



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

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

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**FACTORES PREDISPONENTES QUE INFLUYEN EN LA PREECLAMPSIA EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR. 2019**

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

**AUTORAS**

**CLEMENTE BALÓN MABEL LISBETH**

**TOMALÁ PARRALES LILIANA JANETH**

**TUTOR**

**LIC. ADONIS FAUSTINO HERNÁNDEZ ORTÍZ, Esp.**

**PERIODO ACADÉMICO**

**2019-2**

**TRIBUNAL DE GRADO**



---

Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, Mgt.

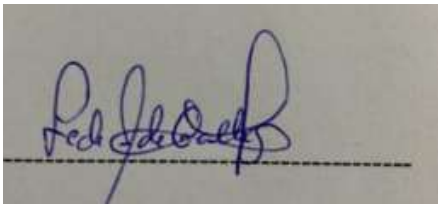
**DECANO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



---

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD

**DIRECTORA DE LA CARRERA  
ENFERMERÍA**



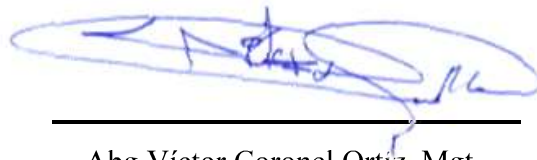
---

Lic. Sonia Santos Holguín, MSc.  
**DOCENTE DE ÁREA**



---

Lic. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp.  
**DOCENTE TUTOR**




---

Abg. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.  
**SECRETARIO GENERAL (E)**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Profesor Guía del trabajo de titulación **“FACTORES PREDISPONENTES QUE INFLUYEN EN LA PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR. 2019,** elaborado por las estudiantes. CLEMENTE BALÓN MABEL LISBETH y TOMALÁ PARRALES LILIANA JANETH, egresadas de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que luego de haber dirigido científica y técnicamente su desarrollo y estructura final del trabajo, éste cumple y se ajusta a los estándares académicos y científicos, razón por la cual la apruebo en todas sus partes.



---

Lic. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp.

C.I.: 1757221708

DOCENTE TUTOR

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mi DIOS, quien supo guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante, enseñándome a encarar las adversidades sin desfallecer en el intento. A mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo, comprensión, consejos, amor, ayuda en los momentos difíciles y a mis hermanos (as) por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. A mis compañeros de estudio y a mis maestros, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis. A todos ellos, se los agradezco desde el fondo de mi alma.

**Clemente Balón Mabel Lisbeth**

Dedico este logro a mi Padre Celestial, quien es, el que hasta el día de hoy me ha dado fortaleza y perseverancia no solo en carrera de la vida, sino también en mi carrera universitaria. A mi padre por todo el esfuerzo que hace para que no me falte nada, a mi madre por su confianza y a mis hermanas por su apoyo, en especial a mi hermana Norma por su colaboración en todo momento.

**Tomalá Parrales Liliana Janeth**

## DECLARACIÓN

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

Mabel Clemente B.

**MABEL LISBETH CLEMENTE BALÓN**

**2400007932**

Liliana Tomalá P.

**LILIANA JANETH TOMALÁ PARRALES**

**2450323452**

## ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO .....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
DEDICATORIA .....	iii
DECLARACIÓN .....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	i
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. El problema.....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema.....	5
2. Objetivos .....	5
2.1.1 Objetivo general .....	5
2.1.2 Objetivos específicos.....	5
3. Justificación .....	6
CAPÍTULO II .....	8
2. Marco teórico .....	8
2.1 Marco Referencial.....	8
2.2 Marco teórico.....	11
2.3 Marco legal:.....	32

2.4	Hipótesis, Variables y Operacionalización.....	34
2.4.1	Hipótesis.....	34
2.4.2	Asociación empírica de variables.....	34
	Variable independiente.....	34
	Variable dependiente.....	34
2.4.3	Operacionalización de variables.....	35
CAPÍTULO III.....		37
3.	Diseño metodológico.....	37
3.1	Tipo de investigación.....	37
3.2	Métodos de investigación.....	37
3.3	Población y muestra.....	38
3.4	Técnicas de recolección de datos e instrumento.....	39
3.5	Instrumento de recolección de datos.....	39
3.6	Aspectos éticos.....	40
CAPÍTULO IV.....		41
4.	Presentación de resultados.....	41
4.1	Análisis de los resultados de las encuestas.....	41
	Conclusiones.....	44
	Recomendaciones.....	44
Referencias Bibliográficas.....		46
Anexos.....		50

## RESUMEN

La preeclampsia es un trastorno circulatorio en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, acompañada de proteinuria y demás signos y síntomas de afección orgánica. La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores predisponentes que influyen en gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital General Guasmo Sur de la Provincia del Guayas, durante los meses de enero a marzo del 2019. El diseño metodológico es de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, donde se obtuvo información, utilizando como instrumento la matriz de recolección de datos como observación directa en base a la aplicación de encuestas, conformándose una muestra de 120 gestantes seleccionados según criterios de inclusión y exclusión. En los resultados obtenidos se evidenció porcentajes altos, los factores más predisponen en la preeclampsia son: la raza, con un 55% de gestantes con preeclampsia pertenecientes a la raza negra; seguido de las primigestas (primer embarazo) con un 47% y finalmente la edad de las gestantes con preeclampsia, pues su edad oscila entre los 14 a 20 años, representando al 41% de las personas encuestadas. Conclusión: de acuerdo a los resultados del trabajo de investigación realizado en el Hospital General Guasmo Sur, la edad, raza y nuliparidad son factores que inciden en el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General del Guasmo Sur.

**Palabras clave:** preeclampsia, factor de riesgo, gestantes.



## ABSTRACT

Preeclampsia is a circulatory disorder in which the blood vessels have persistently high tension, accompanied by proteinuria and other signs and symptoms of organic affection. The aim of this research is to determine the predisposing factors that influence pregnant women with preeclampsia who are treated at the General Guasmo Sur Hospital in the Province of Guayas, during the months of January to March 2019. The methodological design has a quantitative, descriptive and transversal approach, where information was obtained, using as an instrument the data collection matrix as direct observation based on the application of surveys, to be then processed through Microsoft Excel, forming a sample of 120 pregnant women selected according to inclusion and exclusion criteria. In the results obtained, it was shown with high percentages that the factors that most predispose to preeclampsia are the following: race, with 55% of pregnant women with preeclampsia belonging to the black race; followed by primitive women (first pregnancy) with 47% and finally the age of the pregnant women with preeclampsia, since their age ranges from 14 to 20 years, representing 41% of those surveyed. Conclusion: According to the results of the research work carried out at the Hospital General Guasmo Sur, age, race and nulliparity are factors that influence the development of preeclampsia in pregnant women treated at the Hospital General del Guasmo Sur.

**Key words:** preeclampsia, risk factor, pregnant women.

## INTRODUCCIÓN

Los Estados Hipertensivos del Embarazo, son un conjunto de desórdenes acontecidos en la etapa de gestación y se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial. Pueden ser causa de secuelas permanentes como alteraciones neurológicas, hepáticas, renales o hematológicas e incrementan la mortalidad neonatal. Este tipo de hipertensión en el embarazo se caracteriza de un amplio espectro de alteraciones en muchos sistemas del cuerpo humano, produciendo consecuencias en el binomio madre-feto que predisponen a una mayor morbi- mortalidad materna, fetal y neonatal. A nivel mundial, la complicación médica obstétrica más frecuente del embarazo es la preeclampsia. Según (Sanchez, 2014): “La incidencia de la entidad clínica oscila entre 2-10% de los embarazos y es siete veces mayor en los países en desarrollo (2,8%) que en los desarrollados (0,4%)”. La preeclampsia constituye la principal causa de mortalidad y morbilidad materna y neonatal en embarazadas.

La situación actual en América Latina y el Caribe en relación con la preeclampsia predomina un 25,7% de las muertes maternas y en EE.UU. Produciéndose en las últimas 2 décadas, un aumento de 25 % de su incidencia; planteando lo siguiente que entre 50-100 de mujeres fallecidas padecen de morbilidad materna extremadamente grave. (Méndez, 2016)

En nuestro país, con respecto a un informe titulado -Mortalidad materna en el Ecuador- una mirada crítica, generado por Cruz (2019) menciona: En el año 2017, actualmente el número de muertes maternas han logrado una leve reducción de preeclampsia 11.9%; seguido de la eclampsia con un 9.1%, considerándola como una de las principales causas de muerte maternas reportadas, en comparación al 2014 que hubo un índice del 21.1% de muertes por cada cien mil nacidos vivos, incluyendo muertes maternas por causas obstétricas ocurridas durante el período del embarazo, parto o post, según INEC, en el anuario de nacimientos y defunciones 2017.

Cabe destacar que esta patología conlleva severas complicaciones durante la gestación como, por ejemplo: desprendimiento prematuro de placenta, partos pretérminos, reducción del crecimiento intrauterino y mortalidad del binomio. En la madre se presentan consecuencias fatales, entre ellas tenemos las siguientes: La eclampsia, síndrome de Hellp, hemorragia cerebral, insuficiencia renal aguda, entre otras.

En las últimas décadas, se han hecho estudios sobre la preeclampsia, pero aún se desconocen su etiología, recabando varias hipótesis. Entre las hipótesis se menciona la presencia de un factor inmunológico en relación a la compatibilidad entre madre y feto. Como segunda hipótesis está el desbalance entre la prostaglandina y prostaciclina con efectos vasodilatadores y la PGF2 vasoconstrictoras, según como los otros autores indican, que explicarían la génesis de la preeclampsia. (Salviz & Cordero, 2016)

Pero estas complicaciones no vienen solas sino acompañadas de un sinnúmero de factores que pueden llevar a que se desarrolle la entidad clínica. En el artículo titulado Factores de riesgo para la preeclampsia se menciona que “los factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales de alguna u otra forma interactúan de diversas maneras para que surja esta patología”. (Valdés & Hernández, 2015).

Como la preeclampsia es una patología de alto riesgo en el embarazo que aún no se puede evitar, el presente trabajo de investigación tiene como principal objetivo determinar los factores predisponentes que influyen en las gestantes con preeclampsia en el Hospital General Guasmo Sur. A su vez reforzar los conocimientos que poseen los usuarios de esta unidad hospitalaria haciendo énfasis sobre las causas de la enfermedad, sintomatología y principalmente la prevención de la misma, donde la población estudiada son las pacientes con diagnóstico médico de preeclampsia que acudieron durante los meses de enero a marzo del 2019.

## CAPÍTULO I

### 1. El problema

Factores predisponentes que influyen en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur. 2019

#### 1.1 Planteamiento del problema

La preeclampsia es un trastorno circulatorio en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, acompañada de proteinuria y demás signos y síntomas de afección orgánica. Aunque se desconoce con exactitud la causa que puede llevar a que se desarrolle, existen diversos factores que pueden convertir a la gestante en una paciente de riesgo. La aparición de la preeclampsia se ve asociada a múltiples factores, tales como: factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales que de alguna u otra manera interactúan de diversas formas para que surja esta patología. (Luna, 2020)

La preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de enfermedad y muerte materna – neonatal a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, más del 20% de las muertes maternas son provocadas por problemas hipertensivos, siendo común en mujeres durante el primer o segundo embarazo, aunque no se ha reconocido una causa específica, existen ciertas características para diagnosticar la patología. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

En América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con estas complicaciones, su tasa varía entre 5 y 10% en los países desarrollados y representa en ocasiones entre el 40% y 80% de las muertes maternas. Entre los trastornos hipertensivos que complican el

embarazo, se destacan la preeclampsia y la eclampsia como las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

En el Ecuador, actualmente el número de muertes maternas ha logrado una leve reducción de preeclampsia con un 11.9%, seguido por la eclampsia con un 9.1%, en comparación a otros años, considerándola como una de las principales causas de muerte maternas reportadas. A pesar de la disminución del porcentaje en muertes, no se ha logrado contrarrestar la patología en un gran porcentaje, debido a que el personal sanitario a pesar de estar capacitado no logra detectar a tiempo algunos signos de alarma, de manera que hay riesgo de un aumento significativo de casos, por ello, se hace énfasis en el cuidado de mujeres embarazadas desde la etapa inicial. (Cruz, 2019)

La provincia del Guayas posee un alto índice de muertes maternas, ocupando el primer lugar a nivel nacional, con un 36% de muertes maternas por zona de fallecimiento en el año 2019. El Hospital General Guasmo Sur se encuentra ubicado en el cantón Guayaquil y pertenece al Distrito de Salud 09D01, por su ubicación geográfica se encuentra situado en una zona urbana con vías de acceso favorable para la población en general, al mismo que acuden gestantes de sectores cercanos, por ser un hospital de especialidades equipado para distintos casos de emergencia. Entre los años 2016 al 2018, se reportaron 19 casos de muerte materna en esta unidad de salud, 8 de ellas por trastornos hipertensivos y 11 por otras complicaciones obstétricas. (Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública, 2019)

La problemática que más incidió en el Hospital General Guasmo Sur, fue el alto número de gestantes con preeclampsia que fueron hospitalizadas entre los meses de enero a marzo del 2019, durante este periodo fueron atendidas 120 gestantes diagnosticadas con preeclampsia, datos obtenidos del departamento de estadística de esta institución, cifras muy alarmantes a pesar de que

se aplican los protocolos del Ministerio de Salud Pública en esta unidad Hospitalaria con el fin de disminuir la mortalidad materno- infantil.

## **1.2 Formulación del problema**

En el trabajo de investigación se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores predisponentes que influyen la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur?

## **2. Objetivos**

### **2.1.1 Objetivo general**

Determinar los factores predisponentes que influyen en la preeclampsia de gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur de la provincia del Guayas, durante los meses de enero a marzo del 2019.

### **2.1.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar demográficamente a las pacientes embarazadas que presentan preeclampsia.
- Identificar los factores con mayor incidencia que predisponen a la preeclampsia en este grupo de estudio.

### **3. Justificación**

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad determinar cuáles son los factores predisponentes que se relacionan con la aparición de la preeclampsia. Además, mediante la caracterización sociodemográfica de la población de estudio se obtendrán datos estadísticos relevantes que permitan visualizar de mejor manera el problema de investigación, con información precisa y científica, de manera que ayuden en un futuro, éstas aportaciones a disminuir el índice de mortalidad materno infantil.

Durante la gestación las complicaciones hipertensivas a nivel mundial han alcanzado cifras preocupantes, según la Organización Mundial de la Salud (2014), la incidencia de la preeclampsia oscila del 2 al 10% de los embarazos, con cifras estimadas de 166 mil muertes, y cuya tasa de morbi- mortalidad es mayor en los países en vía de desarrollo con un porcentaje del 8 al 45%, en comparación a los países subdesarrollados en el que la tasa de mortalidad asciende del 5 al 9%.

En el Ecuador, la preeclampsia también constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna – neonatal, aunque del año 2017 se ha logrado una leve reducción de la patología en comparación al 2014, en el que hubo un índice del 21.1% de muertes por cada cien mil nacidos vivos, incluyendo muertes maternas por causas obstétricas ocurridas durante el período del embarazo, parto y post parto. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2017)

Este proyecto se elaboró en la provincia del Guayas y está basado en experiencias obtenidas durante el Internado Rotativo de Enfermería, específicamente en la rotación de salud sexual y reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur, debido a que una de las problemáticas que se ha podido observar es un gran número de pacientes diagnosticadas con trastornos hipertensivos en el embarazo, entre los meses enero a marzo del 2019 con cifras de 374 embarazadas que fueron

ingresadas al servicio de ginecología, de las cuales 120 fueron diagnosticadas con preeclampsia, en su mayoría mujeres jóvenes y primigestas.

Debido a estos datos se realizó la investigación, para identificar cuáles son los factores con mayor incidencia que predisponen a la preeclampsia en gestantes que acuden a este establecimiento de salud. Asimismo, nuestro proyecto de investigación será un gran aporte para futuras investigaciones e intervenciones con el fin de disminuir los casos de preeclampsia en esta unidad hospitalaria.



## CAPÍTULO II

### 2. Marco teórico

#### 2.1 Marco Referencial

##### Antecedentes investigativos

Mediante la búsqueda en diferentes páginas bibliográficas se ha encontrado información, especialmente en trabajos de carácter investigativo relacionados con el tema en estudio que ha sido de mucha importancia para establecer la autenticidad del proyecto. Entre las investigaciones que más se centran en los antecedentes investigativos y el problema de investigación, se mencionan a continuación:

En el estudio denominado Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana, la investigación fue de tipo estudio retrospectivo de casos y controles mediante la recopilación de historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de Iquitos-Perú de enero a septiembre del 2015, donde se tomó como muestra 80 gestantes para el grupo de los casos con preeclampsia. Para el grupo de controles sin diagnóstico de preeclampsia la muestra fue de 80 gestantes. Para el análisis bivariado se aplicó la prueba de chi cuadrado. Así mismo, se empleó un análisis multivariado con regresión logística para calcular Odds Ratio, con intervalos de confianza al 95%. Con el fin de determinar la asociación entre los factores riesgo y la presencia de preeclampsia; los resultados obtenidos indican que los factores de riesgo asociados a la preeclampsia fueron: Edad mayor de 35 años; residir en zona rural; educación primaria o sin estudios; nuliparidad; edad gestacional de 32-36 semanas; tener entre cero y cinco controles prenatales; tener antecedentes familiares y personales de preeclampsia. (Torres Ruiz, 2016).

En nuestro país, con respecto a un informe titulado Mortalidad materna en el Ecuador se menciona que:

En el año 2017, actualmente el número de muertes maternas han logrado una leve reducción de preeclampsia 11.9%; seguido de la eclampsia con un 9.1%, considerándola como una de las principales causas de muerte maternas reportadas, en comparación al 2014 que hubo un índice del 21.1% de muertes por cada cien mil nacidos vivos, incluyendo muertes maternas por causas obstétricas ocurridas durante el período del embarazo, parto o post, según INEC, en el anuario de nacimientos y defunciones 2017. (Cruz, 2019)

La preeclampsia y la eclampsia siguen siendo predisponentes a un aumento significativo en la tasa de índice de mortalidad materna, fetal y neonatal. Por ello, se hace énfasis en el cuidado de las mujeres embarazadas desde la etapa inicial.

Por otra parte, en el trabajo investigativo: Preeclampsia en Gestantes de 18 a 30 años atendidas en la sala de hospitalización de ginecobstetricia de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, de tipo descriptivo, transversal; en el que participaron 400 pacientes del período de tiempo de enero del 2018 a Julio 2018 con una muestra de 196 casos, obteniéndose como resultado que la preeclampsia en gestantes de 18 a 30 años es de 55,6%. En cuanto a antecedentes patológicos familiares de 46, 4%; un número de embarazos de 1-2 un resultado de 41,1%, un 55,6% son primerizas, un 40,3% de mujeres casadas tienden a presentar esta patología, un 53,1% por lugar de residencia rural, un 22,3% el tiempo de gestación de 37 a 40 semanas, un 41,1% era peso, un 31,1% de alimentación por carbohidratos, un 39,2% por obesidad, 56,1% es de preeclampsia severa y 61,1% de eclampsia. (Morán, 2018).

En el Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo-Ecuador, se realizó un estudio de investigación para evaluar el manejo de preeclampsia/eclampsia en el área de emergencia del establecimiento de salud mencionado, identificando factores de riesgos personales y familiares. Tomando como muestra a 3400 embarazadas que ingresaron al área ginecológica desde julio 2016 a junio 2017, basándose con las estadísticas del hospital, este estudio fue prospectivo, descriptivo. Dando como resultados que entre 3400 embarazadas se reportaron 125 casos de Preeclampsia/eclampsia en mujeres de edades comprendidas entre 21-30 años, ama de casa, de estado civil unión libre, de zona urbana, de instrucción primaria y que se realizaron pocos controles prenatales, el grado de preeclampsia más presentada fue leve entre las 37 a 46 semanas de gestación, con signos de hipertensión arterial, edema, cefalea, el manejo de la patología se lo realizó con sulfato de magnesio, en su mayoría los embarazos terminaron con cesárea y niños prematuros. El cumplimiento de normas se daba parcialmente ya que por el ingreso de nuevo personal desconocían las pautas a seguir. (Condo, Barreto, Montaña, & Borbor, 2018).

El Dr. Corral (2019) del Hospital Metropolitano de Quito-Ecuador manifiesta “En Ecuador, la primera causa de mortalidad materna gira en torno a las enfermedades hipertensivas y la preeclampsia, luego están las hemorragias y después las infecciones como las más importantes”, por tal motivo se realizó un simposio que se desarrolló en el Hospital Metropolitano el día 12 de Junio sobre Políticas para reducir la mortalidad materna, con la participación de especialistas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos dando sus aportaciones sobre como lograron disminuir el índice de mortalidad materna en cerca de 8 puntos durante siete años, a nivel de ese Estado, en conjunto con la participación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y demás de expertos locales.

El objetivo de este simposio sobre políticas para reducir la mortalidad materna con la participación de los especialistas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, es usar esas mismas prácticas en Ecuador, con el fin de reducir la morbi-mortalidad maternas y perinatales producto derivado de la preeclampsia. Aunque algunas de estas medidas mencionadas en el simposio ya se han implementado trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud, dando como resultado disminución de la mortalidad materna y una mejoría en los índices. Actualmente, nuestro país sigue mejorando en la tarea de bajar sus índices de muerte materna en el embarazo.

## **2.2 Marco teórico**

### **Preeclampsia**

La preeclampsia es una patología causada por la tensión arterial alta, es propia del embarazo y se identifica también por presencia de proteinuria, asociada o no a edemas. Esta afección es muy común en mujeres nulíparas y por lo general aparece después de las 20 semanas de gestación siendo típicamente reversible en posparto inmediato. Se desconoce su origen, teniendo como tratamiento definitivo el parto.

En el libro Ginecología y Obstetricia se define a la preeclampsia como un “Síndrome con manifestaciones clínicas y de laboratorio heterogéneas, cuyos hallazgos clínicos pueden manifestarse como síndrome materno (hipertensión y proteinuria, con o sin manifestaciones multisistémicas) o síndrome fetal (oligoamnios y alteraciones de la oxigenación que pueden condicionar muerte fetal), o ambos”. (Tena, 2015)

El autor del libro refiere que las manifestaciones clínicas de la patología en estudio pueden estar presentes tanto en la madre como en el feto, por lo tanto, su diagnóstico y tratamiento

oportuno puede evitar que se desencadenen varias complicaciones, disminuyendo así el índice de muerte materna y neonatal.

## **Eclampsia**

Se caracteriza por la aparición de convulsiones o coma durante el periodo gestacional después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas. (Navarro, 2015).

El manejo de la eclampsia es similar al de la preeclampsia, con la diferencia que hay que tratar las convulsiones, se debe proteger a la mujer de lesiones, aspirar luego de las convulsiones, administrar oxígeno (a veces, intubar, luego de las convulsiones), posicionar la mujer sobre su costado izquierdo (para reducir el riesgo de aspiración de secreciones, vómitos) y terminar el embarazo tan pronto como sea posible, sin pasar de 4 a 6 horas. Además, y de acuerdo al caso, se dará medicamentos antihipertensivos, se mantendrá vía IV, se cateterizará la vejiga para medir la producción de orina, se mantendrá balance estricto de líquidos, vigilar edema pulmonar, evaluar el estado de coagulación con prueba de tubo al lado de la cama y no dejar sola a la mujer en momento alguno.

## **Síndrome de Hellp**

El síndrome HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos que se dan durante el embarazo, se identifica por daño endotelial microvascular, continuo a la activación, agregación y consumo de plaquetas que sobrellevan a una isquemia distal y necrosis hepatocelular. Los signos y síntomas se relacionan con el vasoespasmo provocado sobre el hígado, lo que origina en la mayoría de las pacientes con signos y síntomas de compromiso hepático, que incluye ictericia, náuseas y dolor en el epigastrio. (Rivas, Edgar , & Mendivil Cíodoro , 2017).

**Tabla 1. Clase Hellp**

Clase Hellp	Clasificación Mississippi*	Clasificación de Tennessee*
1	Plaquetas < 50 000/ml AST o ALT $\geq$ 70 UI/L LDL $\geq$ 600 UI/L	Plaquetas $\leq$ 100 000/ml AST o ALT $\geq$ 70 UI/L LDL $\geq$ 600 UI/L
2	Plaquetas 50 000 – 10 000/ml AST o ALT $\geq$ 70 UI/L LDL $\geq$ 600 UI/L	No aplica
3	Plaquetas 100 000 – 150 000/ml AST o ALT $\geq$ 40 UI/L LDL $\geq$ 600 UI/L	No aplica
Parcial/Incompleto	No aplica	Preeclampsia severa + 1 de los criterios de laboratorio para HELLP.

Fuente: Trastornos Hipertensivos del embarazo (Guía de práctica clínica Segunda Edición, 2016)

### Clasificación de la preeclampsia

Esta patología se distingue en leve y grave.

**Preeclampsia leve:** Es un desorden hipertensivo caracterizado por presentar la presión arterial mayor a 140/90 mm Hg, generalmente luego de las 20 semanas de gestación. También hay presencia de proteinuria 0.1 g/L en dos muestras realizadas con una discrepancia de cuatro horas, como también de 0.3 g en 24 horas.

**Preeclampsia grave o severa:** Se caracteriza por poseer los mismos signos y síntomas de la preeclampsia leve, aunque la presión arterial será mayor, siendo de 160/110 mmHg estando el paciente en reposo, así mismo la proteinuria será mayor a 5g en 24 horas. (Cappadon, 2016)

En el libro de enfermería ginecoobstétrica se menciona: “La preeclampsia severa también viene acompañada al menos de uno de los siguientes signos: oliguria (diuresis <500 ml/24 h), cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico (en el cuadrante abdominal superior derecho), hipo

funcionalidad hepática grave, trombocitopenia, edema pulmonar o cianosis” (Guana & Vicario, 2016).

De manera que aquella persona que presente estos signos y síntomas debe tener un tratamiento e incluso la internación en un centro hospitalario para un mejor seguimiento del caso, tratando así cualquier situación de emergencia si se llegara a presentar.

### **Etiología**

En la actualidad no se ha reconocido una causa específica de la preeclampsia, por lo que ha sido indicada en ciertas literaturas como la “enfermedad de las teorías”. Entre las que se mencionan están la presencia de un factor inmunológico en relación a la compatibilidad entre madre y el feto, es posible que, por un mecanismo inmune, la gestante aprenda a tolerar los antígenos paternos presentes en el líquido seminal; la exposición limitada al esperma (primer coito y embarazo, embarazo tras inseminación artificial, múltiparas que cambian de pareja) presentan mayor riesgo de preeclampsia. Desbalance entre prostaglandinas PGE2 y prostaglandinas con efectos vasodilatadores y la PGF2 vasoconstrictoras. Isquemia relativa a la unidad útero-placentaria producida por degeneración del trofoblasto con liberación de tromboplastina, sustancia que afectaría al sistema renina angiotensina.

### **Fisiopatología**

En el artículo Preeclampsia nuevas etiologías se menciona que:

La preeclampsia es resultado de la intrusión anormal de arterias espirales pertenecientes al útero por células citotrofoblásticas extra vellosas, con variaciones locales del tono vascular, del balance inmunológico y del estado inflamatorio. En la preeclampsia los mecanismos fisiopatológicos complejos están asociados a factores genéticos e inmunológicos, estos están

estrechamente entrelazados y parecen ser desencadenados por la presencia del tejido placentario. (Suárez Ayala & Gómez Cabrera, 2015).

El comienzo de la preeclampsia se debe a la disminución de la perfusión útero placentario, ya que el citotrofoblasto invade anormalmente a las arterias espirales. Otro órgano vinculado en la patogénesis es el endotelio, responsable de un número de funciones fisiológicas importantes. Existe menor nivel de metaloproteinasa de la matriz, antígeno linfocítico humano, lactógeno placentario en mujeres con preeclampsia que aquellas mujeres con embarazos normales.

Si bien, la primera invasión del trofoblasto endovascular es incompleta en ciertas gestantes preeclámpticas, lo más probable es que no afectará la estructura músculo elástica de las arterias espirales, tampoco tendrá consecuencias en sus funciones de respuesta a sustancias vasoconstrictoras endógenas, disminuyendo de esta manera la perfusión materno placentaria y por consiguiente producir una hipoxia placentaria en una etapa avanzada de la gestación. Debido a la afección del endotelio se origina una disminución de prostaciclina, que es un inhibidor de la agregación plaquetaria, por lo que la colágena subendotelial puede favorecer la agregación plaquetaria y liberación de tromboxano A<sub>2</sub>, poderoso vasoconstrictora. El desequilibrio que se forma por los compuestos vasodilatadores y vasoconstrictores favorece al signo patognomónico de la preeclampsia que es la hipertensión.

### **Signos y síntomas asociados a la preeclampsia**

***Proteinuria:*** Se considera proteinuria a la excreción urinaria de proteínas por encima de unos valores normalizados según la edad. Pueden expresarse en diferentes unidades cuantificando la cantidad de proteínas eliminadas en la orina por día. (Montserrat, 2018).



**Edema:** Es el acrecimiento de la presión oncótica hace que el líquido intracelular se desplace al extracelular y produzca el edema que puede presentarse a nivel de cerebro, retina, hígado y tejido subcutáneo. “El edema es el aumento de volumen del líquido en el intersticio que se manifiesta clínicamente por un hoyuelo al presionar la piel”. (Flores Villegas, Flores Lascano, & Lazcano Mendoza, 2015)

**Alteraciones hematológicas:** Durante el periodo gestacional se generan cambios en el sistema hematológico de la mujer, estos cambios se intensifican si la gestante padece de preeclampsia, de manera que la pérdida de líquido intravascular provoca hemoconcentración, así en el lugar de la lesión endotelial se activa la cascada de coagulación y consumo de plaquetas que trae como consecuencia la trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada.

**Dolor abdominal:** Es un síntoma inespecífico propio de ciertas patologías, en el período gestacional de una mujer con preeclampsia se manifiesta como dolor en el epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a edema hepático con distensión de cápsula de Glisson o hemorragia.

**Alteraciones visuales:** Los cambios en la visión, por lo general son frecuentes y se manifiestan por pérdida transitoria de la visión, visión borrosa o mayor sensibilidad a la luz, esto debido a la vasoconstricción de vasos y edema en retina.

**Aumento de transaminasas:** En la preeclampsia también existe elevación de las transaminasas de 5-100 veces los valores normales, que puede dar lugar a complicaciones más severas como síndrome de Hellp o rotura hepática.

## **Patogenia**

Según la Real Academia Española (2019) la patogenia es “parte de la patología que estudia cómo se originan y desarrollan las enfermedades”.

La preeclampsia se puede presentar cuando exista: insuficiencia placentaria, implantación anormal del embrión, respuesta inflamatoria, cambios en sistema de coagulación, disfunción endotelial.

### **Factores predisponentes de la preeclampsia**

Existen diferentes factores que predisponen a la preeclampsia, dentro de este listado estarán los que podrían ser parte clave para nuestro trabajo de investigación en el Hospital General Guasmo Sur.

*Edad materna:* Se podría considerar que uno de los principales factores de riesgo para tener un embarazo complicado es la edad de la gestante, pues esto va a influir en el óptimo crecimiento fetal o no. Para algunos autores las edades con mayor riesgo son <20 y >35 años. “Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años” (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Es decir que la OMS considera que mujeres menores a 20 años de edad, en etapa de gestación tienen mayor riesgo de tener complicaciones durante su embarazo y aumentar el riesgo de muerte materna y fetal, variadas hipótesis tratan de explicar este riesgo incrementado. Por tal razón se ha planteado que las mujeres > 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, facilitando el surgimiento de la preeclampsia. Por otra parte, se ha mencionado que en el caso de las gestantes jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la PE.

*Raza negra:* Algunos autores mencionan que la preeclampsia aparece con mayor frecuencia en aquellas personas pertenecientes a la raza negra, lo cual ha sido explicado con que este grupo

de personas posee un mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas como hipertensión arterial crónica y severa, además de obesidad y diabetes mellitus II.

*Preeclampsia previa:* En varias literaturas se ha observado que existe mayor riesgo de presentar preeclampsia en hijas y hermanas de mujeres que presentaron esta anomalía durante el embarazo, con un riesgo de 4 o 5 veces cuando están en etapa gestacional y de 2 a 3 veces cuando se trata de familiares en segundo grado. De manera que esto da mayor validez a la definición de la preeclampsia como una enfermedad en la que los factores genéticos influyen en su origen.

Los genes que se relacionan en el surgimiento de la preeclampsia han sido agrupados en 4 grupos: los regulan el proceso de placentación, están los que intervienen en el control de la tensión arterial, aquellos que involucrados en el fenómeno de isquemia placentaria y, por último, los que rigen el proceso de daño/remodelado del endotelio vascular.

*Historial personal de preeclampsia:* Existe cierta probabilidad de padecer preeclampsia si ya se presentó en un embarazo anterior las mismas circunstancias de salud, esto se debe a que existe mayor susceptibilidad en las gestantes ya la padecieron utilizando como mediador al sistema inmunológico.

*Bajo nivel económico y número de controles prenatales:* Los factores sociales también juegan un papel significativo para el desarrollo de varias patologías y una de ellas es la preeclampsia, tal es el caso de aquellas mujeres de pocos recursos económicos que no pueden acceder a un centro hospitalario debido a la falta de recursos, mujeres que entran en labor de parto y no tienen ningún control prenatal, a pesar que el país existe el acceso a la salud gratuita, aún se dan a conocer estos casos.

*Malnutrición:* Este factor de riesgo es complejo, ya que por lo general la anemia y desnutrición, es debida a la pérdida de la captación y transporte de nutrientes provocando hipoxemia al trofoblasto.

### ***Presencia de enfermedades crónicas***

*Hipertensión arterial crónica:* Es un factor que incrementa el riesgo, esto se debe a que estudios manifiestan que la enfermedad hipertensiva se suma a la hipertensión arterial preexistente. La hipertensión arterial crónica provoca lesión vascular debido a diferentes mecanismos, lo que puede favorecer a una oxigenación incorrecta de trofoblasto y beneficiar al apareamiento de la preeclampsia en etapa gestacional.

*Diabetes mellitus:* En esta patología existe un incremento del estrés oxidativo y daño endotelial, que puede afectar la perfusión útero placentaria que da lugar a la preeclampsia.

*Enfermedad renal:* Procesos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) e hipertensión arterial (nefroangioesclerosis) benefician el desarrollo de la preeclampsia en gestantes, porque en estos casos se produce una placentación anormal, los vasos renales y los vasos de todo el organismo se encuentran afectados.

*Dislipemia:* Así como en el caso de la diabetes mellitus, aquí también existe un incremento del estrés oxidativo sumado a lesión endotelial y otras enfermedades concomitantes de alto riesgo.

*Obesidad:* Su asociación con la preeclampsia se debe a que, en una persona obesa por lo general, se produce un aumento excesivo del gasto cardíaco y volumen sanguíneo y por consiguiente favorece a la presión arterial alta.

*Paridad:* En la revista Riesgo de preeclampsia en gestantes nulíparas de 24 a 26 semanas de gestación se manifiesta “El problema es particularmente agudo para las gestantes nulíparas, quienes están expuestas tres veces más a desarrollar preeclampsia que las multíparas; más aún, en 90% de casos de nulíparas no se detecta factores de riesgo” (Acho, Diaz, & Navarro, 2015).

Las gestantes nulíparas tienen más riesgo de padecer preeclampsia en su etapa gestacional, estudios epidemiológicos avalan el concepto que en la preeclampsia hay una incorrecta adaptación materna a los antígenos paternos/fetales.

*Gestas:* Las embarazadas primigestas tienen más susceptibilidad que las mujeres multíparas, en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología se mencionan que " La mujer primigesta por no haber sometido previamente el útero a la distensión del embarazo, el miometrio durante toda su evolución tiene un mayor tono, que, por compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales y limita la perfusión sanguínea a esta zona". (Acosta & Bosh , 2017)

## **Manifestaciones clínicas de la preeclampsia**

### ***Preeclampsia leve***

- Presión sistólica  $\geq 140$  mm Hg (no sobrepasa los 160 mm Hg)
- Presión diastólica  $\geq 90$  mm Hg (no sobrepasa los 110 mm Hg)
- Proteinuria 30 mg/dl o más en tirillas reactivas (se requieren de dos determinaciones o más en un lapso de 6 horas)
- Proteinuria mayor a 300 mg en orina de 24 horas.
- Edema se da de manera precoz debido al aumento de peso exagerado.

### ***Preeclampsia grave***

- Presión sistólica  $\geq 160$  mm Hg

- Presión diastólica  $\geq 110$  mm Hg.
- Proteinuria mayor a 5g en orina que equivale a +++ en tiras reactivas
- Oliguria menos de 500 ml en 24 horas
- Alteraciones neurológicas: cefalea persistente
- Alteraciones visuales: visión borrosa, escotomas centellantes
- Alteraciones hematológicas: trombocitopenia (plaquetas  $< 100.000$  mm<sup>3</sup>)
- Alteraciones hepáticas: elevación de las enzimas hepáticas

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de preeclampsia se establece cuando la paciente muestra presión arterial alta persistente por primera vez tras la primera mitad del período gestacional o después del parto, se relaciona con el elevado nivel de proteínas en orina o con una disminución de plaquetas en sangre, enfermedades renales o cardíacas, líquido en los pulmones, o dolor de cabeza intenso. Se deberá medir periódicamente la presión arterial mientras la paciente haya estado en un periodo de descanso minutos antes. Debemos descartar que la presión arterial esté igual o por encima de 140/90mmHg, medida en 2 ocasiones en un intervalo de 6 horas. Cabe destacar que si la presión arterial llega a estar en 160/110mmHg el tratamiento va a tener que ser inmediato en lo que quede de la gestación e incluso después del parto. Si se llegara a detectar proteínas en orina, se deberá recolectar durante 12 a 24 horas en un recipiente estéril para su debido análisis. Si se llegara a encontrar proteínas con valores superiores a 300mg se podría indicar presencia de preeclampsia.

Asimismo, el proveedor de atención médica podría realizar un análisis en el momento para comparar el nivel de proteínas con el de creatinina, que también es un indicador de la salud renal. Un índice de proteína/creatinina mayor de 0.3 mg/dl equivale aproximadamente a 300 mg de proteinuria en 24 horas. (Lidia, 2016)

**Tabla 2. Resultados de proteinuria en orina**

Resultados de la tirilla reactiva	Equivalencia
Negativa	<30 mg/Dl
1+	30 a 100 mg/ Dl
2+	101 300 mg/ Dl
3+	301 a 1000 mg/ Dl
4+	>1000 mg/ Dl

Fuente: Trastornos Hipertensivos del embarazo (Guía de práctica clínica Segunda Edición, 2016)

*Análisis de sangre:* Se realiza un hemograma completo con recuento de plaquetas y evaluación en los niveles de creatinina, enzimas hepáticas y en ciertas ocasiones de ácido úrico, estos valores servirán como referencia para el control gestacional. Si se muestra síntomas de preeclampsia grave, lo más seguro es que se vuelva a realizar otro examen hematológico para comparar y determinar posibles cambios en hígado y plaquetas. Los médicos denominan a este nuevo análisis como análisis de Hellp o análisis de PIH.

*El peso:* Forma parte de la práctica habitual para comprobar si el acrecentamiento de peso está dentro del rango normal durante el embarazo, la hinchazón de la cara y las manos junto con un repentino aumento de peso (entre tres y cinco libras o más en una semana) a veces anteceden los signos de preeclampsia.

### **Manejo de paciente con preeclampsia.**

#### ***Tratamiento farmacológico***

*Corticosteroides:* Las dificultades respiratorias son una de las principales causas de muerte en neonatos, debido a que existe una probabilidad de finalizar el embarazo prematuramente se administra corticosteroides con el fin de lograr maduración pulmonar, esto se realiza entre las 24

a 34 semanas de gestación. Lo indicado es administrar vía intramuscular betametasona 12 mg c/24horas por 2 dosis o 6mg c/12horas por 4 dosis o de dexametasona 6 mg IM c/12horas por un total de 4 dosis en dos días.

La betametasona prenatal es un corticosteroide que se utiliza para el desarrollo pulmonar de fetos prematuros, estimula la síntesis y liberación surfactante, lubrica los pulmones y permite que el recién nacido no tenga problemas respiratorios. Por lo general los bebés a término producen suficiente surfactante para respirar sin dificultad, pero los niños prematuros no. También disminuye el riesgo de hemorragias cerebrales o infección intestinal como enterocolitis necrozante. (Ponce, 2018)

*Anticonvulsivante:* Son un grupo de fármacos que son usados para el tratamiento de epilepsias y convulsiones. En gestantes con preeclampsia el anticonvulsivante de elección es el sulfato de magnesio que es un medicamento para profilaxis y tratamiento, actúa como bloqueador de receptores N-metil aspartato en el cerebro reduciendo el riesgo de eclampsia, Duley (2016) menciona que “El sulfato de magnesio es efectivo para prevenir la eclampsia (un ataque o una crisis epiléptica) en las mujeres que tienen preeclampsia”. El comienzo de la administración deber ser cuando la paciente presente signos o síntomas de preeclampsia severa, de no ser la situación, se podría aplazar el uso hasta el momento del parto.

***Tabla 3. Preparación y administración de sulfato de magnesio en preeclampsia***

**Dosis de impregnación:**

20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).



**Dosis de mantenimiento:**

50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora).

Fuente: Trastornos Hipertensivos del embarazo (Guía de práctica clínica Segunda Edición, 2016)

***Tabla 4. Dosis de mantenimiento en preeclampsia para la prevención de eclampsia***

Administrar sulfato de magnesio intravenoso a razón de 1g/hora en infusión continúa. La dilución debe hacerse en SS 0.9%

Preparación para la infusión intravenosa de mantenimiento en bomba de infusión: diluya cinco ampollas de sulfato de magnesio al 20% (50 ml corresponde a 10g). En 450 ml de solución isotónica y administre el volumen total de 500 ml a razón de 50 ml/hora. De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a 17 gotas por minuto.

Fuente: Trastornos Hipertensivos del embarazo (Guía de práctica clínica Segunda Edición, 2016)

Si existiera el caso de contraindicación al uso de sulfato de magnesio, se puede usar fenitoína como opción, de 15 a 20 mg/kg de peso, a no más de 50 mg/min como dosis de impregnación. Además de esto, se deberá usar una dosis adicional de carga 10 mg/kg vía intravenosa, esto si después de la dosis inicial no existe respuesta. En lo posterior 100 IV cada 6 a 8/horas como dosis de mantenimiento a 50mg/min. Iniciar esta dosis pasada 12 horas de la dosis inicial.

*Antihipertensivos de emergencia:* La emergencia hipertensiva se define como la elevación de la presión arterial igual o por encima de 160/110 mm Hg. El fin de tratar una emergencia hipertensiva es prevenir las potenciales complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares como: la encefalopatía, la hemorragia cerebral y la insuficiencia cardíaca congestiva y la muerte fetal como materna.

Según el -Manual de Trastornos Hipertensivos del Ministerio de Salud Pública, los medicamentos utilizados para tratar el manejo de emergencias hipertensivas durante el período gestacional son: la nifedipina (vía oral) y el labetalol (vía intravenosa).

La nifedipina controla con más rapidez la hipertensión, además está asociada con el incremento significativo de la diuresis, es de acción corta por lo que baja la presión sanguínea con mayor rapidez en comparación con el labetalol intravenoso, su efecto tiene un mayor tiempo de duración. A pesar de esto, ambos son efectivos para este tipo de eventos y presentan menos efectos adversos materno-fetales que otros antihipertensivos.

Otro medicamento usado es la hidralazina, que es un vasodilatador periférico de acción directa, es más eficaz que el labetalol, pero de menos acción que la nifedipina. Se ha asociado con hipotensión materna, cesáreas, oliguria y efectos adversos en la frecuencia cardíaca del feto.

En nuestro país se recomienda que para el tratamiento de emergencia de la preeclampsia sea utilizado el medicamento de primera línea: nifedipina que es de acción corta y tiene menos efectos adversos, luego el medicamento de segunda línea que es la hidralazina parenteral.

**Tabla 5. Antihipertensivos de emergencia**

Fármaco	Dosis y vía de administración	Comentarios
Nifedipina sólido oral de 10 mg	10 mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60 mg y luego 10 – 20 mg cada 6 horas vía oral. Dosis máxima 120 mg en 24 horas.	Administrar a pacientes conscientes. Efectos adversos maternos: cefalea, sofocos. Efectos adversos fetales: taquicardia.
Hidralazina líquida parenteral. de 20 mg/ml	5 mg intravenoso. Si la TA diastólica no disminuye se continúa dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos, ó 0.5 a 10 mg hora por vía intravenosa. Dosis tope 20 mg vía intravenosa o 30mg intramuscular.	Taquicardia materno-fetal importante. Se asoció a mayor incidencia de desprendimiento placentario. Riesgo de hipotensión materna.
Labetalol líquido* parenteral. De 5 mg/ml	Comience con 20 mg por vía intravenosa durante 2 minutos seguidos a intervalos de 10 minutos por la dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulada máxima de 300 mg.	Somnolencia, fatiga, debilidad, insomnio, hormigueo del cuero cabelludo que cede al poco tiempo, erupción medicamentosa similar al liquen plano, un efecto raro, pero potencialmente letal es el distrés respiratorio.

Fuente: Trastornos Hipertensivos del embarazo (Guía de práctica clínica Segunda Edición, 2016)

*Antihipertensivos para el tratamiento de preeclampsia:* Para el manejo de los trastornos hipertensivos se recomienda la utilización de medicamentos de primera elección como nifedipina, labetalol o alfa-metildopa conocido también como metildopa.

**Tabla 6. Antihipertensivos para el tratamiento de preeclampsia**

Fármaco	Dosis diaria	Comentarios
Nifedipina	10 – 40 mg diarios, 1 a 4 dosis	Bloquea los canales de calcio. No deben administrarse por vía sublingual para evitar el riesgo de hipotensión brusca. Seguro en lactancia.
Alfa Metildopa	250 – 500 mg vía oral de 2 a 4 veces al día, máximo 2 g/día.	Agonista alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica. Seguridad bien documentada para el feto y el recién nacido al corto y largo plazo.
Labetalol*	100 a 400 mg vía oral cada 8 horas o cada 12 horas, máximo 1200 mg/ día.	Bloqueador selectivo alfa-1 adrenérgico y no selectivo beta adrenérgico con actividad simpática intrínseca. Administrar con precaución durante la lactancia.

Fuente: Trastornos Hipertensivos del embarazo (Guía de práctica clínica Segunda Edición, 2016)

*Tratamiento no farmacológico*

- Reposo estricto en cama
- Restricción o disminución de sodio en gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia.
- Reducción de peso como medida de prevención de la preeclampsia.

## **Complicaciones**

### **Complicaciones maternas:**

Eclampsia: Se considera una de las principales complicaciones de la preeclampsia. Paredes y Moya Santis (2017) definen a la eclampsia como “la presencia de convulsiones asociadas con preeclampsia. Se considera emergencia obstétrica, que puede suceder antes, durante y después del parto con elevado riesgo tanto para la madre como para el feto”.

Síndrome de Hellp: Es una complicación del embarazo que amenaza la vida, por lo general considerado una variante de la preeclampsia. Ambas condiciones ocurren generalmente durante las últimas etapas del embarazo o, a veces, después del parto.

Desprendimiento prematuro de placenta: Suele suceder en el tercer trimestre. Pero puede suceder en cualquier momento después de la semana 20 de embarazo. También se llama desprendimiento placentario o abrupción placentaria.

### **Complicaciones neonatales**

Los trastornos hipertensivos durante la gestación se asocian a complicaciones neonatales importantes, como resultado de la alteración en el flujo sanguíneo o por infartos placentarios, siendo los más frecuentes la prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino, oligohidramnios, además de mayor riesgo para desprendimiento prematuro de placenta y cesárea.

### **Fundamentación de enfermería**

Existen varias teorías de enfermería vinculadas a esta problemática en estudio con respecto a nuestro trabajo de titulación, pero destacaremos las más principales que van acorde a nuestro estudio.

### ***La teoría del déficit de autocuidado - Dorothea Orem***

Esta teórica considera a la teoría del déficit de autocuidado como un enunciado general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí; en sus teorías establece tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que lo constituyen son los siguientes: La enfermera; El paciente o grupo de personas; Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos. Estos elementos mencionados se los ha dividido de acuerdo al tipo de sistema de enfermería a la que pertenece. Los 3 tipos de sistema de enfermería son: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

Sistema totalmente compensador: Trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Sistema parcialmente compensador: La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción. Es decir, el personal de enfermería proporciona autocuidados.

Sistema de apoyo educativo: El paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y aprenda a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017)

El presente trabajo se relaciona con la teoría del autocuidado y que la preeclampsia es la causa que condiciona a esta población, predisponiendo a una mayor morbi- mortalidad materna, fetal y neonatal. De acuerdo, a los sistemas de enfermería mencionados, se establece que el sistema parcialmente compensatorios y sistema de apoyo educativo, son adecuados en este trabajo

investigativo, debido a que el paciente debe obtener conocimientos y habilidades. Esta teoría ofrece al personal de salud herramientas para una atención de calidad relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas y sanas, que están tomando decisiones sobre su salud o las que desean modificar conductas de riesgo para su salud.

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

Esta autora hace énfasis en la promoción de la salud, definida como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten o intensifiquen el control sobre su salud y para que la mejoren. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable e identificando los factores que influyen los comportamientos saludables. Planteando lo siguiente que promover un estado óptimo de salud es el objetivo primordial para anteponerse a las acciones preventivas. Además, identificó que los factores cognitivos-perceptuales de los individuos, son modificables por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, dando como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. “Este modelo, es utilizado por el profesional de enfermería porque permite comprender los comportamientos humanos relacionados con la salud, y al mismo tiempo, orienta hacia la generación de conductas saludables” (Macías, Valencia, & Palacio, 2010).

El trabajo investigativo tiene relación directa con la teoría de Nola Pender porque está basada en educar a las personas realizando promoción y prevención de la salud, integrando a sus familiares o sus cuidadores cercanos que también podrán ser incluidos en las charlas educativas impartidos por el establecimiento de salud, referente al tema de preeclampsia, con el fin de reducir las consecuencias en el binomio madre-feto que predisponen a una mayor morbi- mortalidad materna, fetal y neonatal.

## **Definición de términos utilizados en el desarrollo de la investigación**

**Factor predisponente.** - También conocido como factores de riesgo, son eventos a las cuales se expone el individuo en su ambiente dando como resultado un aumento de presentar una afección o enfermedad. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

**Eclampsia.** - Trata de la aparición de convulsiones que aparecen en las gestantes después de la vigésima semana de su embarazo, el parto o en las primeras horas del puerperio seguido de la preeclampsia. (Paredes & Moya Santis, 2017).

**Preeclampsia.** - Es un síndrome multi sistémico idiopático específico y del puerperio, presentando una reducción de la perfusión sistémica generalizada por vaso espasmo y activación del sistema de coagulación.

**Síndrome Hellp.** - Es una complicación del embarazo que amenaza la vida, por lo general considerado una variante de la preeclampsia. Ocurren generalmente durante las últimas etapas del embarazo o, a veces, después del parto.

Las letras de la palabra Hellp representa. Hemólisis: se descompone de los glóbulos rojos. Enzimas hepáticas elevadas: provoca un deterioro a las células hepáticas provocando cambios en la forma como funciona el hígado. Nivel bajo de plaquetas: esto provoca que la sangre no se coagule y por lo tanto no se controlaría el sangrado. (Alavez, 2015)

**Preeclampsia leve.** – Desorden hipertensivo que presenta presión arterial mayor a 140/90 mm Hg, luego de las 20 semanas de gestación, presencia de proteinuria 0.1 g/L en 2 muestras realizadas con una discrepancia de cuatro horas, como también de 0.3 g en 24 horas.

**Preeclampsia grave.** – “Se caracteriza por poseer los mismos signos y síntomas de la preeclampsia leve, aunque la presión arterial será mayor, siendo de 160/110 mm Hg estando el



paciente en reposo, así mismo la proteinuria será mayor a 5g en 24 horas” (Guana, Cappadon, & Vicario, 2016).

### **2.3 Marco legal:**

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

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

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

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

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.

3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y postparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

En el Régimen del Buen Vivir, en el primer capítulo inclusión y equidad, segunda sección en relación a la salud tenemos: Artículo 363.- El Estado será responsable de asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

*Disposiciones transitorias* Trigésima consta o siguiente: El fondo de solidaridad, en el plazo de trecientos sesenta días, de forma previa a su 28 liquidación, transformará al régimen de empresas públicas, las de régimen privado en las que sea accionista. Para ello, dispondrá que dichas empresas realicen previamente un inventario detallado de sus activos y pasivos, y contraten en forma inmediata la realización de auditorías, cuyos resultados servirán de base para su transformación.

El estado garantizará el financiamiento de las prestaciones sociales atendidas por el fondo de solidaridad, en particular la de maternidad gratuita y atención a la infancia, así como de los recursos comprometidos por esa institución para los programas de desarrollo humano en ejecución hasta su culminación. (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008)

### *Ley De Maternidad Gratuita*

Art. 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los

recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado. (Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, 2014).

## **2.4 Hipótesis, Variables y Operacionalización**

### **2.4.1 Hipótesis**

La edad, raza y nuliparidad son factores que inciden en el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General del Guasmo Sur en los meses de enero a marzo del 2019.

### **2.4.2 Asociación empírica de variables**

**Variable independiente:** Factores de riesgo tales como: Edad, nuliparidad, grupo étnico, gestación múltiple, enfermedades crónicas.

**Variable dependiente:** Preeclampsia.

### 2.4.3 Operacionalización de variables

**Tabla 7. Variable independiente: Factores predisponentes**

Hipótesis	Variable	Dimensión	Indicadores	Técnica
La edad, raza y nuliparidad son factores que inciden en el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General del Guasmo Sur en los meses de enero a marzo del 2019.	Factores de riesgo	Edad	Edad menor de 20 y mayor de 35 años	Encuestas
		Lugar de residencia	Zona rural o urbana	
		Nivel de instrucción	Educación primaria o sin estudios	
		Tipo de raza	Blanca; Mestiza; Negra; Indígena	
		Antecedente patológico materno	Hipertensión Preeclampsia Diabetes	
		Antecedentes patológicos personales	Hipertensión Preeclampsia Diabetes	
		Número de embarazo	1 – 2 – 3 – 4 - 5 o más	
		Controles prenatales	Mínimos; Óptimos	
		Diagnósticos	Preeclampsia Leve Preeclampsia Severa	
		Periodo de edad gestacional	Primer Trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre	
Complicaciones durante la etapa gestacional	Hemorragias Uterinas Eclampsia Síndrome De Hellp			

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia atendidas en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Tabla 8. Variable dependiente: Preeclampsia**

Hipótesis	Variable	Dimensión	Indicadores	Técnica
La edad, raza y nuliparidad son factores que inciden en el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General del Guasmo Sur en los meses de enero a marzo del 2019.	Preeclampsia	Conocimiento	Concepto de la enfermedad	Encuestas
		Sintomatología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensión.</li> <li>- Proteinuria.</li> <li>- Edema</li> <li>- Náuseas y vómitos</li> <li>- Dolor abdominal.</li> <li>- Cefalea</li> <li>- Alteraciones visuales</li> <li>- Confusión</li> <li>- Disnea</li> <li>- Oliguria</li> </ul>	

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia atendidas en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

## CAPÍTULO III

### 3. Diseño metodológico

#### 3.1 Tipo de investigación

##### **Investigación descriptiva**

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. (Hernández, 2010)

La investigación descriptiva, se establece con la descripción de los hechos, debido a que su fundamentación radica en determinar de manera específica la situación que se suscita en el Hospital General Guasmo Sur y no se limita solo en la recolección de datos, sino que busca relación entre las variables, mostrando resultados y presentando generalizaciones que contribuyen al conocimiento.

##### **Investigación transversal**

El trabajo investigativo se basa en un estudio transversal porque se recogen los datos en un determinado periodo de tiempo, sobre la muestra de la población.

#### 3.2 Métodos de investigación

El modelo de investigación está basado en el enfoque cuantitativo. “Pretende intencionalmente acotar la información Y medir con precisión las variables de estudio”. (Hernández, 2010).

**Enfoque cuantitativo:** Este enfoque, permite adquirir logros sobre los resultados, buscando la objetividad mediante la recolección de datos, realizando un análisis estadístico para la obtención

de respuestas más concretas sobre la problemática, mediante las encuestas realizadas a las gestantes y los datos estadísticos obtenidos en la institución de salud.

### **3.3 Población y muestra**

#### **Población**

La población de estudio estuvo comprendida por gestantes diagnosticadas con trastornos hipertensivos que se encontraron en la base de datos del Hospital General Guasmo Sur, en el período de enero a marzo del 2019 con un total de 374 gestantes.

#### **Muestra**

La muestra de estudio estuvo comprendida por 120 pacientes, escogidos por tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionada mediante criterios de inclusión y exclusión. Además, la representatividad de la población que se desea analizar, son accesibles; es decir, están disponibles y son fáciles de localizar.

#### **Criterios de inclusión**

- Mujeres gestantes con diagnóstico de preeclampsia
- Pacientes transferidas de una unidad hospitalarias
- Pacientes de 14 a 45 años.
- Gestantes que aceptaron formar parte del estudio, previo consentimiento informado
- Pacientes gestantes con registros clínicos completos dentro del periodo de nuestro estudio

#### **Criterios de exclusión**

- Mujeres eclámpticas
- Mujeres con síndrome de Hellp

- Pacientes gestantes con historias clínicas mal llenadas o registros incompletos
- Pacientes que no quieren formar parte de la investigación

### **3.4 Técnicas de recolección de datos e instrumento**

Se utilizaron diferentes técnicas para recolectar la respectiva información, las cuales son:

**La encuesta:** Esta técnica consiste en un cuestionario que debe ser respondido con total libertad, este instrumento permitió conocer datos relevantes de las gestantes con preeclampsia del Hospital General Guasmo Sur, sobre todo de los factores que predisponen en esta patología.

Este instrumento está constituido por preguntas básicas, tanto cerradas, dicotómicas y con variedad de alternativas según el aspecto considerado, que faciliten el orden de variables, dimensiones e indicadores relevantes respecto a los componentes que desarrolla la presente investigación.

**Revisión de historia clínica:** permite la recolección de datos personales y antecedentes de las pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el periodo de enero a marzo del 2019, los datos fueron facilitados por el área de estadística del Hospital General Guasmo Sur.

### **3.5 Instrumento de recolección de datos**

El estudio se realizó en el Hospital General Guasmo Sur, ubicado en el Cantón Guayaquil, Provincia del Guayas, con las respectivas autorizaciones y aprobaciones tanto de la universidad como el establecimiento de salud. Para el análisis de datos se utilizó la herramienta informática Excel, creando una base de datos con el fin de realizar tablas y gráficos con la información recolectada, brindando una mejor visualización y comprensión de resultados obtenidos en la recopilación de los datos del proceso investigativo.



### **3.6 Aspectos éticos.**

Para poder recolectar datos a nivel institucional, mediante un oficio se solicitó la autorización de los directivos del hospital, para la emisión de información estadística sobre las gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur, para ello se entregó los siguientes requisitos: carta de aprobación del protocolo de investigación por parte de la Institución de Educación Superior; carta de interés institucional del Hospital General Guasmo Sur, en el que conste el título de la investigación y el investigador principal; Declaración juramentada de confidencialidad notariado; diseño de investigación en el formato del Ministerio de Salud Pública; carta de compromiso por parte del investigador y el respectivo oficio de autorización por parte del Gerente del Hospital General Guasmo Sur para poder proceder a la recolección de datos en el área de estadística. Para la aplicación de la encuesta, se presentó el consentimiento informado a cada paciente de manera presencial para poder realizar las preguntas de la encuesta.

## CAPÍTULO IV

### 4. Presentación de resultados

#### 4.1 Análisis de los resultados de las encuestas

Luego de recolectar los datos de las historias clínicas y la realización de encuestas a las 120 gestantes del Hospital General Guasmo Sur, se tabuló la información desde enero a marzo del 2019, los resultados más relevantes y que cumplen con los objetivos específicos antes planteados fueron los siguientes:

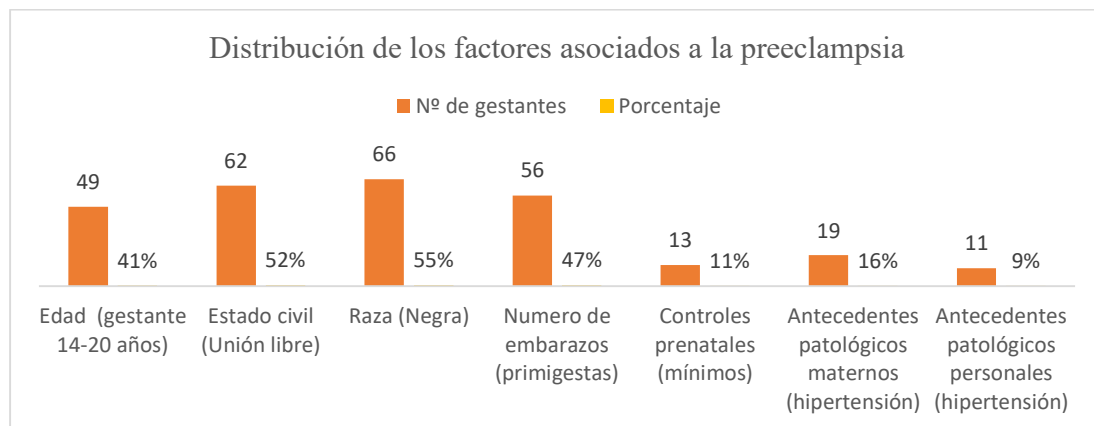


Gráfico 1. Distribución de los factores asociados a la preeclampsia  
Elaborado por: M. Clemente, L. Tomalá  
Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Mediante el cumplimiento del objetivo general y de acuerdo al gráfico, los factores asociados al desarrollo de la preeclampsia que se presentaron son: edad con 49 pacientes entre 14-20 años representando el 41%, 62 gestantes en unión libre con 52%, 66 pertenecerían a la raza negra con un 55%, 56 primigestas con un 47%, 13 gestantes con controles prenatales mínimos con 11%, 19 pacientes con antecedentes patológicos maternos de hipertensión con 16% y 11 con antecedentes personales de hipertensión con 9%. Según el análisis se comprobó que los factores que recibieron mayor impacto fueron la raza negra, edad de las gestantes y el número de embarazos que cursan las gestantes (primigestas).

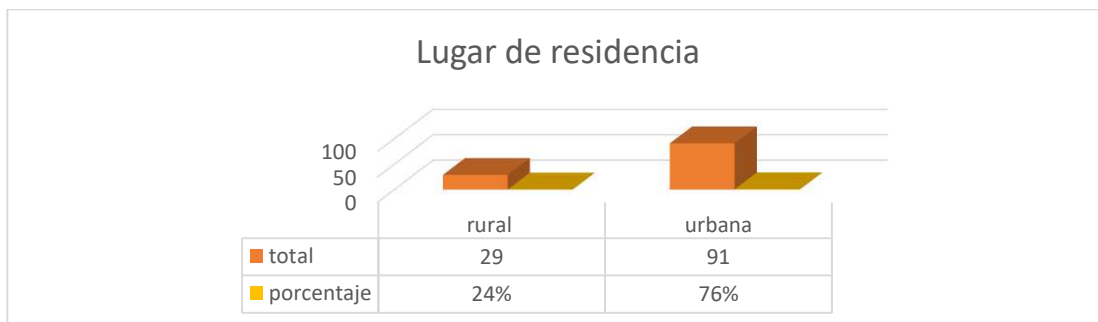


Gráfico 5. Lugar de residencia  
Elaborado por: M. Clemente, L. Tomalá  
Fuente: Hospital General Guasmo Sur

En el cumplimiento de nuestro primer objetivo específico, se encontró que la mayor población de gestantes que presentaron preeclampsia provenían de sectores urbanos con un 76%, mientras que en menor porcentaje habitaban en áreas rurales con un 24%, lo que indica que la preeclampsia se muestra con mayor incidencia en comunidades demográficamente cercanas al establecimiento de salud.

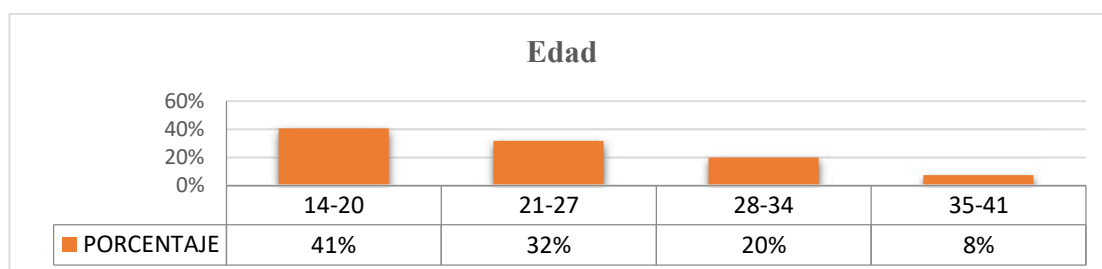


Gráfico 2. Edad  
Elaborado por: M. Clemente, L. Tomalá  
Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Analizando el segundo objetivo específico, las embarazadas con edades de entre 14 a 20 años de edad se representaron con un 41%. Tomando en cuenta este factor, se puede considerar que entran en el rango de embarazo adolescente, varios estudios indican que es uno de los principales motivos para el desarrollo de preeclampsia además de tener un alto índice de morbilidad materno-neonatal, similar al grupo de mujeres adultas mayores a 40 años; lo cual concuerda con los resultados de nuestra investigación.

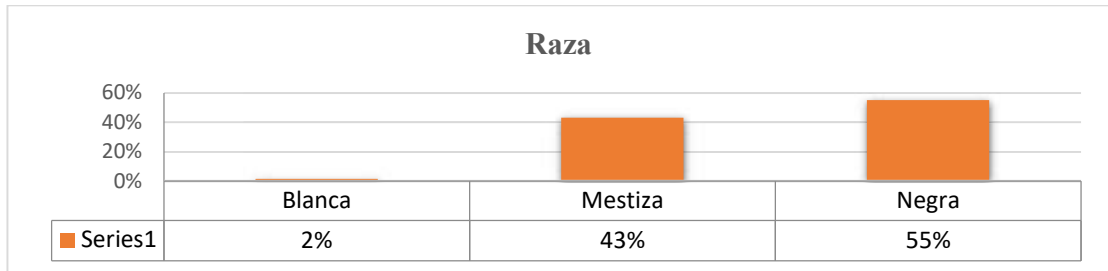


Gráfico 6. Raza  
 Elaborado por: M. Clemente, L. Tomalá  
 Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Complementando el análisis del segundo objetivo, las embarazadas afro ecuatorianas (raza negra) se representaron con un 55%. Este es un dato de relevancia como factor predisponente porque las personas de raza negra son más susceptibles o tienen una mayor probabilidad al desarrollo de hipertensión arterial y obesidad, características que aumentan el riesgo de padecer preeclampsia en el embarazo, lo cual coincide con los resultados de la investigación.

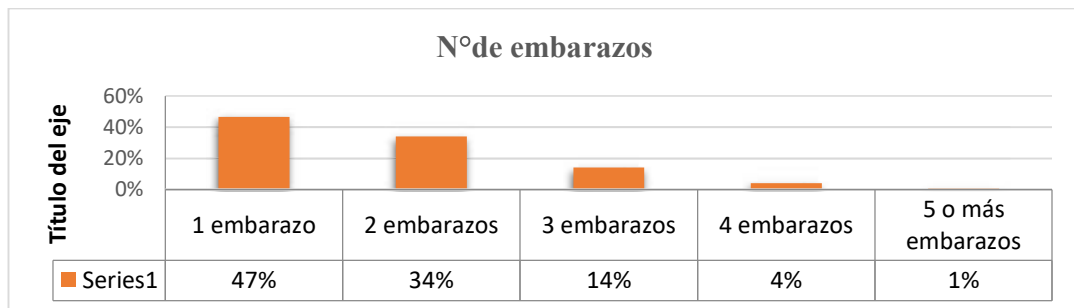


Gráfico 9. Número de embarazos.  
 Elaborado por: M. Clemente, L. Tomalá  
 Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Concluyendo el análisis del segundo objetivo, teniendo en cuenta el número de embarazos de las gestantes se obtuvo que el 47% de ellas cursaban el primer embarazo, algunas fuentes bibliográficas demuestran que la población gestante con mayor riesgo de preeclampsia son las primigestas a diferencia de las múltiparas, resultados reflejados en la investigación.

## **Conclusiones**

Se concluye de acuerdo al objetivo general que, existen factores que tuvieron mayor incidencia en el desarrollo de la preeclampsia, estos son factores no modificables como la edad, la raza, el número de embarazos que cursan, así mismo, los antecedentes patológicos maternos y personales y otros factores modificables como la falta de controles prenatales que, aunque sean en un bajo porcentaje, existen gestantes que no los realizan como los establece el Ministerio de Salud Pública.

De acuerdo al primer objetivo específico, se evidenció que existe un alto índice de gestantes en el sector urbano, a pesar de esto existe un menor porcentaje que habita en zonas rurales, lo que significa que este grupo tiene difícil acceso al servicio de salud y a la instrucción prenatal interfiriendo en los controles y medidas de prevención de complicaciones obstétricas.

Como conclusión del segundo específico, se evidenció que existen factores que inciden con mayor reiteración en la muestra estudiada, siendo la raza negra la que prevalece entre los otros factores con un 55%, seguido por la edad, con un alto índice de primigestas de entre 14 a 20 años, representado por el 41% del total de la muestra.

## **Recomendaciones**

Las pacientes que van a ser ingresadas a la unidad hospitalaria deben estar siempre informadas de la patología que padece y los factores de riesgos que influyen en su aparición y llevar un seguimiento de tal manera que pueda mantener todos los controles prenatales médicos para evitar las posibles complicaciones maternas y fetales.

Se sugiere capacitar al personal de salud del Hospital General Guasmo Sur periódicamente, mediante foros educativos sobre los diversos problemas de salud pública en gestantes, temas que

ayuden al usuario a su instrucción para generar conciencia sobre algunos malos hábitos de vida que pudieran estar afectando a su salud y poder cambiarlos de manera progresiva.

Fomentar la instrucción a los pacientes que puedan tener difícil acceso a la información por redes sociales o cualquier otro medio en el que se pueda interactuar o informar de la patología de estudio.

Se sugiere al personal de salud realizar un correcto y completo seguimiento de las historias clínicas para contar con información confiable del paciente, además de realizar charlas educativas que incentiven a llevar una mejor calidad de vida, y a disfrutar de una maternidad saludable.

## Referencias Bibliográficas

- Acho, S., Díaz, J. A., & Navarro, R. (2015). Riesgo de preeclampsia en gestantes nulíparas de 24 a 26 semanas de gestación. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol 55, 261.
- Acosta, Y., Bosch, C. (2017). Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 53-60.
- Alavés, D. (2015). *Ginecología y obstetricia*. México DF: Editorial Alfil, S.A.
- Cappadon, R. (2016). *Enfermería ginecoobstétrica*. México. Ediciones y recursos tecnológicos, S A de C. V.
- Chávez, D., Tejada, Á., Suárez, D., & Figueroa, C. (2010). Preeclampsia: nuevas etiologías. *Revista Universidad y Salud*, 146-155.
- Condo, C., Barreto, G., Montaña, G., & Borbor, L. (2018). *Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda*. Obtenido de [https://Dialnet-PreeclampsiaYEclampsiaEnPacientesAtendidasEnElArea-6560181%20\(5\).pdf](https://Dialnet-PreeclampsiaYEclampsiaEnPacientesAtendidasEnElArea-6560181%20(5).pdf)
- Constitución Política de la República del Ecuador (2008). Obtenido de [https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp\\_ecu-int-text-const.pdf](https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf)
- Cruz, J., Hernández, Y., Quesada, M, & Isla, A. (2007). Factores de riesgo de preeclampsia enfoque inmunoendocrino. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(4)
- Cruz, H. (2019). *Mortalidad Materna en el Ecuador una mirada crítica*. Quito.
- Duley, L. (2016). *Regímenes alternativos de sulfato de magnesio para mujeres con preeclampsia y eclampsia*. Cochrane. Obtenido de <https://www.cochrane.org/es/CD007388/regimenes-alternativos-de-sulfato-de-magnesio-para-mujeres-con-preeclampsia-y-eclampsia>
- Flores, B., Flores, I., & Lazcano, L. (2015) *Edema. Enfoque clínico*. Med Int Mex. 51-55. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48337>

- Giraldo, A., Macías, A., & Valencia, C. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 128-143.
- Guana, M., & Vicario, M. (2016). *Enfermería Ginecoobstétrica*. México: SA de C.V.
- Guana, M., Cappadon, R., & Vicario, M. (2016). *Enfermería Ginecoobstétrica*. México: Ediciones y recursos tecnológicos, S.A de C.V.
- Guía de práctica clínica Segunda Edición. (2016). Obtenido de Trastornos hipertensivos del embarazo: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP\\_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf)
- Hernández, R. S. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador*. Quito.
- Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. (2014). Obtenido de [https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley\\_maternidad\\_gratuita\\_atencion\\_infancia.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf)
- Lidia, F. (2016). *Preeclampsia Foundation*. Obtenido de: <https://www.preeclampsia.org/es/the-news/138-latest-news/637-making-sense-of-preeclampsia-tests>
- Luna, J. (2020) ¿Qué es la preeclampsia? *Infosalus*. Obtenido de: <https://www.infosalus.com/enfermedades/ginecologia/preeclampsia-hipertension/que-es-preeclampsia-hipertension-102.html>
- Macías, A., Valencia, C & Palacio, S. (2010) *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
- Méndez, D. (2016). Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *MEDISAN*, 516-529.




- Ministerio de Salud Pública. (2016) *Trastornos hipertensivos del embarazo*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP\\_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf)
- Monserrat, A. (2018). *Hematuria y Proteinuria. Curso de actualización Pediatría* Madrid. Obtenido de [https://www.aepap.org/sites/default/files/053-059\\_hematuria\\_y\\_proteinuria.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/053-059_hematuria_y_proteinuria.pdf)
- Morán, K. (2018). *Preeclampsia en gestantes de 18 a a30 años atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil*. Guayas. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11201/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-478.pdf>
- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Gaceta Médica Espirituana*, 89-100.
- Navarro, P. (2015) Preeclampsia, eclampsia y Hellp. *Anestesiología en Gineco Obstetricia*. Vol 3, 120
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 310-320.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Complicaciones durante el embarazo*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Factores de riesgo*. Obtenido de [http://www9.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www9.who.int/topics/risk_factors/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Día de concientización sobre la preeclampsia*. Obtenido de [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=570:dia-de-concientizacion-sobre-la-preeclampsia-22-de-mayo](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=570:dia-de-concientizacion-sobre-la-preeclampsia-22-de-mayo)
- Paredes, L., & Moya, S. (2017) Sulfato de magnesio y el cerebro. *Revista Scielo*, 304-310.
- Ponce, A. (2018). *Manejo de paciente con preeclampsia*. Health.org. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279568/>

- Real Academia Española. (2019). Obtenido de <https://dle.rae.es/patogenia>
- Rivas, P., Edgar, E., & Mendivil, César, (2017). Síndrome de Hellp. *Revista Salud Uninorte*, 259-274.
- Salviz, M. & Cordero, L. (1996). Pre-eclampsia Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Médica Herediana*, 24-31.
- Sánchez, Sixto E. (2014). Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 309-320.
- Suárez, A., & Gómez, C. (2015) Preeclampsia: Nuevas etiologías. *Revista Scielo*. 20-43
- Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública. (2019) *Gaceta de muerte materna SE12*. Recuperado de: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/GACETA-SE-12\\_2019.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/GACETA-SE-12_2019.pdf)
- Tena, G., (2015). *Ginecología y obstetricia*. México DF: Editorial Alfil, S. A.
- Torres Ruiz, S. (2016). Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana. CASUS. *Revista De Investigación Y Casos En Salud*, 18-26.
- Valdés. M, & Hernández. J, (2015). Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 307-316.

## Anexos

### Anexo 1. Permiso para obtener datos

 Universidad Estatal  
Península de Santa Elena

Carrera de Enfermería

UAG-2020-0199-E

Oficio N° 985-CE-UPSE-2019  
La Libertad, 12 de Diciembre de 2019

Señor Ingeniero  
Álvaro Ponce Almazan  
**GERENTE HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR.**  
En su despacho.-

De mi consideración:

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

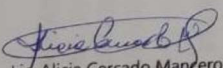
Estimados Directivos, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la respectiva autorización para que los estudiantes que a continuación detallo, realicen su Trabajo de Titulación en la Institución bajo su directriz, previo a la obtención del título en Licenciatura en Enfermería.


TEMAS DE TITULACIÓN	MODALIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS ESTUDIANTES
FACTORES PREDISPONENTES QUE INFLUYEN EN LA PREECLAMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR 2019	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	CLEMENTE BALÓN MABEL LISBETH TOMALÁ PARRALES LILIANA JANETH

Para tal efecto se adjunta cronograma de trabajo e instrumento para el levantamiento de información.

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


Atentamente,

  
Lic. Alicia Cercado Mancero, MSc.  
**DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA**  
C.c.: - Archivo  
ACM/avg



Mabel Clemente B.  
CLEMENTE BALÓN MABEL LISBETH  
C.I:2400007932  
Correo: mabelis\_13th@hotmail.com  
Celular: 0989932696

Liliana Tomalá P.  
TOMALÁ PARRALES LILIANA JANETH  
C.I: 2450323452  
Correo: yneth\_1497@hotmail.com  
Celular: 0996576689

 Ministerio de Salud Pública  
Hospital General Guasmo Sur  
**RECIBIDO**  
UNIDAD ATENCIÓN AL USUARIO  
Fecha: 15-12-19 Hora: 10:54



### Anexo 3. Autorización de la institución

MINISTERIO DE SALUD



**CZ8S – Hospital General Guasmo Sur**

**Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2020-0089-O**

**Asunto:** Respuesta a: AUTORIZACION PARA QUE LOS ESTUDIANTES REALICEN SU TRABAJO DE TITULACION

Mabel Lisbeth Clemente Balón  
Liliana Janeth Tomalá Parrales  
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento MSP-CZ8S-HGGS-UAU-2020-0199-E por medio del cual solicita autorización para desarrollar el tema de investigación "Factores predisponentes que influyen en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur 2019".

Por lo antes expuesto y en relación a la documentación entregada con antelación al Departamento de Docencia e Investigación, su solicitud es favorable.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Mgs. Álvaro Gabriel Ponce Almazán

**GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR**

Referencias:

- MSP-CZ8S-HGGS-UAU-2020-0199-E

Anexos:

- uau-2020-0199-e.pdf

Copia:

Señor Magíster

Ángel Luis Moreno Briones

**Director Asistencial del Hospital General Guasmo Sur (Encargado)**

Señora Doctora

María Elena Vera Gordillo

**Coordinadora de la Gestión de Docencia e Investigación del Hospital General Guasmo Sur**

Señor Doctor

Av. Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro, Sector Guasmo Sur

Guayaquil – Ecuador • Código Postal: 090105 • Teléfono: 593 (04) 3803600 • www.salud.gob.ec

MINISTERIO DE SALUD



EL  
GOBIERNO  
DE TODOS

**CZ8S – Hospital General Guasmo Sur**

**Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2020-0089-O**

Carlos Luis Salvador Fernández

**Líder de Investigación del Hospital General Guasmo Sur**

Señor Economista

Irma Roció Criollo Encalada

**Responsable de Gestión de Admisiones del Hospital General Guasmo Sur**

MV/AM

Nombre de reconocimiento  
SERIALNUMBER=0000234091 + CN=ALVARO GABRIEL PONCE  
ALMAZAN, L=QUITO, OU=ENTIDAD DE CERTIFICACION DE  
INFORMACION-ECIBCE, O=BANCO CENTRAL DEL ECUADOR,  
C=EC

Razón: Firmado digitalmente por FirmaEC Fecha: 2020-  
02-18T14:12:04.507-05:00

Av. Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro, Sector Guasmo Sur

Guayaquil – Ecuador • Código Postal: 090105 • Teléfono: 593 (04) 3803600 • [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

#### Anexo 4. Instrumento (Encuesta)



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



### ENCUESTA

La encuesta tiene como finalidad conocer los factores predisponentes que influyen en la preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur. La presente encuesta es de carácter estrictamente confidencial, de la veracidad de su respuesta depende el éxito de nuestra investigación. Por favor conteste marcando con una X.

**1.- ¿Cuántos años tiene?**

14-20       21-27       28-34       35-41

**2.- ¿Qué nivel de educación tiene?**

Ninguno       Primaria       Secundaria       Superior

**3.- Ponga su estado civil:**

Soltera       Casada       Unión libre       Divorcia       Viuda

**4.- ¿Cuál es su lugar de residencia?**

Urbana       Rural

**5.- ¿Cómo se auto identifica?**

Blanca       Mestiza       Negra       Indígena

**6.- Antecedentes patológicos maternos:**

Ninguno  Hipertensión  Preeclampsia  Diabetes

**7.- Antecedentes patológicos personales:**

Ninguno  Hipertensión  Preeclampsia  Diabetes   
Obesidad

**8.- Gravidéz:**

Primeriza  Multípara

**9.- Tipo de embarazo según N° de fetos:**

Único  Doble/múltiple

**10.- Controles prenatales:**

Ninguno  Mínimos  Óptimos

**11.- Diagnósticos:**

Preeclampsia Leve  Preeclampsia Severa

**12.- Conoce usted acerca de su enfermedad:**

SI  NO

**13.- Periodo de edad gestacional:**

Primer Trimestre  Segundo Trimestre  Tercer Trimestre

**14.- Complicaciones durante la etapa gestacional:**

Hemorragias Uterinas  Eclampsia  Síndrome De Hellp  Ninguna

**Evidenciada en:**

Matías De La Cruz Rocía Pamela. (febrero de 2013). Universidad de Guayaquil. Obtenido de Factores Predisponentes de la Preeclampsia En Mujeres De 13 A 20 Años En El Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor Desde Septiembre Del 2012 A Febrero Del 2013: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>



## Anexo 5. Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPACIÓN DE INVESTIGACIÓN



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

La presente investigación es conducida por las egresadas de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, cuya meta de este estudio es identificar los factores que predisponen en la preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital General Guasmo Sur.

Si usted accede a participar en este estudio, se le permitirá responder varias preguntas de una encuesta ya establecida que tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se escoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas se destruirán. Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto a participar voluntariamente en esta investigación, por las egresadas de la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. He sido informado (a) que la meta de este estudio es identificar los factores que predisponen en la preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital General Guasmo Sur.

Me han indicado también que yo provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acaree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a las **Srtas. Clemente Balón Mabel Lisbeth y Tomalá Parrales Liliana Janeth** al número telefónico **0996576689**. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

---

Fecha

# Anexo 6. Historia Clínica Historia Clínica Materno-Perinatal-CLAP-MSP

### HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

DATOS GENERALES				ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN		ESTADO CIVIL		ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL	
NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____		TELEF.: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	AUTOIDENTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> Inígena (Indio/afrodescendiente) <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	SABE LEER/ESCRIBIR: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Edu. Básica Juven y Adultos Edu. Básica (Preescolar) Edu. Básica (Primaria y media) Edu. Básica (Superior) Tecnico superior Superior Ser. med o grado Otro		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Último año <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Sin pareja <input type="checkbox"/> Vive no <input type="checkbox"/> Otra	
Residencia habitual de la madre: (División Política Administrativa) _____				Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Ecuatoriana <input type="checkbox"/> Extranjera		ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios		ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios	
Cantón: _____ Parroquia: _____ Dirección Domicilio: _____				EDAD (años): _____		ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios		ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios <input type="checkbox"/> Barrios	
<b>ANTECEDENTES</b>			<b>OSBTRICOS</b>			<b>FIN EMBARAZO ANTERIOR</b>			
FAMILIARES: <input type="checkbox"/> TBC, <input type="checkbox"/> Diabetes, <input type="checkbox"/> Hipertensión, <input type="checkbox"/> Preeclampsia, <input type="checkbox"/> Eclampsia, <input type="checkbox"/> Otra cond., <input type="checkbox"/> médica grave.			PERSONALES: <input type="checkbox"/> Cirugía, <input type="checkbox"/> Gineco-Urinarie, <input type="checkbox"/> Infertilidad, <input type="checkbox"/> Cardiopatía, <input type="checkbox"/> Hidropatía, <input type="checkbox"/> Violencia, <input type="checkbox"/> VIH, <input type="checkbox"/> Cui?			ULTIMO EMBARAZO: <input type="checkbox"/> n/a, <input type="checkbox"/> < 2500g, <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> > 4000g, <input type="checkbox"/> Embarazos no, <input type="checkbox"/> Múltiples.			
GESTACIÓN ACTUAL			EG CONFIABLE POR: _____			ECOGRAFIA 11-13 semanas: _____			
PESO INICIAL: _____ TALLA (cm): _____			FUMAR: <input type="checkbox"/> Eco < 20 s., <input type="checkbox"/> si			FUMAR PAS.: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si			
CERVIX: <input type="checkbox"/> insp. visual, <input type="checkbox"/> PAP, <input type="checkbox"/> COLP.			GRUPO: _____ RH: _____ TORPILASIS: _____ VIH-DUO: _____			PRUEBA: <input type="checkbox"/> solicitada, <input type="checkbox"/> resultado, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> n/c.			
CHAGAS: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> anormal.			BACTERIURIA: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> anormal.			GLUCEMIA EN AYUNAS: <input type="checkbox"/> < 92 mg/dl, <input type="checkbox"/> > 92 mg/dl.			
PREVENCIÓN PRECLAMPSIA: <input type="checkbox"/> Calcio > 12 sem, <input type="checkbox"/> Asco. Asot, <input type="checkbox"/> Salicilico > 12 sem.			ESTREPTOCOCCO B: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si.			CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si.			
CORTICOIDES ANTENATALES			UTERINHIBIDORES			INICIO			
FECHA DE INGRESO: _____			CONSULTAS PRENATALES: _____			HOPITALIZACIÓN EMBARAZO: _____			
CARNÉ: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si.			acompañante: <input type="checkbox"/> Pareja, <input type="checkbox"/> Familiar, <input type="checkbox"/> Parteralo, <input type="checkbox"/> Otro, <input type="checkbox"/> Ninguno.			PRÁCTICAS INTERCULTURALES: <input type="checkbox"/> Vestimenta, <input type="checkbox"/> Entrega placenta, <input type="checkbox"/> Ingesta liquidos, <input type="checkbox"/> Otras.			
PESO PRODUCTO (libras): _____			TAMÑO FETAL ACORDE EG: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si.			POSICIÓN PARTO: <input type="checkbox"/> arrodillada, <input type="checkbox"/> de pie, <input type="checkbox"/> sentada, <input type="checkbox"/> acostada de lado, <input type="checkbox"/> trocántica.			
MÚLTIPLE: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si.			TERMINACIÓN: <input type="checkbox"/> espont., <input type="checkbox"/> cesárea, <input type="checkbox"/> fórceps, <input type="checkbox"/> viscosum, <input type="checkbox"/> otra.			INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO: _____			
PLACENTA: <input type="checkbox"/> completa, <input type="checkbox"/> retenida.			LIGADURA CORDÓN AL CESAR: <input type="checkbox"/> completa, <input type="checkbox"/> retenida.			PULSACIONES: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si.			
REGIÓN: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si.			MEDICACIÓN: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si.			CUI?: _____			
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS			INFECCIONES			HEMORRAGIA			
Eclampsia, Heli, Transitorio, Previa con prolapso subagradado, Previa, Preeclampsia.			SIRS, Sepsis, Endometritis, Infección ovular, Infección genital, Bacteriuria asintomática, Pielonefritis.			Post aborto, Mola hidatiforme, Embarazo ectópico, Placenta previa, Acretismo placentario, DPPNI.			
TRASTORNOS METABÓLICOS			TRASTORNOS TIROIDEOS			OTROS TRASTORNOS			
Diabetes Mellitus, Tolerancia oral a la glucosa anormal, D.M. insulino dependiente previa, D.M. no insulino dependiente previa, D.M. gestacional.			Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Crisis tiroidea, Otro trastorno metabólico.			Hipertensión gravídica, Trombosis venosa prof., Tromboembolismo pulm., Embolia L.A., Cardiopatía, Valvulopatía, Convulsiones.			
Alumbramiento normal, Uterotónicos para to. hemorragia, Cúal?: _____			Vis. venosa central, Administración de hemoderivados, Nro. de _____			Laparotomía (excluye cesárea), Ingreso a UCI > 7 días, Uso de ATB II parte de complicación infecciosa, Cúal?: _____			
PROCEDIMIENTOS PARA DETENER/CONTENER LA HEMORRAGIA			Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas, Embolicaciones, Cúal?: _____			Taje antehood no neurológico, Balones hidroestáticos.			
POSTPARTO			MORBILIDAD			MORBILIDAD			
Inmunoglobulina anti Rh D: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n/c.			1 TRIM. no, <input type="checkbox"/> si. 2 TRIM. no, <input type="checkbox"/> si. 3 TRIM. no, <input type="checkbox"/> si.			1 TRIM. no, <input type="checkbox"/> si. 2 TRIM. no, <input type="checkbox"/> si. 3 TRIM. no, <input type="checkbox"/> si.			

MSP/DAE/IS/DCSSS/form.051/mayo/2016 ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP-OPS/OMS Este color significa ALERTA

# PARTOGRAMA

C.C. / H.C.U.

DIAS:  MES:  AÑO:

APELLIDO PATERNO:  MATERNO:  NOMBRES:

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL	
PARIDAD	TODAS	MULTIPARAS	NULIPARAS
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS ROTAS	INTE-GRAS ROTAS

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

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

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

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL:

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN:

DILATACIÓN CERVICAL:

RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB. (RSM):

RUPTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM):

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN

Fuerte +++	Suprapúbico	SP
Moderada ++	Sacro	S
Débil +	Contraclavos	
No lo percibe	Uterinas	

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Dips tipo I (Desaceleración precoz) I

Dips tipo II (Desaceleración variable) II

Dips variables (Desaceleración variable) V

Mecónio M

POSICIÓN MATERNA

Lat. derecho LD

Lat. izquierdo LI

Dorsal D

Semisentada SS

Sentada S

Paralela o caminada PC

SCHWARZ R, DIAZ A.G., NIETO, F. CLAP

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

HORAS DE REGISTRO

HORA REAL

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.																

VARIABLES IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS no  si

CRITERIOS CLÍNICOS/DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA

LABORATORIO

INTERVENCIONES

RECÉN NACIDO

MÉTODO CANGURO

EGRESO RN

EGRESO MATERNO

ANTICONCEPCIÓN

Cardiovascular: si no

Shock

Pero cardíaco

Hepático:

Ictericia en precdampsia

Respiratorio:

Cianosis aguda

Respiración jadeante (gasping)

Taquipnea severa FR > 40rpm

Bradipnea severa FR < 60rpm

Oliguria resistente a líquidos diureticos

Hematológicos/coagulación:

Alteraciones de la coagulación

Neurológico:

Coma

Inconsciencia prolongada >12 hs

Accidente Cerebro Vascular

Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico

Parálisis generalizada

Laboratorio:

Plaquetas < 50000ppm

Creatinina > 300 micromoles/L > 3.5mg/dl

Bilirrubina > 100 micromoles/L > 6.0 mg/dl

pH < 7.1

Pao2 < 60% > 1 hora

PaO2/FiO2 < 200 mmHg

Lactato > 5mmol/L > 45mg/dl

Administración máxima de agentes vasoactivos

Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia

Administración > 3 vol. de hemoderivados

Ingreso de UCI > 7 días

Histerectomía

Dilisis en caso de IRA

Reanimación cardio-pulmonar

Atendió médico obst. ent. anest. estucl. empir. otro

Parto

Neonato

Tipificación R.N.

Vitamina K

Profilaxis Ocular

TAMIZAJE METABÓLICO

TAMIZAJE AUDITIVO

VACUNA Hepatitis B Dosis 0

APEGO INMEDIATO

Mecónio 1er día

Lactancia inmediata

EGRESO MATERNO

Anticoncepción

MÉTODO

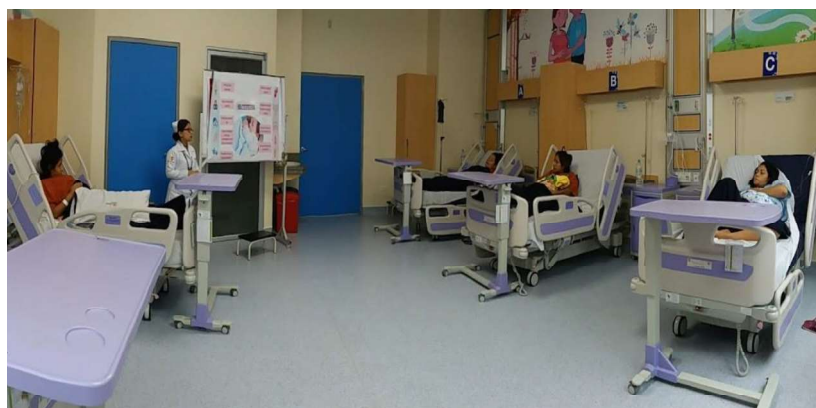
Barra

Responsable egreso RN / nombres completos / sello

Responsable egreso materno / nombres completos / sello

MSP/DINFAIS/DWCS/Ofm/051/mar/2016

## Anexo 7. Evidencias fotográficas



Charla educativa a gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital General Guasmo Sur en Hospitalización de Ginecología 1 y 2.



Aplicación de encuestas y firma de consentimiento informado a gestantes con preeclampsia en Hospitalización de Ginecología 1 y 2.

## Anexo 8. Tablas Estadísticas

**Tabla N°2. Edad de gestantes con preeclampsia**

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
14-20	49	41%
21-27	38	32%
28-34	24	20%
35-41	9	8%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a las gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur, refleja que la edad promedio en el que se da más casos de preeclampsia es en mujeres de entre 14 a 20 años de edad y en menor porcentaje en mujeres de 35 a 41 años.

Tomando en cuenta la edad de las gestantes, se puede considerar que entran en el rango de embarazo adolescente, siendo éste, uno de los principales motivos de morbilidad materno-neonatal, similar al grupo de mujeres adultas mayores a 40 años. Las actitudes de las madres jóvenes con respecto a la gestación, se muestran de manera variada, esto depende de la influencia cultural, social, en el que han crecido o de su estado de salud. Estudios relacionados con la edad de gestantes jóvenes o adolescentes consideran que, si ellas no tienen apoyo por parte de sus familiares o pareja tienden a tener más probabilidad a presentar alguna patología materna, fetal y neonatal que una adulta embarazada.

**Tabla N°3. Nivel de educación**

NIVEL DE EDUCACIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
Ninguno	2	2%
Primaria	8	7%
Secundaria	91	76%
Superior	19	16%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGs.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** En cuanto al nivel de educación, los resultados reflejan que la mayor parte de las gestantes con preeclampsia encuestadas han cursado por estudios secundarios y en un menor porcentaje del 2%, no ha realizado ninguno.

Este es un factor que influye indirectamente en el desarrollo de la preeclampsia porque va de la mano con las actitudes que ha adquirido la gestante a lo largo de su vida educativa con respecto a la manera de vivir, por ejemplo, el tipo de nutrición diaria, si se realiza o no ejercicios, si se tiene algún vicio con drogas o alcohol, entre otros puntos importantes que a largo plazo puedan generar cambios en su salud. Se dice que el nivel educativo repercute nuestra actitud frente a enfermedades por eso es un punto que se enfatizó en nuestro trabajo de investigación.

**Tabla N°4. Estado civil**

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
Casada	47	39%
Soltera	11	9%
Unión Libre	62	52%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** De acuerdo a los resultados de las encuestas elaboradas, gran parte de las gestantes encuestadas se encuentran en unión libre con un porcentaje del 52% y en menor cantidad se encuentran solteras.

El estado civil de la gestante cuenta como factor psicosocial en la incidencia de la preeclampsia. El rol de la familia a más de cubrir el ámbito afectivo, cubre funciones económicas, educativas, espirituales, de manera que las gestantes que se encuentran solteras o en unión libre y si su medio está constituido por una familia disfuncional deben ser calificadas en factor de riesgo, porque su ámbito familiar está asociado con ansiedad o depresión, estado estimable para propiciar la aparición de diferentes patologías como la preeclampsia. De manera que si ésta tiene una familia funcional puede lograr un buen desarrollo de sus integrantes y conseguir un estado de salud óptimo.



**Tabla N°5. Lugar de residencia**

LUGAR DE RESIDENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
Rural	29	24%
Urbana	91	76%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** En cuanto al lugar de residencia, según el resultado de las encuestas, las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital General Guasmo Sur pertenecen en un 76% al medio urbano y en un 24% al medio rural. Esto es importante para el estudio debido a que existe gran complejidad en el tratamiento de patologías en personas pertenecientes al medio rural por la inaccesibilidad a la atención, también porque a estas personas se las asocia con un bajo nivel educativo y económico, cualidades importantes para llevar un estilo de vida sustentable.

**Tabla N°6. Raza**

RAZA	TOTAL	PORCENTAJE
Blanca	2	2%
Mestiza	52	43%
Negra	66	55%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** En cuestión a cómo se consideraban según la raza, los resultados de la encuesta dieron a conocer que se atienden más mujeres de raza negra con preeclampsia con un porcentaje de 55%, seguido por gestantes mestizas con un 43% y en menor cantidad a personas de raza blanca.

Este es un dato de relevancia como factor predisponente porque las personas de raza negra son más susceptibles o tienen una mayor probabilidad al desarrollo de hipertensión arterial y obesidad, características que aumentan el riesgo de padecer preeclampsia en el embarazo.

**Tabla N°7. Antecedentes patológicos maternos**

ANT. PATOLÓGICOS MATERNOS	TOTAL	PORCENTAJE
Diabetes	5	4%
Hipertensión	19	16%
Ninguno	96	80%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Los antecedentes patológicos maternos en la preeclampsia también son un punto importante para su incidencia, según los resultados arrojados por las encuestas se estima que en mayor porcentaje las pacientes con preeclampsia atendidas en el HGGS no tienen antecedentes maternos de importancia que incidan la enfermedad, mientras que un 16% de ellas refieren que sus madres padecen de hipertensión y un 4% diabetes.

**Tabla N°8. Antecedentes patológicos personales**

ANT. PATOLÓGICOS PERSONALES	TOTAL	PORCENTAJE
Diabetes	2	2%
Hipertensión	11	9%
Ninguno	102	85%

Obesidad	3	3%
Preeclampsia	2	2%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGs.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Los antecedentes patológicos personales en la preeclampsia también son un punto importante para su incidencia, según los resultados resueltos por las encuestas se estima que en mayor porcentaje las gestantes con preeclampsia atendidas en el HGGs no tienen enfermedades de importancia que incidan en la enfermedad, seguida por otras gestantes que si padecen enfermedades crónicas como hipertensión (9%), obesidad (3%) y diabetes y preeclampsia en otros embarazos con un 2% cada uno.

La hipertensión arterial puede producir daño vascular y teniendo en cuenta que la placenta es un órgano vascular puede ocasionar en ella una incorrecta oxigenación del trofoblasto, beneficiando al surgimiento de preeclampsia. La obesidad está muy ligada con la hipertensión arterial, por lo general provoca un aumento exagerado del gasto cardiaco contribuyendo al aumento de la tensión arterial, así mismo los adipocitos producen citoquinas que producen daño vascular, fenómeno involucrado en la preeclampsia. En la diabetes mellitus pre gestacional hay un acrecimiento del estrés oxidativo y daño endotelial, afectando la perfusión útero-placentaria, favoreciendo al surgimiento de la preeclampsia. De manera que personas que padezcan enfermedades crónicas tienen que tener un mayor control en su etapa gestacional para salvaguardar la vida de la gestante y el bebé.

**Tabla N° 9. Número de embarazos**

N° DE EMBARAZOS	TOTAL	PORCENTAJE
1 embarazo	56	47%
2 embarazos	41	34%
3 embarazos	17	14%
4 embarazos	5	4%
5 o más embarazos	1	1%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Como resultante de esta gráfica podemos observar que hay un porcentaje importante en cuestión al número de embarazos en gestantes con preeclampsia que corresponden al 47% en el 1er embarazo; un 34% al 2do embarazo; 14% al 3er embarazo; 4% al 4to embarazo; 1% al 5to o más embarazo. Dando la siguiente conclusión, que gran parte de las gestantes con preeclampsia señalaron que cursan su primer embarazo, lo que indica que el riesgo en cuanto a este factor es alto, para que la gestante presente esta patología, según fuentes bibliográficas demuestra que la preeclampsia es una patología de los primeros embarazos, pero tampoco hay que descartar la presencia de esta enfermedad en el 2do, 3er, 4to o más embarazos, porque la presencia de la enfermedad en estos casos se puede deber a otros factores de riesgo, tales como: antecedentes hereditarios o posibles acontecimientos externos que lo podrían provocar como el nivel socioeconómico, estado nutricional inadecuado, edad, entre otros.

**Tabla N°10. Controles prenatales**

CONTROLES PRENATALES	TOTAL	PORCENTAJE
Mínimos	13	11%
Óptimos	107	89%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Basándonos en los resultados de este gráfico se muestra que la mayoría de las gestantes con preeclampsia atendidas en el HGGS, la mayor parte de las encuestadas si se han realizado controles prenatales con un 89% siendo óptimos en mayor cantidad, pero así mismo no en las veces necesarias, mostrando que el 11% de las gestantes solo se han realizado controles mínimos, durante el proceso de su enfermedad. Teniendo en cuenta estos datos estadísticos, se puede concluir que los controles prenatales son de gran beneficio para las gestantes porque de esta manera se logra llevar un proceso seguro y sin problemas en el periodo gestacional e incluso durante el parto.

**Tabla N°11. Sintomatología**

SINTOMATOLOGÍA	TOTAL	PORCENTAJE
Ninguno	0	0%
Hipertensión	25	21%
Proteinuria	14	12%

Edema	14	12%
Náuseas y vómitos	1	1%
Dolor abdominal	11	9%
Cefalea	14	12%
Disnea	13	11%
Alteraciones visuales	10	8%
Confusión	14	12%
Oliguria	4	3%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Según los resultados de la encuesta realizada, la sintomatología para el diagnóstico a considerar por parte del obstetra, referida a una gestante con preeclampsia es la hipertensión que corresponde al 21%, seguida de la proteinuria en orina – edema – cefalea – confusión con un 12%, continuando con disnea un 11%, dolor abdominal 9%, alteraciones visuales 8%, oliguria 3%, mientras que el síntoma menos registrado por ellas fueron los vómitos y náusea con un 1%.

Todas las sintomatologías mencionadas en este gráfico, son de gran importancia para el diagnóstico de la preeclampsia, ya que cada uno de ellos, son signos de alerta para el médico y los factores para establecer el tratamiento a seguir.

**Tabla y gráfico N°12. Diagnóstico**

DIAGNÓSTICO	TOTAL	PORCENTAJE
Preeclampsia leve	99	83%
Preeclampsia severa	21	18%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Según la gráfica resultante podemos destacar que, de acuerdo al diagnóstico médico definitivo, de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital General Guasmo Sur, se atiende en mayor porcentaje a mujeres con preeclampsia leve con un 83% y en menor cantidad a mujeres con preeclampsia severa con un 18%.

Los datos expuestos llevan a la conclusión de que la mayoría de las gestantes sufren esta patología, la presencia de esta entidad clínica en el grupo estudio se debe a los factores de riesgo que de alguna otra forma interactúan de diversas maneras para que surja esta patología, tales como: antecedentes hereditarios, antecedentes familiares, factores ambientales, factores inmunológicos, o posibles acontecimientos externos que lo podrían provocar como el nivel socioeconómico, estado nutricional inadecuado, edad, entre otros. Para llegar a la clasificación de la enfermedad, basándose en fuentes bibliográficas con respecto a los nuevos criterios de diagnóstico para esta entidad clínica, que facilitan un mejor diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia, evitando futuras consecuencias en el binomio madre-feto que predisponen a una mayor morbi- mortalidad materna, fetal y neonatal.

**Tabla y gráfico N°13. Conocimiento de la patología**

CONOCIMIENTO DE LA PATALOGÍA	TOTAL	PORCENTAJE
No	76	63%
Si	44	37%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Según este gráfico de acuerdo a la encuesta ejecutada, con respecto al conocimiento de la patología en estudio en las gestantes, un 63% de las gestantes mostraron que en ellas existe un bajo conocimiento de la patología que padecen, en comparación al 37% que si se encuentra capacitada. Concluyendo lo siguiente, tomando en cuenta el grado de conocimiento de las gestantes acerca de su diagnóstico médico definitivo, la mayor parte no tienen ni el más mínimo conocimiento de lo que padecen y esto puede deberse a factores con respecto a las características personales, tales como: el nivel de educación, la mayoría de las gestantes solo terminaron secundaria, por otro lado, también tenemos a pacientes primigestas, entre otros; lo que engloba en sí a un conocimiento bajo, existiendo desconocimiento o déficit de información sobre esta patología.

Por ello es importante que toda gestante acuda a sus controles prenatales para que el personal de salud la oriente y le brinde la información necesaria respecto al embarazo, los signos de alarma, e incluyendo la preeclampsia, la cual representa una de las primeras causas de morbimortalidad; el conocimiento sobre esta patología, así como la identificación oportuna de



signos y síntomas de alarma de la preeclampsia, el cuidado prenatal y el asistir de inmediato a la unidad hospitalaria o Centro de salud más cercano para recibir la atención médica necesaria permitirá disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

**Tabla N°14. Edad gestacional**

EDAD GESTACIONAL	TOTAL	PORCENTAJE
Segundo trimestre	73	61%
Tercer trimestre	47	39%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Como resultante de la gráfica, se evidencia que los meses más frecuentes para que se desarrolle esta patología, es en el segundo trimestre de embarazo, con un 61%, estimando una mayor cantidad de gestantes con preeclampsia y en menor cantidad a mujeres con preeclampsia que corresponde al 39% que cursan el tercer trimestre de la etapa gestacional. Tomando en cuenta estos datos estadísticos, se concluye lo siguiente, la edad gestacional ideal para que surja esta patología, es a partir del segundo trimestre de embarazo en adelante, lo que indica que se encuentra en la semana 13 de embarazo, datos muy similares encontrados en las fuentes bibliográficas, indicando que la preeclampsia se puede presentar a partir de las 20 semanas de gestación perteneciente al segundo trimestre de embarazo, provocando que las pacientes, durante este tiempo sean más propensas a riesgos, principalmente complicaciones severas durante la gestación como, por ejemplo: desprendimiento prematuro de placenta, partos pretérminos, reducción del crecimiento intrauterino y mortalidad del binomio.

En la madre se presentan consecuencias fatales, entre ellas tenemos las siguientes: la eclampsia, síndrome de Hellp, hemorragia cerebral, insuficiencia renal aguda, entre otras. Por lo que detectar a tiempo esta enfermedad ayudará con un mejor tratamiento de la preeclampsia, evitando futuras consecuencias en el binomio madre-feto que predisponen a una mayor morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal.

**Tabla y gráfico N°15. Complicaciones**

COMPLICACIONES	TOTAL	PORCENTAJE
Ninguna	120	100%
	120	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes con preeclampsia en el HGGS.

**Elaborado por:** Liliana Tomalá Parrales-Mabel Clemente Balón.

**Análisis:** Según este gráfico de acuerdo a las encuestas aplicadas a las gestantes con preeclampsia con respecto a las complicaciones del embarazo causadas por esta patología, el 100% no ha presentado complicación alguna durante su embarazo. Dando la siguiente conclusión, que las complicaciones se presentan cuando la preeclampsia no es tratada y pueden ser de riesgo para la vida de la madre y el bebé. Por lo tanto, si se diagnostica a tiempo la enfermedad, facilitan un mejor tratamiento, evitando futuras consecuencias en el binomio madre-feto que predisponen a una mayor morbi- mortalidad materna, fetal y neonatal.



La Libertad, 11 de Junio de 2020

**CERTIFICADO ANTIPLAGIO  
001-TUTOR JXCHV AFHO-2018**

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado "Factores Predisponentes que influyen en preeclampsia en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur. 2019, elaborado por las estudiantes , Clemente Balón Mabel Lisbeth con cédula de identidad N° 2400007932 y Tomalá PARRALES Liliana Janeth con cédula de identidad N° 2450323452, egresadas de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto ejecutado, se encuentra con 5 % de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Hernández Ortiz Adonis Faustino  
C.I.: 1757221708  
DOCENTE TUTOR



Reporte Urkund.

**UrKUND**

**Document Information**

Analyzed document: Tesis Final Clemente B y Tamara P - ENFERMERA.docx (D74725750)

Submitted: 6/11/2020 11:35:00 PM

Submitted by: ADONIS-HERNANDEZ

Submitter email: ahernandez@upse.edu.ec

Similarity: 55

Analysis address: ahernandez.upse@analysis.arkund.com

**Sources included in the report**

SA	COMPLICACIONES NEONATALES EN HIJOS DE MADRES PREECLAMPTICAS VIVAS PEREZ SULLY NATAL ... Document COMPLICACIONES NEONATALES EN HIJOS DE MADRES PREECLAMPTICAS VIVAS PEREZ SULLY NATAL ... (D65D40355)	1
SA	Cynthia Laulisa - Genesis Guillen.docx Document Cynthia Laulisa - Genesis Guillen.docx (D63207344)	2
W	URL: https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/123456789/9221/7085-File%20%20Dre%20Kar... Fetch'd: 1/5/2020 2:32:56 AM	1
SA	QUIMIS Y GOMEZ PARA URKUND.docx Document QUIMIS Y GOMEZ PARA URKUND.docx (D64803963)	1

Fuentes de similitud

**UrKUND**

**VISTA GENERAL DEL ANALISIS**

17 ANALISIS DE TEXTO

3 ADVERTENCIAS

**INDICE DE SIMILITUD**

**DETALLES DEL TEXTO**

17 ANALISIS DE TEXTO

3 ADVERTENCIAS

VER DOCUMENTO COMPLETO

17 ANALISIS DE TEXTO

3 ADVERTENCIAS

VER DOCUMENTO COMPLETO

INDICE DE SIMILITUD

DETALLES DEL TEXTO