



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DESARROLLO DE
PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024**

AUTORES

TAMAMI CHIMBORAZO ADRIANA DE LOS ANGELES
CANDO MALDONADO STEFANNY MISHELLE

TUTORA

DRA. VERÓNICA ALEXANDRA AYALA ESPARZA, MSC

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

Noviembre – abril 2024

DEDICATORIA

No tengo palabras para expresar mi gratitud a todos los que me han brindado inspiración y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera.

A Dios porque nunca me ha dejado sola, me ha guiado, me ha bendecido con sabiduría, inteligencia, comprensión, me ha colmado de bendiciones y, lo más importante, me ha dado la fuerza para superar todos los obstáculos que he enfrentado desde el comienzo de mi vida.

Gracias a mis padres, en especial a mi madre, Carmen Chimborazo, por su dedicación, amor, paciencia y apoyo, por ser un ejemplo de perseverancia y entrega total hacia sus hijos, a mis hermanos quienes son mi principal inspiración. A mi padrastro y mis abuelos en el cielo quienes me cuidan y protegen en cada paso del camino.

A mi novio Nnaren Galarza por ser parte de esta gran lucha, por nunca dejarme sola, por sus palabras de ánimo, confianza, amor, tiempo y la paciencia necesaria que me ayudaron a alcanzar este logro.

A todos quienes estuvieron y fueron parte de este logro. Su amor, apoyo y dedicación han sido pilares fundamentales en mi crecimiento personal y profesional. Este trabajo es un reflejo de la invaluable influencia que han tenido en mi vida.

Adriana Tamami

DEDICATORIA

Este Proyecto de investigación se lo dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, por permitirme tener y disfrutar de mi familia. Dedico con todo mi corazón a mis Padres que fueron mis mayores promotores durante este proceso, gracias a ellos por confiar y creer en mí y en mis expectativas gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, gracias a mi padre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, a mi enamorado por brindarme todo su amor, comprensión y su apoyo por ser mi pilar fundamental para alcanzar todas mis metas.

El agradecimiento a la universidad por a verme permitido formarme en ella, a la vida por qué cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser, gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de mi proyecto de investigación, gracias por creer en mí.

Stefanny Cando

AGRADECIMIENTO

En el inicio de mis reflexiones, quiero expresar mi profundo agradecimiento hacia Dios y mis padres, quienes a lo largo del tiempo han estado a mi lado de manera constante, proporcionándome un respaldo incondicional para lograr alcanzar cada uno de mis metas personales y académicas.

Expreso mi más sincero agradecimiento hacia mi tutora por su compromiso inquebrantable, así como su notable nivel de paciencia; reconozco que sin sus orientaciones precisas y sugerencias acertadas, me habría resultado imposible alcanzar este momento tan esperado y deseado.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a numerosos profesores que formaron parte de mi trayectoria académica en la universidad, ya que gracias a su dedicación y enseñanzas, me encuentro presente en este momento.

Finalmente, me siento agradecido con la universidad por haberme desafiado tanto en el proceso, aunque al mismo tiempo me haya brindado la oportunidad de alcanzar el título que tanto anhelaba.

Adriana Tamami

AGRADECIMIENTO

En el inicio de mi discurso, deseo expresar mi sincero agradecimiento a Dios y a mis padres por el constante respaldo que me han otorgado a lo largo de mi vida, el cual ha sido fundamental para lograr alcanzar tanto mis metas personales como académicas.

Estoy muy agradecido con mi tutora por su incansable dedicación y extraordinaria paciencia; sin sus palabras alentadoras y precisas correcciones, no habría sido capaz de alcanzar este objetivo tan esperado.

Numerosos profesores han tenido un papel importante en mi recorrido académico en la universidad, y deseo expresar mi gratitud hacia todos ellos por impartirme las habilidades y sabiduría que me han permitido llegar a donde estoy en el día de hoy.

Por último, quiero expresar mi gratitud hacia la universidad que me ha retado con altos estándares académicos, al mismo tiempo que me ha brindado la oportunidad de alcanzar el título que tanto anhelaba.

Stefanny Cando

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 24/2/2024
HORA: 16:34

SR(A),

LCDO. STALIN FABIAN MARTINEZ MORA

COORDINADOR DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
EN SU DESPACHO.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EN ATENCIÓN A LA DESIGNACIÓN COMO DOCENTE TUTOR PARA GUIAR EL TRABAJO DE TITULACIÓN
CON EL TEMA:

MODALIDAD	FASE	TEMA
TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	PERFIL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. NOVIEMBRE 2023 -ABRIL 2024.

PERTENECIENTE A EL/LOS ESTUDIANTES:

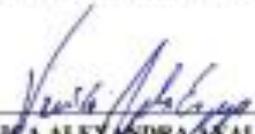
FACULTAD	CARRERA	ESTUDIANTE
FCS	ENFERMERIA (REDESIGNADA)	CANDO MALDONADO STEFANNY MISHELLE
FCS	ENFERMERIA (REDESIGNADA)	TAMAMI CHIMBORAZO ADRIANA DE LOS ANGELES

AL RESPECTO TENGO A BIEN INFORMAR QUE EL/LOS ESTUDIANTES HAN CUMPLIDO CON LAS
DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO E INSTRUCTIVO DE TITULACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO, EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO.

POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, EL TRABAJO DE TITULACIÓN ES APROBADO POR QUIEN
SUSCRIBE, AUTORIZANDO CONTINUAR CON EL PROCESO LEGAL PERTINENTE

POR LA ATENCIÓN QUE SE SIRVA DAR AL PRESENTE ME SUSCRIBO.

ATENTAMENTE,


VERÓNICA ALEXANDRA MATA ESPARZA
DOCENTE TUTOR DEL EQUIPO DE TITULACIÓN



Av. Universitaria Km 2 1/2 Vía Montalvo
08 2870 368
reclonado@utb.edu.ec
www.utb.edu.ec

INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTIPLAGIO



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - TAMAMI Y CANDO-7

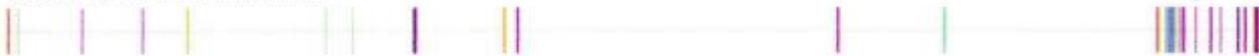


Nombre del documento: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - TAMAMI Y CANDO-7.docx
 ID del documento: c2b32f552ef692d7eaf489e3720a9d6df00059a5
 Tamaño del documento original: 570,51 kB

Depositante: VERÓNICA AYALA ESPARZA
 Fecha de depósito: 10/4/2024
 Tipo de carga: interface
 fecha de fin de análisis: 10/4/2024

Número de palabras: 12.403
 Número de caracteres: 82.572

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ug.edu.ec http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/ug/12211/3/CO-1732-0A/2/AY%20CANDO%20Y%20FABIAN... 10 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0) palabras
2	www.ncbi.nlm.nih.gov Prevalencia, Factores Asociados en Preclampsia, Prevención... https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25922222	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0) palabras
3	ru.dgb.unam.mx https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/7551/0/RG20423/98/0643.pdf 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0) palabras
4	Documento de otro usuario El documento proviene de otro grupo 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0) palabras
5	INMA CAPITULO II MARCO TEÓRICO TESIS PREECLAMPSIA (marcelin).doc... El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0) palabras

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.uncp.edu.pe http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/20.500.12094/6725/1/1110_7284294_3.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (1) palabras
2	Documento de otro usuario El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (1) palabras
3	repositorio.unbosque.edu.co https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/7878/FACTORES_DE_RIESGO_AL...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (2) palabras
4	repositorio.unemi.edu.ec https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/1/1/ANEXO_Cada_Nancy_Elizabeth.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (2) palabras
5	Documento de otro usuario El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (2) palabras

Fuentes ignoradas: Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49008/14874/7/04-TB-FCS-EA-00037.pdf?sequence=1	10%		Palabras idénticas: 10% (109) palabras
2	actividad1-trabajo final para compilato.docx actividad1-trabajo final pa... El documento proviene de mi grupo	9%		Palabras idénticas: 9% (87) palabras
3	www.nature.com Prevalence of preeclampsia and the associated risk factors am... https://www.nature.com/articles/41508-021-00895-w	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (7) palabras
4	dspace.unandes.edu.ec https://dspace.unandes.edu.ec/bitstream/123456789/1/1/061.034-MEC-EAC-094-2022.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (7) palabras
5	www.nature.com https://www.nature.com/articles/41508-021-00895-w.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (5) palabras
6	dspace.unandes.edu.ec https://dspace.unandes.edu.ec/bitstream/123456789/1/1/061.034-MEC-EAC-072-2022.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (3) palabras

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
7	 revistamedica.com > Principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo... https://revistamedica.com/principales-factores-riesgo-preeclampsia/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- 1  <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
- 2  <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844020319228>
- 3  <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1144170>
- 4  <https://revistachilenadeanestesiologia.cl/PDF/revchilanestv5129091223.pdf>
- 5  [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(2\)](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(2))



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	IV
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	VI
INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTIPLAGIO	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Contextualización de la situación problemática	3
1.1.1. Contexto Internacional.....	5
1.1.2. Contexto Nacional	6
1.1.3. Contexto local.....	7
1.2. Planteamiento del Problema	8
1.2.1. Problema General.....	9
1.3. Justificación.....	9
1.4. Objetivos de investigación.....	10
1.4.1. Objetivo General.....	10
1.4.2. Objetivos Específicos	10
1.5. Hipótesis	10
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO.....	11

1.1.	Antecedentes.	11
2.2.	Bases Teóricas	12
2.2.1.	Teoría de enfermería del déficit de autocuidado por Dorothea Orem	12
2.2.2.	Emergencias Ginecológicas.....	14
2.2.2.1.	Preeclampsia.....	14
2.2.2.2.	Eclampsia.....	15
2.2.2.3.	Etiología de la Preeclampsia	18
2.2.2.4.	Epidemiología de la preeclampsia	18
2.2.2.5.	Fisiopatología de la preeclampsia	19
2.2.2.6.	Características clínicas.....	19
2.2.2.7.	Evaluación.....	21
2.2.2.8.	Tratamiento/Manejo.....	22
2.2.2.9.	Factores de Riesgo	23
CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA.....		26
3.1.	Tipo y Diseño de Investigación.	26
3.2	Operacionalización de variables.	27
3.2.1	Variables Independiente.....	28
3.2.2.	Variable Dependiente	28
3.3.	Población y muestra de investigación.	28
3.3.1.	Población.	28
3.3.2.	Muestra.	29

3.4. Técnicas e instrumentos de medición	29
3.4.1. Técnicas.....	30
3.4.2. Instrumentos	30
3.5. Procesamiento de datos.	30
3.6. Aspectos Éticos	30
CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	32
4.1. Resultados.....	32
4.2. Discusión	42
CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
5.1. Conclusiones	44
5.2. Recomendaciones	44
Referencias	45
ANEXOS	49
ANEXO II. ENCUESTA	50
ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO	51
ANEXO IV. SOLICITUD DE INFORMACIÓN	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	32
Tabla 2.	33
Tabla 3.	34
Tabla 4.	35
Tabla 5.	36
Tabla 6.	37
Tabla 7.	38
Tabla 8.	39
Tabla 9.	40
Tabla 10.	41

RESUMEN

La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el mundo. La preeclampsia es una hipertensión que generalmente ocurre después de las 20 semanas de gestación junto con proteinuria. Cuando no hay proteinuria, la preeclampsia se diagnostica en asociación con disfunción hepática, trombocitopenia, edema pulmonar, nueva aparición de disfunción renal o nueva aparición de alteraciones cerebrales o visuales. Puede causar morbilidad grave, discapacidad crónica e incluso la muerte de madres y bebés. Además, está relacionado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2 en la vida posterior de la madre. El objetivo del estudio es determinar los factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024. La metodología que se empleó en la investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y documental; la muestra que se empleó en la investigación es de 85 mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024.

Palabras clave: preeclampsia, proteinuria, hipertensión, factores de riesgo.

ABSTRACT

Preeclampsia is one of the leading causes of maternal morbidity and mortality in the world. Preeclampsia is hypertension that usually occurs after 20 weeks of gestation along with proteinuria. In the absence of proteinuria, preeclampsia is diagnosed in association with hepatic dysfunction, thrombocytopenia, pulmonary edema, new onset of renal dysfunction, or new onset of brain or visual disturbances. It can cause severe morbidity, chronic disability, and even death in mothers and babies. Additionally, it is linked to an increased risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes in the mother's later life. The objective of the study is to determine the risk factors related to the development of preeclampsia in pregnant women treated at the Sagrado Corazón de Jesús Hospital during the period November - April 2024. The methodology used in the research was quantitative, descriptive, and documentary; The sample used in the research is 85 pregnant women who are treated at the Sacred Heart of Jesus Hospital during the period November - April 2024.

Keywords: *preeclampsia, proteinuria, hypertension, risk factors.*

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN

Al ser una de las principales razones de la muerte y enfermedad de las madres, es importante poner atención en las causas y factores de riesgo de la preeclampsia durante el monitoreo prenatal, ya que esto tiene el potencial de evitar fallecimientos de madres y disminuir la cantidad de muertes maternas. La preeclampsia, una condición de presión arterial elevada que se produce únicamente durante el embarazo, se considera una de las principales razones por las cuales tanto madres como bebés enfrentan riesgos de salud en Ecuador y a nivel global. En los países en desarrollo, hay muy poca evidencia que demuestre la relación entre varios factores de riesgo y el desarrollo de la preeclampsia (Velumani y Durán, 2021).

La preeclampsia, un desorden hipertensivo que se limita al embarazo, generalmente se manifiesta una vez que ha transcurrido más de la mitad de la gestación, es decir, pasadas las 20 semanas. Se trata de una afección que afecta varios sistemas del cuerpo, cuya causa aún no se conoce y se caracteriza por la aparición de presión arterial alta de 140/90 mm Hg o superior, junto con la presencia de proteínas en la orina, después de la semana 20 de embarazo en una mujer que previamente tenía una presión arterial normal y no presentaba proteínas en la orina. La preeclampsia ha sido relacionada con el retraso en el crecimiento del feto en el útero, así como con el parto prematuro, y conlleva un riesgo aumentado de muerte tanto para la madre como para el bebé antes o después del nacimiento (August y Sibai, 2023).

La preeclampsia está siendo objeto de investigación debido a que es una de las principales causas de fallecimiento en mujeres embarazadas. Según la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, se indica que alrededor del 40% de las mujeres que se encuentran en estado de embarazo experimentan dificultades durante el proceso del parto, lo cual resulta en un estimado de entre 50,000 y 60,000 fallecimientos cada año en todo el mundo (Xuan y Nguyen, 2022).

La prevalencia de la preeclampsia puede ser reducida si se identifican los factores de riesgo y se realiza un seguimiento cercano de las mujeres en riesgo. Se trata de un diagnóstico que está aumentando cada vez más en naciones desarrolladas y que continúa siendo un tema significativo en términos de la cantidad de personas afectadas y fallecidas en países en vías de desarrollo. Las directrices del año 2019 publicadas por el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención establecen que una mujer se encuentra en una categoría de alto riesgo de desarrollar preeclampsia si presenta ciertas condiciones médicas, como antecedentes de hipertensión y preeclampsia en embarazos anteriores, historial materno de estas condiciones, presencia de enfermedad renal, diabetes o hipertensión crónica (Mansanillas, 2023).

Identificar los factores de riesgo tanto antes como durante el embarazo puede proporcionar beneficios adicionales para la salud materna y fetal. En varias regiones de países occidentales, se observa que las mujeres cada vez más están optando por ser madres a edades más avanzadas, como es el caso de aquellas que tienen 35 años o más al momento de dar a luz, siendo consideradas como 'edad materna avanzada'. Un embarazo en mujeres de edad avanzada conlleva un mayor riesgo de experimentar complicaciones durante la gestación, lo que también incrementa la probabilidad de enfrentar consecuencias desfavorables tanto para la madre como para el bebé (Mackenzie y Hinson, 2023).

Por esta razón, la investigación busca identificar factores de riesgo de preeclampsia en embarazadas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de noviembre a abril 2024.

El análisis se lleva a cabo en el Capítulo I el cual abarca la evaluación de la situación a nivel global, nacional y local, brindando una descripción detallada de los problemas existentes y presentando los objetivos a cumplir, además de exponer la hipótesis que guía la investigación.

En el segundo capítulo del trabajo se expone la fundamentación teórica que se centra en las preguntas de investigación, además se aborda la revisión de investigaciones anteriores en la sección de antecedentes.

En el tercer capítulo se detalla la metodología empleada en la investigación, abordando las variables analizadas, entre las cuales se incluyen los factores de riesgo como variables que pueden influir en el resultado y la preeclampsia como una variable que se examina de manera aislada.

En la sección cuatro del informe, se muestran los resultados del estudio a través de examinar minuciosamente y dar significado a la información recopilada. Las acciones que se derivan de los resultados de la investigación, tal como se detallan en la sección final, capítulo V, son conclusiones respaldadas por recomendaciones que se basan en los objetivos planteados inicialmente.

1.1. Contextualización de la situación problemática

La preeclampsia es una condición de salud grave que afecta a mujeres embarazadas y se caracteriza por hipertensión y daño en órganos, siendo una de las principales razones de fallecimiento de mujeres durante el embarazo y del bebé poco antes o después del parto, y esto es más pronunciado en naciones con economías en desarrollo. Durante el transcurso de los últimos tres años, se ha registrado un notable incremento tanto en la cantidad de casos de preeclampsia como en la proporción de estos casos en Indonesia. La preeclampsia es una condición médica que se manifiesta durante el embarazo y se caracteriza por una serie de factores complejos como la falta de funcionamiento adecuado de la placenta, un desequilibrio en el proceso de formación de vasos sanguíneos, una acumulación de radicales libres que pueden causar daño a nivel celular y la afectación de las células que recubren los vasos sanguíneos (Bestari y Lestari, 2019) (Padhan et al., 2023).

Preeclampsia es una condición médica que se distingue por el incremento de la presión arterial luego de las 20 semanas de embarazo, manifestando uno o varios indicadores de problemas de salud en la madre o dificultades en el desarrollo del feto a causa de la placenta. Aunque la razón precisa detrás de la preeclampsia todavía está siendo investigada de forma constante, se han descubierto numerosos factores de riesgo y predisponentes hasta el momento (Lee y Brayboy, 2022).

La edad de la madre puede ser considerada como uno de los potenciales factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia durante el embarazo. Las

mujeres que tienen más de 35 años, lo que se considera como una edad materna avanzada, presentan una probabilidad de 4,5 veces superior de desarrollar preeclampsia en comparación con las mujeres cuya edad se encuentra en el rango de 25 a 29 años. La edad avanzada de la madre fue identificada como un factor de riesgo que actúa de forma independiente, aumentando las posibilidades de experimentar malos resultados en mujeres con preeclampsia. Las probabilidades de experimentar un parto prematuro antes de las 37 semanas o incluso antes de las 34 semanas, junto con la posibilidad de un bajo puntaje de Apgar, la realización de una cesárea durante el parto y la necesidad de ser ingresadas en la unidad de cuidados intensivos son más altas para las mujeres de edad materna avanzada (Rebahi y Still, 2018) (Foz et al., 2019).

Se han llevado a cabo extensas investigaciones sobre la relación existente entre la edad de la madre y las complicaciones durante el embarazo. Se consideraron varias posibles explicaciones, como el efecto del envejecimiento en los vasos sanguíneos, la disminución de la flexibilidad arterial, los cambios negativos en la capacidad de adaptación hemodinámica de la madre, la disminución de la calidad de los óvulos, la presencia de obesidad, la adopción de estilos de vida poco saludables y la existencia de enfermedades concurrentes. A pesar de que se han llevado a cabo numerosas investigaciones acerca de cómo la edad avanzada de la madre influye en los desenlaces del embarazo, actualmente hay menos evidencia disponible sobre cómo esto afecta a un conjunto específico de pacientes que sufren de preeclampsia (Ayala y Serrano, 2020) (Stitterich et al., 2021).

Durante el año 2023, en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, se ha registrado un total de 685 historias clínicas de pacientes embarazadas. Dentro de este grupo, se han reportado 112 casos de preeclampsia. Se proyectaba un aumento en este valor para el año 2024 debido a la falta de control de los factores de riesgo asociados con la incidencia de la preeclampsia. Por tanto, el propósito de la presente investigación es identificar los principales factores de riesgo vinculados al desarrollo de la preeclampsia en mujeres embarazadas que recibieron atención en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo comprendido entre noviembre de 2023 y abril de 2024. El objetivo es obtener una comprensión precisa de la problemática que está impactando a las mujeres embarazadas en esa área.

1.1.1. Contexto Internacional.

Según la Organización Mundial de la Salud, se calcula que la preeclampsia se presenta en un porcentaje que va desde el 2% hasta el 10% de todos los embarazos que ocurren en todo el mundo. Se observa que se reportan más incidentes en naciones en vías de desarrollo en comparación con aquellas naciones que ya se han desarrollado. Según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP), se estima que alrededor del 4,6% de todos los embarazos en todo el mundo se ven afectados por la preeclampsia. (Foz et al., 2019)

Durante un extenso período de tiempo en Finlandia, se ha observado que la edad promedio de las mujeres que dan a luz ha sido alrededor de los 30 años, mientras que en el año 2009, la edad promedio de las mujeres embarazadas por primera vez fue de 28 años. No obstante, se observó que en el año 2009, el número de mujeres que dieron a luz y tenían más de 35 años representaba el 18,7%, y esta cifra ha experimentado un incremento continuo a lo largo del tiempo (Ayala y Serrano, 2020).

En la región de América Latina y el Caribe, se estima que aproximadamente el 26% de las muertes maternas son atribuibles a los trastornos hipertensivos que ocurren durante el embarazo. En Colombia, las complicaciones de salud graves durante el embarazo afectan al 59% de todas las mujeres embarazadas y al 59,7% de todas las adolescentes embarazadas. Estos datos resaltan cuán crucial es identificar los factores de riesgo de preeclampsia que tienen un impacto en las madres colombianas y sus hijos, mostrando la relevancia de esta determinación (Padhan et al., 2023).

En Colombia, el estudio fue llevado a cabo por el autor Reyes et al. (2012), se descubrió que existe una correlación entre la preeclampsia y un índice de masa corporal superior a 31 kg/m², así como con niveles altos de triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad (HDL), glucemia elevada y mujeres embarazadas primerizas. A pesar de que Reyes y su equipo hicieron este descubrimiento, la literatura científica, incluyendo el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indicó la existencia de otros factores de riesgo para la preeclampsia. Estos

incluyen la falta de experiencia en el parto, la ausencia de cuidado prenatal, la presencia de hipertensión crónica, enfermedades cardíacas o renales, infecciones como pielonefritis o infección del tracto urinario, anemia severa y la posibilidad de que más de ocho visitas de atención prenatal puedan proporcionar cierta protección contra esta condición.

1.1.2. Contexto Nacional

En Ecuador, la preeclampsia se presenta con frecuencia como una complicación en mujeres embarazadas, lo cual la convierte en un asunto relevante para la salud pública en el país. Los trastornos hipertensivos, como la preeclampsia y la eclampsia, son responsables de la mayoría de las muertes de mujeres embarazadas en Ecuador, afectando a casi un tercio de la población femenina del país, según las estadísticas. Las provincias con el mayor número de casos fatales son Guayas, Manabí, Pichincha, Chimborazo y Azuay.

Según un informe emitido por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2020, se observó un incremento en la tasa de mortalidad materna, que hace referencia a los decesos de mujeres durante los 42 días siguientes al momento del parto. En el año 2020, según el reporte del Ministerio de Salud Pública, se registraron un total de 160 fallecimientos de mujeres embarazadas, durante o después del parto. Aunque el número es bajo, se destaca que este es el peor año desde 2015 en términos de fallecimientos, observándose un aumento del 30% en comparación con el año 2019, el cual registró un total de 123 muertes reportadas.

En Ecuador, de acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la eclampsia y la preeclampsia se han identificado como la tercera razón detrás de los fallecimientos maternos, sucediendo después de las enfermedades crónicas ya presentes y de la hemorragia que puede ocurrir después del parto.

Al igual que otros países latinoamericanos, Ecuador es hogar de comunidades humanas que residen en altitudes que van desde el nivel del mar hasta más de 4000 metros, lo que muestra un amplio espectro de diversidad étnica en estas variaciones de elevación. Además del gran número de partos que ocurren

en mujeres menores de 18 años, estas circunstancias permiten explorar una diversidad de efectos en diversas enfermedades vinculadas al embarazo.

1.1.3. Contexto local

En la ciudad de Quevedo, la historia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús comienza como el Centro de Salud Hospital de Quevedo en la década de 1960 con la creación de la Junta Parroquial de Caridad, liderada por la Madre María Feliza Barande Arán. Esta iniciativa reunió a un grupo de destacadas damas con el propósito de brindar asistencia a los pacientes con tuberculosis, una enfermedad prevalente en ese período.

Vicente Chang Luey, que es conocido por su generosidad y espíritu filantrópico, decidió hacer una donación de los terrenos necesarios para la construcción del Centro de Salud, mostrando así su compromiso con la comunidad y su deseo de contribuir al bienestar de las personas. Después de eso, llevaron a cabo numerosas visitas a la ciudad principal con la finalidad de obtener recursos financieros mediante la organización de eventos de índole artística, cultural y social. En 1964, el Dr. En aquel momento, Franklin Tello Marcado, que ejercía como Ministro de Bienestar Social, inició los procesos administrativos necesarios con el fin de iniciar la construcción del Centro de Salud. Más tarde, el señor Clemente Yerovi Indaburo, quien ostenta el cargo de Director de la Junta de Coordinación y Planificación Económica, comienza el proceso de edificación del Centro de Salud.

El ministro Luis Gómez Izquierdo equipó el Centro de Salud para abrirlo el 28 de abril de 1971 con varios servicios y un equipo de 24 empleados, supervisados por el doctor Eduardo Iglesias Espinel y en presencia de autoridades nacionales y locales.

El tercer director del Hospital, que anteriormente era un Centro de Salud, fue el doctor Raúl Duque Jiménez en 1976, añadiendo especialidades médicas el 7 de octubre de 1977. Raúl Duque Jiménez se convirtió en el pionero director del hospital. Asdrúbal de La Torre, Ministro de Salud Pública, asistió a la inauguración.

Actualmente, el Hospital ofrece medicina interna, pediatría/neonatología básica, cirugía y ginecología. Su área de emergencia posee triaje emergencia, triaje

obstétrico, cirugía menor, observación, box de choque, y sala primera acogida. El área de consulta externa tiene estas especialidades: medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología, psicología, nutrición, clínica del VIH y salud mental.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha estado mejorando la calidad de la atención obstétrica y neonatal con el respaldo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud durante cuatro años. El Hospital Sagrado Corazón de Jesús en Quevedo tiene dificultades en su Servicio de Ginecología y Obstetricia por falta de equilibrio entre la demanda y la oferta, perjudicando la calidad de la atención. Este servicio acepta pacientes con enfermedades intratables de forma ambulatoria. Las pacientes en emergencias y Hospitalización tienen citas para cesáreas, cirugías ginecológicas o problemas médicos graves.

El departamento de Ginecología y Obstetricia cuenta únicamente con la presencia de un ginecólogo que se encarga de atender a los pacientes de lunes a viernes, sin embargo, esta disponibilidad resulta insuficiente debido a la gran cantidad de solicitudes y necesidades de atención médica que recibe. Debido a emergencias médicas, los doctores en formación que se encuentran en la etapa de residencia están obligados a permanecer durante largos períodos de tiempo en el quirófano y en la sala de partos, lo cual resulta en una escasez de personal, insumos y medicamentos en el servicio médico.

1.2. Planteamiento del Problema

Diariamente fallecen al menos 800 mujeres debido a complicaciones del embarazo y parto, lo que representa 292,000 muertes al año, es decir, una cada dos minutos. Estas complicaciones son especialmente comunes en los países en vías de desarrollo. El 12% de las muertes están relacionadas con hipertensión, especialmente preeclampsia y eclampsia (Bouzaglou y Aubenas, 2020).

La preeclampsia es una condición hipertensiva del embarazo sin causa ni mecanismo de desarrollo claros, que afecta entre el 2% y el 8% de los embarazos a nivel global y aumenta el riesgo de complicaciones graves para la madre y el bebé. En 2014, la OMS analizó datos de 276,388 mujeres de 24 países y descubrió que la preeclampsia/eclampsia estaba más relacionada con una edad materna mayor a 30 años y bajo nivel educativo (Yushida y Zahara, 2020).

El IMC alto, la nuliparidad, falta de atención prenatal, hipertensión crónica, diabetes gestacional, enfermedad cardíaca o renal, pielonefritis o infección urinaria y anemia grave son factores de riesgo para la preeclampsia y resultados neonatales adversos. No se ha encontrado un método efectivo para prevenir la preeclampsia y la eclampsia, pero identificar factores predictivos de convulsiones en pacientes con preeclampsia podría mejorar la prevención y tratamiento de esta afección mortal (Ayala y Serrano, 2020).

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024?

1.3. Justificación

La investigación se realiza debido al impacto que tiene la muerte materna a causa de la eclampsia/preeclampsia. De acuerdo con muchos estudios, la edad materna avanzada a menudo se asocia con varias complicaciones obstétricas (diabetes gestacional, hipertensión, preeclampsia y complicaciones fetales (retraso en el crecimiento, prematuridad, malformación fetal).

Debido a que la edad de la mujer es un factor indiscutible de riesgo de muerte materna, la investigación presenta relevancia científica debido a que, entre el 2010 y el 2012, casi el 30 % de las muertes maternas ocurrieron en mujeres de 35 a 39 años (17% de nacidos vivos en este grupo de edad), frente al 10% de las mujeres de 40 años o más (5% de nacidos vivos en este grupo de edad). Hoy en día, las complicaciones maternas se manejan con mayor eficacia que hace algunos años. Por lo tanto, muchos estudios sugieren que la edad materna aumenta el riesgo de estas complicaciones, pero a veces no de manera estadísticamente significativa debido a las muestras pequeñas.

A nivel local, existen pocos estudios que tengan en cuenta la edad materna considerada en la literatura en torno a los 35 y 40 años. Los estudios son aún escasos y el seguimiento obstétrico y preconcepcional de estas pacientes aún no está estandarizado; además, se han analizado varios factores de riesgos

asociados, sin obtener un resultado convincente. No obstante, un estudio más adecuado de sus factores de riesgo podría crear estrategias de prevención para este trastorno hipertensivo.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo General.

Determinar los factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia reportada de preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024.
- Investigar el principal factor de riesgo que induce la preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024.
- Analizar las intervenciones de enfermería que previenen la aparición de la preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024.

1.5. Hipótesis

Los antecedentes maternos de preeclampsia y la hipertensión arterial son los principales factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el período noviembre - abril 2024.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes.

Se llevó a cabo un análisis que abarcó un periodo de tiempo específico, que consistió en contrastar y examinar detalladamente los partos registrados en Suecia entre 2007 y 2012 con los recopilados en China de 2015 a 2016. El objetivo principal fue identificar diferencias significativas en la frecuencia de la afección conocida como preeclampsia, así como analizar los posibles factores de riesgo asociados y también comparar los desenlaces del embarazo en las dos poblaciones estudiadas, la sueca y la china. Los 555.446 embarazos en Suecia y los 79.243 embarazos en China tuvieron una edad promedio de 30,9 años y 28,6 años entre las mujeres que dieron a luz en cada país. La frecuencia de preeclampsia fue comparativamente la misma en Suecia y China, con 16.068 casos (2,9%) y 1.803 casos (2,3%), respectivamente. Sin embargo, se observó que un mayor porcentaje de casos graves se registraron en Suecia, con 5.222 casos (32,5%), en comparación con los 1.228 casos (68,1%) considerados graves en China. La obesidad, que se define como un índice de masa corporal igual o superior a 28 en China y de 30 o superior en Suecia, se identificó como un factor de riesgo de mayor significancia en China en contraste con Suecia. En comparación con China, en Suecia se observó que la falta de partos previos estaba significativamente más relacionada con el desarrollo de preeclampsia grave. (Yang y Le Ray, 2021)

Un análisis que se llevó a cabo en un momento específico para calcular la incidencia de preeclampsia y determinar los factores que podrían aumentar el riesgo en un grupo de mujeres que están esperando un bebé en Bangladesh. En este diseño de investigación que abarca un solo punto en el tiempo, un grupo de 111 individuos se registraron y se les solicitó que completaran un formulario de encuesta convencional con datos sobre medidas corporales, datos sociodemográficos y detalles sobre sus hábitos de vida. El porcentaje total de casos de preeclampsia en todo el mundo se situó en el 14,4%. Se descubrió que aproximadamente un 10% de los embarazos desarrollaban preeclampsia después de haber alcanzado las 20 semanas de gestación, y en ausencia de historial de hipertensión previo. En el análisis adicional, se descubrió que la proporción de casos de preeclampsia que se superponen con hipertensión crónica alcanzaba el

5,4%. En Bangladesh, es importante tener en cuenta ciertas medidas de intervención programáticas, como la administración de medicamentos para controlar la presión arterial elevada, la realización de consultas prenatales con profesionales médicos y la disposición de servicios especializados para el cuidado durante el parto y el posparto, con el objetivo de disminuir y evitar los trastornos hipertensivos que puedan surgir durante el embarazo (Dutta y Barman, 2021).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teoría de enfermería del déficit de autocuidado por Dorothea Orem

Dorothea Orem presenta su teoría de enfermería del déficit de autocuidado, que incluye tres teorías interrelacionadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como una estructura general. Para poder aplicar correctamente el Modelo de Orem, es importante tener un conocimiento profundo de la interpretación que este ofrece sobre los elementos fundamentales como la persona, la enfermería, el entorno y la salud (López y Salazar, 2022).

Dorothea Orem considera al ser humano como un organismo biológico que posee racionalidad y capacidad de pensamiento, lo que le permite reflexionar tanto sobre sí mismo como sobre su entorno. Además, posee la capacidad de representar sus vivencias a través de simbolismos y utilizar creaciones simbólicas, como ideas y palabras, para reflexionar, expresarse y dirigir sus comportamientos en su propio beneficio y en el de los demás. Las definiciones de cuidados de enfermería abarcan la asistencia a la persona en la realización de actividades de autocuidado, con el objetivo de preservar su bienestar, recuperarse de patologías y afrontar las secuelas que estas puedan dejar (Peña y Salas, 2020).

En este modelo, el entorno comprende una amplia gama de elementos, como factores físicos, químicos, biológicos y sociales que tienen un impacto en el individuo, mientras que la salud se describe como un estado que cambia en función de las particularidades tanto humanas como biológicas. Para poder aplicar el Modelo de Orem mediante el proceso de enfermería, es fundamental establecer y comprender en detalle los significados de autocuidado, los requisitos que lo componen, la demanda terapéutica necesaria para este cuidado personal, la

capacidad que tiene una persona de cuidar de sí misma, la ausencia de cuidado propio, la intervención de la enfermería y los sistemas de apoyo sanitario. Los significados de estos conceptos se encuentran establecidos en la cuarta edición de su modelo, la cual fue publicada en el año 1991 (González, 2023).

Autocuidado: El autocuidado es una práctica que se centra en gestionar de manera controlada los diversos elementos que influyen en el progreso y desempeño de una persona o sus circunstancias, con el objetivo de obtener ventajas en términos de calidad de vida, salud y felicidad. Una destreza que se ha desarrollado a lo largo del tiempo y se ha centrado en un objetivo específico (Morales y Sigcho, 2020):

- La exigencia de un cuidado universal implica que este se extienda a todos los individuos, abarcando aspectos como la calidad del aire y del agua, la participación en actividades físicas y el descanso adecuado, la gestión de la soledad y el fomento de la interacción social, la prevención de riesgos para la salud y la promoción de una actividad humana equilibrada.
- Es importante promover un entorno favorable que permita a las personas vivir plenamente y crecer de manera saludable en todas las fases de la vida, desde la infancia hasta la vejez, así como también es esencial evitar o mitigar los efectos negativos de circunstancias desfavorables en el proceso de desarrollo.
- Requerimientos de autocuidado relacionados a problemas de salud.

El proceso de enfermería es un procedimiento estructurado y planificado que se emplea para proporcionar cuidados de salud a individuos que presentan cambios físicos o posibles anomalías, siendo un enfoque sistemático y organizado en la atención sanitaria. La utilización de este método contribuye a adaptar los cuidados de manera individualizada, lo que permite prevenir descuidos o la repetición de acciones innecesarias. El proceso de enfermería consta de un total de cinco etapas, las cuales son: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. Cada fase del proceso tiene una razón particular y aporta de manera significativa al tratamiento y bienestar del paciente (Romero y Sanmartin, 2023).

2.2.2. Emergencias Ginecológicas

Las emergencias ginecológicas se refieren a situaciones médicas críticas que afectan el sistema reproductivo de la mujer y que plantean riesgos para su salud, capacidad sexual y capacidad de reproducirse. Las emergencias ginecológicas comunes generalmente se manifiestan como abdomen agudo, sangrado vaginal anormal o una combinación de ambos, y con frecuencia están relacionadas con complicaciones tempranas del embarazo, enfermedad inflamatoria pélvica y problemas anticonceptivos (De la Rosa et al., 2018).

Algunos hospitales tienen Unidades de Ginecología de Emergencia para tratar problemas ginecológicos graves de forma rápida. En estas unidades trabajan enfermeras, ecografistas y un equipo de ginecólogos encabezado por un consultor. El propósito de esta unidad es ofrecer atención médica rápida y apropiada para disminuir complicaciones, morbilidad (Sanz & Boira, 2021).

Los progresos en el campo de la ecografía, los análisis bioquímicos para detectar el embarazo, las técnicas quirúrgicas de mínima invasión y la introducción de antibióticos más recientes han contribuido significativamente a la detección precoz de dichas condiciones y a la implementación de estrategias de tratamiento menos invasivas (Sanz & Boira, 2021).

2.2.2.1. Preeclampsia

La preeclampsia, una condición caracterizada por presión arterial alta durante el embarazo, está asociada a aproximadamente el 2% al 8% de las complicaciones relacionadas con la gestación en todo el mundo. El 9% al 26% de las muertes maternas ocurren en naciones con ingresos bajos, mientras que en países de altos ingresos la tasa es del 16%. La preeclampsia es caracterizada por la presión arterial elevada que aparece durante el embarazo de forma repentina (Jung y Romero, 2022).

Aunque los criterios para definir la preeclampsia pueden diferir según el país, la mayoría de las veces coinciden con la descripción establecida por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP), la cual es ampliamente aceptada y utilizada en distintas regiones del mundo. La Sociedad

Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo especifica que la preeclampsia se caracteriza por la aparición de hipertensión y proteinuria u otros signos de daño en órganos importantes a partir de las 20 semanas de embarazo, mientras que la eclampsia se describe como la presentación de convulsiones notables en una mujer diagnosticada con preeclampsia.

Para identificar la preeclampsia en su etapa inicial, se consideran como indicadores una presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más, o una presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más, que deben ser confirmados en al menos dos ocasiones separadas por un intervalo de al menos 4 horas. En contraste, se puede interpretar como una señal de mayor riesgo si se detectan mediciones de presión arterial sistólica de 160 mm Hg o más, o de presión arterial diastólica de 110 mm Hg o más, a partir de la semana 20 de gestación, lo que sugiere una condición potencialmente más grave en el embarazo (Lee y Brayboy, 2022).

La preeclampsia generalmente se manifiesta al final del embarazo. Otros hallazgos relevantes son proteinuria, trombocitopenia, función hepática anormal, dolor epigástrico severo, excluyendo otros diagnósticos. cefalea resistente, edema pulmonar o disfunción renal con resultados de laboratorio anómalos. Otras formas específicas de preeclampsia son la leve y grave, determinadas por la presentación y criterios clínicos que se detallarán después (Bisson y Dautel, 2023).

2.2.2.2. Eclampsia

Eclampsia es una complicación grave de la preeclampsia en el embarazo que puede causar daño o muerte a la madre y al feto si no se detecta a tiempo. Preeclampsia y eclampsia son dos de las cuatro categorías de trastornos hipertensivos del embarazo. Las otras tres categorías son hipertensión crónica, hipertensión gestacional y preeclampsia con hipertensión crónica superpuesta (Mackenzie y Hinson, 2023).

La definición de la preeclampsia, precursora de la eclampsia, ha cambiado recientemente. Antes, la preeclampsia requería proteinuria para diagnóstico, pero ahora se puede detectar sin este síntoma. La eclampsia se caracteriza por la aparición repentina de convulsiones tónico-clónicas generalizadas en una mujer con preeclampsia. Las convulsiones eclámpticas pueden presentarse antes,

durante y después del parto, así como a las 20 semanas de la gestación. Las convulsiones son raras antes de las 20 semanas, aunque se han registrado en la enfermedad trofoblástica gestacional (Williams y Galerneau, 2022).

A pesar de los avances logrados en la comprensión de la preeclampsia, todavía no se tiene una comprensión clara y definitiva de la causa exacta de la eclampsia. Se sugiere que, durante la preeclampsia, se observa una mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica, lo que conlleva a una situación en la que se produce una alteración en el flujo sanguíneo cerebral debido a una autorregulación que se encuentra desequilibrada (Fuentes y Espinoza, 2023).

En comparación con las mujeres blancas en los Estados Unidos, se observa que las mujeres afroamericanas presentan una mayor frecuencia de casos de preeclampsia, lo cual se traduce en una tasa de mortalidad materna tres veces superior. Se han identificado factores de riesgo adicionales que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar preeclampsia, como la edad materna de más de 40 años, historial previo de preeclampsia, embarazos múltiples, obesidad, presión arterial alta crónica, diabetes antes del embarazo, problemas renales, síndrome antifosfolípido, trastornos de coagulación, lupus y haber concebido mediante fertilización in vitro (López y Torres, 2022).

La eclampsia, un trastorno médico grave, está estrechamente vinculada con la detección previa de la preeclampsia y puede manifestarse tanto antes como durante el proceso de parto, extendiéndose incluso hasta las 6 semanas posteriores al nacimiento del bebé. Por lo general, las mujeres que desarrollan eclampsia experimentan síntomas a partir de la semana 20 de embarazo, siendo los momentos más comunes para su presentación después de la semana 28 de gestación (Velumani y Durán, 2021).

Un signo característico que se puede observar durante el examen físico en pacientes con eclampsia son las convulsiones tónico-clónicas, las cuales suelen tener una duración típica de entre un minuto y medio y un minuto y treinta segundos. Frecuentemente, después de un episodio de convulsiones, ocurre un estado postictal. Antes de que comiencen los episodios de convulsiones, es posible que los pacientes experimenten signos de aviso, como dolores de cabeza, alteraciones

en la visión, molestias abdominales y un incremento en la presión sanguínea (Dávila y Montenegro, 2023).

Las convulsiones eclámpicas son una situación médica de urgencia que debe ser tratada de inmediato para evitar la muerte, tanto de la madre como del feto, debido a complicaciones asociadas con esta condición. Es importante proteger las vías respiratorias de los pacientes que están experimentando convulsiones activas con el fin de prevenir que inhalen algo indeseado durante el episodio. La paciente debe ser posicionada de manera que quede acostada sobre su lado izquierdo, y se requiere la aplicación de succión para asistir en la eliminación de las secreciones bucales. Además, es importante tener a disposición otros elementos complementarios para garantizar la adecuada atención de las vías respiratorias en caso de que el estado del paciente empeore y sea necesario realizar una intubación (Martínez y Belalcázar, 2022).

El sulfato de magnesio se prescribe como medida para gestionar las convulsiones, ya que es la terapia principal recomendada en el tratamiento de las convulsiones eclámpicas. Uno deberá inyectar a través de una vena una cantidad inicial de 4 a 6 gramos durante un lapso de 15 a 20 minutos. Luego de eso, es necesario proceder con la administración de una dosis continua de 2 gramos por cada hora. Es importante que el tratamiento con magnesio se mantenga activo y sin interrupciones durante un período mínimo de 24 horas posteriores a la última convulsión experimentada por el paciente. Es importante tener en cuenta que al administrar este fármaco es crucial prestar una atención especial, pues existe la posibilidad de que genere toxicidad, dando lugar a efectos adversos como la parálisis respiratoria, la depresión del sistema nervioso central y el paro cardíaco (Rojas y Rojas, 2019).

Es de suma importancia monitorizar y regular los reflejos, supervisar los niveles de creatinina y la cantidad de orina producida al mismo tiempo que se suministra magnesio. Además de la mencionada, en la lista de fármacos antiepilépticos se pueden encontrar otras opciones como diazepam y fenitoína. Las benzodiazepinas y los barbitúricos son medicamentos que se emplean en casos de convulsiones refractarias, es decir, convulsiones que no han mostrado mejoría a pesar de ser tratadas con magnesio. Tanto el levetiracetam como el ácido valproico

pueden considerarse como opciones para tratar a pacientes con miastenia gravis y eclampsia, debido a que se ha observado que la administración de magnesio y fenitoína puede incrementar la debilidad muscular y potencialmente desencadenar una crisis asociada con esta enfermedad neuromuscular (Carrasquilla y Martínez, 2022).

Finalmente, se necesita una consulta obstétrica urgente. En casos de preeclampsia grave después de las 34 semanas, es necesario inducir el parto una vez estabilizada la madre. Corticosteroides deben darse a mujeres embarazadas antes de las 34 semanas para madurar los pulmones del feto, si es posible. No se debe retrasar la entrega por administrar esteroides. Finalmente, el parto del feto es el tratamiento definitivo para la preeclampsia/eclampsia. El parto y su momento dependen de factores maternos y fetales (Bisson y Dautel, 2023).

2.2.2.3. Etiología de la Preeclampsia

La causa subyacente de la preeclampsia sigue sin estar clara a pesar de entender sus síntomas, criterios diagnósticos y tratamiento frecuentes. Una teoría común de la causa de la preeclampsia es la placentación anormal que resulta en disfunción materna (Ives y Sinkey, 2020).

Aunque existen dificultades, se ha probado que la causa subyacente sólidamente establecida de la preeclampsia es el desarrollo anómalo de la placenta, lo que conlleva a una transformación inusual de las arterias espirales, resultando en falta de riego sanguíneo en la placenta, bajos niveles de oxígeno y aumento del estrés producido por los radicales libres (Bisson y Dautel, 2023).

2.2.2.4. Epidemiología de la preeclampsia

La preeclampsia y la eclampsia son responsables de más de 50.000 fallecimientos de mujeres embarazadas al año a nivel global. Así como sucede con los trastornos hipertensivos, se ha observado que la preeclampsia tiene una relación con el origen étnico y la raza, siendo más común en mujeres afroamericanas e hispanas, y constituye aproximadamente el 26% de las muertes maternas en este grupo específico de la población (Ayala y Serrano, 2020).

Hay múltiples factores de riesgo y determinantes de la preeclampsia. Factores de riesgo: nuliparidad, embarazo múltiple, edad ≥ 35 años, fertilización in vitro, comorbilidades (hipertensión, diabetes, obesidad). IMC mayor a 30 antes del embarazo, historia familiar o antecedentes de preeclampsia o desprendimiento de placenta en embarazo anterior, o crecimiento fetal restringido intrauterinamente (Velumani y Durán, 2021).

2.2.2.5. Fisiopatología de la preeclampsia

Como se describe en la etiología de la preeclampsia, la placentación anormal que conduce a una gran remodelación anormal de los vasos placentarios juega un papel crucial en el desarrollo de la preeclampsia y los efectos perpetuadores de su fisiopatología. La preeclampsia es una afección multisistémica que potencia una posible hipertensión grave y disfunción o insuficiencia de órganos terminales. (Bisson y Dautel, 2023)

La esclerosis vascular y la remodelación anormal de las arteriolas en la placenta resultan en un proceso gradual de isquemia placentaria. Esta situación conduce a la liberación de marcadores de estrés, tales como factores antiangiogénicos y proinflamatorios, lo que provoca un desequilibrio al competir con los lugares de unión de los factores angiogénicos y de crecimiento fundamentales. Esto desencadena consecuencias a largo plazo que resultan en la creación anómala de vasos sanguíneos y una respuesta vascular inadecuada para varios sistemas de órganos, principalmente el cardiovascular, renal y hepático (Rojas y Rojas, 2019).

2.2.2.6. Características clínicas

A pesar de que la preeclampsia por lo general tiene un patrón claramente identificable con una historia clínica única y señales físicas evidentes, también puede manifestarse de formas no habituales que presentan variaciones en su presentación. En este apartado se analizarán las manifestaciones típicas de la preeclampsia y también aquellas que se consideran prioritarias para promover posteriores investigaciones y el desarrollo de pruebas de diagnóstico en caso de que se manifiesten (Yang y Le Ray, 2021).

Los síntomas históricamente identificados con mayor frecuencia en pacientes con preeclampsia incluyen la presencia de quejas relacionadas con dolores de cabeza que han surgido recientemente, no atribuibles a ninguna otra condición médica previa, como experiencias previas de cefaleas o migrañas, y que no han mejorado con la administración de medicamentos. Esta queja puede ser presentada sola o junto con otras quejas que describan problemas de alteración en la visión. Los pacientes también podrían experimentar malestar o molestias en la parte superior derecha del abdomen o en la región epigástrica, acompañados de sensación de ganas de vomitar o vómitos. Además, es posible notar que también se pueden experimentar problemas al respirar y una sensación aumentada de hinchazón, los cuales se agravan a medida que evolucionan los síntomas iniciales asociados con el embarazo (August y Sibai, 2023).

Los pacientes con ciertas características deben tener un examen físico completo. Empieza con la evaluación de los signos vitales, en concreto, la presión arterial. Las pacientes con PA sistólica ≥ 140 mmHg o PA diastólica ≥ 90 mmHg deben considerar la preeclampsia. Pacientes gestantes de más de 20 semanas necesitan pruebas diagnósticas si tienen dos lecturas de presión arterial con 4 horas de diferencia (Martínez y Belalcázar, 2022).

La revisión actualizada de los resultados de las pruebas de presión arterial para diagnóstico se había expandido hasta abarcar mediciones de presión arterial muy alta persistente apenas minutos después de repetir los exámenes, con el objetivo de posibilitar una acción temprana mediante el uso de medicamentos para reducir la presión arterial. Estas mediciones de presión arterial son consideradas elevadas cuando la lectura de la presión sistólica es de 160 mmHg o superior, o si la presión diastólica es de 110 mmHg o superior (Mackenzie y Hinson, 2023).

De acuerdo con lo indicado por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), si las mujeres diagnosticadas anteriormente con hipertensión durante el embarazo muestran niveles extremadamente altos de presión arterial, se debe considerar el diagnóstico de preeclampsia grave, sin importar si cumplen con otros requisitos diagnósticos. En caso de que los pacientes experimenten dificultad respiratoria, es necesario llevar a cabo un examen de auscultación y percusión en

los pulmones con el propósito de detectar posibles anomalías o problemas en el funcionamiento pulmonar (López y Torres, 2022).

Además, es necesario tocar con las manos la parte superior derecha del abdomen y las zonas cerca del estómago para examinar la respuesta sensorial en esas áreas. Además, es necesario llevar a cabo una evaluación global del edema, prestando atención detallada a las zonas donde se presenta el edema dependiente (asociado con la fuerza de gravedad), como por ejemplo, en las piernas, o en el edema no dependiente, como en la cara o en las manos (Mackenzie y Hinson, 2023).

2.2.2.7. Evaluación

Tras una evaluación exhaustiva, se deben realizar pruebas diagnósticas a pacientes con signos de preeclampsia. Incluye pruebas de laboratorio para detectar hipertensión inducida por el embarazo, incluyendo análisis de orina para proteinuria con diferentes métodos de evaluación (López y Salazar, 2022).

Se requiere un hemograma completo para trombocitopenia, un panel metabólico para función hepática anormal y función renal alterada. Los hallazgos anormales de laboratorio deben excluir otras causas para ser significativos en el diagnóstico (Martínez y Belalcázar, 2022).

A pesar de la creencia generalizada de que la presencia de presión arterial alta junto con la presencia de proteínas en la orina es un requisito para el diagnóstico de preeclampsia, podría darse la situación en la que estos síntomas no estén presentes en cada caso particular. En situaciones como estas, si se detecta la falta de presencia de proteínas en la orina y la aparición reciente de presión arterial alta, es posible recurrir a otros síntomas nuevos que puedan presentarse, como la disminución del número de plaquetas en la sangre, problemas de funcionamiento renal, acumulación de líquido en los pulmones, deterioro de la función hepática o dolores de cabeza repentinos acompañados o no de cambios en la visión (Rebahi y Still, 2018).

Este tipo de preeclampsia, que no presenta características severas, se refiere comúnmente a aquella en la que la presión arterial alcanza niveles muy

elevados repentinamente (con una medición sistólica de 160 mmHg o superior y una diastólica de 110 mmHg o superior en dos lecturas separadas por al menos 4 horas), pero sin mostrar otros signos previamente mencionados (Velásquez, 2021).

2.2.2.8. Tratamiento/Manejo

El tratamiento de la preeclampsia inicia con la identificación precoz de la enfermedad y la aplicación de medidas terapéuticas oportunas, poniendo un énfasis en mantener la presión arterial bajo control de manera efectiva y en evitar la aparición de episodios convulsivos. Es posible alcanzar el control de la presión arterial mediante el uso de medicamentos como los betabloqueantes, como por ejemplo el labetalol, o los bloqueadores de los canales de calcio, como es el caso de la nifedipina (Jung y Romero, 2022).

Además del análisis de la salud del feto, es importante que la evaluación fetal incluya la realización de una ecografía para medir el nivel de líquido amniótico, determinar el peso aproximado del bebé y llevar a cabo pruebas prenatales como la prueba sin estrés y los perfiles biofísicos. El estado del feto durante el embarazo también podría tener un impacto significativo en la decisión de optar por un parto activo o el enfoque de esperar y monitorear de cerca a las mujeres con preeclampsia (Fuentes y Espinoza, 2023).

En resumen, la única solución definitiva para la preeclampsia es llevar a cabo el nacimiento del feto. Aunque se puede realizar una observación continua para monitorizar gestaciones prematuras en mujeres con hipertensión gestacional controlada adecuadamente o preeclampsia sin síntomas graves y con resultados normales en los exámenes previos al parto, es importante tener en cuenta que el enfoque de espera conlleva ciertos riesgos (Carrasquilla y Martínez, 2022).

Para pacientes estables con manejo expectante, se requiere ecografías, pruebas preparto semanales y seguimiento cercano de síntomas, presión arterial y pruebas de laboratorio. ACOG recomienda parto para pacientes con 37 0/7 sem con hipertensión/preeclampsia sin características graves en vez de tratamiento expectante (Martínez y Belalcázar, 2022).

Es conveniente que las mujeres con preeclampsia severa ≥ 34 semanas den a luz tras estabilizarse, sin retrasos para dar esteroides. En preeclampsia severa antes de las 34 0/7 semanas, estabilizar bienestar y considerar manejo expectante (Velumani y Durán, 2021).

Aunque los efectos positivos en bebés recién nacidos y madres pueden mejorar gracias a la elección entre tener un parto o adoptar una actitud de espera, es esencial entablar una conversación con la paciente acerca de las opciones disponibles y los posibles riesgos y beneficios para que pueda tomar una decisión informada. Si hay preocupación por el deterioro de la madre o del feto, se puede considerar utilizar el ingreso ante parto, el cual implica una cuidadosa supervisión de las condiciones maternas y fetales, y la posibilidad de iniciar el parto con un umbral bajo en caso de ser necesario. Los descubrimientos que muestran que un parto rápido ocurre después de que se haya logrado la estabilización, sin importar la duración del embarazo, pueden ser identificados como elementos que afectan tanto al feto como a la madre (López y Salazar, 2022).

Factores fetales son pruebas ante parto anormales y flujo diastólico final invertido sostenido de la arteria umbilical. Factores maternos incluyen complicaciones como presión arterial alta no controlada, dolores de cabeza persistentes o cambios visuales, dolor persistente en el cuadrante superior derecho o epigástrico a pesar de tratamiento, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, edema pulmonar, síndrome HELLP, eclampsia y sospecha de problemas placentarios graves. Antes de las 34 semanas, administrar esteroides sin retrasar el parto si es necesario (Peña y Salas, 2020).

Los fármacos empleados para mantener la presión sanguínea dentro de límites muy altos abarcan opciones como la administración intravenosa de labetalol, la hidralazina y la nifedipina de acción rápida por vía oral. El tratamiento preventivo de las convulsiones en mujeres con preeclampsia severa por lo general comienza utilizando sulfato de magnesio por vía intravenosa como primera alternativa.

2.2.2.9. Factores de Riesgo

Un factor de riesgo se refiere a cualquier elemento que incrementa las probabilidades de una persona de desarrollar una enfermedad o afección de salud.

Algunos de los factores más importantes que aumentan el riesgo de desarrollar preeclampsia son (Yushida y Zahara, 2020):

2.2.2.9.1. Edad Materna. Edades menores de 20 y mayores de 35 años aumentan riesgo de hipertensión en embarazo y preeclampsia. El embarazo en adolescentes de 13 a 19 años y en mujeres mayores de 35 años aumenta el riesgo de preeclampsia, afectando la placenta y el desarrollo del feto, incluso llevando a su desprendimiento y muerte .

2.2.2.9.2. Factor genético/hereditario. En estudios familiares de casos descriptivos, se ha observado aumento de riesgo de preeclampsia en mujeres con antecedentes familiares. Mujeres con familiares que tuvieron preeclampsia tienen 4-5 veces más riesgo, según Susana Barreto.

La preeclampsia durante el embarazo tiene una fuerte influencia genética, con un riesgo heredado de alrededor del 50%. Conocer antecedentes médicos familiares ayuda a detectar embarazos de alto riesgo por preeclampsia.

2.2.2.9.3. Obesidad. La presencia de sobrepeso y obesidad se relaciona con la hipertensión arterial, lo cual conlleva a un aumento desmesurado en la cantidad de sangre circulante y a un incremento en el tiempo de respuesta del corazón. Esto se requiere para financiar los costos de energía del metabolismo que son necesarios debido al tamaño del cuerpo, lo que provoca un aumento en la presión sanguínea y causando daño a los vasos sanguíneos, lo cual conduce al incremento del estrés y juega un papel en el desarrollo de la Preeclampsia. Durante el embarazo, la obesidad tiene el potencial de ser un factor desencadenante que puede llevar al desarrollo de preeclampsia (Xuan y Nguyen, 2022).

2.2.2.9.4. Diabetes. Mujeres con diabetes tipo 1 o tipo 2 y antecedentes de preeclampsia tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia. Mujeres no diabéticas con preeclampsia tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes. El 15-20% de embarazos con diabetes tipo 1 y el 10-14% de embarazos con diabetes tipo 2 presentan preeclampsia, de acuerdo con la investigación. Tener diabetes antes aumenta riesgo de preeclampsia en embarazo. Los pacientes con diabetes tipo 1-2 o sospecha de esta deben ser más cuidadosos durante el embarazo para prevenir complicaciones (Rojas y Rojas, 2019).

2.2.2.9.5. Primigrávidas. Las mujeres que están esperando un bebé por primera vez tienen un riesgo entre 6 y 8 veces mayor de desarrollar preeclampsia, una condición potencialmente peligrosa durante el embarazo, porque su sistema inmunológico puede tener dificultades para adaptarse al feto en desarrollo. Los antígenos presentes en la placenta podrían desempeñar un papel importante en la causa del daño en los vasos sanguíneos y el surgimiento de la condición médica. El primer embarazo desencadena la respuesta del sistema inmunitario que conduce a la enfermedad, y es posible que los embarazos posteriores favorezcan el desarrollo de una tolerancia inmunológica que evite su resurgimiento, siempre y cuando se mantenga la misma pareja sexual. La capacidad para experimentar este efecto se desvanece al tener un nuevo compañero, y es posible que se reduzca gradualmente con el paso del tiempo hasta transcurrir aproximadamente una década (August y Sibai, 2023).

2.2.2.9.6. Uso de Anticonceptivos. Existe una mayor probabilidad de que las mujeres que abusan del uso de métodos anticonceptivos de barrera, tales como las píldoras anticonceptivas, presenten un riesgo elevado de padecer preeclampsia durante el embarazo. Es importante ser cauteloso al utilizar anticonceptivos orales combinados en ciertas mujeres, ya que existe la posibilidad de que puedan provocar problemas en los vasos sanguíneos y aumentar el riesgo de complicaciones asociadas con la preeclampsia (Fuentes y Espinoza, 2023).

Es aconsejable utilizar métodos anticonceptivos de barrera en lugar de anticonceptivos orales combinados durante el embarazo como medida para disminuir el riesgo de padecer preeclampsia (August y Sibai, 2023).

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación.

El estudio realizado se caracterizará por ser de naturaleza cuantitativa, descriptiva y de campo

Cuantitativa

Con el fin de descubrir soluciones a las interrogantes planteadas en la investigación, se optará por un enfoque cuantitativo para el estudio, ya que la base del trabajo investigativo se sustentará en la recopilación y análisis de datos con valores numéricos.

Descriptiva

La descripción fue exhaustiva ya que se proporcionará con detalle los datos epidemiológicos acerca de los factores de riesgo vinculados al desarrollo de preeclampsia en mujeres embarazadas que recibieron atención en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús entre noviembre y abril de 2024.

De campo

Este estudio se considera de tipo experimental con un enfoque en la investigación en el campo, ya que se llevará a cabo un experimento con el objetivo de obtener un resultado que pueda responder a la hipótesis planteada.

Métodos:

Es considerado como un enfoque Hipotético-Deductivo, ya que el proceso de investigación se basará en un ciclo que involucra la inducción para generar teorías, la deducción para contrastarlas y nuevamente la inducción para reevaluar las hipótesis formuladas previamente, es decir la formulación y comprobación o rechazo de hipótesis será un proceso recurrente en este tipo de investigación. Para este estudio específico, se llevará a cabo la investigación para determinar si los factores de riesgo tienen algún impacto en la aparición de preeclampsia en mujeres embarazadas que reciben atención en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús entre

noviembre y abril de 2024. A través del análisis realizado utilizando diversas técnicas e instrumentos, se verificará la afirmación mencionada.

Asimismo, se utilizará el Método Analítico-sintético, el cual se fundamentará en la premisa de que, a partir de una comprensión global de un evento o fenómeno, sea posible discernir y describir detalladamente las particularidades de cada una de sus componentes y las interacciones que se presentan.

3.2 Operacionalización de variables.

Variable Dependiente				
Variables	Conceptos	Dimensiones/categorías	Indicadores	Escala/índice
Preeclampsia	Es una complicación del embarazo con hipertensión arterial, edema, proteínas en la orina (proteinuria), y aumento excesivo de peso; puede preceder antes de la eclampsia.	Factores biológicos determinantes	Edad	<18 años 18 - 24 años 25 - 34 años >35 años
			Etnias	Indígena Mestiza Afroecuatoriana Blanca Montubia
			Trimestre de Gestación	Segundo Trimestre Tercer Trimestre
			Presencia de Edema	Edema de manos Edema de pies Edema de cara Sin edema

Variable Independiente				
Variables	Conceptos	Dimensiones/categorías	Indicadores	Escala/índice
Factores de Riesgo	Un elemento o atributo que incrementa la posibilidad de sufrir daño o enfermedad es conocido como factor de riesgo. Un factor de riesgo aumenta la probabilidad de enfermedad o lesión.	Factores No Modificables	Antecedentes Familiares Maternos durante Gestación	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Diabetes gestacional - Preeclampsia - Otro
			Gestas previas	<ul style="list-style-type: none"> ● 0 ● 1 a 2 ● >3
			Nivel de Proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> ≤ 300 mg en la orina > 300 mg en la orina
			Rango de Presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> 140/90 - 149/99 150/100 – 159/109 >160/110
		Factores Modificables	Peso Corporal	<ul style="list-style-type: none"> -Bajo Peso -Peso Normal -Sobrepeso -Obesidad
			Consumo de sustancias Nocivas	<ul style="list-style-type: none"> Sí No

3.2.1 Variables Independiente

Factores de riesgo

3.2.2. Variable Dependiente

Preeclampsia

3.3. Población y muestra de investigación.

3.3.1. Población.

La población total estará constituida por 187 mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre 2023 - abril 2024.

3.3.2. Muestra.

La población al ser finita se optará por una muestra no probabilística, para ello se utilizará la siguiente fórmula basada en la población inicial (187):

$$n = \frac{m}{e^2(m - 1) + 1}$$

m = Tamaño de la población (187)

E = Error de estimación (8 %)

n = Tamaño de la muestra ()

$$n = \frac{187}{(0.08)^2 (187-1) + 1}$$

$$n = \frac{187}{(0.0064) (186) + 1}$$

$$n = \frac{187}{1.1904 + 1}$$

$$n = \frac{187}{2.19}$$

$$n = 85$$

Por lo tanto, la muestra que se empleará en la investigación es de 85 mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre 2023 - abril 2024.

3.4. Técnicas e instrumentos de medición

La información otorgada por el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre 2023 - abril 2024 se analizará a través de la matriz de riesgo obstétrico para conocer su estilo de vida y conocer los factores de riesgo que producen la preeclampsia.

3.4.1. Técnicas

Análisis de contenido: Esta metodología proporcionará información detallada acerca de los peligros relacionados con el embarazo y los elementos que pueden incrementar dichos riesgos en mujeres embarazadas de la región. Esto se llevará a cabo teniendo en cuenta las características geográficas del área, la disponibilidad de servicios médicos y las interacciones dentro de la comunidad, todo capturado a través de un formulario especializado para recopilación de datos. La información recopilada permitirá adquirir un conocimiento exhaustivo sobre los diversos factores de riesgo que pueden desencadenar preeclampsia en el entorno del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

3.4.2. Instrumentos

Se considerarán las medidas y los criterios apropiados con el objetivo de recopilar información precisa acerca de la situación. Se elaboró un documento específico con el propósito de recoger información detallada acerca de la evaluación del riesgo obstétrico en el centro de salud denominado Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

3.5. Procesamiento de datos.

Serán utilizadas diversas herramientas, como Microsoft Excel y Word, con el propósito de recolectar y organizar los datos provenientes de la matriz de riesgo obstétrico, además de llevar a cabo análisis y representar gráficamente los resultados obtenidos.

3.6. Aspectos Éticos

En esta investigación se honran y valoran los derechos de propiedad intelectual de los autores, así como se hace un reconocimiento a sus valiosas contribuciones teóricas y conocimientos, además de citar adecuadamente la fuente de la información utilizada. Debido a la relevancia que tiene para la gestión y desarrollo de las actividades, es necesario conservar la información con el propósito de que sea eventualmente publicada o exhibida en el archivo digital de la organización.

En el ámbito de la práctica organizacional abordada en este estudio, es importante destacar que las propuestas implementadas se consideran como propiedad intelectual, lo cual significa que están protegidas por las leyes que regulan la propiedad intelectual. La identidad de las personas que participaron en este estudio se mantiene en el anonimato como medida de protección, ya que se considera que pertenecen a un grupo vulnerable en la sociedad. No se requiere proporcionar tu identificación, ya que este es un estudio que simplemente observa sin necesidad de revelar quién eres.

CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

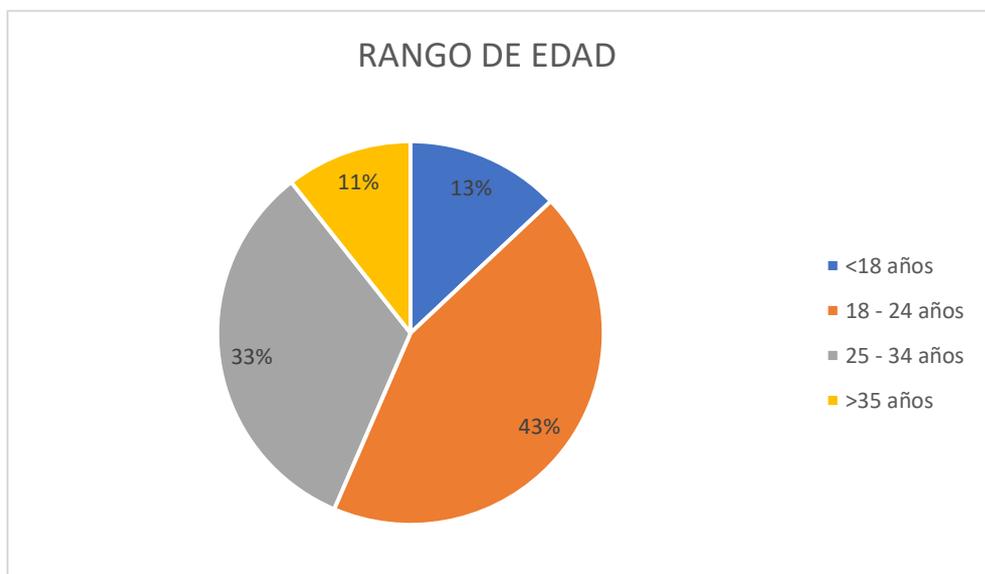
4.1. Resultados

Durante el periodo de noviembre 2023 a abril 2024, se llevó a cabo la recopilación de datos utilizando una ficha que se basaba en la matriz de riesgo obstétrico proporcionada por el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, y a través de este proceso se lograron obtener los resultados que se detallan a continuación:

Tabla 1.

Rango de edad

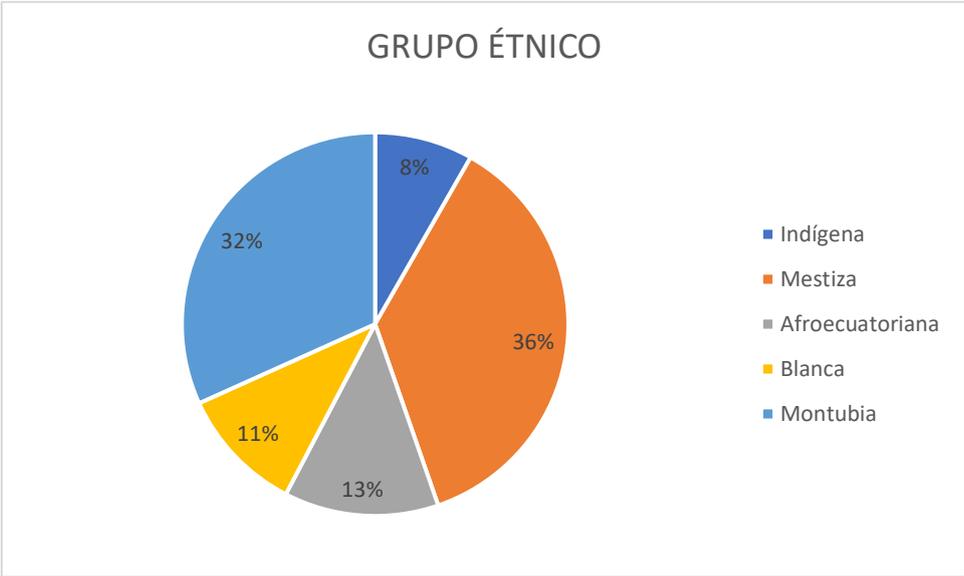
RANGO DE EDAD		
Respuesta		
EDAD	N° de Embarazadas	Porcentaje
<18 años	11	13%
18 - 24 años	37	43%
25 - 34 años	28	33%
>35 años	9	11%
TOTAL	85	100%



Resultados: Se puede observar que de 85 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo de noviembre 2023 a abril 2024, se encontró que el 43% presentó un rango de edad de 18 a 24 años, el 33% presentó un rango de edad de 25 a 34 años, el 13% eran menores de 18 años y el 11% eran mayores de 35 años.

Tabla 2.
Grupo Étnico

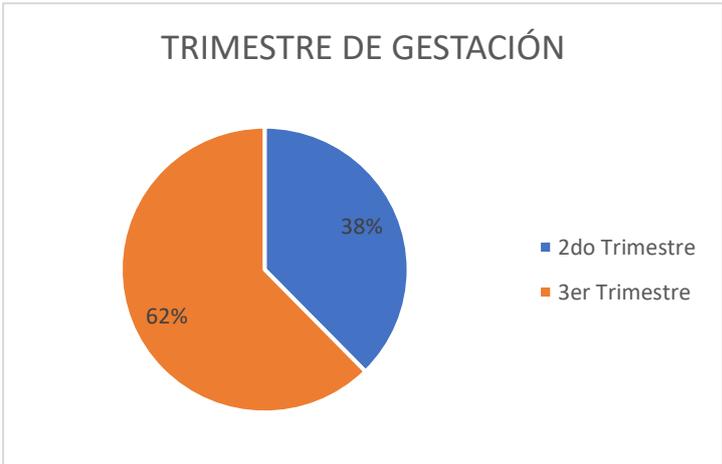
GRUPO ÉTNICO		
Etnia	N° de Embarazadas	Respuesta
		Porcentaje
Indígena	7	8%
Mestiza	31	36%
Afroecuatoriana	11	13%
Blanca	9	11%
Montubia	27	32%
TOTAL	85	100%



Resultados: Durante el lapso comprendido entre noviembre de 2023 y abril de 2024, se ha podido constatar que de un total de 85 mujeres embarazadas que recibieron atención en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, se identificó que el 36% de las mujeres con preeclampsia eran de ascendencia mestiza, seguidas por un 32% de origen montubio, un 13% de descendencia afroecuatoriana, un 11% de raza blanca y, finalmente, un 8% de ascendencia indígena.

Tabla 3.
Trimestre de Gestación

TRIMESTRE DE GESTACIÓN		
Trimestre	N° de Embarazadas	Respuesta
		Porcentaje
2do Trimestre	26	30%
3er Trimestre	14	16%
TOTAL	85	100%

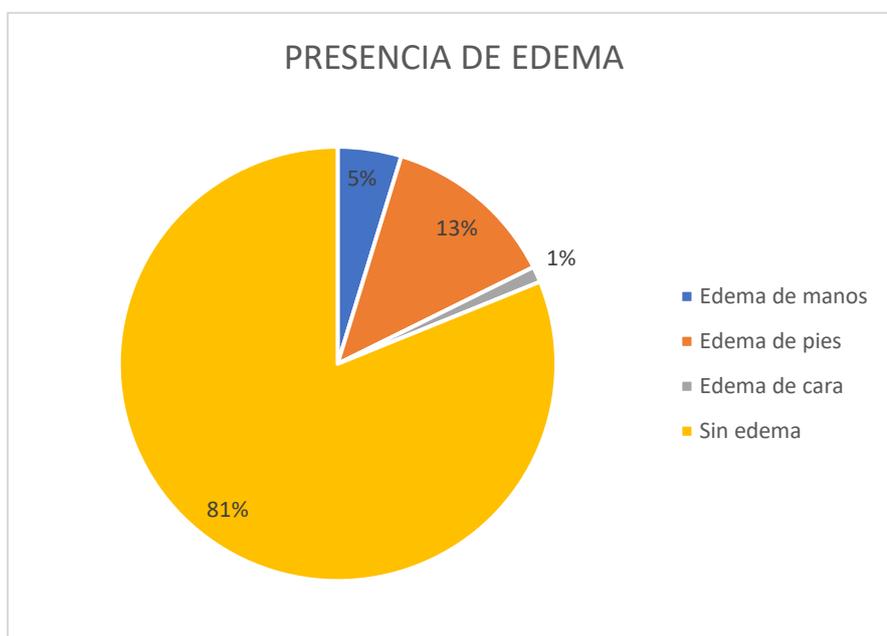


Resultados: De todas las 85 mujeres que estaban embarazadas, aproximadamente el 62% de ellas estaban en la etapa final de su embarazo, es decir, el tercer trimestre; en contraste, el 38% restante se hallaba en la etapa intermedia de la gestación, conocida como segundo trimestre.

Tabla 4.

Edema

PRESENCIA DE EDEMA		
Edema	Respuesta	
	N° de Embarazadas	Porcentaje
Edema de manos	4	5%
Edema de pies	11	13%
Edema de cara	1	1%
Sin edema	69	81%
TOTAL	85	100%

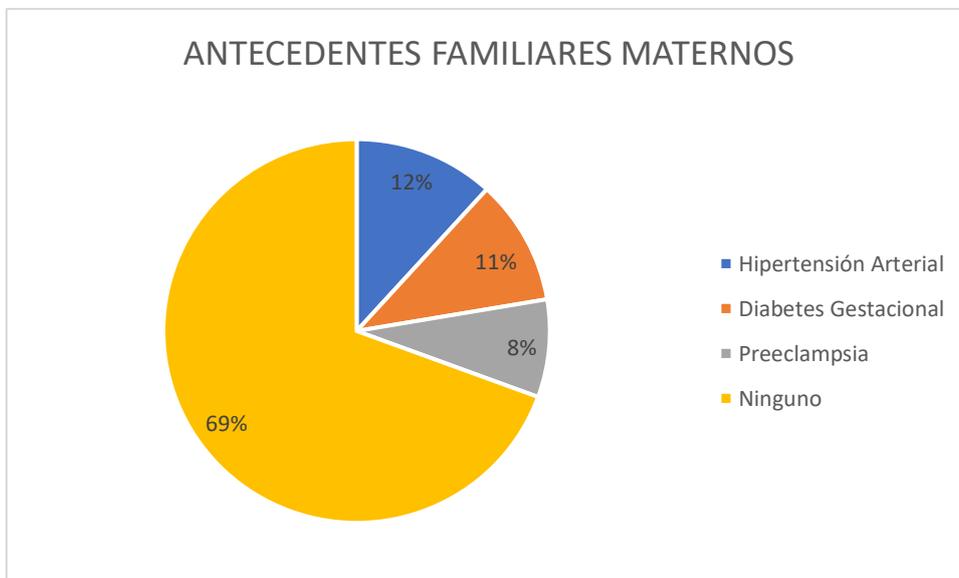


Resultados: De un total de 85 mujeres que estaban embarazadas, se observó que un 69% no presentó ningún tipo de edema, el 13% mostró edema en los pies, un 5% presentó edema en las manos y únicamente el 1% experimentó edema en la cara.

Tabla 5.

Antecedentes Familiares Maternos durante Gestación

ANTECEDENTES FAMILIARES MATERNOS		
Antecedentes	Respuesta	
	Nº de Embarazadas	Porcentaje
Hipertensión Arterial	10	12%
Diabetes Gestacional	9	11%
Preeclampsia	7	8%
Ninguno	59	69%
TOTAL	85	100%

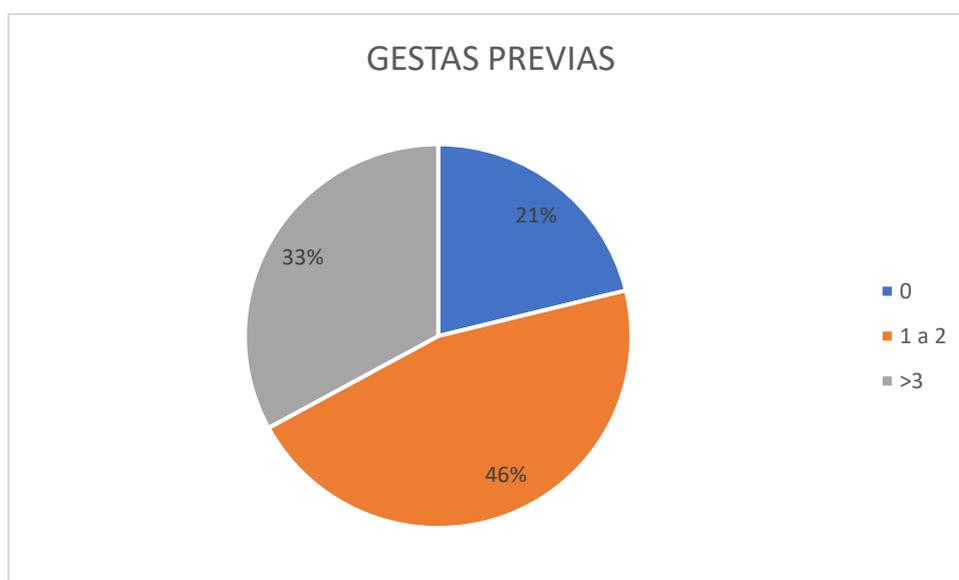


Resultados: Se identificó que de un grupo de 85 mujeres embarazadas, aproximadamente el 69% no tenía antecedentes familiares maternos relevantes, alrededor del 12% tenía historial de hipertensión arterial, unos 11% tenían antecedentes de diabetes mellitus y un 8% mostraban antecedentes de preeclampsia.

Tabla 6.

Número de Gestas Previas

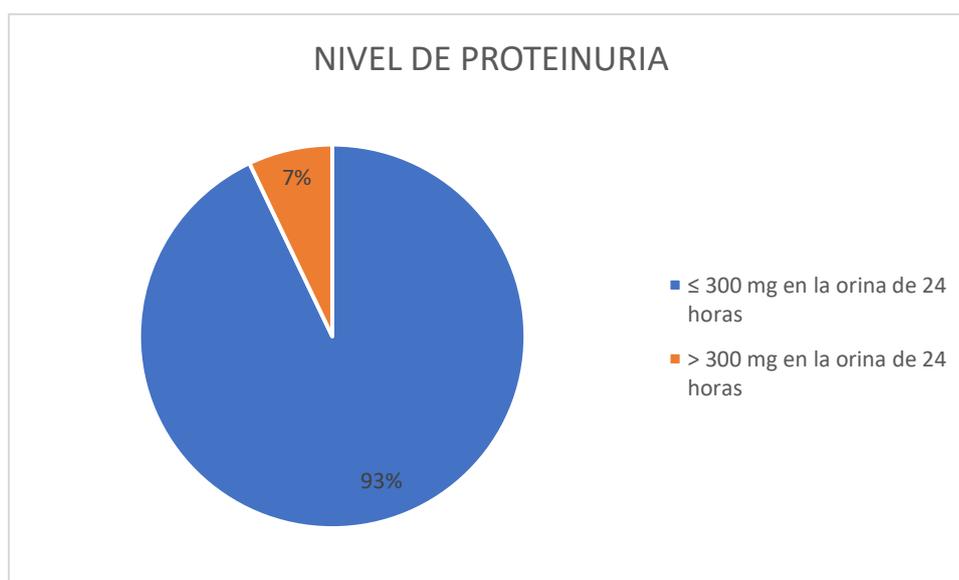
GESTAS PREVIAS		
Respuesta		
Gestas Previas	N° de Embarazadas	Porcentaje
0	22	33%
1 a 2	47	46%
>3	18	21%
TOTAL	85	100%



Resultados: De todas las 85 mujeres que estaban embarazadas, aproximadamente el 46% presentó entre 1 a 2 gestas previas, el 33% presentó más de 3 gestas previas y el 21% no presentó gestas previas.

Tabla 7.
Proteinuria

NIVEL DE PROTEINURIA		
Proteinuria	Respuesta	
	N° de Embarazadas	Porcentaje
≤ 300 mg en la orina de 24 horas	0	0%
> 300 mg en la orina de 24 horas	87	100%
TOTAL	87	100%

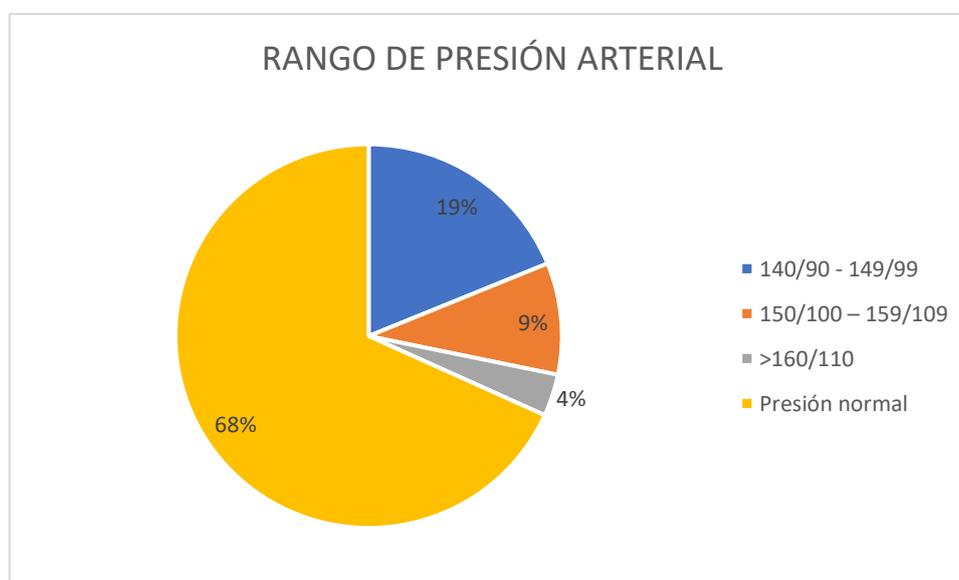


Resultados: Se puede notar que, de un total de 85 mujeres embarazadas que fueron a consulta al Hospital, un porcentaje del 93% mostró niveles de proteinuria inferiores a 300 mg en la muestra de orina recogida en un periodo de 24 horas; sin embargo, un porcentaje del 7% presentó niveles superiores a 300 mg en dicha muestra de orina recogida en un día.

Tabla 8.

Rango de Presión Arterial

RANGO DE PRESIÓN ARTERIAL		
Presión Arterial	N° de Embarazadas	Respuesta
		Porcentaje
140/90 - 149/99	16	19%
150/100 – 159/109	8	9%
>160/110	3	4%
Presión normal	58	68%
TOTAL	85	100%



Resultados: Aproximadamente el 68% de las 85 mujeres que estaban embarazadas tenían una presión arterial normal, alrededor del 19% presentaba una presión en el rango de 140/90 - 149/99, mientras que el 9% tenía una presión arterial en el intervalo de 150/100 – 159/109, y solo el 4% mostraba una presión igual o superior a 160/110.

Tabla 9.

Peso Corporal

PESO CORPORAL		
	Respuesta	
Peso Corporal	N° de Embarazadas	Porcentaje
Bajo Peso	13	15%
Peso Normal	31	37%
Sobrepeso	25	29%
Obesidad	16	19%
TOTAL	85	100%



Resultados: De acuerdo con la clasificación del índice de masa corporal, se encontró que alrededor de un 37% de las 85 mujeres embarazadas tenía un peso dentro de los parámetros considerados normales, mientras que el 29% tenía sobrepeso, el 19% presentaba obesidad en una variedad de grados y el 15% presentaba peso corporal por debajo de lo recomendado.

Tabla 10.

Consumo de Sustancias Nocivas

CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS		
Consumo de Sustancias Nocivas	Respuesta	
	N° de Embarazadas	Porcentaje
Sí	23	27%
No	62	73%
TOTAL	85	100%



Resultados: Se pudo observar que de un total de 85 mujeres que se encontraban embarazadas, alrededor del 73% de ellas no estaban consumiendo sustancias nocivas, mientras que el restante 27% sí admitió consumirlas.

4.2. Discusión

Gracias a los datos recopilados, se obtuvo que de 85 mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre 2023 - abril 2024, el 13% eran menores de 18 años y el 11% eran mayores de 35 años; además, el 36% de las mujeres eran de ascendencia mestiza, seguidas por un 32% de origen montubio y un 13% de descendencia afroecuatoriana. Asimismo, el 62% de ellas estaban en la etapa final de su embarazo, es decir, el tercer trimestre; en contraste, el 38% se encontraba cursando el segundo trimestre de embarazo.

Se pudo encontrar que el 13% de las embarazadas mostró edema en los pies, un 5% presentó edema en las manos y únicamente el 1% experimentó edema en la cara. De igual forma, alrededor del 12% tenía historial de hipertensión arterial, unos 11% tenían antecedentes de diabetes mellitus y un 8% mostraban antecedentes de preeclampsia; los cuales son factores de riesgo importantes según la literatura. En un estudio adicional llevado a cabo por Yang & Le Ray (2021), se descubrió que la obesidad, que fue definida como un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 28 en China e igual o mayor a 30 en Suecia, se identificó como un factor de riesgo de mayor relevancia en China en contraste con Suecia. En Suecia, se observó que la falta de embarazos previos estaba notablemente más vinculada con la presencia de casos graves de preeclampsia que en China. Otro estudio llevado a cabo por Dutta & Barman (2021) descubrió que aproximadamente el 10% de los embarazos desarrollaban preeclampsia después de las 20 semanas de gestación, sin tener historial de hipertensión. Además, los investigadores encontraron que la incidencia de preeclampsia superpuesta a la hipertensión crónica era del 5,4%.

En la investigación, observaron que un 7% de los participantes mostraron niveles en la orina que eran mayores a 300 mg en un solo día, lo que sugiere la presencia confirmada de preeclampsia. Entre los factores de riesgo identificados, se observó que el 46% de los participantes había tenido entre 1 y 2 gestaciones previas, mientras que el 33% había tenido más de 3 gestaciones previas. De igual manera, el 19% presentaba una presión arterial en el rango de 140/90 - 149/99, y el 9% tenía una presión en el intervalo de 150/100 - 159/109. Por último, solo un

4% mostraba una presión igual o superior a 160/110. En lo que respecta al peso corporal, se pudo observar que el 29% de los individuos tenía un exceso de peso, el 19% mostraba diferentes niveles de obesidad y el 15% tenía un peso corporal inferior al recomendado. Otra información relevante a tener en cuenta es que un porcentaje del 27% reconoció que consume sustancias perjudiciales para la salud.

Los resultados obtenidos se relacionan a los obtenidos por Martínez et al. (2022) en la Universidad de Ambato, se demostró que la nutrición de una mujer embarazada es crucial, ya que debe satisfacer las demandas de su propio cuerpo y las del bebé en desarrollo. Un factor adicional que influyó en las tasas de parto pretérmino fue la consideración de las edades que están dentro del rango de interés obstétrico, observándose que el 9,8% de las madres en edades jóvenes (de 20 a 35 años) experimentaron este tipo de parto, mientras que el porcentaje aumentó a un 23,3% en mujeres adolescentes menores de 20 años y alcanzó un 33,3% en las mujeres adultas mayores de 35 años. Según el estudio realizado por Cabrera et al. (2019), se concluyó que algunos de los factores de riesgo más significativos incluyen las características físicas de la madre antes de quedar embarazada, tales como su peso, grupo étnico, edad y la historia familiar de preeclampsia.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Durante el periodo de noviembre de 2023 a abril de 2024, se observó que el 7% de las mujeres embarazadas que asistieron al Hospital Sagrado Corazón de Jesús fueron diagnosticadas con preeclampsia.

Entre los factores de riesgo más importantes identificados se incluyen los antecedentes familiares de preeclampsia y presión arterial alta por parte de la madre, así como la presencia de sobrepeso y obesidad, junto con el hábito de consumir sustancias perjudiciales.

Los factores contribuyentes identificados son los siguientes: la edad, específicamente menores de 18 años y mayores de 35 años, la pertenencia a la etnia mestiza, tener antecedentes familiares maternos de preeclampsia, presentar un índice de masa corporal elevado que indica obesidad, así como ser primigrávidas.

5.2. Recomendaciones

- Es aconsejable que las mujeres embarazadas acudan a todas sus citas de seguimiento prenatal con el objetivo de evitar posibles complicaciones más adelante y garantizar que reciban la atención médica necesaria en el momento adecuado.
- Después de completar el embarazo, es aconsejable buscar asesoramiento sobre cuál sería la opción más adecuada de anticoncepción con el fin de prevenir embarazos no deseados. Si se desea tener más hijos en el futuro, es necesario llevar a cabo una planificación cuidadosa con el objetivo de minimizar cualquier riesgo potencial.
- Realizar más estudios sobre los posibles factores de riesgo que afectan a las embarazadas diagnosticadas con preeclampsia.

Referencias

- August, P., & Sibai, B. (2023). Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
- Ayala, P., & Serrano, N. (2020). Risk factors and fetal outcomes for preeclampsia in a Colombian cohort. *Heliyon*, 6(9). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844020319228>
- Bestari, D., & Lestari, P. (2019). Maternal Perinatal Outcomes Related to Advanced Maternal Age in Preeclampsia Pregnant Women. *J Family Reprod Health.*, 13(4), 191-200. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264866/>
- Bisson, C., & Dautel, S. (2023). Preeclampsia pathophysiology and adverse outcomes during pregnancy and postpartum. *Frontiers in Medicine*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389%2Ffmed.2023.1144170>
- Bouzaglou, A., & Aubenas, I. (2020). Pregnancy at 40 years Old and Above: Obstetrical, Fetal, and Neonatal Outcomes. Is Age an Independent Risk Factor for Those Complications? *Frontiers*, 7(1). Retrieved 27 de julio de 2023, from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2020.00208/full>
- Carrasquilla, K., & Martínez, L. (2022). Complicaciones anestésicas en gestantes con preeclampsia. *Revista Chilena de Anestesia*, 51(6), 678-684. <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv5129091223.pdf>
- Dávila, J., & Montenegro, E. (2023). Impacto del aumento de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención y tratamiento. *Recimundo*, 7(2), 49-62. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(2\).jun.2023.49-62](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(2).jun.2023.49-62)
- Dutta, A., & Barman, Z. (2021). Prevalence of preeclampsia and the associated risk factors among pregnant women in Bangladesh. *Scientific Reports*. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-00839-w>

- Foz, R., Kitt, J., & Leeson, P. (2019). Preeclampsia: Risk Factors, Diagnosis, Management, and the Cardiovascular Impact on the Offspring. *J Clin Med.*, 8(10), 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390%2Fjcm8101625>
- Fuentes, C., & Espinoza, J. (2023). Eclampsia en embarazo pretérmino, causas, sintomatología y métodos de prevención. *Reciamuc*, 7(2), 143-149. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1100>
- González, S. (9 de marzo de 2023). *La Mente es Maravillosa*. [lamenteesmaravillosa.com: https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-deficit-del-autocuidado/](https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-deficit-del-autocuidado/)
- Ives, C., & Sinkey, R. (2020). Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(14), 1690-1702. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720362987>
- Jung, E., & Romero, R. (2022). The etiology of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, S844-S866. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1356>
- Lee, K., & Brayboy, L. (2022). Pre-eclampsia: a Scoping Review of Risk Factors and Suggestions for Future Research Direction. *Regenerative Engineering and Translational Medicine*, 8(1), 394-406. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40883-021-00243-w>
- López, A., & Torres, A. (2022). Reporte de 6 casos de eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 1-9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2022/un223d.pdf>
- López, I., & Salazar, A. (2022). TEORÍA DE OREM PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL DURANTE EL CLIMATERIO OREM'S THEORY FOR ADDRESSING SEXUAL HEALTH DURING CLIMACTERIC. *Enfermería Investiga*, 7(3), 1-7.
- Mackenzie, M., & Hinson, M. (2023). Eclampsia. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554392/>

- Mansanillas, A. (2023). Principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de preeclampsia en gestantes. *Revista Médica*, 6(8). <https://revistamedica.com/principales-factores-riesgo-preeclampsia/>
- Martínez, A., & Belalcázar, Y. (2022). Impacto de los factores ambientales en la aparición de preeclampsia grave. *Revista Médica Sinergia*, 7(4), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v7i4.755>
- Morales, J., & Sigcho, S. (2020). *Teoría de Dorothea Orem aplicada al cuidado durante el embarazo*. Chimborazo: Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7143/1/7.Trabajo%20de%20titulaci%c3%b3n%20Silvia%20Sigcho-ENF.pdf>
- Padhan, S., Pradhan, P., Panda, B., & Mishra, S. (2023). Risk Factors of Preeclampsia: A Hospital-Based Case-Control Study. *Cureus*, 15(7), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.7759%2Fcureus.42543>
- Peña, N., & Salas, C. (2020). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 19(1), 1-14. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
- Rebahi, H., & Still, M. (2018). Risk factors for eclampsia in pregnant women with preeclampsia and positive neurosensory signs. *Turk J Obstet Gynecol.*, 15(4), 227-234. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6334241/>
- Rojas, L., & Rojas, L. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 13(2), 1-12. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/ree/v13n2/2661-6742-ree-13-02-00095.pdf>
- Romero, A., & Sanmartin, M. (2023). Eclampsia - abordaje enfermero basada en la teoría de Dorothea Orem: a propósito de un caso. *Polo del Conocimiento*, 8(1), 231-246. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i1>
- Sanz, A., & Boira, E. (2021). Urgencias ginecológicas y obstétricas en la pandemia por COVID-19, ¿qué fue lo que dejamos ver? *Ginecologica Obstetrica Mexicana*, 89(11), 847-856. Retrieved 15 de Febrero de 2023, from <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n11/0300-9041-gom-89-11-847.pdf>

- Stitterich, N., Shepherd, J., & Koroma, M. (2021). Risk factors for preeclampsia and eclampsia at a main referral maternity hospital in Freetown, Sierra Leone: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(413), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-021-03874-7>
- Velásquez, J. (2021). Eclampsia. *Alto Riesgo Obstétrico y Obstetricia Crítica*, 113–117. https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347161
- Velumani, V., & Durán, C. (2021). Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 1-12. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n5/2448-4865-facmed-64-05-7.pdf>
- Williams, K., & Galerneau, F. (2022). Pathophysiology of Eclampsia. *Clinics in Mother and Child Health*, 12(4), 1-2. <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/pathophysiology-of-eclampsia-2090-7214-1000197.pdf>
- Xuan, T., & Nguyen, V. (2022). Serum Levels of NT-Pro BNP in Patients with Preeclampsia. *Integr Blood Press Control.*, 15(1), 43-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9001144/pdf/ibpc-15-43.pdf>
- Yang, Y., & Le Ray, I. (2021). Preeclampsia Prevalence, Risk Factors, and Pregnancy Outcomes in Sweden and China. *JAMA Netw Open*. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2779753>
- Yushida, Y., & Zahara, E. (2020). The Risk Factors toward Preeclampsia Events of Pregnant Women in Meureubo and Johan Pahlawan Community Health Center West Aceh. *Public Health Epidemiology*, 8(E), 670-673.

ANEXOS

ANEXO 1. TABLA DE CONTINGENCIA

Matriz de contingencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024?	Determinar los factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024.	Los antecedentes maternos de preeclampsia y la hipertensión arterial son los principales factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el período noviembre - abril 2024.



ANEXO II. ENCUESTA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA



Indicaciones: El siguiente cuestionario es dirigido a las pacientes embarazadas que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024 con el propósito de determinar los factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia.

Edad: <18 años 18 - 24 años 25 - 34 años >35 años

Etnia:

- Indígena
- Mestiza
- Afroecuatoriana
- Blanca
- Montubia

Trimestre de Gestación: 1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre

Presencia de Edema:

- Edema de manos
- Edema de pies
- Edema de cara
- Sin edema

Antecedentes familiares maternos:

Diabetes **Hipertensión** **preeclampsia** **Otra**

Gestas previas: No 1 a 2 >3

Nivel de Proteinuria: ≤ 300 mg en la orina > 300 mg en la orina

Rango de presión arterial: 140/90 - 149/99 150/100 – 159/109 >160/110

Peso corporal: Bajo Peso Peso Normal Sobrepeso Obesidad

ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este protocolo es comunicar el proyecto de investigación y pedir su consentimiento. Si acepta, el investigador se llevará una copia firmada y usted tendrá la otra copia firmada.

La presente investigación se titula **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024”**. Estudiantes de la Universidad Técnica de Babahoyo del Ecuador lideran este proyecto. La investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia en embarazadas atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo noviembre - abril 2024.

Para ello, se le pide completar una breve encuesta de 5 minutos. Participar en la investigación es opcional y puede salir en cualquier momento sin consecuencias. Puede hacer preguntas sobre la investigación cuando lo desee. La identidad será anónima para el investigador, quien no sabrá quién completó la encuesta. Su información se analizará junto con la de sus compañeros para crear artículos y presentaciones académicas.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre: _____

Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Firma del participante: _____

ANEXO IV. SOLICITUD DE INFORMACIÓN



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA ENFERMERIA REDISEÑADA

Quevedo, 08 de marzo del 2024

Magister.

Joselyn Ivonne Espinoza Troya

Directora, del Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús, Subrogante.

Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo STEFANNY MISHELLE CANDO MALDONADO, con cedula de ciudadanía 0250311339 y ADRIANA DE LOS ANGELES TAMAMI CHIMBORAZO, con cedula de ciudadanía 0202656369, egresados (as) de la carrera de enfermería, Malla REDISEÑO, Facultad de Ciencias de la Salud, matriculados en el proceso de titulación periodo NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024, en la modalidad PROYECTO DEL TRABAJO DE INTEGRACION CURRICULAR, nos dirigimos, a usted de la manera mas comedida para que se considere la petición de ejecutar nuestro tema del proyecto de titulación: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024.**

Esperando que nuestra petición tenga una acogida favorable, quedamos de usted muy agradecidos.

Atentamente,

EGRESADA DE ENFERMERIA

EGRESADA DE ENFERMERIA

MGS. JOSELYN IVONNE ESPINOZA TROYA
DIRECTORA HSCJ

Presupuesto

Recursos Económicos	Costo
Movilización	\$50
Internet	\$25
Redacción e Impresión	\$22
Fotografías	\$6
Alimentación	\$30
Refrigerios	\$15
Total	\$148

Cronograma

N°	ACTIVIDADES	MESES																							
		Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Selección del tema																								
2	Aprobación del tema																								

