



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

**TEMA:**

**COMPLICACIONES EN EMBARAZADAS PRETÉRMINO CON  
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO  
CARBO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL PERIODO MAYO A  
JULIO DEL 2019**

**AUTORAS:**

**López Abad Jossyvette Tamara  
Solís Castro Isabel Morelia**

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

**TUTOR:**

**Dra. Pérez Licea, Amarilis Rita. Mgs**

**Guayaquil, Ecuador**

**02 de abril del 2020**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **López Abad, Jossyvete Tamara y Solís Castro, Isabel Morelia**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dra. Pérez Licea, Amarilis Rita. Mgs**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovilda. Mgs**

**Guayaquil, 02 del mes de abril del año 2020**



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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **López Abad, Jossyvete Tamara y Solís Castro,**  
**Isabel Morelia**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **COMPLICACIONES EN EMBARAZADAS PRETÉRMINO CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2019**, 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, 02 del mes de abril del año 2020**

f. \_\_\_\_\_

**López Abad Jossyvete Tamara**

**C.C:1250318720**

f. \_\_\_\_\_

**Solís Castro Isabel Morelia**

**C.C:1004595482**



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

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **López Abad, Jossyvete Tamara y Solís Castro,**  
**Isabel Morelia**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **COMPLICACIONES EN EMBARAZADAS PRETÉRMINO CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 02 del mes de abril del año 2020**

f. \_\_\_\_\_

**López Abad Jossyvete Tamara**

**C.C:1250318720**

f. \_\_\_\_\_

**Solís Castro Isabel Morelia**

**C.C:1004595482**

# REPORTE URKUND

**URKUND**
Lista de fuentes Bloques
Jossyvette (jossivettelopez@hotmail.com)

**Documento** [Complicaciones en embarazadas pretermino con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil...docx](#) (D69619240)

**Presentado** 2020-04-29 21:40 (-05:00)

**Presentado por** jossivettelopez@hotmail.com

**Recibido** amarilis.perez.ucsg@analysis.orkund.com

**Mensaje** [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 37 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo
+	Fuentes alternativas	
+	Fuentes no usadas	

📄 🔍 🗑️ ↺
⬆️ ⬅️ ➡️
⚠️ 1 Advertencias. 🔄 Reiniciar 📄 Exportar 📁 Compartir

**51%** #1 Activo

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTORA: Dra. Amarilis Rita Pérez Licea

Guayaquil, Ecuador 01 abril del 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por, López Abad Jossyvette Tamara y Solís Castro Isabel Morelia como requerimiento para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

TUTORA

f. \_\_\_\_\_ DRA. AMARILIS RITA PÉREZ LICEA

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_ LCDA.MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA.MGS

Guayaquil, al 1 día del mes de Abril del año 2020

**Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Tesis de Valeria Galeas 1... 51%**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

TUTORA: Lcda. Cepeda López, Silvia María

Guayaquil, Ecuador 02 de Abril del 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Gáneas Hernández Valeria Elizabeth y Rodríguez Torres Gianina María, como requerimiento para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

TUTORA

f. \_\_\_\_\_ Lcda. Cepeda López Silvia María

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_ Lcda. Mendoza Vincés Ángela Ovilda MGS.

Guayaquil, 02 del mes de abril del año 2020

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** Complicaciones en embarazadas pretermino con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil..docx (D69619240)

**Submitted:** 4/30/2020 4:40:00 AM

**Submitted By:** jossivettelopez@hotmail.com

**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por ser mi guía en cada etapa de mi vida, por no dejarme vencer en los momentos más difíciles durante mi carrera profesional.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional, gracias por darme su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, por creer y confiar en mí, a mi hija por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día.

A nuestros docentes por haber compartido sus conocimientos a lo largo de nuestra preparación como profesionales, y a la Dra. Amarilis Rita Pérez Licea, nuestra tutora de trabajo de titulación, por tener la paciencia y habernos guiado en cada paso de este proyecto.

*Jossyvette López Abad*

El presente trabajo representa la culminación de uno de mis más grandes sueños como es ser licenciada en enfermería, es por ello que hoy quiero agradecer a varias personas que sin duda alguna aportaron con algo para que este momento llegue, es así que en primer lugar le quiero gratificar a Dios por darme la sabiduría para terminar con éxito mis estudios, segundo reconocer a una de las mujeres más importantes en mi vida, me refiero a mi madre quien con su apoyo incondicional, sus consejos y su amor sublime hacia mí ha sido de gran ayuda para llegar a esta etapa de mi vida.

*Isabel Solís Castro*

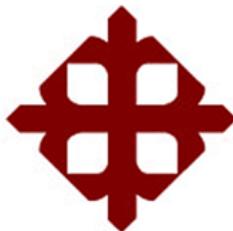
## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi carrera profesional y a mi familia que desempeñó un papel fundamental para alcanzar la meta deseada.

*Jossyvette López Abad*

El presente trabajo está dirigido al esfuerzo de mi madre, mi padre, abuela y a quienes pusieron un granito de arena en esta trayectoria de preparación en mi carrera universitaria.

*Isabel Solís Castro*



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MGS**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, MGS**  
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. \_\_\_\_\_

**DR. OVIEDO PILATAXI, LUIS ALBERTO, MGS**  
OPONENTE

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	VII
DEDICATORIA .....	VIII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	IX
ÍNDICE.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	7
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3. OBJETIVOS.....	8
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
CAPÍTULO II.....	9
2. FUNDAMENTACION CONCEPTUAL .....	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN. ....	9
2.2. MARCO TEÓRICO .....	14
2.3. MARCO LEGAL.....	36
CAPÍTULO III.....	39

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	39
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	39
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	39
3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	39
3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	39
3.3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	39
3.4. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	40
3.5. TABULACIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADO .	40
3.6. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN .....	41
3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	43
DISCUSIÓN.....	55
CONCLUSIONES .....	57
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	43
GRÁFICO 2.....	44
GRÁFICO 3.....	45
GRÁFICO 4.....	46
GRÁFICO 5.....	47
GRÁFICO 6.....	48
GRÁFICO 7.....	49
GRÁFICO 8.....	50
GRÁFICO 9.....	51
GRÁFICO 10.....	52
GRÁFICO 11.....	53
GRÁFICO 12.....	54

## RESUMEN

**Introducción:** La pre-eclampsia es el desorden hipertensivo frecuente en el embarazo, que puede ocurrir a partir de la semana veinte de gestación, seguida de otros síntomas como retención de líquidos, cefaleas, infecciones urinarias, hasta convulsiones. Entre los factores de riesgo que más inciden en la aparición de la Preeclampsia está la edad de la gestante, la presencia de antecedentes familiares, su historia clínica, aparición de probables enfermedades crónicas asociadas con problemas de hipertensión arterial, desarrollo de diabetes, obesidad, entre otros; que predisponen a su desarrollo. **Objetivo:** Determinar posibles complicaciones en embarazadas pretérmino con Preeclampsia atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, periodo mayo a julio del 2019. **Metodología:** El estudio fue de tipo cuali-cuantitativa, corte transversal y retrospectivo, para lo cual se aplicó como instrumento la guía de observación indirecta a 100 embarazadas provenientes del área de emergencia del hospital mencionado. **Resultados:** Se determinaron que las embarazadas tienen de 19 a 25 años (46%), nivel educativo secundario (61%), factor de riesgo que presentaron sobrepeso (39%), de 21 a 33 semanas de gestación (49%), acudió de 0 a 3 controles prenatales (52%), primíparas (72%), como complicación presentaron el Síndrome de Hellp (36%) y los neonatos bajo peso al nacer (26%). **Conclusión:** Se establece que la mayor parte de las embarazadas corresponde a pacientes que por su temprana edad e inexperiencia, desconocen sobre los factores de riesgo que pueden afectar su embarazo y el desarrollo del neonato, esto conlleva a que la mayoría presenten complicaciones.

**Palabras Clave:** Embarazo pretérmino, Preeclampsia factores de riesgo hipertensión

## ABSTRACT

**Introduction:** Pre-eclampsia is the frequent hypertensive disorder in pregnancy, which can occur from the twentieth week of gestation, followed by other symptoms such as fluid retention, headaches, urinary tract infections, even seizures. Among the risk factors that most influence the appearance of preeclampsia is the age of the pregnant woman, the presence of a family history, her medical history, the appearance of probable chronic diseases associated with problems of high blood pressure, development of diabetes, obesity, among others; that predispose to their development. **Objective:** To determine possible complications in preterm pregnant women with pre-eclampsia treated at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital in the city of Guayaquil, period May to July 2019. **Methodology:** The study was qualitative-quantitative, cross-sectional and retrospective, for which it was applied as Instrument the indirect observation guide to 100 pregnant women from the emergency area of the mentioned hospital. **Results:** It was determined that pregnant women are between 19 and 25 years old (46%), secondary education level (61%), risk factor that they were overweight (39%), from 21 to 33 weeks of gestation (49%), they attended from 0 to 3 prenatal controls (52%), primiparous (72%), as a complication presented Hellp Syndrome (36%) and low birth weight neonates (26%). **Conclusion:** It is established that the majority of pregnant women correspond to patients who, due to their early age and inexperience, are unaware of the risk factors that may affect their pregnancy and the development of the newborn, this leads to the majority presenting complications.

**Key Words:** Preterm pregnancy, preeclampsia risk factors hypertension

## INTRODUCCIÓN

La experiencia clínica de quienes laboran en el área de Enfermería, aporta con valiosa información al señalar que, durante el proceso del embarazo, suceden acontecimientos que están relacionados a alteraciones muy significativas y trascendentes en el cuerpo de las gestantes, los mismos que en su mayoría se seguirán dando hasta el término de la gestación. En este contexto, se ve cómo las mujeres en estado de embarazo experimentan diferentes situaciones que son correspondientes a su condición, pero, también se pueden manifestar otros trastornos ajenos al proceso, que pueden resultar como factores de gran riesgo y que conspiran contra el equilibrio y estabilidad de la salud del paciente; por lo que es imprescindible tener toda la información que sea posible para detectarlas, identificarlas, y de esta manera proceder a la acción o intervención que sea necesaria para calmar los síntomas que se dan; tal como es el caso de la patología del preeclampsia, que puede ser prevenida si la información pertinente de esta enfermedad es utilizada precozmente (a tiempo), es decir, mediante una tarea de prevención de síntomas<sup>1</sup>.

Las ciencias médicas definen a la preeclampsia, como un desorden hipertensivo que ocurre con frecuencia durante el embarazo, que puede darse alrededor de la 20ava semana de gestación, acompañada también de otros síntomas tales como: retención de líquidos- dolor de cabeza intenso (cefalea) aparición de infecciones a nivel de las vías urinarias; y, finalmente sufrir cuadros convulsivos. En lo que respecta al Ecuador, los datos estadísticos existentes señalan que esta enfermedad se convierte en la tercera causa de mortalidad materna; por lo tanto, se convierte en un grave problema de salud que no puede ser ignorado por el Estado, las autoridades de salud, y la propia familia que es afectada por las complicaciones médicas que tienen lugar de manera directa en la mujer embarazada. Siendo por lo tanto un factor que no sólo altera la salud de la gestante, sino que compromete el desarrollo normal del feto, y que incluso puede llegar a la necesidad de interrumpir la gestación, produciéndose por este hecho la muerte del ser viviente que se está formando en el seno materno<sup>2</sup>.

Son varios los factores de riesgo que inciden para que se desarrolle la preeclampsia, entre los que se cita a los siguientes: la edad de la madre, los antecedentes familiares, antecedentes personales, presencia de enfermedades crónicas asociadas, como pueden ser, la hipertensión arterial, la obesidad, diabetes y otras más: todas las cuales se enlazan para crear una predisposición para que se desarrolle la Preeclampsia, las embarazadas que sufren de hipertensión, son las que están expuestas a un mayor riesgo de desarrollar en un determinado tiempo, diversas complicaciones de salud, que pueden hasta convertirse en letales o perniciosas. Entre las que se pueden citar: un abrupto desprendimiento de la placenta normoinserata; presentar coagulación intravascular; influir para que se dé una hemorragia cerebral; provocar disfuncionalidad, falla hepática o insuficiencia renal.

Los trastornos hipertensivos que ocasiona complicaciones en las pacientes que están embarazadas son de tal magnitud, que obligan a las autoridades correspondientes a darle la importancia e interés que se merece, y por lo tanto la califican de un problema perjudicial a la salud pública, que así mismo requiere una pronta y eficiente respuesta institucional para enfrentarlo. Otros factores como la muerte fetal y neonatal están dados cuando el neonato viene con un bajo peso, o por caso de hipóxico, con Apgar bajo, el producto es pretérmino, y otras causas<sup>3</sup>

En América Latina, la información recogida donde nos damos cuenta que la morbilidad materna no ha experimentado en los tiempos ninguna desaceleración o reducción de casos, al contrario, las cifras indican de que se ha dado un aumento significativo; y esto obedece a dos causas fundamentales; ya sea por no existir un control médico durante todo el proceso de gestación; o porque la paciente no recibe atención a cargo de un personal idóneo, que en este caso deberá ser un doctor y personal de enfermería calificado. La pobreza también se la considera un factor causal para el probable desarrollo de la preeclampsia y posteriormente en fase crítica de eclampsia y esto sucede así debido en gran parte a que las pacientes no cuentan con los recursos económicos necesarios para destinarlos hacia el acceso a los servicios médicos y finalmente, está la situación cultural que subyace en la mentalidad de ciertas mujeres, en el

sentido que ciertas costumbres o hábitos que están dirigidos a que las embarazadas tengan más confianza en dirigirse a los servicios de una partera empírica; y no ir directamente donde un profesional experimentado ya sea por vergüenza, porque no se adapta a que la vea una persona extraña o sencillamente creer que todo le irá bien con la comadrona de la familia. En este contexto, los factores de riesgo son altísimos, en peligro a la madre embarazada y el feto<sup>3</sup>.

En el Ecuador la preeclampsia, según los datos que existen al respecto, dan a conocer que es la primera causa del fallecimiento materno; que le confirman a través de esta conclusión, de que 3 a 4 mujeres fallecen por cada 100 casos comprobados de preeclampsia. Puesto que este dato es alarmante, muchos científicos se han preocupado en profundizar en este tema, a fin de saber con certeza y precisión cuál o cuáles son las causas principales para que se desarrolle en un momento dado esta patología en las mujeres que se encuentran en estado de gravidez. Hay que señalar que a pesar de todo el interés y el trabajo multicientífico que se ha puesto en marcha, no se ha podido aún esclarecer el tema causal<sup>4</sup>. Por estos antecedentes, es notable la orientación que deben recibir las embarazadas pretérmino ingresadas en el Hospital Público Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil durante el periodo que comprende mayo a julio del 2019, sobre los distintos cuidados que se deben poner en acción para evitar mayores complicaciones, en este sentido el profesional de enfermería está en la capacidad de ofrecer un asesoramiento continuo, emprendiendo actividades relacionadas a la educación para la protección de la salud y cómo se deben aplicar los autocuidados a la paciente en estado de gestación.

## CAPÍTULO I

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación está encaminado de manera general en la línea de la salud y bienestar humano, y específicamente en la sub-línea de investigación: salud de la mujer área materno infantil. En este marco general del estudio, el tema que se va a abordar será sobre la preeclampsia, que por su alto grado de frecuentabilidad y nocividad en las mujeres embarazadas representa a no dudarlo en un problema de Salud Pública. En este sentido, diariamente se constata aproximadamente son 830 mujeres que pierden la vida por causas que relacionados a la gestación y el parto; y que en 99% correspondiente a mortalidad materna se registran en países denominados en desarrollo, en cuyos contextos geográficos los datos estadísticos señalan que la mortalidad materna se da con mucha frecuencia en áreas rurales y sobre todo constituidos por comunidades pobres; y donde el ítem adolescente es el sector social que está más expuesto a mayores riesgos de sufrir complicaciones como consecuencia de quedar embarazadas<sup>5</sup>.

Los estudios sobre esta problemática dan cuenta que la preeclampsia siendo un síndrome que se da porcentualmente entre un rango de 2 al 12% entre las mujeres gestantes, permite hacer una proyección mundial de lo que resulta que esta patología (preeclampsia) es responsable de que en el globo terrestre mueran alrededor del 15% de las madres tratadas o intervenidas en todos los centros hospitalarios reportados. Recogiendo datos de lo que sucede en el país de norte (EE.UU.), la preeclampsia al ser comparadas con otras enfermedades, llega a ocupar el cuarto lugar de mortalidad materna, que en términos proyectados consiste en 1 muerte por cada 100.000 partos vivos. Al fijarse qué sucede en América Latina, se encuentra que, según reportes estadísticos, la preeclampsia-eclampsia ocupa el primer lugar como causa directa de muertes maternas en un 25,7% de los casos tratados. Así mismo se pudo saber que esta enfermedad es la causante de que se sucedan entre un 10% o un 15% de los fallecimientos maternos; por esta razón, dada la gravedad como se manifiesta se la considera con sobrada

razón en una enfermedad que con lleva un alto riesgo para 2 personas, la una que es precisamente la madre gestante y la otra que corresponde al producto fetal<sup>6</sup>.

Siguiendo los informes, se tiene que una cuarta parte de casos reportados por muerte materna, están asociados con las diferentes complicaciones que se derivan de la acción que generan los trastornos hipertensivos gestacionales; como también de la preeclampsia y luego su desarrollo final de la eclampsia; que desde las ciencias médicas son consideradas como responsables de la mayoría de los decesos materno y perinatal por su alto grado de morbi-mortalidad.

El epicentro de trabajo de la presente investigación se llevará a cabo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, que cumple las tareas de salud pública en la ciudad de Guayaquil, que su labor la realiza acogiendo a todas las personas del país que demandan atención y cuidados médicos; y en el caso del presente estudio, a todas las mujeres en gestación. La razón porque se escogió esta institución de la salud fue por dos motivos principales: primero porque está ubicado en un sector con una alta densidad poblacional; y en segundo lugar, porque es objeto de una alta demanda de atención por parte de mujeres embarazadas pretérmino que evidencian signos y síntomas de padecer de preeclampsia. El trabajo se lo realiza para casos de mujeres embarazadas, que han presentado problemas durante el primer trimestre de embarazo manifestando: edema, hipertensión, proteinuria, por no haber recibido la información correspondiente de los profesionales de salud que laboran en el área<sup>7</sup>.

Los antecedentes expuestos han dado las pautas o fundamentos científico-técnicos y humanos necesarios para que el presente estudio se enfoque en determinar las complicaciones de la preeclampsia en mujeres embarazadas que se encuentran en pretérmino y que ingresaron para su atención en el principal hospital público de la ciudad de Guayaquil como es el Teodoro Maldonado Carbo, correspondiente al período que se inicia en el mes de mayo y termina en julio del 2019.

### **1.1. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las complicaciones en embarazadas pretérmino con preeclampsia atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las embarazadas pretérmino ingresadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la preeclampsia en embarazadas pretérmino ingresadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo?

### **1.2. Justificación**

En el tiempo correspondiente a las prácticas hospitalarias, se pudo conocer que un importante número de mujeres embarazadas pretérmino que acudían al área de emergencia del hospital Teodoro Maldonado Carbo, presentaban alteraciones relacionadas a una posible preeclampsia, las cuales tienen poca información. El personal de salud está dispuesto a realizar la identificación de factores preconceptionales y el conocimiento de todo lo relacionado a la fisiopatología atípicas de las pacientes embarazadas, contribuyeron de manera decisiva para que pudiera elaborar de manera correcta los diagnósticos de cada caso, y así mismo establecer por la abundante información recogida, los procedimientos médicos-farmacológicas y humanas que se requerían para disminuir en gran medida las probables muerte maternas y perinatales.

En este contexto, el alto grado de atención de pacientes con estos problemas, dieron la motivación suficiente para ser los responsables al realizar este trabajo donde se decidió en escoger esta problemática como tema central de su investigación; como fue el estudio de la preeclampsia en mujeres embarazadas pretérmino<sup>9</sup>.

Este estudio tiene relevancia social, debido a la elevada tasa de morbimortalidad materna en el país debido a esta enfermedad, considerando

el descuido o desconocimiento de las madres en edad gestacional sobre los controles prenatales, de alimentación, el ejercicio, así como también las creencias que no permiten la asistencia a las instituciones de salud para una valoración oportuna y eficaz.

Los resultados del presente trabajo de investigación, permitirán tener una visión amplia de las condiciones en que acuden a los controles prenatales. Las principales favorecidas serán las embarazadas pretérmino, quienes recibirán información actualizada sobre los riesgos de la preeclampsia y los cuidados que deben de cumplir. El personal de enfermería también se considerará como beneficiarios, ya que podrán implementar ciertas medidas que ayuden a disminuir la cantidad de este tipo de problemas en gestantes con esta condición, considerándolas como un grupo vulnerable de gran cuidado<sup>10</sup>.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar las complicaciones en embarazadas pretérmino con preeclampsia atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, periodo Mayo a Julio del 2019.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las embarazadas pretérmino ingresadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- Definir los factores de riesgo que inciden en la preeclampsia en embarazadas pretérmino ingresadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

## **CAPÍTULO II**

### **2. FUNDAMENTACION CONCEPTUAL**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

En una investigación llevada a cabo por Díaz<sup>11</sup>, que trataba sobre la interrelación de los distintos factores de riesgo para evolucionar a una preeclampsia en las mujeres que quedaron embarazadas siendo aún adolescentes, y cuya atención y cuidados, ocurrió en el hospital público “Sergio E. Bernales” a lo largo del año 2015; aportó con datos muy interesantes, los mismos que se detallan a continuación: Señalaba que alrededor de un 36,7% de gestantes se habían preocupado de hacerse por lo menos 4 controles prenatales; y de ese grupo una población cercana al 36,7% evidenciaban estar obesas; en cambio un 3,3% presentaron que la preeclampsia tuvo lugar antes, en un embarazo anterior a la presente gestación; así mismo anunciaba que un 3,3% correspondía a una historia de antecedentes familiares relacionados con la preeclampsia; un 93% de las pacientes concernía a mujeres nulíparas; un 6,7%, decía el informe que eran habituales consumidoras de tabaco mucho antes de quedar embarazadas.

Un 39% presentaron un diagnóstico por diabetes mellitus; el estudio halló que un 80% de la muestra pertenecían a la etnia mestiza, que el 83,3% eran mujeres sin un compromiso formal (solteras), que un 80% de las personas estudiadas tenían su residencia en áreas urbanas; que un 70% tenían un nivel socioeconómico de escasos recursos y finalmente el 63,3% de la población habían cursado estudios secundarios.

Con respecto a los resultados del chi-cuadrado, hace conocer que las variables obesidad y controles prenatales insuficientes si tienen correspondencia, es decir, existe asociación estadística significativa con la presencia de preeclampsia. Se concluyó por toda la información, que la obesidad y las tareas de control prenatal insuficientes, sí tienen asociación estadística de carácter significativo con la aparición y desarrollo de

preeclampsia en todas las adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el curso del año 2015.

Por su parte Machado<sup>12</sup> a través de su estudio titulado que habla sobre los factores de índole clínico y sociodemográficos que se asocian a la preeclampsia en las mujeres gestantes que tienen edades que van de 16 a 25 años y que son atendidas en el área de emergencia en el hospital de Ventanillas en el período que va desde el mes de enero hasta diciembre del 2016, dice que la mayoría de los decesos maternos que se dan en dicho establecimiento 75% tienen como causa principal a las complicaciones derivadas de la presencia de la enfermedad de la hipertensión gestacional como son la preeclampsia y eclampsia. En lo que respecta al Continente africano y asiático, los de las estadísticas recopiladas dan cuenta que casi  $\frac{1}{4}$  de la población femenina están relacionadas a esta complicación de salud en lo que respecta a lo que sucede en Latinoamérica, los indicadores estadísticos en cuanto a la morbilidad perinatal están en el orden del 8 hasta el 45% y en lo que se refiere a la mortalidad se da entre un 1 a un 33% cuya causa son ocasionadas por la preeclampsia.

En datos obtenidos y que corresponden al Perú, dan a conocer que estos se han dado hasta en un 10% en lo que corresponde a desórdenes hipertensivos, los mismos que fluctuaron entre diagnósticos leves a severos; y todos ellos se dieron en los diferentes hospitales existentes en el país andino. En ese contexto la eclampsia se presentó en valores que van entre el 2,8 por mil hasta un pico de 7,9 por mil neonatos vivos. Indicador que nos hace conocer que esta patología se ubica como la segunda causa de fallecimientos maternos en el Ecuador.

En lo que concierne al hospital de Ventanilla, los estudios señalan que dentro del conjunto de emergencias obstétricas que se suceden en esa institución, las complicaciones causadas por la hipertensión gestacional, son las que presentan mayor incidencia de frecuentabilidad, y de manera específica se pudo comprobar que la preeclampsia estuvo presente en un porcentaje elevado de casos durante el tercer trimestre, correspondiente al

año 2014, al establecer que por cada 1000 gestantes que fueron atendidas en la sala de emergencia, un aproximado a un 5,4% desarrollaron algún cuadro de Preeclampsia.

El investigador Criollo<sup>13</sup>, hace conocer en su estudio relacionado al tema sobre la presencia de determinados factores de riesgo que están presentes para la generación de complicaciones en la preeclampsia, en todas la usuarias-adolescentes que por padecer esta enfermedad acudieron por atención en el hospital provincial general docentes, que se encuentra dando un importante servicio de salud en la Sultana de los Andes como es conocida la ciudad de Riobamba, y que fue considerada para el presente estudio en el año 2017. Los datos estadísticos obtenidos en este centro hospitalario fueron los siguientes: Se conoció que un 97% de las usuarias o pacientes correspondientes a la adolescencia tardía, al establecerse de dónde proceden, encontró que la mayor parte de la población considerada en el estudio provenían del sector urbano (alcanzando el 75%), que contaban con estudios secundarios pero incompletos (de 49%); y con reportes que señalaban de haberse hecho más de 5 controles prenatales.

En cuanto a factor de riesgo alto, acompañado con trastornos hipertensivos sucedidos en embarazos estaban en el orden del 2%. En relación a factor de riesgo mediano, los principales correspondían a: embarazos de adolescentes y su primer embarazo correspondía un 88%. En cuanto a sufrir de preeclampsia y con signos e indicadores de gravedad, ocupaba un altísimo porcentaje (82%); y las complicaciones maternas que fueron reportadas en las estadísticas fueron los siguientes: En cuanto a hemorragias postparto se ubicó en un 12%; presencia del síndrome de Help en un 11%; diagnosticada con eclampsia fue alrededor de un 7%.

La información obtenida en cuanto a las complicaciones halladas en los neonatos fueron los siguientes: El reporte señaló que un 14% correspondieron a niños prematuros; un 26% de ellos nacieron con bajo peso. Los datos presentados facilitarán por lo tanto el poder hacer conclusiones, y son las siguientes: Se ha podido conocer que existe un

aumento cada vez más progresivo en los embarazos correspondientes al sector social de adolescentes, y de igual manera en cuanto a padecer preeclampsia. Así mismo se confirmó que las adolescentes embarazadas presentaron en un porcentaje muy alto de preeclampsia con signos graves; otro detalle que se desprende, es conocer que existió una baja decreciente de factores incidentales de riesgo considerados de alto nivel; y en lo que comprende a factores identificados como riesgo mediano, el informe señaló que había un predominio de las madres calificadas como primigenias (por primera vez quedaron embarazadas); además el informe señaló que las complicaciones más importantes correspondieron a los denominados trastorno hipertensivos que se hayan asociados con estadísticas que dan a lugar a porcentajes significativos en cuanto a nacimientos prematuros, teniendo bajo peso al momento de venir al mundo (nacimientos).

Pero en un estudio llevado a cabo por Sánchez<sup>14</sup>, el cual se titula “Prevalencia, factores de riesgo y complicaciones de preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el hospital Isidro Ayora de Loja”, mediante el cual identificó que en cuanto a factores de riesgo, se encontró: edad entre 20-25 años, 30,3 % (n=20); edad gestacional entre 21 a 33,3 semanas, 57,6% (n=38); primigestas, 54,5% (n=36); primípara, 51,5% (n=34); embarazo gemelar, 4,5% (n=3); antecedente familiar de preeclampsia, 37,9 % (n=25); antecedente de preeclampsia en embarazos previos, 51,5% (n=34); En base a las complicaciones maternas se obtuvo: Síndrome de Hellp, 30,3% (n=20); Eclampsia, 18,2% (n=12); atonía uterina, 12,1% (n=8); desprendimiento prematuro de placenta 7,6% (n=5); CID 4,5% (n=3) y en cuanto a complicaciones fetales: prematurez, 51,5% (n=34); óbito fetal, 12,1% (n=8); y restricción del crecimiento fetal, 9,1% (n=6). Los datos de esta investigación revelan la indiscutible importancia de la educación como principal herramienta de prevención y manejo de la preeclampsia.

Valdés<sup>15</sup>, señala mediante su estudio “Factores de riesgo para preeclampsia”, el cual tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia; señala que los factores que influyeron para el desarrollo de preeclampsia, están en el siguiente orden: de tener una edad

de 35 años o más (OR=4,27), tener sobrepeso al momento de quedar embarazadas (OR=2,61), ser una mujer con anterioridad al presente embarazo nunca había concebido (multiparidad = 3,35); existir en el antecedente familiar de que la madre ha sufrido de preeclampsia (OR = 7,35), o por lo menos una hermana lo sufrió (OR = 5,59); no así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables.

Se ha podido conocer por la experiencia médica, de que la mayoría de factores de riesgo que intervienen para desarrollar preeclampsia de ningún modo son modificables, de ahí que es indispensable que el personal de enfermera junto con el médico encargado, se esmeren al máximo para prestar toda la atención prenatal que la paciente necesita, con la finalidad de garantizar un diagnóstico precoz de la enfermedad y así mismo actuar de inmediato para que la patología no prospere y no haga los daños previsto si no hay intervención oportuna.

De acuerdo a investigaciones de Echeverría<sup>16</sup> en su estudio “Prevalencia de eclampsia asociada a anemia hemolítica y otras complicaciones en el área de materno infantil del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de enero 2012 a diciembre 2016”, nos hace conocer que la prevalencia de eclampsia asociada a anemia hemolítica y otras complicaciones llegó a un 25,50%. Se estableció asimismo que del total que correspondió a la muestra seleccionada, un 63,6% de los casos sufrieron de un embarazo de preeclampsia severa.

Donde más se dio la patología fue en mujeres que tenían edades que estaban dentro de un rango comprendido entre los 24 a 29 años, que en términos de todos los casos representaba el 36,3% de la muestra escogida. Así mismo hablando en términos de edad gestacional, lo que evidenció una mayor predominancia en cuanto a complicaciones fue la que correspondía entre las 31 a 33 semanas y porcentualmente fue ubicada en un 45%. En cuanto a las complicaciones de carácter sindrómicas asociadas detectadas fueron los siguientes: En primer lugar, correspondió al síndrome de Hellp,

que ocupó un 36% de los casos totales; en segundo lugar, se lo relacionó al síndrome de Evans y porcentualmente se ubicó en un 9%; y, finalmente un 36% fue considerado como un grupo indefinido en razón de no disponer al momento del estudio del test de Coombs. Un detalle que debe ser tomado en cuenta y que se encontró en la investigación, es que las pacientes multigestas son las más proclives a desarrollar todos los síntomas y complicaciones de la eclampsia, el porcentaje obtenidos así lo confirma y que fue del 55% en relación a todos los casos considerados en la presente muestra. Se hace conocer que a un 27% de los casos se le administró un esquema terapéutico, tal como lo recomiendan las guías actuales con parámetros internacionales.

De todo lo detallado de información relevante, se puede establecer las siguientes conclusiones: Como un dato importante se encuentra que la prevalencia de eclampsia asociada a anemia hemolítica y otras complicaciones se dio en el orden de un 25,5%. Los diagnósticos establecidos por laboratorio señalaron que un 18,1% del total de la muestra evidenció que las mujeres tenían anemia hemolítica autoinmune. Un 36% de las pacientes presentó síndrome de Hellp y apenas un 9% reportado por análisis de laboratorio presentaron casos con síndrome de Evans.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **Preeclampsia**

Una definición muy generalizada, dice que la preeclampsia corresponde a una enfermedad que se da propiamente cuando una mujer se encuentra embarazada durante el proceso de parto, o post parto (puerperio) que posee un origen de índole multisistémico, que se lo vincula generalmente a la presencia de un desarrollo irregular o anormal a nivel de la placenta, y este componente a su vez está interactuando con una multiplicidad de factores que provocan daños a nivel del tejido endotelial. Desde una perspectiva clínica, se afirma que la tensión arterial se constituye en el dato más importante para establecer un pronóstico y diagnóstico más preciso y

relevante en función de su relación directa en cuanto a un alto nivel de incidencia hacia la morbilidad y mortalidad ya sea materna como perinatal<sup>17</sup>.

Hablando en términos médicos, es considerado como una complicación grave, suele manifestarse al comienzo de la segunda mitad del embarazo o también darse cuando se da el trabajo de parto, llegando incluso durante el puerperio inmediato, de esta manera es considerado como una causa muy importante de mortalidad materna, de morbimortalidad perinatal.

La caracterización más notoria es dar una respuesta inmunológica incorrecta o inapropiada, podría decirse con más precisión que es anormal en la gestación materna, a consecuencia de la implantación del producto o raíz de la concepción, que se manifiesta por mostrar funciones endoteliales alteradas, que se da por la activación de la cascada de un proceso de coagulación y un repentino y brusco aumento de la resistencia vascular o nivel periférico como también de un aumento plaquetario<sup>17</sup>.

Para que el síndrome se haga presente, es necesario que se dé un período de evolución preclínico que sea antes de cumplirse 20 semanas de gestación y a continuación de un período clínico, cuya aparición tiene lugar cuando se cumpla la mitad del embarazo. Hay que indicar que en este período también se hace presente un estado de hipertensión asociado a proteinuria más alteraciones sistémicas. Se ha podido verificar que a medida que la preeclampsia sea más grave, más precoz será el comienzo de la etapa clínica, constituyéndose de esta manera en el estadio final de un conjunto de acontecimientos que aparecen incluso con anterioridad a la concepción<sup>18</sup>.

En líneas generales, en el campo médico se consideran como factores incidentales de riesgo coadyuvantes a la génesis y desarrollo de preeclampsia, los indicadores que se detallan a continuación: Se detecta la presencia de primigravidez, aparición de primipaternidad, algunas manifestaciones de preeclampsia previa: Antecedentes de historia familiar de preeclampsia; pertenecer al sector social de la raza negra; padecer de hipertensión crónica; ser madre siendo joven (menor a 20 años); tener edad avanzada (mayor a 35 años); tener una masa corporal aumentada; ser

madre con embarazos múltiples. Madre que padece de diabetes mellitus pregestacional; presencia de hiperhomocisteinemia, organismo que hace resistencia a la insulina; adquirir costumbres de fumar frecuentemente (tabaquismo); efecto protector, concepción en base a reproducción asistida<sup>18</sup>.

Hay que indicar al respecto, que los factores señalados en líneas anteriores, son factores de riesgo identificados de manera general sin establecer a qué tipo de preeclampsia se trata. Esto es así por cuanto el origen fisiopatológico de los dos tipos de preeclampsia son diferentes. De esta manera, al hablar en un sentido general, se puede afirmar, que en su mayoría las gestantes que presentan complicaciones por preeclampsia son por inicio tardío, el mismo que al ser expresados porcentualmente ocupan de un 75 a 80%. También cabe enfatizar que a pesar que los dos tipos de preeclampsia del que estamos refiriendo, tienen en común una misma vía fisiopatológica como denominador final, como es producir el daño endotelial, en lo que respecta a los orígenes del desbalance antiangiogénicos no lo son en la PIP se han asociado factores como gestantes con historial de multiparidad, descontrol de la alimentación hasta llegar a la obesidad; durante el embarazo aumenta aún más el peso; haber adquirido la diabetes gestacional, padecer de anemia materna (desnutrición, infecciones); sostener un vicio hacia el tabaquismo<sup>19</sup>.

De lo expresado en líneas anteriores, se puede establecer una definición de qué es preeclampsia: Consiste básicamente en una hipertensión arterial HTA, que viene a ser a una medición de 140/90 mmhg y cuando se trata de una proteinuria, los valores son: mayor de 0,3g en el transcurso de 24 horas, y que suceden estos eventos posteriores a las 20 semanas que la mujer quedó en gestación. Cuando no exista proteinuria, la preeclampsia habitualmente se la diagnostica como hipertensión asociada a trombocitopenia, que consiste que la persona tiene un conteo de plaquetas que es menor a 100 000 $\mu$ L, también se detecta una disfunción hepática (comprende una elevada cantidad de transaminasas hepáticas en sangre (viene a ser el doble de lo normal, así mismo se da una aparición de insuficiencia renal consiste en la elevación de los niveles de creatinina en

sangre y comprende un volumen de 1,1 mg/dL o el doble de esta sustancia (creatinina) en el torrente sanguíneo en ausencia de otra patología renal, presencia de un edema pulmonar o la manifestación de trastornos cerebrales o visuales de Novo. Es evidente que si hay aparición de edema pulmonar la patología de preeclampsia se agrava por definición<sup>19</sup>.

### **Epidemiología**

Según datos referidos a nivel mundial, señalan que la incidencia de preeclampsia está entre un 2 a un 10% de las mujeres embarazadas, el mismo que es el antecedente para posteriormente tener una eclampsia, y cuyos datos varían en cada país del globo terrestre. De acuerdo a información difundida por la OMS/Organización Mundial de la Salud), señala que la presencia de la patología de preeclampsia en las naciones consideradas en vías de desarrollo son 7 veces más frecuente que aquellas calificadas como desarrolladas, que en términos porcentuales se expresan como un 28% para los primeros, y un 0,4% para los segundos<sup>20</sup>.

Corresponde a la segunda causa para que se den complicaciones maternas graves una vez que se produjeron hemorragias post parto, para lo cual hubo la necesidad de internación urgente, y el sitio más indicado fueron las unidades de cuidados intensivos (UCI), de esta manera se evitaba que las pacientes estén en peligro de muerte; pero sin poder hacer algo por las secuelas que quedarían por mucho tiempo. Enfatizando que las gestantes que tuvieron un parto pretérmino antes de cumplirse las 34 semanas, son las que están en mayor peligro de quedar expuestas a un mayor riesgo de sufrir de enfermedades cardiovasculares a temprana edad, y esto es así por el hecho de que esta enfermedad vascular está asociada directamente con un hipertensión crónica, o también con otras patologías como: ser resistente a la insulina, obesidad o sobrepeso, síndrome metabólico, diabetes mellitus, o por desarrollar enfermedades autoinmunes como el tener lupus eritematoso o síndrome antifosfolípido, entre otras enfermedades que son causa de producir alteración en la función endotelial<sup>20</sup>.

Al observar la incidencia de eclampsia en los países de América del Norte (son naciones desarrolladas) con los que conforman el continente europeo, a

cuenta que es similar y que está en el orden de 5 a 7 casos por cada 10.000 alumbramientos, aspectos que no es correspondiente con lo que pasa en las naciones que no salen aún del subdesarrollo, al percatarse de que es de una condición muy variable, al presentar un parámetro que oscila entre 1 caso por cada 100 embarazos; y luego cambia la oscilación por 1 caso por cada 1700 embarazos. Llegando a ver qué sucede en las naciones perteneciente al continente africano, ponemos como ejemplo a Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía; la información que se recoge indican que los datos matemáticos varían desde un 1,8% a 7,1%; y en el caso particular de Nigeria, se encuentra que la prevalencia tiene una oscilación que va entre un 2% a un 16,7%<sup>20</sup>.

Como se dijo en líneas anteriores, la preeclampsia es considerada como la complicación médica con más recurrencia en el embarazo, los datos estadísticos así lo confirman al darse en un 1,91, 3,3%, 4,2% e incluso llegando porcentualmente hasta un 12% de los casos de mujeres en gestación. Así se tiene a Ananth que en el estudio que realizó de esta enfermedad en Carolina del Norte, donde se halló una incidencia de 3,6%. Así mismo otro investigador como Ostlund que en Suecia, lo encontró en un 2,4%. En términos de incidencia de eclampsia, esta varía alrededor de 2 y 13 caos por cada 1000 partos. Otro investigador como Liu, encontró que la incidencia de eclampsia, en este caso tuvo una disminución muy importante y de manera drástica como fue que de un 124 por cada 10.000 partos en el año 2003 descendió hasta un 5,9 en el año 2009. En estudios realizados en el Perú, en cuanto a desórdenes hipertensivos de nivel leve o severo, fueron detectados a partir de un 4,11%, 4,8%, 5,36%, 6,6%, 7,9% hasta un máximo de un 10,8% en mujeres gestantes que solicitaron atención en los diferentes hospitales de país sureño. De ahí que la eclampsia fue identificada en un 2,8 por mil casos; hasta llegar a un 7,9% por mil nacidos vivos<sup>20</sup>.

### **Fisiopatología**

Al hablar de la preeclampsia, es apropiado señalar en qué consiste, a fin de que el lector tenga nociones claras y precisas de qué se trata. De esta manera, se dirá lo siguiente: Es el resultado de una invasión anormal de las

arterias espirales ubicadas en el útero, por parte de un conjunto de células citotrofoblásticas extra (CTEV), acompañada de alteraciones locales del tono muscular, como también en lo que comprende al balance inmunológico y del estado inflamatorio. La preeclampsia se inicia al producirse una reducción de la perfusión útero placentario, debido a la invasión del citotrofoblasto en todas las arterias espirales. El endotelio es otro órgano de mucha importancia comprometido en la patogénesis y que cumple una labor en cuanto a actividades o funciones fisiológicas<sup>21</sup>.

Los estudios llevados a cabo en el tema abordado, han demostrado que, a nivel de la placenta, las mujeres diagnosticadas con preeclampsia, tienen niveles muy bajos de la sustancia metaloproteinasa de la matriz (MMP)-, la misma que consiste en ser un antígeno linfocítico humano (HLA)-G, igualmente sucede en los niveles del lactógeno placentario (HPL), que contrastan de manera significativa con aquellas mujeres que sostienen un embarazo sin complicaciones, es decir que la gestación es normal.

Puede darse el caso que la primera invasión del trofoblasto endovascular se da de manera incompleta en determinadas mujeres preemclámpticas, las cuales no llegan a afectar la estructura músculo elástica que corresponden a las arterias espirales, de igual manera no produce efecto en cuanto se refiere a sus funciones y respuesta a la cualquier sustancia vasoconstrictora endógena, lográndose una disminución de la perfusión materno-placentaria y como consecuencia producir una hipoxia placentaria cuando la paciente se encuentra en períodos avanzados del embarazo.

Debido a la afectación que se da en el endotelio es que se origina una reducción de la sustancia conocida como prostaciclina, cuya función consiste en actuar como un inhibidor de la agregación plaquetaria, en razón de que la colágena sub-endotelial puede brindar una adecuada condición para que se produzca agregación plaquetaria más la liberación de otra sustancia como la tromboxano A<sub>2</sub>, que es un poderoso vasoconstrictor<sup>21</sup>.

## **Clasificación**

### **Preeclampsia leve**

Se dice que hay preeclampsia leve cuando aparece una tensión arterial sistólica medida con un valor que puede ser igual o mayor a 140mmHg, y siendo menor de 160mmHg; y con respecto a la tensión arterial diastólica, señala valores que presentan un rango mayor o menor a 90mmHg pero nunca mayor de 110mmHg en todas las mujeres que presentan gravidez (embarazadas) y que se hallan en un período de gestación que va de 20 semanas o más; además mostrar en los exámenes proteinuria en tirilla reactiva positiva; y proteinuria en el lapso de un día, 24 horas, con valores mayores o iguales a los 300 mg hasta inferior a los 5 gramos; como también presentar información de ausencia de signos, síntomas y demás exámenes que se realicen en laboratorio que indiquen que no existe severidad<sup>22</sup>.

### **Preeclampsia Grave o severa**

Se dice que existe esta patología cuando la mujer embarazada presenta los siguientes indicadores: En cuanto a la tensión arterial sistólica señala que es mayor o igual a valores de 160 mmHg; y en lo que respecta a la tensión arterial diastólica los valores proyectado en el tensiómetro es mayor o igual a 110 mmHg, para gestantes que tienen 20 semanas o más en ese estado; y adicional muestran niveles de proteinuria durante las 24 horas de valoración con cantidades iguales o mayores a los 5 gramos o proteinuria en tirilla reactiva +++; complementadas con la presencia de los siguientes signos, síntomas y datos obtenidos en exámenes realizados en el laboratorio<sup>22</sup>.

### **Eclampsia**

La literatura médica da cuenta de esta enfermedad cuando la paciente, en este caso la mujer embarazada presenta convulsiones de carácter tónico-clónicas muy generalizadas y/o un coma sin poderlo explicar, estando ya en la mitad del período de gestación; o así mismo la enfermedad Eclampsia, se hace presente justo cuando se inicia un procedimiento de parto o el puerperio, que no corresponda a otras patologías.

### **Hipertensión crónica**

Se presenta cuando una mujer tiene presión arterial alta antes de quedar embarazada o diagnosticada antes de la semana 20 de gestación dando como manifestación una posible preeclampsia, señalando una presión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg y la diastólica mayor o igual a 90mmHg. Los bebés nacidos de una madre con hipertensión crónica, el periodo posnatal puede ser malo, debido a la preeclampsia añadida. Existen diferentes criterios para diagnosticar preeclampsia, los cuales incluyen la hipertensión, proteinuria, edema.

### **Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreañadida**

La mujer embarazada en la situación descrita, hipertensión arterial crónica, mediante exámenes de laboratorio, presenta información de apareamiento de proteinuria pasadas las 20 semanas, con intempestivos o bruscos aumentos en cuanto a valores basales, que se los identifica como proteinurias previas, o en otras palabras, se dice que hay un agravamiento de cifras de TA y/o surgimiento del síndrome de HELLP y/o síntomas de índole neurosensoriales en toda embarazada, que fue diagnosticada con antelación de tener hipertensión. Ya en el caso de preeclampsia sobreimpuesta, el factor de riesgo se hace más alto en materno-fetal cuando hay hipertensión crónica en mujeres gestantes<sup>22</sup>.

### **Hipertensión gestacional**

Es cuando la presión arterial se eleva durante el embarazo, suele aparecer después de las 20va semana de gestación cursando sin proteinuria y desaparece después del nacimiento de su bebé, sin embargo la presión arterial hay que controlarla para que no perjudique en el futuro Se presenta en un 5% a 10% en los embarazos múltiples, de los factores predisponentes para el padecimiento de esta enfermedad es tener una edad menor o igual a 20 años, o también puede padecer en aquellas mujeres mayores a 35 años. La hipertensión gestacional puede empeorar y llegar a una preeclampsia y eclampsia, lo cual puede sufrir una serie de riesgo tanto para la madre como para el bebé<sup>22</sup>.

## Diagnóstico

Los fundamentos para elaborar un diagnóstico de que hay preeclampsia, parte de la presunción que se establece por la aparición de síntomas específicos o propios de la enfermedad, que siempre están acompañados por problemas de hipertensión. De acuerdo a términos médicos esta patología es definida en base al aumento anormal de dos sucesos muy características como son; primero, la paciente sufre a nivel de la presión arterial sistólica un repentino incremento de valores normales que llegan a una marca superior a los 140 mmHg; Segundo; a nivel de la presión sistólica, e incremento de valores encima de lo normal es de más de 90 mmHg. De darse repentinamente la preeclampsia con síntomas alarmantes es indispensable que sea llevada de urgencia al Hospital. Una vez que la paciente está en el área de emergencia, el médico o enfermera tratante deberá tomarle la presión por dos ocasiones, observando que el tiempo sea, de un intervalo de 4 horas entre uno y otra medición. Existe para estos casos otra alternativa de diagnóstico, que consiste en hacerse una medición a la excreción de proteínas que se la obtiene de la orina en una muestra de 24 horas<sup>23</sup>.

En lo que concierne a la proteinuria, el concepto de definición aparece cuando se obtienen valores de medición de > a 300mg/24horas. Según otro procedimiento de constatación, la proteinuria, se lo determina o diagnostica tomando en cuenta los valores que arroje el cociente proteína: Así se tiene creatinina  $\geq 0,3$  o en una lectura en tira reactiva de 1+; es necesario aclarar que la tira reactiva sólo es empleada cuando no se encuentren disponibles los otros métodos cuantitativos. Es de destacar que la ausencia de proteinuria en pruebas que son consideradas de relativa precisión, como es en muestras de orina con tira reactiva, de ningún modo servirá para hacer una interpretación de ausencia de preeclampsia<sup>23</sup>.

Cuando el médico realiza las respectivas visitas preconcepcionales y prenatales, se prioriza el trabajo destinado al control de los valores que marque el tensiómetro sobre la presión arterial del paciente, toda vez que se dé una consulta con la embarazada. Esta actividad es de carácter obligatorio, toda vez que la mayoría de las gestantes son asintomáticas al

comienzo. Para este caso la OMS, ha hecho recomendaciones, las cuales se basan en realizar un mínimo de 5 controles prenatales.

Es preciso tener muy en cuenta cuáles son los valores que marca la tensión arterial, al momento de hacer el diagnóstico y el consiguiente anejo de los trastornos que están vinculados a la hipertensión gestacional, de ahí la importancia en seguir estas recomendaciones, las mismas que por supuesto están basadas en la evidencia que aparece objetivamente, y son las siguientes:

Cuando se proceda a realizar la toma, es menester pedir a la paciente que se siente, y en esa posición que el brazo lo levante hasta la altura donde está el corazón- cumplida esta orden, la enfermera debe utilizar un tensiómetro aeróbico que tenga un manguito capaz de cubrir con facilidad 1.5 veces toda la circunferencia del brazo de la gestante. Para el caso que se tenga que trabajar con embarazadas que tengan sobrepeso se debe tener en cuenta que regularmente no presentan tensión arterial alta. Sin embargo, se le toma la tensión arterial, para esto el aparato o tensiómetro siempre debe tener un manguito grande y que sea el más apropiado.

Como se dijo en líneas anteriores, la definición de hipertensión es aquella que tiene valores específicos, la una, que es referida a una lectura de tensión arterial diastólica que muestre valores que sean superiores a 90 mmHg, al aplicarse 2 lecturas que sean una a continuación de la otra. Es necesario que este procedimiento siempre se lo haga en el mismo brazo. Cuando se habla de hipertensión severa, el concepto que la define debe ser aquella que presenta una tensión arterial sistólica de 160mmHg; y una tensión diastólica de 110 mmHg o más alta. En este tipo de lectura de hipertensión severa, se recomienda para su confirmación, el hacer después que transcurra unos 15' y ahí hacer la siguiente toma.

## **Factores de riesgo**

### **Edad**

En opinión de algunos autores consultados, las edades extremas, como son, de que una mujer tenga menor de 20 años o que sea mayor de 35, son consideradas de mayor peligro para contraer hipertensión (el factor de más alto riesgo) inducido por el estado de gestación, que, en opinión de los investigadores consultado, representa una alta probabilidad para que las embarazadas puedan contraer preeclampsia, de 2 a 1, duplicado el riesgo<sup>24</sup>.

### **Estado civil**

Sucede con mucha frecuencia que una madre por diversas causas debe afrontar su embarazo sin el apoyo moral, afectivo y económico de su pareja, por cuanto se ha separado, ha fallecido, está preso, fuera del país, entre otros; es muy probable que pueda sufrir estados negativos como puede ser de depresión, sentirse sola, y muchas veces tener pensamientos de duda, si es conveniente o no continuar con la gestación; al punto de cuestionarse si la venida del nuevo ser al mundo le representa no una alegría, sino una gran dificultad para mantenerlo, amarlo, o también que le impide seguir con un empleo y con ello a que el patrono considere mejor que no siga laborando, y lo adecuado sería hacerle una liquidación (desahucio), en razón de que no le interesa que esta persona (embarazada) continúe prestando sus servicios como trabajadora, al tener que pagarle sueldo y demás beneficios sociales sin que trabaje o produzca muy poco y sería un aporte de escasa rentabilidad para el negocio o empresa.

Todas estas emociones que experimenta la futura madre, van a ser percibidas por el feto en su vida intrauterina como estados negativos en el desarrollo del producto fetal; y así mismo a la propia gestante, que la condicionaría a asumir conductas silenciosas, a buscar el aislamiento social, a desarrollar inseguridad que afecten a su autoestima y la puedan predisponer a que su embarazo se complique y tenga alguna incidencia en la preeclampsia<sup>24</sup>.

### **Nivel educativo**

Es evidente que una gestante que posee un nivel instruccional bajo, tendrá dificultades para planificar correctamente para que su estado general y el del producto transcurra sin ninguna novedad; no saber o aplicar en forma correcta medidas preventivas frente a un conjunto de probables problemas que pueden ocurrir o acontecer en todo el período de gestación, o también que se puedan dar en el transcurso del trabajo de parto y postparto. Los aspectos de desconocimiento aquí detallados por parte de la gestante, lleva a establecer una conclusión que resume todos los peligros que pueden suscitarse durante el embarazo, como es: Que el producto fetal no estará formándose en las condiciones óptimas para que nazca completamente<sup>24</sup>.

### **Antecedentes familiares**

De acuerdo a investigaciones precedentes, que detallan estudios familiares mediante el método observacional y descriptivo, se ha podido conocer que las hijas y hermanas de mujeres que padecieron preeclampsia, están con mayor riesgo de contraerla al quedar embarazadas. El estudio así mismo, plantea que los familiares que están en primer grado de consanguinidad con respecto a una mujer que le tocó vivir con problemas de preeclampsia, está expuesta potencialmente a estar en una condición de 4 a 5 veces de mayor riesgo de desarrollar todas las complicaciones malestares y morbilidad que puede acarrear cuando una mujer contrae preeclampsia estando embarazada y si no se atiende a tiempo, su enfermedad pasa a ser más agresiva como la eclampsia, que incluso podría ser causa de muerte inminente.

En esta misma consideración están con una probabilidad alta de contraerla, aquellos miembros femeninos que se ubican en el segundo grado de consanguinidad, en una proporción de 2 a 3 veces mayor, en relación de aquellas embarazadas que no presentan en su historial clínico ningún episodio de preeclampsia<sup>24</sup>.

## **Peso y talla**

Cuando las mujeres llegan a una edad de fertilidad, es probable que aumente el apetito, el mismo que si no es controlado a tiempo con disciplina y selección nutricional, o se prefiere a sí mismo, alimentos chatarra o rico en grasas (colesterol) por la ingesta excesiva de carbohidratos con el tiempo se volverán obesas, quedando en una situación de sobrepeso que les perjudicará si quedan embarazadas, predispuestas a desarrollar hipertensión arterial y con ello se abre la puerta a contraer preeclampsia. En estudios efectuados por Gutiérrez Isac y Cals, en la península Ibérica-España, en mujeres que se encontraban en edad fértil, hubo un indicador de sobrepeso en un porcentaje de 24,6% y un nivel de obesidad significativo en un 11,1%, referido a censos de población adulta española entre los años 2008 y 2010, lo que hace pensar en un supuesto de que en aquel país existiría una tasa global de sobrepeso y obesidad que bordearía el 35,7%. En este punto, los datos de lo que la OMS estima a nivel mundial, existe en lo que concierne al indicador que habla sobre la obesidad, que se da en la población de mujeres embarazadas, la misma que está en el orden de rango que fluctúa entre un 1.8 y 25,3%. En estudios similares que se llevaron a cabo en el país del norte (Estados Unidos), dan a conocer que la tasa en relación a los ítems obesidad en mujeres gestantes oscila entre un 18,5% y el 38.3%.<sup>25-26</sup>

## **Diabetes mellitus**

La fuente científica sobre este tema, señalan que con la diabetes mellitus pre estacional, también pueden aparecer micro-angiopatías junto con un aumento del estrés oxidativo y de un importante daño en lo que respecta al tejido endotelial, y todos juntos con vasta probabilidad pueden ser nocivos en la perfusión útero-placentaria y estimular de manera activa al apareamiento de la preeclampsia, que se vuelve 10 veces más frecuente en las mujeres que padecen de esta patología<sup>27</sup>.

### **Enfermedad renal crónica**

Sobre este tema, la información científica hace conocer que las nefropatías, de las que se puede hacer una distinción y que se hallan dentro de procesos morbosos, tales como: la diabetes mellitus (también se la conoce como nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (llamada también nefro-angioesclerosis), con seguridad determinan condiciones óptimas para que a través de variados mecanismos faciliten el desarrollo de la preeclampsia<sup>27</sup>.

### **Primigravidez**

Con respecto a ella, esta ha sido verificada en numerosos estudios de índole epidemiológicas, siendo un material valioso que sustenta la validez del presente planteamiento; verificándose cuando se habla de las primigenias que los niveles de susceptibilidades equivalen a 6 u 8 más que las mujeres que se presentan como múltiparas. Se puede decir con certeza que la preeclampsia es reconocida en la actualidad como una patología provocada por un fenómeno de inadaptación de índole inmunitario de la madre en relación al producto fetal<sup>28</sup>.

### **Embarazo Múltiples**

La experiencia clínica señala que los embarazos gemelares como la presencia de polihidramnios, producen sobre distensión del miometrio, lo cual trae como consecuencia que se produzca una notable disminución de la perfusión placentaria y la producción de hipoxia trofoblástica, que a través de mecanismos complejos, pueden alentar o inducir a que la enfermedad aparezca, se desarrolle y actúe con las consecuencias negativas tanto a la madre como al producto fetal. Siendo esta problemática, se afirma que la preeclampsia es muy probable que se dé en una proporción de 6 a 1 en los embarazos que sean de parto múltiple en relación de aquellos que son sencillos, de 1 solo neonato<sup>29</sup>.

## **Complicaciones**

El presente párrafo señala los siguientes eventos que pueden suscitarse a partir de que las mujeres embarazadas adquieren la enfermedad conocida como preeclampsia. Lo primero que se manifiesta como efecto o síntoma de patología, es que puede darse una restricción o desaceleración del crecimiento del producto fetal, que incluso puede llegar a un desenlace fatal, es decir, la muerte del feto.

Con un concepto muy claro, se sabe que todas las gestantes que han desarrollado preeclampsia, están expuestas en gran medida a estar en riesgo inminente de sufrir el desprendimiento precoz o prematuro de toda la placenta al momento de estar concibiendo un producto fetal; y así mismo estar expuestas a futuro, o experimentar problemas de insuficiencia útero-placentaria<sup>31</sup>.

Para diagnosticar que una mujer embarazada tenga o no preeclampsia, es necesario, si hay sospecha de la enfermedad, realizarse las siguientes pruebas: Realizarse un examen de hemograma que sea completo, en el que existan detalles como: recuento de la cantidad de plaquetas; nivel del ácido úrico, recomendación para que en el menor tiempo se pueda hacer pruebas sobre la función hepática, así mismo, en el laboratorio solicitar que le hagan una evaluación de cómo están los volúmenes de electrolitos séricos, complementa esta información con saber cuál es el nivel que tiene la paciente en las cantidades de nitrógeno ureico existente en la sangre, de cuánto es el volumen de creatinina y poder terminar este conjunto de exámenes hacerse sobre la depuración de la creatinina.

Los trabajos de evaluación al feto deben realizarse aplicando una prueba en la cual la madre gestante no esté en situación de estrés (debe estar calmada, tranquila). Esta prueba se la conoce como perfil biofísico (que incluye una evaluación de todo el volumen de líquido amniótico) y otras pruebas que el médico tratante considere realizar en cuanto al peso del producto fetal<sup>31</sup>.

### **Síndrome de hell (Hemolysis, Elevated-Liver enzyme levels, Low Platelet count).**

Consiste en hacerse una prueba para conocer cómo está la función hepática elevada y otra para conocer sobre un bajo recuento de plaquetas. La experiencia clínica hace evidenciar que este síndrome de HELLP, se hace presente en alrededor de un 10 a 20% de aquellas embarazadas que tienen un diagnóstico de tener preeclampsia grave o que finalmente han desarrollado eclampsia: en términos médicos es reconocida como una afección que puede propiciar un estado grave hacia la salud o bienestar tanto de la madre como la del feto en desarrollo o próximo a nacer, y que se encuentra asociada con altos índices de mortalidad dado el conjunto de complicaciones que se forman alrededor de esta patología<sup>32</sup>. La incidencia nombrada y que se manifiesta tiene como probabilidad de 100 veces en comparación a cualquier embarazo normal, de 100 veces en comparación a cualquier embarazo normal, esto es, de 1 a 2/1000 casos. De acuerdo a registros implementados, se ha podido recabar el siguiente dato: que al ser diagnosticados con el síndrome de HELLP, también padecen de hipertensión y proteinuria; aunque en ciertos casos no hay evidencia de estos problemas<sup>33</sup>.

En este trabajo de investigación es considerado de mucha importancia detallar las nociones médicas que están presentes en la preeclampsia diagnosticado como grave, y así mismo aquella que es solamente leve. En base a este enunciado señalamos lo siguiente. Cuando se trata de preeclampsia grave, lo primero que aparece en la valoración médica, es que se ha producido una disfunción a nivel del SNC. (Sistema Nervioso Central); en este caso los síntomas que presenta son visión borrosa, acompañada de otros indicadores como escotoma, una clara alteración de su estado mental, sufre de continuos dolores de cabeza, que llegan a ser intensos, cefaleas graves, que a pesar de suministrarse el fármaco paracetamol, no los alivia; hay un pronunciado dolor a nivel gástrico, y así mismo aparición de sensaciones de náuseas a nivel del cuadrante superior derecho de lo que es el abdomen; que impulsa a que la persona tenga ganas de vomitar.

En este caso, se observa que la tensión arterial sistólica alcanza niveles que se ponen por arriba de 160mmHg; y con respecto a la tensión diastólica viene a ser > a 110 mmHg, todas ellas tomadas por dos ocasiones en un intervalo  $\geq$  de 4 horas que debe existir entre una y otra medición. Que al hacer el recuento en el volumen de plaquetas viene a ser de <100.000/ $\mu$ L. Que la producción de orina es < 500 mL/24h. Se evidencia la formación de edema pulmonar o cianosis; riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular; tener que vivir con insuficiencias renal progresiva, cantidades de creatinina sérica > a 1,1 mg/dL como también llegarse a producir una duplicación de lo que es la creatinina en suero en gestantes que no dan evidencias de sufrir de alguna enfermedad renal<sup>33</sup>.

Citando a Bocanegra, están coincidiendo al señalar que las características clínicas más frecuentes y comunes que hacen determinar que el paciente tiene el síndrome de Hellp, son los siguientes: Aparición de dolor de cabeza/cefalea); presencia de edema acompañado de dolor gástrico. Estos signos son muy útiles para presumir la presencia de trastornos hipertensivos a lo largo del embarazo<sup>34</sup>.

Martín y sus colaboradores presentaron una propuesta de clasificación para la Universidad de Mississippi que consistía de subpoblaciones en función a la cantidad de plaquetas, siendo este indicador de gravedad del mal, un concepto para establecer el pronóstico.

Así se tiene lo siguiente: Los que corresponden a Clase 1: Se lo establece cuando el individuo tiene menos de 50.000 células/mm<sup>3</sup>. Los que corresponden a clase 2: Cuando en el antes de plaquetas la cantidad de las mismas está entre 50.000 y 100.000 células/mm<sup>3</sup>. Los que corresponden a Clase 3: El conteo realizado muestra la existencia de plaquetas entre 100.000 y 150.000 células/mm<sup>3</sup>. El trabajo con el esquema de clasificación predice: la rapidez del restablecimiento en el puerperio. La alarma de que pueda presentarse un riesgo en el paciente de adquirir el síndrome, sirve como un pronóstico perinatal; y, la necesidad de plasmaféresis<sup>35</sup>.

## Tratamiento

El protocolo para tratarse la preeclampsia, se inicia con la extracción del producto fetal, el mismo que se lo puede hacer de 2 maneras; la primera consiste a través del trabajo de parto; y otra decidiéndolo por una operación de cesárea. Cuando hay la voluntad de realizarse una extracción temprana del feto, se deberá primero hacer una evaluación de los riesgos que esta operación implica, para esto la edad gestacional es un indicador muy importante, así mismo considerar el concepto de la gravedad de la preeclampsia y qué tipo de respuestas podrían surgir si se emplearan otros tratamientos<sup>36</sup>.

El trabajo de parto o cesárea a más de recuperar la estabilización materna, por ejemplo, el problema de las convulsiones; mediante el control eficiente de la tensión arterial, se lo lleva a cabo para: un embarazo que lleva  $\geq 37$  semanas; para casos de eclampsia diagnosticados, cuando se trata de un caso de preeclampsia que presenta características, síntomas graves y el embarazo va por  $\geq 34$  semanas de gestación. Cuando se detecta que existe un deterioro significativo de la función renal y también en el trabajo pulmonar, hepático y del órgano del corazón. Cuando se obtienen datos que generan una preocupación al mantenerse al feto y cuyos datos son pruebas contundentes para un trabajo de parto o cesárea para eliminar los problemas de preeclampsia<sup>36</sup>.

Existen otros tratamientos que no consideran la interrupción del desarrollo fetal, como se dijo anteriormente mediante trabajo de parto o cesárea; sino al contrario de preservarlo en todo lo que sea posible. Así esta práctica procurará optimizar la salud no solo de la madre sino también el del feto. Se considera el concepto que si se puede postergar el parto de una manera altamente confiable en embarazos que han llegado a  $< 23$  semanas, con toda seguridad es muy probable que se pueda dosificar fármacos de corticoides en un lapso de 48 h. con el objeto de acelerar el proceso de desarrollo y maduración de los pulmones que debe ocurrir en el feto. En este punto se aconseja a las madres en gestación que decidan ir al hospital para internarse en salas generales. En cambio, para aquellos casos de pacientes en estado de gravidez que tengan eclampsia o preeclampsia comprobado y

presentan signos y síntomas de gravedad, lo más prudente será llevarlos a UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)<sup>37</sup> como una decisión acertada.

Para las pacientes que son atendidas de manera ambulatoria, la evaluación se la realiza una vez transcurridos 2 o 3 días; cuyo propósito será indagar si existen pruebas de que señalen convulsiones, desarrollo de preeclampsia que tengan características de gravedad y presencia de sangrado vaginal. También servirá para controlar la tensión arterial, determinar cómo están los reflejos y el estado del corazón del producto fetal (que se la hará mediante pruebas en la cual no exista estrés del paciente y finalmente elaborar un perfil biofísico). En cuanto al trabajo del recuento plaquetario, lo concerniente a la evaluación de los niveles de creatinina sérica y de enzimas hepáticas se los hará mediante evaluaciones frecuentes, las mismas que durarán hasta que se logre una estabilización de la embarazada; pasado este tiempo la evaluación se hará únicamente una vez cada semana.

Cuando las gestantes son internadas en un Hospital o Unidad de Salud, los recursos humanos que se deben disponer son los siguientes: En primer lugar, la institución debe contar con la presencia de un Obstetra, será un especialista en medicina materno-fetal, para que sea esta profesional que asuma las responsabilidades de hacerse cargo de otras actividades, el de evaluarlas de la misma manera como se tuviera a pacientes en la modalidad ambulatoria, y que fueron puntualizadas en párrafos anteriores, en el caso de que la evaluación arroje un diagnóstico de preeclampsia, el protocolo a seguir, es que las evaluaciones de la haga con bastante frecuencia, así mismo se actuará si la paciente se encuentra en una edad gestacional de < 34 semanas<sup>37</sup>.

### **Nociones básicas del tratamiento para la preeclampsia**

Usualmente el fármaco (producto químico) que se utiliza con mucha frecuencia es el sulfato de magnesio. La dosificación en los pacientes produce beneficios que están en el orden de disminuir en más del 50%. Todos los riesgos que posibilitan la aparición de la Eclampsia, y aún más hacia el riesgo de muerte materna. Esto se debe a que el medicamento de sulfato de magnesio tiene propiedades químicas de actuar como un eficiente

agente que bloquee la acción de los receptores N-metil aspartato en el cerebro. En este sentido, los estudios realizados a la fecha también hacen conocer que al menos  $\frac{1}{4}$  de las mujeres que reciben este tratamiento quedan expuestas a padecer algún efecto secundario, como por ejemplo de tener de un momento a otro una inevitable sofocación.

Un segundo beneficio que proporciona el tratamiento en base a sulfato de magnesio, es que, hasta la presente fecha, no hay datos que digan que este producto pueda asociarse a algún riesgo materno; al contrario, después de un monitoreo exhaustivo que duró 2 años. Tal asociación nunca se dio; igual sucedió con los niños/as, de no hallar a futuro algún riesgo que compromete su vida o que quede expuesto a sufrir incapacidad en el lapso de 18 meses de vida.

### **Culminación del embarazo en pacientes que presentan trastornos hipertensivos de la gestación**

La experiencia médica recogida por muchos años, ha orientado al cuerpo médico que la cesación del período de embarazo es lo más adecuado para eliminar todos los trastornos severos y graves que derivan por la presencia de la preeclampsia. De lo que se concluye que la terminación del período de gravidez viene a ser el tratamiento por excelencia. Es importante en este punto, el conocer con mucha objetividad dos aspectos: primero sobre cómo va a reaccionar la paciente al tratamiento (calidad de la respuesta), en este tiene que ver la fortaleza física para tal procedimiento; y, en segundo término, determinar en qué grado de vitalidad y madurez se halla el producto (considerar las expectativas que se tiene antes de la terapia).

Otra condición para que el cuerpo médico asuma la decisión de elegir la alternativa del parto, está dada en determinar si las características de cada mujer, son las más adecuadas, es decir, que se pueda estabilizar la vida de la paciente y del propio producto. Es así que el trabajo de parto en mujeres que tienen preeclampsia leve o severa, se lo puede hacer siempre y cuando han cumplido > 37.0 semanas de gravidez (gestación).

Si las mujeres embarazadas presentan cuadros de trastorno hipertensivo gestacional, la vía a seguir siendo segura es a través de un parto vaginal, salvo que la opinión del obstetra sea contraria a este procedimiento, el camino a emprender, será mediante una cesárea. Tratándose del caso de que la condición de la vagina es óptima para un caso normal, pero no así del cuello uterino, lo que se toma en cuenta es provocar en lo posible una rápida maduración cervical; solucionado este problema el parto estará asegurado como exitoso.

Otro detalle importante que siempre debe estar en el pensamiento y la acción del cuerpo médico, de no olvidarse u obviar ningún protocolo de los procedimientos para que el tratamiento logre los objetivos deseados, como puede ser, por ejemplo, todas las acciones que corren paralelas al tratamiento antihipertensivo, que siempre deben procurar que la TA Sistólica no sea  $<160$  mmHg y de  $<110$  mmHg, tratándose de la diastólica.

### **Recomendaciones**

#### **Cuidados que se deben tener post-parto (siendo menos de 6 semanas)**

Antes que nada, se debe aclarar que la puesta en acción de algunas tareas destinadas a ejercer control post-parto, no son de ningún modo contrario a los controles de naturaleza obstétrica que son habituales, tratándose de aspectos antihipertensivos o la implementación de prevenciones de eclampsia posparto, donde sobresale el uso del fármaco compuesto de sulfato de magnesio durante las primeras 24 horas.

En cuanto a las recomendaciones que se hacen, son las siguientes: Cuando se ha dado por concluido el trabajo de parto por parte de equipo médico. Se procederá el siguiente paso, el mismo que consistirá en reiniciar. Las tareas terapéuticas de antihipertensivos, teniendo como atención preferencial a todas las mujeres que presenten preeclampsia severa; luego en un orden de privacidad o aquellos que tienen hipertensión crónica; y, finalmente se interviene a los que han presentado un parto pretérmino.

Como se ha dicho en líneas anteriores, una vez finalizado el trabajo de parto, se procede al tratamiento antihipertensivo en todos los casos que fueron calificados como prioritarios, de ahí que los casos severos están en primera línea de atención; pero puede ser cambiado este orden si hay mujeres con cuadros de comorbilidad, y se actúa con carácter de urgencia. Para las necesidades de saber cómo está la presión arterial de una paciente, la recomendación apunta a que se lo haga durante el tiempo pico de TA posparto, siempre y cuando haya transcurrido 3 días como mínimo y 6 días como máximo después de haberse llevado a cabo el parto.

### **Cuidados postparto (cumplidas más de 6 semanas)**

Para el caso de aquellas mujeres que se hallan en estado de gestación y presentan antecedentes históricos de preeclampsia grave, y de manera específica que su parto fue realizado sin haber llegado a las 34 semanas de gestación; serán sujetas a un examen que ayude a conocer si en ese momento tienen problemas de hipertensión (preexistente); y estar propicias a desarrollar enfermedades de las cápsulas renales de trombofilia.

Si el caso se refiere a problemas de sobrepeso, la orientación del profesional de la salud lo debe dirigir a las mujeres se preocupen de bajar de peso y alcanzar una masa corporal (IMC) acorde a lo que especifiquen las tablas de peso estandarizadas. Se les dirá que alcanzar el peso idóneo será una condición favorable para la reducción o eliminación en lo posible de riesgos cuando a futuro desean quedar embarazadas (2-2<sup>a</sup>); y como un segundo beneficio directo de la reducción de peso hacia lo ideal, será el asegurar que la usuaria goce de ahí en adelante de una excelente salud durante largo tiempo.

Finalmente, el médico tratante junto con el cuerpo de enfermeras, recomiendan a las mujeres con hipertensión preexistente que no se olviden de ir a un laboratorio para que se sometan a diferentes análisis, entre los que se detalla a continuación: Examen de orina, de sodio, de creatinina, de glucosa, de lipoproteína de alta y baja densidad, de triglicéridos y de estándar. Nota: Todos estos exámenes se los debe efectuar en ayunas.

### **2.3. MARCO LEGAL**

Al realizar un trabajo de revisión somera de lo que dice la Constitución del Ecuador en lo atinente a la Sección Cuarta, se ve trata sobre el tema de “mujeres embarazadas”, y de manera más específica en lo que determina el Art. 43, se encuentra que esta norma jurídica habla sobre la Declaratoria de que el Estado tiene la obligación de garantizar a que cualquier mujer en estado de gravidez y luego en período de lactancia ha de gozar de los siguientes derechos:

1. Bajo ningún concepto una mujer embarazada puede ser sujeto de discriminación en los ámbitos correspondientes a lo educativo, social y laboral.
2. Ordena de manera implícita que todo lo referente a los servicios de salud materna, estén garantizados que serán gratuitos y de manera indefinida.
3. Toda mujer embarazada recibirá protección prioritaria, con la finalidad de garantizar salud integral, como así mismo de su propia vida, en el tiempo que dure su gravidez, durante el parto y posterior al parto.
4. Podrá disponer de todas las facilidades que sean necesarias a fin de alcanzar una óptima rehabilitación o recuperación de la paciente, luego que llegue a su término el período de gestación y la consiguiente etapa de lactancia materna.

Al estudiar el Art. constitucional No. 46, inciso 3 se añade lo siguiente: Que toda mujer que se encuentra embarazada tiene el derecho de recibir los beneficios de una protección prioritaria, también los cuidados necesarios para preservar o mejorar su salud integral, como también su vida en todo el período que corresponda al tiempo de embarazo, al momento del parto y finalmente en el posparto<sup>38</sup>.

En el Plan nacional de desarrollo toda una vida, eje # 1, se refiere a los derechos que tiene las mujeres embarazadas a lo largo de todo su término vital de existencia. En relación a lo anunciado, los datos que arrojan como resultado de la aplicación del Plan Nacional, se obtuvieron los siguientes

datos: Que en el año 2016 se atendió como promedio a una 39,70 de casos por cada 100.000 nacidos vivos.

La cifra ha motivado a las autoridades de salud, o establecer los mecanismos que están a su alcance para reducir este indicador de alta morbilidad materna, para lograr este propósito lo incluyeron dentro de los objetivos del eje fundamental relacionados al sector social; sin embargo, la tarea es grande e incompleta, por lo que sigue siendo un enorme desafío lograr que esta mortalidad sea reducida al máximo en todo el territorio nacional, y para esto requiere diseñar y aplicar programas y políticas que sean cada vez más exitosas.

El Plan Nacional en marcha, en todo el territorio nacional, cuenta con un importante presupuesto que llega a USD 472,9 millones de dólares (considerado en el año 2015), que será para atender todas las necesidades inherentes a la salud pública, eso dice en su parte general y hace entender que es un rubro suficientemente balanceado para atender todos los puntos que contiene dicho Plan; pero al hacer los estudios correspondientes se encuentra que no es así, que hay dos temas esenciales que no fueron valorados en su real importancia, siendo por lo tanto deficitario en lo que concierne a la Educación Sexual y Reproductiva; y la Planificación familiar. Lo que lleva a la conclusión de que el Estado ecuatoriano tiene una importante deuda social con el país al no tratar como es debido las áreas señaladas previamente<sup>39</sup>.

En cuanto a la Ley Orgánica de Salud, al revisar el primer capítulo que habla de las disposiciones, se encuentra el Art. 10; referente a la obligatoriedad de que en los sistemas de Salud se debe incluir programas que contengan aspectos que direccionen de manera óptima y satisfactoria (calidad) todos que contemple atención integral, cuyos parámetros sobresaliente tengan que ver hacia la prevención, la promoción, la rehabilitación y los diferentes cuidados que se deben aplicar para alcanzar metas de salud ya sea en lo individual como en lo colectivo.

En otro capítulo que habla sobre el tema de la presente investigación, se encuentra el tercero, y de manera especial hay que detenerse en el Art. 7, el mismo que trata sobre el tema de la no discriminación a ningún sector social de la población; queriendo con esto disponer y ordenar a que todos los sistemas de salud bajo ninguna circunstancia podrán ser limitados, restringidos o negados a ningún ecuatoriano que lo solicitan; y así mismo tendrán las características de ser gratuitos, permanentes y de calidad; de no darse esta atención (sea en el sector público o privado) la persona afectada podrá considerar la discriminación como una violación a su derecho universal de recibir sin reparo los servicios médicos que requiera en cualquier circunstancia<sup>40</sup>.

Si el caso amerita, es decir que el usuario no sea atendido, él podrá recurrir a las instancias legales pertinentes para asentar su queja y denunciar para que el poder competente al recibir y analizar el caso, determine las acciones pertinentes que corresponden para obligar bajo acción pesquisable a que el proveedor de salud cumpla con lo que dice la ley, que puede ser la atención inmediata, las compensaciones y demás aspectos que contenga la resolución del juez competente. Y en este caso incluya también la entrega de fármacos favorables en cantidad y calidad, el uso de la infraestructura (hospital, donde se puede realizar el internamiento del paciente (si es el caso), la atribuye de los insumos, etc.<sup>40</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Tipo de estudio**

**Nivel:** Descriptivo,

**Método:** Cual-cuantitativo, Retrospectiva

**Diseño:** Transversal

#### **3.2. Población y muestra**

El universo considerado en este trabajo, comprendió a 200 embarazadas que recibieron atención en el servicio de emergencia del Hospital Público Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil periodo Mayo a Julio del 2019. La biopsia social a ser tomada en cuenta fue la elección del universo considerado a una parte de ella, y en el caso que se está señalando, 100 pacientes.

##### **3.2.1. Criterios de inclusión**

A continuación, se detallan cuáles fueron los criterios que manejaron las responsables del presente trabajo para incluirlas en la investigación:

- Que las mujeres presenten embarazos pretérmino.
- Que exista un diagnóstico de embarazo con problemas de preeclampsia.
- Que las usuarias o mujeres en gestión estén siendo atendidas en el Hospital en mención.

##### **3.2.2. Criterios de exclusión**

El criterio prevalente para no considerar a las pacientes en estado de gestación, es que ninguna cumpla con las condiciones detalladas en los criterios de inclusión.

#### **3.3. Procedimiento para la recolección de la información**

**Técnica:** Para el presente estudio, las responsables de la misma consideraron la más apropiada técnica de observación indirecta.

**Instrumento:** Los instrumentos de evaluación y medición aplicados al estudio fueron: La guía de observación indirecta basada en el análisis de las historias clínicas y complementadas con una base de datos de cada paciente.

#### **3.4. Técnica de Procesamiento y análisis de datos**

Elaboración de tablas por medio de Excel. Para el análisis se considerará el marco conceptual en relación a los resultados obtenidos a través de la información recabada.

#### **3.5. Tabulación, análisis y presentación de resultado**

La tabulación de los datos será elaborada en el programa Microsoft Excel, posteriormente será realizado el análisis según lo observado y será representado porcentualmente en gráficos.

### 3.6. Variables Generales y Operacionalización

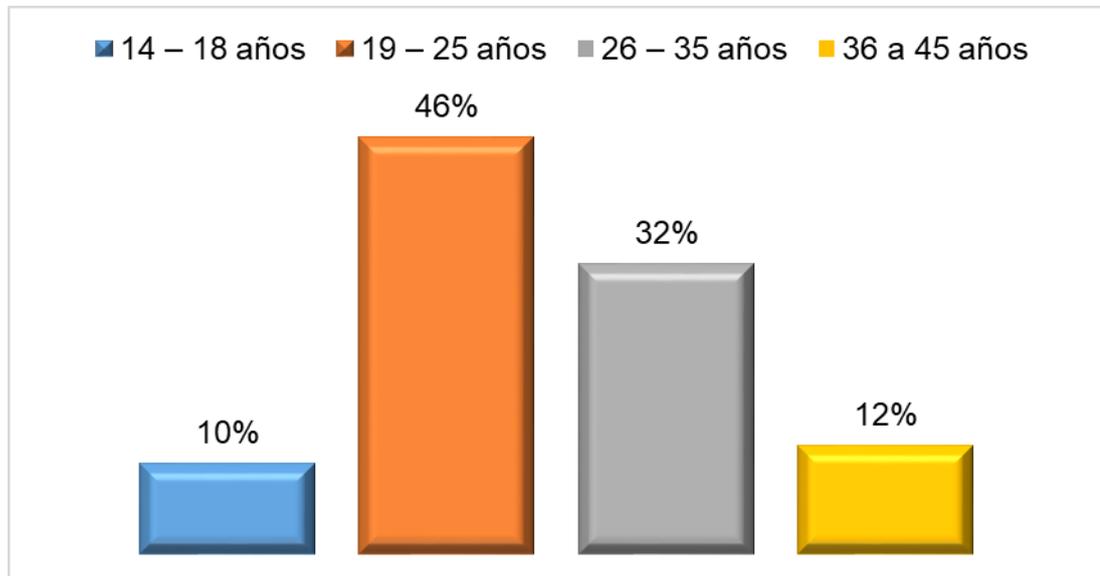
**Variable general:** Preeclampsia en embarazadas pretérmino

Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Complicación que se presenta durante la etapa del embarazo aproximadamente en la 20ava semana de gestación.	Características sociodemográficas	Edad	14 – 18 años 19 – 25 años 26 – 35 años 36 a 45 años Mayor a 46 años
		Procedencia	Rural Urbana
		Nivel de educación	Primaria Secundaria Superior Ninguno
		Estado civil	Soltera Conviviente Casada Viuda
	Factores de riesgo	Peso corporal	Peso normal Sobrepeso Obesidad
		Tipo de parto	Parto vaginal Cesárea segmentaria
		Semana de gestación	Menos de 20 semanas De 21 a 33 semanas De 34 a 36 semanas Más de 37 semanas

<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
		Número de partos	Primíparas Multiparidad
		Controles médico	0 a 3 4 a 6 7 a +
		Antecedentes patológicos	Preeclampsia previa Hipertensión arterial crónica Diabetes mellitus Obesidad Enfermedad renal Ninguno
	Complicaciones	Maternas	Síndrome de Hellp Edema agudo de pulmón Coagulación intravascular diseminada Hematoma subcapsular Insuficiencia renal
		Fetales	Bajo peso al nacer Apgar bajo los 5 minutos Óbito fetal

### 3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

**GRÁFICO 1**  
**EDAD**

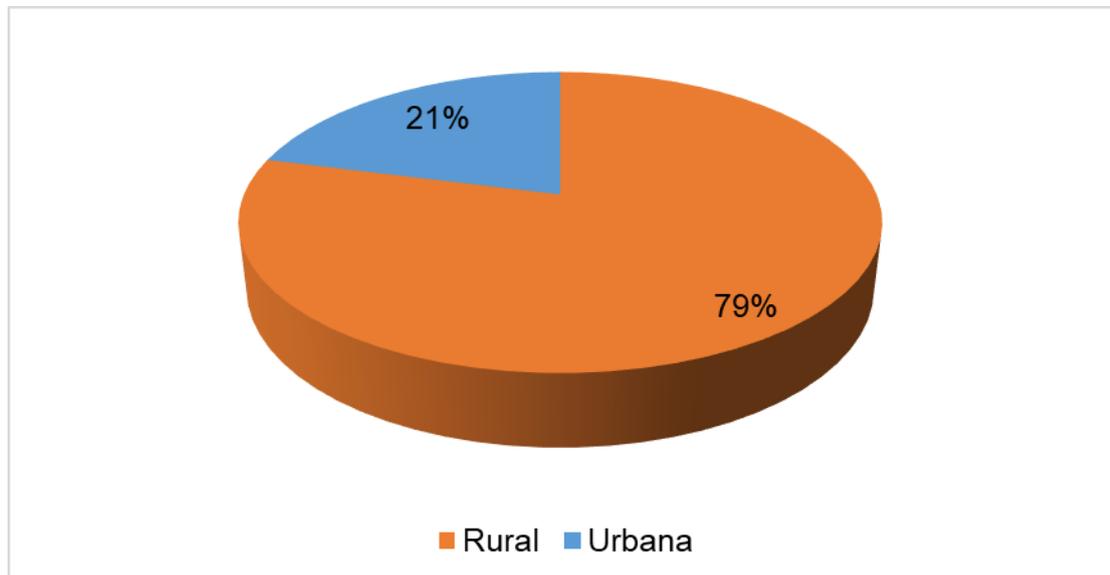


**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia

**Elaborado por:** López Abad Jossyvete Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** Los datos obtenidos en embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia, atendidas en el servicio de emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, fue evidente que el 46% tenía una edad de 19 a 25 años; estos resultados permiten observar que las pacientes que presentan esta condición generalmente son mujeres jóvenes, que quizás no hayan sido orientadas sobre la planificación y cuidados que deben seguir en el embarazo.

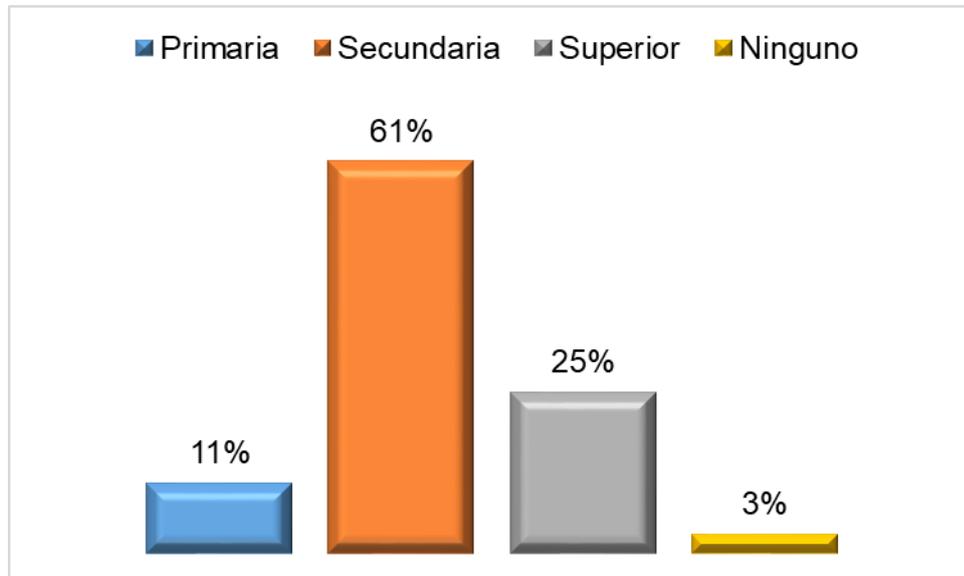
## GRÁFICO 2 PROCEDENCIA



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvete Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** En relación a la procedencia, fue evidente que una gran parte de los habitantes que reside en, las áreas rurales, estas representan al 79% de la población en estudio. Es evidente que los problemas de preeclampsia, se presentan tanto en las áreas rurales como urbanas, pero se acentúan en esta primera área, motivo por el cual se debe seguir desarrollando promociones de salud para señalar los cuidados que deben de seguir y prevenir riesgos o complicaciones.

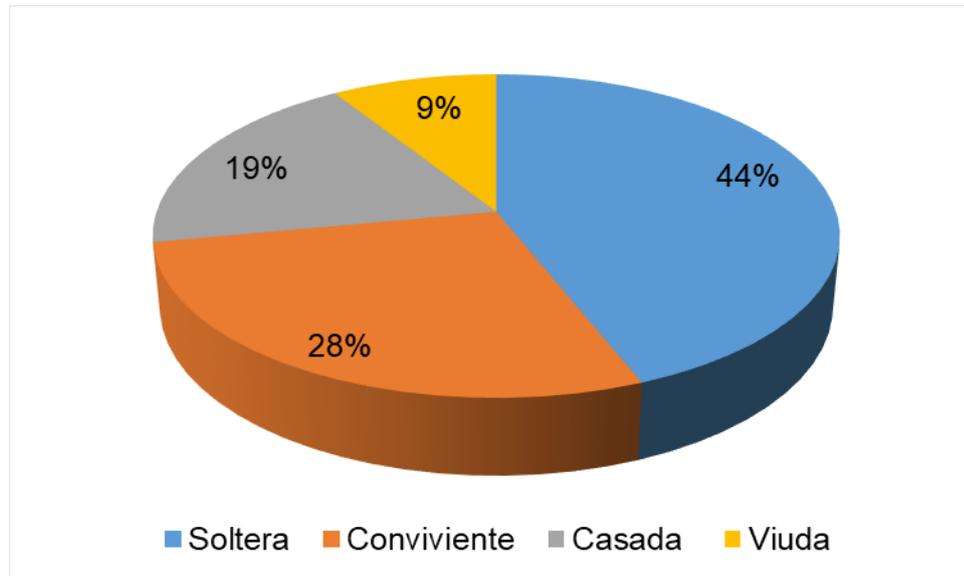
**GRÁFICO 3**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN**



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvete Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** Mediante estos resultados obtenidos, se identificó que la mayoría de las embarazadas pretérmino con preeclampsia, señalan tener un nivel de educación secundaria, esto representa al 61% de la población en estudio. Estos datos permiten conocer que existe un bajo nivel educativo de las embarazadas, por lo que se identifica así mismo, que en su mayoría no han recibido amplia información sobre la planificación familiar y el embarazo.

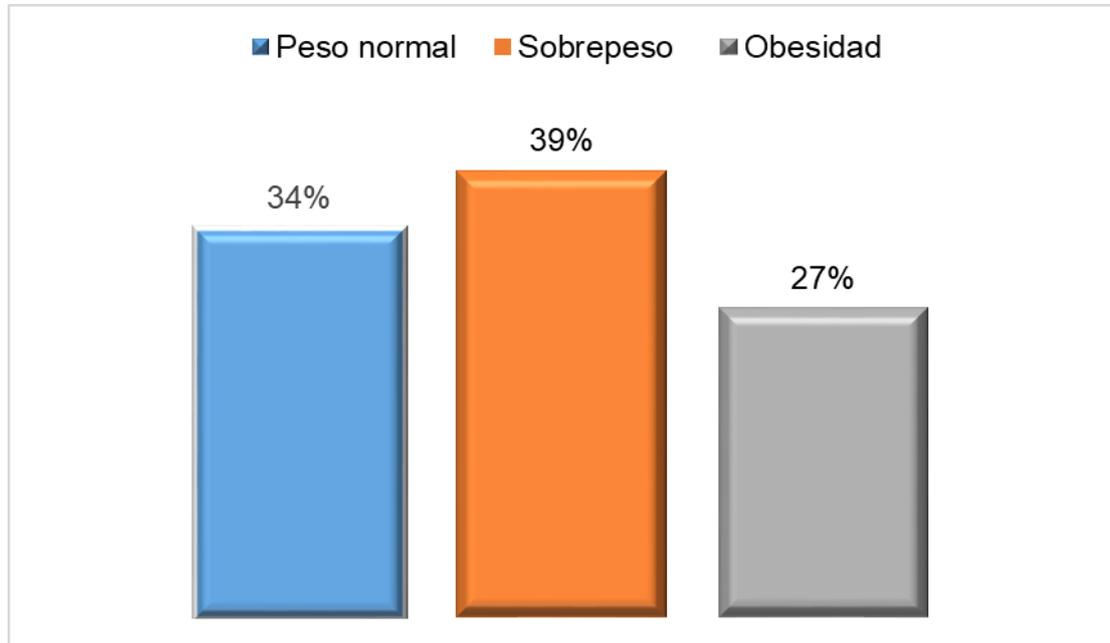
#### GRÁFICO 4 ESTADO CIVIL



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvete Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** Mediante los datos obtenidos, se puede identificar que la mayoría de las embarazadas pretérmino que fueron atendidas en esta institución hospitalaria, se registró en estado civil "soltera", estas representan al 44% de la población en estudio. Datos que posibilitaron conocer que el resto de embarazadas, no indicaron tener compromiso con su pareja; esto permite determinar que la mayoría solo cuenta con el apoyo de sus familiares para sobrellevar el proceso del embarazo.

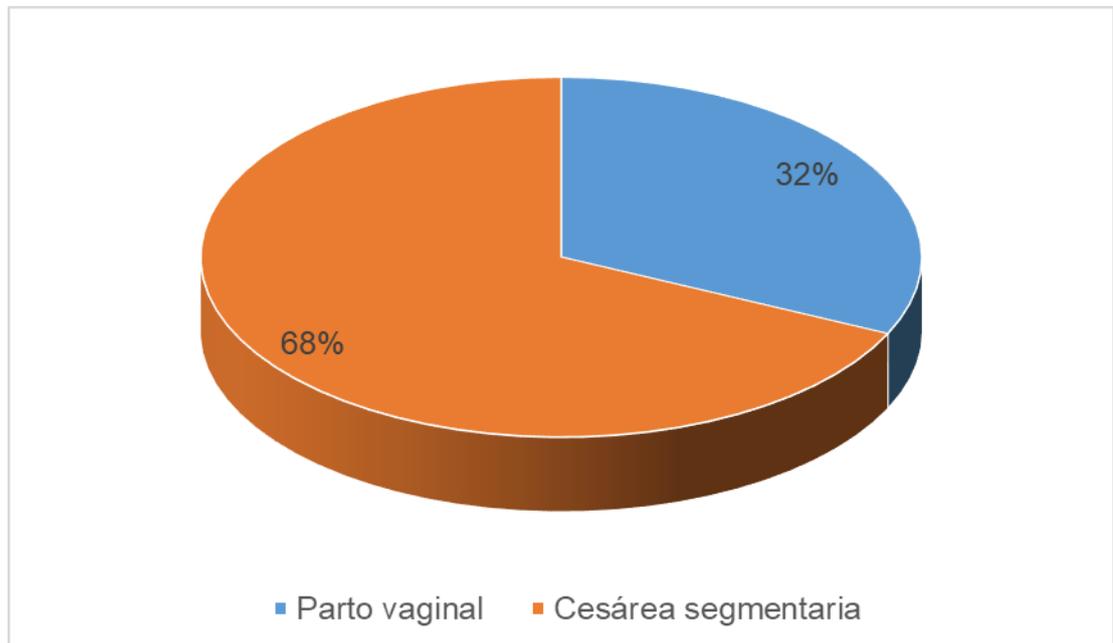
## GRÁFICO 5 PESO CORPORAL



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvette Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** En cuanto al peso corporal, fue evidente que en la mayoría de las pacientes pretérmino presentaron sobrepeso, estas representaron al 39% de la población en estudio. Este factor es relevante, debido a que el sobrepeso u obesidad, puede acarrear consecuencias no solo para la salud de la embarazada, sino también para el producto fetal, siendo necesario realizar charlas de orientación que les permita concienciar sobre la importancia de tener un peso adecuado, para tener una mejor calidad de vida.

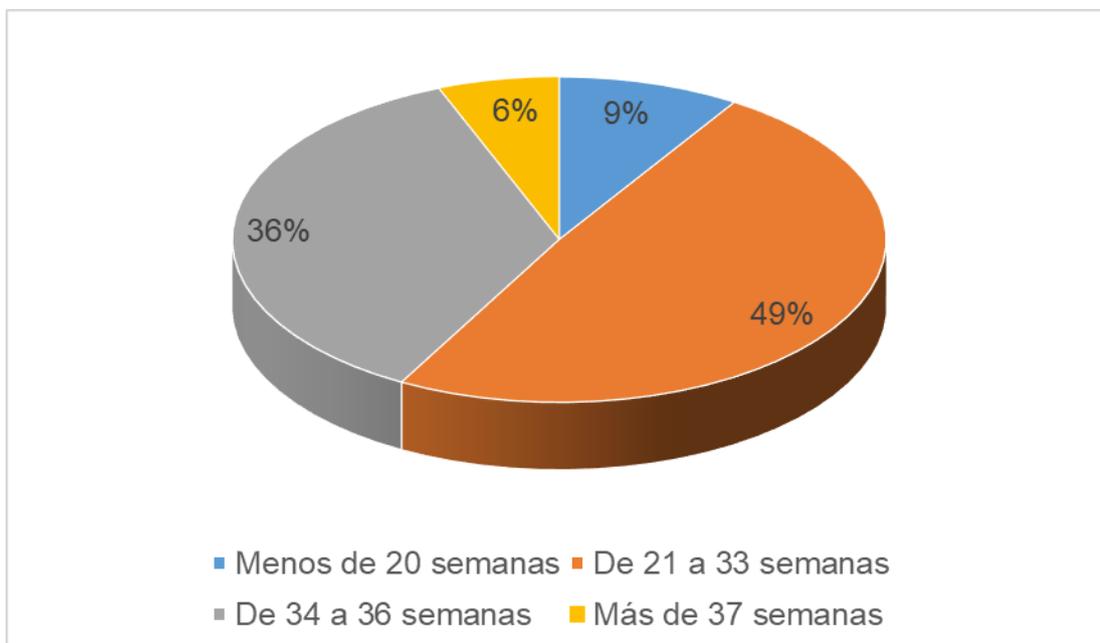
**GRÁFICO 6**  
**TIPO DE PARTO**



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvette Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** Mediante los resultados con relación al tipo de parto se obtuvo, que la mayoría de las embarazadas pretérmino tuvo alumbramiento por cesárea segmentaria. Esto refleja que este grupo de embarazadas, tuvieron que haber presentado algún tipo de complicación que le impidió tener parto vaginal.

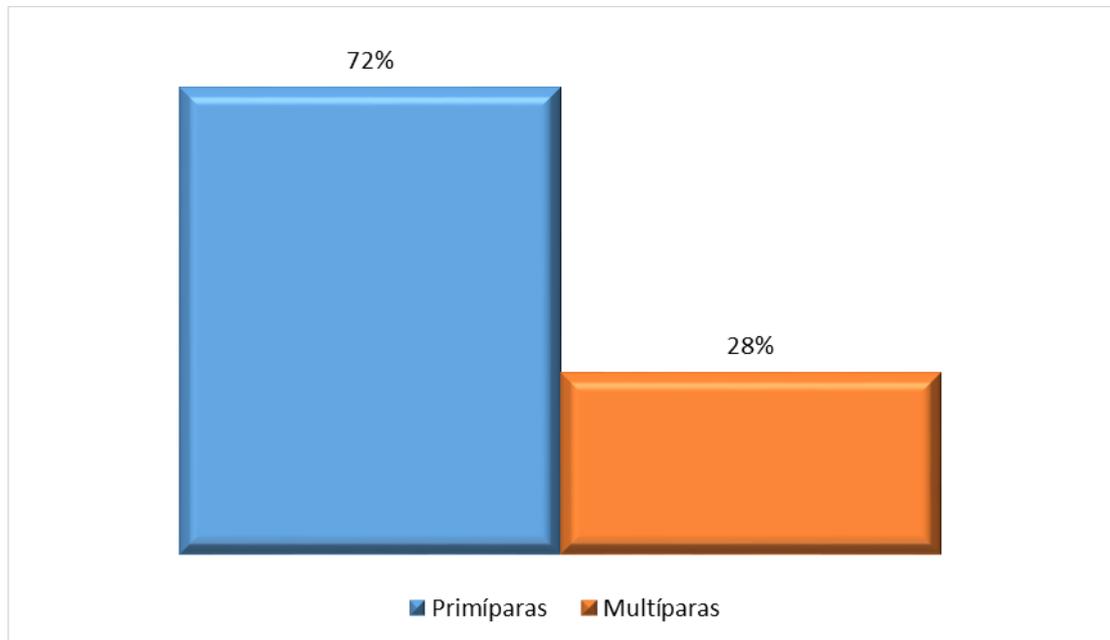
## GRÁFICO 7 SEMANA DE GESTACIÓN



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvette Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** Por medio de estos datos recopilados, se observó que gran parte de las embarazadas que presentaron preeclampsia, tuvieron una edad gestacional de 21 a 33 semanas. A pesar de que fue evidente que hubo pacientes que, si estuvieron dentro del tiempo de gestación adecuado, se evidenció que algunas embarazadas no cumplieron con el tiempo de gestación adecuado, esto también repercute en la salud del neonato.

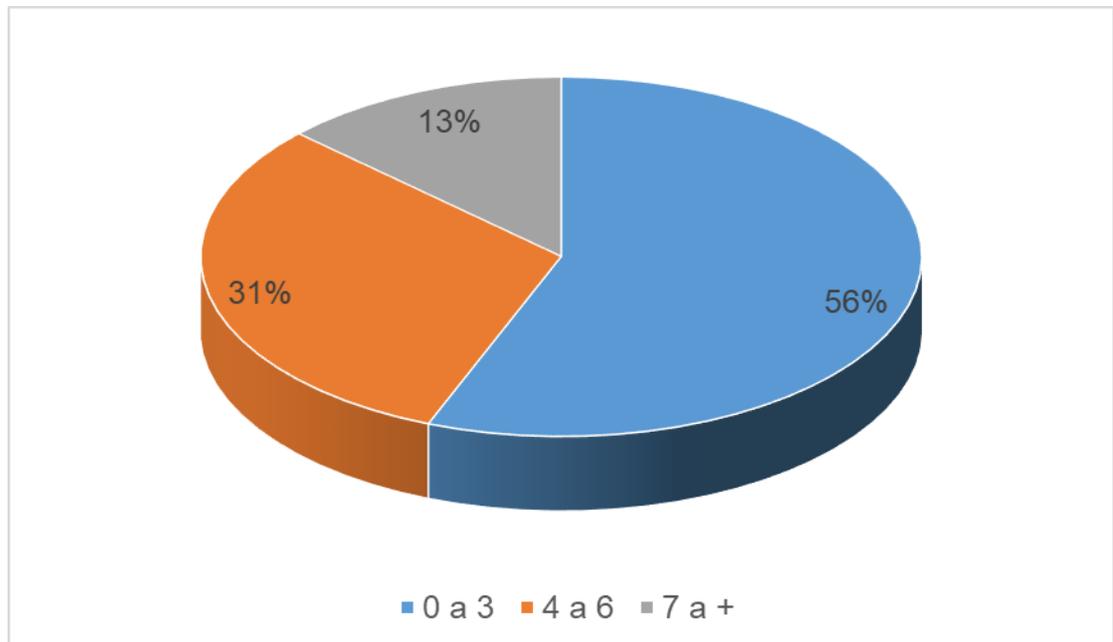
## GRÁFICO 8 NÚMERO DE PARTOS



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvete Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** En relación al número de partos, se observa que la mayoría de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia, son primíparas, estas representan al 72% de la población en estudio. Este hallazgo, permite establecer gran parte de las gestantes, al ser su primer embarazo, no tienen conocimiento sobre las complicaciones que pueden presentarse, ni de los cuidados que deben de llevar para su prevención, siendo necesario que el profesional de enfermería refuerce este tipo de informaciones dadas a las pacientes de esta institución.

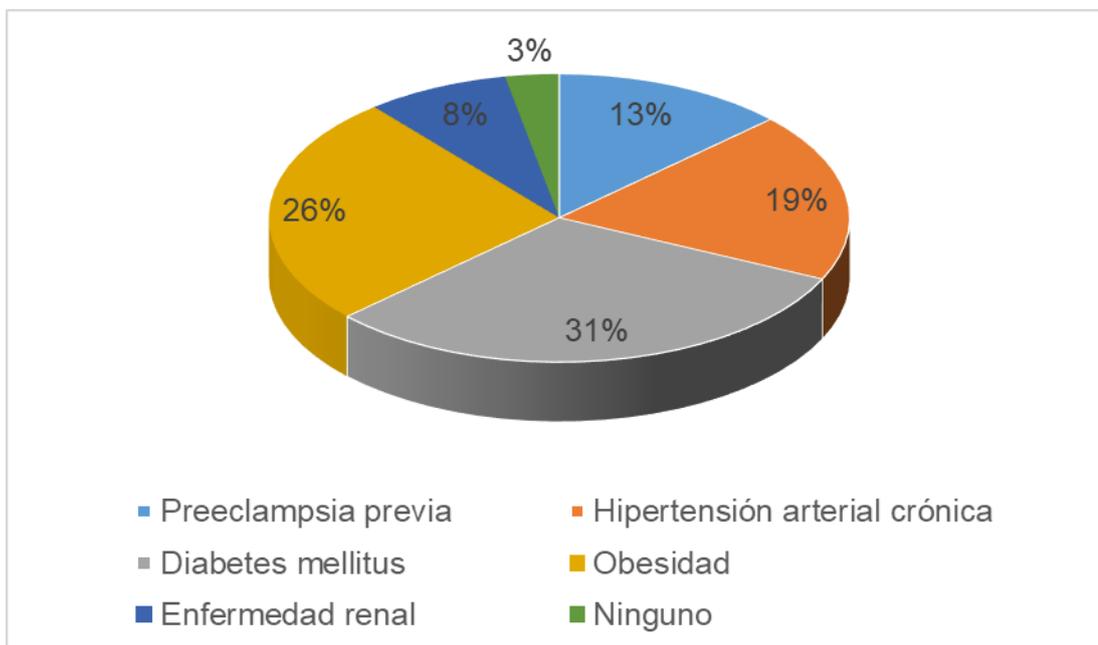
## GRÁFICO 9 CONTROLES MÉDICOS



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvette Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** Acerca de los controles médicos que siguen las embarazadas pretérmino, se registra que la mayor parte solo acudió de 0 a 3 controles prenatales, representando al 56% de los casos seleccionados para este estudio. Por ende, no hubo un adecuado control, de tal forma que fueron vulnerables al desarrollo de cualquier tipo de complicaciones que pongan en riesgo la salud de las gestantes o del producto fetal.

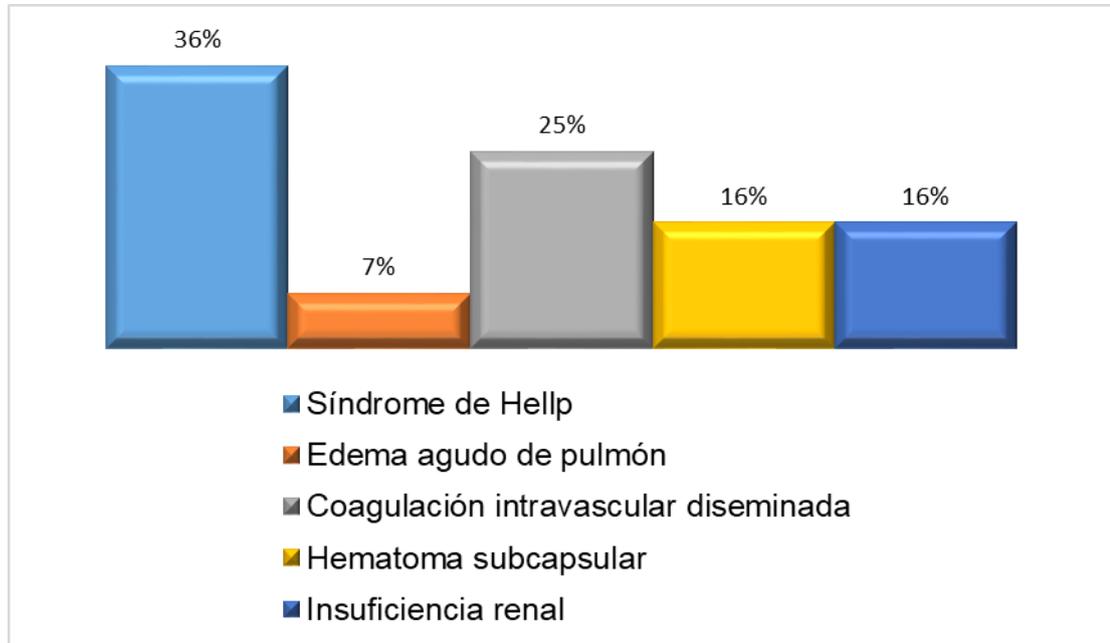
**GRÁFICO 10**  
**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvete Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** En las embarazadas con diagnóstico de preeclampsia, atendidas en el servicio de emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se observó que el 31% de estas presentaron como antecedentes patológicos diabetes mellitus. Ante estos resultados, es notable que existen algunos antecedentes que han presentado las embarazadas, los cuales afectan a su proceso de gestación y trae consigo complicaciones.

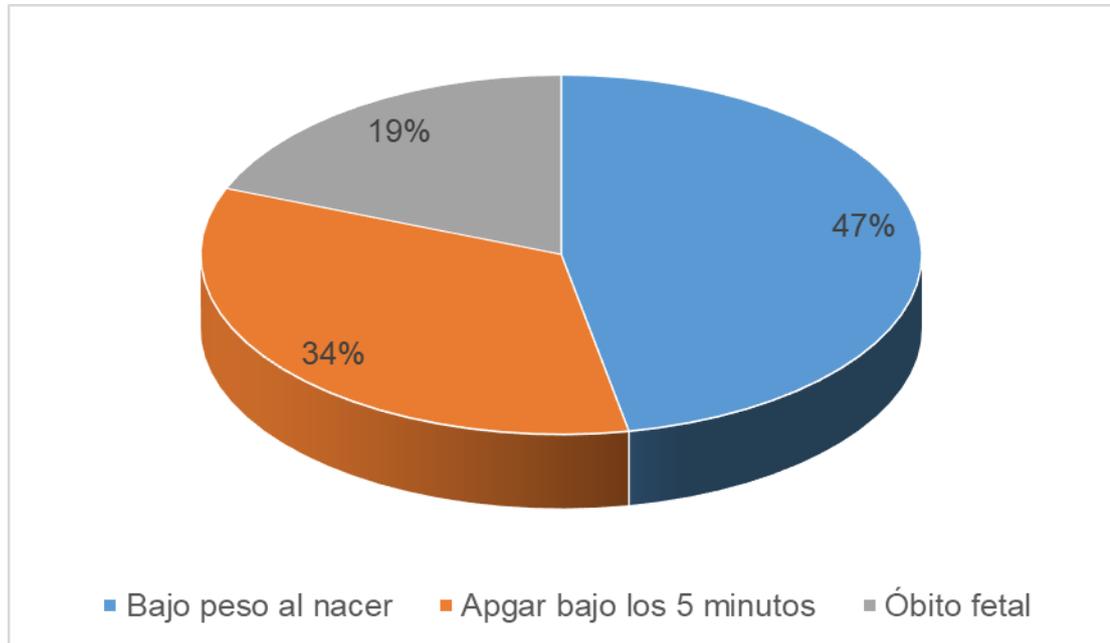
## GRÁFICO 11 COMPLICACIONES MATERNAS



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvete Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** A través del presente cuadro estadístico, se puede observar que la mayoría de las embarazadas atendidas en esta unidad, presentan como complicación materna, el síndrome de Hellp. Algunos tipos de complicaciones durante su proceso de embarazo o parto, ante lo cual es necesario que se desarrollen promociones de salud, enfocados en los cuidados dentro de la etapa de gestación.

## GRÁFICO 12 COMPLICACIONES FETALES



**Fuente:** Historias clínicas de embarazadas pretérmino con diagnóstico de preeclampsia  
**Elaborado por:** López Abad Jossyvete Tamara - Solís Castro Isabel Morelia

**Análisis:** Mediante estos resultados, es notable que en la mayoría de casos se registraran el bajo peso al nacer como la complicación más frecuente, abarcando el 47% de los casos del estudio. Lo que permitió conocer que existen varias complicaciones de la madre que suelen suscitarse en el feto.

## DISCUSIÓN

Los resultados analizados, permiten establecer que conforme a las características sociodemográficas de las embarazadas pretérmino que presentaron preeclampsia, el 46% tuvo una edad de 19 a 25 años, el 79% proviene de áreas rurales, el 61% tenía un nivel educativo primario y el 44% se registró en su estado civil "soltera". Estos datos al ser comparados con el estudio de Machado<sup>12</sup> se observa cierta similitud, ya que este autor determinó que el 90% de las gestantes, tenía una edad de 16 a 25 años, en cuanto a la procedencia se observa que posee una similitud con el estudio de Criollo<sup>13</sup>, el cual señaló que el 75% era de áreas rurales, en cuanto al nivel educativo también describe que el 49% tuvo nivel secundario incompleto, pero sobre su estado civil, se observa similitud con el estudio descrito por Díaz<sup>11</sup>, quien identificó que el 83% eran mujeres solteras.

A través de esta correlación, es evidente que las gestantes son mujeres jóvenes, que debido a su nivel educativo no han recibido en su mayoría amplia información sobre la planificación familiar y el embarazo, lo cual permite evidenciar la necesidad de que se desarrollen promociones de salud sobre los cuidados que deben seguir durante el embarazo, para prevenir complicaciones que pueden poner en riesgo la salud de la gestante y del producto fetal.

En relación a los factores de riesgo fue evidente que el 39% de las gestantes presentaron sobrepeso, el 68% el tipo de parto fue cesárea segmentaria, mientras que el 49% registraron de 21 a 33 semanas de gestación al momento del parto. Resultados que al compararse con el estudio de Díaz<sup>11</sup>, se observa cierta semejanza, debido a que se registró que el 37% de las gestantes tenía obesidad, el 75% parto por cesárea, pero en relación a la edad gestacional, Sánchez<sup>14</sup> refiere que el 58% registró tener de 21 a 33 semanas de gestación.

Las gestantes presentan ciertos factores que pueden causar consecuencias no solo para la gestante sino también al neonato, la cual se debe en ocasiones a que han cumplido las semanas de gestación necesarias, para el correcto desarrollo del neonato, por lo que es necesario que se siga

reforzando las charlas informativas, indicándoles a las gestantes que acuden a esta institución, sobre cómo influyen ciertos factores en el desarrollo de su embarazo y al desarrollo neonatal, para que así puedan cumplir con sus autocuidados durante esta etapa.

Entre estos factores también se registró que el 72% de las gestantes, eran primíparas, el 52% solo acudió de 0 a 3 controles prenatales, mientras que el 31% registró como antecedentes patológicos la diabetes mellitus. Al relacionarse estos resultados con el estudio de Díaz<sup>11</sup>, se observa que en cuanto a los antecedentes hay cierta discrepancia debido a que en estudio se determinó que el 39% presentó diabetes mellitus, así mismo en relación con los controles prenatales, también se identificó que el 37% contaban con menos de 4 controles prenatales, mientras que en el estudio de Sánchez<sup>14</sup>, referente al número de partos, se indicó que el 51% eran primíparas.

Estos resultados permiten evidenciar que la mayoría de las gestantes, al tener su primer embarazo, no poseen mayor conocimiento sobre las complicaciones ni de los antecedentes que pueden afectar al proceso de gestación, por lo que es necesario que sean informadas sobre los cuidados que deben seguir para evitar poner en riesgo la salud de las gestantes o del producto fetal. Finalmente, se identificó que el 36% de las gestantes presentó como complicación materna el Síndrome de Hellp y en referencia a las complicaciones fetales, se registró que el 47% presentó bajo peso al nacer.

Estos datos poseen cierto contraste con los resultados encontrados en el estudio de Criollo<sup>13</sup>, quien determinó que el 11% de las gestantes presentaba Síndrome de Hellp, mientras que el 26% de los neonatos, presentó como complicación bajo peso al nacer. A través de estos datos fue evidente, que existen ciertas complicaciones que se llegan a presentar en las embarazadas pretérmino con preeclampsia, ante lo cual es importante que las prácticas de autocuidado sigan desarrollándose para evitar que sigan presentándose este tipo de complicaciones tanto en la madre como en el neonato.

## CONCLUSIONES

1. En relación a las características demográficas, se observa que la mayoría de gestantes pretérmino, son jóvenes de 19 a 25 años, las cuales tienen un nivel educativo secundario, de zonas rurales, quienes debido a estas características no poseen mayor conocimiento sobre los cuidados en el embarazo.
2. En cuanto a los factores de riesgo, existen varios factores que inciden en las gestantes pretérmino tales como sobrepeso, cesárea segmentaria, 21 a 33 semanas de gestación, primíparas, solo acudieron hasta 3 controles prenatales y presentaron como antecedente patológico la diabetes mellitus.
3. Entre las complicaciones, fue evidente que gran parte de las gestantes pretérmino, han presentado el Síndrome de Hellp y en cuanto a los pacientes neonatales, se registró complicación el bajo peso al nacer.

## RECOMENDACIONES

- Orientar a las madres jóvenes sobre la vulnerabilidad que tienen en presentar complicaciones en su embarazo, debido a las características, tales como la edad o el desconocimiento sobre la planificación familiar y los cuidados en un embarazo, necesitando recibir charlas que le ayuden a comprender mejor esta etapa.
- Señalar a las gestantes sobre los factores de riesgo que suelen afectar al proceso del embarazo, por lo cual se debe resaltar la importancia de acudir periódicamente a los controles prenatales, para identificar de manera oportuna cualquier factor que pueda poner en riesgo su salud y la del producto fetal.
- Informar a las gestantes primigestas sobre las complicaciones maternas y fetales que se pueden llegar a presentar, resaltando así la importancia de la práctica de los autocuidados que deben seguir, para tener así una mejor calidad de vida, durante el proceso del embarazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chóez G. Factores de riesgo y complicaciones en gestantes con preeclampsia, hospital Liborio Panchana. [Online].; 2018 [cited 2019 noviembre 13. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30513>.
2. Altamirano C, Coronel H, Villegas D. Preeclampsia: Factores de riesgo y resultante materno-neonatal en gestantes del Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor. [Online].; 2011 [cited 2019 noviembre 13. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/546>.
3. Criollo G. Factores de riesgo relacionados con preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. [Online].; 2016 [cited 2019 noviembre 20. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/16977>.
4. Calucho M, Naula M. Complicaciones Materno-Fetal asociadas a preeclampsia-eclampsia en pacientes atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba Periodo Febrero - Agosto del 2013. [Online].; 2014 [cited 2019 noviembre 20. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/143>.
5. Muriel G. Factores predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital atero infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el año 2016. [Online].; 2017 [cited 2019 noviembre 13. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32851>.
6. Patiño C. Preeclampsia. Factores predisponentes en embarazadas adolescentes. Estudio a realizarse en el Hospital Dra. Matild Hidalgo de Procel Periodo 2014-2015. [Online].; 2016 [cited 2019 noviembre 13. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26022>.
7. Amarán J, Sosa M, Pérez M, Arias D, Valverde I. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. [Online].; 2009 [cited 2019 noviembre 13. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368448453001>.
8. López-Carbajal M, Manríquez-Moreno M, Gálvez-Camargo D, Ramírez-

- Jiménez E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012; 50(5): p. 471-476.
9. Cañarte I. Factores asociados a preeclampsia en adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa de un Centro de Salud en la ciudad de Guayaquil. [Online].; 2018 [cited 2019 noviembre 13. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/11178>.
  10. Pillajo J, Calle A. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas en el Hospital Obstétrico ángel Loayza de Ollague en el departamento de Gineco Obstetricia. Santa Rosa - El Oro. año 2011 - 2013. [Online].; 2014 [cited 2019 noviembre 13. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21092>.
  11. Díaz JA. Factores de riesgo para preeclampsia en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2015. [Online].; 2016 [cited 2019 diciembre 3. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/505>.
  12. Llacuachaqui-Sánchez WJ, Machado-Núñez A. Factores clínicos y sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes de 16-25 años atendidas en emergencia en el hospital de Ventanilla de enero-diciembre de 2016. [Online].; 2018 [cited 2019 diciembre 3. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1171?show=full>.
  13. Valdiviezo-Verdezoto GG, Criollo-Criollo AdR. Factores de riesgo y complicaciones de la preeclampsia en adolescentes, Hospital Provincial General Docente de Riobamba. [Online].; 2018 [cited 2019 diciembre 3. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5022>.
  14. Sánchez-Tapia MdIA. Prevalencia, factores de riesgo y complicaciones de preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja. 2016. [Online].; 2018 [cited 2019 diciembre 3. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/17135>.
  15. Valdés-Yong M, Hernández-Núñez J. Factores de riesgo para preeclampsia. *Rev Cub de Med Mil.* 2014; 43(3): p. 307-316.
  16. Echeverría-Chicaíza PA. Prevalencia de Eclampsia asociada a anemia

- hemolítica y otras complicaciones en el área de materno infantil del hospital de especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo en el período de Enero 2012 a diciembre 2016. [Online].; 2017 [cited 2019 diciembre 3. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/9378>.
17. Méndez DN. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *Medisan*. 2016; 20(4): p. 517-31.
  18. Ortiz-Martínez RA, Otalora-Perdomo MF, Muriel-Delgado AB, Luna-Solarte DA. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas neonatales. *Rev Chl Obstet Ginecol*. 2018; 83(5): p. 478-486.
  19. Huertas E. Aspectos preventivos de la Preeclampsia. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2006; 52(4): p. 226-28.
  20. Cuenca-Duque YI, Rodríguez-Caballero Z, Cruz-Suárez B, Cruz-Carballosa Y, Barquilla-Calzadilla EE, García-Guerrero T. Comportamiento de la preeclampsia con agravamiento en gestantes o púerperas en Mayarí. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2016; 20(4).
  21. Huertas E. Manejo Clínico de la Preeclampsia. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2006; 52(4).
  22. Pacheco-Romero J. Introduction to the Preeclampsia. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2017 enero; 63(2).
  23. Quiroga de Michelena MI. Genética y Preeclampsia. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2014; 60(4): p. 345-50.
  24. Novoa-Chamorro SF. Preeclampsia con características de severidad, en pacientes de 35 años, con embarazo de 27.6 semanas de edad gestacional, que alcanza proteinuria de 31 gramos en orina de 24 horas. [Online].; 2015 [cited 2019 agosto 16. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/5858>.
  25. Lanchi-Luna ZT. Preeclampsia Estudio desde la Práctica del cuidado de Enfermería empleando el componente normativo materno. [Online].; 2017 [cited 2019 agosto 16. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10968>.
  26. Torres-Villamil LA, Florez-Rojas AC, Pinzón-Espitia OL, Aguilera Otalvaro PA. Cuidado nutricional en la prevención de la preeclampsia:

- Una revisión sistemática. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2018; 24(2).
27. Matías de la Cruz RP. 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. [Online].; 2013 [cited 2019 diciembre 3. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2037>.
  28. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(6): p. 471-6.
  29. Vargas VM, Acosta G, Moreno MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(6): p. 471-6.
  30. De Jesús-García A, Jiménez-Baez MV, González-Ortiz DG, Cruz-Toledo P, Sandoval-Jurado L. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018 agosto; 26(4).
  31. Sánchez-Pérez EE, Velecela GF, Jácome-Montúfar AL. Diagnóstico de preeclampsia e identificación de factores de riesgo. Conecta Libertad. 2018 diciembre; 2(3): p. 43-52.
  32. Malvino E, Muñoz M, Cecotti C, Janello G, Loughlin D, Pawlak A, et al. Complicaciones maternas y mortalidad perinatal en el síndrome Hellp. [Online].; 2005 [cited 2019 diciembre 13. Available from: <http://www.obstetriciacritica.com/doc/13.pdf>.
  33. Vásconez J, Vaca J. Factores de riesgo para preeclampsia en el Hospital Enrique C. Sotomayor. [Online].; 2018 [cited 2019 diciembre 3. Available from: <http://eluniversitario.edu.ec/revistas/index.php/RFCM/article/view/61>.
  34. Bocanegra-Malca M, Constantino-Cerna AE, Díaz-Orrego , Lorena J, Díaz-Vélez C. Los signos y síntomas premonitorios del síndrome de Hellp. [Online].; 2012 [cited 2019 septiembre 30].
  35. Coloma-Mavila, RM. Factores predisponentes para desarrollar Preeclampsia en mujeres de 15 a 35 años en el Hospital María Auxiliadora. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de

Medicina Humana; 2016. Report No.: ISSN.

36. Paguay-Daquilema ME, Salazar-Jerez TE. Intervenciones de Enfermería en pacientes con preeclampsia. [Online].; 2019 [cited 2012 octubre 21. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6102>.
37. Acosta-Aguirre Y, Bosch-Costafreda C, López-Barroso R, Rodríguez-Reyes O, Rodríguez-Yero D. Preeclampsia y eclampsia en el período gravídico y puerperal en pacientes ingresadas en cuidados intensivos. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2019 marzo; 45(1): p. 14-24.
38. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2018 noviembre 2018. Available from: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>.
39. Consejo Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida; 2018.
40. Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud. [Online].; 2012. Available from: [https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf).

# ANEXOS

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

### FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### CARRERA DE ENFERMERÍA

**Tema:** Complicaciones en embarazadas pretérmino con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, periodo Mayo a Julio del 2019.

ETAPA	ACTIVIDADES	Nov/19				Dic/19				Ene/20				Febr/20			
		Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inicial	Recepción del trabajo de titulación y asignación de estudiantes																
	Revisión y corrección del tema																
	Revisión del planteamiento del problema																
	Revisión de preguntas de investigación																
	Introducción																
	Justificación																
	Objetivos: general y específico																
	Fundamento conceptual																
Intermedia	Metodología de estudio: Operacionalización de variables																
	Recolección de datos																
	Análisis y presentación de resultados																
Semifinal	Conclusiones y recomendaciones																
	Referencias bibliográficas																
	Anexos																
	Primer borrador anillado a la carrera																
Tutor/oponente	Revisión de pares																



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

**Tema:** Complicaciones en embarazadas pretérmino con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil periodo Mayo a Julio del 2019.

**Objetivo:** Recolectar información sobre gestantes con preeclampsia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo

**Instrucciones para el observador:** Escriba una "X" en los casilleros de la información que se requiere.

**1.- Edad**

14 – 18 años	<input type="checkbox"/>
19 – 25 años	<input type="checkbox"/>
26 – 35 años	<input type="checkbox"/>
36 a 45 años	<input type="checkbox"/>

**5.- Peso corporal**

Peso normal	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>

**2.- Procedencia**

Rural	<input type="checkbox"/>
Urbana	<input type="checkbox"/>

**6.- Tipo de parto**

Parto vaginal	<input type="checkbox"/>
Cesárea segmentaria	<input type="checkbox"/>

**3.- Nivel de educación**

Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>

**7.- Semana de gestación**

Menos de 20 semanas	<input type="checkbox"/>
De 21 a 33 semanas	<input type="checkbox"/>
De 34 a 36 semanas	<input type="checkbox"/>
Más de 37 semanas	<input type="checkbox"/>

**4.- Estado civil**

Soltera	<input type="checkbox"/>
Conviviente	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>

**8.- Número de partos**

Primíparas	<input type="checkbox"/>
Múltiparas	<input type="checkbox"/>

**9.- Controles médico**

0 a 3	<input type="checkbox"/>
4 a 6	<input type="checkbox"/>
7 a +	<input type="checkbox"/>

**10.- Antecedentes patológicos**

Preeclampsia previa	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial crónica	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>

**11.- Maternas**

Síndrome de Hellp	<input type="checkbox"/>
Edema agudo de pulmón	<input type="checkbox"/>
Coagulación intravascular diseminada	<input type="checkbox"/>
Hematoma subcapsular	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>

**12.- Fetales**

Bajo peso al nacer	<input type="checkbox"/>
Apgar bajo los 5 minutos	<input type="checkbox"/>
Óbito fetal	<input type="checkbox"/>

## PERMISOS INSTITUCIONALES

Guayaquil, 4 de Diciembre del 2019

Dr. Wilson Benites Illescas

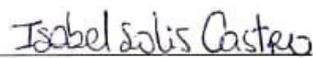
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO  
CIUDAD

Nosotras Jossyvette Tamara Lopez Abad con CI 1250318720 y Isabel Morelia Solis Castro con CI 1004595482 estudiantes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil de la carrera de enfermería solicitamos ante Ud. nos conceda el permiso para realizar nuestro trabajo de titulación Complicaciones en embarazadas pretérmino con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, 2019 al 2020, en las instalaciones del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Toda la información obtenida será con fines de nuestro trabajo de titulación y será almacenada con absoluta confidencialidad.

Saludos Cordiales

  
Jossyvette Tamara López Abad  
CI 1250318720

  
Isabel Morelia Solís Castro  
CI 1004595482

**VISTO BUENO**  
  
Leda Ángela Mendoza Vences, Mgs.  
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



CARRERAS:  
Medicina  
Odontología  
Enfermería  
Nutrición, Dietética y Estética  
Terapia Física



Certificado No EC SG  
2018002043

Tel. 3804600  
Ext. 1801-1802  
www.ucsg.edu.ec  
Apartado 09-01-4671  
Guayaquil-Ecuador

CE-808-2019

Guayaquil, 15 de noviembre del 2019

Srta. López Abad Jossyvete Tamara  
Srta. Solis Castro Isabel Morelia  
Estudiantes de la Carrera de Enfermería  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo por parte de la Dirección de Carrera de Enfermería, la presente es para comunicarle que su tema de trabajo de titulación ***"Complicaciones en embarazadas pretérmino con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil 2019 -2020"***, ha sido aprobado por la Comisión Académica, además le comunico que el tutor asignado es la Dra. Amarilis Pérez.

Me despido de usted, deseándole éxito en la elaboración de su trabajo de titulación.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Lda. Angela Mendoza Vences, Mgs.  
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DIRECTORA  
CARRERA DE ENFERMERIA

c.c: Archivo

Fátima

**Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2020-0049-FDQ**  
**Guayaquil, 10 de Marzo de 2020**

**PARA: JOSSYVETTE TAMARA LOPEZ ABAD**  
**Estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil**

**ISABEL MORELIA SOLIS CASTRO**  
**Estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil**

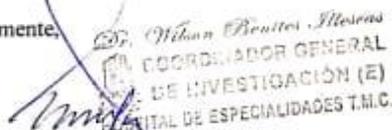
De mi consideración:

Por medio del presente, informo a usted que ha sido resuelta factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de Investigación: **"COMPLICACIONES EN EMBARAZADAS PRETERMINO CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, 2019 AL 2020"** una vez que por medio del Memorando Nro. IESS-HTMC-CGE- 2020-0127-M, de fecha 27 de Febrero de 2020, suscrito por la Lcda. Katherine Calahorrano- Coordinadora General Enfermería, hemos recibido el informe favorable a la misma.

Por lo anteriormente expuesto reitero que puede realizar su trabajo de titulación siguiendo las normas y reglamentos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,



*Mgs. Wilson Stalin Benites Illescas*  
COORDINADOR GENERAL  
DE INVESTIGACIÓN (E)  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

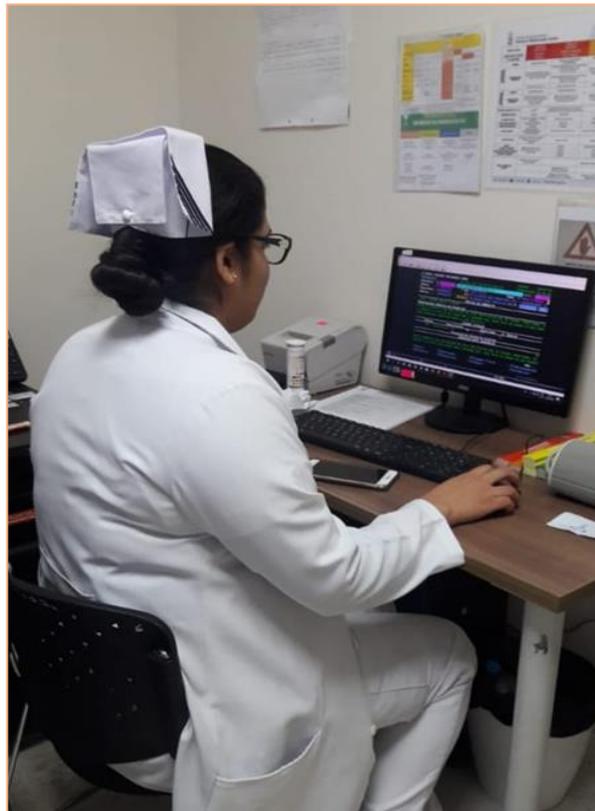
Mgs. Wilson Stalin Benites Illescas  
**COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN, ENCARGADO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO**

Referencias:

- Solicitud

mm

**Recolección de datos mediante la revisión de historias clínicas de las embarazadas que acuden al área de emergencia.**





## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **López Abad Jossyvette Tamara**, con C.C:**1250318720** y **Solís Castro Isabel Morelia** con C.C:**1004595482** autoras del trabajo de titulación: **COMPLICACIONES EN EMBARAZADAS PRETÉRMINO CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2019**, previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos 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.- Autorizamos 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, **02 de abril de 2020**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **López Abad Jossyvette Tamara**

C.C:**1250318720**

f. \_\_\_\_\_

Nombre. **Solís Castro Isabel Morelia**

C.C:**1004595482**



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Complicaciones en embarazadas pretérmino con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil periodo Mayo a Julio del 2019.		
<b>AUTOR(ES)</b>	López Abad Jossyvette Tamara, Solís Castro Isabel Morelia		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Pérez Licea, Amarilis Rita. Mgs		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias médicas		
<b>CARRERA:</b>	Enfermería		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	LICENCIADA EN ENFERMERÍA		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	02 de Abril del 2020	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	85
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud y bienestar humano, salud de la mujer materno infantil		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Embarazo pretérmino, preeclampsia factores de riesgo hipertensión		
<p><b>RESUMEN</b> La pre-eclampsia es el desorden hipertensivo frecuente en el embarazo, que puede ocurrir a partir de la semana veinte de gestación, seguida de otros síntomas como retención de líquidos, cefaleas, infecciones urinarias, hasta convulsiones. Entre los factores de riesgo que más inciden en la aparición de la Preeclampsia está la edad de la gestante, la presencia de antecedentes familiares, su historia clínica, aparición de probables enfermedades crónicas asociadas con problemas de hipertensión arterial, desarrollo de diabetes, obesidad, entre otros; que predisponen a su desarrollo. <b>Objetivo:</b> Determinar posibles complicaciones en embarazadas pretérmino con Preeclampsia atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, periodo mayo 2019 a julio 2019. <b>Metodología:</b> El estudio fue de tipo cuali-cuantitativa, corte transversal y retrospectivo, para lo cual se aplicó como instrumento la guía de observación indirecta a 100 embarazadas provenientes del área de emergencia del hospital mencionado. <b>Resultados:</b> Se determinaron que las embarazadas tienen de 19 a 25 años (46%), nivel educativo secundario (61%), factor de riesgo que presentaron sobrepeso (39%), de 21 a 33 semanas de gestación (49%), acudió de 0 a 3 controles prenatales (52%), primíparas (72%), como complicación presentaron el Síndrome de Hellp (36%) y los neonatos bajo peso al nacer (26%). <b>Conclusión:</b> Se establece que la mayor parte de las embarazadas corresponde a pacientes que por su temprana edad e inexperiencia, desconocen sobre los factores de riesgo que pueden afectar su embarazo y el desarrollo del neonato, esto conlleva a que la mayoría presenten complicaciones.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-996581909 +593985256628	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:jossivettelopez@hotmail.com">jossivettelopez@hotmail.com</a> <a href="mailto:soliscita1996@hotmail.com">soliscita1996@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Lcda. Holguin Jimenez Martha Lorena, Mgs		
	<b>Teléfono:</b> +593-0993142597		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec">martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>00Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			