



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TEMA

**FACTOR DE RIESGO SOCIAL QUE INFLUYE EN LAS
MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA. HOSPITAL
JOSÉ CEVALLOS RUIZ, 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR

TUMBACO BORBOR ELISA ROXANA

TUTORA

LIC. ANABEL SARDUY LUGO, MSc.

PERIODO ACADÉMICO

2022-1

TRIBUNAL DE GRADO



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

Lcdo. Milton González Santos, MSc.

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y DE LA SALUD**



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

Lcda. Nancy Domínguez Rodríguez, MSc.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**

**CESAR
EUBELIO
FIGUEROA
PICO**

Firmado digitalmente por
CESAR EUBELIO FIGUEROA
PICO
Nombre de reconocimiento
(DN): c=EC, l=GUAYAQUIL,
serialNumber=0917519241,
cn=CESAR EUBELIO
FIGUEROA PICO
Fecha: 2022.06.15 20:02:21
-05'00'

DOCENTE DE ÁREA



Firmado electrónicamente por:
**ANABEL
SARDUY**

Lcda. Anabel Sarduy Lugo, MSc.

TUTORA



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

Abg. Víctor Coronel Ortiz, MSc.

SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 28 de mayo del 2022

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación: FACTOR DE RIESGO SOCIAL QUE INFLUYE EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA. HOSPITAL JOSÉ CEVALLOS RUIZ. 2022., elaborado por la Srta. TUMBACO BORBOR ELISA ROXANA, 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, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,



Lcda. Anabel Sarduy Lugo, MSc.

TUTORA

DEDICATORIA

Le doy gracias a Dios, ya que gracias a su ayuda ha sido posible lograr cada una de mis metas propuestas, de igual forma a mis padres quienes han sido mi pilar fundamental para alcanzar esta meta.

Tumbaco Borbor Elisa Roxana

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por darme salud, sabiduría y fuerzas para poder culminar mis estudios.

A mi familia y seres queridos, por su confianza y apoyo en cada momento.

A mi tutora y maestros universitarios que me asesoraron en cada momento y me permitieron culminarlo con éxito.

Tumbaco Borbor Elisa Roxana

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:
ELISA ROXANA
TUMBACO BORBOR

Tumbaco Borbor Elisa Roxana

CI: 0928165570

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
DECLARACIÓN	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1. El problema.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Formulación del problema	4
2. Objetivos de estudio	5
2.1. Objetivo General	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. Justificación	5
CAPÍTULO II.....	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Fundamentación Referencial.....	7
2.2. Fundamentación Teórica.....	8
2.3. Fundamentación Legal.....	18
2.4. Formulación de hipótesis	20
2.5. Identificación y Clasificación de variables	20

2.6. Operacionalización de variables.....	21
CAPÍTULO III	22
3. Diseño Metodológico	22
3.1. Tipo de investigación.....	22
3.2. Métodos de investigación	22
3.3. Población y muestra	22
3.4. Tipo de muestreo	23
3.5. Técnica de recolección de datos.....	23
3.6. Instrumentos de recolección de datos.....	23
3.7. Aspectos éticos.....	24
CAPÍTULO IV	25
4. Presentación de resultados.....	25
4.1. Análisis e interpretación de resultados	25
4.2. Comprobación de hipótesis.....	33
5. Conclusiones.....	33
6. Recomendaciones.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables	21
Tabla 2. Intervenciones de enfermería en el manejo de embarazadas con preeclampsia	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Factor de riesgo social que influye en el desarrollo de preeclampsia	25
Gráfico 2. Factores obstétricos asociados a preeclampsia	26
Gráfico 3. Principales factores de riesgo sociales asociados a preeclampsia (Ocupación)	27
Gráfico 4. Principales factores de riesgo sociales que influyen en la preeclampsia (Nivel educativo)	28
Gráfico 5. Tipo de preeclampsia.....	29
Gráfico 6. Distribución de la muestra según el grupo etario	40
Gráfico 7. Distribución de la muestra según los antecedentes personales	40
Gráfico 8. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares	41
Gráfico 9. Distribución de la muestra según el estado nutricional	41

RESUMEN

La preeclampsia es la complicación más frecuente durante la gestación, se estima que su prevalencia varía entre 2% al 17% del total de la población embarazada y es considerada como la principal causa de morbilidad materno-perinatal. El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo general determinar el factor de riesgo social que influye en las mujeres embarazadas con preeclampsia en el Hospital José Cevallos Ruiz, enero 2021 a abril 2022. La metodología investigativa corresponde al enfoque cuantitativo, observacional no experimental de corte transversal. La población del estudio estuvo compuesta por 61 gestantes que cumplían con los criterios de inclusión y la muestra correspondía a la totalidad del universo. Para la recolección de datos se empleó la observación directa y la revisión de historias clínicas como técnicas, lo que permitió establecer los factores sociales asociados a la preeclampsia. En el análisis estadístico, se utilizó la herramienta Microsoft Excel. Como principales resultados se evidenció: los factores sociales de mayor incidencia, la ocupación ama de casa en el 73,8% y nivel educativo secundario con el 54,1%; entre los factores obstétricos, asistencia de 1 a 3 controles en el 42,6% y multiparidad en el 67,2%; el tipo de preeclampsia de mayor frecuencia, fue la preeclampsia severa con el 36% y con respecto a las intervenciones de enfermería, abordan principalmente su rol asistencial y educativo, tomando en cuenta el control de signos vitales, la administración de fármacos antihipertensivos y la enseñanza sobre la patología a la paciente, su familia y la comunidad. Se concluye que existen factores de riesgo social que desencadenan esta patología, por lo que resulta acertada su identificación oportuna y emplear estrategias para disminuir la prevalencia de preeclampsia en la unidad hospitalaria.

Palabras clave: Factores sociales; preeclampsia; controles prenatales insuficientes.

ABSTRACT

Preeclampsia is the most frequent complication during pregnancy, it is estimated that its prevalence varies between 2% to 17% of the total pregnant population and is considered the main cause of maternal-perinatal morbidity and mortality. The general objective of this research project was to determine the social risk factor that influences pregnant women with preeclampsia at the José Cevallos Ruiz Hospital, from January 2021 to April 2022. The research methodology corresponds to the quantitative, observational, non-experimental cross-sectional approach. . The study population consisted of 61 pregnant women who met the inclusion criteria and the sample corresponded to the entire universe. For data collection, direct observation and review of medical records were used as techniques, which allowed establishing the social factors associated with preeclampsia. In the statistical analysis, the Microsoft Excel tool was used. The main results showed: the social factors with the highest incidence, the housewife occupation in 73.8% and secondary educational level with 54.1%; among obstetric factors, assistance from 1 to 3 controls in 42.6% and multiparity in 67.2%; the most frequent type of preeclampsia was severe preeclampsia with 36% and with respect to nursing interventions, they mainly address their care and educational role, taking into account the control of vital signs, the administration of antihypertensive drugs and teaching about the pathology to the patient, her family and the community. It is concluded that there are social risk factors that trigger this pathology, so its timely identification and use of strategies to reduce the prevalence of preeclampsia in the hospital unit is correct.

Key words: Social factors; preeclampsia; insufficient prenatal controls.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, diversas investigaciones de la comunidad médico-científica han descrito que existe una asociación entre factores sociales y el desarrollo de varias patologías como la preeclampsia, es uno de los trastornos hipertensivos que representa del 12 al 15% de las defunciones maternas y perinatales. La preeclampsia se define como la elevación de presión arterial por encima de 140/90mmHg asociado a proteinuria, luego de la semana 20 de gestación (Herrera, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de la preeclampsia en todo el mundo es de 2 al 10% del total de embarazos, se considera que su prevalencia es siete veces mayor en países en vías de desarrollo, con el 2,4% con respecto a los países desarrollados que presentan el 0,4% (García & Jimenez, 2018). La situación en Latinoamérica y el Caribe con respecto a la preeclampsia corresponde al 25,7% de los decesos maternos por esta complicación obstétrica, en los últimos 10 años se refleja una incidencia del 25% y se plantea que por cada muerte materna por esta causa, 50 a 100 gestantes presentan alguna morbilidad grave (Nápoles, 2017).

En el año 2018, en Ecuador se reportó un índice de 21,1% de muertes por cada 100000 recién nacidos vivos, incluyendo los decesos maternos por causas obstétricas, donde se destaca a la preeclampsia y la eclampsia como la tercera complicación asociada a muerte materna alcanzando hasta el 30% de los casos, en la actualidad esta tasa ha presentado una disminución leve, es por ello que se considera importante el desarrollo de estrategias encaminadas a disminuir esta problemática de salud (Condo & Barreto, 2017).

Existen algunos factores sociales que conllevan al desarrollo de preeclampsia, como el nivel educativo, el status económico, el lugar de residencia, entre otros; es por ello que surge la necesidad de aumentar la conciencia en las gestantes sobre la importancia de asistir a los controles prenatales de forma temprana y subsecuente para evitar complicaciones en el embarazo, parto y postparto (Checya & Moquillaza, 2020).

Por lo expuesto anteriormente, se realiza el proyecto de investigación con el objetivo de determinar el factor de riesgo social que influye en las mujeres embarazadas con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital José Cevallos Ruiz del cantón Yaguachi, perteneciente a la provincia del Guayas; en el periodo enero 2021 a abril del 2022.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2019), la preeclampsia es una alteración de la presión arterial que ocurre durante la gestación, el parto y postparto, conllevando al desarrollo de diversas complicaciones en el binomio madre-hijo, reportándose que más del 20% de los decesos maternos se asocian a trastornos hipertensivos.

Los trastornos hipertensivos constituyen una causa importante de morbimortalidad materna y neonatal. En el continente Asiático y Africano, una décima parte de las muertes maternas se relacionan con preeclampsia y eclampsia; mientras que en Latinoamérica se presenta en una cuarta parte de las defunciones, se considera que estos fallecimientos eran evitables, realizándose un diagnóstico oportuno y un manejo efectivo a través de la atención prenatal basada en prácticas clínicas eficaces (OMS, 2016).

Para (Herrera, 2018), la preeclampsia se define como:

“La elevación de la presión arterial, por encima de 140/90 mmHg en la gestación mayor a 20 semanas y se manifiesta con eliminación de proteínas en la orina, más de 30 mg en una sola muestra o más de 300mg en muestra de 24 horas: se caracteriza por la disminución de la perfusión sistémica debido al vasoespasmo y la activación de los sistemas de coagulación” (p. 9).

La preeclampsia es una patología que se presenta durante la gestación, el parto y en las primeras dos semanas postparto; su diagnóstico dependerá de las cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg y la presencia de proteinuria, es una patología que usualmente no presenta síntomas, es por ello que resulta muy importante la identificación de factores de riesgo y la toma de signos vitales durante las consultas prenatales.

La incidencia de preeclampsia es mayor en países en vías de desarrollo, según la OMS se presenta hasta siete veces más en relación a países desarrollados, con el 2,8% y 0,4% respectivamente (Condo, et al., 2017). En México, esta patología representa la principal causa de muerte materna en el Sistema Nacional de Salud, en su base de datos

del 2017 se evidenció 2,7 millones de embarazos al año, de los cuales 250000 a 300000 presentaron alguna complicación, cerca de 30000 mujeres resultaron afectadas por ello y quedaron discapacitadas a corto y largo plazo (García, et al., 2018).

En Perú, el Ministerio de Salud Pública reporta a los trastornos hipertensivos como la principal causa de deceso materno con el 21,5%; un estudio realizado por varios investigadores en este país, establecieron algunas características de los diagnósticos de la patología hipertensiva durante el embarazo, como principales hallazgos: el 56,9% de los trastornos correspondían a preeclampsia; en EsSalud existe un mayor registro de preeclampsia con el 63,6%, en el segundo nivel de atención con 60,6% y en la región rural o de la selva con el 64,9% (Moquillaza, et al., 2020).

Ecuador no es un país lejano a esta problemática de salud pública, desde el año 2006 se reporta a la preeclampsia y eclampsia dentro de las principales causas de fallecimiento materno, con una cifra porcentual del 27,53% (García, et al., 2020). En la gaceta epidemiológica de muerte materna publicada por el Ministerio de Salud Pública en el 2021, se informa 143 decesos maternos durante el año, siendo las principales causas, los trastornos hipertensivos con el 26%, sepsis en el 10,2%, hemorragias obstétricas en el 7,9% y causas indirectas con el 42,5%; además, las provincias con mayor notificación de casos de deceso fueron: Guayas, Pichincha y El Oro (MSP, 2021).

La preeclampsia es una complicación obstétrica que hasta la actualidad, no presenta una causa definida, pero a través de investigaciones realizadas por la comunidad médico-científica se han identificado diversos factores de riesgo, condiciones clínicas y mecanismos fisiopatológicos predisponentes. Para establecer los factores asociados a esta enfermedad, suelen clasificarse en factores personales como la edad materna, factores nutricionales como la ganancia de peso, factores obstétricos como la paridad o los antecedentes, factores genéticos o hereditarios y los factores sociales (Guerrero & Diaz, 2019).

Los factores de riesgo relacionados a preeclampsia, inicialmente fueron abordados desde la perspectiva biológica, pero al pasar del tiempo se fueron identificando otros aspectos que podrían influir en su aparición, entre ellos los factores sociales. Se considera como “factor de riesgo social” al suceso social o del ambiente que los individuos están expuestos y que pueden conllevar a desarrollar una enfermedad; en la preeclampsia, se considera en estos factores, al nivel socioeconómico, la autoidentificación étnica, el grado

de instrucción, el estado civil, los controles prenatales insuficientes, el lugar de residencia, entre otros (Torres, et al., 2018).

La provincia del Guayas registra el mayor número de muertes maternas en el Ecuador, hasta abril del 2022 se reportaron 10 decesos maternos por trastornos hipertensivos, principalmente por preeclampsia severa (MSP, 2022). En la ciudad de San Jacinto de Yaguachi, situada en el cantón de Yaguachi, se encuentra el Hospital Dr. José Cevallos Ruiz que es un establecimiento del segundo nivel de atención que brinda servicios de salud gratuitos a los sectores de cobertura del distrito de salud 09D21, mediante referencias desde unidades operativas del primer nivel y demanda espontánea por el área de emergencia (Distrito 09D21-San Jacinto de Yaguachi, 2019).

La problemática que fomentó el presente estudio corresponde a que en el Hospital Dr. José Cevallos Ruiz se evidenció una incidencia alarmante de gestantes con diagnóstico de preeclampsia, según los datos estadísticos de este nosocomio, en el año 2019 se registraron 53 casos con diagnóstico definitivo de este trastorno hipertensivo, en el 2020 se reportaron 60 casos y para el 2021, aproximadamente 55 casos; además, se observan algunos factores que podrían relacionarse con esta patología, como la edad materna, las condiciones socioeconómicas y los controles prenatales insuficientes; es por ello, que se considera necesario establecer los principales factores sociales asociados al desarrollo de esta patología obstétrica, lo que aportaría al desarrollo de propuestas enfocadas en disminuir su incidencia y repercusiones en el binomio madre-hijo.

1.2. Formulación del problema

Ante la problemática expuesta anteriormente, surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles es el factor de riesgo social que influye en las mujeres embarazadas con preeclampsia?

2. Objetivos de estudio

2.1. Objetivo General

Determinar el factor de riesgo social que influye en las mujeres embarazadas con preeclampsia en el Hospital José Cevallos Ruiz, enero 2021 a abril 2022.

2.2. Objetivos Específicos

- Reconocer los factores obstétricos asociados al desarrollo de preeclampsia en las gestantes investigadas.
- Identificar los principales factores de riesgo sociales que influyen en el desarrollo de preeclampsia en las gestantes del estudio.
- Establecer el tipo de preeclampsia de mayor incidencia en las gestantes del estudio.
- Plantear intervenciones del profesional de enfermería para el manejo de mujeres embarazadas con preeclampsia.

3. Justificación

La preeclampsia es una patología que puede comprometer el embarazo, se presenta a partir de las 20 semanas de gestación y representa una problemática de salud pública por su asociación con el índice elevado de muertes maternas, perinatales y neonatales a nivel mundial. El enfoque primordial durante la gestación en la atención prenatal será determinar los factores de riesgo de preeclampsia, implementar acciones de prevención y brindar un seguimiento en los controles subsecuentes.

En Ecuador, la preeclampsia y eclampsia son las principales causas de fallecimiento materno y representan el 27,53% del total de sus causas; es por ello que resulta prioritario establecer criterios unificados para su diagnóstico y manejo basados en la evidencia actualizada sobre esta patología.

En el presente proyecto de investigación, el beneficiario directo será la unidad hospitalaria porque mediante la identificación de los factores sociales asociados a esta patología es posible desarrollar programas encaminados a disminuir esta problemática, por lo tanto servirá de gran aporte para el estado de salud de las gestantes del cantón, evitando repercusiones en el binomio madre hijo.

Como beneficiarios indirectos, se considera a la Institución de Educación Superior porque el trabajo contribuirá con información actualizada y confiable sobre esta complicación obstétrica, obtenida por datos estadísticos publicados por el Sistema Nacional de Salud del País, el departamento de estadística del Hospital y fuentes electrónicas de alto impacto científico; esta investigación estará disponible en el repositorio de la Universidad para la sociedad en general.

La ejecución del estudio me permitirá adquirir competencias, destrezas y habilidades en el área de investigación en la carrera de enfermería para fomentar la intervención y la responsabilidad del personal de enfermería en este grupo prioritario, es decir las gestantes con algún riesgo obstétrico. Por último, servirá de guía para futuras investigaciones enfocadas en la temática de estudio, con el objetivo de disminuir la incidencia de preeclampsia a nivel institucional y nacional.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. *Fundamentación Referencial*

En una investigación realizada por Orellana en la ciudad de Cojutepeque, El Salvador en el año 2020, denominada “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en las pacientes del servicio de gineco- obstetricia del Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima, Cojutepeque” con el objetivo de determinar los factores asociados a la preeclampsia en las gestantes del área de Ginecología y obstetricia de esta unidad de salud.

La metodología investigativa empleada en el estudio descrito anteriormente, fue analítica de casos y controles que contó con una muestra de 50 expedientes de pacientes con diagnóstico de preeclampsia y 150 pacientes al azar que no padecían de esta patología. Luego del análisis estadístico se hallaron los siguientes resultados: la edad más frecuente encontrada fue de 18 años (27.5%), procedencia rural (25.5%), primigestas (OR=2.4; p=0.009), controles prenatales insuficientes (25.9%), obesidad (25.3%) y pacientes con diabetes mellitus e hipertensión crónica (2% – 14%). Conclusiones: Los factores sociales que incrementan el riesgo de preeclampsia correspondían a la edad adolescente, área rural, primiparidad y controles prenatales deficientes (Orellana, 2020).

En otro estudio realizado en la ciudad de Huancavelica, Perú en el año 2019 por Cerrón, titulado “Factores sociales asociados a la preeclampsia en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica”, tuvo como objetivo principal determinar los factores de riesgo sociales asociados la preeclampsia.

La metodología de estudio fue analítica, retrospectiva y observacional, además de tipo casos y controles. Los casos estuvieron conformados por 52 madres con preeclampsia registradas, mientras que los controles fueron 156 embarazos sin patología adyacente. Se emplearon diversas pruebas: Chi², corrección de Yates, Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC95%). Los principales resultados revelan que los factores sociales de riesgo significativos para preeclampsia fueron: edad de la madre \geq a 35 años (OR=2,368 e IC95%=1,101–5,095), gran multiparidad (OR=3,889 e IC95%=1,244–12,162), obesidad (OR=6,321 e IC95%=2,012–19,853), nivel de escolaridad primaria (OR=12,917 e IC95%=1,410– 118,346) y peso normal antes del embarazo (OR=0,443 e

IC95%=0,227– 0,863). Conclusiones. Los factores de riesgo sociales para la preeclampsia fueron edad de la madre \geq a 35 años, multiparidad >5 hijos, obesidad y bajo nivel educativo (Cerrón, 2019).

Se realizó una investigación en la ciudad de Milagro, provincia del Guayas-Ecuador en el 2018 por Díaz y Jiménez, denominada “Principales factores de riesgo para desarrollar preeclampsia en adolescentes embarazadas” con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de preeclampsia en edad materna adolescente.

El diseño de la investigación fue de tipo cualitativa mediante la revisión bibliográfica. Como principales resultados se encontró que los factores de riesgo que predisponen a la aparición de la preeclampsia fueron: primiparidad, antecedentes personales y familiares de preeclampsia e hipertensión, raza, gestación múltiple, enfermedades crónicas como diabetes, obesidad, trastornos vasculares, afección renal, edades extremas, sobrepeso, nivel socioeconómico, nuliparidad, entre otros (Díaz & Jiménez, 2018) .

2.2. Fundamentación Teórica

Trastornos hipertensivos

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan un amplio grupo de patologías obstétricas que tienen en común la elevación de la presión arterial con o sin afectación de órgano blanco que puede presentarse en la gestación, parto y postparto. Representan la segunda causa de mortalidad materna precedida por las hemorragias obstétricas (Pereira & Quirós, 2020).

Por consiguiente, la clasificación de esta patología hipertensiva se realiza según el tiempo de aparición y la severidad del compromiso materno-fetal. Según la Academia Americana de Ginecología y Obstetricia (ACOG), los trastornos hipertensivos se clasifican en: antes de las 20 semanas de gestación como hipertensión arterial crónica e hipertensión crónica más preeclampsia sobreañadida y mayor a las 20 semanas en preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional y síndrome de HELLP (Lezcano & Sánchez, 2019).

Preeclampsia

La (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020), define a la preeclampsia como,

“Uno de los trastornos hipertensivos que afecta a la mujer durante la gestación, se presenta luego de las 20 semanas, caracterizada por el incremento de niveles de presión arterial que son iguales o mayores a 140 mmHg de tensión sistólica y mayor o igual a 90 mmHg de tensión arterial diastólica acompañado de presencia de proteínas en orina”.

Se puede definir a la preeclampsia como una complicación obstétrica que constituye una de las tres principales causas de morbimortalidad materna y perinatal, afectando el embarazo a partir del segundo trimestre y requiriendo de un manejo interdisciplinario.

Clasificación de preeclampsia

De acuerdo a la gravedad y el compromiso del órgano blanco, se clasifica en:

- Preeclampsia leve: Ocurre cuando la tensión arterial es igual o mayor a 140/90 mmHg e inferior a 160/110 mmHg con presencia de proteína mayor o igual a 30 mg/dl en orina o una cruz (+) en tira reactiva, en este tipo de preeclampsia, no existe mayor compromiso de órganos, suele ser asintomática y la presión arterial regresa a los valores tensionales dentro de las 12 semanas posparto (Enrique & Pérez, 2019).
- Preeclampsia severa o grave: Se presenta cuando la tensión arterial es igual o mayor a 160/110 mmHg acompañado de más de 5 gramos de proteína en orina de 24 horas que equivale a tres cruces en tiras reactivas, acompañado de daño de órgano blanco como: oliguria con un drenaje menor a 400 ml en 24 horas, trombocitopenia, epigastralgia, elevación de transaminasas hepáticas, edema agudo de pulmón y alteraciones visuales como fotopsia, acúfenos, diplopía y escotomas (Díaz & Jiménez, 2018).
- Preeclampsia sobreañadida: Se refiere a situaciones en donde la gestante sufre algún otro problema renal o cardiovascular previo al inicio de la gestación, la preeclampsia puede incrementar su factor de riesgo y presentarse en este grupo de mujeres.

- Eclampsia: Es la complicación de la preeclampsia que aparece con cifras tensionales mayores o igual a 140/90 mmHg en el embarazo con una edad gestacional mayor o igual a 20 semanas, que además se acompaña de proteína en orina de 24 horas superior a 3 gramos o tres cruces en tiras reactivas y se caracteriza por la presencia de convulsiones tónico-clónicas durante el embarazo parto o puerperio excluyéndose otra causa previa (Fernández & Mesa, 2019).
- Síndrome de HELLP: Es una variante de la preeclampsia severa que se presenta en mujeres con gestación mayor de 20 semanas más aumento de la presión arterial y proteinuria en orina con los siguientes criterios diagnósticos: hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia (Velásquez & Toro, 2020).

Etiología de preeclampsia

Para (Franco, 2019), esta patología se produce debido a la placentación anormal asociada a lesión del endotelio vascular, elevación de citoquinas, afectación de la neo vascularización, elevación anormal del metabolismo de las prostaglandinas y factores genéticos son las causas más comunes de la preeclampsia, sin embargo su causa específica no ha sido aún determinada.

Hasta ahora, el fundamento sobre su etiología con mayor evidencia se basa en la invasión anómala del trofoblasto en las arterias espirales del útero aumentando su vascularización, esto se debe a que durante el embarazo el trofoblasto invade las arterias espirales de la decidua uterina destruye el tejido a nivel de la capa muscular de la pared arterial generando un intercambio del endotelio por un material fibrinoide que desaparece la musculatura elástica de las arterias espirales, generando una dilatación de los vasos que incrementan el volumen sanguíneo durante la gestación (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020).

Varios estudios han enfatizado en los factores de riesgo y su desarrollo, se considera que en el embarazo, el organismo de la madre sufre un proceso de vasodilatación puesto que las necesidades del feto se multiplican y el riesgo sanguíneo en una gestación de bajo riesgo no modifica las arterias espiraladas, las cuales se sustituyen por las arteriolas trofoblásticas asegurando la vasodilatación que permite el incremento gradual del volumen sanguíneo hacia el feto (Múnica & Muñoz, 2020).

Cuadro clínico de preeclampsia

En la preeclampsia leve, se evidencian las siguientes manifestaciones clínicas: la tensión arterial no supera los 160/110 mmHg con un volumen de proteína en orina menor a 3 gramos en 24 horas que puede como no cursar con aparición de edema en extremidades inferiores por aumento exagerado del volumen, clínicamente a la digito presión deja la impresión del dedo sobre la cara interna del tobillo y tibia, sin embargo, en la mayoría de los casos suele ser asintomática (Rojas & Villagómez, 2019).

En la preeclampsia severa, se manifiestan los siguientes signos o síntomas: ocurre cuando la tensión arterial se mantiene por encima de las 160/110 mmHg más la presencia de proteína en orina mayor a 5 gramos en 24 horas, cursa con alteraciones hepáticas como elevación de las transaminasas, epigastralgia que no cede con medicamentos, náuseas y vómitos o dolor en el hemiabdomen superior; alteraciones hematológicas con un recuento plaquetario bajo, hemólisis, coagulación intravascular diseminada; alteración de la función renal con creatinina sérica mayor a 0.9 mg/dl, oliguria menor de 50 ml/hora y alteraciones neurológicas como hiperreflexia tendinosa, depresión del sensorio, cefalea persistente y alteraciones visuales: fotofobia, diplopía, escotomas, entre otros (Franco, 2019).

Diagnóstico de preeclampsia

Se realiza en base a criterios clínicos y de laboratorio tomando como punto de guía la evaluación de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica, puesto que ofrece un mayor significado en la fisiopatología y pronóstico, además se solicitarán exámenes complementarios como: biometría hemática completa, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, tiempos de coagulación, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La preeclampsia tiene una alta incidencia de mortalidad materno-perinatal y para ello es indispensable un manejo multidisciplinario de un equipo de salud especializado en atención materna y fetal. La evaluación del estado de salud del feto y los anexos se realiza por medio de las siguientes vías:

- Ecografía obstétrica: Permite detectar el estado de salud fetal a través de la detección de los latidos cardíacos fetales, movimientos fetales, estática fetal, peso fetal, volumen de líquido amniótico, grado de maduración de la placenta, a su vez

permite el diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino, evaluación oportuna del perfil biofísico fetal, detección de anomalías congénitas y evaluación de la dinámica uterina y fetal (Guevara & Meza, 2019).

- Ecografía doppler fetal: Es un método ecográfico auxiliar que permite registrar y medir los flujos placentarios a nivel de las arterias espirales para predecir el riesgo de preeclampsia, cuando se emplea el doppler fetal se registran los valores de la arteria cerebral media y umbilical para determinar el grado de oxigenación fetal, a su vez se emplea como medio auxiliar en la restricción del crecimiento intrauterino.
- Amniocentesis: Consiste en el estudio de líquido amniótico que permite verificar la maduración pulmonar fetal y previene la interrupción del nacimiento encaminado a prevenir complicaciones asociadas a prematuridad (Herrera, 2018).

Factores de riesgo de preeclampsia

Se entiende como factor de riesgo al fenómeno físico, químico, biológico, social, fenotípico y genotípico que aumenta la posibilidad de desencadenar una enfermedad o daño en un individuo particular (Imhotep, 2020).

Las investigadores (Curiel & María, 2018) definen como factores de riesgo a los “Fenómenos de cualquier naturaleza, en donde el individuo está expuesto a su ambiente y es vulnerable a cualquier enfermedad o consecuencia”. Por las definiciones expuestas, se puede referir que los factores de riesgo son situaciones que aumenta la probabilidad de que una persona presente algún problema de salud o enfermedad.

Existen varios tipos de factores de riesgo, la presente investigación se enfoca en la preeclampsia, para lo cual existen factores de tipo obstétrico, demográficos, culturales, conductuales o personales y sociales. Se realizará a continuación la descripción de los factores de riesgo sociales que son la temática del estudio.

Factores de riesgo sociales asociados a preeclampsia

Se entiende por factor de riesgo social, a aquel suceso propio del entorno en donde se encuentra el individuo lo que puede ocasionar algún efecto o daño, estos factores suelen ser no modificables, pero la evidencia médico-científica reporta que con un seguimiento prenatal oportuno es posible brindar un manejo oportuno y evitar el desarrollo de

patologías que comprometan el bienestar del binomio madre-hijo. Entre los factores sociales de mayor relevancia, se encuentran:

- Estado civil: La mujer cuyo estado civil es soltera o unión libre tiene un riesgo ligeramente elevado en comparación con las mujeres de estado civil casada, a pesar de que este factor no es determinante motiva a seguir investigando si este aspecto se debe considerar como un factor de riesgo predisponente (Chimbo & Tapia, 2018).
- Nivel educativo: Se refiere al nivel de estudios cursado por la gestante hasta el momento de su embarazo; el nivel inferior o primaria y el analfabetismo incrementan el riesgo de complicaciones en el embarazo puesto que en mucho de los casos se desconocen los signos de alerta que podrían repercutir gravemente en el estado de salud materno y fetal, por otro lado el grado de instrucción secundario, superior, tercer y cuarto nivel actúan como factores protectores en donde las madres postergan la maternidad y realizan controles preconcepcionales (Carlos & Bowen, 2022).
- Lugar de residencia: Se refiere al medio urbano o rural donde habita la embarazada y su familia, se disponen o no de servicios básicos, en base a los estudios realizados existe una mayor prevalencia de preeclampsia en las áreas rurales del país asociado al incremento de embarazos adolescentes, sobrepeso, malnutrición y controles prenatales insuficientes además de un nivel socioeconómico bajo (De los Santos & Larraburu, 2021).
- Lugar de atención del parto de emergencia: Hace referencia al lugar donde se producen los nacimientos, cuando se realiza en el área interinstitucional es cuando ocurre en un establecimiento de salud con todos los componentes necesarios para la atención materna y fetal, mientras que el parto domiciliario es aquel que sucede en el domicilio y no cuenta con las condiciones óptimas para una situación de emergencia, es por ello que suelen presentarse complicaciones en la madre o el neonato, principalmente ocurre en el área rural (Pereira & Cabrera, 2019).
- Seguro social de salud: Los seguros privados y públicos de salud permiten a la población acceder a atención integral y planificada durante el embarazo, nacimiento y puerperio; sin embargo, la evidencia científica reporta que los casos de mayor incidencia de trastornos hipertensivos ocurren en el área pública por el

limitado acceso a los servicios de salud debido a falta de citas médicas, poco personal de salud, escasos insumos médicos, entre otros (Díaz & Jiménez, 2018).

- **Edad materna extrema:** El embarazo en adolescentes (menores de 19 años) y en mujeres en el límite de la edad reproductiva (mayor de 35 años) aumenta el riesgo de preeclampsia, puesto que en las adolescentes existe un mayor riesgo de inserción de placenta anómala generando una inadecuada perfusión que conlleva a la preeclampsia. En las mujeres mayores de 35 años, existe una mayor probabilidad de riesgo de diversas patologías que afectan el curso normal de la gestación, sobre todo enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus, en ambos grupos etarios el riesgo de morbilidad materna y perinatal es elevado (Torres, 2017).
- **Primigesta:** La mujer que cursa su primera gestación tiene una susceptibilidad mayor de desarrollar preeclampsia en comparación con las multíparas. Este suceso se debe a que en el primer embarazo existe un mecanismo de inmunidad placentaria en donde el producto de la concepción y la placenta disponen de antígenos del padre que no son reconocidos por la madre de tal manera que el sistema reticuloendotelial no elimina los antígenos, sino que pasarán directamente a la circulación materna generando depósitos en los vasos sanguíneos que conducen a la activación de la cascada de coagulación y lesión vascular a nivel materno y fetal (Curiel & María, 2018).

Otros factores de riesgo asociados a preeclampsia

- **Hipertensión arterial crónica:** Se define como el aumento de los niveles de la tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg. La persistencia de episodios hipertensivos en la mujer incrementa hasta 5 veces más el riesgo de desarrollar preeclampsia puesto que la falla vascular conlleva a daños en el cerebro, la retina, hígado y riñones (Sánchez & Jácome, 2018).
- **Obesidad:** Las gestantes con un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25 (sobrepeso) y mayor a 30 (obesidad) tienen una mayor cantidad de adipocitos o células grasas que secretan el factor de necrosis tumoral alfa, este factor se encarga de incrementar el riesgo de daño vascular e interferir en el estrés oxidativo.

- Diabetes mellitus: La diabetes mellitus secundaria al estrés oxidativo y a la lesión del endotelio produce que la perfusión uteroplacentaria se vea afectada y favorece al desarrollo de preeclampsia (Duarte & Sánchez, 2022).
- Enfermedad renal crónica: Cuando la mujer inicia la gestación con falla renal tiene un riesgo elevado de una placentación anómala a su vez los vasos renales y el organismo en general resulta comprometido.
- Síndrome de ovario poliquístico: Esta endocrinopatía afecta a las mujeres en edad reproductiva y en la adolescencia temprana aumentando el riesgo de hipertensión arterial, diabetes e insulino-resistencia que se asocia a complicaciones durante la gestación como la preeclampsia.
- Antecedente personal de preeclampsia: Las mujeres que han presentado preeclampsia en un embarazo previo tienen un riesgo de hasta un 20% de volver a presentar la misma patología en la gestación actual, este riesgo se ve incrementado cuando el embarazo ocurre con un período intergenésico menor a los 2 años y mayor a 10 años desde la última gestación (Checya & Moquillaza, 2020).
- Antecedentes familiares de preeclampsia: Las mujeres que han nacido de madres que presentaron trastornos hipertensivos durante la gestación tienen un riesgo de 2 a 5 veces más de desarrollar preeclampsia cuando el familiar de primer grado de consanguinidad se ha visto afectado.
- Gestación múltiple: Los embarazos múltiples incrementan el riesgo de desarrollar preeclampsia, el cual puede verse influenciado por procesos como polihidramnios, síndrome de transfusión feto-fetal, entre otros.
- Embarazo molar: Esta patología ocurre por implantación anómala de la placenta que conlleva al aumento del tono uterino por crecimiento exagerado de las fibras uterinas, generando un cuadro de hipoxia secundaria a la disminución del flujo sanguíneo (Muñoz & Elizalde, 2017).
- Estrés crónico: Los episodios de estrés crónico aumentan la hormona adrenocorticotropa (ACTH) que se produce en la hipófisis anterior y también secretada por la placenta, la elevación de esta hormona aumenta la síntesis de cortisol a nivel de las glándulas suprarrenales y genera un incremento de la tensión arterial (Medina, 2021).

Manejo y tratamiento de preeclampsia

El principal objetivo del manejo de esta patología consiste en la prevención de la eclampsia, control de la crisis hipertensiva, maduración pulmonar fetal y referencia oportuna.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2016) en su protocolo de manejo enfocado en los trastornos hipertensivos durante la gestación, refiere el uso de sulfato de magnesio como medicamento eficaz para evitar el desarrollo de eclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, se recomienda iniciar con la dosis de impregnación que comprende el sulfato de magnesio 4 gramos en 80 ml de solución salina a 300 ml/hora en bomba o 100 gotas por min y luego continuar con la dosis de mantenimiento en 10 gr de sulfato de magnesio en 450 ml de solución salina a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas por minuto.

En conjunto, al uso de sulfato de magnesio se requiere iniciar con antihipertensivos orales y parenterales según el caso, ante una crisis hipertensiva que supere los 160/110 mmHg se elegirá el uso de hidralazina parenteral en bolo o diluido de 5 o 10 mg intravenoso lento y continuar con dosis de mantenimiento de nifedipino 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego mantenimiento de 10 mg cada 8 horas (Enrique & Pérez, 2019).

Con respecto a la maduración pulmonar fetal, en esta patología resulta necesario un nacimiento de emergencia, en varias ocasiones sin maduración de los pulmones fetales debido al riesgo elevado de mortalidad, se recomienda la transferencia al neonato a la unidad de cuidados intensivos (UCI) cuando suele presentarse la preeclampsia en una edad gestacional menor a 28 semanas (Chimbo & Tapia, 2018).

Teorías relacionadas

En la profesión de enfermería se encuentran descritos algunos modelos teorizantes que tienen como finalidad describir los fenómenos que se presentan en la práctica y establecer la intervención enfermera, perfeccionando sus funciones y lograr el bienestar de los individuos y la sociedad con respecto a la salud.

Teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem nació en Baltimore en 1914, se tituló como enfermera en la Escuela de Enfermería del Washington D.C. Dorothea dedicó gran parte de su aprendizaje a la enseñanza, investigación y administración de la salud desempeñándose como Directora de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit (Naranjo, 2019).

Orem propuso la teoría del déficit de autocuidado describiendo que el “autocuidado” debe ser una función del ser humano que debe aplicarse para mantener su estado de salud y su bienestar, es importante que se realice de manera continua a lo largo del tiempo y debe estar enfocado a las necesidades de los individuos, en cada una de sus etapas de crecimiento, desarrollo y mejoría continua (Requelme & Burgueño, 2019).

Esta teoría manifiesta que la enfermería se articula con diversos sistemas que permiten el ejercicio profesional en personas con limitaciones de su salud, evidenciando problemas en su autocuidado. La teoría del autocuidado fue introducida en 1969, se establecen tres requisitos que a más de servir en el modelo de valoración de un paciente permite las siguientes acciones: autocuidado universal, autocuidado del desarrollo y autocuidado de desviación de la salud (Urgiles, 2019).

Dorothea centra su atención en los conceptos de salud y enfermedad, se considera el autocuidado como un acto propio de los individuos y puede ser una solución a las problemáticas de salud que se presentan, en la actualidad esta teoría sirve como punto de referencia para profesionales de salud de enfermería a través de herramientas que permiten brindar una atención de calidad, su fundamento se basa en las personas enfermas que permiten llevar a cabo el autocuidado y se ven influenciados por los valores culturales así como los factores condicionantes (Requelme & Burgueño, 2019).

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

La teoría de promoción de la salud propuesta por Nola Pender, se basa en los factores cognitivos y perceptuales en el individuo, enfatizándose en las características situacionales interpersonales y personales generando una participación de conductas favorecedoras y hábitos saludables, este modelo permite identificar conceptos de importancia acerca de las conductas de promoción y prevención en el ámbito de salud (Espinoza, 2018).

Este modelo busca promover la vida saludable y los cuidados, de esta forma existiría menos gente enferma, disminuirían los gastos y recursos, además se fomenta la mejoría continua de la salud en el ser humano. La percepción de la salud según Nola Pender aborda un componente comprensivo y humanístico, considera a la persona como individuo integral y potencia sus fortalezas y capacidades para toma de decisiones con respecto a mejorar su salud (De Arco & Puenayan, 2019).

2.3. Fundamentación Legal

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 (2006)

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.

Objetivos de desarrollo sostenible (2015)

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

2.4. Formulación de hipótesis

El factor de riesgo social influye en el desarrollo de preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital José Cevallos Ruiz durante el periodo enero 2021 a abril del 2022.

2.5. Identificación y Clasificación de variables

Variable Independiente: Factor de riesgo social

Variable Dependiente: Preeclampsia.

2.6. Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional		
			Dimensión	Indicador	Técnicas
El factor de riesgo social influye en el desarrollo de preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital José Cevallos Ruiz durante el periodo enero 2021 a abril del 2022.	VI: Factor de riesgo social	Aquella circunstancia o elemento que afecta al ser humano en el lugar o espacio donde se encuentre.	Factores de riesgo sociales	Edad Sexo Nivel educativo Estado civil Nivel socioeconómico Lugar de residencia	Observación directa Revisión de historia clínica
			Factores obstétricos	Paridad Antecedente de preeclampsia Controles prenatales	Observación directa Revisión de historia clínica
	VD: Preeclampsia	Complicación obstétrica que se presenta luego las 20 semanas de gestación, caracterizada por aumento de presión arterial y presencia de proteínas en orina.	Tipos	Diagnóstico CIE en gestantes del Hospital José Cevallos Ruiz	Revisión de historia clínica
			Antecedentes	Estado nutricional Antecedentes personales Antecedentes familiares	Observación directa Revisión de historia clínica

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Elaborado por: Elisa Roxana Tumbaco Borbor

Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de investigación

El presente proyecto de investigación corresponde al enfoque cuantitativo, debido a que la información obtenida mediante la recolección de datos es de tipo numérica, por ello es posible representar los factores de riesgo social de mayor relevancia en la muestra de estudio a través de tablas y gráficos de forma porcentual; además, la investigación es del diseño observacional no experimental, porque no se realiza ninguna alteración en las variables, se observa el fenómeno de estudio, tal y como se presenta en el contexto natural.

La investigación se desarrolla dentro de un periodo de estudio, es decir de corte transversal, los datos se recolectaron en una sola ocasión (enero 2021 a abril del 2022) y en un lugar establecido “Hospital José Cevallos Ruiz”, por ello se considera como una investigación de campo; de igual manera, pertenece al tipo descriptivo, debido a que se detallan aspectos de relevancia sobre la preeclampsia y sus factores asociados.

3.2. Métodos de investigación

En esta investigación se emplea el método analítico-sintético, primero se realiza el análisis de los datos sobre las variables a investigarse, es decir los factores de riesgo sociales que influyen en mujeres embarazadas con preeclampsia, se parte desde la descomposición de los aspectos a abordarse para estudiarlos de forma individual; luego se realiza una síntesis de los datos obtenidos mediante la tabulación y se procede a exponerlos mediante gráficos y tablas, por último se emiten conclusiones.

3.3. Población y muestra

La población del estudio estuvo compuesta por 61 gestantes diagnosticadas con preeclampsia incluidas en los datos estadísticos del Hospital José Cevallos Ruiz durante el periodo enero del 2021- abril del 2022.

3.4. Tipo de muestreo

Para establecer la muestra de estudio, se empleó el muestreo de tipo no probabilístico empleando el método por conveniencia, tomando en cuenta los criterios de inclusión; es por ello que se decide trabajar con 61 gestantes.

Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia (CIE-10: O140-O141-O149).
- Gestantes preeclámplicas atendidas en el Hospital José Cevallos Ruiz dentro del periodo de estudio.
- Gestantes preeclámplicas con historia clínica completa.

Criterios de exclusión

- Gestantes con diagnósticos de otros trastornos hipertensivos (hipertensión gestacional, eclampsia, síndrome de HELLP).
- Gestantes preeclámplicas atendidas en el Hospital José Cevallos Ruiz fuera del periodo de estudio.
- Gestantes preeclámplicas con historia clínica incompleta.

3.5. Técnica de recolección de datos

La técnica empleada para la recolección de datos fue la observación directa, este procedimiento permite realizar el levantamiento de información real y verídica de una fuente confiable, que serán los datos registrados por el departamento de estadística del Hospital José Cevallos Ruiz, con la finalidad de identificar los factores de riesgo social asociados al desarrollo de preeclampsia. Además, se utiliza como técnica de investigación a la revisión de historias clínicas lo que permite caracterizar sociodemográficamente a las integrantes de la muestra de estudio.

3.6. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos corresponden a la Historia Clínica Materno Perinatal (Formulario 051-MSP) de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital José Cevallos Ruiz dentro del periodo de estudio y una ficha de recolección de datos enfocada al levantamiento de información de interés del expediente clínico de la muestra de estudio.

- Formulario 051- MSP: Documento empleado para las gestantes, es emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador con la finalidad de mejorar la calidad de atención materna y perinatal. Este instrumento permite realizar un seguimiento del embarazo, parto y postparto, mediante la caracterización sociodemográfica de la embarazada y la identificación oportuna de factores de riesgo.
- Ficha de recolección de datos: Recursos o tarjetas que se emplean para registrar datos de interés extraídos de historias clínicas.

3.7. Aspectos éticos

El inicio de este proyecto de investigación fue posible por la aprobación de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, cumpliendo con los principios éticos para llevar a cabo investigaciones médicas en seres humanos, decretados en Helsinki y Belmont: no maleficencia, beneficencia, autonomía y Justicia.

Para el levantamiento de información, se realizó una carta de confidencialidad, donde se expone que los datos recolectados solo serán empleados para fines educativos, serán manejados de forma anónima y no serán divulgados, este documento se entregó en el departamento de docencia del Hospital José Cevallos Ruiz, obteniendo la autorización para el estudio.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Luego de la revisión de historias clínicas mediante la aplicación de los instrumentos, la información fue tabulada y analizada estadísticamente con el programa Excel, siendo representados en gráficos y tablas.

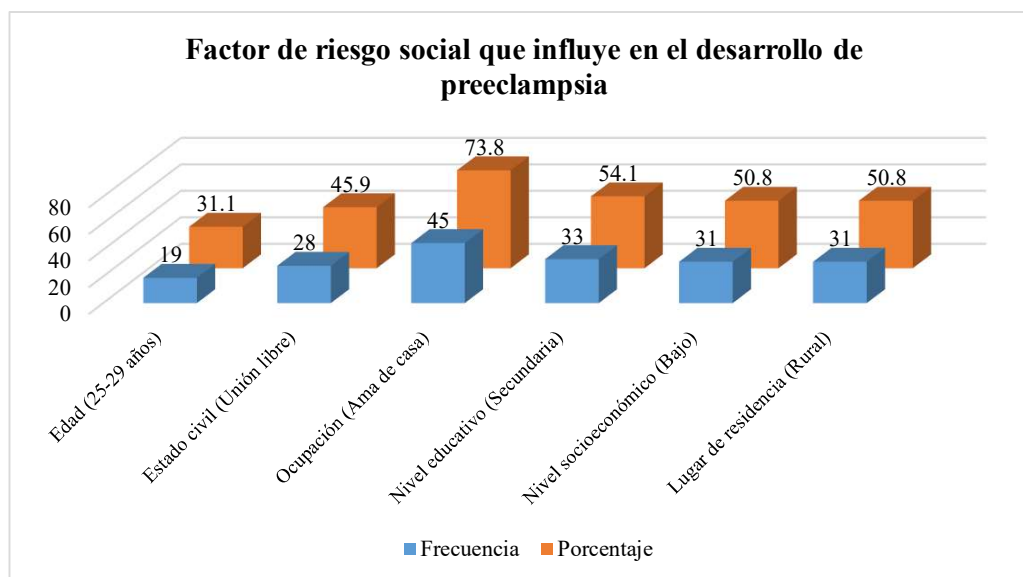


Gráfico 1. Factor de riesgo social que influye en el desarrollo de preeclampsia

Elaborado por: Elisa Roxana Tumbaco Borbor

Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

En relación al objetivo general, fue posible determinar el factor de riesgo social que influye en el desarrollo de preeclampsia, observándose en mayor proporción a la ocupación de ama de casa en el 73,8%, seguido del nivel educativo secundario en el 54,1%, nivel socioeconómico bajo en el 50,8%, lugar de residencia rural en el 50,8%, estado civil unión libre en el 45,9% y grupo etario de 25 a 29 años en el 31,1%; se considera que los factores de riesgo sociales son elementos o influencias externas que conllevan a la presencia de alguna enfermedad, en este caso la preeclampsia, algunos autores manifiestan que la pobreza dificulta el acceso a los servicios de salud, ocurre principalmente en amas de casa que no cuentan con un ingreso propio, la falta de educación lo que dificulta comprender la importancia de los controles prenatales o los cuidados en el embarazo y el lugar de residencia en áreas rurales que representa una barrera para la atención en situaciones de emergencia.

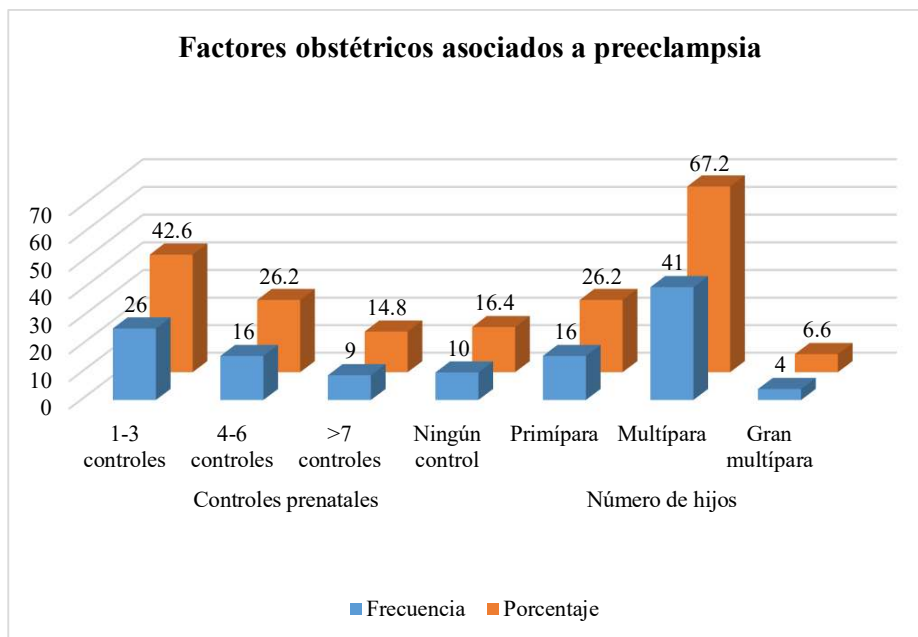


Gráfico 2. Factores obstétricos asociados a preeclampsia
Elaborado por: Elisa Tumbaco Borbor
Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

Con respecto al primer objetivo específico que aborda los factores obstétricos asociados al desarrollo de preeclampsia, se evidencian dos aspectos: asistencia a controles prenatales y el número de hijos o paridad; observándose que el 42,6% de las pacientes asistieron a 1-3 controles (control prenatal insuficiente) y en relación a la paridad, el 67,2% eran múltiparas. Se considera que la mayoría de los casos de preeclampsia pueden ser diagnosticados de forma oportuna a través de un control prenatal completo y periódico, realizando una anamnesis detallada y exámenes complementarios; el control prenatal insuficiente representa un riesgo de 10,5 veces más probabilidad de presentar preeclampsia severa que aquellas con un control óptimo. El otro factor obstétrico corresponde a la multiparidad, que se considera como un efecto protector ante la preeclampsia, pero con el periodo intergenésico mayor a 10 años luego de la primera gestación se vuelve predisponente para la patología.

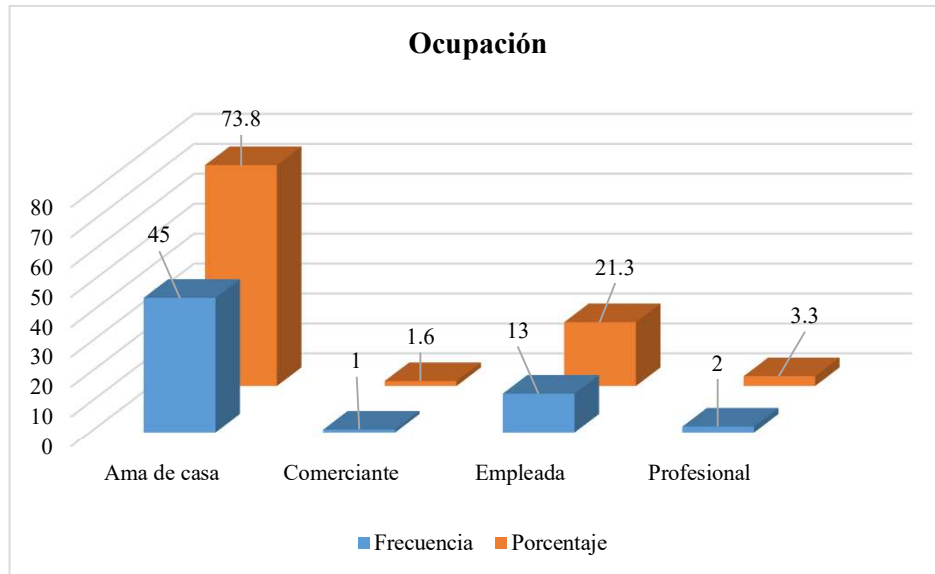


Gráfico 3. Principales factores de riesgo sociales asociados a preeclampsia (Ocupación)
Elaborado por: Elisa Roxana Tumbaco Borbor
Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

En relación al segundo objetivo específico que se enfoca a la identificación de los principales factores de riesgo sociales que influyen en el desarrollo de preeclampsia en las gestantes investigadas, en el gráfico #3 se aprecia la ocupación que fue el segundo factor de riesgo social de mayor impacto en la investigación, evidenciándose que el 73,8% eran amas de casa, seguido de pacientes que contaban con un empleo en el 21,3%, profesionales con el 3,3% y comerciantes en el 1,6%. La gestación no es un sinónimo de enfermedad, es por ello que una madre puede seguir realizando sus tareas cotidianas siempre que no requieran de un esfuerzo psicológico y físico; algunos autores refieren que la ocupación no es un factor desencadenante de preeclampsia, pero al ser una ama de casa que es un trabajo no remunerado le dificulta tener ingresos económicos para llevar una alimentación saludable y los cuidados en el embarazo, parto y postparto.

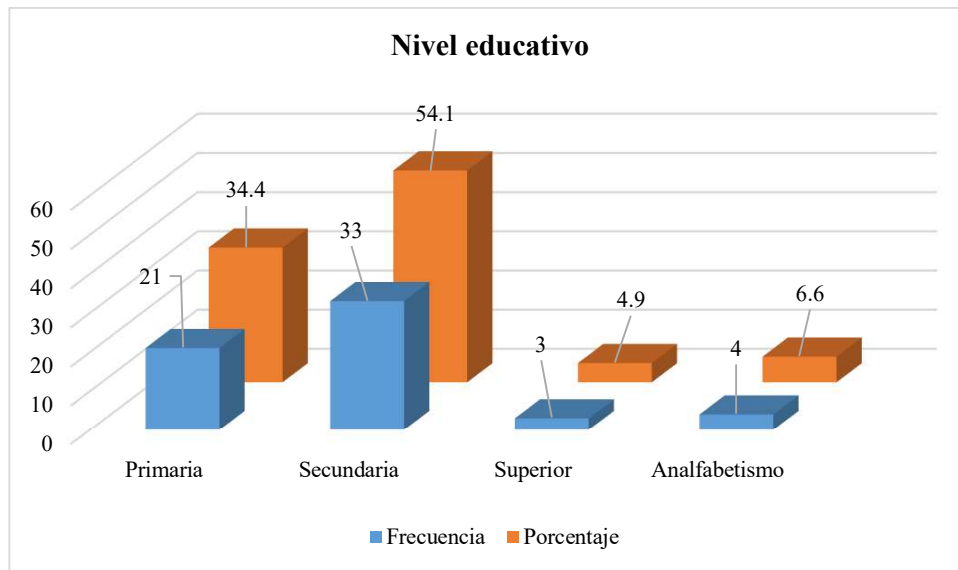


Gráfico 4. Principales factores de riesgo sociales que influyen en la preeclampsia (Nivel educativo)

Elaborado por: Elisa Roxana Tumbaco Borbor

Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

El gráfico #4 se orienta a responder al segundo objetivo específico que consiste en la identificación de los principales factores de riesgo sociales que influyen en el desarrollo de preeclampsia en las gestantes del estudio, se aprecia el nivel educativo que fue el tercer factor de riesgo social de mayor impacto en la investigación, resultando que el 54,1% cursaban el nivel secundario, seguido del grado de instrucción primaria en el 34,4%, analfabetismo en el 6,6% y nivel educativo superior en el 4,9%. El nivel educativo de la embarazada corresponde a los estudios cursados por ella hasta el momento del ingreso hospitalario, se considera como un factor asociado a la preeclampsia debido a que si la paciente tiene mayor conocimiento sobre la evolución normal de la gestación, signos de alarma de la preeclampsia y de otras posibles complicaciones puede acudir de manera oportuna al establecimiento de salud.

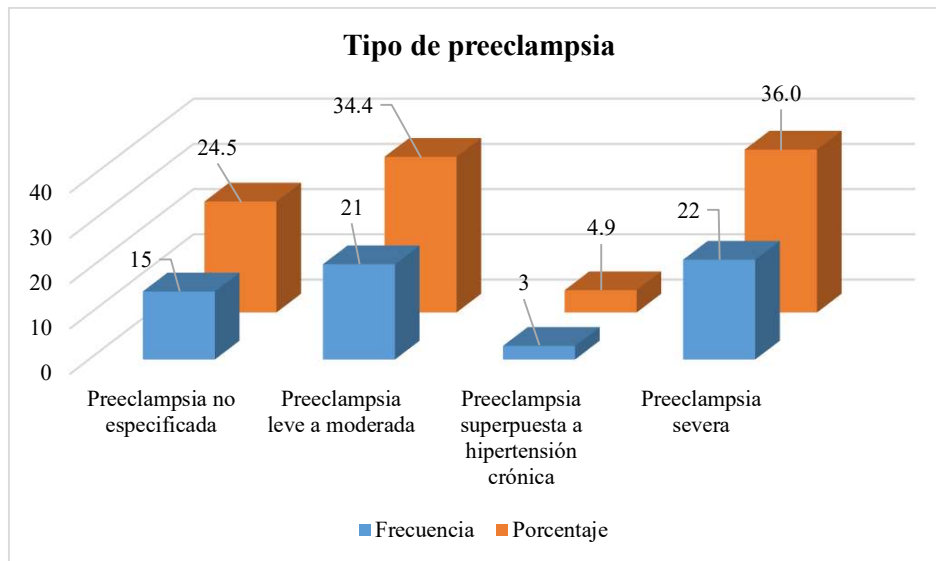


Gráfico 5. Tipo de preeclampsia
Elaborado por: Elisa Roxana Tumbaco Borbor
Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

Por último, en el presente gráfico fue posible responder al tercer objetivo específico que corresponde a determinar el tipo de preeclampsia de mayor incidencia en las 61 gestantes del estudio, se tomó en consideración la clasificación de preeclampsia empleada en esta unidad hospitalaria, observándose la preeclampsia severa en primer lugar con el 36%, seguido de la preeclampsia leve a moderada en el 34,4%, preeclampsia no especificada en el 24,5% y preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica en el 4,9%. Con respecto a la clasificación de este trastorno hipertensivo en la guía práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicada en el 2016, se describe dos tipos: preeclampsia leve o sin signos de gravedad y preeclampsia grave o con signos de gravedad; para esta investigación se tomó en cuenta los diagnósticos CIE 10 de ingreso de las pacientes, entonces se evidenció cuatro tipos: preeclampsia no especificada (O149), preeclampsia leve a moderada (O140), preeclampsia severa (O141) y preeclampsia superpuesta en hipertensión crónica (O11X).

Intervenciones del profesional de enfermería en el manejo de embarazadas con preeclampsia

Etiquetas diagnósticas	Actividades de enfermería	Intervenciones NIC
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	<ol style="list-style-type: none"> Llevar a cabo una valoración exhaustiva de la circulación periférica. Control de los valores de laboratorio. Administrar fármacos de acuerdo a la prescripción. Observa el cuadro clínico. Mejorar la perfusión tisular. Proporcionar la dieta prescrita. Valoración exhaustiva del dolor. 	<ol style="list-style-type: none"> Precauciones circulatorias Interpretación de los resultados de laboratorio. Administración de medicamentos. Monitoreo de signos vitales. Precauciones circulatorias. Indicaciones sobre la dieta prescrita. Manejo del dolor.
Dolor agudo	<ol style="list-style-type: none"> Ayudar a la gestante y obtener apoyo de la familia. Considerar el tipo y fuente de dolor. Establecer una estrategia de alivio de dolor. Desarrollar medidas no farmacológicas para aliviar el dolor. Verificar que la gestante reciba los analgésicos correspondientes. 	<ol style="list-style-type: none"> Apoyo emocional. Manejo del dolor. Confort o manejo del ambiente. Actividades distractivas. Administración de fármacos prescritos.
Disminución del gasto cardíaco	<ol style="list-style-type: none"> Evaluar la saturación. Explorar la ventilación de la embarazada. Valorar la frecuencia respiratoria. Mantener tranquila a la paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> Manejo del equilibrio ácido-base. Manejo de vía aérea y oxigenoterapia. Monitorización de signos vitales. Disminución de ansiedad.
Ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> Brindar confianza a la paciente para que exprese sus dudas y preocupaciones. Proporcionar información fiable sobre el diagnóstico y pronóstico. 	<ol style="list-style-type: none"> Apoyo emocional. Disminución de ansiedad. Comodidad. Terapia de relajación.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Proporcionar un ambiente armónico y tranquilo. 4. Enseñar algunas técnicas de relajación a la paciente, como la respiración lenta y profunda. 	
Riesgo de infección	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emplear medidas de bioseguridad como guantes y mascarilla. 2. Lavado de manos, antes y después del procedimiento. 3. Evaluar el grado de vulnerabilidad del paciente. 4. Administración del tratamiento prescrito por el profesional de salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de infecciones. 2. Protección contra infecciones. 3. Vigilancia. 4. Manejo de los fármacos prescritos.
Riesgo de alteración en el binomio madre-hijo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administración de los fármacos con la técnica y vía apropiada. 2. Identificar factores médicos asociados con repercusiones para la gestación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo de la medicación prescrita. 2. Monitoreo de signos vitales.
Riesgo de alteración del volumen de líquidos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar el control de ingresos y egresos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo de líquidos.
Riesgo de caídas	<ol style="list-style-type: none"> 1. En caso de ser necesario, proporcionar cama de baja altura. 2. Mantener elevada las barandillas de la cama. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Precauciones ante convulsiones (progreso a eclampsia).
Proceso de maternidad inadecuado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describir los signos y síntomas más frecuentes de la preeclampsia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar el apoyo parental.
Riesgo de deterioro de función cardiovascular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización de signos vitales, principalmente la presión arterial. 2. Administración de fármacos antihipertensivos. 3. Control de ingesta: bajo en sal o grasas. 4. Control de resultados de laboratorio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de signos vitales. 2. Administración de medicamentos. 3. Asesoría sobre alimentación saludable. 4. Interpretación de datos de laboratorio.

Exceso de volumen de líquido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de signos vitales, especialmente la presión arterial. 2. Mantener elevados los miembros inferiores. 3. Control de ingesta y excreta. 4. Control de resultados de laboratorio, principalmente la eliminación de proteínas en orina (proteinuria) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo de signos vitales. 2. Cambio de posición. 3. Manejo de electrolitos y líquidos. 4. Interpretación de resultados de laboratorio.
Afrontamiento ineficaz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar el afrontamiento en esta situación desfavorable. 2. Disminuir la ansiedad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo emocional. 2. Mejorar el afrontamiento.
Conocimientos insuficientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impartir conocimiento sobre la patología, sus signos de alarma, repercusiones y manejo. 2. Educación integral a la gestante, la familia y la comunidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza individual, familiar y comunitaria.

Tabla 2. Intervenciones de enfermería en el manejo de embarazadas con preeclampsia
Elaborado por: Elisa Tumbaco Borbor

4.2. Comprobación de hipótesis

La hipótesis que se planteó en el estudio se refiere a la influencia del factor de riesgo social en el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital José Cevallos Ruiz de la ciudad de Yaguachi provincia del Guayas. Al realizarse el levantamiento de datos, fue posible identificar que una gran proporción de las mujeres desarrollaron preeclampsia severa debido a algunos factores de riesgo de tipo social como el nivel socioeconómico bajo, grado de instrucción secundaria, procedencia rural y sin ocupación, de esta forma se puede considerar que la hipótesis en mención fue comprobada.

5. Conclusiones

Luego del análisis estadístico de los datos recolectados sobre los factores de riesgo sociales que influyen al desarrollo de preeclampsia en el Hospital José Cevallos Ruiz, se emiten las siguientes conclusiones:

Se determinó que existen algunos factores de riesgo social asociados al desarrollo de preeclampsia en las gestantes del estudio, estos corresponden usualmente a factores no modificables como la condición socioeconómica desfavorable y el nivel educativo, estas condiciones dificultan el acceso a los servicios de salud.

Con respecto al primer objetivo específico se estableció dos factores obstétricos asociados al desarrollo de preeclampsia, observándose el control prenatal insuficiente que es un suceso que dificulta el diagnóstico y manejo oportuno de esta patología; además de la multiparidad, que se suele considerar como un efecto protector, pero si el periodo intergenésico es mayor a 10 años se identifica como un factor predisponente.

Se identificó como principales factores de riesgo social que influyeron al desarrollo de preeclampsia en las gestantes investigadas al nivel educativo primario y la ocupación de ama de casa. El nivel educativo se considera como un factor de riesgo por la falta de conocimiento de la paciente sobre los signos de alarma y la ocupación ama de casa al ser un trabajo no remunerado, lo que es usual en la población con un nivel socioeconómico bajo que además tienen otras problemáticas como la ingesta de estupefacientes y los embarazos a temprana edad.

El tipo de preeclampsia de mayor incidencia en el estudio fue la preeclampsia severa, por ello resulta necesario que se realicen programas y estrategias enfocadas al manejo oportuno de esta patología y la prevención desde el primer nivel de atención.

El profesional de enfermería representa un papel muy importante en el cuidado de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia, desempeñando su rol educativo y asistencial; a través de varias actividades e intervenciones aportan en la mejoría de estas pacientes.

6. Recomendaciones

Socializar de manera continua a los profesionales de salud del área gineco-obstétrica sobre la importancia de la identificación de factores de riesgo sociales asociados al desarrollo de preeclampsia, con la finalidad de emplear medidas preventivas ante esta patología obstétrica.

Continuar realizando actividades de educación prenatal intramural y extramural en el primer nivel de atención con la finalidad de fomentar la asistencia a los controles prenatales a las gestantes.

Realizar un diagnóstico oportuno de esta patología mediante la aplicación del SCORE MAMA en toda atención de gestantes por el área de emergencia, consulta externa y hospitalización, con el objetivo de evitar repercusiones en el binomio madre-hijo.

Capacitar a los profesionales de enfermería de forma periódica sobre los procesos de atención de enfermería gineco-obstétrica con el objetivo de ejercer su rol en el cuidado del binomio madre-hijo en patologías del embarazo, como la preeclampsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carlos, C., & Bowen, N. (2022). Factores de riesgo de la preeclampsia. *Mediciencias UTA*, 6(1). Fonte: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1557>
- Cerrón, E. (2019). “Factores sociales asociados a la preeclampsia en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2016. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica.
- Checya, J., & Moquillaza, V. (2020). Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. *Scielo*, 8(5), 5. Fonte: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412019000500295&script=sci_arttext_plus&tlng=es
- Chimbo, C., & Tapia, E. (2018). Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 13(1), 4. Fonte: https://www.revhipertension.com/rlh_1_2018/factores_riesgo_predictores.pdf
- Condo, C., & Barreto, G. (2017). Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda. *Dominio de las Ciencias*, 278-293.
- Curiel, E., & María, P. (2018). Factores relacionados con el desarrollo de preeclampsia. Revisión de la bibliografía. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 8.
- De Arco, O., & Puenayan, Y. (2019). Modelo de promoción de la salud en el lugar de trabajo: una propuesta. *Scielo*, 15(4). Fonte: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n2/0121-4500-aven-37-02-227.pdf>
- De los Santos, C., & Larraburu, S. (2021). Preeclampsia y Trombofilia hereditaria. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(2), 8. Fonte: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-67972021000200031&script=sci_arttext
- Díaz, D., & Jiménez, A. (2018). “Principales factores de riesgo para desarrollar preeclampsia en adolescentes embarazadas”. Milagro, Ecuador: Universidad Estatal de Milagro.

- Distrito 09D21-San Jacinto de Yaguachi. (2019). *Rendición de cuentas*. Yaguachi.
- Duarte, J., & Sánchez, G. (2022). Factores de riesgo asociados con preeclampsia severa. *Revista de Medicina Interna de México*, 38(1), 5. Fonte: <https://medicinainterna.org.mx/article/factores-de-riesgo-asociados-con-preeclampsia-severa-con-criterios-de-severidad/>
- Enrique, E., & Pérez, C. (2019). Prevención y manejo clínico de pre eclampsia y eclampsia: Guía de práctica clínica basada en evidencias del instituto de referencia nacional en salud materna del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 11. Fonte: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832019000200020&script=sci_arttext
- Fernández, J., & Mesa, C. (2019). Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 18. Fonte: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000800018
- Franco, K. (2019). *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*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma. Fonte: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1771/KFRANCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, A., & Jimenez, M. (2018). Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia. *Revista Enfermería Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 256-262.
- Guerrero, A., & Diaz, C. (2019). Factores asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en un Hospital Peruano. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(4), 27-34. Fonte: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/143/173>
- Guevara, E., & Meza, L. (2019). Prevención y manejo clínico de pre eclampsia y eclampsia: Guía de práctica clínica basada en evidencias del instituto de referencia nacional en salud materna del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 7.

- Fonte: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832019000200020&script=sci_arttext
- Herrera, K. (2018). Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 3(3), 8-12. Fonte: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
- Imhotep. (2020). *Riesgo, factores de riesgo y situación de riesgo*. Fonte: [smprevenio.com](https://www.smprevenio.com): <https://www.smprevenio.com/riesgo-factor-riesgo-situacion-riesgo-diferencias/>
- Lezcano, G., & Sánchez, A. (2019). Consideraciones y actualización sobre definición, etiopatogenia y diagnóstico de los desórdenes hipertensivos del embarazo. *Revista Médica Electrónica*, 41(5), 7. Fonte: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000501242
- Medina, J. (2021). Factores de riesgo para preeclampsia en un Hospital General de ICA. *Revista Médica Panacea*, 15(5), 8. Fonte: <https://doi.org/10.35563/rmp.v10i1.397>
- MSP. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo*. Fonte: [Salud.gob.ec](https://www.salud.gob.ec): https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
- MSP. (2021). *Gaceta epidemiológica de muerte materna SE 51 Ecuador*. Quito.
- MSP. (2022). *Gaceta epidemiológica de muerte materna SE 1 a SE 3 Ecuador*. Quito.
- Múnera, A., & Muñoz, E. (2020). Hipertensión arterial y embarazo. (R. C. Cardiología, Ed.) *Revista Colombiana de Cardiología*, 18(7), 14.
- Muñoz, E., & Elizalde, V. (2017). Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 4. Fonte: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400438
- Nápoles, D. (2017). Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *MEDISAN*. Fonte: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013#:~:text=En%20Latinoam%C3%A9rica%20y%20el%20Caribe,padecen%20morbilidad%20materna%20extremadamente%20grave.

- Naranjo, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Redalyc*, 23(6), 9. Fuente: <https://www.redalyc.org/journal/2111/211166534013/html/>
- OMS. (2016). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y eclampsia*. Fuente: [apps.who.int: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf)
- Orellana, W. (2020). *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima"*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Cojutepeque, Cuscatlán: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Día de Concientización sobre la Preeclampsia*. Fuente: Paho.org: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20un%20trastorno,y%20muerde%20materna%20y%20neonatal>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Día de Concientización sobre la Preeclampsia*. Fuente: Paho.org: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
- Pereira, J., & Quirós, L. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 5(1), 11.
- Pereira, M., & Cabrera, J. (2019). Factores de riesgo de preeclampsia. *Reciamuc*, 3(2), 5. Fuente: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/384>
- Requelme, M., & Burgueño, F. (2019). Rol de Enfermería según modelo teórico de Dorothea Orem a gestantes con preeclampsia. *Revista Ocronos*, 26(4), 6. Fuente: <https://revistamedica.com/rol-enfermeria-modelo-dorothea-orem-preeclampsia/>
- Rojas, L., & Villagómez, M. (2019). Preeclampsia-eclampsia: diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Universidad Autónoma de Chimborazo*, 13(2), 4. Fuente: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/95>

- Sánchez, E., & Jácome, A. (2018). Diagnóstico de preeclampsia e identificación de factores de riesgo. *Revista Científica "Conecta Libertad"*, 2(3), 6.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Guía de Asistencia Práctica: Trastornos hipertensivos en la gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 63(4), 19. Fonte: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>
- Urgiles, M. (2019). *Autocuidado del paciente hipertenso, según Dorothea Orem*. Universidad Nacional de Chimborazp, Riobamba- Ecuador. Fonte: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6074/1/Autocuidado%20del%20paciente%20hipertenso%20segun%20Dorothea%20Orem.pdf>
- Velásquez, B., & Toro, A. (2020). Embarazada con preeclampsia y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Propósito de un caso. *Polo del Conocimiento*, 5(49), 14.

ANEXOS

Anexo 1. Gráficos

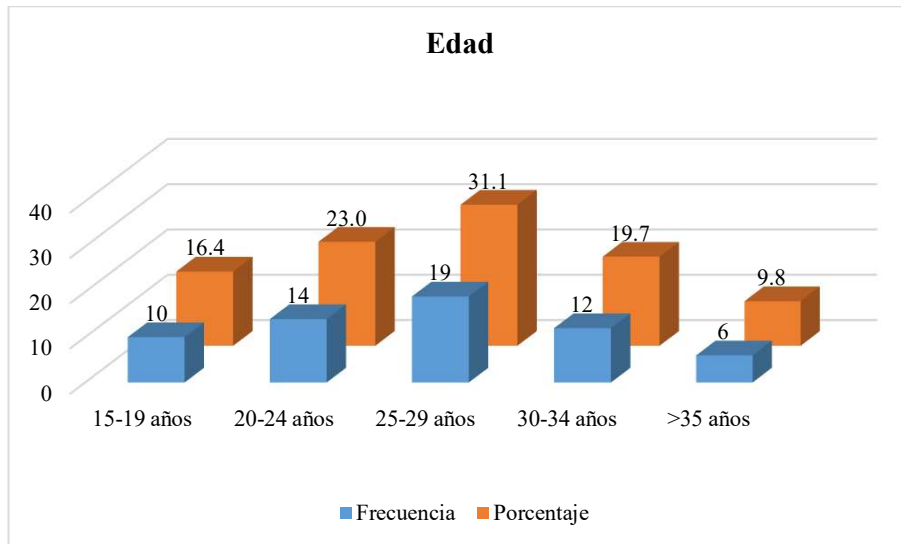


Gráfico 6. Distribución de la muestra según el grupo etario
Elaborado por: Elisa Roxana Tumbaco Borbor
Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

En el presente gráfico se observa la distribución de las 61 pacientes del estudio según el grupo etario, observándose que existe una mayor proporción de gestantes entre 25 a 29 años con el 31,1%, seguido de gestantes en el rango de 20 a 24 años con el 23%, el grupo etario de 30 a 34 años con el 19,7%, el rango de 15 a 19 años con el 16,4% y las mayores de 35 años con el 9,8%.

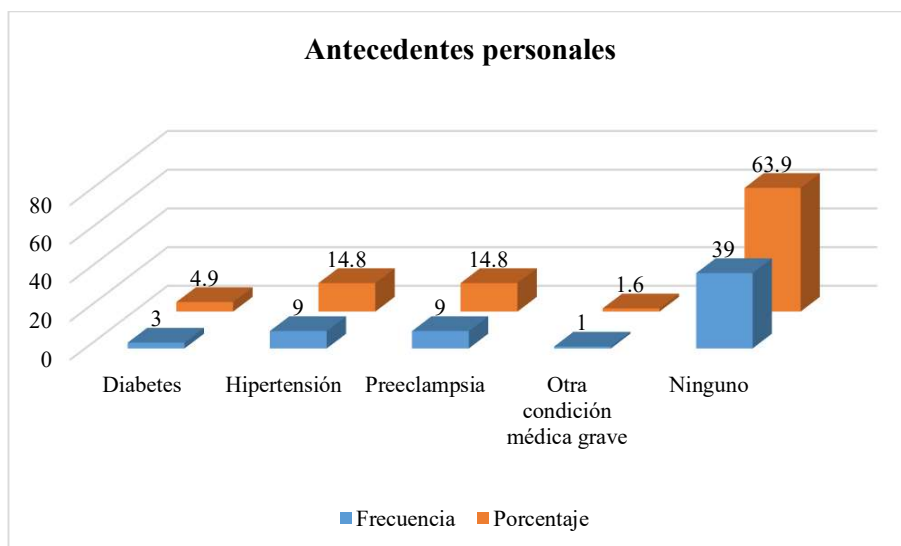


Gráfico 7. Distribución de la muestra según los antecedentes personales
Elaborado por: Elisa Tumbaco Borbor
Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

Con respecto a factores personales, en esta representación gráfica se puede evidenciar los antecedentes patológicos de tipo personal en las pacientes del estudio, observándose que el 63,9% no tiene ningún antecedente de relevancia, pero los antecedentes de mayor incidencia corresponden a hipertensión y preeclampsia con un resultado similar que fue del 14,8%.

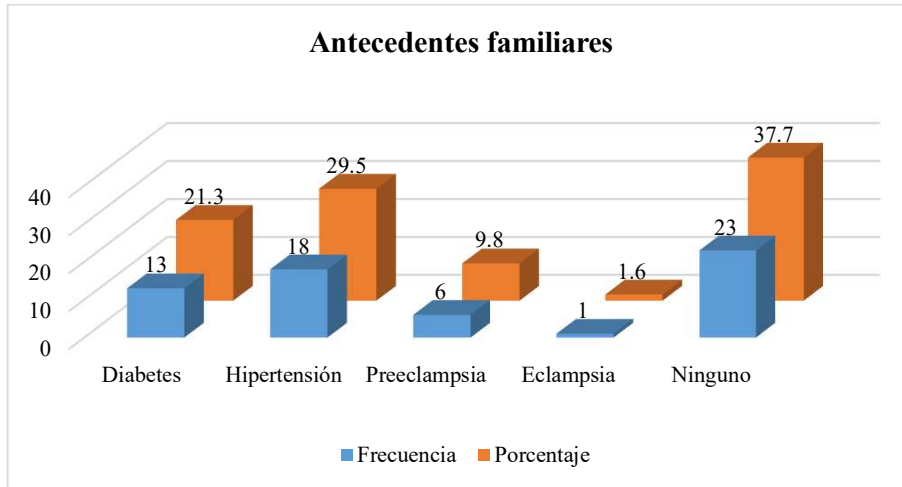


Gráfico 8. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares
Elaborado por: Elisa Tumbaco Borbor
Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

En el gráfico #9 fue posible determinar los antecedentes patológicos familiares de las pacientes del estudio, observándose que el 37,7% de ellas no refirieron algún antecedente familiar de relevancia, siendo la hipertensión el de mayor proporción con un 29,5%, seguido de la diabetes mellitus con el 21,3% y la preeclampsia con el 9,8%.

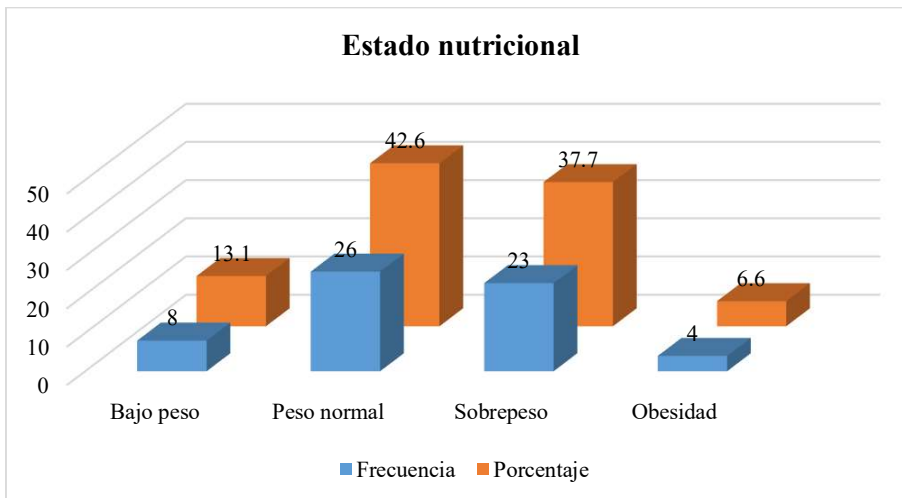


Gráfico 9. Distribución de la muestra según el estado nutricional
Elaborado por: Elisa Tumbaco Borbor
Fuente: Hospital José Cevallos Ruiz

Con respecto al estado nutricional que es considerado un factor conductual o personal, en las pacientes investigadas se pudo evidenciar que el 42,6% de ellas se encontraban dentro del rango normal de peso, seguido de un resultado significativo de gestantes en sobrepeso con el 37,7%, bajo peso con el 13,1% y obesidad en el 6,6%.

Anexo 2. Autorización del Hospital José Cevallos Ruiz



Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud Enfermería

Oficio No.187--CE-UPSE-2022.

La Libertad, 13 de mayo de 2022

**Dra
Katherine Romero
DIRECTORA DEL DISTRITO 09D21**

**Dr. Luis Loor Navas
DIRECTOR ENCARGADO DEL
JOSÉ CEVALLOS RUIZ**
En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

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 al estudiante:

No-	TEMA	ESTUDIANTE	CEDULA	DOCENTE TUTOR
1	FACTORES DE RIESGO SOCIAL QUE INFLUYE EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON PRECLAMPSIA. HOSPITAL JOSE CEVALLOS RUIZ, 2022	ELISA ROXANA TUMBACO BORBOR	092816557-0	Lic. Anabel Sarduy Lugo MSc

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que la Srta ELISA ROXANA TUMBACO BORBOR , 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.



Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

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

Dr. Luis Loor N...
C.I. 100641002
W. A. Sánchez 1006-41-1000000

DIRECTOR DEL HOSPITAL DR. LUIS LOOR



10	Tabulación de datos estadísticos y resumen de resultados.	Mayo-16	8:00	12:00													X	
11	Revisión del proyecto de investigación por el sistema Urkund.	Mayo-27	8:00	12:00													X	
12	Entrega del trabajo final a la comisión de titulación de la Carrera de Enfermería y por su intermedio al Consejo Académico de la Facultad solicitando tribunal de grado.	Mayo-30	8:00	12:00													X	

Elaborado por: Elisa Roxana Tumbaco Borbor



Elisa Roxana Tumbaco Borbor
CI: 0928165570
Estudiante



Lcda. Anabel Sarduy Lugo, MSc.
CI: 0960185593
Tutora

Anexo 4. Historia Clínica Materna Perinatal- MSP (Formulario 051)

HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

DATOS GENERALES		C.C. / H.C.U.		FECHA DE NACIMIENTO		ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN		ESTADO CIVIL		ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL	
NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____		TELEF.: _____		dia / mes / año		Edu. Básica Jóvenes y Adultos: <input type="radio"/> inicial <input type="radio"/> último año aprobado		Edu. Básica (Pregratona): <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí		Unión de hecho: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	
Residencia habitual de la madre: (División Política Administrativa)		Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Ecuatoriana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> Cuál? _____		Autoidentificación: <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afroecuatoriana <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Otra _____		SABER LEER Y ESCRIBIR: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		Edu. básica (secundaria): <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Casada: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	
Provincia: _____		Edu. básica (secundaria): <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Edu. básica superior: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Técnico superior: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		3er. nivel de grado: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Divorciada: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	
Cantón: _____		Edu. superior: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Bachillerato: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Señora: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Vive sola: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Viuda: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	
Paseo: _____		Edu. superior: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Bachillerato: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Señora: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Vive sola: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Señora: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	
Dirección Domicilio: _____		Edu. superior: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Bachillerato: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Señora: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Vive sola: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Señora: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	

ANTECEDENTES		OBSTETRICOS		FIN EMBARAZO ANTERIOR			
FAMILIARES no si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra cond. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> médica grave <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuál? _____		PERSONALES no si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía Gineco-Uterina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neftropatía <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuál? _____		gestas previas: _____ abortos: _____ vaginales: _____ nacidos vivos: _____		día / mes / año / fin de embarazo anterior: _____	
ÚLTIMO EMBARAZO n/a < 2500g: <input type="checkbox"/> normal > 4000g: <input type="checkbox"/>		3 espont. <input type="checkbox"/> cesáreas: _____		muertos: _____ después: _____		EMBARAZO PLANIFICADO: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	
Embarazos Múltiples: <input type="checkbox"/>		Embar. emb. ectópico: <input type="checkbox"/>		nacidos muertos: _____		FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: <input type="checkbox"/>	
Banera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Hormonales <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> No usaba <input type="checkbox"/>							

GESTACIÓN ACTUAL		EG CONFIABLE por:		ECOGRAFÍA		FUMA ACT.		FUMA PAS.		DROGAS / ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRUBEOLA		ANTITÉTANICA		EX NORMAL			
PESO INICIAL: _____ Kg. TALLA (cm.): _____		FUM Eco < 20 s: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		11-13 semanas: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		1º trim. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		2º trim. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		3º trim. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		no si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		no si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		no si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		no si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		no si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
GRUPO: _____ Rh: _____		TOXOPLASIOSIS: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		TARV. > 20 sem. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		TARV. < 20 sem. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		FOLATOS: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Hb < 20 sem. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Hb > 20 sem. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		SÍFILIS - Diagnóstico y tratamiento		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		MAMAS: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		ODONT.: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	
BACTERIURIA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		GLUCICEMIA EN AYUNAS: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		PREVENCIÓN PREECLAMPSIA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		ESTREPTOCOCCO B: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		EDUCACIÓN PRENATAL: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
CHAGAS: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		PALUSIONIDIA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		GLUCICEMIA EN AYUNAS: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		ESTREPTOCOCCO B: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		EDUCACIÓN PRENATAL: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Tratamiento: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

PARTO		ABORTO		CORTICOIDES ANTENATALES		UTERINHIBIDORES		INICIO		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EG AL PARTO / ABORTO		PRESENTACIÓN SITUACIÓN	
FECHA DE INGRESO: _____		CONSULTAS PRENATALES: _____		HOPITALIZACIÓN EMBARAZO: _____		espontáneo: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		inducido: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		hora / min / temp: 38°C		semanas / días		céfalo: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
CARNÉ: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		total: _____		completa: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		semana inicio: _____		cesárea: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		hora / min / temp: 38°C		por FUM: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		pelviana: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
PESO PRODUCTO (aborto): _____ g		TAMAÑO FETAL ACORDE EG: _____		ACOMPAÑANTE: Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Partera/o <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>		Vestimenta: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Entrega placenta: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Posición PARTO: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		de salud: <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		Muerto: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
MULTIPLE: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		TERMINACIÓN: <input type="checkbox"/> espont. <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> vacío <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO: _____		Inducido: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Cesárea: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Episiotomía: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Grado (1 a 4): _____		Manejo activo: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
PLACENTA: <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> retenida		LIGADURA CORDÓN AL CESAR: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		REBIBO: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Medicación: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Cuál? _____		Muerto: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Grado (1 a 4): _____		Manejo activo: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

MORBILIDAD		POSTPARTO	
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		día / hora / T°C / TA / FR / pulso / Sat. / est. circ. / lind. utr. / loquos. / SCORE MAMÁ	
INFECCIONES: SIRS <input type="checkbox"/> Síndrome de dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Mastitis <input type="checkbox"/> Endometritis <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Infección ocular <input type="checkbox"/> Parasitosis <input type="checkbox"/> Infección genital <input type="checkbox"/> Infección herida cesárea <input type="checkbox"/> Bacteriuria asintomática <input type="checkbox"/> Infección episiorrafia <input type="checkbox"/> Pilonfritis <input type="checkbox"/> Otra infección <input type="checkbox"/>		HEMORRAGIA: 1 TRIM. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí 2 TRIM. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí 3 TRIM. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	
DIABETES MELLITUS: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		IMUNOGLOBULINA ANTI Rh D: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c	
TRASTORNOS TIROIDEOS: Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Síndrome de tiroides <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Crisis tiroidea <input type="checkbox"/> Otro trastorno metabólico <input type="checkbox"/>		COMPLICACIONES OBSTETRICAS: Parto obstruido <input type="checkbox"/> Síndrome de dificultad fetal agudo <input type="checkbox"/> Rotura prolongada de membranas <input type="checkbox"/> Restricción de crecimiento intrauterino <input type="checkbox"/> Oligoamnios <input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> Suficiente fetal agudo <input type="checkbox"/> Restricción de crecimiento intrauterino <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
OTROS TRASTORNOS: Hiperemesis gravídica <input type="checkbox"/> Trombocitopenia <input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulm. <input type="checkbox"/> Embolia L.A. <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Valvulopatía <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Alteración del estado de conciencia <input type="checkbox"/>		ANEMIA FERROPRIVA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
INTERVENCIONES: Alambriamiento manual <input type="checkbox"/> Uterotónicos para to. hemorragia <input type="checkbox"/> Vía venosa central <input type="checkbox"/> Administración de hemoderivados <input type="checkbox"/> Laparotomía (excluye cesárea) <input type="checkbox"/> Ingreso a UCI < 7 días <input type="checkbox"/> Uso de ATB IV para to. de complicación infecciosa <input type="checkbox"/> Cuáles: _____		PROCEDIMIENTOS PARA DETENER/CONTENER LA HEMORRAGIA: Ligadura hemostática de las arterias uterinas / hipogástricas <input type="checkbox"/> Embolizaciones <input type="checkbox"/> Traje antishock no neumático <input type="checkbox"/> Balones hidrostáticos <input type="checkbox"/>	

MSP/DNEAIS/DC/SS/051/mayo/2016 ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP - OPS/OMS Este color significa ALERTA

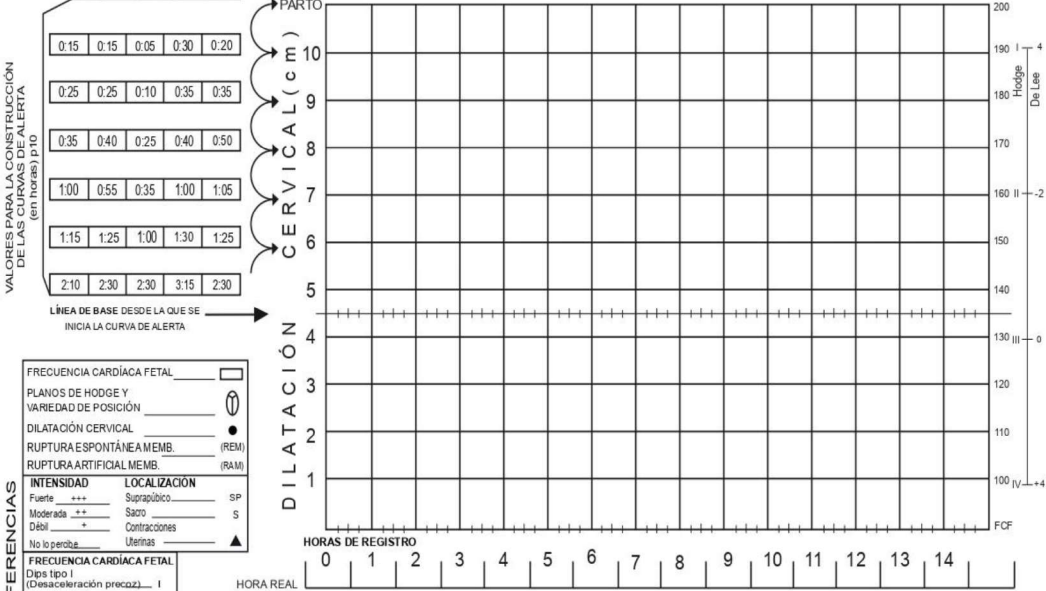
PARTOGRAMA

C.C. / H.CU.

DIA MES AÑO

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL			
PARIDAD	TODAS	MÚLTIPARAS	MÚLTIPARAS		
MEMBRANIAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRES



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: si no	Renal: si no	Laboratorio: si no sí	Administración continua de agentes vasoactivos	si no	
Shock	Oliguria resistente a líquidos diureticos	Plaquetas < 5000/por ml	Cuales	si no	
Paro cardiaco	Hematológicos/coagulación:	Creatinina > 300 micromoles > 3,5mg/dl	Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	si no	
Hepático:	Alteraciones de la coagulación	Bilirrubina > 100 moles > 6,0 mg/dl	Administración > 3 vol. de hemoderivados	si no	
Ictericia en preedemipia	Neurológico:	pH < 7,1	Ingreso de UCI > 7 días	si no	
Respiratorio:	Coma	Po2 < 90% > 1 hora	Histerectomía	si no	
Cianosis aguda	Inconsciencia prolongada > 12 hs	Pao2/FiO2 < 200 mmHg	Diláisis en caso de IRA	si no	
Respiración jadeante (gaspig)	Accidente Cerebro Vascular	Lactato > 5umol/L o 45mg/dl	Reanimación cardio-pulmonar	si no	
Taquipnea severa FR > 40rpm	Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico				
Bradipnea severa FR < 6rpm	Parálisis generalizada				

RECÉN NACIDO	P. CEFÁLICO cm	EDAD GESTACIONAL	PESO E.G.	APGAR (min)	REANIMACIÓN	FALLECE en LUGAR de PARTO	ATENDIÓ
SEXO H M	PESO AL NACER	sem. días	1er E.G.	1er	estimulac. aspiración máscara	medico obst. enf. auxil. estud. empir. otro	Nombre
no definido	<2500 g >4000 g	FLM	2do	2do	no si	PARTO	
EXAMEN FISICO	DEFECTOS CONGENITOS	ECO	3do	3do	no si	NEONATO	
normal	ninguna 1 ó más	ESTIMADA	10no	10no	no si	Tipificación R.N.	
AMENITA Se aplica	ENFERMEDADES				no si	Vitamina K	
no si	CIE 10				no si	no si	
no si					no si	Profilaxis Ocular	
no si					no si	no si	

EGRESO RN	ALIMENTO AL ALTA	DECUBITO SUPINO	EGRESO MATERNO	ANTICONCEPCIÓN
vivo fallece referencia	lact. excl. parcial artificial leche humana	no si	Fallece durante la referencia	no si
hora min día mes año	BCO no si	no si	Fallece en el lugar de la referencia	ASESORIA
Nombre establecimiento	PESO AL EGRESO	no si	días completos desde el parto	MÉTODOS
Certificado Recién Nacido C.C. / H.CU.	g	no si	Nombre del establecimiento	Barera pref. aced. DIU pref. aced. Hormonal pref. aced. Natural pref. aced. Ninguno pref. aced. Quirúrgico
Nombre Recién Nacido	Responsible egreso RN / nombres completos / sello		Responsible egreso materno / nombres completos / sello	

MSP/DNEAIS/DNCSS/form.051/mayo/2016

Anexo 5. Ficha de recolección de datos



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



CARRERA DE ENFERMERÍA

ITEMS	OPCIONES
Edad	15-19 años () 20-24 años () 25-29 años () 30-34 años () >35 años ()
Estado Civil	Unión de Hecho () Soltera () Casada () Divorciada () Viuda ()
Nivel Educativo	Primaria () Secundaria () Superior () Analfabetismo ()
Nivel socioeconómico	Bajo () Medio () Alto ()
Lugar de residencia	Urbana () Rural ()
Controles prenatales	1-3 controles () 4-6 controles () >7 controles () Ningún control ()
Paridad	Nulípara () Primípara () Multípara () Gran multípara ()
Seguro de salud	IESS () SSC () ISSFA () ISSPOL () MSP ()
Antecedentes personales	TBC () Diabetes () Hipertensión () Preeclampsia () Eclampsia () Otra condición médica grave _____
Antecedentes familiares	TBC () Diabetes () Hipertensión () Preeclampsia () Eclampsia () Otra condición médica grave _____

Estado nutricional	Bajo peso () Normopeso () Sobrepeso () Obesidad ()
---------------------------	---

Anexo 6. Evidencias fotográficas

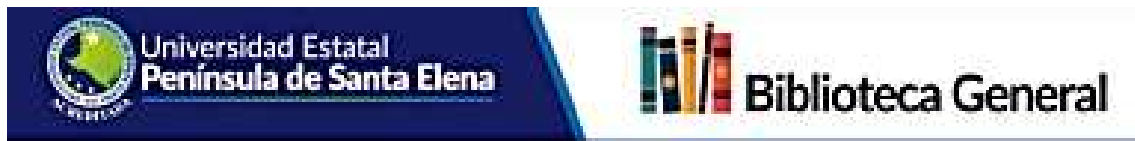


Verificación de historias clínicas según criterios de inclusión
Investigadora: Elisa Tumbaco Borbor
Fuente: Departamento de estadística Hospital José Cevallos Ruiz



Recolección de datos
Investigadora: Elisa Roxana Tumbaco Borbor
Fuente: Departamento de estadística Hospital José Cevallos Ruiz

Anexo 7. Certificado de antiplagio (Urkund)



CERTIFICADO ANTIPLAGIO

(Formato No. BIB-009)

La Libertad, 28 de mayo del 2022

00_-TUTOR ____ -2022__

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **FACTOR DE RIESGO SOCIAL QUE INFLUYE EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA. HOSPITAL JOSÉ CEVALLOS RUIZ, 2022**, elaborado por **ELISA ROXANA TUMBACO BORBOR** 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 **1%** de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Firma



Lic. Anabel Sarcuy Lugo, MSc.
Cédula: 0960185593
Tutor del trabajo de titulación



Reporte Urkund.



Fuentes de similitud

