA .....	13
4.2.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS .....	15
4.2.2.1 FISIOLOGIA.....	17
4.2.2.2 CLASIFICACIÓN DE PREECLAMPSIA .....	17
4.2.2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS .....	19
4.2.2.4 TRATAMIENTO .....	22
4.2.2.5 DIAGNOSTICO .....	22
4.2.2.6 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	23
4.2.2.7 FACTORES DE RIESGO.....	24
4.3 FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA.....	29
4.4 MARCO LEGAL .....	31
4.4.1 Derechos del buen vivir.....	31
4.4.2 Ley de Maternidad Gratuita .....	33
5 FORMULACION DE HIPOTESIS.....	35

5.1	Identificación y clasificación de variables .....	35
5.2	Operacionalización de variables.....	36
CAPITULO III.....		38
6	DISEÑO METODOLOGICO .....	38
6.1	Tipo de investigación .....	38
6.2	Métodos de investigación .....	38
6.3	Población y muestra .....	39
6.4	Técnicas de recolección de datos .....	39
6.5	Instrumentos de recolección de datos .....	39
6.6	Aspectos éticos.....	40
CAPITULO IV .....		41
7	Presentación de resultados .....	41
7.1	Análisis e interpretación de resultados .....	41
7.2	Conclusiones .....	45
7.3	Recomendaciones .....	46
8	Referencia Bibliografía .....	47
9	ANEXOS.....	50

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1 CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA .....	18
TABLA 2 EXÁMENES DE LABORATORIO Y SU INTERPRETACIÓN .....	23
TABLA 3 FACTORES CLÍNICOS QUE SE HAN ASOCIADO CON UN MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR PREECLAMPSIA .....	24
TABLA 4 FACTORES DE RIESGOS NO MODIFICABLES Y MODIFICABLES .....	28
TABLA 5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	36

## INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1 NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES .....	41
GRÁFICO 2 NÚMERO DE PARTOS .....	41
GRÁFICO 3 ACCESIBILIDAD A CENTROS DE SALUD .....	42
GRÁFICO 4 EDADES DE GESTANTES.....	42
GRÁFICO 5 EDAD GESTACIONAL .....	42
GRÁFICO 6 NÚMERO DE EMBARAZOS .....	43
GRÁFICO 7 SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTES EN EL EMBARAZO .....	43
GRÁFICO 8 : NÚMEROS DE EMBARAZOS.....	43

## RESUMEN

La preeclampsia es actualmente una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna en el trabajo nos trazamos como más frecuentes en las mujeres gestantes, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador la considera como la principal causa de muertes maternas presentes en el año 2020. Se estima que las mujeres con preeclampsia son las cuales son nulíparas como objetivo en nuestro trabajo es determinar la prevalencia de preeclampsia en gestantes que acuden al centro de salud Ciudad Victoria. Esta investigación es descriptiva, se establece por la descripción de los hechos, conforme a que su fundamentación radica para determinar de manera específica la situación en el Centro de Salud Ciudad Victoria, la cual no se determinan solo recolección de datos, además se busca la relación con las variables. El modelo de investigación está basado en el enfoque cuantitativo. Pretende intencionalmente acotar la información Y medir con precisión las variables de estudio.; la muestra fue de 50 gestantes Presentando resultados y generalidades que se contribuyen al conocimiento. La muestra del estudio estuvo comprendida por 50 gestantes, escogidos por tipo de muestreo no probabilístico, se seleccionó mediante criterio de inclusión y exclusión. De tal manera la representación de la población que va analizar, las cuales están disponibles y son fáciles de localizar en el centro de salud. Se evidenció que existe un alto índice de gestantes con preeclampsia residentes en sectores rurales las cuales no tiene un control debido a la lejanía de los centros de salud lo que significa que el difícil acceso a los servicios de salud ocasiona un déficit de educación prenatal. La preeclampsia afecta mayormente a las embarazadas en edades extremas como las adolescentes menores de 18 años y las mujeres mayores de 35 años, fundamentalmente en gestantes nulíparas

**Palabras claves:** Preeclampsia, gestantes, nulípara, prevalencia

## **ABSTRACT**

Preeclampsia is currently one of the major causes of perinatal and maternal morbidity and mortality at work, we trace ourselves as more frequent in pregnant women, the Ministry of Public Health of Ecuador considers it as the main cause of maternal deaths present in the year 2020. It is estimated that women with preeclampsia are those who are nulliparous. The objective of our work is to determine the prevalence of preeclampsia in pregnant women who attend the Ciudad Victoria health center. This research is descriptive, it is established by the description of the facts, according to the fact that its foundation lies in specifically determining the situation in the Ciudad Victoria Health Center, which is not determined only by data collection, in addition, the relationship is sought. with the variables. The research model is based on the quantitative approach. It intentionally aims to limit the information y accurately measure the study variables; the sample was 50 pregnant women presenting results and generalities that contribute to knowledge. The study sample was comprised of 50 pregnant women, chosen by non-probabilistic sampling type, selected by inclusion and exclusion criteria. In such a way the representation of the population to be analyzed, which are available and easy to locate in the health center. It was evidenced that there is a high rate of pregnant women with preeclampsia living in rural areas who do not have control due to the distance from health centers, which means that difficult access to health services causes a deficit in prenatal education. Preeclampsia mainly affects pregnant women at extreme ages such as adolescents under 18 years of age and women over 35 years of age, mainly in nulliparous pregnant women

**Keywords:** Preeclampsia, pregnant women, nulliparous, prevalence

## INTRODUCCION

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y el posparto y que tiene repercusiones tanto en la madre como el feto. A nivel mundial, la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de enfermedad y muerte materna y neonatal. En la Región, según datos de la Organización Mundial de la Salud, más del 20% de las muertes maternas son provocados por problemas hipertensivos. (OPS, 2019)

Para el cuidado prenatal es esencial el diagnóstico y manejo de la preeclampsia. Algunos síntomas asociados a esta enfermedad son la hinchazón, el aumento repentino de peso, los dolores de cabeza y los cambios en la visión. Sin embargo, no todas las mujeres que padecen preeclampsia reportan estos síntomas (y viceversa). Generalmente, la preeclampsia ocurre después de 20 semanas de gestación y hasta seis semanas después del parto, aunque en casos raros puede ocurrir antes de las 20 semanas. (OPS, 2019)

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. (OMS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2020)

En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%, afectando al 40% de las mujeres con enfermedad renal crónica o trastornos vasculares

(4). Primordialmente la alteración de la preeclampsia y eclampsia constituye una de las cuatro causas principales de mortalidad después de las hemorragias, abortos e infecciones, tanto para la madre como para su hijo. Esta enfermedad, por tanto, ofrece una oportunidad importante de salvar vidas si se pueden prevenir las formas graves o hacer una detección temprana. Los fenómenos hipertensivos asociados al embarazo en particular la preeclampsia y eclampsia constituyen en muchos países subdesarrollados una de las principales causas de morbilidad materna-fetal e incrementando así el índice de cesáreas. (Condo-Baque, Barreto-Pincay, Montaña-Parrales, & X., 2018)

La preeclampsia puede presentarse entre 2 y 8 % de todos los embarazos a nivel mundial. En América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos son responsables de casi el 26% de las muertes maternas, mientras que en África y Asia contribuyen al 9% de las muertes. Si bien la mortalidad materna es mucho menor en los países de ingresos altos que en los países en desarrollo, el 16% de las muertes maternas se pueden atribuir a trastornos hipertensivos. (Pérez & Vega, 2019)

Datos similares también se encuentran en la Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna, del Ministerio de Salud Pública (MSP M. D., 2022). En enero pasado, informó que durante el 2020 hubo 163 muertes maternas, 40 más que las registradas en el 2019. “Parece poco, pero no es así. Es un tercio de muertes más”, dijo a Plan V el investigador y médico salubrista Hugo Noboa, quien en 2019 fue autor de la publicación “Mortalidad materna en Ecuador: una mirada crítica

La Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna, del Ministerio de Salud Pública (MSP M. D., 2022) SE 21 del año 2022 se notifican 51 MM; de las cuales el 90,19% pertenecen a las MM hasta los 42 días de puerperio y que son utilizadas para tener el Indicador de RMM al finalizar cada año, y el 9,71% son MM tardías es decir las que se presentan pasado los 42 días de su puerperio. Comparándolas MM del año 2022 con el año 2021 a la SE 21 hay una disminución de 21 MM al año 2022. Las provincias que notifican

el mayor número de MM es Guayas, Esmeraldas y Pichincha. Las causas básicas más comunes presentadas hasta la SE 21 es la Hipertensión Arterial, las Hemorragias obstétricas, los embarazos que terminan en abortos, y las causas Indirectas

Ecuador ha alcanzado niveles críticos en mortalidad materna. Durante la pandemia, este indicador alcanzó su punto más alto desde 2012. El año pasado, se registraron 191 muertes maternas. Eso implica el fallecimiento de 57,6 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos. En 2019, esta cifra fue 37 por cada 100.000 nacidos vivos. Eso implica un incremento de 20,6 puntos. Estos datos se encuentran en el último boletín del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2022) sobre defunciones generales, publicado el pasado 4 de junio.

En esta investigación el cual se realizará en la provincia del Guayas, centro de salud Ciudad Victoria tipo C, en los últimos años el elevado porcentaje de pacientes refirió haber padecido preeclampsia en embarazos anteriores y el control prenatal nulo e insuficiente se destacó en estas pacientes. Por ello es preciso concienciar sobre los controles prenatales y las patologías que pueden presentarse en el embarazo y que son prevenibles y tratables cuando son detectadas a tiempo.

## **CAPITULO I**

### **1 EL PROBLEMA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La preeclampsia es un problema a nivel mundial. Según datos la preeclampsia afecta el 2-10% de los embarazos a nivel mundial siendo la principal causa de muerte materna. Puede causar parto prematuro siendo responsable por 20% de admisiones a unidades de cuidados intensivos neonatales. En un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud, (OMS) publicado en el 2018.

La hipertensión durante el embarazo es una patología frecuente y de gran importancia. 5 a 15% de los embarazos cursa con alguna forma de hipertensión arterial, siendo una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, y que corresponde a una de las primeras causas de morbilidad materna y fetal. (Carvajal & Ralph, 2018)

La preeclampsia es un desorden del embarazo asociado con el inicio de hipertensión después de las 20 semanas, con o sin proteinuria, y con la presencia o no, de una gran variedad de síntomas como dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, cefalea. Es una enfermedad de carácter irreversible que afecta múltiples órganos y, debido a que lesiona a la madre y al feto, es responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. (Ríos, 2020)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación. El año pasado, unas 303 000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron

durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. La atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo.

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (OMS, 2019)

Según la Organización Mundial de la Salud, la preeclampsia es la segunda causa de muerte en el mundo con un 14%<sup>2</sup>; y en el Perú en el I semestre del 2018 fue la primera causa de muerte materna con un 28,7%<sup>3</sup>. En el Instituto Nacional Materno Perinatal entre el 2007 y el 2018 se produjeron 97 casos de muerte materna, y la preeclampsia fue la primera causa con un 44,3%<sup>4</sup>. Asimismo, entre el 2012 y el 2018 se atendieron en el instituto un total de 1870 casos de morbilidad materna extrema, siendo la principal causa los trastornos hipertensivos del embarazo con el 56,6% (164 casos) entre preeclampsia con criterios de severidad, síndrome HELLP y eclampsia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la preeclampsia sigue siendo la primera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo y en Latinoamérica; y según una encuesta de la Secretaría de Salud (SS), no ha dejado de ser la primera causa de muerte materna, fetal y perinatal en México.

“La SS estima que, más o menos, cuatro mil mujeres y 20 mil bebés mueren al año a causa de ella en el país”, señala Patricia Canto Cetina, investigadora de la Unidad de Investigación en Obesidad de la Facultad de Medicina de la UNAM, con sede en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Para la Organización mundial de la salud (OMS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2020), de 2 a 8% de las embarazadas puede presentar esta complicación médica del embarazo; en México, su prevalencia es de 5 a 10%. “La preeclampsia está asociada a bajas condiciones económicas. Si bien la atención materno-fetal es prioritaria, muchas embarazadas mexicanas que viven en lugares remotos no la reciben a tiempo y otras no asisten a revisiones médicas periódicas por prejuicios; y cuando por fin consultan al médico, ya presentan bastantes problemas”, dice Canto Cetina (2022)

Su incidencia en el mundo oscila entre 2-10% de los embarazos, en Ecuador la preeclampsia constituye las primeras causas de morbilidad perinatal; se presentan en el 8,3 % de las gestaciones y son las responsables del 14 % de las muertes infantiles, específicamente en Guayaquil en un estudio realizado en 2019 el 95% presentaron preeclampsia, el 20% presentaron complicaciones. Una vez reconocida la preeclampsia y dependiendo de la gravedad, las opciones de cuidado incluyen evaluación continua materno-fetal, tratamiento antihipertensivo e inducción del parto (único tratamiento curativo).

El uso de datos en particular para mejorar los sistemas de notificación y registro para estimar la carga de la enfermedad facilitará la planificación y prestación de los servicios. Se necesitan más investigaciones para comprender las causas y mejorar las estrategias preventivas. El mejor acceso a la atención obstétrica adecuada, en particular durante el parto, y mejor detección y tratamiento de los casos identificados, reducirá los índices de morbimortalidad materna y perinatal. (Flores & Vélez, 2022)

En esta investigación el cual se realizará en la provincia del Guayas, centro de salud Ciudad Victoria tipo C, en los últimos años el elevado porcentaje de pacientes refirió haber padecido preeclampsia en embarazos anteriores y el control prenatal nulo e insuficiente se destacó en estas pacientes. Por ello es preciso concienciar sobre los controles prenatales y las patologías que pueden presentarse en el embarazo y que son prevenibles y tratables cuando son detectadas a tiempo. El objetivo de esta investigación es conocer la prevalencia

de embarazadas con preeclampsia, determinar la frecuencia de los factores de riesgo en las mismas, relacionar factores de riesgo y preeclampsia.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de preeclampsia en gestantes en el centro de salud Ciudad Victoria Tipo C?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de preeclampsia en gestantes que acuden al centro de salud Ciudad Victoria tipo C año 2022.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.** Analizar cuáles son las causas de preeclampsia en mujeres gestantes que acuden al centro de Salud Ciudad Victoria.
- 2.** Establecer la relación de edad materna, preeclampsia y complicaciones perinatales en las gestantes que acuden a consultas en el centro de Salud Ciudad Victoria.
- 3.** Determinar la prevalencia y factores asociados a preeclampsia en gestantes que acuden al centro de Salud Ciudad Victoria.
- 4.** Elaborar un plan educativo a las mujeres gestantes con o sin preeclampsia sobre la importancia de la nutrición.

### **3 JUSTIFICACION:**

Este trabajo de investigación es importante porque nos ayudara a detectar la prevalencia que existe en las mujeres gestantes durante su embarazo referente a la preeclampsia. El objetivo es determinar la prevalencia de preeclampsia en gestantes que acuden al centro de salud Ciudad Victoria tipo C. En este estudio a cada una de las gestantes el número de controles que llevaron en su embarazo de esa manera se logra identificar las semanas de gestación que cada uno tiene, se logra identificar los factores que intervienen en esta patología en el embarazo.

El trabajo de investigación entrega una valiosa información ya que existen mujeres adolescente y adultas en este trabajo ya que la preeclampsia afecta a diversas edades en mujeres gestantes, de tal manera se identificará los diferentes factores que afecta en ellas.

Debido a los diferentes puntos de vista que se ha dado en la preeclampsia en las mujeres gestantes se logró identificar que la mayoría de mujeres no lleva un control médico acorde a su edad estacional ya que muchas de ella manifestaron que la falta de accesibilidad a los centros de salud es difícil, así mismo el tiempo prologado de las citas.

El motivo por el cual me incentivó a llevar a cabo la investigación fue que al mes llegaban mujeres gestantes con la misma patología y no solo de un rango de edad si no de diferentes edades El trabajo de investigación nos brinda nuevos conocimientos referente al motivo de como surgen problemas referentes a preeclampsia ya que se pudo determinar que no solo se da en mujeres adultas si no adolescentes de esa manera nos ayudó a identificar el factor predominante para poder realizar un trabajo para ayudar a cada una de las mujeres.

La preeclampsia usualmente es más frecuente en primigrávidas. Es probable que, por un mecanismo inmune, la futura madre “aprenda” a tolerar los antígenos paternos presentes en el líquido seminal; la exposición limitada al esperma contribuiría como factor de riesgo para que la paciente desarrolle preeclampsia. (Carbajal, 2019) . Se realizo un estudio a cada una de las gestantes el número de controles que llevaron en su embarazo de esa manera se logra identificar las semanas de gestación que cada uno tiene, se logra identificar los factores que intervienen en esta patología en el embarazo.

Ello explicaría por qué las mujeres con exposición limitada al espermatozoides (primer coito y embarazo, embarazo tras inseminación artificial, multíparas que cambian de pareja) presenten mayor riesgo de preeclampsia. Los varones que han engendrado un embarazo complicado con preeclampsia constituyen factores de riesgo para que una nueva pareja desarrolle preeclampsia en una futura gestación (genética paterna).

Existen varios factores por los cuales se ha seleccionado el tema por el cual demanda a varias gestantes con preeclampsia, las complicaciones que frecuentan con esta patología es también el desconocimiento de las pacientes acerca de esta enfermedad atendidas en el Centro de Salud tipo C Ciudad Victoria las cuales fueron identificadas por el personal de salud.

Los factores sociales y de atención médica oportuna deben prevalecer en la población, sin embargo, estos son limitados en poblaciones marginadas sin acceso a servicios médicos. En Ecuador, la preeclampsia y eclampsia constituyen la principal causa de muerte materna, y representan aproximadamente el 27.53 % de todas sus causas.

## **CAPITULO II**

### **4 MARCO TEORICO**

#### **4.1 FUNDAMENTACION REFERENCIAL**

La investigación se realizará en este lugar ubicado en la provincia Guayas cantón Guayaquil, se escogió el determinado lugar por el lugar por la cantidad elevada de mujeres gestantes con preeclampsia, el cual se hará el estudio correctivo para valorar el problema o la causa de donde radica la enfermedad.

En el centro de salud se constan con sala de emergencia y partos, por el cual al día acuden mujeres gestantes por emergencia y consultas agendadas para un control el cual se evidenció que la mayoría tiene más de 35 semanas de gestación y era su primer control. El cual muchas de ella mencionaban la falta de recursos económicos para asistir al centro de salud y otras mencionaban que no es daban citas en el centro de salud de su localidad si no más lejanos por el cual ellas no podían asistir a dicho control. (MSP M. d., 2019)

La ministra Verónica Espinosa (2019) indico con una inversión total de 5.027.020,39 millones de dólares entre infraestructura y equipamiento, el Gobierno Nacional entrega, este 9 de octubre, el nuevo Centro de Salud Tipo C “Ciudad Victoria”, ubicado en el noroeste de Guayaquil. Este proyecto forma parte de los esfuerzos de esta cartera de Estado por fortalecer la red de salud para mejorar la calidad de los servicios, garantizando así el acceso y la cobertura de salud de la población.

Con esta nueva inversión, más de 75.000 habitantes se beneficiarán de los servicios en medicina general, medicina familiar, odontología, obstetricia, psicología, enfermería, vacunatorio, pediatría, ginecología, nutrición, farmacia, terapia física, emergencia, nutrición servicios auxiliares de diagnóstico en el laboratorio clínico, rehabilitación integral, atención de partos, y emergencia 24 horas del día. Este centro brindará atención integral a 707 mujeres embarazadas proyectadas para el año 2018, contará con maternidad las 24 horas del día, servicios de ginecología y obstetricia, aportando así a la reducción de los índices de muerte materna en Guayaquil, atendiendo a una proyección de mujeres en

edad fértil de 9.101 beneficiarias directas y un total de 108.352 beneficiarias indirectas. (Desarrollo, 2018)

En el nuevo Centro de Salud Tipo C trabajarán 82 personas entre técnicos administrativos, asistentes de farmacia, asistentes de odontología, auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos especialistas, médicos generales del primer nivel de atención, nutricionista, obstetrices, odontólogos, psicólogos clínicos, psicorehabilitadores, químicos farmacéuticos, tecnólogos de laboratorio, tecnólogos de imagen, terapistas de lenguaje y estimulación, analistas de admisiones, y personas administrativas.

A más del fortalecimiento de la infraestructura sanitaria, Guayaquil se beneficia también de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio, que desde su implementación en agosto de 2017 ha intervenido en las parroquias García Moreno, Letamendi, Olmedo, Urdaneta, Roca; Febres Cordero; Isla Puná, Ximena, Tenguel y Tarqui identificando a 5.013 pacientes vulnerables. (Desarrollo, 2018)

Según la Organización mundial de la salud (OMS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2020) “La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y el posparto y que tiene repercusiones tanto en la madre como en el feto”, siendo una de las principales complicaciones obstétrica que causan la muerte materna y neonatal a nivel mundial

En Cuenca- Ecuador (Yanza, 2020) Los trastornos hipertensivos son una de las principales causas de muerte materna, las altas tasas de morbimortalidad se ven influenciadas por la variación en sus definiciones, clasificación, poca adherencia a los servicios de salud y referencia tardía a centros especializados, de ahí la importancia en reconocer los principales factores asociados que nos permitan actuar de manera oportuna. Metodología: se realizó un estudio analítico transversal, en una muestra de 272 pacientes, los datos se obtuvieron a partir de la revisión de las historias clínicas previo un muestreo aleatorio simple. Resultados: de las 272 pacientes, la edad media fue de 30,5 años, casadas (64,71%), residencia urbana (65,44%), secundípara, multíparas (73.16%), de ellas el 6,62%

presentó preeclampsia encontrándose como factores de riesgo asociados sin relevancia significativa la edad  $\geq$  a 35 años (OR = 1,2), nulípara/primípara (OR = 1,3), sobrepeso u obesidad (OR = 1,37) y el antecedente materno de HTA (OR = 1,33).

En Guayas- Ecuador (Vásquez, 2019) La preeclampsia pertenece al grupo de trastornos hipertensivos del embarazo, no tiene causa aparente, se caracteriza por la presión arterial elevada acompañada de proteinuria y edema, ocurre a partir de las 20 semanas de gestación. Se la considera como un problema de Salud Pública a nivel mundial y una de las principales causas de morbimortalidad tanto de la madre como el feto en Ecuador y en varios países del mundo. Metodología: El presente trabajo de investigación es un estudio tipo descriptivo, correlacional, seccional y retrospectivo desarrollado en el área de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital General Guasmo Sur en los meses de octubre a diciembre del 2018, estas pacientes fueron seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Durante el año 2018 desde octubre a diciembre se registraron 2165 gestantes atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia de aquellos pacientes se seleccionaron por criterio de inclusión y exclusión 215, de este grupo se puede decir que presentaron el 63.72% mujeres multigestas y nulíparas el factor de riesgo más frecuente para preeclampsia.

En Lima – Perú (Lopez, 2018) En el Perú la incidencia de la preeclampsia fluctúa entre el 10 y 15% de la población que se hospitaliza, siendo la incidencia mayor a nivel de la costa; sin embargo, se ven más casos de mortalidad a nivel de la sierra. Es un estudio de casos y controles, en el cual se contó con un tamaño muestral de 243 gestantes conformadas por 81 casos y 162 controles. Se utilizó un muestreo aleatorio simple. Resultados: En relación a los casos que presentaron preeclampsia el 22.78%(n=36) tuvo una edad entre 15 y 25 años, el 29.38%(n=57) tuvo como grado de instrucción el nivel secundario y el 29.26% presento más de 6 controles prenatales. Dentro de las variables sociodemográficas los extremos de la edad fértil fueron los más frecuentes en los casos del presente estudio (gestantes mayores de 35 años y menores de 25 años). El estado civil más frecuente en los

casos fue el de conviviente y el grado de instrucción de la población con preeclampsia fue el nivel secundario.

En Coronel Oviedo – Paraguay (Martínez J. C., 2018) . Los trastornos hipertensivos son la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo. La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Fueron incluidas todas las embarazadas con preeclampsia que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Instituto de Previsión Social en el periodo comprendido entre los meses de enero a diciembre del año 2017. Resultados: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en 375 pacientes que acudieron al Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2017. Los resultados arrojaron que el 38,4% presentó preeclampsia de las cuales 63,2% presentaba en preeclampsia leve y 36,8% presentaba preeclampsia severa Entre los factores de riesgo el que apareció en mayor cantidad fue la Hipertensión Arterial Crónica. En cuanto a las complicaciones maternas se presentan en mayoría Hepáticas, Neurológicas y Renales

Cuscatlán- El Salvador (Orellana, 2018) La preeclampsia constituye una situación medica importante en el mundo por su elevada morbi- mortalidad materno y fetal. Se piensa que tiene una base inmunológica y genética dando como resultado un trastorno multisistémico que se caracteriza por la presencia de tensiones arteriales mayor o igual a 140/90mmHg en dos ocasiones con un intervalo de 4-6 horas más proteinuria o una tensión arterial de 160/110mmHg en una sola ocasión acompañado de anomalías en la función hepática, renal, neurológica, en la coagulación y/o proteinuria Diseño: Analítico, de casos y controles. Tomando a 50 expedientes de pacientes que presentaron preeclampsia y 150 expedientes al azar que no la presentaron, usando como base el sistema perinatal y el sistema de morbimortalidad. Resultado: La edad más frecuente fue de 18 años (27.5%). El área geográfica no tuvo relación con la preeclampsia Las primigestas tuvieron más riesgo de

padecer preeclampsia; las pacientes acompañadas un 33.3% presentaron preeclampsia. las que llevo más de un control 49(25.9%) presentaron preeclampsia, 1(0.5%) cual presento hemorragia y preeclampsia (p 0.082.) no hubo óbitos, embarazos molares ni bajo peso. solo 1(1%) fue catalogada como obesas (P 0.41 y un OR de 1.34). Solo una paciente padeció Diabetes mellitus y preeclampsia. 192(92%), 7 (87.5%) presentaron preeclampsia e hipertensión, solo un caso reportado que no recibió nutrientes Conclusiones: Los principales factores presentes fueron la edad, área rural, primigestas que no tienen apoyo de la pareja y que padecen diabetes mellitus.

En Chimborazo- Ecuador (Vaca & Tenempaguay, 2018) manifiestan que la Preeclampsia es una complicación del embarazo en donde las cifras tensionales están por arriba de 140 y/o 90 mmHg se presenta después de las 20 semanas. Es una patología asintomática, pero cuando presenta signos y síntomas hablamos de una preeclampsia con signos de gravedad, los cuales son: cefalea, acufenos, edema, entre otros. Es una causa de morbimortalidad materna y perinatal. La tasa a nivel mundial de embarazos es de 46 por cada 1.000 adolescentes, en América Latina es de 66.5 por cada 1,000 adolescentes de entre 15 y 19 años, en Ecuador según el Ministerio de Salud Pública en el año 2018 se registraron 413.318 nacidos vivos de adolescentes, entre 10 a 19 años, de las cuales 1.446 pertenecen a la Provincia de Chimborazo. Objetivos: Determinar la prevalencia y complicaciones de preeclampsia en mujeres adolescentes. Conclusión: Se considera que la presión arterial elevada es un factor determinante para desarrollar preeclampsia en adolescentes. (Vaca & Tenempaguay, 2018)

En Cuenca- Ecuador (Martínez, Bowen, & Macas, 2021) La preeclampsia es una de las complicaciones que puede presentarse durante el embarazo parto o puerperio que aumentan la morbimortalidad materno perinatal y neonatal, siendo estas patologías las primeras causas de muerte materna en el país y una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos enfocados en los factores de riesgo de la preeclampsia Resultados: Los factores de riesgo que se analizaron fue la nutrición en una mujer embarazada, tiene que ser correcta

debido a que debe cumplir con las necesidades propias y la del bebé, es por ello que el gasto energético total con una ingesta diaria de 2150 kcal y 2200 kcal. Otro factor fueron las edades de interés obstétrico siendo el parto pretérmino en un 9,8 % de las madres jóvenes (20-35 años), en un 23,3% de las mujeres adolescentes (< 20 años) y en un 33,3% de las mujeres adultas (> 35 años adultas .Se encontró que los principales factores de riesgo de la preeclampsia, son una desnutrición marcada, el sobrepeso, la edad, condiciones cardiovasculares como el hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes, y enfermedades respiratorias relacionadas con el tabaquismo que pueden desencadenar un cuadro cardiovascular atípico.

## **4.2 FUNDAMENTACION TEORICA**

Según el Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología define a la preeclampsia se cómo la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas, pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto.

En la gestante, puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro de Síndrome HELLP, pero también en forma de hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, CID, etc. que explican que sea una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna incluso en países desarrollados (Instituto Clínico de Ginecología, 2019)

### **4.2.1 DEFINICION DE PREECLAMPSIA**

La preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria a partir de la semana 20 de gestación. Afecta al 3-10% de las gestaciones en todo el mundo y se

asocia a una importante morbilidad tanto materna como fetal. Aunque en la fisiopatología de la preeclampsia intervienen diversos factores, el más importante es la instauración de una insuficiencia placentaria.

Esta es responsable de la inducción de un estado antiangiogénico en la gestante y del desarrollo de una disfunción endotelial en diversos órganos que desencadena las manifestaciones clínicas de la enfermedad. En los últimos años los criterios diagnósticos han sido actualizados y se ha propuesto el uso de nuevos marcadores, como el ácido úrico o los factores reguladores de la angiogénesis.

La preeclampsia es una enfermedad exclusiva de la gestación humana, que conlleva a morbilidad perinatal elevada, y que se caracteriza por el aumento de la presión arterial y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo. Se presenta en todas las poblaciones con una incidencia general que varía entre el 5 y el 7 %; sin embargo, diferencias geográficas, socioeconómicas y raciales hacen que su frecuencia en algunas áreas sea 3 veces mayor que en otras.

Mayra, Sánchez de la Torre, manifestó que es un desorden multisistémico idiopático específico del embarazo y del puerperio en humanos. Es la hipertensión arterial (HTA) propia del embarazo y se caracteriza además por proteinuria, asociada o no a edemas. Esta enfermedad afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 24 semanas de gestación y es típicamente reversible en el posparto inmediato. Es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido. Actualmente es reconocida como una de las principales causas de morbilidad materno fetal y en países del tercer mundo es un problema de Salud Pública, la falta de un manejo oportuno, conduce a eclampsia, sin embargo, la causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud materna-perinatal importantes

Estas nuevas herramientas permiten un diagnóstico rápido y un manejo clínico adecuados, que son cruciales para minimizar el desarrollo de complicaciones. (Sabina Carrara, 2018)

La Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna, del Ministerio de Salud Pública (MSP M. D., 2022) SE 21 del año 2022 se notifican 51 MM; de las cuales el 90,19% pertenecen a las MM hasta los 42 días de puerperio y que son utilizadas para tener el Indicador de RMM al finalizar cada año, y el 9,71% son MM tardías es decir las que se presentan pasado los 42 días de su puerperio. Comparándolas MM del año 2022 con el año 2021 a la SE 21 hay una disminución de 21 MM al año 2022. Las provincias que notifican el mayor número de MM es Guayas, Esmeraldas y Pichincha. Las causas básicas más comunes presentadas hasta la SE 21 es la Hipertensión Arterial, las Hemorragias obstétricas, los embarazos que terminan en abortos, y las causas Indirectas

Año	MM SE 21	MMT SE 21	RMM	Total MM	Total MMT
<b>2017</b>	53	30	42,78	143	68
<b>2018</b>	60	38	41,1	137	84
<b>2019</b>	52	46	37	123	105
<b>*2020</b>	63	7	49,14	163	17
<b>**2021</b>	67	3	39,79	132	15
<b>***2022</b>	46	5	0	46	5

Tabla 1 Situación de la RMM y el número de MM de los años

Fuente: Gaceta epidemiológica de muerte materna se 1ª se 21 ecuador 2022

#### **4.2.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Factores o antecedentes que influyen en la incidencia de la preeclampsia 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. (BELALCÁZAR, 2020)

Los principales factores de riesgos que se han asociado con la aparición de enfermedades son:

- Tiempo de gestación: aparece después de las 20 semanas de embarazo o a partir del tercer trimestre de embarazo.
- Paridad: es una enfermedad de nulípara, más de 70% ocurre en el primer embarazo

- Edad materna: Hay general coincidencia en considerar a las embarazadas de 18 años a 35 años como un factor de riesgo. La mortalidad fetal neonatal aumenta tanto en las madres adolescentes como en las que tiene más de 35 años.
- Antecedentes personales: Pueden estar incluidos los problemas de anemia, enfermedades cardiacas, diabetes mellitus, hipertensión e infecciones que pueden afectar también a la ingestión. La preeclampsia estará ligada a un gen autosómico recesivo.
- Peso: El peso de la madre tiene valor clínico para determinar el aumento de peso durante la gestación. El aumento insuficiente de peso materno durante el embarazo se correlaciona con los lactantes de peso bajo al nacer y suele indicar la mala nutrición materna fetal. Alimentación: constituye un factor importante según algunos factores, se considera la desnutrición grave así como las diferencias proteínas y quizás de algunas vitaminas.
- Algunas condiciones obstétricas: por ejemplo: embarazo múltiple, mola hidatiforme, eritroblastosis fetal, polihidramnios.
- Diversas enfermedades crónicas, por ejemplo: la hipertensión arterial, diabetes mellitus y nefropatías.

Patrones culturales y factores socioeconómicos, por ejemplo: la pobreza algunas creencias y hábitos nocivos a la salud. Entre las semanas 16 y 22 ocurre una segunda etapa de migración en la cual el trofoblasto invade la capa muscular de las arterias en espiral.

De esta manera los vasos se transforman en conductos dilatados, rígidos y de paredes delgadas que facilitan el paso de la sangre hacia la placenta. En las mujeres con preeclampsia esta segunda etapa de migración trofoblástica no se lleva a cabo, y por razones desconocidas las células trofoblásticas no pasan más allá de la decidua, se quedan en un espacio de transición entre esta y el endometrio.

Entonces el efecto inicial de la preeclampsia sería una placentación anormal. Las arterias espiraladas conservarían su capa muscular y su inervación adrenérgica, lo cual produciría la disminución en la perfusión útero placentaria.

Aunque no se ha determinado exactamente cuál es la incidencia de la eclampsia en embarazadas en los países en desarrollo, se estima que es de un caso por cada 100 a 1700 mujeres; y de uno o dos casos de eclampsia por cada 100 mujeres con preeclampsia severa. Las mujeres con preeclampsia que viven en lugares de escasos recursos tienen mayor riesgo de desarrollar eclampsia y de morir por esta causa. (BELALCÁZAR, 2020)

#### *4.2.2.1 FISILOGIA*

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal. Ello se asocia a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición del cuadro clínico, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria. (V. Cararach Ramoneda, 2020)

Que conozcamos algunos de los eslabones de la fisiopatología de la preeclampsia no significa que conozcamos su etiología última que sigue siendo desconocida, aunque vamos identificando factores. Así podemos citar factores hereditarios por vía materna pero también paterna, factores inmunológicos que explican que se produzca más en la primigesta y más si no ha estado expuesta antes al contacto directo con los antígenos paternos, a factores nutricionales como la falta de ingesta de calcio en algunas poblaciones. Todo ello se manifiesta por un desequilibrio entre prostaglandinas vasodilatadoras (prostaciclina) frente a las vasoconstrictoras (tromboxano), quizás mediado por la aparición de exceso de producción de citoquinas proinflamatorias. (V. Cararach Ramoneda, 2020)

#### *4.2.2.2 CLASIFICACIÓN DE PREECLAMPSIA*

Definido el término de hipertensión arterial durante la gestación, se debe clasificar esta patología en el embarazo. El sistema de clasificación de hipertensión arterial en la gestación debe cumplir objetivos educacionales, estadísticos y de investigación. Los

objetivos educacionales, sobre todo, están dirigidos para aquellos profesionales en quienes los conocimientos de la fisiopatología de la preeclampsia, la complicación hipertensiva más grave en la gestante, no son bien comprendidos.

El contar con un sistema de clasificación obliga a realizar, una vez detectada la hipertensión arterial, un plan diagnóstico que permita establecer qué tipo de hipertensión presenta la gestante y cuál es el manejo más apropiado, de acuerdo a guías clínicas idealmente basadas en evidencias. (Saona-Ugarte, 2018, pág. 220)

Según La Guía Práctica Clínica de trastornos hipertensivos del embarazo del Ministerio de Salud Pública (MSP), presenta la siguiente clasificación de la preeclampsia:

**Tabla 2** Clasificación de la preeclampsia

CLASIFICACIÓN	Definición y clasificación
<b>PREECLAMPSIA SIN SIGNOS DE GRAVEDAD (LEVE)</b>	TAS > 140 mmHg y (90 mmHg y TAD >90 mmHg y
<b>PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE GRAVEDAD (GRAVE)</b>	TAS > 160 mmHg y TAD > 110 mmHg y uno o más criterios de gravedad.
<b>PREECLAMPSIA SIN PROTEINURIA</b>	TAS > 140 mmHg y TAD >90 mmHg y uno de los siguientes: - Plaquetas menores de 100.000/uL. - Enzimas hepáticas (transaminasas) elevadas al doble de lo normal. - Desarrollo de insuficiencia renal aguda con concentraciones de creatinina sérica mayores a 1,1 mg/dL. - Edema agudo de pulmón - Aparición de síntomas neurológicos o visuales.
<b>PREECLAMPSIA POST PARTO</b>	Criterios de preeclampsia o eclampsia en la mujer post parto.

Elaborado por: Katherine Beltran Torres Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 23)

#### 4.2.2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología de este trastorno, que representa su afectación multisistémica secundaria, se presenta en un 90% de los casos después de la semana 34 de gestación, mientras que aproximadamente ocurre antes de las 34 semanas. Menos del 5% de las pacientes, presentan un debut de su presentación clínica durante el periodo postparto, la mayoría de veces dentro las primeras 48 horas

El inicio de los síntomas es gradual en algunos casos, mientras que otros proceden a complicaciones potencialmente mortales en cuestión de horas. El grado de hipertensión arterial no se relaciona con las manifestaciones clínicas, por lo tanto, no se considera la toma de la presión como un marcador de sintomatología, y se debe de tener alta sospecha en aquellas pacientes que solamente presenten la clínica sugestiva. Los síntomas más frecuentes de preeclampsia son síntomas neuro hipertensivos como cefalea, escotomas, fotofobia, visión borrosa e incluso ceguera temporal, dolor abdominal o epigastralgia, disnea, dolor torácico.

Aunque está bien definido el espectro clínico de las manifestaciones más frecuentes, se debe tener alta sospecha en aquellas pacientes en las que podría presentarse una sintomatología atípica. A pesar de ser poco común, algunos hallazgos clínicos atípicos que pueden dificultar el diagnóstico, es la presencia de síntomas antes de las 20 semanas. En estos casos, además de valorar por preeclampsia, se debe descartar la presencia de una enfermedad trofoblástica gestacional. Otro tipo de presentación atípica son los casos en que se presentan proteinurias aisladas, sin otro hallazgo asociado. (Calvo, Rodríguez, & Figueroa, 2020)

La preeclampsia puede acompañarse de varios síntomas, sobre todo en la forma más severa. Existe evidencia de que la cefalea y las alteraciones visuales en una paciente con pre-eclampsia constituyen los factores de riesgo para eclampsia. El dolor epigástrico, la náusea y los vómitos han demostrado ser factores de riesgo independientes de complicaciones graves en la mujer con preeclampsia.

- a. Isquemia hepática: Pueden llegar a ocasionar necrosis centrolobulillar y por consiguiente la elevación de transaminasas y de deshidrogenasa láctica.

- b.** Edema: El aumento de la presión intravascular y reducción de la presión oncótica hacen que el líquido intracelular se desplace al extracelular, lo que produce edema a nivel de cerebro, retina, pulmón, hígado y tejido subcutáneo en zonas de no declives, característico de la preeclampsia o en cualquier otra zona.

Si bien, el edema puede ser parte de un cuadro clínico de preeclampsia, ha sido retirado como criterio diagnóstico y no se menciona en las guías de práctica clínica por ser muy frecuente en el embarazo normal y valorado en forma subjetiva. Se incluye, sin embargo, el edema de mano y cara (párpados) como un signo de preeclampsia. Se recomienda que todas las pacientes reciban información acerca de los signos y síntomas de alarma de preeclampsia y eclampsia por parte del personal de salud en forma clara, sencilla, así como capacitación para que ellas puedan identificar los síntomas de alarma entre las consultas prenatales, y si fuera el caso, acudan al centro hospitalario para recibir atención oportuna.

- a.** Alteraciones hematológicas: La pérdida de líquido intravascular produce una hemoconcentración. En el lugar de la lesión endotelial se puede activar la cascada de coagulación y consumo de plaquetas, lo que provoca trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada.
- b.** Proteinuria: La lesión endotelial glomerular (glomérulo endoteliosis), y la hipertensión provocan que el riñón filtre las proteínas en rangos anormales y alterando los niveles de creatinina.
- c.** Alteraciones visuales: Estas son producidas al sufrir vasoconstricción de vasos y edema de la retina, como consecuencia provoca trastornos visuales, desprendimiento de retina y ceguera cortical.
- d.** Dolor abdominal: Puede generarse por un edema hepático hemorragia, se encuentra con frecuencia en epigastrio e hipocondrio derecho

#### 4.2.2.3.1 *SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA*

Síntomas y signos de alarma de preeclampsia-eclampsia que todas las pacientes deben identificar:

- a. Dolor de cabeza persistente
- b. Náusea y vómito
- c. Trastornos de la visión (ver lucecitas)
- d. Irritabilidad
- e. Epigastralgia (dolor en la boca del estómago o en el lado derecho del abdomen)
- f. Edemas patológicos.

#### 4.2.2.3.2 *COMPLICACIONES*

- Eclampsia: Complicación aguda de la pre eclampsia en la que se presentan convulsiones tónico - clónicas generalizadas
- El síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia (HELLP): Complicación aguda de la pre eclampsia severa. Caracterizada por:
  - Anemia hemolítica microangiopática: Definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1,2 mg/dl a predominio indirecto.
  - Elevación de enzimas hepáticas: Aspartato Aminotransferasa (TGO) 70 UI, o LDH de 600 UI. o Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100 000 por mm
- Rotura o hematoma hepático: Una de las complicaciones más severas de una PES o Sd HELLP, que produce alrededor de un 30% de muerte materna. Se produce por una disfunción endotelial con depósito de fibrina intravascular que aumenta la presión intrahepática y distiende la cápsula de Glisson produciéndose dolor a nivel de hipocondrio derecho. Finalmente se produce un hematoma supcapsular y la ruptura hepática
- Insuficiencia cardíaca congestiva

- Edema pulmonar agudo: Se caracteriza por disnea y ortopnea. Su frecuencia va de 0.05 al 2.9%  $\cap$  Insuficiencia renal: 83-90% de los casos se producen por causa prerrenal o renal (necrosis tubular aguda)
- Desprendimiento prematuro de placenta (DPP).
- Coagulación intravascular diseminada.
- Desprendimiento de retina.
- Accidente cerebrovascular
- Emergencia Hipertensiva
- Encefalopatía hipertensiva
- Mortalidad materna
- Retardo de crecimiento intrauterino
- Óbito fetal

#### 4.2.2.4 TRATAMIENTO

---

##### **FÁRMACO**

---

***Nifedipina***

---

***Alfa Metildopa.***

---

***Labetalol***

---

*Elaborado por: Katherine Beltran Torres Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 23)*

#### 4.2.2.5 DIAGNOSTICO

El diagnóstico se establece cuando existe hipertensión (TA>140/90) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas. El incremento de proteinuria y de hipertensión en una paciente nefrópata o hipertensa previa se denomina preeclampsia sobreañadida y el manejo clínico es parecido. La preeclampsia se considerará grave en una gestante anteriormente sana, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160 y/o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2 g/24 horas, o aparecen signos de afectación del SNC (hiperreflexia, cefaleas, alteraciones visuales...), de Síndrome HELLP (plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticos y hemólisis), de insuficiencia cardíaca (edema agudo de pulmón), o de insuficiencia renal (creatinina >1,2 mg/dL), o dolor epigástrico. (Ramoneda & Mussons., 2008)

#### 4.2.2.6 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

*Tabla 3 Exámenes de laboratorio y su interpretación*

<b>PRUEBA</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<b>HEMOGLOBINA</b>	<i>Puede estar aumentada en las pacientes con preeclampsia por hemoconcentración.</i>
<b>RECUENTO PLAQUETARIO.</b>	<i>Trombocitopenia por consumo, es un criterio de severidad cuando está &lt;100.000</i>
<b>PRUEBAS DE COAGULACIÓN</b>	<i>Se pueden alterar en caso de CID, no es necesario solicitarlas si el recuento plaquetario es normal.</i>
<b>CREATININA</b>	<i>Evalúa el compromiso renal.</i>
<b>ÁCIDO ÚRICO</b>	<i>Es un marcador pronóstico y ayuda a diferenciar la hipertensión crónica.</i>
<b>GLUCEMIA</b>	<i>Cuando se sospecha un hígado graso, se asocia con hipoglicemia severa</i>
<b>TRANSAMINASAS HEPÁTICAS</b>	<i>Elevadas en caso de compromiso hepático, ayuda en el diagnóstico de HELLP.</i>
<b>BILIRRUBINA</b>	<i>Se elevan en caso de hemólisis (no conjugada) o por disfunción hepática (conjugada).</i>
<b>DESHIDROGENASA LÁCTICA</b>	<i>Indicador de hemólisis</i>
<b>UROANÁLISIS.</b>	<i>Evalúa función renal</i>
<b>PRETEINURIA</b>	<i>Establece el diagnóstico de preeclampsia y el grado de compromiso renal, tiene implicaciones pronósticas</i>

*Elaborado por: Katherine Beltran Torres Fuente: obstetricia: Atlas (Y et al., 2019)*

#### 4.2.2.7 FACTORES DE RIESGO

Según las últimas revisiones del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) y las establecidas en las directrices actualizadas en UptoDate hasta junio del 2019 los factores de riesgo de preeclampsia. Es importante recordar que actualmente la descripción de los factores riesgo de preeclampsia se aplican tanto para la preeclampsia de inicio temprano como para la preeclampsia de inicio tardío. Aunque existen algunas condiciones propias de las pacientes o enfermedades que condicionan a la aparición de una u otra característica como es el caso del Lupus Eritematosos Sistémico activo que está más asociado con la aparición o recurrencia de los casos de preeclampsia de inicio temprano y es considerado en los nomogramas de predicción actuales para su predicción. (Ríos & Medina, FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA, UNA ACTUALIZACIÓN DESDE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS, 2019)

**Tabla 4** Factores clínicos que se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia

Nuliparidad
Preeclampsia en un embarazo previo.
Edad >40 años o <18 años
Antecedentes familiares de preeclampsia.
Trastorno de estrés postraumático
Hipertensión crónica
Enfermedad renal crónica
Enfermedad autoinmune (p. Ej., síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico)
Enfermedad vascular
Diabetes melitus (pregestacional y gestacional)
Multifetal gestación
Obesidad
Raza negra
Hidropesia fetal
La mujer misma era pequeña para la edad gestacional.

Restricción del crecimiento fetal intervalo de embarazo prolongado si el embarazo anterior fue normotenso; si el embarazo anterior fue preeclámpsico, un intervalo corto de embarazo aumenta el riesgo de recurrencia

Factores relacionados con la pareja (pareja nueva, exposición limitada al espermatozoides [p. Ej., uso previo de anticonceptivos de barrera])

Fertilización in vitro

Apnea obstructiva del sueño

Nivel elevado de plomo en la sangre

*Elaborado por: Katherine Beltran Torres Fuente: Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(1):30-5.*

#### 4.2.2.7.1 Nuliparidad

La asociación entre la nuliparidad y la preeclampsia: Un aspecto interesante de esta asociación es que desde el inicio de la documentación de la enfermedad esta era conocida como la “enfermedad del primer embarazo”. Y es que en aquellas mujeres que ya tenían un embarazo previo sin complicaciones, la frecuencia de aparición de la enfermedad era muy baja. Asimismo, la explicación fisiopatológica se debería a una mala adaptación inmunológica a nivel placentario en la mujer nulípara como hipótesis básica para explicar la ocurrencia de preeclampsia. Y la mejor evidencia disponible menciona que el riesgo relativo (RR) en mujeres nulíparas (Ríos & Medina, 2019)

La nuliparidad es un factor asociado a la preeclampsia ya que existen varios cambios en la mujer que muchos de ellos no son conocidos de tal manera que muchas de ellas no llevan un control debido al embarazo y por esa razón existen un desprendimiento de varias complicaciones como uno de las complicaciones por la mala alimentación es la diabetes gestacional.

#### 4.2.2.7.2 Preeclampsia en embarazos previos

Merece especial atención la historia personal de preeclampsia, la historia familiar de preeclampsia y la historia del padre con una mujer que previamente embarazó y que desarrolló preeclampsia. La historia de preeclampsia como factor previo es interesante. La asociación con el antecedente previo de historia de preeclampsia considerado tal vez uno de

los escenarios en los que la probabilidad del riesgo se incrementa estadísticamente más y por ello en la toda la literatura médica se cataloga como “el predictor más fuerte” de desarrollo de la enfermedad (Ríos & Medina, FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA, UNA ACTUALIZACIÓN DESDE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS, 2019)

#### *4.2.2.7.3 Edad mayor de 40 años o menor de 18 años*

Edad materna avanzada es considerado epidemiológicamente un factor de riesgo importante (edad materna  $\geq 35$  años, RR 1.2, IC 95% 1.1-1.3 y  $\geq 40$  años, RR 1.5, IC 95% 1.2-2.0)<sup>16</sup>. Las mujeres mayores tienden a tener factores de riesgo adicionales, como la diabetes mellitus, la hipertensión crónica, o alguna enfermedad crónica que las predispone a desarrollar preeclampsia. En el caso de las adolescentes el riesgo es mayor estadísticamente, pero en muchos estudios observacionales el riesgo de preeclampsia no es claro del todo. (Ríos & Medina, 2019)

#### *4.2.2.7.4 Familia con historia de preeclampsia*

Una historia familiar de preeclampsia en un pariente de primer grado eleva el riesgo de preeclampsia lo que sugiere un mecanismo heredable en algunos casos sobre todo a partir de estudios de polimorfismos de genes. La aparición y la gravedad de la enfermedad parecen estar influenciadas principalmente por factores maternos, pero la contribución paterna a los genes fetales puede tener un papel en la placentación defectuosa y la preeclampsia posterior. (Ríos & Medina, 2019)

#### 4.2.2.7.5 *Hipertensión crónica*

También se ha informado que la hipertensión crónica tiene un papel preponderante en la predisposición de las pacientes al desarrollo de preeclampsia. Hay información en relación a los valores de presión arterial  $\geq 130 / 80$  mmHg en la primera visita prenatal que aumentan el riesgo que en estudios de seguimiento han demostrado una asociación importante. (Ríos & Medina, 2019)

#### 4.2.2.7.6 *Embarazo multifetal*

Embarazo multifetal como condición obstétrica de alto riesgo por la alteración placentaria y los mecanismos inmunológicos propios de la disfunción placentaria y endotelial genera un riesgo cercano a tres veces en comparación con los embarazos únicos (Ríos & Medina, 2019)

#### 4.2.2.7.7 *Obesidad*

El índice de masa corporal antes del embarazo con cifras mayores a  $25 \text{ kg/m}^2$  genera un aumento del riesgo de desarrollar preeclampsia. Asimismo, el índice de masa corporal (IMC) mayor de  $30 \text{ kg/m}^2$ . El riesgo de preeclampsia se duplica con cada 5 a 7  $\text{kg/m}^2$  de aumento del IMC antes del embarazo. (Ríos & Medina, 2019)

#### 4.2.2.7.8 *Raza negra*

En estudios realizados se manifiesta que es posible que la raza negra no sea un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia, sino un indicador de otras características y como resultado de que las pacientes de raza negra o con reporte de padres o abuelos negros tienden a sufrir de preeclampsia como complicación obstétrica. (Ríos & Medina, 2019)

#### 4.2.2.7.9 *Historial de la preeclampsia*

Existe cierta probabilidad de padecer preeclampsia si ya se presentó en un embarazo anterior las mismas circunstancias de salud, esto se debe a que existe mayor susceptibilidad en las gestantes ya la padecieron utilizando como mediador al sistema inmunológico. (Ríos & Medina, 2019)

#### 4.2.2.7.10 *Diabetes mellitus*

Su efecto en el aumento de la incidencia probablemente está relacionado con una variedad de factores que condicionan el daño endotelial como la enfermedad renal subyacente, obesidad, síndrome de ovarios poli quísticos, procesos infecciosos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino (Ríos & Medina, 2019)

**Tabla 5** *Factores de riesgos no modificables y modificables*

<b>FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLE</b>	<b>FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES</b>
<i>Trastorno hipertensivo en embarazo anterior.</i>	<i>Primer embarazo</i>
<i>Enfermedad renal crónica</i>	<i>Imc &gt;25</i>
<i>Hipertensión crónica</i>	<i>Intervalo intergenésico mayor a 10 años</i>
<i>Antecedentes familiares de preeclampsia</i>	<i>Infección de vías urinarias</i>
<i>Edad materna igual o mayor de 40 años</i>	<i>Enfermedad periodontal</i>
<i>Diabetes mellitus tipo 1 y 2</i>	<i>Embarazo adolescente</i>

*Elaborado por: Katherine Beltran Torres Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 23)*

### 4.3 FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA

De acuerdo con estudios se puede conocer que existen varias teorías de enfermería vinculadas a esta problemática en estudio relacionada con el trabajo de titulación, la cual se destacara la principal que va acorde a nuestro estudio.

La teoría del déficit de autocuidado - Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería. Además, 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 afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionen su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de la salud. (Hernández, 2019)

En el presente trabajo la teoría del autocuidado se relaciona con la preeclampsia ya que las causas que se condiciona a esta población en estudios, es predisponente a una mayor morbilidad- mortalidad materna fetal y neonatal. De acuerdo al objetivo que Dorothea Orem tenía es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo a las acciones del cuidado siempre y cuando ayudando a guiar, apoyar y educar a cada paciente referente a cada patología.

## **Modelo de promoción de salud - Nola Pender**

La siguiente autora hace un énfasis en la promoción de salud en la práctica profesional ella menciona que: “El bienestar como especialidad de la enfermería ha aumentado notablemente durante la última década. La práctica clínica actual como arte implica la formación en la promoción de la salud. Los profesionales de la enfermería creen que el MPS es de suma importancia porque se aplica a lo largo de toda la vida y es útil en una amplia variedad de situaciones” (Alligood & Tomey, 2011)

De tal manera que en su teoría también identifica los factores cognitivos-perceptuales de cada individuo, ya sean modificable por cada condiciones situacionales, personales e interpersonales. Que además da como resultado la participación de conductas que favorecen a la salud cuando existe una pauta de acción.

El modelo de Nola Pender se relaciona con el tema ya que está vinculado porque ella aplica lo que es la educación en pacientes de tal manera que como ser parte del personal de salud día a día educamos a cada una de ella sobre la importancia del cuidado en el estado de gestación y ayudar a dar a conocer los signos y síntomas de preeclampsia de esa manera se puede conocer a temprano y dar el cuidado necesario para ayudar alcanzar un estado de salud óptimo en cada una de las gestantes.

## **4.4 MARCO LEGAL**

### **4.4.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

#### ***Derechos del buen vivir 2008 – Modificado 2021***

En el capítulo segundo de los derechos del buen vivir en la sección séptima con respecto a la salud, tenemos:

**Artículo 32.-** la salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros sustentados el buen vivir. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión 41 programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, bioética, con enfoque de género y generacional. En la sección cuarta acerca de mujeres embarazadas.

En el capítulo tercero de los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria en la sección cuarta entorno a las mujeres embarazadas se basa en el siguiente articulado:

**Artículo 43.-** El estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

- No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral.
- La gratuidad de los servicios de la salud materna.
- La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
- Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

En el Régimen del Buen Vivir, en el primer capítulo inclusión y equidad, segunda sección en relación a la salud tenemos:

**Artículos 363.-** El Estado será responsable de asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto. Disposiciones transitorias Trigésima consta o siguiente: El fondo de solidaridad, en el plazo de trecientos sesenta días, de forma previa a su liquidación, transformará al régimen de régimen de empresas públicas, las de régimen privado en las que sea accionista. Para ello, dispondrá que dichas empresas realicen previamente un inventario detallado de sus activos y pasivos, y contraten en forma inmediata la realización de auditorías cuyos resultados servirán de base para su transformación. El estado garantizará el financiamiento de las prestaciones sociales atendidas por el fondo de solidaridad, en particular la de maternidad gratuita y atención a la infancia, así como de los recursos comprometidos por esa institución para los programas de desarrollo humano en ejecución hasta su culminación. (ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR, 2008)

Mediante Acuerdo Ministerial 3461, se creó el Programa Nacional de Reducción de Mortalidad Materna en el Ministerio de Salud Pública, en conjunto con las actividades de Salud Materna existentes en la Dirección Nacional de Fomento y Protección. Así también, mediante Acuerdo Ministerial Número 27 de 2017, se estableció la urgencia de reforzar el acceso universal a los servicios de salud de manera coordinada, mediante el uso de prácticas basadas en evidencia científica, referencia y contrarreferencia oportuna y consolidar el registro de morbilidad materna. Para esto se plantean dos ejes prioritarios de trabajo:

- a) Identificación oportuna, mediante la incorporación del Score MAMA, como herramienta complementaria a la identificación oportuna de factores de riesgo obstétricos.
- b) Atención de calidad a pacientes con morbilidad y referencia oportuna, que incluye la elaboración y activación de claves obstétricas y kits de emergencias obstétricas de las 3 principales causas relacionadas con la muerte materna.

De acuerdo a la Ley Orgánica de Salud, en el numeral 5 del Artículo 6, el Ministerio de Salud tiene la tarea de “Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública

declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información”. Así también, en el Capítulo III, Artículo 69, referente a las enfermedades no transmisibles, la ley señala:

La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

#### ***4.4.2 Ley de Maternidad Gratuita 2008***

**Art.1.-** Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos – nacidas y niños – niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado. (El Ministerio de Salud Pública ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, 2008).

**Art. 2.-** La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes

prestaciones: a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados. (ECUADOR, 2019)

## **5 FORMULACION DE HIPOTESIS**

La prevalencia de preeclampsia en mujeres gestantes. Centro de salud ciudad victoria tipo C, guayas 2022

### **5.1 Identificación y clasificación de variables**

- **Variable independiente:** Prevalencia
- **Variable dependiente:** La Preeclampsia

## 5.2 Operacionalización de variables

*Tabla 6 Operacionalización de variable*

HIPOTESIS	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL TECNICA
En el centro de salud	Variable dependiente:	Es una característica o	Edad	Menor de 15 años	Encuesta
Ciudad Victoria	Incidencia	exposición que tiene la madre y el feto		15-20 años 21-30 años 31-40 años Mayor de 40 años	
existe un índice elevado de mujeres que tienen preeclampsia		aumentando las probabilidades de sufrir complicaciones durante la gestación o después de esta.	Estado civil	Soltera Casada Unión libre Otras	
el cual se relaciona por la falta de conocimiento de cuidados en el embarazo y una alimentación sana.			Autoidentificación	Indígena Afroecuatoriana/afrodescendiente Negra Mulata Montubia Mestiza Blanca	
			Alfabetización e instrucción	Edu. Básica Jóvenes y Adultos Inicial Edu. básica (Preparatoria) Edu. básica (elem. y media.) Edu. básica (superior) Bachillerato Tercer nivel	

Variable independiente: Preeclampsia	Es un trastorno hipertensivo específico del embarazo que se manifiesta a la semana	Motivo de consulta	Molestia en bajo vientre de líquido por vagina roja por vagina Otros	Pérdida	Observación
		Control prenatal	Si No		Encuesta
		Edad gestacional	Semanas de gestación		
		Gestas	Cantidad de embarazos		
		Partos	Cesárea Normal		
		Tipos de alimentación	Granos. Verduras. Frutas. Productos lácteos. Proteínas.		

*Elaborado por: Katherine Beltran Torres*

## CAPITULO III

### 6 DISEÑO METODOLOGICO

#### 6.1 Tipo de investigación

##### **Investigación descriptiva**

Según (Sampieri, 2018), el proyecto tiene investigación descriptiva por que se utilizó encuestas para describir de mejor manera el tema en base a datos estadísticos recolectados.

En la investigación es descriptiva, se establece por la descripción de los hechos, conforme a que su fundamentación radica para determinar de manera específica la situación en el Centro de Salud Ciudad Victoria, la cual no se determinan solo recolección de datos, además se busca la relación con las variables. Presentando resultados y generalidades que se contribuyen al conocimiento.

##### **Investigación transversal**

El trabajo investigativo se basa en un estudio transversal ya que se logra recoger los datos en un determinado periodo de tiempo, sobre la muestra de la población determinada.

#### 6.2 Métodos de investigación

El modelo de investigación está basado en el enfoque cuantitativo. Pretende intencionalmente acotar la información Y medir con precisión las variables de estudio. (Sampieri, 2018)

Enfoque cuantitativo: En este enfoque, lo que permite conocer los logros sobre los resultados, obteniendo la objetividad mediante la recolección de datos ya que, realizando un análisis estadístico para la obtención de información, por medio de las encuestas realizadas a las gestantes y los datos estadísticos extraídos en la institución de salud.

## **6.3 Población y muestra**

### **Población**

La población a investigar en el presente trabajo son las gestantes del centro de Salud Ciudad Victoria tipo C, comprendida por gestantes diagnosticadas con trastornos hipertensivos que se encontraron en la base del centro de salud, en periodo de noviembre del 2021 a marzo del 2022 un total de 50.

### **Muestra**

La muestra del estudio estuvo comprendida por 50 gestantes, escogidos por tipo de muestreo no probabilístico, se seleccionó mediante criterio de inclusión y exclusión. De tal manera la representación de la población que va analizar, las cuales están disponibles y son fáciles de localizar en el centro de salud

## **6.4 Técnicas de recolección de datos**

La técnica que se utilizó en esta investigación fue un análisis documental y la observación directa, a través de la clínica, con la finalidad de recolectar información para poder procesarlos datos mediante el programa de Excel e ir analizando los resultados que la técnica escogida nos proporcione.

1. Encuestas
2. Observación directa
3. Fichas sociodemográficas

## **6.5 Instrumentos de recolección de datos**

En este trabajo de investigación en la recolección de datos se utilizó una ficha sociodemográfica en el cual se conocerá datos respectivos en las pacientes en el cual contiene datos personales y datos obstétricos el cual permitirá conocer el diagnóstico de preeclampsia consisten en lo siguiente:

- Datos personales: edad, estado civil, etnia, Antecedentes: familiares, personales, obstétricos.
- Gestación actual: ecografías, exámenes, hábitos, violencia, vacunas.

- Parto o aborto: fecha de ingreso, consultas prenatales, presentación fetal, maduración fetal. Posparto: control de signos vitales (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno).
1. Historia clínica
  2. Score Mama
  3. Consentimiento informado

## **6.6 Aspectos éticos**

En este trabajo de investigación se realizó la respectiva solicitud a la carrera de enfermería dirigido a la directora del centro de salud en la cual se realizó el trabajo, en el cual se permitirá entrar a las respectivas áreas para realizar la recolección de datos necesarios para la realización de la investigación, de tal manera fue dirigido a la directora de carrera. Se presentará la correspondiente acta de confidencialidad, donde se manifestará los datos obtenidos serán utilizados para fines académicos e investigativos, siempre manteniendo la confidencialidad antes cualquier dato de cada paciente si ser divulgados manteniendo los principios éticos.

## CAPITULO IV

### 7 Presentación de resultados

#### 7.1 Análisis e interpretación de resultados

Luego de la recolección de los datos de las historias clínicas y aplicación de encuesta a cada gestante, fueron procesados por medio del programa Excel, siendo representados en gráficos para la mejor interpretación de los resultados.

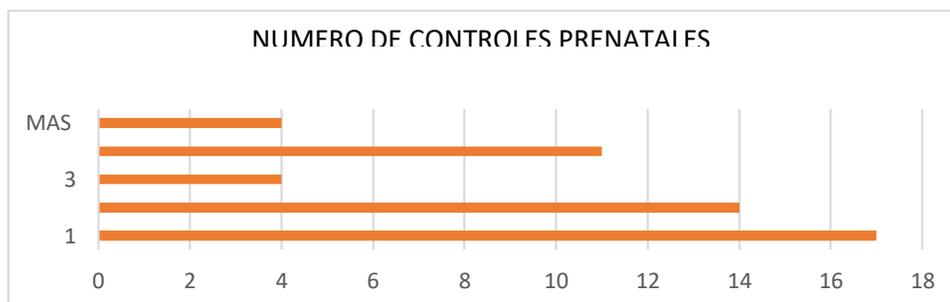


Gráfico 1 Número De Controles Prenatales

Elaborado Por: Katherine Beltran Torres  
Fuente: Centro De Salud Ciudad Victoria

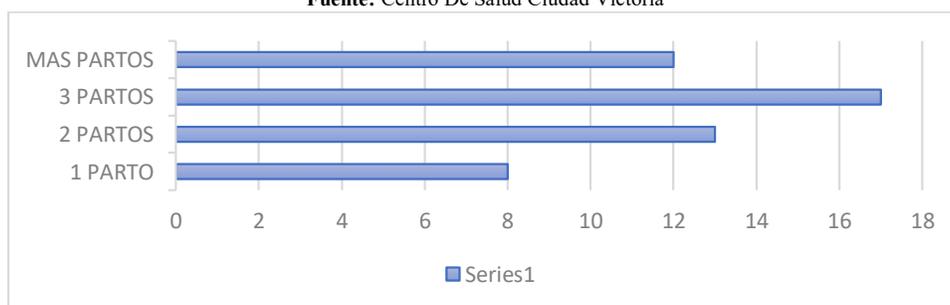
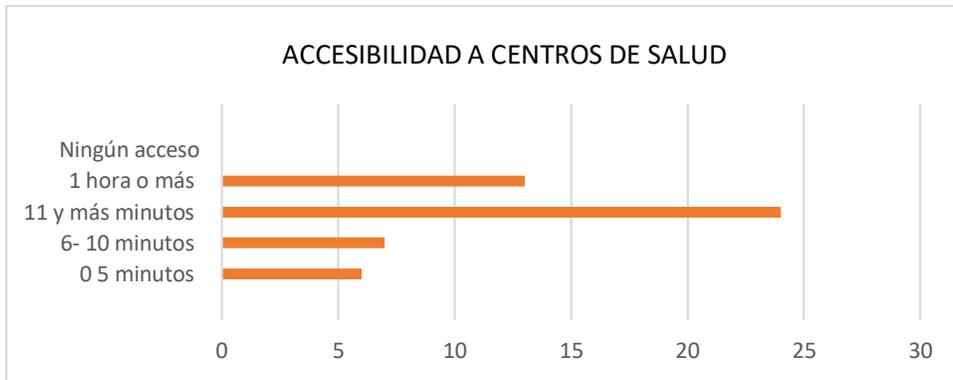


Gráfico 2 Número de partos

Elaborado Por: Katherine Beltran Torres  
Fuente: Centro De Salud Ciudad Victoria

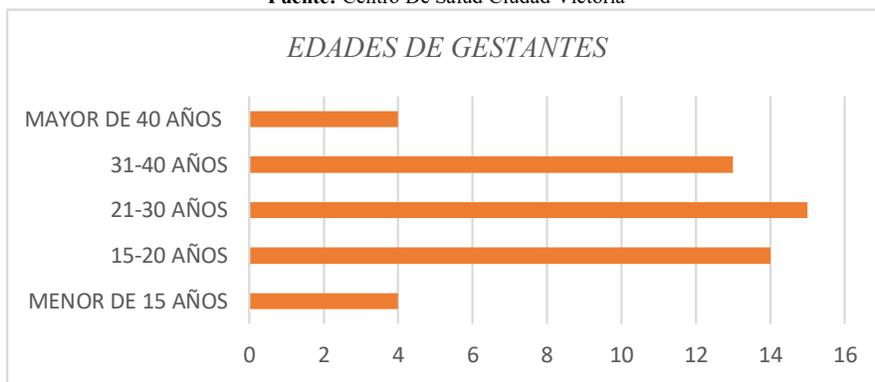
Los gráficos 1 y 2 tiene la interpretación del objetivo general ya que se desea determinar la prevalencia asociados al desarrollo de la preeclampsia y mediante el análisis se comprobó que el mayor impacto fueron los controles prenatales (menor a 1 consultas) al igual que la etnia, representados con un 52% cada uno y en los partos que cada mujer tiene que son más de 3 partos que predomina en estos factores.



*Gráfico 3 Accesibilidad A Centros De Salud*

**Elaborado Por:** Katherine Beltran Torres

**Fuente:** Centro De Salud Ciudad Victoria



*Gráfico 4 Edades De Gestantes*

**Elaborado Por:** Katherine Beltran Torres

**Fuente:** Centro De Salud Ciudad Victoria



*Gráfico 5 Edad gestacional*

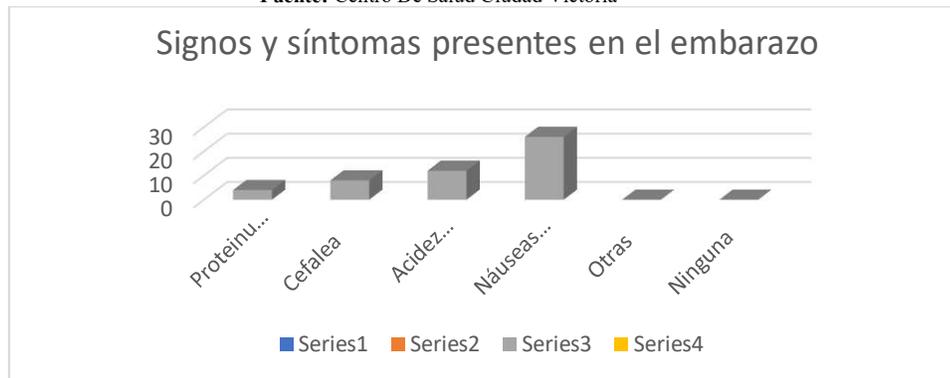
**Elaborado Por:** Katherine Beltran Torres

**Fuente:** Centro De Salud Ciudad Victoria

Respecto a el análisis en el primer objetivo específico se va analizar cuáles son las causas de preeclampsia en mujeres gestantes como se puede dar cuenta en los gráficos las mujeres mayores de 20 años son las que predominan a padecer de preeclampsia y al no asistir a sus consultas medicas pese a que tienen una cercanía a centros de salud.



*Gráfico 6 Número de embarazos*  
**Elaborado Por:** Katherine Beltran Torres  
**Fuente:** Centro De Salud Ciudad Victoria



*Gráfico 7 Signos y síntomas presentes en el embarazo*  
**Elaborado Por:** Katherine Beltran Torres  
**Fuente:** Centro De Salud Ciudad Victoria

El gráfico 6 y 7 pertenecen a el análisis del segundo objetivo específico ya que se buscó establecer la relación de edad materna, preeclampsia y complicaciones perinatales en las gestantes que acuden a consultas por síntomas relacionados a la preeclampsia.



**Gráfico 8 :** Números de embarazos  
**Elaborado por:** Katherine Beltran Torres  
**Fuente:** Centro de salud Ciudad Victoria

Complementando el análisis del tercer objetivo específico teniendo en cuenta el grado de paridad se obtuvo que un 56.67% de la población fueron nulípara, mientras que el 43.33% multíparas. Se ha comprobado en diferentes estudios que la población gestante que tiene un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia son mujeres que cursan su segundo embarazo a diferencia de las multíparas, resultados que se ven reflejados en los datos obtenidos en nuestra investigación.

## **7.2 Conclusiones**

Se concluye de acuerdo al objetivo general que, existen una prevalencia relacionada con factores socioculturales que tuvieron mayor incidencia en el desarrollo de la preeclampsia, estos pueden ser modificables como los controles prenatales que en su mayoría no son realizados como se encuentra establecido en el Ministerio de Salud Pública, debido a las costumbres y poco conocimiento acerca de los mismos; y no modificables como la etnia, predominando la raza mestiza.

De acuerdo al primer objetivo específico, se evidenció que existe un alto índice de gestantes con preeclampsia residentes en sectores rurales las cuales no tiene un control debido a la lejanía de los centros de salud lo que significa que el difícil acceso a los servicios de salud ocasiona un déficit de educación prenatal, esto influye en las medidas de prevención y control que deben mantener durante el embarazo para prevenir complicaciones obstétricas.

Como conclusión del segundo objetivo específico, la preeclampsia afecta mayormente a las embarazadas en edades extremas como las adolescentes menores de 18 años y las mujeres mayores de 35 años, fundamentalmente en gestantes nulíparas.

### **7.3 Recomendaciones**

Al equipo de salud, fundamentalmente el que labora en subcentros, realizar visitas sistemáticas a las comunidades alejadas, aumentando el control en las pacientes con edad reproductivas e implementar estrategias educativas para sensibilizar a las gestantes y familiares sobre la importancia de asistir a los controles prenatales.

Realizar periódicas capacitaciones y actualizaciones a todos los equipos sanitarios sobre avances y estudios en Preeclampsia, con el objetivo de incrementar sus conocimientos en factores de riesgo y multisistémicos investigados, en pro de aplicar y tratar posibles casos en las gestantes atendidas.

Indicar a las pacientes con preeclampsia de forma adecuada durante la consulta sobre los factores de riesgo que pueden llevar a sufrir preeclampsia grave e informar sobre la patología y su sintomatología para que de esta manera pueda recibir atención inmediata.

## 8 Referencia Bibliografía

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías de Enfermería*. España: Elsevier España.
- ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR. (2008). ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL ESTADO. *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR*.
- BELALCÁZAR, Y. (2020). omplicaciones maternas agudas graves (near miss) en el servicio de obstetricia del Hospital General Docente Ambato. *Medi ciencias UTA*, 115 - 123.
- Calvo, D. J., Rodríguez, D. P., & Figueroa, D. Q. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, Vol.5 Num:1.
- Carbajal, L. M. (2019). Actualización en la fisiopatología de la preeclamcia. *Health Science Cente*, 3.
- Carvajal, D. J., & Ralph, D. C. (2018). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. CHILE: PONTIFICADIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.
- Condo-Baque, C. A., Barreto-Pincay, G. M., Montañño-Parrales, G. M., & X., L. (2018). Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017. *REVISTA CIENTIFICA DOMINIO DE LAS CIENCIAS*, Vol. 4, núm.3 pag. 278-293.
- Desarrollo, P. G. (Octubre de 2018). *Ministerio de salud publica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/nuevo-centro-de-salud-en-ciudad-victoria-fortalece-la-infraestructura-sanitaria-en-guayas/>
- ECUADOR, C. D. (2019). LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA. *CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR*.
- Flores, M. M., & Vélez, R. S. (2022). Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. *REVISTA CIENTIFICA- DOMINIO DE LAS CIENCIAS*, 876-884.
- HEIDY, B. P., & ORLY, S. C. (2020). *INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES A LA PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES*. Milagros- Ecuador: Repositorio UNEMI.
- Hernández, Y. N. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, vol. 23, núm. 6, pp. 814-825,.
- INEC, I. N. (2022). *Mortalidad materna Ecuador*. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSO.
- Instituto Clínico de Ginecología, O. y. (2019). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. *Instituto Clínico de Ginecología, Obstetría y Neonatología*.
- Lopez, K. M. (2018). Factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres de edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo. *Repositoria de Universidad Ricardo Palma*.
- Martínez, C., Bowen, N., & Macas, C. (2021). Factores de riesgo de la preeclampsia. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*.

- Martínez, J. C. (2018). PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017. *REPOSITORIO DE UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ* .
- MSP, M. d. (2019). *Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/presidente-moreno-inauguro-centro-de-salud-tipo-c-ciudad-victoria-en-guayaquil/>
- MSP, M. D. (2022). *GACETA EPIDEMIOLOGICA DE MUJERES TEMATICA 1 A SEPTIEMBRE 2022*. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.
- OMS, O. M. (2019). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- OMS, O. M. (2020). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OPS, O. P. (Noviembre de 2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
- Orellana, D. W. (2018). *FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL "NUESTRA SEÑORA DE FATIMA" DECOJUTEPEQUE, EL SALVADOR, DE ENERO A JUNIO 2018*. Cojutepeque, Cuscatlán: repositorio.unan.edu.ni.
- Pérez, L. A., & Vega, M. D. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *SciELO*.
- PÚBLICA, M. D. (2006). Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Registro Oficial Nº 523). *UNESCO*.
- PUENTE, C. J. (2016). *PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO ENTRE ENERO A JUNIO 2015*. LIMA-PERU: <https://repositorio.urp.edu.pe/>.
- Ramonedá, V. C., & Mussons, F. B. (2008). Preeclampsia, Eclampsia y síndrome HELLP. *Asociación Española de Pediatría*.
- Ríos, E. G. (2020). La preeclampsia problema de salud pública. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, Vol. 8 Núm. 2.
- Ríos, E. G., & Medina, C. G. (2019). FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA, UNA ACTUALIZACIÓN DESDE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS. *Rev Peru Investig Matern Perinat* , 8(1) : 30-5.
- Sabina Carrara, A. C. (2018). Trastornos hipertensivos del embarazo. *NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE*, 1-5.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

- Saona-Ugarte, P. (2018). CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. *Rev Per Ginecol Obstet*, 221.
- V. Cararach Ramoneda, F. B. (2020). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. *Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia Y Neonatologia*, 5-7.
- Vaca, A. A., & Tenempaguay, J. P. (2018). *Prevalencia y complicaciones de la preeclampsia en mujeres adolescentes. Riobamba, 2018*. Riobamba: <http://dspace.unach.edu.ec/>.
- Vásquez, F. J. (2019). Factores de riesgo para la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur. *Repositorio Universidad de Guayaquil*.
- Yanza, M. P. (2020). PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PREECLAMPSIA HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, 2019. *UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS*.

## 9 ANEXOS

### ENCUESTAS EN CENTRO DE SALUD Y COMUNIDAD A PACIENTES UE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD



CHARLAS EDUCATIVAS A MUJERES GESTANTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE ALIMENTACION EN EL EMBARAZOS Y CONTROLES PRENATALES





**UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA  
CARRERA DE ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por **KATHERINE ROCIO BELTRAN TORRES** de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Carrera de Enfermería. El tema de este estudio es **PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES. CENTRO DE SALUD CIUDAD VICTORIA TIPO C, GUAYAS 2022**. Si usted accede a participar de este estudio se le pedirá contestar una encuesta, la cual le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La información recolectada ayudará a la investigadora a consolidar las respuestas que usted haya seleccionado.

También se tomará una evidencia visual mediante una fotografía; cabe recalcar que la fotografía se colocará en el documento escrito en la parte de anexos. Si existen dudas sobre el proyecto puede realizarlas durante la aplicación del mismo. La participación no es obligatoria y usted puede retirarse en cualquier momento si así lo desea.

Agradezco su colaboración.

---

Yo....., con C.I....., acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Katherine Rocío Beltran Torres. También he sido informado/a sobre el tema de estudio, del tiempo del que dura la aplicación de la encuesta, reconozco que la información que yo proporcione es verdadera y estrictamente confidencial. Además, se me informó que se puedo realizar preguntas en todo el transcurso de este ejercicio.

---

**Firma del participante**



UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA  
CARRERA DE ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

Encuestas:

Con el motivo de realizar mi proyecto de investigación para la obtención del título de licenciada en enfermería con el tema: PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES. CENTRO DE SALUD CIUDAD VICTORIA TIPO C, GUAYAS 2022. Se solicita y agradece su colaboración y nos permite indicarle que la presente encuesta es totalmente confidencial cuya finalidad es conocer la incidencia de preeclampsia en mujeres.

1. Accesibilidad geográfica a la casa de Salud más cercana a su domicilio:

- 0 5 minutos
- 6- 10 minutos
- 11 y más minutos
- 1 hora o más
- Ningún acceso

2. Ingresos económicos

- Ingresos Alto Ingresos que superan los \$637 por persona
- Ingresos medios altos Ingresos medios de \$254 por persona
- Ingresos medios Ingresos medios de \$160 por persona
- Ingresos medios bajos Ingresos medios de \$104 por persona
- Ingresos bajos Ingresos menores de \$51 por persona

3. ¿Qué medicamentos a tomado usted durante el embarazo?

- Vitaminas prenatales
- Ácido fólico
- Calcio
- Todas ninguna

4. Presentó o presenta algunos de estos signos y síntomas

- Proteinuria
- Cefalea
- Acidez gástrica
- Náuseas y vómitos
- Otras
- Ninguna

5. Ha cumplido con el esquema de vacunación de embarazo.

- Sí
- No

6. Cuál es su alimentación durante el embarazo

- Proteína
- Grasas
- Verduras
- Lácteos
- Entre otro

7. El consumo de sal en sus comidas es:

- Alto
- Medio
- Bajo

## INSTRUMENTO A UTILIZAR EN LA INVESTIGACIÓN

**TEMA: PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES.  
CENTRO DE SALUD CIUDAD VICTORIA TIPO C, GUAYAS 2022**

<b>FICHA DEMOGRAFICA</b>										
EDAD:	MENOR DE 15 AÑOS		ESTADO CIVIL:	Soltera		AUTOIDENTIFICACIÓN	Indígena			
	15-20 AÑOS			Casada			Afroecuatoriana/afrodescendiente			
	21-30 AÑOS			Unión libre			Negra			
	31-40 AÑOS			Otras			Mulata			
	MAYOR DE 40 AÑOS						Montubia			
NACIONALIDAD:			ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN				Mestiza			
Ecuatoriana			Edu. Básica Jóvenes y Adultos				Blanca			
Otra			Inicial Edu. básica (Preparatoria)			OCUPACION	Ama de casa			
Especificar: _____			Edu. básica (elem. y media.)				Empleada domestica			
			Edu. básica (superior)				Profesional			
			Bachillerato				Estudiante			
			Tercer nivel				Otros: _____			
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS										
Ultimo embarazo		Gestas:				Partos:	Vaginales			
		Abortos:					1 2 3 MAS	Cesareas		
<i>Nacidos:</i>	Vivos		<i>Embarazos planificados</i>		SI	EDAD GESTACIONAL ACTUAL	5-10 11-15 16-20 21-25 26-30 31-35 36-40 MAS			
	Muertos				NO					
ANTECEDENTES					VICIOS		FRECUENCIA		CONTROLES PRENATALES:	
SI	NO		SI	NO	Fuma		_____	1 2 3 4 MAS		
		TB			Alcohol		_____			
		Diabetes			Drogas		_____			
		Hipertensión			Violencia		_____			
		Preeclampsia								
		Eclampsia								
		Otra cond. médica grave								
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS										
<i>Motivo de Consulta</i>					<i>Antecedente de preeclampsia en embarazos anteriores</i>		SI	NO		
Dolor en bajo vientre										
Perdida de líquido por vagina										

Cirugía programada			
Dolor de cabeza			
Dolor abdominal			
Control prenatal			
Pérdida de Conocimiento			

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de preeclampsia en gestantes que acuden al centro de salud Ciudad Victoria tipo C.

**HISTORIA CLÍNICA PRENATAL**

FUENTE: Adaptado de la historia clínica perinatal base Clap -Ops/Oms

# PERMISO DE LA UNIDAD DONDE SE REALIZÓ EL PROYECTO



## Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud Enfermería

Oficio No.270-CE-UPSE-2022.

La Libertad, 20 de Mayo de 2022.

Dra.  
Carolina Walpa  
**DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL  
CENTRO DE SALUD TIPO C CIUDAD VICTORIA**  
En su despacho. –

De mi consideración:

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería a la estudiante:

No-	TEMA	ESTUDIANTE	CEDULA	DOCENTE TUTOR
1	PREVALENCIA DE PREECLAMSIAS EN MUJERES GESTANTES CENTRO DE SALUD CIUDAD VICTORIA, TIPO C. GUAYAS 2022	KATHERINE ROCIO BELTRAN TORRES	2400021347	Lic. Elsie Saavaedrea Alvarado,,MSc

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que la Srta. KATHERINE ROCIO BELTRAN TORRES, proceda al levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima

Atentamente



Lic. Nancy Domínguez Rodríguez  
DIRECTORA DE LA CARRERA

CC ARCHIVO  
NDR/POS





(Formato No. BIB-009)

La Libertad, 28 de Mayo del 2022

**CERTIFICADO ANTIPLAGIO**

**02 TUTOR ESA 2022**

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES. CENTRO DE SALUD CIUDAD VICTORIA TIPO C, GUAYAS 2022**, elaborado por **Katherine Rocío Beltrán Torres** con cédula de identidad 2400021347 estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio **URKUND**, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el **8%** de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



ELSIE ANTONIETA  
SAAVEDRA  
ALVARADO

Firma

Lic. Elsie Saavedra Alvarado, MSc.  
**Tutor del trabajo de titulación**



### Reporte Urkund.

**URKUND**

Document: [KATHORNE KRS TRAM final.docx](#) (0138321159)

Submitted: 2022-05-28 17:54 (-05:00)

Submitted by: k.beltrantones@upse.edu.ec

Receiver: esaavedra.upse@analisis.arkund.com

Message: TRABAJO DE TITULACION TERMINADO [Show full message](#)

8% of this approx. 21 pages long document consists of text present in 9 sources.

### Fuentes de similitud

Position	Rank	Path/Filename	
1	98%	CAPITULO 14 El problema 4 1.1 Planteamiento del problema: 4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓ...	<input type="checkbox"/>
2	95%	Según datos de la Preclampsia Foundation afecta el 2-30% de los embarazos a nivel mund...	<input type="checkbox"/>
3	94%	La incidencia de eslampia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y...	<input type="checkbox"/>
4	90%	la futura madre aún no aprende a tolerar los antígenos paternos presentes en el líquido semi...	<input checked="" type="checkbox"/>
5	100%	contribuiría como factor de riesgo para que la paciente desarrolle preclampsia (47,48).	<input type="checkbox"/>
6	100%	exposición limitada al espermia (primer coito y embarazo, embarazo tras inseminación artifi...	<input type="checkbox"/>
7	74%	La preclampsia es un trastorno hipertensivo que se puede presentar durante el embarazo y...	<input checked="" type="checkbox"/>

Warnings Reset Share