



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN
GESTANTES. HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.
GUARANDA, 2019.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA.**

AUTOR(ES)

CABRERA ROSALES JOMALY JULIA

GONZABAY MAGALLANES JONATHAN JOSÉ

TUTORA

LIC. AIDA GARCÍA RUIZ, MSc.

PERIODO ACADÉMICO

2019-2

TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



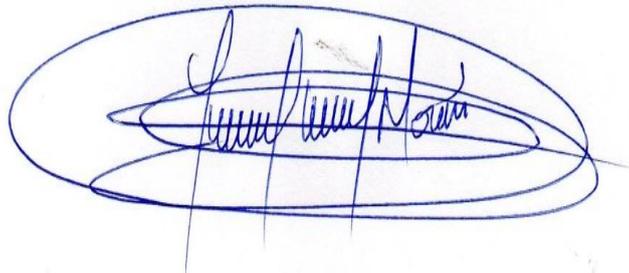
Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD
**DIRECTORA DE LA CARRERA
ENFERMERÍA**



Lic. Luz Rodríguez Cepeda, Esp
DOCENTE DE ÁREA



Lic. García Ruíz Aída, MSc
DOCENTE TUTOR



Ab. Lidia Villamar Moran, Mgt
SECRETARIA GENERAL (E)

La Libertad, 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor/a del proyecto de investigación: FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES. HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. GUARANDA 2019, elaborado por las estudiantes CABRERA ROSALES JOMALY JULIA y GONZABAY MAGALLANES JONATHAN JOSE, 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 LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.



Lic. García Ruiz Aida, MSc.
DOCENTE TUTOR

AGRADECIMIENTO

Sentimos gratitud infinita a Dios por habernos provisto su bondad, salud, entendimiento, fuerzas y paciencia necesarias para lograr alcanzar esta meta propuesta en nuestras vidas pues reconocemos que es el quien ha cuidado nuestros pasos para ser mejores personas.

A nuestros padres que nos han apoyado incondicionalmente en cada decisión importante de nuestra formación académica y profesional, así como en los momentos más difíciles supieron aconsejarnos y motivarnos para seguir adelante pues no hubiese sido posible nada sin ellos.

A los docentes de nuestra Facultad por impartirnos sus conocimientos y experiencias para nuestro aprendizaje y superación, quienes nos guiaron en cada uno de nuestros pasos para nuestro desarrollo profesional con paciencia y por brindarnos consejos que nos servirán en el trayecto de nuestra vida profesional.

Cabrera Jomaly
Gonzabay Jonathan

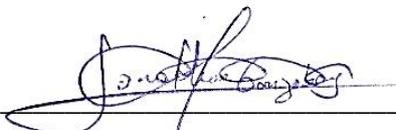
DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de nuestra responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



CABRERA ROSALES JOMALY JULIA

CI: 2400134405



GONZABAY MAGALLANES JONATHAN JOSÉ

CI: 2400086860

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	
AGRADECIMIENTO	
DECLARACIÓN.....	
ÍNDICE.....	i
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN.....	v
CAPÍTULO I.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	2
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos.....	3
3. Justificación	4
CAPÍTULO II.....	6
2. Marco teórico.....	6
2.1 Marco referencial	6
2.2 Marco teórico	8
2.3 Marco legal.....	20
2.4 Hipótesis, Variables y Operacionalización	23
2.4.1 Hipótesis	23
2.4.2 Asociación empírica de variables	23
2.4.3 Operacionalización de variables	24

CAPÍTULO III	25
3. Diseño metodológico.....	25
3.1 Tipo de investigación	25
3.2 Métodos de investigación.....	25
3.3 Población y muestra	26
3.4 Técnicas recolección de datos	26
3.5 Instrumentos de recolección de datos.....	27
3.6 Aspectos éticos.....	27
CAPÍTULO IV	28
4. Presentación de resultados.....	28
4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	28
Conclusiones	31
Recomendaciones.....	32
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

RESUMEN

Los factores socioculturales han estado asociados en la aparición de múltiples enfermedades entre ellas la preeclampsia. El objetivo general del estudio es determinar los factores de riesgos socioculturales asociados a la preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. La metodología utilizada fue el método cuantitativo, el tipo de investigación descriptiva, transversal y retrospectiva, debido a que se definen los principales factores del objeto de estudio, los datos obtenidos fueron mediante el análisis de hechos ocurridos en un tiempo determinado. La muestra utilizada en la investigación fue 32 gestantes diagnosticadas con preeclampsia, la recolección de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico médico de preeclampsia, a través del formulario 051 materno perinatal. Los resultados obtenidos evidencian que, hay un alto índice de gestantes con preeclampsia residentes en sectores rurales, dificultando el acceso a los servicios de salud. Además, la mayoría de las gestantes con preeclampsia son nulíparas con edades extremas y que existen 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; y no modificables como la etnia, predominando la raza mestiza. Se recomienda que el personal de salud realice visitas sistemáticas a las comunidades alejadas para sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de asistir a los controles prenatales.

Palabras clave: Preeclampsia; factores socioculturales; embarazo de alto riesgo; controles prenatales

ABSTRACT

Sociocultural factors have been associated in the appearance of multiple diseases including preeclampsia. The general objective of the study is to determine the sociocultural risk factors associated with preeclampsia in pregnant women who attend Alfredo Noboa Montenegro General Hospital. The methodology used was the quantitative method, the type of descriptive, cross-sectional and retrospective research, because the main factors of the object of study were modified, the data that were affected by the analysis of events that occurred in a given time. The sample detected in the investigation was 32 pregnant women diagnosed with preeclampsia, data collection was performed by reviewing the medical records of patients with a medical diagnosis of preeclampsia, using form 051 maternal perinatal. The results are evident, there is a high rate of pregnant women with preeclampsia residing in rural sectors, which makes it difficult to access health services. In addition, the majority of pregnant women with preeclampsia are nulliparous with extreme ages and there are sociocultural factors that had a greater incidence in the development of preeclampsia, these can be modified as prenatal controls that are mostly not performed as found in the Ministry of Public Health; and non-modifiable such as ethnicity, predominantly the mestizo race. It is recommended that health personnel make systematic visits to remote communities to sensitize pregnant women about the importance of attending prenatal controls.

Keywords: Preeclampsia; sociocultural factors; high risk pregnancy; prenatal checkups

INTRODUCCIÓN

Se ha comprobado a lo largo de la historia que los factores socioculturales han estado asociados en la aparición de múltiples enfermedades entre ellas la preeclampsia, que es una de las más importantes complicaciones durante la gestación a nivel mundial y una de las principales causantes de muertes maternas dificultando su pronóstico, prevención y tratamiento.(Vargas, 2017)

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2016) en Latinoamérica se estima que entre el 8% y 10% de las gestantes padecen de preeclampsia, además es considerada como la primera causa de muerte materno-infantil en la región, debido a que entre las consecuencias de esta patología se encuentran los partos prematuros, la disminución del crecimiento fetal o incluso la muerte de la madre.

Los trastornos hipertensivos durante la gestación se han convertido en problemas de salud importantes donde se ve afectado el bienestar materno-fetal. La preeclampsia consta entre una de las más graves complicaciones hipertensivas gestacionales y puede resultar perjudicial si pasa inadvertida, sin darle el tratamiento adecuado podría evolucionar a una eclampsia. (Vigoa, 2016)

En Ecuador, según las últimas cifras obtenidas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010) la segunda causa de defunción materna es la preeclampsia; entre sus principales factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad se encuentran los antecedentes patológicos personales y familiares, la raza, la edad y el grado de paridad, además cabe recalcar que la falta de conocimiento por parte de las gestantes para identificar los signos de alarma junto a la falta de controles obstétricos y la dificultad de movilización por ubicarse en una zona geográfica de difícil acceso aumentan la probabilidad de desarrollar la misma.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal determinar los factores de riesgo socioculturales asociados a la preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital General Alfredo Noboa Montenegro; donde la población estudiada son las pacientes con diagnóstico médico de preeclampsia que acudieron durante los meses de enero a junio del año 2019.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema

La preeclampsia es una enfermedad cardíaca de origen desconocido y multifactorial, aparece durante la gestación, además de ser causal de afecciones sobre la madre y el recién nacido. La aparición de la preeclampsia se ve asociada a múltiples factores, entre ellos los socioculturales como la edad, etnia, nivel de educación, controles prenatales, hábitos tóxicos, entre otros; siendo motivo de hospitalizaciones prolongadas, repercusiones económicas para la familia y el sistema de salud del país. (Olug, 2017)

Las enfermedades hipertensivas son una de las principales causas de muerte materna en el continente asiático y africano, siendo común en mujeres durante el primer o segundo embarazo. Si bien aún no se conoce su etiología existen ciertas características que pueden diagnosticarla, tales como las cifras de presión arterial con valores mayor o igual a 140 en presión sistólica y mayor o igual a 90 en presión diastólica. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Las complicaciones durante el embarazo es uno de los problemas que actualmente se observa dentro de los hospitales, pese al avance tecnológico e investigativo sobre el campo de la medicina, el índice de morbilidad en la gestación es elevado a nivel mundial. Entre los trastornos gestacionales que sobresalen son los hipertensivos, dentro de los cuales se encuentra la preeclampsia siendo uno de los principales causantes de muerte materna- fetal con un 10 % lo que constituye un factor de riesgo para las embarazadas y el feto. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

En Latinoamérica, los países en vías de desarrollo tienen un alto índice de gestantes con preeclampsia de las cuales alrededor del 15 al 25% han sido detectadas con la patología después de las 20 semanas de gestación. El riesgo de sufrir de este trastorno hipertensivo se ve aumentado en embarazadas que han tenido antecedentes de aborto previo incrementando la mortalidad con cifras del 40% a 80% en América Latina. (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Ecuador, un país en vías de desarrollo, ha realizado un gran esfuerzo para tratar de contrarrestar la mortalidad materno-infantil, generando diferentes estrategias de

prácticas clínicas para disminuir los casos de preeclampsia, sin embargo aún en el país existen cifras alarmantes de esta enfermedad, ya que el personal a pesar de ser capacitado no logra detectar a tiempo los signos de alarma de esta patología, manteniéndose como la principal causa de morbi-mortalidad materno-infantil con cifras elevadas a nivel nacional ocupando cerca del 27.03% de todas las muertes maternas ocurridas desde el año 2006 al 2014. (Novoa, 2015)

Los problemas con el manejo de la preeclampsia se encuentran no solo en su etiopatogenia desconocida, sino también en las medidas utilizadas para categorizar la hipertensión en las embarazadas. Los factores socioculturales influyen en la preeclampsia con 27% de las muertes maternas y es importante aumentar la conciencia en las mujeres sobre la necesidad de recibir atención de emergencia, si surgen complicaciones durante el parto, para asegurar la intervención médica rápida, eficaz e incrementar la probabilidad de éxito terapéutico (Condo, 2017).

La provincia de Bolívar posee un alto índice de muertes materna, situándose en el segundo lugar a nivel nacional, con 4 muertes maternas por razón de nacimientos en el año 2014. En la ciudad de Guaranda se encuentra el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, al mismo que acuden gestantes de los sectores aledaños del distrito debido al poco acceso de servicios de salud cercanos, además de las creencias que mantienen sobre su dieta. (Gobernación de Bolívar , 2018)

Una de las problemáticas que más incidencia en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, fue el alto número de gestantes con preeclampsia que fueron hospitalizadas en los meses de enero a junio del año 2019, en este periodo fueron atendidas alrededor de 39 gestantes con algún trastorno hipertensivo, y de estas, 32 fueron diagnosticada con preeclampsia, cifras que son alarmantes a pesar que en este hospital se aplican los protocolos del Ministerio de Salud Pública con el fin de disminuir la mortalidad materno-infantil.

1.2 Formulación del problema

Ante la problemática presente se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo socioculturales asociados a la preeclampsia en gestantes?

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar los factores socioculturales asociados a la preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar demográficamente a las gestantes con preeclampsia.
- Identificar los principales factores de riesgo maternos que influyen con el desarrollo de la preeclampsia en las gestantes objeto de estudio.

3. Justificación

La elaboración de la presente investigación tiene como finalidad determinar cuáles son los factores socioculturales que se relacionan con la aparición de la preeclampsia, para que un futuro se puedan crear nuevas estrategias que ayuden a disminuir el índice de mortalidad materno-infantil, al detectar a tiempo las falencias sociales que propician el desarrollo de esta enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), las complicaciones hipertensivas durante la gestación tienen cifras alarmantes a nivel mundial con cifras estimadas de 166 mil muertes ocasionadas por preeclampsia, aumentando el riesgo de mortalidad en países subdesarrollados en el que la tasa de mortalidad asciende del 5 al 9%. Latinoamérica al contar con múltiples estados en vía desarrollo los porcentajes de morbi-mortalidad materna por preeclampsia van del 8 al 45% en su mayoría sectores amazónicos.

En Ecuador la principal causa de morbi- mortalidad perinatal es la preeclampsia con porcentajes del 8.3% y muertes neonatales del 14% por cada 1000 nacidos vivos en el país, hecho que se debe a otros problemas obstétricos tales como como dificultad respiratoria, bajo peso, parto pre-término, entre otros en las gestantes que padecen estos trastornos hipertensivos. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2017)

La provincia de Bolívar tiende a ser un sector con alto índice de preeclampsia debido a factores socioculturales y étnicos que son predisponentes para la aparición de esta patología en las habitantes, de igual manera la mayor parte de la población gestante reside en sectores rurales lo que hace difícil el acceso a los servicios de salud, añadiéndose a esto las creencias culturales que las usuarias poseen y que hacen posible el aumento del riesgo a sufrir este trastorno hipertensivo.

Este proyecto se elaboró en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro se encuentra ubicado en el cantón Guaranda debido a que es el único hospital general del Ministerio de Salud Pública de la provincia, de este modo recepta una gran cantidad de usuarias que se realizan los controles prenatales. Al igual se observa un gran número de embarazadas diagnosticadas con trastornos hipertensivos, entre los meses de enero a

junio del 2019 con cifras de 512 embarazadas que fueron ingresadas al servicio de ginecología de las cuales 32 fueron diagnosticadas con preeclampsia.

Todos estos datos son el motivo por el cual se realizó esta investigación, para identificar cuáles son los principales factores socioculturales asociados al riesgo de desarrollar preeclampsia en las gestantes que acuden a dicha institución de salud. Asimismo nuestro estudio será un gran aporte para futuras investigaciones e intervenciones con el fin de disminuir los casos de preeclampsia en esta casa de salud.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco referencial

Jaén & Ramírez (2018), realizaron estudios en el Hospital Regional ISSSTE, en la ciudad de Puebla, Monterrey-México, con el tema “Factores de riesgo que aumentan la incidencia de preeclampsia en la segunda mitad del embarazo del Hospital Regional ISSSTE, Puebla, en el periodo de tiempo de febrero a julio 2018”, es un estudio de tipo descriptivo, observacional, no experimental y transversal, en el cual se evidencia que cerca del 80% de la población gestante, ha recibido educación prenatal, enfatizados sobre cuidados durante la gestación, alimentación, signos de alarma e información sobre preeclampsia.

No obstante, el 47% de las educadas no llegan a generar conciencia sobre los riesgos de esta enfermedad ni toman las medidas necesarias para prevenirla, además las usuarias que presentan un riesgo elevado para sufrir esta enfermedad tienen un nivel de educación intermedia, con escasos niveles de conocimiento sobre esta patología, donde se demuestra una gran influencia de los factores sociales y ambientales predisponentes en la aparición de la preeclampsia.

Valdés & Hernández (2014), hicieron una investigación con el tema de “Factores de riesgo asociados a la preeclampsia”, en el cual se realizaron estudios de caso y controles en el Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto, donde se tomó una muestra de 128 gestantes, las cuales se dividieron en dos grupos: de 64 pacientes con preeclampsia siendo este el grupo de estudio y 64 pacientes sin esta patología como grupo control.

La metodología para la recolección de información fue a través de una encuesta y revisión de historiales clínicos, demostrando que la nuliparidad, el sobrepeso, la edad y los antecedentes familiares son los factores que más influyen en el desarrollo de preeclampsia. Además, se concluyó que la mayoría de las causas que ocasionan la enfermedad no se pueden modificar, por lo que se necesitará de un diagnóstico oportuno para el manejo de la misma.

Mindiola & Suárez (2018), elaboraron una investigación sobre la “Prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil- Ecuador, donde uno de sus objetivos era investigar cual era la prevalencia de esta patología junto a los factores de riesgo que presentaban las gestantes con edades que variaban entre los 12 a 19 años, donde se concluyó que un 48 % de las participantes que sufren de hipertensión arterial son menores de 17 años.

Entre otras características sociodemográficas en las que se identifican en la investigación, está el nivel de educación que poseen las participantes donde se demuestra que en 77% tenía estudios secundarios, mientras un porcentaje menor había culminado los estudios primarios por falta de recursos económicos, indicando que venían de familias disfuncionales, generando un mayor riesgo de sufrir de hipertensión arterial durante el embarazo.

Un estudio similar realizado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro por León (2016), con el tema “Factores de riesgo y complicaciones de Preeclampsia, estudio realizado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda. Periodo 2016”, dio como resultado que existe una gran incidencia de preeclampsia en las gestantes que tienen un rango de edad de 36 a 45 años lo que refiere que esta patología se da mayormente en mujeres de 35 años a más, además existieron otros factores predisponentes tales como: la etnia, la nuliparidad, entre otros.

Además, se comprobó que la preeclampsia es una enfermedad que a largo plazo traerá complicaciones graves que pueden conllevar hasta la muerte de quien la padece. Finalmente concluyeron que es importante conocer a tiempo cuáles son los factores de riesgo asociados a la preeclampsia, y de esta forma detectar precozmente y clasificar a las gestantes que se encuentran en riesgo y prevenir mediante los controles prenatales oportunos la curva de evolución de la presión arterial de forma más significativa en el tercer trimestre del embarazo.

2.2 Marco teórico

Factores de riesgo

Según Villar (2016), un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Se clasifican en:

- Químicos
- Físicos
- Biológicos
- Psicosociales
- Socioculturales
- Ergonómicos
- Ambientales

Factores Socioculturales

Se utiliza el término factor sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma. (Fernández, 2015)

Los estudios socioculturales siempre implican vinculación con conceptos y términos tales como edad, ideología, comunicación, etnia, costumbres, estilo de vida, clases sociales, género, nacionalidad, y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia.

- Edad: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la muerte de una persona, animales o vegetales.
- Ideología: grupo de ideas características de una persona o comunidad sobre un movimiento religioso, político o cultural.
- Comunicación: transmisión de ideas de una persona hacia otra.
- Etnia: grupo humano clasificado de acuerdo a su raza, lengua y cultura.

- Costumbres: práctica tradicional de un individuo o de una comunidad en un lugar determinado.
- Estilo de vida: conjunto de comportamientos o actitudes que adquiere el ser humano de manera individual o grupal para el logro de sus objetivos.
- Clases sociales: es una forma de clasificación por estratos sociales, de acuerdo a características vinculadas económicas o socialmente.
- Género: se refiere a un conjunto de características específicas que diferencia a hombres y mujeres.
- Nacionalidad: término que registra a una persona al estado que pertenece, otorgándole deberes y derechos sociales y políticos.

Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que se presenta durante la gestación a partir de la semana 20, se ve reflejado por niveles de presión arterial igual o mayor de 140/90 en tensión arterial sistólica (TAS) y tensión arterial diastólica (TAD) junto a presencia de proteínas en orina. También suele haber presencia de edema, sin embargo, no es necesario para llegar a un diagnóstico (Saito, 2018). La preeclampsia es clasificada en:

Preeclampsia leve: Tensión arterial (TA) mayor o igual de 140/90 mmHg o incremento de 30 y 15 mmHg en la TAS y TAD respectivamente. Proteinuria mayor o igual de 30 mg/dl o mayor o igual de 1 cruz en las tiras reactivas, hiperuricemia mayor o igual de 5,4 mg/dl para esa edad gestacional. La TA vuelve a la normalidad tras 12 semanas postparto. (Williams & Craft, 2016)

Preeclampsia grave: TAS mayor o igual de 160 mmHg y TAD mayor o igual de 110 mmHg, proteinuria mayor de 5 g/en orina de 24hs o mayor a 3 cruces en tiras reactivas. Oliguria menos de 400 ml/24hs. Trombopenia, elevación de las transaminasas, dolor epigástrico, edema pulmonar, alteraciones visuales. (Acosta, Bosch, López, Rodríguez, & Rodríguez, 2017)

Preeclampsia sobreañadida: En el caso de que la paciente tuviese problemas renales o de hipertensión anteriores al embarazo, se habla de preeclampsia sobreañadida. (Lagos, Arriagada, & Iglesias, 2014)

Preeclampsia recurrente: Se denomina así a la preeclampsia que aparece en la misma embarazada en dos gestaciones distintas. (Jaén & Ramírez, 2018)

La preeclampsia se manifiesta con más frecuencia después de la semana 37, puede aparecer en cualquier momento durante la segunda mitad del embarazo, así como también durante el parto o incluso después de dar a luz. Es posible tener preeclampsia antes de la semana 20, pero solo sucede en raros casos como enfermedades trofoblásticas.

Etiología

Entre las que se mencionan están la placenta anormal, inmunocomplejos en la placenta lesión del endotelio, factores cito tóxicos que afectan las células endoteliales, anormal metabolismo de prostaglandinas, genética, etc. Sin embargo, existe una teoría con mayor aceptación, la cual considera a la invasión anómala en las arterias espirales uterinas por células citotrofoblástica durante la placentación. (Gómez, 2014)

Durante el embarazo normal, el trofoblasto invade a las arterias espirales de la decidua, destruye el tejido de la media y de la capa muscular de la pared arterial, provoca un reemplazo del endotelio por material fibrinoide, hace desaparecer la arquitectura musculo elástica de las arterias espirales, y da como resultado vasos dilatados que soportarían el incremento de lo volemia del embarazo.

Causas

Hasta el momento no se ha descubierto la causa exacta que da origen a la preeclampsia. Se han estudiado sus factores de riesgo y se sabe cómo se desarrolla, pero no se ha llegado al fondo de la enfermedad para identificar las claves que la precipitan. Durante el embarazo, el organismo materno sufre una vasodilatación, pues las necesidades sanguíneas se multiplican debido a las demandas del feto. (Cararach & Botet, 2015)

En una gestación sin complicaciones, las arterias espirales uterinas se irían sustituyendo por células trofoblásticas. Este mecanismo asegura la vasodilatación que permite aumentar considerablemente el caudal sanguíneo que llega al feto y a la placenta. Pero con la preeclampsia, este proceso no se desarrolla con normalidad, dando lugar a una isquemia placentaria. Por ello, en una gestante que sufra preeclampsia se

observa vasoconstricción generalizada en lugar de la esperable vasodilatación. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Distintos trastornos de la preeclampsia:

- Alteraciones autoinmunes
- Problemas vasculares.
- Factores hereditarios.
- Dieta desequilibrada con escasez de calcio.

Sintomatología de la preeclampsia

La preeclampsia puede ser asintomático en manifestaciones leves, aunque de forma severa se pueden presentar síntomas como: oliguria, cefalea, emesis, alteraciones auditivas, visuales o cerebrales, dolor abdominal, entre otros (Ortiz, 2017)

Síntomas más evidentes de la preeclampsia

- Alteraciones neurológicas.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Alteraciones renales

Factores de riesgo de preeclampsia

Según Acosta (2017) los factores de riesgo más importantes para la preeclampsia son:

- **Edades maternas extremas:** La edad es un factor de riesgo biodemográfico debido a que la gestación antes de los 20 y después de los 35 años, se ve asociado a un mayor riesgo materno. El embarazo en menores de 20 años se conoce como embarazo adolescente, debido a que en la mayoría de estos casos se van a formar placentas anormales provocando placentación inadecuada lo que conlleva a padecer preeclampsia.

El embarazo en mujeres de 35 o en adelante este asociado a un aumento del riesgo de presentar diferentes patologías propias de la gestación, debido a que a esta edad en adelante padecen con frecuencia enfermedades crónicas, facilitando el surgimiento de preeclampsia y como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

- **Hipertensión arterial crónica:** Es un factor de riesgo debido a que muchos estudios manifiestan que la enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial preexistente.
- **Obesidad:** En la obesidad, los adipocitos secretan el factor de necrosis tumoral, lo que produce lesión vascular y empeora el estrés oxidativo.
- **Diabetes mellitus:** estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión útero-placentaria y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia.
- **Enfermedad renal crónica:** En estos casos se produce la placentación anormal, los vasos renales y de todo el organismo se encuentran afectados.
- **Presencia de anticuerpos antifosfolípidos, Trombofilia, Dislipidemia:** Son factores que aumentan la probabilidad de padecer preeclampsia durante el embarazo y puerperio.
- **Síndrome de ovarios poliquísticos:** es una endocrinopatía que afecta a la población femenina, y se asocia a complicaciones dentro del embarazo como la hipertensión gestacional y la preeclampsia.
- **Antecedente de preeclampsia personales:** Los estudios indican que el riesgo de volver a padecer de preeclampsia es del 20 %, dependiendo de cuándo se presentó la preeclampsia en un embarazo previo.
- **Antecedente de preeclampsia familiares:** existe una alta susceptibilidad a sufrir de preeclampsia en mujeres nacidas de madres que padecieron algún trastorno hipertensivo durante su gestación; esto se ve aumentado de dos a cinco veces en familiares de primer grado de consanguinidad de mujeres afectadas.

Factores de riesgo maternos relacionados con la gestación en curso

Según un estudio realizado por Valdés & Hernández (2016), existen riesgos maternos relacionados con la gestación en curso.

- **Primigestación:** Las mujeres primigestas tienen mayor susceptibilidad de desarrollar preeclampsia que las multíparas. Durante el primer embarazo se produce un mecanismo inmunológico a causa de la preeclampsia, tal es el caso, que el feto y placenta poseen antígenos paternos, los cuales no son reconocidos por el organismo materno, entonces el sistema reticuloendotelial no eliminaría los antígenos del feto, éstos pasan directo a la circulación materna, se producen

inmunocomplejos y se depositan en los vasos sanguíneos provocando lesión vascular y activación de la coagulación con terribles consecuencias para el feto y la madre.

- **Gestación múltiple:** La gemelaridad aumenta el riesgo de preeclampsia desde antes de las 20 semanas de gestación, debido a factores como la ovodonación.
- **Embarazo molar:** En este caso se produce por el aumento de tono uterino ya que en los embarazos molares hay un rápido crecimiento de las fibras uterinas. Se produce también la disminución del flujo sanguíneo generando hipoxia.

Factores de riesgo ambientales

- **Malnutrición por defecto o por exceso:** en casos de desnutrición existe déficit de macronutrientes, acompañada de anemia, produciendo la disminución del transporte de oxígeno, ocasionando la hipoxia del trofoblasto.
- **Hipomagnesemia:** Tanto el calcio y magnesio son factores importantes en esta patología, el equilibrio del calcio se afecta por la dilución en el volumen del líquido extracelular, también por hipercalciuria que se debe al incremento de la filtración glomerular durante el embarazo.
- **Bajo nivel socioeconómico y cuidados prenatales deficientes:** factores sociales son importante para desencadenar la preeclampsia, tal es el caso que las mujeres de bajo nivel económico no pueden acceder a un centro hospitalario debido a falta de recursos, por ende los controles prenatales son mínimos y hasta en varios casos llegan al trabajo de parto sin ningún control.
- **Estrés crónico:** Las mujeres sometidas a estrés crónico presentan una elevación en sangre de la hormona adrenocorticotropa (ACTH), que es producida fundamentalmente por la hipófisis, pero también por la placenta. La elevación de la ACTH favorece el incremento de la síntesis de cortisol por las glándulas suprarrenales y este produce un aumento de la Tensión Arterial, pero también actúa sobre la placenta adelantando su reloj biológico, y puede así desencadenarse el parto antes de las 37 semanas.

Diagnóstico

Para llegar a un diagnóstico de preeclampsia, el médico valora los datos de presión arterial de la madre junto con examen la analítica de sangre y orina, además de

la exploración física, debido que un aumento exagerado de peso en un corto periodo de tiempo, es una señal de alarma.

Los criterios de diagnóstico de la preeclampsia son hipertensión y proteinuria. La hipertensión es definida como la presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg o diastólica igual o mayor de 90 mmHg, tomada en dos ocasiones y con un intervalo de 4 horas, y que ocurre después de las 20 semanas de embarazo en mujeres con presión arterial previa normal; o presión arterial sistólica igual o mayor de 160 mmHg o diastólica igual o mayor de 110 mmHg en cualquier momento. La elevación de la presión arterial (PA) a valores menores de 140/90 debe ser un signo de alerta y requiere una vigilancia continua.

La proteinuria es definida como una excreción urinaria de proteínas igual o mayor de 0,3 g en orina de 24 horas (se correlaciona con 30 mg/ dL o reactividad de tira 1+). Ante el hallazgo de proteinuria, debe descartarse infección del tracto urinario. En vista de que recientes investigaciones no han encontrado relación entre la cantidad de proteína en orina y el pronóstico de la preeclampsia, la proteinuria mayor de 5 g ya no se considera como un criterio de preeclampsia severa. (Guevara & Meza, 2015)

Exámenes Complementarios

Evaluación materna: se valoran los posibles órganos que están afectados debido a la preeclampsia. Se solicitan exámenes de laboratorio tales como; hematológico, hepático, renal, cardiovascular, neurológico y coagulación sanguínea.

- **Hematológico:** Se comprueba mediante el hematocrito la presencia de una hemoconcentración, debido a que hay desplazamiento de líquido intravascular al extravascular.
- **Renal:** Mediante el estudio citoquímico de orina se puede valorar la presencia de proteinuria que compromete la unidad renal.
- **Cardiovascular:** Este estudio se requiere en casos complicados, mediante un electrocardiograma.
- **Coagulación sanguínea:** Se debe evaluar el fibrinógeno, el tiempo parcial de tromboplastina y la protrombina para descartar una Coagulación intravascular diseminada. (Chamy, 2014)

Complicaciones de la preeclampsia

Para Cunningham (2015), la preeclampsia puede provocar complicaciones muy graves, tanto en la madre como en su hijo que podrían llevar hasta la muerte. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos:

Complicaciones Maternas: Las mujeres con preeclampsia severa son susceptibles de presentar complicaciones graves como:

- Edema Pulmonar
- Falla Respiratoria
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Insuficiencia Hepática o Renal
- Hematomas o Ruptura Hepáticos
- Enfermedad Vascul ar Cerebral
- Ceguera Cortical
- Desprendimiento de Retina
- Eclampsia (convulsiones)
- Síndrome de Hellp
- Retraso del crecimiento del feto (CIUR).
- Placenta previa

Eclampsia

Se denominan así las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto. (Vázquez, 2016)

Síndrome HELLP

Complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, principalmente observado en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia afecta sobre todo a la sangre y al hígado (Gallo, 2018)

Se caracteriza por provocar a la embarazada:

- Hemólisis
- Plaquetopenia
- Elevación de enzimas hepáticas

Las pacientes con síndrome HELLP pueden tener los mismos signos y síntomas que las que padecen preeclampsia-eclampsia; sin embargo, también pueden encontrarse diferentes hallazgos clínicos a los que casi siempre se manifiestan en esta enfermedad. Los síntomas más frecuentes son: cefalea, dolor en el cuadrante superior derecho o epigastralgia, y náusea o vómito en 30 a 90% de los casos. (Cifuentes, 2017)

Complicaciones fetales de la preeclampsia

El efecto de la preeclampsia en el feto es el resultado de la disminución de la perfusión del espacio coriódectidial, que se inicia semanas antes que las manifestaciones clínicas, lo que se manifiesta en la restricción del crecimiento, el riesgo del feto está relacionado, además, a la severidad de la preeclampsia y al tiempo de gestación cuando se inicia la enfermedad.

Perfusión útero-placentaria alterada: Los fetos afectados por una insuficiencia placentaria suelen comprometer su peso después de las 24-26 semanas, son asimétricos, el examen anatómico es generalmente normal y muestran una disminución progresiva del volumen del líquido amniótico. Por lo tanto, la perfusión placentaria disminuye hasta 50%, con menor flujo al feto, desnutrición crónica y restricción del crecimiento intrauterino. (Pinedo & Orderique, 2014)

Medidas para prevenir la preeclampsia

Las actuales estrategias de prevención se centran básicamente en dos grupos: suplementación nutricional y terapia farmacológica. (Guevara Ríos & Meza Santibáñez, 2014)

Suplementos nutricionales

Calcio: La suplementación con calcio representa un beneficio tanto para las mujeres que están expuestas a un riesgo alto de hipertensión gestacional como para aquellas pertenecientes a comunidades con ingestas bajas en calcio.

Ácidos omega-3: El uso de suplementos de aceite pescado durante la segunda mitad del embarazo es otra de las estrategias propuestas para prevenir la génesis de la preeclampsia.

Terapia farmacológica

Una amplia gama de fármacos ha sido propuesta para la prevención primaria de la preeclampsia. Entre ellos tenemos:

Agentes antiplaquetarios (aspirina): En la preeclampsia se ha demostrado una producción intravascular deficiente del vasodilatador prostaciclina, con producción excesiva de tromboxano -un vasoconstrictor y estimulante de la agregación plaquetaria, derivado de las plaquetas agentes antiplaquetarios, por lo que particularmente las dosis bajas de aspirina pueden prevenir o retrasar el desarrollo de la preeclampsia.

Estrategia de prevención de complicaciones obstétricas - Score Mamá

El score mama “es la escala de puntuación desarrollada para la detección temprana de morbilidad materna” Es el puntaje que se da a los signos vitales de cada gestante para evitar el deterioro de la salud de las pacientes. Esta herramienta está compuesta de seis indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura, estado de conciencia y proteinuria

Para evaluar se dará un puntaje de 0 a 3 indicando que 0 es el normal y el 3 es el puntaje de mayor riesgo. Los signos vitales de cada paciente deberán ser registrados cada vez que visita al ginecólogo, es decir, en cada consulta médica. Consta de los siguientes signos vitales y un examen de proteína para poder ser llevado a cabo.

- Frecuencia Cardiaca (FC)
- Presión arterial dividida en Sistólica y Diastólica
- Frecuencia Respiratoria (FR)
- Temperatura
- Saturación de Oxígeno (Sat)
- Estado de Conciencia
- Proteinuria

(Ministerio de Salud Pública, 2016)

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Se terminará inmediatamente el embarazo si la hipertensión severa persiste luego de tratamiento por 24 a 48 horas, si hay trombocitopenia, enzimas hepáticas elevadas, disfunción renal progresiva, signos premonitorios de eclampsia, ascitis materna (determinada por ecografía) o evidencia de sufrimiento fetal.

Reposo en cama. La embarazada deberá permanecer en cama durante la mayor parte del día, preferiblemente en decúbito lateral izquierdo. La razón de que deba colocarse en esta postura es que así no presiona la vena cava inferior, que es la que retorna la sangre desde la zona inferior del cuerpo hacia el corazón.

Dieta hiposódica. El sodio eleva los niveles de presión arterial, por lo que se recomienda una dieta baja en sal. (Pacheco, 2016)

Tratamiento farmacológico

Según el Ministerio de Salud Pública (2016), en embarazadas con preeclampsia leve, como tratamiento farmacológico inicial se administrará:

- Nifedipino 10 mg cada 20 o 30 minutos según respuesta de la paciente con una dosis máxima de 60mg, luego de esa dosis inicial se procede a administrar nifedipino en dosis de 10 a 20 mg por vía oral cada 6 horas y una dosis máxima de 120mg en 24 horas.
- Hidralazina líquida parenteral de 20 mg/ml 5 mg intravenoso, si la TA diastólica no disminuye se continúa dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos o 0.5 a 10 mg hora por vía intravenosa. Dosis tope 20 mg vía intravenosa o 30mg intramuscular.
- Labetalol 20 mg por vía intravenosa durante 2 minutos seguidos a intervalos de 10 minutos por la dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulada máxima de 300 mg. como primera línea de elección.

En caso de preeclampsia grave se recomienda iniciar con tratamiento farmacológico con sulfato de magnesio:

- Dosis de impregnación: 20 ml de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 ml de solución isotónica, pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).
- Dosis de mantenimiento de 50 ml de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora), para evitar que evolucione a una eclampsia.

Fundamentación de Enfermería

Modelo de Dorothea Orem - Autocuidado

Se debe tener en cuenta que durante la etapa de gestación ocurren cambios fisiológicos y psicosociales que requieren del autocuidado de la misma y de este modo evitar futuras complicaciones, ya que sabemos que el embarazo es un proceso complejo donde los cuidados son fundamentales para el mantenimiento de la salud tanto de la madre como del feto.

El modelo de autocuidado nos indica que una persona tiene la capacidad de tomar acciones para su propio bienestar, con el objetivo autosatisfacerse con respecto a su salud. El autocuidado se refiere a la práctica de actividades saludables que una persona consciente realiza por sus propios medios físicos e intelectuales para desenvolverse adecuadamente en su vida y su desarrollo como persona. (Raile & Marriner, 2014)

Modelo de Nola Pender – Promoción de la Salud

El modelo de Nola Pender se considera de los más importantes, ya que está encaminado a realizar cambios en la salud de las personas por medio de la repartición de información veraz y también de actividades que van a marcar un antes y después en la vida de las personas, en este caso de las gestantes con acciones preventivas para el desarrollo de la preeclampsia y de esta manera mantener un mejor estilo de vida.

Unos de los problemas de salud del siglo XXI están relacionados a los estilos de vida que poseen las personas dentro de sus hogares al mantener una información

limitada que permitan evitar acciones que comprometan su salud y la de sus familiares, considerando su salud irrelevante, por lo que se vio necesario la idea de promoción de la salud que es una estrategia para la adquisición y desarrollo de habilidades personales que generan estilos de vida saludables. (Potter, 2015)

2.3 Marco legal

La presente investigación se desarrolla en atención a las siguientes normas legales:

Constitución de la República del Ecuador 2008

Art. 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 que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a 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 y bioética, con enfoque de género y generacional.

• Sección segunda, Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actoras y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Ley orgánica de salud

Capítulo I. Del derecho a la salud y su protección

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Capítulo III. De la salud sexual y la salud reproductiva

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescente y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y,

garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Desarrollo sostenible 2030

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Metas:

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Marco Institucional

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro se ubica en la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar entre las calles Selva Alegre y José Cisneros; fundado en el año 1860, iniciando como hospital de emergencias para la atención inmediata de los heridos de los combates de Yaruquí y Tumbaco.

En 1884 el presidente José María Caamaño, mediante un decreto legislativo establece un hospital en Guaranda, inaugurándose en marzo de 1894 el hospital en esta ciudad iniciando con dos salas para mujeres y varones, botica, cocina y una capilla, en 1926 la junta de beneficencia inició mejoras para la infraestructura y adquisición de equipo tecnológico para la atención quirúrgica en la época.

Con el avance de los años la infraestructura del hospital se deterioró, junto con el aumento poblacional el hospital no abastecía para una atención adecuada, por lo que fue necesario gestionar durante la presidencia del doctor Rodrigo Borja la construcción de instalaciones modernas junto a nuevos equipos inaugurando en el 13 de Julio de 1992 el hospital Alfredo Noboa Montenegro en la capital de la provincia bolivarense con capacidad de 120 camas.

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro está ubicado en el segundo nivel de complejidad, siendo una unidad vital del sistema de salud pública en esta región, la cobertura poblacional es de 178.089 habitantes de la provincia, recibiendo referencia de paciente de instituciones de salud básicas ubicadas en diferentes sectores como son: Guaranda, Echeandia, Chillanes y San Miguel.

En cuanto al servicio de gineco-obstetricia, está dividido en las áreas de ginecología, centro obstétrico y neonatología, donde se brinda atención a las gestantes previo al parto, puerperio, además de diferentes complicaciones gestacionales y ginecológicas, cuenta con personal médico, enfermeras/os e internos de medicina y enfermería; que forman parte de la atención al paciente.

2.4 Hipótesis, Variables y Operacionalización

2.4.1 Hipótesis

Los factores socioculturales están asociados en el desarrollo de la preeclampsia en gestantes con edades extremas que asistieron al Hospital General Alfredo Noboa Montenegro en los meses de enero a junio del 2019.

2.4.2 Asociación empírica de variables

Variable Independiente: Factores socioculturales

Variable Dependiente: Preeclampsia

2.4.3 Operacionalización de variables

Variable independiente	Dimensión	Indicadores	Técnica
Factores socioculturales	Social	Edad	Revisión de historia clínica
		Sexo	
		Nivel de instrucción	
		Estado civil	
		Ubicación geográfica	
	Cultural	Etnia	
		Creencias	
		Valores	
		Ideología	
		Raza	

Elaborado por: J.Cabrera; J. Gonzabay

Variable dependiente	Dimensión	Indicadores	Técnica
Preeclampsia	Biológico	Antecedentes preeclampsia	Revisión de historia clínica
		Hipertensión arterial crónica	
		Proteinuria	
		Edad gestacional	
	Ambiental	Primigestación	
		Multiparidad	
		Hábitos tóxicos	
		Controles prenatales	

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1 Tipo de investigación

Descriptiva

La investigación descriptiva se enfoca en detallar las características y propiedades relevantes del objeto de estudio que se está investigando, debido a que busca enfatizar los aspectos más distintivos y relevantes de un fenómeno (Hernández, 2018). De modo que este estudio está encaminado a buscar y conocer los factores socioculturales que están asociados a la preeclampsia.

Transversal

Es aquella investigación que recopila información del fenómeno de estudio en una sola ocasión en un tiempo determinado (Málaga, 2018). El estudio se realizó en el período de enero a junio del 2019.

Retrospectiva

Analiza los hechos que ya ocurrieron, es decir investiga el efecto para luego conocer la causa (Paneque, 2015). Se basó en la revisión de historias clínicas con el fin de obtener información acerca de los factores socioculturales que pueden ser predisponentes para el desarrollo de la preeclampsia.

3.2 Métodos de investigación

Cuantitativo

La metodología cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Estrada, 2016). Esta metodología se utilizó en esta investigación debido a que se recopiló información y se analizaron cuadros estadísticos para determinar los factores socioculturales que pueden estar asociados con el desarrollo de la preeclampsia.

3.3 Población y muestra

Población

Conjunto de individuos al que se refiere nuestra pregunta de estudio o respecto al cual se pretende concluir algo (Baena, 2014). La población de estudio estuvo comprendida por las usuarias gestantes diagnosticada con trastornos hipertensivos que se encontraron en la base de datos del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro en el periodo de enero a junio del 2019 con un total de 39 gestantes.

Muestra:

Es un subgrupo de la población a estudiar. Se puede decir que es una pequeña parte o cantidad de un conjunto definido que se separa con métodos de criterio o características para ser sometidas a un análisis o estudio (Sanca, 2016). La muestra de estudio estuvo comprendida por 32 pacientes, escogidos por tipo de muestreo intencional o conveniencia, seleccionada de la base de datos mediante criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Diagnóstico médico de preeclampsia
- Mujeres de 15 a 45 años

Criterios de exclusión

- Mujeres diagnosticadas con otros trastornos hipertensivos (Eclampsia, Síndrome de Hellp)
- Mujeres que residen fuera de la provincia de Bolívar

3.4 Técnicas recolección de datos

La técnica de investigación que se utilizó fue un análisis documental y la observación directa, con la finalidad de recopilar información y poder procesar los datos obtenidos mediante el programa excel.

3.5 Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se implementó la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el periodo de enero a junio del 2019, los datos fueron facilitados por el área de estadística del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, el instrumento para la recolección de datos fue la forma 051 (CLAP).

3.6 Aspectos éticos

En esta investigación se elaboró un acta de confidencialidad, donde se explica que todos los datos recopilados serán utilizados exclusivamente para fines investigativos y no serán divulgados, dicho documento fue entregado en las oficinas de docencia, obteniendo la apertura para el estudio.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados

4.1 Análisis e interpretación de resultados

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

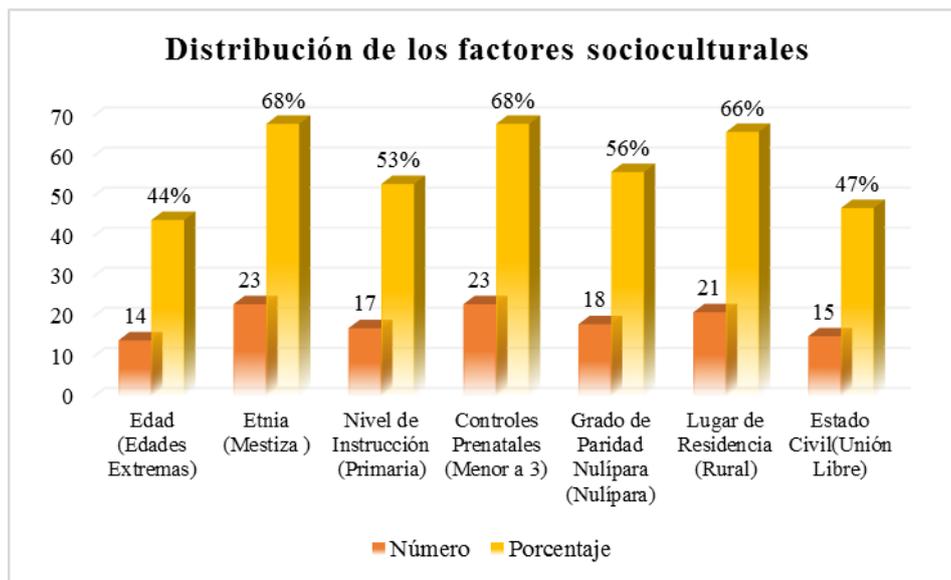


Gráfico 1. Distribución de los factores socioculturales asociados a la preeclampsia

Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

En el cumplimiento del objetivo general, se identificaron los factores socioculturales asociados al desarrollo de la preeclampsia y mediante el análisis se comprobó que el mayor impacto fueron los controles prenatales (menor a 3 consultas) al igual que la etnia, representados con un 68% cada uno.

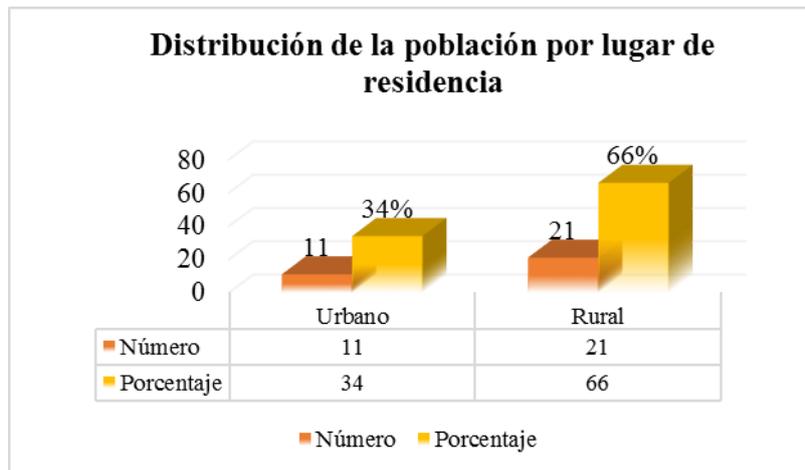


Gráfico 2. Distribución de la población por el lugar de residencia
Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay
Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

En el cumplimiento de nuestro primer objetivo específico, se encontró que la mayor población de gestantes que presentaron preeclampsia provenían de sectores rurales con el 66%, mientras que en un porcentaje menor habitaban en áreas urbanas representando el 34%, lo que indica que la preeclampsia se presentan con mayor incidencias en las áreas rurales en comunidades demográficamente alejadas, debido al difícil acceso a los servicios de salud coincidiendo con otros estudios como lo indica (Flores, 2017)

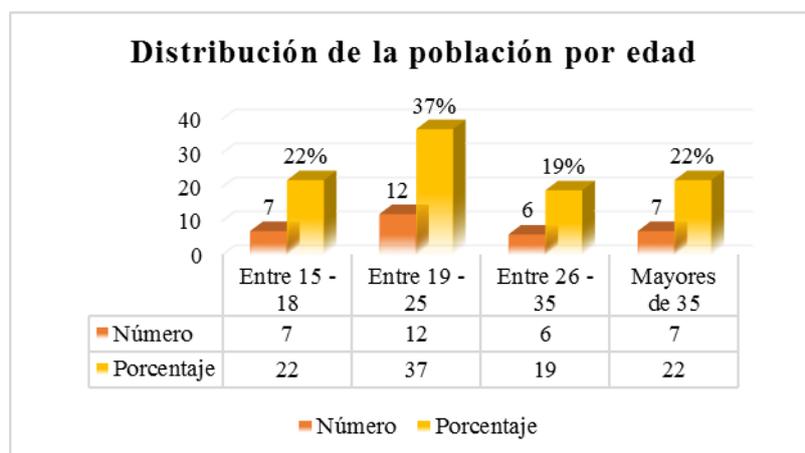


Gráfico 3. Distribución de la población por edad
Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay
Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Analizando el segundo objetivo específico, las embarazadas con edades extremas se representaron en un 44%. Varios estudios indican que el mayor riesgo para desarrollar preeclampsia son los embarazos en la adolescencia y edad avanzada, tal y como concluyó (Valdés M. , 2019); lo cual concuerda con los resultados de esta investigación.

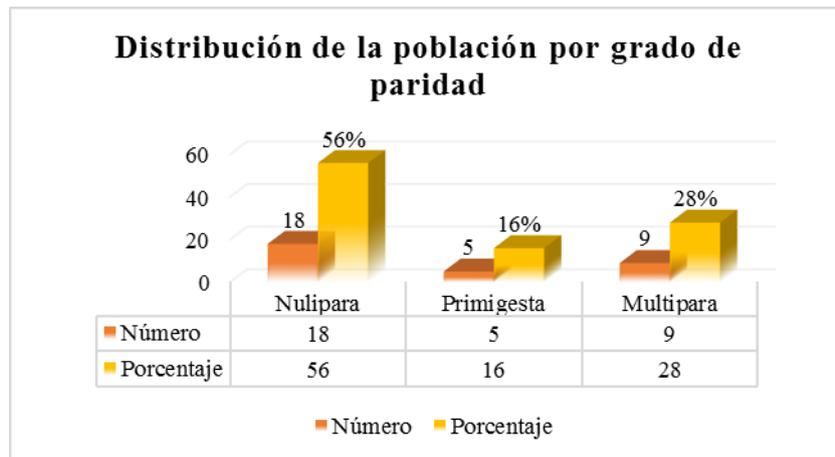


Gráfico 4. Distribución de la población por grado de paridad
Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay
Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Complementando el análisis del segundo objetivo teniendo en cuenta el grado de paridad se obtuvo que un 56% de la población fueron nulípara, mientras que el 28% multíparas, seguida las primigestas representando el 16%. Se ha comprobado en diferentes estudios que la población gestante que tiene un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia son mujeres que cursan su primer embarazo a diferencia de las multíparas, resultados que se ven reflejados en los datos obtenidos en nuestra investigación.

Conclusiones

Se concluye de acuerdo al objetivo general que, existen 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, 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.

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.

Recomendar al personal de salud incrementar las actividades de promoción de salud relacionados a los temas de salud sexual y salud reproductiva para disminuir los embarazos en adolescentes y mayores de 35 años, de esta manera prevenir las complicaciones obstétricas como la preeclampsia, que se presentan en estas edades extremas.

Fomentar la educación continua del personal de salud sobre la importancia de detectar los factores de riesgo socioculturales que se asocian al desarrollo de la preeclampsia, y de esta forma poder detectar a tiempo la aparición de esta patología con el objetivo de reducir el índice de morbi-mortalidad materno infantil.

A los estudiantes de la carrera de enfermería o futuros investigadores que se encuentren interesados en este estudio, se recomienda profundizar sobre todos los factores de riesgo para la preeclampsia para obtener una mejor comprensión acerca de la raíz de esta problemática y de este modo encontrar una posible solución asertiva.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, Y., Bosch, C., López, R., Rodríguez, O., & Rodríguez, D. (2017). Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 53-60.
- Álvarez, V. (2017). El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1-11.
- Cararach, V., & Botet, F. (2015). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. *Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología.*, 139-144.
- Chamy, V. (2014). Perfil Clínico de Embarazos con Preeclampsia y Embarazos no Complicados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 361-367.
- Cunningham, G. (2015). *Willams Obstetricia*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Fernández, M. (2015). Factores Socioculturales que Influyen en la Animación Cultural del Movimiento de Aficionados de las Asociaciones de Discapacitados. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*, 122-127.
- Flores, E. (2017). Preeclampsia y sus Principales Factores de Riesgo. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 90-99.
- Gobernación de Bolívar . (25 de Julio de 2018). *Datos Abiertos*. Obtenido de <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Salud-Razon-De-Mortalidad-Materna-en-Bol-var-de-20/bdsy-w9pk>
- Gómez, L. (2014). Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 321-332.
- Guevara Ríos, E., & Meza Santibáñez, L. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 385-394.
- Guevara, E., & Meza, L. (2015). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 385-392.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador*. Quito.
- Jaén, D., & Ramírez, J. (Agosto de 2018). *Repositorio Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A.C.* Obtenido de <file:///C:/Users/Familia%20Cabrera/Downloads/factoresqueaumentanlaincidenciaadepreeclampsiaenelsegundoytercertrimestretesisicest-190215011336.pdf>
- Lagos, A., Arriagada, J., & Iglesias, J. (2014). Fisiopatología de la preeclampsia. *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, 157-160.
- León, C. (2016). *Repositorio Digital de la UNIANDES*. Obtenido de tesis.
- Mindiola, J., & Suárez, M. (5 de Marzo de 2018). *Repositorio Universidad Católica* *Repositorio Universidad Católica Santiago de Guayaquil*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10059/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-415.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (Diciembre de 2016). *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Guía de Práctica Clínica. Trastornos hipertensivos del embarazo. Segunda edición*. Quito: El Telégrafo EP.
- Novoa, S. (2015). *Repositorio Universidad San Francisco de Quito*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5858/1/122533.pdf>
- Olug, S. (2017). *Preeclampsia, Hellp Syndrome, Eclampsia and Other Hypertensive Disorders of Pregnancy*. Smashwords Edition.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. *Organización Mundial de la Salud*, 14-23.
- Organización Mundial de la Salud. (08 de Septiembre de 2016). Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119742/WHO_RHR_14.17_spa.pdf;jsessionid=065A914B3B4C6E470299D10E8542D9E4?sequence=1

- Ortiz, R. (2017). Hipertensión/ preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 131-143.
- Pacheco, J. (2016). Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. *Acta Médica Peruana*, 311-319.
- Pinedo, A., & Orderique, L. (2014). Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia. *Revista de Ginecología y Obstetricia*, 47-52.
- Potter, P. (2015). *Fundamentos De Enfermería*. Elsevier.
- Raile, M., & Marriner, T. (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
- Saito, S. (2018). *Preeclampsia: Basic, Genomic, and Clinical*. Toyama: Springer Nature Singapore.
- Valdés, M. (2019). Factores de riesgo para preeclampsia . *Revista Cubana de Medicina Militar*, 307-316.
- Valdés, M., & Hernández, J. (2014). Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 307-316.
- Valdés, M., & Hernández, J. (2016). Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 307-316.
- Vargas, V. (2017). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 1-40.
- Vargas, V. (2017). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 471-476.
- Vázquez, J. (2016). Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 143-149.
- Vigil, P. (2015). Síndrome Hellp. *Ginecología Obstetricia México*, 48-57.
- Vigoa, A. V. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Revista Cubana de Ginecoobstetricia*, 50-62.
- Villar, M. (2016). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 237-241.

Williams, D., & Craft, N. (2016). Preeclampsia. *IntraMed*, 37-44.

Anexos

Anexo #1: Autorización de la Institución



Universidad Estatal
Península de Santa Elena

Carrera de Enfermería

Oficio N° 693-CE-UPSE-2019

La Libertad, 9 de Septiembre de 2019

*Dij. Agustino
Fernández de los
Sainz de los
oficio*

Señor Doctor
Mario Silva, **GERENTE**
Señora Doctora
Mariela Navas, **DIRECTORA HOSPITALARÍA**
Señor Doctor
Guillermo Lombeida Dávila, **RESPONSABLE DE DOCENCIA**
HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

En su despacho. -

De mi consideración:

Reciban un cordial saludo de quienes formamos parte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

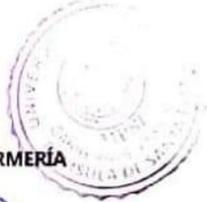
Estimados Directivas, me dirijo a ustedes con la finalidad de solicitar la respectiva autorización para que los estudiantes que a continuación detallo, realicen su Trabajo de Titulación en la Institución bajo su directriz, previo a la obtención del título en Licenciatura en Enfermería.

TEMAS DE TITULACIÓN	MODALIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS ESTUDIANTES
FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. GUARANDA 2019	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	CABRERA ROSALES JOMALY JULIA GONZABAY MAGALLAN JONATHAN JOSÉ

Con la seguridad de contar con su apoyo, quedo ante ustedes muy agradecida por su atención.

Atentamente,

Alicia Cercado M.
Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
C.C. - Archivo



Anexo #2: Carta de Confidencialidad



UNIVERSIDAD ESTATAL "PENÍNSULA DE SANTA ELENA"
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



Guaranda, 25 de septiembre del 2019

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Dra. Mariela Navas Pazmiño

Directora del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro

En su despacho. –

Por medio de la presente, yo **CABRERA ROSALES JOMALY JULIA** portador/a de la cedula de identidad **2400134405** ciudadano/a mayor de edad y en plenas facultades mentales, me comprometo con esta casa de salud a no divulgar, ni a utilizar en mi conveniencia personal la distinta información facilitada por el establecimiento, no proporcionaré a otras personas o instituciones ni de manera verbal, ni escrita, ya sea directa o indirectamente información sobre la identidad de los pacientes ni información alguna que pueda perjudicar los intereses de la entidad hospitalaria, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegará investigación realizada.

En constancia de mi compromiso firmo el presente documento.

Atentamente,

Jomaly Cabrera

CI.2400134405

Anexo #2: Cronograma



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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



TEMA: FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES. HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. GUARANDA 2019

	ACTIVIDADES	FECHA	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE		ENERO	
			1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	1S	2S
1	Aprobación del tema de proyecto de investigación por el consejo académico.	2 de Agosto del 2019																				
2	Socialización y asignación del tutor.	16 de agosto del 2019																				
3	Buscar información concerniente al tema del proyecto de investigación.	24 de agosto del 2019																				
4	Presentación del cronograma e instrumento.	2 de octubre del 2019																				
	Elaboración del capítulo I	16 de octubre del 2019																				
6	Presentación y revisión del avance al tutor capítulo I.	22 de octubre del 2019																				
	Elaboración del capítulo II	6 de noviembre del 2019																				
7	Presentación y revisión del avance al tutor capítulo II.	13 de noviembre del 2019																				

8	Recolección de datos y aplicación del instrumento.	20 de noviembre del 2019																		
9	Tabulación e interpretación de datos	20 de noviembre del 2019																		
10	Elaboración del capítulo III	20 de noviembre del 2019																		
11	Presentación y revisión del avance al tutor capítulo III.	20 de noviembre del 2019																		
12	Elaboración del capítulo IV	27 de noviembre del 2019																		
13	Presentación y revisión del avance al tutor capítulo IV.	4 de diciembre del 2019																		
14	Presentación final del proyecto de investigación.	11 de diciembre del 2019																		
15	Revisión por el sistema urkund.	9 de enero del 2020																		
16	Entrega de a la comisión de titulación de la carrera de enfermería y por su intermedio al consejo académico para la solicitud de tribunal de grado, previo a la fecha de sustentación.	15 de enero del 2020																		

Elaborado por: Cabrera Rosales Jomaly Julia, Gonzabay Magallanes Jonathan José

FIRMA DEL TUTOR

Jomaly Cabrera
FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DEL ESTUDIANTE

Anexo #4: Score Mamá

Mejora de la captación y derivación oportuna

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

(*) Sobre las 20 semanas de gestación

(90-93%*) Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0

(**) Sin oxígeno suplementario

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

El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación para detección de riesgo, que se aplica al primer contacto en emergencias obstétricas, en todos los niveles de atención.

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



Anexo #5: Historia Clínica Materno-Perinatal-CLAP-MSP

TEMA: FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES. HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. GUARANDA 2019.

El objetivo de la revisión de la **HISTORIA CLÍNICA MATERNO-PERINATAL-CLAP-MSP** para recolectar información acerca de los factores socioculturales que están asociados a la preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.

HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

DATOS GENERALES		C.C./H.C.U.	FECHA DE NACIMIENTO	AUTOIDENTIFICACIÓN	SABE LEER Y ESCRIBIR	ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL
NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____		TELEF.: _____	_____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afroecuatoriana <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Edu. Básica Jóvenes y Adultos Edu. Básica (Preparatoria) Edu. Básica (alem. y media) Edu. Básica (superior) Técnico superior Superior - 3er. nivel de grado -Alt. nivel pos-grad.	<input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Se ignora	<input type="checkbox"/> Último año <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Vive no <input type="checkbox"/> No vive
Residencia habitual de la madre: (División Política Administrativa)		Nacionalidad	EDAD (años)	<input type="checkbox"/> < de 15 <input type="checkbox"/> de 15 a 35				ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO
Provincia: _____ Cantón: _____ Parroquia: _____ Dirección Domicilio: _____		Ecuatoriana Extranjera Cuál? _____	_____ años					
ANTECEDENTES FAMILIARES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, Otra cond. médica grave. PERSONALES: Cirugía, Gemelo-Urinaría, Intefidad, Cardiopatía, Nefropatía, Violencia, VIH.		OBSTÉTRICOS Embarazos: Último embarazo (n/a < 2500g, normal > 4000g), Embarazos Múltiples. Partos: 3 espont. consecutivos, cesárea. Abortos: _____, viginos, nacidos vivos, muertos.		FUMAS: 1 ^{er} trim., 2 ^{do} trim., 3 ^{er} trim.		FIN EMBARAZO ANTERIOR: _____ día mes año.		
GESTACIÓN ACTUAL PESO INICIAL: _____ Kg. TALLA (cm): _____ GRUPO: _____ Rh: _____		EG CONFIABLE por: FUM Eco < 20 s.		ECOGRAFÍA: 11-13 semanas, TARV. > 20 sem., Prueba en emb. solicitada.		FUMAS: 1 ^{er} trim., 2 ^{do} trim., 3 ^{er} trim.		EMBARAZO PLANIFICADO: no si
CERVIX: Insp. visual, PAP, COLP.		BACTERIURIA: sam normal, anomal, no se hizo.		GLUCEMIA EN AYUNAS: < 20 sem., > 20 sem., > 30 sem.		PREVENCIÓN PREECLAMPSIA: Calco > 12 sem., Acido Acetil Salicilo > 12 sem.		FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO: Barrera, DIU, Hormonas, Natural, Quirúrgico, No usaba.
CHAGAS: no si.		ESTREPTOCOCCO B: 35-37 semanas.		EDUCACIÓN PRENATAL: Semanas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.		CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA: no si.		SIFILIS - Diagnóstico y tratamiento: no si.
CONTROLES PRENATALES: día mes año.		EXÁMENES, TRATAMIENTOS, SCORE MANA.		INICIALES TÉCNICOS.		PRÓXIMA CITA: día mes año.		
PARTO / ABORTO		CORTICOIDES ANTEPARTO: completo, incompl., ninguna.		UTEROINHIBIDORES: si no, n/a.		INICIO: espontáneo, inducido, casarea.		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: día mes año, hora min, temp > 38°C.
FECHA DE INGRESO PRENATALES: día mes año.		CONSULTAS PRENATALES: total, días.		HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO: no si.		EG AL PARTO / ABORTO: < 37 sem., ≥ 37 sem.		PRESENTACIÓN SITUACIÓN: cefálica, pelviana, transversa.
PESO PRODUCTO (libros), TAMAJNO FETAL ACORDE EG.		ACOMPAÑANTE: Pareja, Familiar, Parteralo, Otro, Ninguno.		PRÁCTICAS INTERCULTURALES: Vestimenta, Entrega placenta, líquidos, Otras.		POSICIÓN PARTO: arrodillada, de pie, sentada, acostado de lado, litómica.		NACIMIENTO: Establecimiento de salud, casa, otro.
MÚLTIPLE: no si.		TERMINACIÓN: espont., cesárea, fórceps, vacuum, otra.		INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO: INDUC. OPER.		EPISIOTOMIA: no si.		MUERTO: Parto, Anleparto, Se ignora.
PLACENTA: completa, retenida.		LIGADURA CORDÓN AL CESAR: no si.		RECEBIO: Inducido, Oxitocina, TDP, Antibiot., Analgesia, Anest. local, Anest. gen., Anest. inf., Transtulón, Sulfato de Mg.		Medicación: no si.		POSTPARTO: día hora T°C TA FR pulso Sat. ac. oz. mol. rez. oquitos. SCORE MMMA.
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: no si.		INFECCIONES: SIRS, Neumonía, Mastitis, Gonorrea, Paratuberculosis, Infección herida casarea, Infección epididimofal, Otra infección.		HEMORRAGIA: 1 TRIM., 2 TRIM., 3 TRIM.		MORBILIDAD: no si.		
DIABETES MELLITUS: no si.		TRASTORNOS TIROIDEOS: no si.		OTROS TRASTORNOS: Hipertensión gravídica, Trombocitosis prof., Tromboembolismo pulm., Embolia L.A., Cardiopatía, Neuropatía, Convulsiones.		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: no si.		
Tolerancia oral a la glucosa anormal, D.M. insulino dependiente previa, D.M. no insulino dependiente previa, D.M. gestacional.		Hipertiroidismo, Hiperlipidismo, Crisis tiroideas, Otro trastorno metabólico.		Anemia ferropénica, Anemia falciforme, Enfermedad renal, Neoplasia maligna, Trastorno alérgico, Alteración del estado de conciencia.		Parto obstructo, Parto prolongado de membr., Oligoamniótico, Restricción de crecimiento intrauterino.		
AUTOPARTO: manual, Uterotónicos para la hemorragia.		INTERVENCIONES: Laparotomía (excluye cesárea), Ingreso a UCI > 7 días, Uso de ATB IV para tit. de complicación infecciosa.		Procedimientos para detener/contener la hemorragia: Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas / hipogástricas, Embolicaciones, Balones hidroestáticos.		Taje antihéico no neumático, Balones hidroestáticos.		

MSP/DNEAIS/DNCSS/form.05/mayo/2016 ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP -OPS/OMS Este color significa ALERTA

PARTOGRAMA

C.C. / H.C.U.

DÍA MES AÑO

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL	
PARIDAD	TODAS	MULTÍPARAS	NULÍPARAS
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS
	ROTAS	ROTAS	ROTAS

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRES

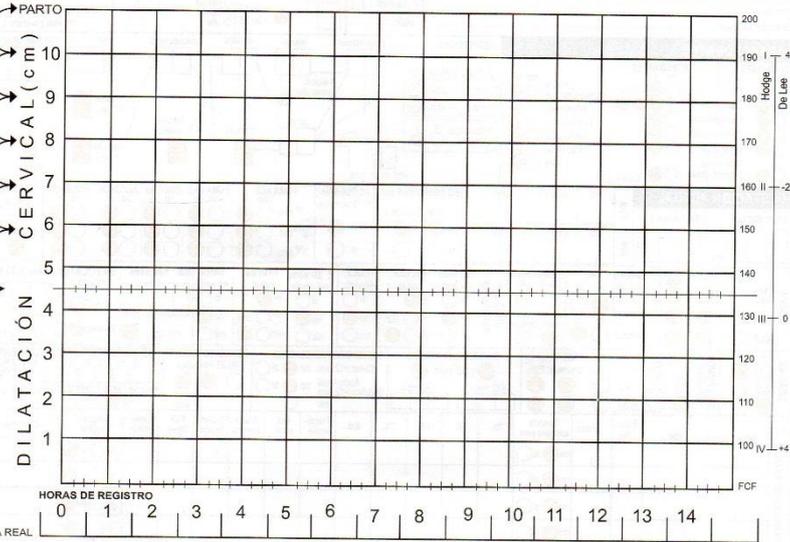
VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas P.V.)

0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	<input type="checkbox"/>
PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN	<input type="checkbox"/>
DILATACIÓN CERVICAL	<input type="checkbox"/>
RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB.	(REM) <input type="checkbox"/>
RUPTURA ARTIFICIAL MEMB.	(RAM) <input type="checkbox"/>
INTENSIDAD LOCALIZACIÓN	
Fuerte +++	Suprapúbica SP
Moderada ++	Sacro S
Débil +	Contracciones
No lo percibe	Úterinas ▲
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	
Dips tipo I (Desaceleración precoz)	I
Dips tipo II (Desaceleración tardía)	II
Dips variables (Desaceleración variable)	M
Mesocric.	M
POSICIÓN MATERNA	
Lat. derecho	LD
Lat. izquierdo	LI
Dorsal	D
Semisentada	SS
Sentada	S
Parada o caminado	PC



HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR Localiz./Intens																

CRITERIOS CLÍNICOS/DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA		LABORATORIO		INTERVENCIONES	
Cardiovascular: Shock, Pericardio, Hepático, Ictericia en preclampsia, Respiratoria, Cianosis aguda, Respiración jadeante (gasping), Taquipnea severa FR > 40ppm, Bradipnea severa FR < 60ppm	Renal: Oliguria resistente a líquidos diuréticos, Hematológicos/coagulación: Alteraciones de la coagulación, Neurológico: Coma, Inconsciencia prolongada > 12 hs, Accidente Cerebro Vascular, Convulsiones incontrolables/estado de mal epiléptico, Parálisis generalizada	Plaquetas < 50000 por ml, Creatinina > 300 micromoles > 3.5 mg/dl, Bilirrubina > 100 micromoles > 6.0 mg/dl, pH < 7.1, PaO2 < 90% > 1 hora, PaO2/FiO2 < 200 mmHg, Lactato > 5 mmol/L o 45 mg/dl	Administración continua de agentes vasoactivos, Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia, Administración > 3 vol. de hemoderivados, Ingreso de UCI > 7 días, Histerectomía, Diálisis en caso de IRA, Reanimación cardiopulmonar	Atención médica obst., enf., auxil., estud., empíric., otro	Nombre
RECÉN NACIDO: SEXO, PESO AL NACER, LONGITUD, MÉTODO CANGURO, EXAMEN FÍSICO	EDAD GESTACIONAL, PESO E.G., APGAR (1er, 5o, 10o), REANIMACIÓN	FALLECE en LUGAR de PARTO, TRASLADO	Tipificación R.N., Vitamina K, Profilaxis Ocular	TAMIZAJE METABÓLICO, TAMIZAJE AUDITIVO, VACUNA Hepatitis B Dosis 0, APEGO INMEDIATO, Mecónia 1er día	ASESORÍA
EGRESO RN: hora, min, día, mes, año, Nombre establecimiento, EDAD días completos	ALIMENTO ALTA, DECÚBITO SUPINO, BCG, PESO AL EGRESO	EGRESO MATERNO: hora, min, día, mes, año, Nombre establecimiento	Fallece durante la referencia, Fallece en el lugar de la referencia	MÉTODO: pref. vicat., pref. acad., pref. acad., natural, pref. acad., pref. acad., Quirúrgico	

MSP/D/FAIS/INCCSS/frm 051/mavn/2016

Anexo #6: Ficha de Recolección y tabulación de datos



UNIVERSIDAD ESTATAL "PENÍNSULA DE SANTA ELENA"
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



Edad	Entre 15 - 18	Entre 19 - 25	Entre 26 - 35	Mayores de 35	
Cantidad	1+1+1+1+1+1+1	1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1 1	1+1+1+1+1+1	1+1+1+1+1+1+1	
Total	7	12	6	7	
Estado Civil	Unión de Hecho	Soltera	Casada	Divorciada	Viuda
Cantidad	1+1+1+1+1+1+1+1 +1+1+1+1+1+1+1	1+1+1+1+1+1+1	1+1+1+1+1+1+1+1 1	1	1
Total	15	7	8	1	1
Ubicación Geográfica	Urbano		Rural		
Cantidad	1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1		1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1 +1+1+1+1		
Total	11		21		
Etnia	Mestizo			Indígena	
Cantidad	1+1			1+1+1+1+1+1+1+1+1+1	
Total	23			9	
Nive de Instrucción	Sin Educación	Primaria	Secundaria	Universidad	
Cantidad	1+1+1	1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1 1+1+1+1+1+1	1+1+1+1+1+1+1	1+1+1+1+1	
Total	3	17	7	5	
Controes prentales	Menor de 3			Mayor de 3	
Cantidad	1+1			1+1+1+1+1+1+1+1+1+1	
Total	23			9	
Grado de Paridad	Nulipara	Primigesta	Multipara		
Cantidad	1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1 +1+1+1+1	1+1+1+1+1	1+1+1+1+1+1+1+1+1+1		
Total	18	5	9		
Índice de Masa Corporal	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	
Cantidad	1+1	1+1+1+1+1+1+1	1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1 +1+1+1+1+1	1+1+1+1+1+1 1+1+1	

Total	2	7	15	8
-------	---	---	----	---

Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Anexo #7: Análisis e interpretación de resultados

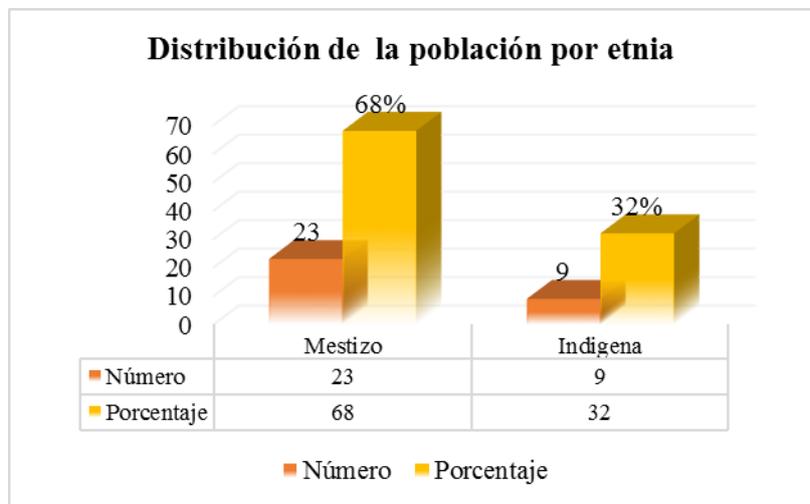


Gráfico 5. Distribución de la población por etnia

Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Se identificó que la etnia es uno de los principales de riesgo socioculturales que influyen en el desarrollo de la preeclampsia en las gestantes, donde el 68 % de la población estudiada fue mestiza y el 32 % indígena.

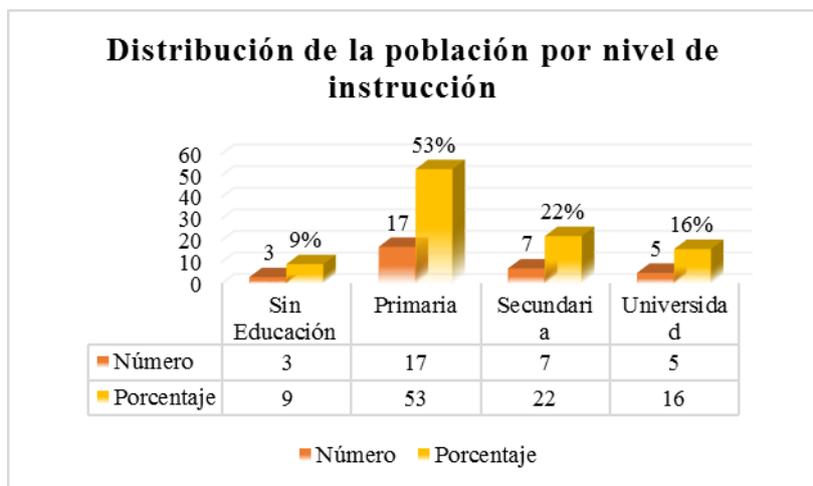


Gráfico 6. Distribución de la población por nivel de instrucción

Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Mediante el análisis del gráfico 6, se comprobó que existe un mayor porcentaje de gestantes con preeclampsia con nivel de educación primaria representado con el

53%, siendo un posible factor para el desarrollo de la preeclampsia debido al escaso conocimiento de este grupo sobre la patología y sus medidas de prevención.

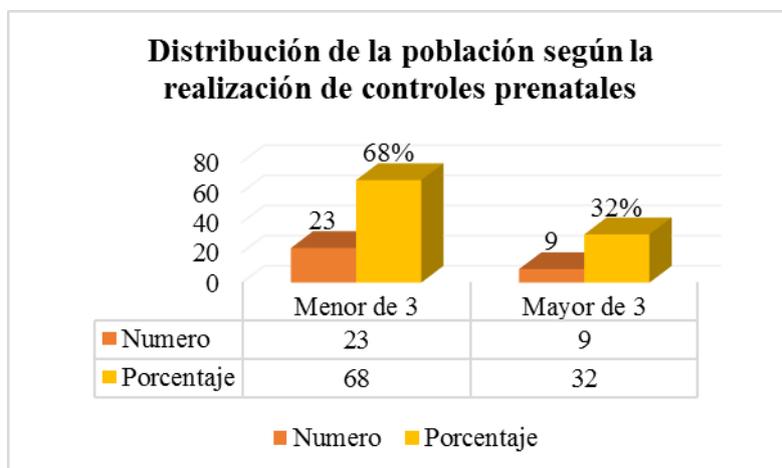


Gráfico 7. Distribución de la población según la realización de controles prenatales
Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay
Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Según el gráfico 7 se evidenció que el 72% de mujeres habían tenido menos de 3 controles prenatales durante su gestación lo que constituye un verdadero problema para el desarrollo de las complicaciones durante el embarazo como la preeclampsia que ponen en riesgo la vida de la madre y el hijo, coincidiendo con el estudio de (Vargas, 2017).

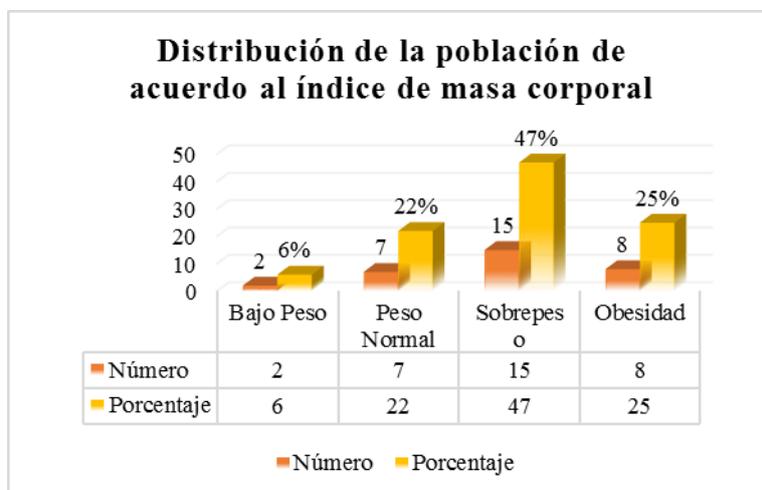


Gráfico 8. Distribución de la población de acuerdo al índice de masa corporal.
Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay
Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

En el gráfico 8, se evidenció que el mayor porcentaje de embarazadas con preeclampsia tuvieron sobrepeso representando el 47%, seguido del 25% con obesidad, no siendo significativo en nuestro estudio el bajo peso que representó un 6%. Este estudio coincide con otros autores como (Alvarez, 2017), que indica que el aumento del índice de masa corporal conlleva a un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia.

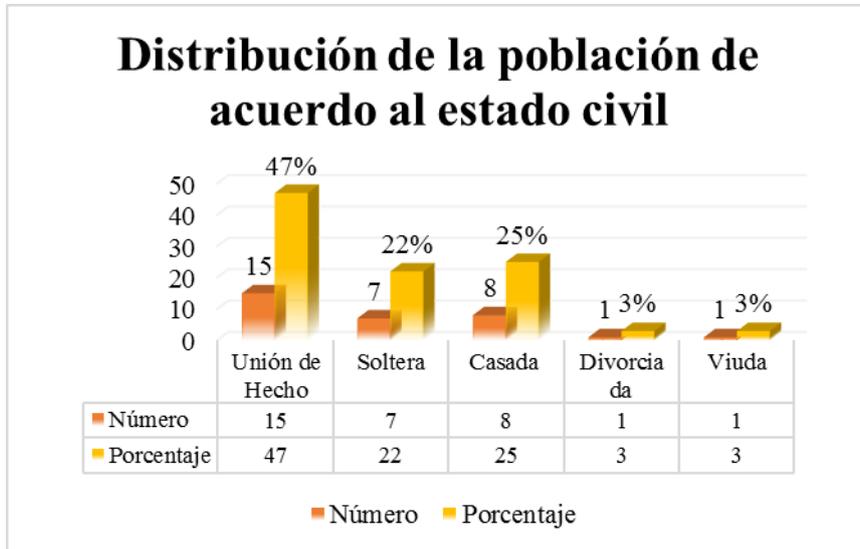


Gráfico 9. Distribución de la población de acuerdo al estado civil

Elaborado por: J. Cabrera, J. Gonzabay

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

En el gráfico 9, se identificó que el estado civil que poseían las gestantes fue a unión de hecho representado con el 47%, seguido de las casadas con el 25% y en menor porcentaje se encontraron las gestantes viudas junto con las divorciadas con el 3% .

Anexo #8: Evidencia fotográfica

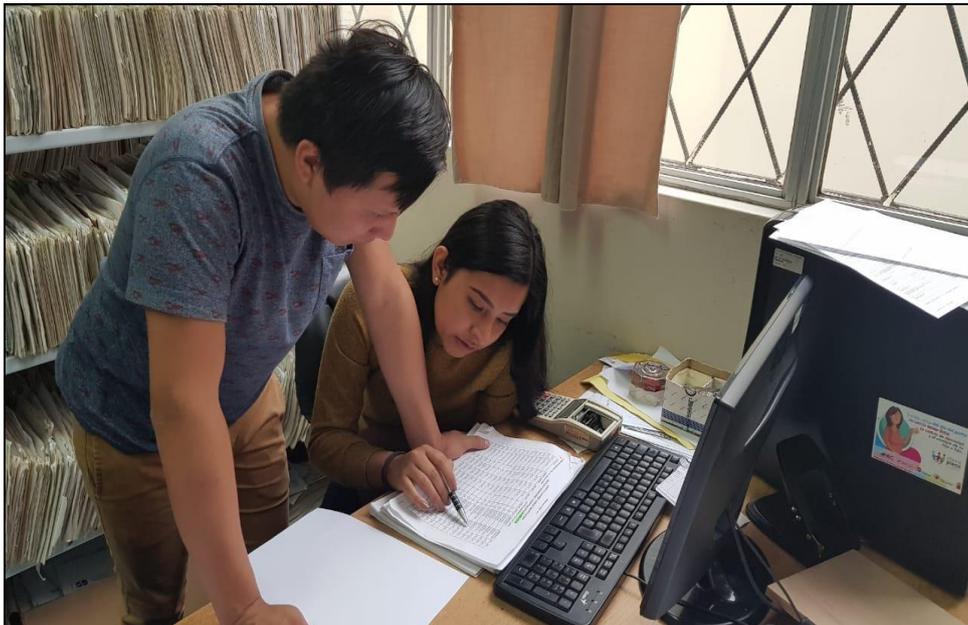
Recolección de datos en el área de estadística



Verificación de historias clínicas



Recolección de datos a través del instrumento



Tutorías presenciales con la tutora

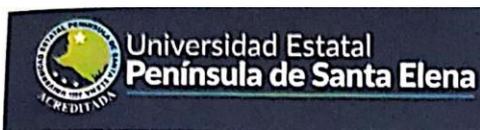


Anexo #9: Presupuesto

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
MATERIALES			
Bolígrafos	10	\$0,30	\$3,00
Cuaderno	2	\$1,00	\$2,00
Resma de hojas	6	\$3,00	\$18,00
Carpeta manila	10	\$0,25	\$2,50
Anillados	10	\$1,50	\$15,00
Empastados	3	\$25,00	\$75,00
EQUIPOS			
Impresiones	1000	\$0,10	\$100,00
Flash drive	1	\$10,00	\$10,00
TRANSPORTE			
Bus interprovincial	20	\$10,00	\$200,00
Bus intercantonal	50	\$0,90	\$45,00
Taxi	20	\$1,00	\$20,00
TOTAL			\$490,50

Elaborado por: J. Cabrera; J. Gonzabay

Anexo #10: Certificado antiplagio



Biblioteca General

La Libertad, 09 de Enero de 2020

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR AGR-2020

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES. HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. GUARANDA, 2019. Elaborado por la señorita CABRERA ROSALES JOMALY JULIA Y el sr. GONZABAY MAGALLANES JONATHAN JOSÉ, estudiantes 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 Licenciado 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 proyecto de investigación ejecutado, se encuentra con el 1 % de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Aida García Ruiz, MSc.

C.I.: 0959896655

DOCENTE TUTOR



Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena
Correo: biblioteca@upse.edu.ec
Teléfono: 042781738 ext. 136



Reporte Urkund.

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS urkund.docx (D62107825)
Submitted: 09/01/2020 23:12:00
Submitted By: aidagarcia@upse.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

TESIS DIABETES ALEXANDER VILLEGAS corregido Urkund.docx (D57874431)

Instances where selected sources appear:

1

Fuentes de similitud

URKUND TESIS urkund.docx (D62107825)

INTRODUCCIÓN Los trastornos hipertensivos durante la gestación se han convertido en problemas de salud importantes donde se ve afectado el bienestar materno-fetal. La preeclampsia consta entre una de las más graves complicaciones hipertensivas gestacionales y puede resultar perjudicial si pasa inadvertida, sin darle el tratamiento adecuado podría evolucionar a una eclampsia. CITATION Alf16 \l 12298 (Vigoa, 2016)

La preeclampsia es una de las complicaciones de salud pública a nivel mundial y una de las principales causantes de muertes maternas. Su causa aún se desconoce, pero según estudios esta se ve asociada a muchos factores sociales y culturales, dificultando su pronóstico, prevención y tratamiento. CITATION Víc17 \l 12298 (Vargas, 2017)

Según la CITATION Org16 \l 12298 (Organización Mundial de la Salud, 2016) en Latinoamérica se estima que entre el ocho y el diez por ciento de las gestantes padecen de preeclampsia, además es considerada como la primera causa de muerte materna infantil en la región, ya que como consecuencia puede provocar partos prematuros, la disminución del crecimiento fetal o incluso la muerte de la madre como lo afirman los especialistas.