

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

TEMA: Preeclampsia en Gestantes de 18 a 30 años atendidas en la sala de Hospitalización de Ginecobstetricia de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

AUTORA:

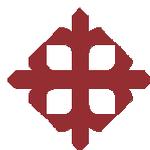
Morán Pacheco Katherine Johanna

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TUTORA:

Dra. Pérez Licea Amarilis Rita

**Guayaquil, Ecuador
31 de Agosto del 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Moran Pacheco Katherine Johanna**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**.

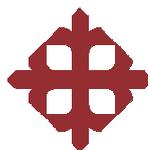
TUTORA

Dra. Pérez Licea Amarilis Rita

DIRECTORA DE LA CARRERA

Mgs. Mendoza Vincés Ángela Ovilla

Guayaquil, a los 31 del mes de Agosto del año 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Moran Pacheco Katherine Johanna**

DECLARO QUE:

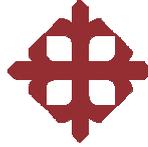
El Trabajo de Titulación **Preeclampsia en gestantes de 18 a 30 años entendidas en la salsa de hospitalización de Gineco-obstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil 2018** previo a la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 31 del mes de Agosto del año 2018

LA AUTORA

Moran Pacheco Katherine Johanna



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Moran Pacheco Katherine Johanna**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **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**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 31del mes de Agosto del año 2018

LA AUTORA:

Moran Pacheco Katherine Johanna

(U .RKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS KATHERINE 18 Agosto 2018.pdf
(D41364557)

Submitted: 9/11/2018 10:17:00 PM

Submitted By: amarilis.perez.ucsg@analysis.urkund.com

Significance: 0 %

Handwritten signature: *X. P. Macías*

Official stamp text:
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE INGENIERÍA MEDICA
FACULTAD DE INGENIERÍA
DOCENTE

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darnos la vida y llenarme de bendiciones cada día, a Él que con su infinito amor me levantó y me ha dado la sabiduría suficiente para culminar la carrera universitaria.

Quiero expresar mis sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a mi madre, por todo el esfuerzo que hizo para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostró todos estos años; gracias a ella he llegado a donde hoy estoy.

Gracias a mis hermanas quienes han sido mis amigas fieles y sinceras, en las que he podido confiar y apoyarme para seguir adelante. Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma me ayudaron a crecer como persona y profesional.

A mis docentes que fueron el ejemplo, apoyo, ánimo y perseverancia, por haber fomentado en mí el deseo de superación fueron parte de mi formación y crecimiento profesional.

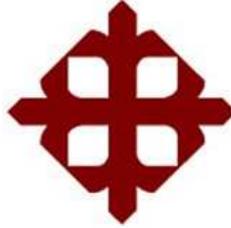
DEDICATORIA

Los resultados de este trabajo de titulación, están dedicados a mi madre **Esther Pacheco Villagómez** por toda su paciencia, dedicación y fortaleza, sobretodo quien con amor ejemplos dignos de superación y entrega me guiaron y puedo hoy ver mi meta alcanzada, ya que siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo y confianza que siente por mí, fue lo que me hizo seguir hasta el final.

A mi padre **Luis Moran Liberio** quien me inculcó amor, respeto y responsabilidad por las personas y las cosas que quiero, a no darme por vencida y luchar por las metas que me proponga aunque el ya no esté presente me dejó el mejor regalo.

A mis hermanas **Nelly Moran Pacheco y Allison Sandoya Pacheco** por darme ánimos cada vez que se presentó un obstáculo a lo largo de mi carrera, son mi tesoro y una de las mayores motivaciones de mi vida.

A mis tío **Luis Pacheco Villagómez** por dame ánimos y la fortaleza de seguir adelante en mi carrera y por ser como un padre para mí, a mis tías, tíos, primos y primas materno y paternos.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA
DIRECTORA DE CARRERA ENFERMERÍA

f. _____
LCDA. HOLGUIN JIMÉNEZ, MARTHA. MGS
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

f. _____
Dra. Pérez Licea Amarilis Rita
TUTORA

f. _____
Dr. Luis Alberto Oviedo Pilataxi
OPONENTE

INDICE

AGRADECIMIENTO	vii
DEDICATORIA.....	viii
INDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRASCT	xv
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	8
1.4. OBJETIVO GENERAL	9
1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
CAPÍTULO II.....	10
2.1. MARCO REFERENCIAL	10
2.2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	11
2.2.1 ETIOLOGÍA.....	14
2.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA PREECLAMPSIA	16
2.2.3 CLASIFICACIÓN.....	18
2.2.4 COMPLICACIONES DE PREECLAMPSIA.....	20
2.2.5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.....	22
2.2.6 FACTORES DE RIESGO	24
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	25
2.3.1 LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	25

2.3.2 CONGRESO NACIONAL.....	25
CAPITULO III.....	28
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
3. 2.VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACION	29
VARIABLE GENERAL:.....	29
3.3. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	32
4. DISCUSIÓN.....	44
5. CONCLUSIONONES.....	47
6. RECOMENDACIONES.....	48
7. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	49
8. ANEXOS.....	54
8.1 FORMULARIO NO_1 MATRIZ DE OBSERVACION INDIRECTA	54
8.2 TABLAS DE LOS RESULTADOS	57
8.3 IMÁGENES DEL ESTUDIO.....	63

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1: EDAD MATERNA	32
GRAFICO 2: ESTADO CIVIL	33
GRAFICO 3: NÚMERO DE EMBARAZOS.....	34
GRAFICO 4: GRAVIDEZ	35
GRAFICO 5: ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES.....	36
GRAFICO 6: LUGAR DE RESIDENCIA.....	37
GRAFICO 7: TIEMPO DE GESTACIÓN	38
GRAFICO 8: PESO DE LA GESTANTE	39
GRAFICO 9: ALIMENTACIÓN.....	40
GRAFICO 10: ENFERMEDADES ASOCIADAS	41
GRAFICO 11: GRADO DE PREECLAMPSIA	42
GRAFICO 12: GRADO DE PREECLAMPSIA	43

RESUMEN

La preeclampsia es actualmente una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Es esencialmente una enfermedad endotelial sistémica que se presenta como un estado de marcada vasoconstricción generalizada⁽¹⁾, con nuestro trabajo nos trazamos como **Objetivo:** Determinar las características que presentan las gestantes de 18 a 30 años con preeclampsia atendidas en la sala de Hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital General IESS Ceibos en gestantes de 18 a 30 años para lo cual se tomó una población de las Historias Clínicas de 400 pacientes del período de tiempo de enero del 2018 a Julio 2018 con una muestra de 196 casos. **Resultados:** Se observó 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 primigestas, 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. **Conclusiones:** Podemos aseverar que la edad, el tiempo de gestación de 37 a 40 semanas, primigestas y enfermedades relacionadas como diabetes mellitus son los factores de riesgo principales.

Palabras Claves: Preeclampsia, gravidez, adolescentes, factores de riesgos.

ABSTRASCT

Preeclampsia is currently one of major cause of perinatal and maternal morbidity and mortality. It is essentially a systemic endothelial disease that appears as a state of marked generalized vasoconstriction, with our work we eat as **objective:** To determine the characteristics of pregnant women from 18 to 30 years with preeclampsia treated in the hospitalization room of Gineco-obstetrics of IESS ceibos general hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out in the general hospital IESS ceibos in pregnant women from 18 to 30 years old, for which a population of the clinical histories of 400 patients from the period of time from January 2018 to July 2018 was taken with a sample of 196 cases. **Results:** It was observed that preeclampsia in pregnant women aged 18 to 30 years is 55.6%. regarding family history of 46.4%; a number of pregnancies of 1-2, a result of 41.1%, 55.6% are primitive, 40.3% of married women tend to present this pathology, 53.1% by place of rural residence, a 22.3% of the gestation period from 37 to 40 weeks, 41.1% were weigh, 31.1% were carbohydrate, 39.2% were obesity, 56.1% were severe preeclampsia and 61.1% of eclampsia. **Conclusions:** We can state that age, gestation period of 37 to 40 weeks, primigrávidas and related diseases such as diabetes mellitus are the main risk factors.

Key words: Preeclampsia, pregnancy, adolescents, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud indica que diariamente fallecen alrededor de 830 mujeres por causas relacionadas al embarazo o el parto, dentro de las cuales la preeclampsia ocupa el tercer lugar. En 2015 se estimaron unas 30.300 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos⁽²⁾

La preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna. La prevalencia oscila entre 1,8- 16, 7%. La causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud importantes. El control prenatal, diagnóstico oportuno, manejo adecuado, y parto son las medidas más eficaces para disminuir la tasa de mortalidad por esta causa, constituye un problema de salud porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial⁽³⁾

Es un trastorno hipertensivos inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación. La incidencia de preeclampsia manifestada es de 2 y 7%, según la población, la tasa informada varía de 6 a 7% en primigrávidas y de 3 a 4% en multíparas esto constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial. Sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo, donde las complicaciones también frecuentes, ocasionan mortalidad materna (por ejemplo, hemorragia y sepsis), así como de morbilidad gestacional a corto y largo plazo, de muerte perinatal, parto pre término, retardo del crecimiento intrauterino, proteinuria y edemas⁽⁴⁾

Muchos autores *Organización Mundial de Salud; Vargas V., Acosta G.*, dicen que los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de

morbimortalidad tanto materna cuanto perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.⁽⁵⁾

Por ello se realizó la siguiente investigación de la preeclampsia con el objetivo de Determinar en las gestantes de 18 a 30 años con preeclampsia atendidas en la sala de Hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos las características, factores de riesgos y complicaciones, con el propósito de implantar una serie de acciones que modifiquen ese patrón común que las caracteriza ya que se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal y que para la recolección de datos se aplicó la observación indirecta y se realizó un formulario teniendo como fuente las Historias Clínicas a las pacientes hospitalizadas como objeto de estudio. Los resultados permitieron actualizar y conocer esta información de gran utilidad.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia constituye la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vía de desarrollo; se han descrito alrededor de 237 defunciones por cada 10 000 nacimientos, cada 3 minutos muere en el mundo una mujer por PE y 50 000 cada año. Factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales parecen interactuar de diversas maneras para que aparezca la PE. Esta entidad se presenta en el 5-10 % de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigestas (85 %), la padecen del 14,5 al 20 % de las pacientes con embarazo múltiple y el 25 % de las mujeres con hipertensión crónica. Con variables de interés principales muerte materna, síndrome HELLP, eclampsia, lesión renal aguda, trombocitopenia, coagulopatía, hemorragia, edema pulmonar, tromboembolismo pulmonar, evento vascular cerebral.⁽⁶⁾

La Preeclampsia-Eclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal mundial; en el año 2010, en Ecuador, fue catalogada como la primera causa de muerte materna ⁽⁷⁾. Es la primera causa de muerte materna en Ecuador, entre tres y cuatro de cada cien mujeres fallecen por este motivo. Por su incidencia decenas de científicos se han dedicado a investigar cuáles son sus causas. Sin embargo, hasta hoy no se las descubre.

Este trastorno hipertensivos del embarazo que afecta entre 2 y 10% de las gestantes a nivel mundial, ha aumentado 25% en los últimos 20 años y se sigue produciendo mortalidad materna extrema.⁽⁸⁾ En EE UU es la tercera causa de muerte materna y globalmente es causante de 10 a 15% de las muertes maternas.^{(9), (10)}.

Frente al embarazo en adolescentes, este sigue siendo uno de los principales factores que contribuye a la mortalidad materna e infantil y al círculo de

enfermedad y pobreza, se estima que más de 13 millones de mujeres dan a luz cada año en el mundo a edad temprana, y presentan complicaciones severas y en algunos casos, fatales, con una incidencia de 9 de cada 10 nacimientos en países en vía de desarrollo. Según el informe La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe (Advocates for Youth, 2010), aproximadamente 35% de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo antes de los 20 años. ⁽¹¹⁾

El trabajo propuesto se relaciona con la línea de investigación de Materno Infantil que en la actualidad se registran mayores números de casos de mujeres preeclánticas jóvenes de 18 a 30 años de edad y sus graves complicaciones para ellas y el feto.

El Hospital General IESS Ceibos Ubicado en la ciudad de Guayaquil, con atención de los servicios de segundo Nivel en el área de Hospitalización Gineco-Obstetricia con una dotación de 50 camas disponibles, donde se atienden un gran porcentaje de mujeres embarazadas con manifestaciones de preeclampsia. Durante las observaciones realizadas las mujeres con preeclampsia tiene el riesgo de desarrollar eclampsia, tal vez de una manera súbita, sin ninguna advertencia y con aumentos mínimos de la presión arterial, esto acoge a uno de los problemas que ocasiona el desprendimiento prematuro de la placenta es otro riesgo.

Las referencias manifestadas por este grupo poblacional, se relacionan a una falta de conocimiento e información durante los controles pre natales, por lo tanto es importante establecer los factores que están influyendo en este aspecto.

Uno de los principales factores de riesgo para su aparición es la edad materna, sobre todo cuando ésta es menor de 20 años. En aquellas mujeres muy jóvenes se forman placentas anormales o sea que se produce una placentación inadecuada por lo tanto hay una reducción de la perfusión útero-placentaria como resultado de la invasión anormal de las arteriolas espirales por el citotrofoblasto, que da como consecuencia una hipoxia, aumento de peroxidación lipídica, se

acentúa la vasoconstricción limitando así el aporte de nutrientes al feto en crecimiento llegando a graves complicaciones como un Retardo de Crecimiento Intrauterino y la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas en la vida adulta como hipertensión, enfermedades cardiovasculares y diabetes.⁽⁴⁾

Ante tal problemática nos planteamos la interrogante siguiente: ¿Cómo determinar las características de las gestantes de 18 a 30 años atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil?

A partir de la cual se diseñó la presente investigación.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo determinar las características de las gestantes de 18 a 30 años con preeclampsia atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las Gestantes con Preeclampsia atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia en el Hospital General IESS Ceibos?

¿Cuáles son los factores de riesgo y grados de preeclampsia en mujeres gestantes atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital IESS Ceibos?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna. El resultado neonatal en pacientes con preeclampsia se relaciona en gran parte con la edad gestacional al parto. El riesgo para la madre puede ser importante y abarca el posible desarrollo de coagulación intravascular diseminada, hemorragia intracraneal, insuficiencia renal, desprendimiento de la retina, edema pulmonar, rotura hepática, desprendimiento prematuro de placenta y muerte. Por ello las mujeres con preeclampsia deben recibir atención de clínicos astutos y con experiencia.⁽¹²⁾

Los motivos por los cuales se ha seleccionado el tema es por la gran demanda de gestantes con preeclampsia de 18 a 30 años de edad, complicaciones que acarrear esta patología y el desconocimiento de las pacientes atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia y en las áreas rurales sin ningún control prenatal. Y dar a conocer sobre la severidad de la preeclampsia y así poder prevenir las muertes maternas y perinatales y a la vez poder obtener mujeres con mayor conocimiento sobre auto cuidado. Los factores sociales y de atención médica oportuna deben prevalecer en la población, sin embargo, estos son limitados en poblaciones marginadas sin acceso a servicios médicos.

La investigación propuesta será para el beneficio de las mujeres con preeclampsia atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia del hospital less Ceibos , en las edades comprendidas de 18 a 30 años de edad, dando a conocer por medio de un estudio descriptivo cuantitativa, transversal, el comportamiento para la etapa de estudio.

1.4. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características que presentan las gestantes con preeclampsia de 18 a 30 años atendidas en la Sala de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar Socio demográficamente a las mujeres gestantes con preeclampsia atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos
- Describir los factores de riesgo y los grados de preeclampsia que influyen en las mujeres gestantes de 18 a 30 años atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO REFERENCIAL

A nivel mundial se estima que más de 600.000 mujeres embarazadas mueren al año por causas relacionadas con la preeclampsia. El 99% de esas muertes ocurren en los países sub-desarrollados⁽¹³⁾ y constituye parte de una triada mortal cuyos otros dos componentes son la hemorragia y la infección.⁽¹⁴⁾

La preeclampsia se define como un aumento de la presión arterial por encima de 140/90mm.Hg, en por lo menos dos ocasiones, o elevación de la presión sistólica en más de 30 mmHg y/o diastólica en más de 15 mmHg, con respecto a los niveles basales antes del embarazo y proteinuria⁽¹⁵⁾ esta definición coincide con *Moreno Rojas, Bertha (2010)* que en su investigación sobre prevalencia de preeclampsia severa en adolescentes, concluye que la preeclampsia se presenta en general después de la semana 20 de gestación, siendo más frecuente al final del embarazo.⁽¹⁵⁾

Torres y Calvo (2011) definen la preeclampsia como un síndrome caracterizado por hipertensión, retención de líquidos, edema, disminución de flujo sanguíneo, vasoconstricción y presencia de proteínas en la orina. Su incidencia se encuentra en el rango de 10 y el 20% de todos los embarazos. La mortalidad fetal por eclampsia es de un 30% y representa un factor mayor en la morbilidad y mortalidad materna.⁽¹³⁾

Álvarez V; Alonso R; Balléste I.⁽¹⁶⁾ refieren que no existe una etiología para la preeclampsia por lo que la denominan la enfermedad de las teorías, entre las causas principales señalan la implantación anormal de la placenta, disfunción neurológica, inmunocomplejos en la placenta y otros órganos, metabolismo anormal de la prostaglandinas, daño endotelial, factores citotóxicos contra las células endoteliales, predisposición genética, vasoespasmo y volumen plasmático disminuido.⁽¹⁷⁾

2.2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo: afectan 5 a 10% de todas las gestaciones y causan cerca de 5% de la mortalidad materna. Incluyen hipertensión previa al embarazo, que se conoce como hipertensión crónica, y el grupo de trastornos hipertensivos únicos de la gestación denominados hipertensión y preeclampsia gestacionales. La preeclampsia, la eclampsia y la hipertensión pasajera corresponden a la categoría amplia de Hipertensión gestacional. Alrededor de 30% de los trastornos hipertensivos del embarazo se debe a hipertensión gestacional.⁽¹⁸⁾

La gama de la afección varía desde presiones arteriales un poco elevadas con mínima importancia clínica hasta hipertensión grave y disfunción multiorgánica. La incidencia de la enfermedad depende de muchos parámetros demográficos distintos como edad materna, raza y padecimientos médicos subyacentes concurrentes. Reviste gran importancia comprender el proceso patológico y el efecto de los trastornos hipertensivos en el embarazo porque estas afecciones aún son una causa importante de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal en todo el mundo.⁽¹⁸⁾

La preeclampsia es una enfermedad exclusiva de la gestación humana, que conlleva a morbimortalidad perinatal elevada, y que se caracteriza por el aumento de la presión arterial y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo. Se presenta en todas las poblaciones con una incidencia general que varía entre el 5 y el 7 %; sin embargo, diferencias geográficas, socioeconómicas y raciales hacen que su frecuencia en algunas áreas sea 3 veces mayor que en otras.⁽⁶⁾

Mayra, Sánchez de la Torre, manifestó que es un desorden multisistémico idiopático específico del embarazo y del puerperio en humanos. Es la hipertensión arterial (HTA) propia del embarazo y se caracteriza además por proteinuria, asociada o no a edemas. Esta enfermedad afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 24 semanas de gestación y es típicamente

reversible en el posparto inmediato. Es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido. Actualmente es reconocida como una de las principales causas de morbilidad materno fetal y en países del tercer mundo es un problema de Salud Pública, la falta de un manejo oportuno, conduce a eclampsia sin embargo, la causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud materna-perinatal importantes.⁽¹⁹⁾

La preeclampsia definido por la presencia de hipertensión y proteinuria >300 mg/24 horas, en embarazos de más de 20 semanas. Su importancia radica en que constituye la primera causa de muerte materna en países en desarrollo, y pese a los múltiples avances en medicina, aún no existen estrategias eficientes para prevenir esta patología, siendo la interrupción del embarazo el único tratamiento efectivo actualmente disponible.⁽²⁰⁾

Se ha comprobado que existe alteración enzimática para la síntesis normal del óxido nítrico, lo que conduce al estrés oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de la Prostaciclina, estimulación del Sistema Renina-Angiotensina, aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada. Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta.⁽⁵⁾

Todos y cada uno de estos factores circulantes conducen al daño endotelial, con el consecuente aumento de la permeabilidad endotelial, la pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante plaquetaria. Los hallazgos clínicos de la preeclampsia pueden estar manifestando como hipertensión arterial y proteinuria con o sin anomalías sistémicas, y en ausencia de proteinuria con hipertensión asociada a trombocitopenia (recuento de plaquetas inferior a 100 000 micro litros (μ L), insuficiencia hepática (niveles sanguíneos elevados de transaminasas hepáticas a dos veces la concentración normal), desarrollo de insuficiencia renal (creatinina sérica superior a 1,1 miligramos sobre decilitro (mg /dL) o una duplicación de la creatinina sérica en

ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar, o aparición síntomas neurológicos o visuales.⁽⁵⁾

Las madres con hipertensión asociada al embarazo tienen riesgo aumentado para desarrollar complicaciones potencialmente letales, entre una de ellas está el desprendimiento de placenta normo-inserta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, falla hepática e insuficiencia renal aguda. Es mucho más frecuente este tipo de complicaciones en las embarazadas con preeclampsia–eclampsia, aunque dos tercios de casos ocurren en gestantes nulíparas sin tener otras complicaciones o factores de riesgo aparentes en el embarazo.⁽⁵⁾

2.2.1 ETIOLOGIA

La enfermedad se caracteriza por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a una pérdida del balance entre los factores que promueven la angiogénesis normal como el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF, por sus siglas en inglés) y factor de crecimiento placentario (PIGF, por sus siglas en inglés) y los factores antiangiogénicos como la endoglina soluble (Eng, por sus siglas en inglés) y la tirosinquinasa tipo fms 1 soluble (sFlt-1, por sus siglas en inglés), a favor de los factores antiangiogénicos. Estos factores están presentes en exceso en la circulación de pacientes varias semanas antes de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas con evidencia de alteraciones metabólicas e inmunogenéticas.⁽²¹⁾

Se ha comprobado que existe alteración enzimática para la síntesis normal del óxido nítrico (NO, por sus siglas en inglés), lo que conduce al estrés oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de la Prostaciclina, estimulación del Sistema Renina Angiotensina, aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada.⁽²²⁾

Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta. Todos estos factores circulantes conducen al daño endotelial, con el consecuente aumento de la permeabilidad endotelial, la pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante plaquetaria.⁽²³⁾

El embarazo, o específicamente el tejido placentario vivo es una condición indispensable para que aparezca la enfermedad, por lo mismo existe la fuerte sospecha de que la sustancia que producen la placenta en grandes cantidades podría tener relación con su causa, especialmente estrógenos y progesterona. Las enfermedades que se conocen como hiperplasentosis (embarazo múltiple, mola hidatiforme, inmunización Rh, diabetes sacarina) clásicamente se acompaña de una mayor frecuencia de preeclampsia. No se sabe exactamente

como se relacionan estos excesos de los tejidos y el vaso espasmo consiguiente que origina la elevación de la presión arterial.⁽⁶⁾

La retención de sal y agua durante el embarazo se debe a dos mecanismos, el estrógeno que este se produce en cuerpo amarillo y ulteriormente en la placenta una respuesta fisiológica a la posición bipedestación, por la cual la sangre tiende a acumularse en las venas (que han sido dilatadas por la acción de la progesterona) de la mitad inferior del cuerpo. Esto reduce la presión en los receptores de las grandes venas que llegan al corazón y estimulan la liberación de otras dos hormonas, la anti diurética- vasopresina de la glándula hipófisis, y la aldosterona de la suprarrenal, ambas con acción en el riñón tiene efectos a cada una de las sintomatología.⁽⁶⁾

En la preeclampsia- eclampsia comúnmente hay muy poco líquido en el espacio intra vascular (hipovolemia) y demasiado en los tejidos (edemas). Esto debe ser resultado de una elevación en la presión intracapilar que obliga a la salida de líquido desde los capilares o a reducción de la presión polohidrosmótica que retiene el líquido dentro de los vasos, o bien de la mayor permeabilidad de la pared vascular; acaso de los tres factores conjuntamente⁽¹⁹⁾.

2.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA PREECLAMPSIA

Se manifiesta con hipertensión arterial, retención de líquidos (edemas) y proteínas en la orina (proteinuria) y puede ser leve, moderada o severa, dependiendo de las cifras de presión arterial y de la pérdida de proteínas en la orina. Esta enfermedad se soluciona con el nacimiento del bebé, que deberá programarse basándose en la edad gestacional y en el estado de salud materno-fetal.⁽²⁰⁾

La preeclampsia puede acompañarse de varios síntomas, sobre todo en la forma más severa. Existe evidencia de que la cefalea y las alteraciones visuales en una paciente con pre-eclampsia constituyen los factores de riesgo para eclampsia. El dolor epigástrico, la náusea y los vómitos han demostrado ser factores de riesgo independientes de complicaciones graves en la mujer con preeclampsia.⁽²⁴⁾

- **Isquemia hepática:** Pueden llegar a ocasionar necrosis centrolobulillar y por consiguiente la elevación de transaminasas y de deshidrogenasa láctica.
- **Edema:** El aumento de la presión intravascular y reducción de la presión oncótica hacen que el líquido intracelular se desplace al extracelular, lo que produce edema a nivel de cerebro, retina, pulmón, hígado y tejido subcutáneo en zonas de no declives, característico de la preeclampsia o en cualquier otra zona.

Si bien, el edema puede ser parte de un cuadro clínico de preeclampsia, ha sido retirado como criterio diagnóstico y no se menciona en las guías de práctica clínica por ser muy frecuente en el embarazo normal y valorado en forma subjetiva. Se incluye, sin embargo, el edema de mano y cara (párpados) como un signo de preeclampsia. Se recomienda que todas las pacientes reciban información acerca de los signos y síntomas de alarma de preeclampsia y eclampsia por parte del personal de salud en forma clara, sencilla, así como capacitación para que ellas puedan identificar los síntomas de alarma entre las consultas prenatales, y si fuera el caso, acudan al centro hospitalario para recibir atención oportuna.⁽²⁵⁾

- **Alteraciones hematológicas:** La pérdida de líquido intravascular produce una hemoconcentración. En el lugar de la lesión endotelial se puede activar la cascada de coagulación y consumo de plaquetas, lo que provoca trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada.
- **Proteinuria:** La lesión endotelial glomerular (glomérulo endoteliosis), y la hipertensión provocan que el riñón filtre las proteínas en rangos anormales y alterando los niveles de creatinina.
- **Alteraciones visuales:** Estas son producidas al sufrir vasoconstricción de vasos y edema de la retina, como consecuencia provoca trastornos visuales, desprendimiento de retina y ceguera cortical.
- **Dolor abdominal:** Puede generarse por un edema hepático o hemorragia, se encuentra con frecuencia en epigastrio e hipocondrio derecho⁽²⁰⁾.

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

- a. Dolor de cabeza persistente
- b. Náusea y vómito
- c. Trastornos de la visión (ver lucecitas)
- d. Irritabilidad
- f. Epigastralgia (dolor en la boca del estómago o en el lado derecho del abdomen)
- g. Edemas patológicos.⁽²⁶⁾

2.2.3 CLASIFICACIÓN

El término hipertensión en el embarazo (o estado hipertensivos del embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevación leve de la presión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal que puede ocurrir durante el embarazo, parto y posparto. En condiciones normales la presión arterial sistólica y diastólica disminuye de 5 a 10 milímetros de mercurio (mmHg) en el segundo trimestre, para retornar a valores previos a la gestación en el tercer trimestre.⁽²⁷⁾

Debe tenerse en cuenta múltiples escenarios para su diagnóstico: valores de presión arterial basal previo al embarazo, hipertensión presente antes del embarazo, diagnóstico por primera vez durante el embarazo o hipertensión evidente durante el trabajo de parto o en el posparto. La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos y producidos durante el embarazo.⁽²⁸⁾

Estos trastornos hipertensivos han sido agrupados dentro de un término denominado síndrome hipertensivos del embarazo, que abarca fundamentalmente cuatro categorías:

- Preeclampsia – Eclampsia.
- Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional.
- Leve
- Severa

Preeclampsia leve

La preeclampsia leve se puede dar de forma temprana de la afección que aparece después de las 20 semanas de gestación aunque eso por lo regular inicia en el tercer trimestre, para poder realizar un diagnóstico de este estadio deben

de estar presente la hipertensión arterial y la albuminuria, en este caso la paciente también puede tener edema, no deben de haber otros síntomas subjetivos.⁽²⁹⁾

Se define cuando la presión arterial sistólica es mayor o que oscila entre 140 mmHg y, cuando la presión arterial diastólica es mayor o teniendo el mismo a 90 mmHg durante la gestación mayor o igual a las 20 semanas de gestación que se ha detectado proteinuria en tira reactiva con resultados positivo o real, además de eso que la proteinuria sea durante las 24 horas mayor o igual a 300mg, incluso con un mínimo de 5 gramos y que no presente señales o malestares alguno.⁽²⁹⁾

Preeclampsia Severa

También llamada preeclampsia grave, cuando la tensión arterial sistólica es de 160 mmHg o más y tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg con proteinuria de 3 gramos o más en orina de 24 horas o más de 3+++en la tira reactiva con una creatinina sérica mayor a 1,2 mg/dl, menos de 100,000 plaquetas. Presentando algunos síntomas tales como: cefalea, alteraciones visuales, epigastralgia, hemorragia retiniana, exudado en el fondo de ojo y edema pulmonar.⁽³⁰⁾

Preeclampsia-Eclampsia: Aparición de hipertensión (mayor o igual a 140/90), después de la semana 20 de gestación, con proteinuria, o en su efecto la presencia de cefalea, visión borrosa, dolor abdominal, o trombocitopenia, o elevación de la enzimas hepáticas. La hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140mmhg o mayor, o una presión arterial.⁽³¹⁾

Hipertensión Crónica: Presión Arterial sistólica igual o superior a 140mm de Hg, presión arterial igual o superior a 90mm de Hg, presente antes de la gestación, o que aparezca antes de la semana 20, o que persista después de la semana 12 del posparto.⁽³¹⁾

2.2.4 COMPLICACIONES DE PREECLAMPSIA

La preeclampsia se constituye como una de las complicaciones más serias del embarazo y una causa importante de mortalidad materna y perinatal. Pese a ser una de las patologías del embarazo más estudiadas, muchas dudas e incertidumbre rondan aún acerca de su mecanismo fisiopatológica, e impide el crecimiento intrauterino adecuado del bebé, favorece la disminución en el volumen de líquido amniótico y en casos extremos, puede provocar el desprendimiento prematuro de la placenta y como consecuencia, la vida del bebé podría correr grandes riesgos. ⁽¹⁹⁾

Las mujeres con preeclampsia severa son más susceptibles de presentar complicaciones graves como: Edema pulmonar, falla respiratoria, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), insuficiencia hepática o renal; hematomas o ruptura hepática, enfermedad vascular cerebral, ceguera cortical, crisis convulsivas eclámpticas y falla orgánica múltiple. Los riesgos asociados a las convulsiones son la hipoxia severa por las recurrencias, el trauma materno y la neumonía por aspiración. Durante o inmediatamente después del episodio convulsivo deben instalarse medidas de apoyo para evitar lesiones maternas graves y aspiración: proteger la lengua, minimizar el riesgo de aspiración, mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno. ⁽³²⁾

- a) Síndrome de Hellp
- b) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- c) Insuficiencia Renal aguda
- d) Edema pulmonar agudo
- e) Edema cerebral
- f) Coagulación intravascular diseminada.
- g) Ruptura hepática.
- h) Hemorragia cerebral. ⁽³³⁾

ECLAMPSIA

Eclampsia significa relámpago. Hoy sabemos que las convulsiones se presentan generalmente en una embarazada que ha pasado por las etapas anteriores de la enfermedad. Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del postparto sin tener relación con afecciones neurológicas. Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo.⁽³⁴⁾

SÍNDROME DE HELLP

Síndrome de Hemolisis, Disfunción Hepática y Trombocitopenia ha sido reconocido por muchos años como complicaciones de la preeclampsia severa. El término de HELLP parcial en los casos en que se presentan por lo menos una característica de las ya mencionadas.⁽³⁴⁾

CONTROL PRENATAL

El control prenatal debe de ser periódica, sistemática y sobre todo primordialmente clínico con la ayuda del laboratorio, la investigación intencionada de factores de riesgo para poder localizar a pacientes que tienen mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia, solo de esa manera se podrá llevar un mejor control durante el embarazo.⁽³⁰⁾

2.2.5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Factores o antecedentes que influyen en la incidencia de la preeclampsia

Es imprescindible la existencia de un trofoblasto activo y se ha demostrado la existencia de un terreno de riesgo, es decir, factores que favorecen el desarrollo de la preeclampsia.⁽³⁵⁾

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

- Tiempo de gestación: aparece después de las 20 semanas de embarazo o a partir del tercer trimestre de embarazo.
- Paridad: es una enfermedad de nulípara, más de 70% ocurre en el primer embarazo
- Edad materna: Hay general coincidencia en considerar a las embarazadas de 18 años a 35 años como un factor de riesgo. La mortalidad fetal neonatal aumenta tanto en las madres adolescentes como en las que tiene más de 35 años.⁽²⁰⁾
- Antecedentes personales: Pueden estar incluidos los problemas de anemia, enfermedades cardiacas, diabetes mellitus, hipertensión e infecciones que pueden afectar también a la ingestión. La preeclampsia estará ligada a un gen autosómico recesivo.
- Peso: El peso de la madre tiene valor clínico para determinar el aumento de peso durante la gestación. El aumento insuficiente de peso materno durante el embarazo se correlaciona con los lactantes de peso bajo al nacer y suele indicar la mala nutrición materna fetal.
- Alimentación: constituye un factor importante según algunos factores, se considera la desnutrición grave así como las diferencias proteínicas y quizás de algunas vitaminas.⁽²⁰⁾
- Algunas condiciones obstétricas: por ejemplo: embarazo múltiple, mola hidatiforme, eritroblastosis fetal, polihidramnios.

- Diversas enfermedades crónicas por ejemplo: la hipertensión arterial, diabetes mellitus y nefropatías.
- Patrones culturales y factores socioeconómicos, por ejemplo: la pobreza algunas creencias y hábitos nocivos a la salud.

Entre las semanas 16 y 22 ocurre una segunda etapa de migración en la cual el trofoblasto invade la capa muscular de las arterias en espiral. De esta manera los vasos se transforman en conductos dilatados, rígidos y de paredes delgadas que facilitan el paso de la sangre hacia la placenta. En las mujeres con preeclampsia esta segunda etapa de migración trofoblástica no se lleva a cabo, y por razones desconocidas las células trofoblásticas no pasan más allá de la decidua, se quedan en un espacio de transición entre esta y el endometrio. Entonces el efecto inicial de la preeclampsia sería una placentación anormal. Las arterias espiraladas conservarían su capa muscular y su inervación adrenérgica, lo cual produciría la disminución en la perfusión útero placentaria.⁽³⁶⁾

Aunque no se ha determinado exactamente cuál es la incidencia de la eclampsia en embarazadas en los países en desarrollo, se estima que es de un caso por cada 100 a 1700 mujeres; y de uno o dos casos de eclampsia por cada 100 mujeres con preeclampsia severa. Las mujeres con preeclampsia que viven en lugares de escasos recursos tienen mayor riesgo de desarrollar eclampsia y de morir por esta causa.⁽³⁶⁾

2.2.6 FACTORES DE RIESGO

Se han identificado entre los diferentes factores que incrementan el riesgo de preeclampsia

La primigestación: No está claro por qué en las primigestas aumenta el riesgo de manera significativa. Una teoría postula que estas pacientes han tenido una exposición limitada a los antígenos paternos, los cuales han mostrado tener un papel en la patogénesis de la enfermedad.⁽³⁷⁾

Edades maternas: Este factor está provocando un aumento de la incidencia de preeclampsia debido al aumento de la edad media materna a la gestación.

La exposición limitada al espermatozoides de la misma pareja masculina con antecedente de preeclampsia en un embarazo con otra mujer, gestación multifetal, enfermedad trofoblástica gestacional, antecedente de preeclampsia, enfermedad renal.⁽³⁷⁾

Hipertensión crónica: La preeclampsia en gestantes con hipertensión arterial crónica tiene una incidencia del 15-25%. La sensibilidad de la TA elevada en la primera mitad de la gestación para predecir la aparición de preeclampsia es de alrededor de un 30-35% para una especificidad del 90%. Un gran estudio poblacional *Danés de 2007* mostró aumento de incidencia de preeclampsia en gestante con HTA crónica.⁽³⁸⁾

Diabetes mellitus pre gestacional: Su efecto en el aumento de la incidencia probablemente está relacionado con una variedad de factores que condicionan el daño endotelial como la enfermedad renal subyacente, obesidad, síndrome de ovarios poli quísticos, procesos infecciosos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino.⁽³⁸⁾

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

2.3.1 LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

(Ley N° 2002-80)

2.3.2 CONGRESO NACIONAL

Que la salud es un derecho fundamental de las personas y una condición esencial del desarrollo de los pueblos; Que de conformidad con el artículo 42 de la Constitución Política de la República, el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; Que el artículo 45 (359) de la Constitución Política de la República, dispone que el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.⁽³⁹⁾

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Sección II

JÓVENES

Art. 39.-El Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público.

El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la

capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimien.⁽⁴⁰⁾

Sección V

EDUCACIÓN

Art. 26.- La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.⁽⁴⁰⁾

Art. 30.- Las personas tienen derecho a un hábitat seguro y saludable, y a una vivienda adecuada y digna, con independencia de su situación social y económica.⁽⁴⁰⁾

Sección VI

HÁBITAT Y VIVIENDA

Art. 31.- Las personas tienen derecho al disfrute pleno de la ciudad y de sus espacios públicos, bajo los principios de sustentabilidad, justicia social, respeto a las diferentes culturas urbanas y equilibrio entre lo urbano y lo rural. El ejercicio del derecho a la ciudad se basa en la gestión democrática de ésta, en la función social y ambiental de la propiedad y de la ciudad, y en el ejercicio pleno de la ciudadanía.⁽⁴⁰⁾

Sección VII

SALUD

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.⁽⁴⁰⁾

Capítulo III

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.-Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.⁽⁴⁰⁾

CAPÍTULO III

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Descriptivo, de corte transversal, cuantitativo y prospectivo.

Población

Un total de 400 pacientes tratadas de Preeclampsia atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos.

Muestra

La muestra se obtuvo por muestreo aleatorio simple y se escogieron 196 casos de mujeres de 18 a 30 años con preeclampsia, atendidas en el período de enero a julio 2018.

Procedimiento para la recolección de la información:

Técnicas e Instrumentos

Para la recolección de los datos de investigación se elaboró un formulario de observación indirecta donde se recogió toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados, utilizando como fuente al departamento de Estadística del Hospital General IESS Ceibos para información de las historias clínicas.

3. 2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE GENERAL: PREECLAMPSIA

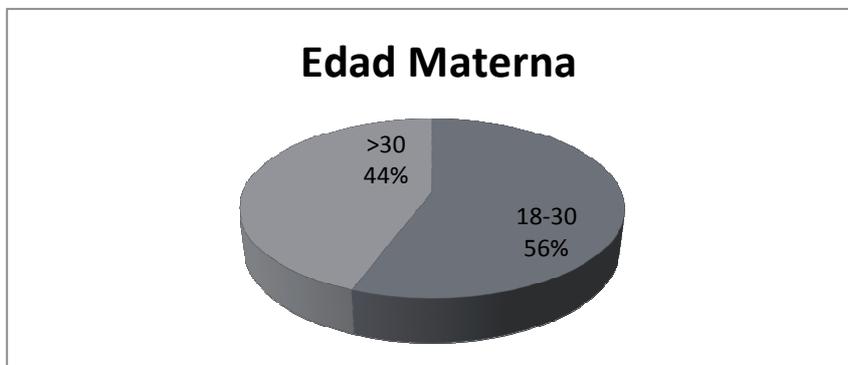
DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
La preeclampsia y las características son condiciones que están determinadas por aspectos sociales, demográficos, económicos, culturales, pobreza, nivel de educación, área de procedencia. ⁽³⁵⁾	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Edad	18-20 21-24 25-27 28-30 31-35 o mas
		Estado civil	Soltera Casada Divorciada Unión de Hechos Viuda
		Número de embarazos	1-2____ 2-3____ +3____
		Gravidez	Primigestas Multigestas
		Antecedentes Patológicos Familiares	Madre Hermana Abuela

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Es cualquier rasgo, característica o exposición de la embarazada que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad hipertensiva. ⁽¹⁴⁾	FACTORES DE RIESGO	Tiempo de Gestación	21-24 SG 25-28 SG 29- 32 SG 33-36 SG 37-40 SG 41-42 SG
		Peso	80 -90 kg 100 -120kg 130 kg y +
		Alimentación	Carbohidratos Grasas Proteínas Minerales
		Enfermedades Asociadas	Hipertensión Diabetes Mellitus tipo I, II, III Obesidad Enfermedad Renal otras

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Durante el embarazo pueden presentarse distintos tipos de hipertensión y los riesgos que conllevan para la madre y el bebé son muy variables, llegando a ser, en algunos casos, muy graves. ⁽¹⁹⁾	GRADOS DE PREECLAMPSIA	Preeclampsia Leve	SI_ NO_
		Preeclampsia Severa	SI_ NO_
		Eclampsia	SI_ NO_
		Síndrome de Hellp	SI_ NO_

3.3. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

GRÁFICO 1: EDAD MATERNA



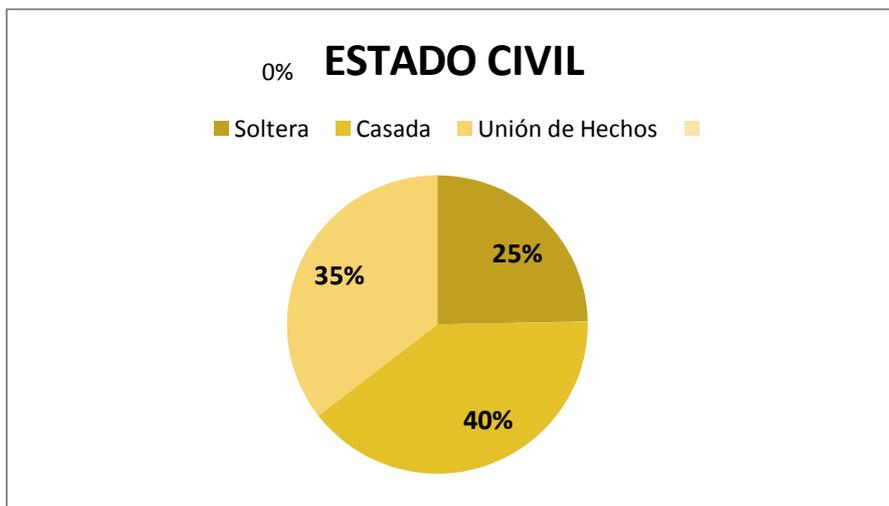
Fuente: Historia clínica de las pacientes Preeclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos.

Elaboración: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

De las 196 pacientes preeclámpticas en general atendidas en el Hospital General IESS Ceibos durante el periodo de Enero del 2018 a Julio del 2018, el 44,3% corresponde a 87 mujeres mayores de 30 años con esta patología durante el embarazo, mientras que las pacientes de 18 a 30 años presentaron el 55,6%, lo que difiere con lo investigado que las pacientes de 18 a 30 años son las más frecuentes al tener esta patología durante su embarazo.

GRÁFICO 2: ESTADO CIVIL



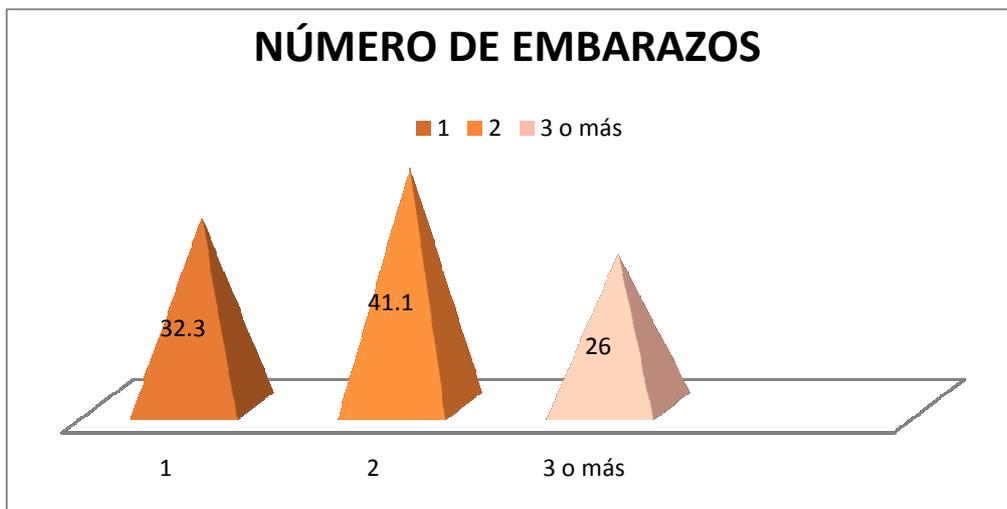
Fuente: Historia Clínica de las Pacientes Preeclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

En el estudio de gestantes con preeclampsia, en su estado civil se presentaron en 35,9% de casos de mujeres con unión de hechos, las solteras corresponden el 25% y las casadas presento un 40,3%. Demostrando en este estudio que las pacientes con más frecuencia son las mujeres casadas. El estado civil influye en la toma de decisiones lo cual puede limitar a la usuaria a tener acceso a los servicios de salud, aumentando el riesgo de morir por los problemas personales que tenga en su hogar. Esto concuerda con la edad de las embarazadas y así vemos que el rol de las adolescentes cambia con el embarazo, de estudiantes a amas de casas, de unión de hechos y casadas ya que adquieren una obligación más al formar un núcleo familiar y al culminar el embarazo adquieren el rol de madres.

GRÁFICO 3: NÚMERO DE EMBARAZOS



Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

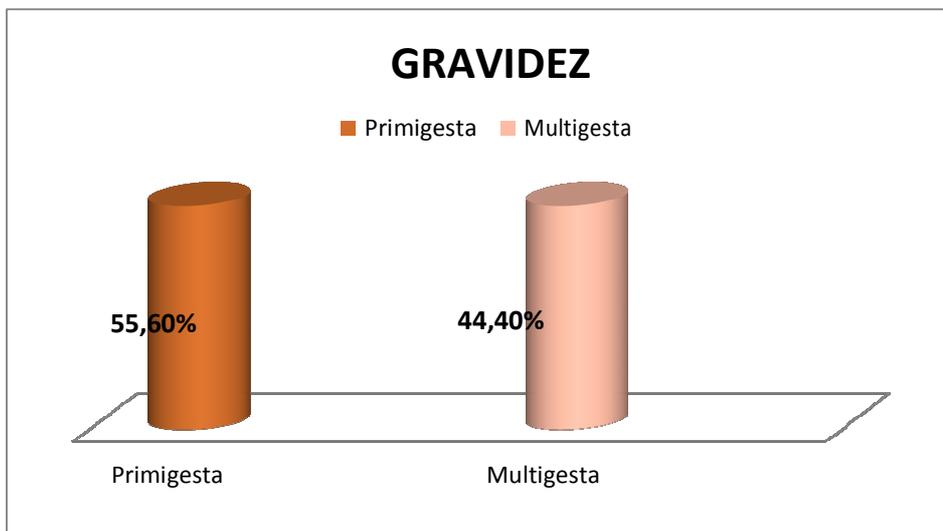
Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

En relación al número de embarazos podemos mencionar que el 41.1% se encuentra cursando su primer embarazo, y el 32,3% cursando el segundo embarazo, llama la atención que el 26% de las pacientes se encuentra cursando el tercer embarazo, lo cual nos indica que existe un inicio temprano de la actividad sexual y falta de conocimiento de las complicaciones en este grupo de edad y de números de embarazos.

Esto coincide con *Caballero et.*⁽¹⁴⁾ Quienes encontraron en su estudio de “Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo” encontraron que las pacientes cursando con su primer embarazo se consideran con un factor de riesgo para esta enfermedad.

GRÁFICO 4: GRAVIDEZ



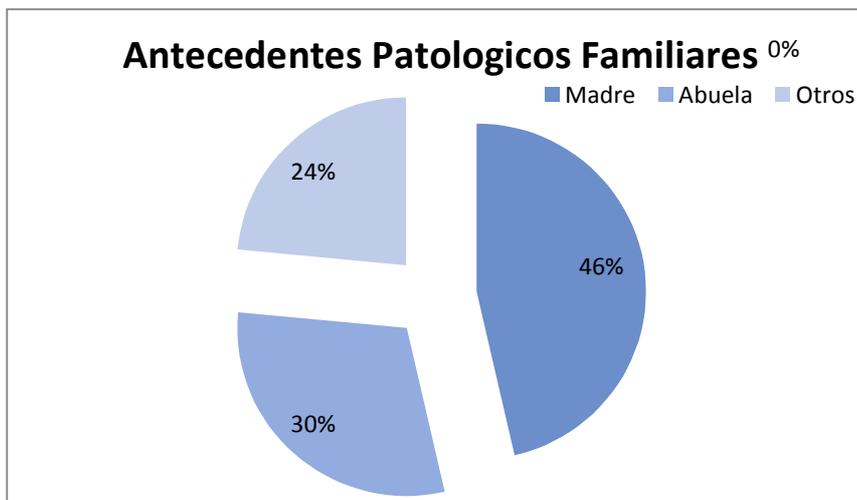
Fuente: Historia Clínica de las Pacientes Preeclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

La Nuliparidad (primigestas) fue un factor de riesgo significativo en la preeclampsia, de los casos investigados, 109 pacientes fueron primigestas que correspondieron el 55,6% y 87 pacientes con un 44,4% fueron multigestas. El resultado de este estudio concuerda con la literatura de *Morgan Ortiz Freddy*⁽¹⁷⁾ "Factores de riesgo asociados con preeclampsia" donde la mayoría de las embarazadas hipertensas eran primigestas dando un mayor por ciento.

GRÁFICO 5: ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES



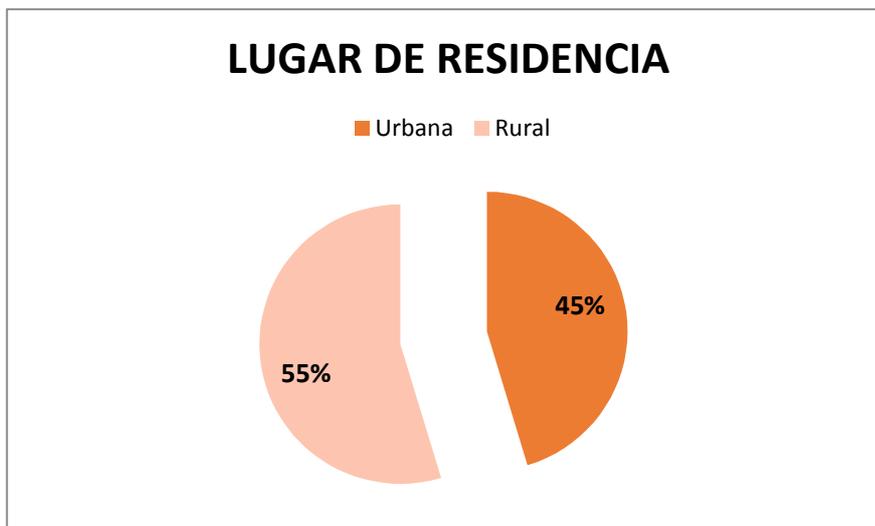
Fuente: Historia Clínica de los Pacientes Preeclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

Al observar los datos arrojados indica que por Antecedentes Patológicos Familiares, Otros (familiares) el resultado representa un 23,5% y los resultados de estudio de abuela es de 30,1% e indican que son menores a los que reflejan estos dos antecedentes, por el que los antecedentes patológicos familiares de madre son de mayor predisposición que es el porcentaje de 46% de mujeres con esta patología. Y esto quiere indicar q en este estudio el porcentaje mayor es de madres que han tenido preeclampsia en sus embarazos y por genética ahora los padecen sus hijas durante el embarazo.

GRÁFICO 6: LUGAR DE RESIDENCIA



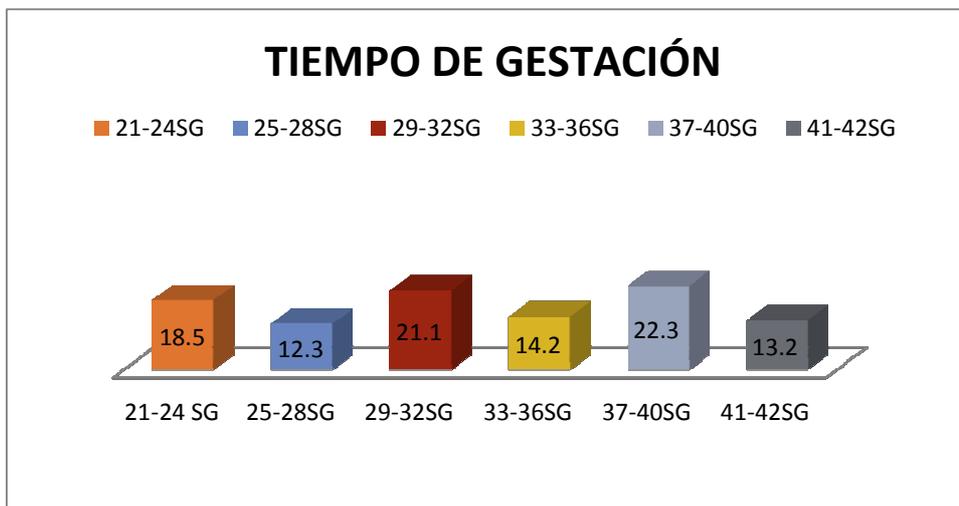
Fuente:Historia Clínica de las Pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

Según los datos obtenidos en esta investigación las áreas donde hay mayor incidencia de preeclampsia, se encontraron que 92 pacientes con preeclampsia en el embarazo viven en zonas urbanas correspondiendo el 47,3% y aquellas gestantes con preeclampsia, que viven en la zona rural se presentaron 104 mujeres que equivale a 53,1% de casos. Siendo así las de mayor frecuencia aquellas pacientes que viven en la zona rural, ya que no tienen sus controles médicos prenatales correspondientes, por el cual tienden a tener menor desconocimiento y mayor factor de riesgo sobre esta patología.

GRÁFICO 7: TIEMPO DE GESTACIÓN



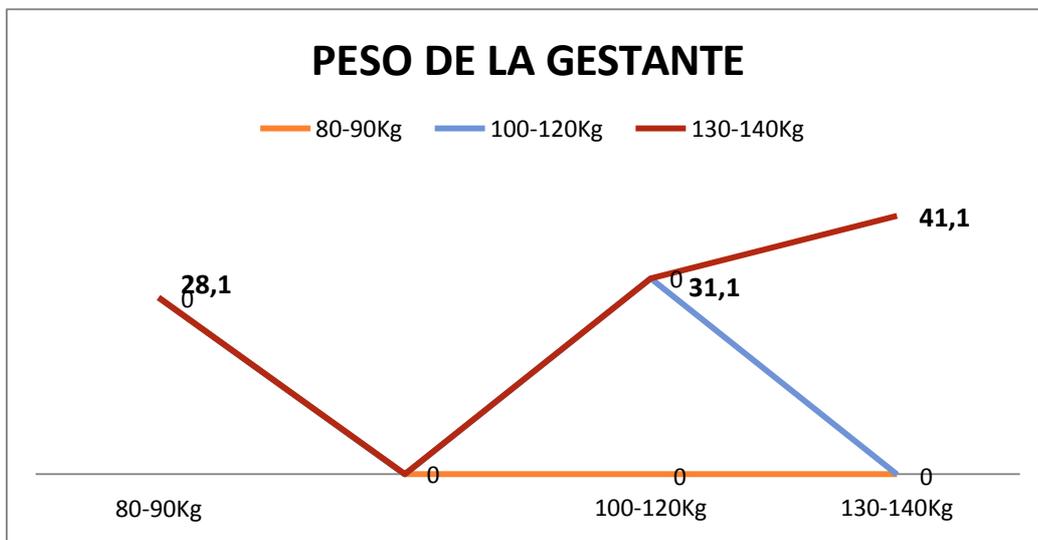
Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine morán Pacheco

Análisis de los Resultados

En cuanto a la investigación se muestra datos acerca del tiempo de gestación. La misma que demuestra que 43 pacientes con preeclampsia de 37 a 40 semanas de gestación que corresponde a 22,3% es el mayor porcentaje de los factores predisponentes. Esto quiere indicar que las complicaciones de preeclampsia se dan en el tercer trimestre de gestación con un porcentaje alto, ya que se debe de tomar en consideración el control y monitorización de las pacientes en esta última etapa del embarazo.

GRÁFICO 8: PESO DE LA GESTANTE



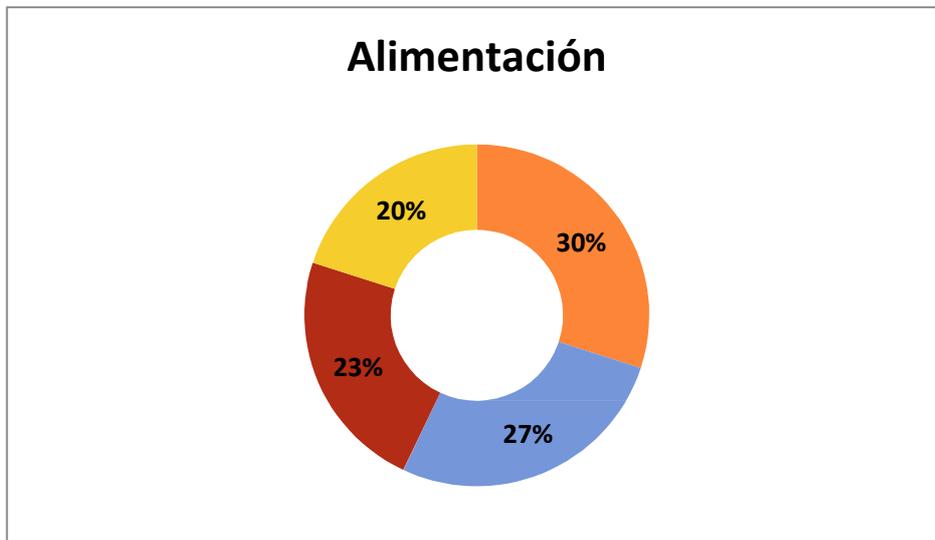
Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

Se muestra que el peso de 80-90Kg de 55 pacientes que representa 28,1%, de 61 mujeres de 100 a 120Kg que corresponde a 31,1%, el peso de 130 a 140Kg presento un 41,1%. Demostrando en este estudio que las 80 pacientes con mayor frecuencia son las del peso de 130 a 140 Kg. Por lo tanto consideramos que las gestantes con preeclampsia no tienen el debido control en su alimentación y antes del embarazo han tenido un sobrepeso, y esto conlleva a la zona rural donde viven porque tiene un desconocimiento de esta enfermedad y sus complicaciones que conllevan muerte materna.

GRÁFICO 9: ALIMENTACIÓN



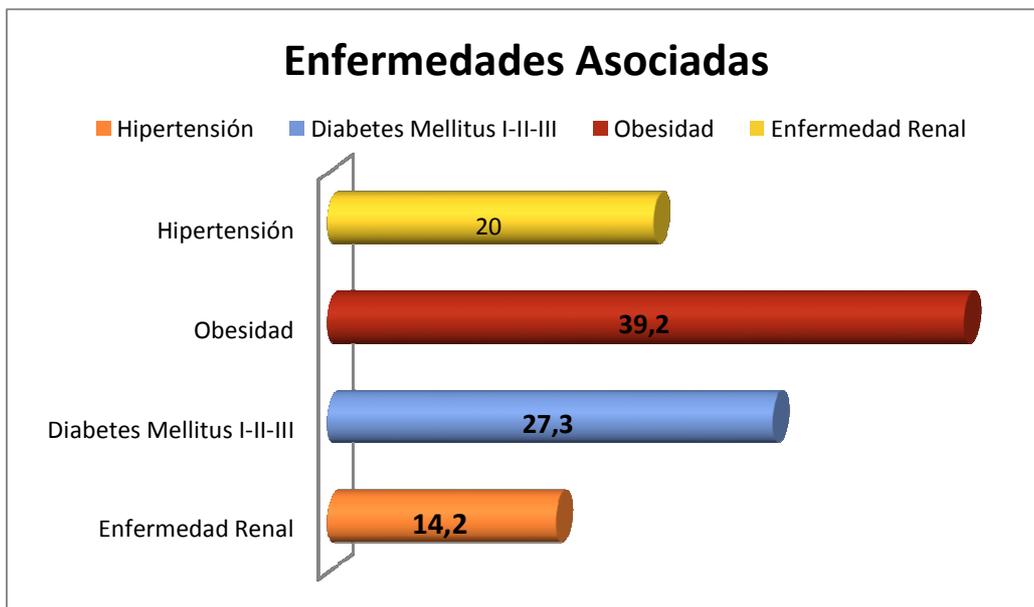
Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

Al observar los datos en esta investigación podemos observar, que el 30% de casos de mujeres gestantes con preeclampsia que en sus comidas consumen grasas, las pacientes que llevan una alimentación de carbohidratos con el resultado de un 27,4%, las que consumen proteínas con un 23,5% y el 20,8% con alimentación de minerales. Lo que nos indica que es uno de los factores predisponentes. Esto demuestra la importancia que tiene que las embarazadas conozcan las complicaciones que puede desarrollar si presentan preeclampsia no se lleva un manejo adecuado de esta enfermedad, de una buena alimentación y de la probabilidad de un fatal desenlace para ella y su hijo.

GRÁFICO 10: ENFERMEDADES ASOCIADAS



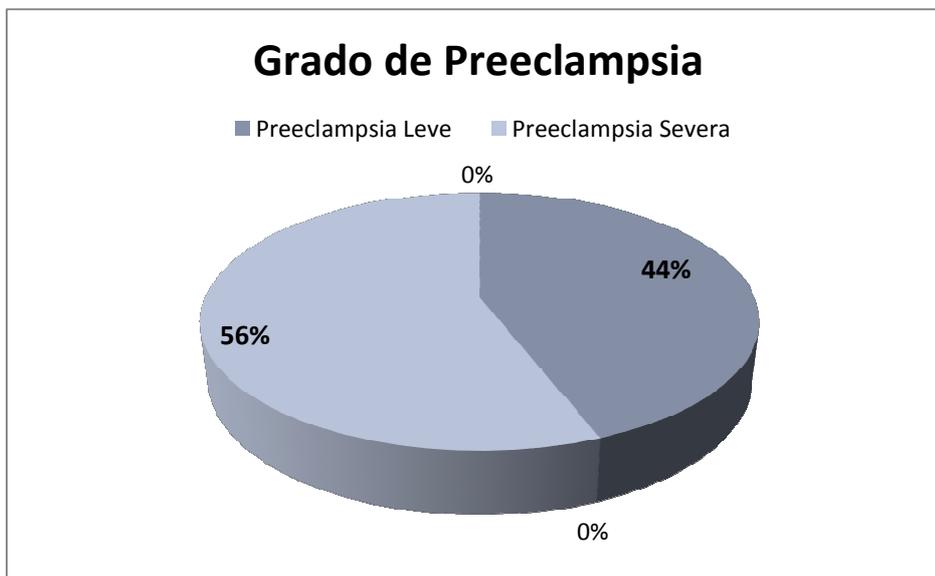
Fuente: Historia Clínica de las Paciente preclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

En la investigación se presentaron un 14,2% de casos de enfermedad renal, 27,3% de ellas con Diabetes mellitus I-II-III, 39,2 correspondieron a obesidad en el embarazo con preeclampsia y el 20,9% de hipertensión, demostrando que influyen directamente en la enfermedad. Ya que el sobrepeso materno al inicio del embarazo contribuye de manera significativa a la aparición de la preeclampsia, con un desconocimiento por parte de las pacientes y sin obtener un debido control sobre su alimentación asociado al déficit de controles prenatales por la falta de visitas al hospital debido a las dificultades de acceso de zonas rurales donde viven.

GRÁFICO 11: GRADO DE PREECLAMPSIA



Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

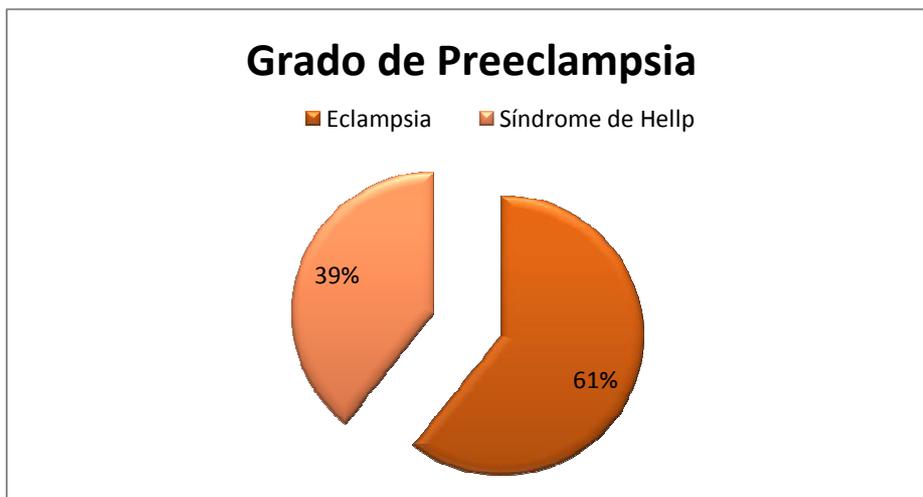
Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

El gráfico correspondiente determina que se presentaron 87 casos 44,3% de pacientes con Preeclampsia leve y el 56,1% con 109 casos de gestantes con Preeclampsia severa; lo que indica en este estudio que la preeclampsia severa fue el diagnóstico de mayor frecuencia en el grupo estudiado y con mayor factores de riesgo que puede tener la gestante de una muerte materna si no está con un control adecuado durante su embarazo.

Los controles prenatales ayudan a obtener un mejor diagnóstico y un mejor manejo para evitar complicaciones durante el embarazo o parto de las pacientes con preeclampsia.

GRÁFICO 12: GRADO DE PREECLAMPSIA



Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital General IESS Ceibos

Elaborado: Katherine Moran Pacheco

Análisis de los Resultados

Se observó que 120 casos presentaron Eclampsia con el 61,2%, el 39,7% correspondieron a síndrome de Hellp con 76 casos. Por lo tanto se refleja que son los mayores factores predisponentes de la preeclampsia. Es decir que existe un nivel de mayor riesgo de presentar eclampsia si no se obtiene los controles debidos. Las convulsiones es la complicación principal asociada a la preeclampsia, cuando esto sucede hablamos de Eclampsia y la expresión más grave es el Síndrome de Hellp. Lo cual nos llama la atención ya que el mayor porcentaje es de eclampsia por el motivo que las pacientes desconocen los factores de riesgo, lo cual nos indica que es importante trabajar en este aspecto, ya que esto impide a que puedan tener complicaciones o muerte materna.

4. DISCUSIÓN

La edad se convierte en uno de los factores predisponentes para la preeclampsia cuando se presenta el embarazo en sus extremos de riesgo, la edad materna avanzada. Un estudio realizado por *Suarez González*⁽⁴¹⁾, informan que el subtotal de edades extremas en la muestra fue de 58% con 105 mujeres; hubo un predominio de la avanzada edad materna como factor de riesgo con 69 casos, aspecto que no coincide con los resultados de este estudio. Mientras que en el presente estudio se encontró que las gestantes adolescentes de 18 a 30 años ,atendidas en la sala de hospitalización de Gineco-obstetra del Hospital IESS Ceibos es de 55,6%, dando como resultado que las pacientes de una edad media son más propensas a obtener preeclampsia.

Las mujeres nulíparas, son en las que más influye la hipertensión, lo que permite aceptar las teorías hereditarias e inmunológicas y que se interprete, fundamentalmente, por una mayor resistencia del músculo uterino que impone la gestación⁽⁴¹⁾.

La mujer mayor de 30 años, a la que se suma la multiparidad, se explica por los daños ya crónicos del sistema vascular, que sufre desgastes a causa de la edad, con la consecuente esclerosis que compromete el aporte sanguíneo adecuado en un nuevo embarazo y establece una insuficiencia circulatoria con isquemia útero placentaria.⁽⁴²⁾Lo que difiere de nuestro estudio donde las primigestas con edad de 18 a 30 años aumentan el riesgo de preeclampsia.

Un 47,3% de las gestantes de 18 a a30 años con preeclampsia pertenece a un lugar de residencia urbano, el 53,1% de gestantes con preeclampsia pertenece a un nivel socioeconómico Rural, similares al porcentajes encontrados en la población estudiada. Se encontró que el 40,3% de las pacientes con preeclampsia son casadas, similares al porcentaje de la población estudiada. Si bien varios estudios demuestran que no existe relación entre el estado civil de una persona con preeclampsia, en este estudio la población está conformada por

adolescentes de 18 a 30 años, periodo de la vida en él que se toma decisión de matrimonio.

Los resultados encontrados coinciden con los criterios planteados donde los factores de riesgo no son excluyentes, y la diversidad de estos en una población incrementa el riesgo de preeclampsia.⁽⁴³⁾ La hipertensión Arterial se convierte en un factor predisponentes a considerar en el embarazo actual estudio coinciden con lo revisado por otros autores *Dr. Suarez González, Antonio; Gutiérrez Machado, Mario; Cairo González, Vivian; Rodríguez Rúelo*, donde el riesgo relativo de preeclampsia con estos antecedentes se precisa en un 80%.

El presente estudio demostró que el 23,5% de adolescentes con preeclampsia no presentaba algún antecedente patológico familiar, un 39,2% presentaba obesidad y un 14,2% hipertensión en un embarazo previo. En un estudio realizado por *Diago Caballero en el 2011*, en el que se concluyó que del total de pacientes hipertensas más del 50 % tenían factores de riesgo y de ellos, los antecedentes patológicos familiares y la obesidad ocuparon los primeros lugares, la mayoría de las pacientes con preeclampsia fueron adolescentes y nulíparas. ⁽²⁴⁾

Se encontró que la obesidad está presente en un 36,2% de pacientes con preeclampsia. Sin embargo al analizar el estudio *Susan Mattson; Judy Smith*, se obtuvo que existe asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes patológicos familiares y la presencia de hipertensión.

En esta investigación los resultados revelaron que un 55,6% gestantes de 18 a 30 años preeclámpticas son primigestas. Es un hecho aceptado universalmente que la preeclampsia es casi privativa de las primigrávidas de todas las edades. Uno más embarazos previos disminuyen el riesgo, e incluso se ha encontrado que cuando ha existido un aborto previo, el riesgo disminuye considerablemente⁽²⁰⁾.

En cuanto a los antecedentes familiares de preeclampsia, los resultados revelaron que estuvieron presentes en un 23,5% de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia. A lo largo del tiempo se ha visto que la preeclampsia y la

eclampsia tienen cierta tendencia familiar. Por ejemplo, *Suarez González*, encontró que hasta en un 23,3% las hijas de madres que tuvieron preeclampsia en alguna gestación, desarrollaban también esta patología. Sin embargo este estudio se analizó a solo gestantes de 18 a 30 años.⁽⁴²⁾

En esta investigación los resultados revelaron que el 100% de gestantes preeclámplicas corresponden a la etapa de adolescencia mayor que comprende la edad de 18 a 30 años según la Organización Mundial de la Salud, edad que es señalada por todas las literaturas consultadas como la de mayor frecuencia en el sostenimiento de relaciones sexuales en este grupo poblacional⁽⁴⁴⁾.

En relación al resultado que es de 55,6 % de gestantes adolescentes de 18 a 30 años presentaron preeclampsia en el Hospital General IEES Ceibos durante el año 2018; porcentaje mayor encontrada en algunos hospitales del país cuya prevalencia de preeclampsia oscila entre un 20 y un 35%⁽⁴³⁾.

5. CONCLUSIONES

La edad se convirtió en uno de los factores de riesgo para la preeclampsia en el presente estudio, donde se encontró que las gestantes de 18 a 30 años representan un mayor por ciento de las pacientes en edad media, más propensas para esta patología.

También en las mujeres primigestas es en las que más influye la hipertensión lo aumenta el riesgo de preeclampsia, explicando los daños crónicos del sistema vascular que sufre desgaste.

Se presentó además un número importante de pacientes con obesidad con predisposición a la preeclampsia durante este estudio, ocupando los primeros lugares con mayor porcentaje.

Las pacientes hipertensas con antecedentes patológicos familiares por parte de la madre presentan mayor riesgo de preeclampsia.

Se observó que en mayor número de casos presentaron Eclampsia en comparación con el síndrome de Hellp.

6. RECOMENDACIONES

Por estas razones se debe tener en cuenta para la atención primaria y secundaria de salud, dado su importante rol en la prevención, así como estar atentos en la labor educativa e investigativa que involucra como profesional de Enfermería de igual forma seguir y orientar el control prenatal en los centros de salud para las embarazadas con riesgo

Realizar charlas educativas que incentiven a las pacientes a seguir estilos de vida saludables y sin futuras complicaciones, orientándolas de conjunto con sus familias sobre educación sexual, planificación familiar y las patologías más comunes para evitar embarazos con sus consecuentes factores de riesgo.

7. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. I. Aizpitarte ABMNASJPSC. Secciones Clínicas de Ginecología: Unidad de Comunicación del Hospital Donostia. [Online].; 2007 [cited 2018 junio 23. Available from: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/OtrasSesionesClinicasGinecologia2007.pdf.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 junio 13. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
3. Vargas V. AG,MM. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. [Online].; 2012 [cited 2018 junio 15. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci_arttext&tlng=en.
4. R. M. Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años. [Online].; 2013 [cited 2018 junio 16. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>.
5. Publica Mds. Trastornos Hipertensivos del Embarazo Guía práctica Clínica. [Online].; 2016 [cited 2018 junio 23. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf.
6. Capabay, Irene cecilia. Principales Complicaciones de la preeclampsia. [Online].; 2011 [cited 2018 Julio. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1905/1/94T00084.pdf>.
7. INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Online].; 2013 [cited 2018 septiembre. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf.
8. Who.int/es. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2014 [cited 2018 Agosto 16. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

9. Caballero Diego D. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2011 Octubre; 37(448-456).
10. Ramirez Ladino KE,MFA,AOAYJBG. Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo de julio del 2013 en una Institución de la salud. Ciencia y Tecnología para la Salud y Ocular. 2013 Julio; 12(2)(45-51).
11. Ladino R, Franco M, Olarte A, Barbosa J. Características ginecobstétricas de adolescentes. Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular. 2014 julio-diciembre; 12(2)(45-51).
12. Botero J. HG,LJ. In Obstetricia y Ginecologia. colombia: copyright; 2011. p. 224-226.
13. Dr. Torres Acosta R, Lic. Calvo Araujo F. Enfermedad hipertensiva del embarazo y el calcio. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2011 dic.; 37(4).
14. Dalis C, Vaillant F, Guilarte E. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 Diciembre; 37(4).
15. Moreno Z, Sixto S, Fernando P. Anales de la Facultad de Medicina. In Sixto SC. Obesidad pregestacional como factor de riesgo. Mexico: Copyright; 2013. p. 101-106.
16. Álvarez V. A. ARM,B. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. Revista Cubana de. 2011; 37(1).
17. Morgan Ortiz F, Calderon Lara S, Martínez Félix J. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y. Gineco Obstetricia mexico. 2011 enero; 78(3).
18. James R. RG. Tratado de Obstetricia y Ginecologia. In Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecologia. Estados Unidos: Mc Graw- Hill, intramericana; 2013. p. 273-276.
19. Mayra SdIT. "FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN. [Online].; 2011 [cited 2018 julio. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>.
20. Courtoins C, Perez R. Percepciones de la diabetes gestacional y su automanejo en un grupo de mujeres multiparas con sobrepeso. [Online].; 2014 [cited 2018

julio. Available from:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601643.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601643)

21. Irani RA ZYZCBSHMRS. tumor necrosis factor-alpha signaling. Autoantibody-mediated angiotensin receptor activation contributes to preeclampsia through. 2015 Enero; 55(5)(1246).
22. Marshall D. Lindheimer JMRF. Trastornos hipertensivos de Chesley en el embarazo. Amsterdam; Académico. 2014 Julio.
23. Xia Y RSKR. Roles Potenciales del Autoanticuerpo Activador del Receptor de Angiotensina en la Fisiopatología de. [Online].; 2016 [cited 2018 agosto. Available from: <http://www.pubmedcentral>.
24. Reeder MK. Enfermería Materno infantil. In Koriak , editor. Enfermería Materno infantil. 17th ed. Mexico: Mc Graw Hill.; 2012. p. 826.
25. Susan Mattson JS. Enfermería Materno infantil. In Smith J, editor. Enfermería Materno. 2nd ed. Mexico: Mc Graw Hill.; 2011. p. 448.
26. Leis Marquez RBGL. Diagnostico y tratamiento de preeclampsia y eclampsia. Pud Med. 2012 Abril; 78(3).
27. MR. F. Adaptaciones hemodinámicas y cardiovasculares maternas al embarazo. [Online].; 2014 [cited 2018 Agosto. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-cardiovascular-and-hemodynamic-changes>.
28. Grindheim G EMELERLTK. Cambios en la presión arterial durante una vida sana. Pub Med. 2013 Junio; 30(2)(342-50).
29. Mayorga Ortiz m. Influencia del nivel de educacion en los trastornos hipertensivos inducidos en el embarazo. [Online].; 2012 [cited 2018 julio. Available from: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/926/7086-mayorga%20mar%ADapdf?sequence=1>.
30. XILOJ BATEN C. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA. [Online].; 2017 [cited 2018 julio. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/01/Xiloj-Claudia.pdf>.

31. Diaz JI CAMRSP. Estudio comparativo de la eficacia quirúrgica en la prostatectomía. [Online].; 2007 [cited 2015 agosto 2. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v31n9/v31n9a11.pdf>.
32. Reeder MK. Enfermería Materno Infantil. In Martin. Enfermería Materno Infantil. Mexico: Mc Graw Hill,VII; 2013. p. 837, 838,839.
33. Social MdSPyA. Normas de Atención Integral. [Online].; 2012 [cited 2018 julio. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=154:normas-de-atencion-integral&Itemid=213.
34. Mora Valverde. JA. Cuidados de enfermeria en pacientes con prreclampsia. [Online]. Bogota; 2012 [cited 2018 Agosto. Available from: www.binasss.sa.cr/revistasrmcc602art6.pdf.
35. R. ANM. Complicaciones Maternas Graves Asociadas a la. Revista Medica España. 2011 Octubre; 21(6)(169-173).
36. Khan KS WDSLGA VL. Análisis de la OMS de causas de muerte materna. Oms. 2016 Abril; 7(1066-74.).
37. Aguilar Lozano L. Estudio realizado en embarazadas que ingresaron en el periodo de Enero del 2014 a Enero del 2016 en el Hospital General "Liborio Panchana Sotomayor" en la Prrovincia de Santa Elena.. [Online].; 2018 [cited 2018 septiembre. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30696>.
38. Correa Chasi HE. Preeclampsia en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor entre 2014-2015. [Online].; 2017 [cited 2018 septiembre. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32161>.
39. Publica MdS. Ley Organica del sistema Nacioonal de Salud. [Online].; 2002 [cited 2018 Julio. Available from: <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>.
40. Constituyente A. Constitución de la República del Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2018 septiembre. Available from: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>.

41. Hernandez Valdes J, Corrales Gutierrez A, Salazar M, Cabrera Delgado R. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. Scielo. 2012 Mayo-Agosto; 37(2).
42. Dr. Suarez Gonzalez A, Gutierrez Machado M, Cairo Gonzalez V, Rodriguez Ruelo L. Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. Scielo. 2014 Oct-Dic; 40(4).
43. Elizalde Valdez M, Telles Becerril L, Lopez Alceves J. Construcción y validación de una escala de Factores de Riesgo para complicaciones de preclampsia. Elsevier. 2016 Septiembre; 43(3).
44. OMS. El Embarazo en la Adolescencia. [Online].; 2014 [cited 2018 Agosto 17. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
45. Sanchez ME. factores de riesgo de preeclampsia en mujeres jovenes. [Online].; 2009. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>.
46. Cruz Hernandez J. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2008 Diciembre; 23(4).
47. Association ap. American pregnancy. [Online].; 2018 [cited 2018 septiembre. Available from: <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/preeclampsia/>.

8. ANEXOS

8.1 FORMULARIO NO_1 MATRIZ DE OBSERVACION INDIRECTA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad ciencias médicas

Carrera de Enfermería

TEMA: Preeclampsia en Gestantes de 18 a 30 años atendidas en la sala de Hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos

OBJETIVO: Recolectar información personalizada de los Historias clínicas

Instrucciones para el observador:

- Escriba una X en los datos requeridos para la investigación
- En el casillero correspondiente a la edad, escriba en números la edad.

EDAD MATERNA

18-20_ 21-23_ 24-25_ 26-27_
28-30_ 31-35_

B. ESTADO CIVIL _

SOLTERA____DIVORCIADA_____

UNION DE HECHOS____ CASADA____

I. ALIMENTACIÓN

Carbohidratos_ Grasas_ Proteínas_
Minerales_ Vitaminas_

H. ENFERMEDADES ASOCIADAS

Hipertensión_ Diabetes Mellitus Tipo I _ Diabetes
Mellitus II_ Diabetes Mellitus III_ Obesidad_
Enfermedad Renal_

G. GRADO DE PREECLAMPSIA

Preeclampsia leve_ Preeclampsia severa_
Eclampsia_ Síndrome de Hellp_

8.2 TABLAS DE LOS RESULTADOS

TABLA N° 1: Edad Materna

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-30 años	109	55,6%
>30 años	87	44,3%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 2: Estado Civil

Estado Civil	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	49	25%
Casada	79	40,3%
Unión de Hechos	68	35,9%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 3: Número de Embarazos

Número de Embarazos	Frecuencia	PORCENTAJE
1	65	32,3%
1-2	80	41,1%
3 o mas	51	26%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 4: Grávidez

Gravidez	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigestas	109	55,6%
Multigestas	87	44,4%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 5: Antecedentes Patológicos Familiares

APF	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	45	23,5%
Abuela	60	30,1%
Otros	91	46,4%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 6: Lugar de Residencia

Lugar de Residencia	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	92	47,3%
Rural	104	53,1%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 7: Tiempo de Gestación

Tiempo de Gestación	Frecuencia	PORCENTAJE
21-24SG	35	18,5%
25-28SG	23	12,3%
29-32SG	41	21,1%
33-36SG	28	14,2%
37-40SG	43	22,3%
41-42SG	26	13,2%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 8: Peso de la Gestante

Peso de la Gestante	FRECUENCIA	PORCENTAJE
80-90Kg	55	28,1%
100-120Kg	61	31,1%
130Kg y más	80	41,1%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 9

Alimentación	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Carbohidratos	60	31,1%
Grasas	53	27,4%
Proteínas	45	23,5%
Minerales	38	20,8%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 10: Enfermedades Asociadas

Enfermedades Asociadas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión	28	20,9%
Diabetes Mellitus tipo I-II-III	52	27,3%
Obesidad	77	39,2%
Enfermedad Renal	39	14,2%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 11: Grado de Preeclampsia

Grado de Preeclampsia	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preeclampsia leve	87	44,3%
Preeclampsia Severa	109	56,1%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

TABLA N° 12: Grado de Preeclampsia

Grado de Preeclampsia	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Eclampsia	120	61,2%
Síndrome de Hellp	76	39,7%
TOTAL	196	100%

Fuente: Historia Clínica de las Pacientes preeclánticas atendidas en el Hospital IESS Ceibos.

8.3 IMÁGENES DEL ESTUDIO



Fuente: Imágenes de la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos



Hospital General del Norte de Guayaquil
Los Ceibos

Memorandum IESS-HG-NGC-SD-2018-0043-FDQ

Guayaquil, 30 de julio del 2018.

Srta. Morán Pacheco Katherine
Interno rotativo de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Guayaquil.-

De mi consideración:

Por medio de la presente reciban un cordial saludo. En relación al oficio S/N suscrito por ustedes a esta subdirección solicitando autorización para la ejecución de su trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciados en Enfermería, cuyo tema es *"Pre eclampsia en mujeres gestantes de 18 a 30 años atendidos en la sala de hospitalización del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital IESS Ceibos Norte"*, comunico lo siguiente:

Luego de revisar el perfil de proyecto, la Subdirección de Docencia autoriza la ejecución del mencionado trabajo de titulación. Sin embargo se sugiere revisar los objetivos específicos pues tal como están redactados no contribuyen al objetivo general. Además se le recuerda que se deben cumplir los principios de bioética, la legislación vigente aplicable y demás estándares nacionales e internacionales en la materia.

Atentamente,

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
Dr. Manuel González
Subdirector de Docencia

¡Construyendo historia!



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MORAN PACHECO KATHERINE JOHANNA**, con C.C: # **0927220582** autora del trabajo de titulación: Preeclampsia en Gestantes de 18 a 30 años atendidas en la sala de Hospitalización de Ginecobstetricia de un Hospital de la ciudad de Guayaquil previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 31 de Agosto del 2018

f. _____
Nombre: Moran Pacheco Katherine Johanna
C.C: 0927220582

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Preeclampsia en Gestantes de 18 a 30 años atendidas en la sala de Hospitalización de Ginecobstetricia de un Hospital de la ciudad de Guayaquil		
AUTORA	Moran Pacheco Katherine Johanna		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Pérez Licea Amarilis Rita		
INSTITUCION:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
CARRERA:	Facultad de Ciencias Medicas		
TITULO OBTENIDO:	Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	31 de Agosto de 2018	No. DE PÁGINAS:	78
ÁREAS TEMÁTICAS:	Materno Infantil		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Preeclampsia, gravidez, adolescentes, factores de riesgos.		
RESUMEN/ABSTRACT: La preeclampsia es actualmente una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Es esencialmente una enfermedad endotelial sistémica que se presenta como un estado de marcada vasoconstricción generalizada ⁽¹⁾ , con nuestro trabajo nos trazamos como Objetivo: Determinar las características que presentan las gestantes de 18 a 30 años con preeclampsia atendidas en la sala de Hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital General IESS Ceibos. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital General IESS Ceibos en gestantes de 18 a 30 años para lo cual se tomó una población de las Historias Clínicas de 400 pacientes del período de tiempo de enero del 2018 a Julio 2018 con una muestra de 196 casos. Resultados: Se observó 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 primigestas, 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. Conclusiones: Podemos aseverar que la edad, el tiempo de gestación de 37 a 40 semanas, primigestas y enfermedades relacionadas como diabetes mellitus son los factores de riesgo principales.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-+593-983509538	E-mail: katherinemoran78@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena		
	Teléfono: +593-993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCION PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACION:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			