



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA.

TEMA:

**FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS A LA PREECLAMPSIA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA EN EL
HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA, PERIODO ABRIL-AGOSTO 2024.**

AUTORES:

MITE FRANCO SHEYLA DAYANA
VELOZ LEON NARCISA JOSEFINA

TUTORA:

LIC. BERNAL MARTÍNEZ ELSA

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR
SEPTIEMBRE 2023 – AGOSTO 2024

CERTIFICADO DE TUTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 12 de Julio del 2024

Lcda. Marilú Hinojosa Guerrero
COORDINADORA DE TITULACION CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente.

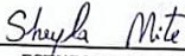
De mi Consideración:

Por medio de la presente, nosotras **VELOZ LEON NARCISA JOSEFINA**, con C.I. 1207305945 y **MITE FRANCO SHEYLA DAYANA**, con C.I.1207137520 Estudiantes de la carrera de **Enfermería** de la **Malla Rediseño** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, del Proceso de titulación en la **Modalidad de proyecto de investigación**, con el debido respeto nos dirigimos a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la propuesta del **TEMA DE PROYECTO: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA, PERIODO ABRIL-AGOSTO 2024** el mismo que fue aprobado por el **DOCENTE TUTOR: LCDA. ELSA BERNAL MARTINEZ** del periodo Junio – Septiembre del 2024.

Espero que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:


ESTUDIANTE EGRESADO
VELOZ LEON NARCISA JOSEFINA


ESTUDIANTE EGRESADO
MITE FRANCO SHEYLA DAYANA


DOCENTE TUTOR
LCDA. ELSA BERNAL MARTINEZ

INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTIPLAGIO



FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA, PERIODO ABRIL-AGOSTO 2024. (2)



Nombre del documento: FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA, PERIODO ABRIL-AGOSTO 2024. (2).docx
 ID del documento: 36c13cc4728892977f9c92cfe58fca199a604712
 Tamaño del documento original: 73,3 kB
 Autores: []

Depositante: BERNAL MARTINEZ ELSA MARIA
 Fecha de depósito: 29/8/2024
 Tipo de carga: interface
 fecha de fin de análisis: 29/8/2024

Número de palabras: 7917
 Número de caracteres: 51.749

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	scielo.senescyt.gob.ec http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/ree/v17n1/2661-6742-ree-17-01-0001.pdf#:~:text=Esta entidad se ...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
2	Documento de otro usuario #641d74 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
3	Documento de otro usuario #91699b El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
4	dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/16424/1/TIC-UTB-FCS-ER-000060.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)
5	repositorio.unemi.edu.ec https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/6814/1/TUMBACO LOOR EVELYN - TESIS - M...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (13 palabras)

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	actividad1-trabajo final para compilato.docx actividad1-trabajo final pa... #72ea5a El documento proviene de mi grupo 3 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (83 palabras)
2	aplicaciones.msp.gob.ec https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TRAS... 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (48 palabras)
3	dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/16416/1/TIC-UTB-FCS-ER-000052.pdf 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (33 palabras)
4	Documento de otro usuario #c72aa4 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)

INDICE GENERAL

CERTIFICADO DE TUTOR	II
INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTIPLAGIO	III
DEDICATORIA	VIII
AGRADECIMIENTO	X
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
CAPITULO I	14
1. INTRODUCCIÓN	14
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN PROBLEMÁTICA.	16
1.1.1. Contexto internacional.	16
1.1.2. Contexto nacional.	17
1.1.3. Contexto local.	18
1.2. Planteamiento del problema.	19
1.2.1. Problema general	20
1.2.2. Problemas específicos	20
1.3. Justificación	21
1.4. Objetivo de la investigación	22
1.4.1. Objetivo general	22
1.4.2. Objetivos específicos	22
1.5. Hipótesis de la investigación	22
1.5.1. Hipótesis general	22
1.5.2. Hipótesis específicas	23
CAPITULO II	24
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes	24
2.2. Bases teóricas	25
2.2.1. Preeclampsia.	25
2.2.2. Clasificación de la preeclampsia.	25
2.2.3. Epidemiología.	26
2.2.4. Fisiopatología.	27
2.2.5. Factores de riesgos	27
2.2.6. Tratamiento.	28
2.2.6.1. <i>Tratamiento farmacológico en la emergencia hipertensiva.</i>	28
2.2.6.2. Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia (para prevención de eclampsia)	29

2.2.7.	Medidas de prevención	29
2.2.8.	Intervenciones de enfermería en la preeclampsia	30
CAPITULO III		34
3.	METODOLOGÍA	34
3.1.	Tipo y diseño de investigación	34
3.2.	Operacionalización de variables.	35
3.2.1.	Variables dependientes	39
3.2.2.	Variables independientes	39
3.3.	Población y muestra de investigación.	39
3.3.1.	Población	39
3.3.2.	Muestra	39
3.4.	Técnicas e instrumentos de medición	40
3.4.1.	Técnica	40
3.4.2.	Instrumento	40
3.5.	Procesamiento de datos	40
3.6.	Aspectos éticos	40
CAPITULO IV		42
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1.	Resultados	42
4.2.	Discusión	56
CAPITULO V		59
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
5.1.	Conclusiones	59
5.2.	Recomendaciones	60
ANEXOS		65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios y definiciones para la clasificación de la preeclampsia _____	25
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco en preeclampsia _____	26
Gráfico 2: Clasificación de las embarazadas con riesgo de preeclampsia. ____	28
Gráfico 3: Medicamentos para el tratamiento de la emergencia hipertensiva. _	29
Gráfico 4: Preparación y administración de sulfato de magnesio en preeclampsia. _____	29
Gráfico 5: Rango de edad _____	42
Gráfico 6: Procedencia _____	42
Gráfico 7: Ingreso mensual _____	43
Gráfico 8: Estado civil _____	43
Gráfico 9: Escolaridad _____	44
Gráfico 10: Etnia _____	44
Gráfico 11: Presencia de síntomas _____	45
Gráfico 12: Presencia de edema _____	45
Gráfico 13: Rango de presión arterial _____	46
Gráfico 14: Albuminuria proteinuria _____	46
Gráfico 15: Edad gestacional _____	47
Gráfico 16: Antecedentes clínicos _____	48
Gráfico 17: Gestas previas _____	48
Gráfico 18: Paridad _____	49
Gráfico 19: Apego al tratamiento farmacológico _____	49
Gráfico 20: Peso corporal _____	50
Gráfico 21: Asistencia a controles prenatales _____	50
Gráfico 22: Consumo de sustancias nocivas _____	51
Gráfico 23: Exposición a situaciones de estrés _____	51
Gráfico 24: Activación de clave en gestante con preeclampsia _____	52
Gráfico 25: Impregnación de sulfato de magnesio _____	52
Gráfico 26: Monitoreo de signos vitales _____	53

Gráfico 27: Control de sulfato-grama _____	53
Gráfico 28: Actividades de enfermería en gestantes con preeclampsia _____	54
Gráfico 29: Información sobre la dieta adecuado _____	55
Gráfico 30: Educación sobre el manejo de preeclampsia _____	55
Gráfico 31: Estrategias educativas de enfermería _____	56

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme permitido llegar hasta aquí. A mi madre Shirley Franco, por su amor incondicional, apoyo constante, por ser mi mayor fuente de inspiración, recordándome que los sueños se alcanzan con esfuerzo, perseverancia y la creencia inquebrantable en uno mismo.

A mis hermanas, Angie, Angelina, Samara y mi Sobrino Gabriel, por su cariño, por su apoyo y presencia en mi vida ya que son un pilar fundamental motivándome a conseguir lo que me proponga. A mis profesores y mentores, que con su guía y sabiduría me ayudaron a crecer académica y personalmente. Su pasión por el conocimiento ha dejado una huella imborrable en mi camino. A mis amigos, por su compañía en los momentos difíciles y por compartir conmigo esta experiencia. A mi compañera de tesis por la paciencia y apoyo durante este trayecto.

Sheyla Dayana Mite Franco

Dedico este trabajo primeramente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre Pilar León, por ser parte fundamental de este largo camino y por su gran amor que me brinda también por enseñarme hacer una mujer de bien he importancia del amor al prójimo. A mis amores como lo es mi querido padre y esposo, aunque no estén físicamente conmigo, fueron mi fuente de inspiración para llegar hasta donde he llegado, y este trabajo es homenaje a ustedes, los extraño profundamente y siempre estarán en mi corazón.

A mis hermanos, Cinthia, Luis, Raúl, por su cariño y apoyo, sus palabras de aliento y presencia en mi vida han sido un pilar de fortaleza y motivación. A mi amada hija que es mi mayor tesoro por la cual me esfuerzo cada día, para que se sienta orgullosa de la madre que tiene. A mis suegros que nunca me han dejado sola y ayudarme en cada momento que lo he necesitado. A mi compañera de tesis por tenerme paciencia y ser mi apoyo.

Narcisa Josefina Veloz León

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, por darme la fuerza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para enfrentar cada desafío a lo largo de este camino. A mi familia quienes, con su amor incondicional, apoyo constante me han impulsado a alcanzar mis metas. En especial, a mi mamá, por su paciencia, su comprensión, sus consejos, su tiempo y por inspirarme a ser mejor cada día, enseñándome el verdadero significado del esfuerzo y la dedicación

A mis hermanos, por su cariño y por estar siempre a mi lado en los momentos difíciles. A mis amigos, por su compañía, por estar ahí en los momentos de estrés y celebración, y por hacer de este viaje una experiencia inolvidable.

A mis docentes, quienes con su conocimiento, paciencia y dedicación me han guiado en este proceso académico. Les agradezco por cada lección, consejo y por el ejemplo que me han brindado.

Finalmente, agradezco a todos aquellos que, de alguna manera, han contribuido en este proceso. Cada uno ha sido parte esencial en la culminación de esta etapa de mi vida.

Sheyla Dayana Mite Franco

A Dios, por darnos el honor por seguir con salud, por todas las cosas bellas de la vida, por nuestros triunfos y derrota, por la felicidad de haber concluido esta maravillosa carrera

A todos mis seres queridos por la ayuda, económica, espiritual y comprensión que supieron tener en cada momento. A mi hija Isabella Bonilla Veloz por el sacrificio que paso al no tenerme en momentos importantes para ella mientras yo me instruía.

Narcisa Josefina Veloz León

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados con la preeclampsia y el embarazo en gestantes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martín Icaza, periodo abril-agosto 2024.

Materiales y métodos: El estudio examinó 85 historias clínicas de mujeres con preeclampsia atendidas entre abril y agosto de 2024 en el Hospital General Martín Icaza, utilizando un método de selección por conveniencia, incluyendo al personal de enfermería del área de ginecología y se empleó una investigación mixta, descriptiva, de campo, no experimental y transversal, y se utilizó la observación científica estructurada para recopilar y analizar datos clínicos.

Resultados: En el estudio de 85 historias clínicas de gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se destaca que casi la mitad tuvo entre 30 y 35 años, siendo este el grupo etario más afectado. La mayoría de ellas provinieron de áreas urbanas (69%) y tuvieron ingresos que oscilan entre 310 y 460 dólares al mes; además, el 56% son solteras. En cuanto a educación, el 66% completó la educación primaria y el 75% se consideraron mestiza. Los síntomas más prevalentes fueron cefalea (78%) y edema en los pies (68%). La mayoría presentó una presión arterial ligeramente elevada y el 81% mostró proteinuria severa. La mayoría estuvo en las fases finales del embarazo y tenían antecedentes de hipertensión arterial, preeclampsia y diabetes gestacional. En términos de paridad, el 52% fueron nulíparas, y en cuanto al estado nutricional, el 38% tuvieron sobrepeso. El 66% asistió a menos de 6 controles prenatales, mientras que el 74% no consumía sustancias nocivas y el 87% experimentaron un alto nivel de estrés. Todas las mujeres con preeclampsia recibieron tratamiento con sulfato de magnesio y monitoreo constante, y el 71% participó en programas educativos integrales.

Conclusiones: El estudio reveló que las gestantes con preeclampsia presentan factores de riesgo como edad, paridad y obesidad, con mayor incidencia entre mujeres de 30 a 35 años. La nuliparidad, la obesidad y el bajo nivel socioeconómico, junto con una insuficiente asistencia a controles prenatales, agravan el riesgo y complicaciones de la enfermedad.

Palabras claves: Preeclampsia, factores de riesgo, gestantes, enfermería, clave azul.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors related to preeclampsia and pregnancy in pregnant women attended in gynecology outpatient clinic at the Hospital General Martin Icaza, period April-August 2024. **Materials and methods:** The study examined 85 medical records of women with preeclampsia attended between April and August 2024 at the Hospital General Martin Icaza, using a method of selection by convenience, including the nursing staff of the gynecology area and a mixed, descriptive, field, non-experimental, cross-sectional research was used, and structured scientific observation was used to collect and analyze clinical data. **Results:** In the study of 85 pregnant women, almost half of them were between 30 and 35 years old, this being the most affected age group. Most of them came from urban areas (69%) and had incomes ranging between 310 and 460 dollars per month; in addition, 56% were single. In terms of education, 66% have completed primary school and 75% consider themselves to be of mixed race. The most prevalent symptoms are headache (78%) and foot edema (68%). Most presented slightly elevated blood pressure and 81% showed severe proteinuria. Most are in the late stages of pregnancy and have a history of hypertension, preeclampsia and gestational diabetes. In terms of parity, 52% were nulliparous, and in terms of nutritional status, 38% were overweight. Sixty-six percent attended fewer than 6 prenatal check-ups, while 74% did not consume harmful substances and 87% experienced a high level of stress. All women with preeclampsia received magnesium sulfate treatment and constant monitoring, and 71% participated in comprehensive educational programs. **Conclusions:** The study revealed that pregnant women with preeclampsia present risk factors such as age, parity and obesity, with higher incidence among women aged 30 to 35 years. Nulliparity, obesity and low socioeconomic status, together with insufficient attendance to prenatal check-ups, aggravate the risk and complications of the disease.

Key words: Preeclampsia, risk factors, pregnant women, nursing, blue key.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Una de las principales causas de muerte materna y perinatal es la preeclampsia en todo el mundo, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Este trastorno multisistémico progresivo se caracteriza por la aparición de hipertensión y proteinuria, o evidencia de disfunción de otros órganos diana maternos, generalmente después de las 20 semanas de gestación o después del parto. En algunos casos, la preeclampsia puede presentarse con hipertensión y disfunción significativa de órganos terminales, con o sin proteinuria (Phyllis & Baha, 2024)

Diversos factores de riesgo aumentan la probabilidad de desarrollar preeclampsia en gestantes. Entre estos factores se incluyen las edades extremas; muy jóvenes o mayores, antecedentes reproductivos como la nuliparidad o la multiparidad y la obesidad. Además, el nivel socioeconómico bajo y la falta de acceso a servicios profesionales de atención de la salud son factores críticos. La desnutrición, antecedentes familiares de preeclampsia y enfermedades renales preexistentes también contribuyen a un mayor riesgo. Otros factores que pueden influir incluyen condiciones médicas preexistentes como la diabetes y la hipertensión crónica, así como el embarazo múltiple. En las naciones desarrolladas, la preeclampsia afecta a cerca de 1 de cada 2000 partos, mientras que, en los países en desarrollo, esta cifra oscila entre 1 en 100 y 1 en 1700 (Salamanca-Sánchez et al., 2019).

Según la teorizante, Dorothea Orem, con su teoría del autocuidado, indica que las personas tienen la capacidad de auto-cuidarse, siendo esto crucial para tanto como para su recuperación como su bienestar. Dorothea se centraba en la importancia del autocuidado, misma que definió como las practicas y/o actividades que realizan las personas para el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y el manejo de su salud. Esta teoría destaca la colaboración que existe entre el personal de enfermería y el usuario, donde se promueve una participación activa del paciente en su cuidado para mejorar así la autonomía y el cuidado constante de su bienestar.

Por ello, este estudio de investigación es de suma importancia para examinar los factores de riesgos relacionados a la preeclampsia en el Hospital General Martín Icaza. Al conocer estos factores, se proporcionará información valiosa que contribuirá a la creación de estrategias para la prevención y detección precoz de la preeclampsia para contrarrestar las complicaciones tanto materna como fetales.

Este estudio se estructurará en cinco capítulos ordenados, los cuales se describen de esta manera:

El primer capítulo contextualiza el problema a nivel internacional, nacional y local, proporcionando un marco amplio y detallado. Se describen problemas tanto generales como específicos, lo que permite definir los objetivos generales y específicos de la investigación. Además, se establece la hipótesis que guía la investigación en función de su importancia y relevancia en el contexto actual.

El segundo capítulo se desarrolla las bases teóricas a través de las preguntas de investigación. En este capítulo, se verá las teorías y modelos claves en el trabajo de investigación; como primer punto, se realiza una investigación profunda en la literatura para encontrar antecedentes, presentando así investigaciones anteriores sobre el tema tratado donde se destaca los resultados relevantes que contribuyen al conocimiento actual, después se establece las bases teóricas del trabajo investigativo.

El tercer capítulo detalla la metodología utilizada en la investigación, explicando detalladamente como se realiza el estudio, aquí se describen las técnicas y procedimientos utilizados. A su vez, se determina las variables del estudio, en este caso, la variable dependiente se definió a la preeclampsia, la variable independiente son los factores de riesgo, además se establece el tipo y diseño de investigación; donde se establece la población, muestra y los instrumentos de recolección de datos.

El cuarto capítulo detalla los resultados obtenidos, mismo que se tabulan y se realiza la interpretación de datos, presentando un orden claro y preciso mediante el uso de gráficos y/o tablas para mejorar la comprensión, resaltando tendencias y los patrones significativos.

El quinto y último capítulo, se expresen las conclusiones y recomendaciones, tomando en cuenta los objetivos determinados y los resultados del trabajo de investigación. Por lo que, las recomendaciones planteadas son para futuras investigaciones con el objetivo de contribuir al conocimiento actual y una solución a la problemática tratada.

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN PROBLEMÁTICA.

1.1.1. Contexto internacional.

La preeclampsia es la hipertensión recién iniciada o el empeoramiento de una hipertensión previa con proteinuria después de las 20 semanas de embarazo, constituyendo una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal a nivel mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2019). La incidencia de trastornos hipertensivos durante el embarazo aumentó de 16,30 millones a 18,08 millones a nivel mundial, con un aumento total del 10,92 % de 1990 a 2019 (Wang et al., 2021).

Entre el 2 % y el 10 % de los embarazos a nivel mundial tienen preeclampsia, que es un antecedente de la eclampsia. Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que en los países en desarrollo hay siete veces más casos de preeclampsia que en los países desarrollados debido a factores como el acceso limitado a la atención prenatal y una falta de recursos médicos (Moreira Flores & Montes Vélez, 2022)

Para mejorar la morbilidad a largo plazo en las gestantes, es fundamental minimizar el desarrollo de la enfermedad y la detección temprana. Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), la preeclampsia previa, la hipertensión crónica, la diabetes, la enfermedad renal, las enfermedades autoinmunes como el lupus y las gestaciones múltiples son factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia (Bisson et al., 2023).

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo, como la preeclampsia y la eclampsia, son una de las principales causas de mortalidad materna en América Latina y el Caribe y representan casi el 26% de todas las muertes maternas en esta región. Si no se manejan adecuadamente, estos trastornos, que se caracterizan por una presión arterial elevada y edemas, en

algunos casos, la presencia de proteínas en la orina, pueden causar complicaciones severas tanto para la gestante como para el feto. En parte, la desigualdad en el acceso a servicios de salud de alta calidad y a un seguimiento adecuado durante el embarazo contribuye a la alta prevalencia de estos trastornos (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020)

Por otro lado, la hipertensión es responsable del 9% de las muertes maternas en países como África y Asia. A pesar de que esta proporción es menor en comparación con América Latina y el Caribe, sigue siendo importante y destaca la importancia de mejorar la atención prenatal y los sistemas de salud en estas regiones para poder identificar y tratar estos trastornos de manera oportuna (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020)

En los países con altos ingresos, la situación es muy diferente. Aquí, la mortalidad materna es significativamente menor debido a la disponibilidad de atención médica avanzada, infraestructura sanitaria sólida y programas de salud bien establecidos que incluyen un seguimiento estrecho del embarazo. No obstante, incluso en estos países, la hipertensión es responsable del 16% de las muertes maternas, lo que demuestra que estos problemas de salud no son exclusivos de los países en desarrollo y que la vigilancia y el manejo adecuados de la hipertensión durante el embarazo son cruciales en todas las regiones del mundo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

1.1.2. Contexto nacional.

La preeclampsia es una de las complicaciones más comunes en las gestantes en el país, representando así un problema importante de salud. Los trastornos hipertensivos han sido identificados como principal causa de muerte materna en Ecuador durante el 2020 donde se ha afectado el 37,76%. Este porcentaje destaca la necesidad de desarrollar intervenciones para el manejo y prevención de esta problemática. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), las provincias de Guayas, Manabí, Pichincha, Chimborazo y Azuay registraron los mayores casos de muertes maternas, lo que demuestra la disparidad regional en el acceso y calidad de la atención médica (Ministerio de Salud Pública, 2022).

De acuerdo con un estudio realizado en la ciudad de Portoviejo, en el que participaron 3,400 gestantes, se encontró que 125 de estas mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y 30 años, presentaron preeclampsia o eclampsia. La mayoría de estas mujeres eran amas de casa, estaban en unión libre, vivían en áreas urbanas, tenían educación primaria y habían realizado pocos controles prenatales. Signos como hipertensión arterial, edema y cefalea eran los síntomas más comunes de preeclampsia leve, que ocurría entre las 37 y 46 semanas de gestación. El sulfato de magnesio se utilizó principalmente para tratar esta afección. La mayoría de estos embarazos terminaron en una cesárea y resultaron en el nacimiento de niños prematuros (Condo-Baque et al., 2018).

De acuerdo con un trabajo de investigación donde participaron 400 pacientes. De estas, el 95% presentó preeclampsia y el 5% restante, eclampsia. El grupo etario más frecuente fue el de mujeres menores de 20 años, representando el 50.2% de los casos. El estado civil más común fue el de soltera, con un 72.5%. La mayoría de las pacientes, un 87.5%, asistió a cinco o más consultas prenatales, y un 75% eran primíparas. Además, el 12.3% de las mujeres tenía antecedentes de preeclampsia (Díaz et al., 2019).

1.1.3. Contexto local.

La preeclampsia, una condición obstétrica que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas y presencia de proteinuria después de las 20 semana de gestación, es un problema importante en la salud materna a nivel mundial. A nivel mundial, este trastorno es una de las principales causas de morbilidad tanto a nivel materno como perinatal y pone en peligro la salud de la madre y del feto (Álvarez-Fernández et al., 2016).

En Ecuador, la preeclampsia es considerado como un problema de salud significativo, y tiene mayor impacto en regiones o zonas donde hay dificultades en acceder a los servicios de salud. En la provincia de Los Ríos, del cantón Babahoyo, se encuentra el Hospital General Martín Icaza (HGMI) es un punto de referencia en la atención gineco-obstétrica en esta comunidad. De acuerdo con el periodo de estudio de Abril a Agosto del 2024, se ha observado un aumento en el número de casos de gestantes con diagnóstico

de preeclampsia que fueron atendidas en consulta externa de ginecología del HGMI.

De acuerdo con la situación antes descrita, se ha visto la necesidad de realizar una investigación que identifique los factores de riesgos que están relacionados con el desarrollo de la preeclampsia en este grupo de estudio, que son las gestantes. Al identificar estos factores de riesgos, nos permite diseñar estrategias preventivas y que contribuyan al manejo adecuada a esta problemática, adaptándose a las necesidades de cada gestante, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención prenatal, logrando así una reducción en las complicaciones adversas tanto para las madres como para los recién nacidos.

Los resultados que se van a obtener en este estudio de investigación van a contribuir al conocimiento que existe en la actualidad como también a ser una base para investigaciones futuras. Por lo tanto, la prevención y el manejo precoz de la preeclampsia se basa en un cuidado integral materno-infantil en el HGMI, contribuyendo así a la salud materna-infantil de la comunidad babahoyense.

1.2. Planteamiento del problema.

Los trastornos hipertensivos del embarazo (HDP) son la complicación más frecuente durante la gestación, afectando aproximadamente al 15% de los embarazos y contribuyendo a casi el 18% de todas las muertes maternas a nivel mundial. Estos trastornos son más comunes en gestantes que se encuentran en los extremos del ciclo reproductivo, es decir, muy jóvenes o de mayor edad (Moreira Flores & Montes Vélez, 2022).

En Latinoamérica, la morbilidad perinatal relacionada con los trastornos hipertensivos varía entre el 8% y el 45%, mientras que la mortalidad perinatal oscila entre el 1% y el 33%. En Ecuador, la preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad perinatal, afectando al 8,3% de las gestaciones y siendo responsable del 14% de las muertes infantiles. En Guayaquil, específicamente, el 95% de los casos de morbimortalidad perinatal estuvieron relacionados con la preeclampsia, y de estos, el 20% presentaron complicaciones adicionales (Moreira Flores & Montes Vélez, 2022).

Para realizar un manejo temprano y la reducción de las complicaciones es fundamental identificar los factores de riesgo relacionadas a este trastorno, por lo que, un diagnóstico precoz y monitoreo constante disminuye la morbimortalidad tanto como en las madres como para el bebé. Por lo tanto, se destaca la necesidad de un cuidado prenatal adecuado e integral, promoviendo la educación prenatal a las gestantes, pero no solo a ellas, sino también a las mujeres en edad fértil, familiares y comunidad.

En cuanto a las acciones de enfermería, el Triage desempeña un papel esencial en la detección y el manejo de la preeclampsia, ya que, aquí se realiza una valoración profunda de las usuarias para poder obtener la identificación correcta de los factores de riesgos en base a su condición de salud y socioeconómicos-culturales, donde se va a priorizar los casos según la gravedad en base a los signos vitales, antecedentes clínicos, síntomas y necesidades de cada gestante.

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgos relacionados a la preeclampsia en gestantes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza, periodo abril-agosto 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los antecedentes clínicos, obstétricos y la condición de salud de las gestantes con Preeclampsia en el Hospital General Martin Icaza?
- ¿Cómo influyen los factores de riesgos de la gestante atendidas en el Hospital General Martin Icaza en el desarrollo de preeclampsia?
- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas para controlar la presión arterial en gestantes con Preeclampsia?

1.3. Justificación

La preeclampsia es una complicación obstétrica grave que afecta a una gran cantidad de gestantes a nivel mundial. Los síntomas incluyen hipertensión arterial y proteinuria después de la semana 20 de gestación. Esta condición aumenta las tasas de morbilidad perinatal y pone en grave peligro la salud materna. La preeclampsia es muy común en Ecuador, especialmente en lugares donde hay limitaciones en el acceso a servicios médicos adecuados.

La enfermedad hipertensiva gestacional se puede tratar mejor si se detecta rápidamente. Durante este proceso, se deben tomar en cuenta varios factores de riesgo, como obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades renales, enfermedades autoinmunes, y antecedentes obstétricos de preeclampsia, entre otros (Carratalá, 2023).

En la ciudad de Babahoyo, el Hospital General Martín Icaza desempeña un papel significativo en la atención obstétrica de la comunidad donde se ha detectado un aumento de los casos que han sido diagnosticados con preeclampsia entre las gestantes que fueron atendidas en la consulta externa de ginecología durante el periodo de Abril a Agosto durante el presente año, este aumento significativo enfatiza la necesidad de desarrollar un trabajo de investigación que determine los factores de riesgo que están relacionados con el desarrollo de preeclampsia en esta comunidad.

Las enfermeras desempeñan un papel importante en la prevención, la gestión, el tratamiento y la recuperación de las pacientes con preeclampsia en el ámbito hospitalario. La fase de prevención se centra en educar a las pacientes y sus familias sobre los factores de riesgo y los síntomas de la preeclampsia, la importancia de las visitas prenatales periódicas y el fomento de estilos de vida saludables (Puente Vaca, 2021).

En la gestión y el tratamiento de la preeclampsia, las enfermeras se encargan de controlar las constantes vitales y el estado del feto, administrar los medicamentos prescritos y vigilar los efectos secundarios. La teoría del déficit de autocuidados de Dorothea Orem subyace al papel de la enfermera en los cuidados de la preeclampsia y enfatiza la necesidad de intervenir

cuando las pacientes son incapaces de satisfacer sus necesidades de autocuidados (Puente Vaca, 2021).

La investigación propuesta tiene como objetivo identificar los factores de riesgo locales que permite desarrollar estrategias de prevención más efectivas y adaptadas a las necesidades de las gestantes en el Hospital General Martin Icaza. Los hallazgos de este estudio también podrán informar la implementación de intervenciones preventivas dirigidas que podrían reducir la incidencia y gravedad de la preeclampsia en la región, mejorando los resultados maternos y perinatales. Asimismo, contribuye a la mejora en las prácticas de enfermería de prevención e implementación de medidas más personalizadas y eficaces en la atención.

1.4. Objetivo de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo relacionados con la preeclampsia en gestantes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza, periodo abril-agosto 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar los antecedentes clínicos, obstétricos y la condición de salud de las gestantes con preeclampsia.
- ✓ Analizar la influencia de factores de riesgos en el desarrollo de preeclampsia de las gestantes.
- ✓ Describir la calidad de las intervenciones de enfermería registradas en las historias clínicas para el control de la hipertensión en las gestantes con preeclampsia.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

Existen diversos factores de riesgo que están significativamente relacionados con el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza durante el periodo de abril a agosto de 2024

1.5.2. Hipótesis específicas

- Las mujeres diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital General Martin Icaza podrían presentar una alta relación con antecedentes clínicos, obstétricos y la condición de salud de las gestantes, como nuliparidad, hipertensión o diabetes mellitus.
- Los factores de riesgos como el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel de instrucción se asocian significativamente con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital General Martin Icaza.
- Las intervenciones de enfermería de calidad, incluyen monitoreo frecuente de la presión arterial, administración adecuada de medicación antihipertensiva y educación sobre el manejo de la enfermedad son efectivas para controlar la presión arterial en gestantes con preeclampsia.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

De acuerdo con una encuesta reciente del Portal Nacional de Salud de la India, la preeclampsia afecta aproximadamente al 8-10% de las gestantes. A pesar de los avances en nuestra comprensión de esta condición en los últimos años, el desarrollo y la interpretación de las pruebas clínicas para la preeclampsia continúan siendo un desafío. En este contexto, nuestra revisión se centra en desentrañar la fisiopatología de la preeclampsia, explorar las afecciones y consecuencias asociadas, y examinar las estrategias de tratamiento y prevención disponibles. Esta revisión tiene como objetivo proporcionar una visión integral sobre cómo manejar y prevenir esta complicación, con el fin de mejorar los resultados para las gestantes afectadas (Nirupama et al., 2021).

Un estudio realizado en el Hospital Mettu Karl con un total de 129 participantes, revela el 12,4% de las gestantes tienen preeclampsia. Los factores predictivos que muestran una asociación significativa con la preeclampsia incluyen la edad, el embarazo múltiple actual, y los antecedentes de diabetes mellitus. Sin embargo, el impacto de la edad puede ser incierto debido a que el intervalo de confianza incluye 0. Los embarazos múltiples y los antecedentes de diabetes mellitus están significativamente asociados con el riesgo de preeclampsia, pero con direcciones opuestas en su impacto (Belay & Wudad, 2019).

La preeclampsia, un trastorno hipertensivo del embarazo, tiene un impacto especialmente grave en los países en desarrollo debido a la presencia simultánea de otras causas frecuentes de mortalidad materna, como hemorragias y sepsis. En Perú, en el año 2020, los trastornos hipertensivos del embarazo se identificaron como la principal causa de muerte materna, constituyendo el 21,5% de todos los casos reportados. De estos trastornos, la preeclampsia fue responsable del 56,9% de los registros (Moquillaza Alcántara et al., 2020).

Dentro del país, la prevalencia de preeclampsia varía considerablemente según el contexto. En EsSalud, la tasa de preeclampsia es del 63,6%; en los centros de atención de nivel II, alcanza el 60,6%; y en la región de la selva, llega al 64,9%. Esta variabilidad sugiere que los factores específicos del sistema de salud y de la región pueden influir en la frecuencia de esta complicación. En general, estos datos resaltan la necesidad urgente de mejorar las estrategias para el manejo y la prevención de la preeclampsia, especialmente en las áreas y contextos con tasas más altas (Moquillaza Alcántara et al., 2020).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Preeclampsia.

La preeclampsia es un problema significativo de salud materna a nivel mundial, responsable de causar grave morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal. Además, contribuye sustancialmente a la prematuridad del feto y a la enfermedad cardiovascular a largo plazo en la madre. Aunque la definición de preeclampsia varía entre países, la mayoría se asemejan a la proporcionada por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP), que se utiliza ampliamente en todo el mundo. Según la ISSHP, la preeclampsia se caracteriza por la aparición de hipertensión y proteinuria u otros daños en órganos diana después de las 20 semanas de gestación (Brown et al., 2018)

2.2.2. Clasificación de la preeclampsia.

Tabla 1: Criterios y definiciones para la clasificación de la preeclampsia

Clasificación	Criterios y definiciones
Preeclampsia sin signos de gravedad (leve)	TAS \geq 140 mm Hg y menor ($<$ 110 mmHg* más proteinuria** y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco
Preeclampsia con signos de gravedad (grave)	TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

Gráfico 1: Criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco en preeclampsia

Parámetro	Hallazgo
	TAS \geq 160 mmHg o TAD \geq 110 mmHg*
Recuento de plaquetas	Trombocitopenia (< a 100 000 / μ L)
Función hepática	Elevación anormal de enzimas hepáticas (el doble de lo normal) y/o dolor severo en el cuadrante superior derecho del abdomen o a nivel epigástrico que no cede a la medicación y que no se explica con otro diagnóstico
Función renal	Insuficiencia renal progresiva: concentraciones séricas de creatinina mayor (>) a 1.1 mg/dL o el doble de las concentraciones séricas de creatinina basales en ausencia de enfermedad renal
Integridad pulmonar	Edema pulmonar (no atribuible a otras causas)
Integridad neurológica	Afectación visual (visión borrosa, escotomas, diplopía, fotofobia, etc.) y/o neurológica (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales, confusión, etc.) <i>de novo</i>

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

2.2.3. Epidemiología.

Según datos del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Relacionada con el Embarazo de Estados Unidos correspondientes a 2011-2015, se constató que el 7% de las muertes maternas relacionadas con el embarazo se debieron a preeclampsia o eclampsia. Este porcentaje subraya la gravedad de estas enfermedades hipertensivas y su importante repercusión en la salud materna (Petersen et al., 2019).

Mediante la gaceta epidemiológica de Muerte Materna (MM) del Ministerio de Salud Pública del año 2020, los trastornos hipertensivos representan una de las principales causas de mortalidad materna en Ecuador, contribuyendo con el 32.52% de las muertes. Las provincias que notificaron el mayor número de muertes maternas por lugar de fallecimiento incluyen Guayas, Pichincha, Manabí, El Oro, Azuay, Esmeraldas y Chimborazo (Ministerio de Salud Pública, 2020)

La preeclampsia es responsable del 10 al 15 % de las muertes maternas en todo el mundo. Diversas fuentes epidemiológicas mencionan los siguientes factores: estrés oxidativo, inadaptación placentaria, trombótico, genético y inmunológico. La Organización Mundial de la Salud informa que entre el 2 % y

el 10 % de todos los embarazos tienen preeclampsia (Jesús-García et al., 2018).

En el sistema nacional de salud de México, la preeclampsia es la primera causa de muerte materna. A lo largo del año, se registran 2,1 millones de embarazos, de los cuales entre 250.000 y 300.000 presentan problemas de salud. En consecuencia, alrededor de 30.000 mujeres al año experimentan secuelas obstétricas que pueden resultar en discapacidad. A pesar de que el 85% de las muertes maternas pueden evitarse, unas 1.000 mujeres mueren cada año (Jesús-García et al., 2018).

2.2.4. Fisiopatología.

La preeclampsia se origina por un mecanismo patógeno que implica una mala perfusión en la vasculatura materna. Generalmente, las arterias espirales, encargadas de suministrar sangre a la vasculatura materna, son invadidas por el citotrofoblasto para establecer una conexión materno-placentaria crucial para el desarrollo del feto. Si ocurren defectos en este proceso, la paciente desarrollará preeclampsia (Quinteros & Sánchez, 2022)

Aunque la fuente exacta de este síndrome es desconocida, muchas de sus características coinciden con las de la preeclampsia grave, lo que indica que podría estar relacionada con cambios en el desarrollo y funcionamiento de la placenta. Estas alteraciones causan estrés oxidativo, isquemia y disfunciones en el metabolismo de factores como prostaglandinas, óxido nítrico y endotelina, lo que desencadena lesión endotelial, hipertensión, agregación plaquetaria y fallo multiorgánico (Arigita Lastra & Martínez Fernández, 2020).

La hemólisis, las alteraciones hepáticas y la trombocitopenia es la triada de anomalías en la preeclampsia. Estas alteraciones muestran el impacto sistémico de la enfermedad, enfatizando la necesidad de un monitoreo y manejo exhaustivos para prevenir complicaciones graves para la madre y el feto (Arigita Lastra & Martínez Fernández, 2020).

2.2.5. Factores de riesgos

Aunque no se conoce una causa precisa de la preeclampsia, se están realizando investigaciones sobre el tema. Se han descubierto numerosos

factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar preeclampsia. La edad materna es un factor crucial. Las mujeres mayores de 35 años, que se consideran de edad materna avanzada (EMA), tienen un riesgo 4,5 veces mayor que las mujeres de entre 25 y 29 años de edad de desarrollar preeclampsia (Tyas et al., 2019).

Se han propuesto diversas explicaciones para este mayor riesgo en las mujeres de edad materna avanzada, entre ellas figuran el envejecimiento de los vasos sanguíneos, la rigidez arterial y la inadecuada adaptación hemodinámica de la madre. Además, la calidad de los ovocitos puede disminuir con la edad, y las mujeres tienen más probabilidades de padecer obesidad por los estilos de vida poco saludables y comorbilidades (hipertensión y/o diabetes) (Lamminpää et al., 2012).

Gráfico 2: Clasificación de las embarazadas con riesgo de preeclampsia.

1 Factor de riesgo alto	2 o más factores de riesgo moderado
Trastorno hipertensivo en embarazo anterior (incluyendo preeclampsia)	Primer embarazo.
Enfermedad renal crónica	IMC > 25.
Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico, trombofilias o síndrome antifosfolípido.	Edad materna igual o mayor de 40 años.
Diabetes mellitus tipo 1 y 2	Embarazo adolescente.
Hipertensión crónica	Condiciones que lleven a hiperplacentación (por ejemplo placentas grandes por embarazo múltiple).
	Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
	Antecedentes familiares de preeclampsia.
	Infección de vías urinarias.
	Enfermedad periodontal.

Fuente: (Moreira Flores & Montes Vélez, 2022)

2.2.6. Tratamiento.

2.2.6.1. *Tratamiento farmacológico en la emergencia hipertensiva.*

Según el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016) define a la emergencia hipertensiva como: “una presión arterial sistólica (TAS) igual o superior a 160 mmHg y/o una presión arterial diastólica (TAD) igual o superior a 110 mmHg. El tratamiento de una emergencia hipertensiva tiene como objetivo prevenir posibles complicaciones cerebrovasculares y

cardiovasculares, tales como encefalopatía, hemorragia cerebral, insuficiencia cardíaca congestiva, y la muerte tanto fetal como materna”.

Gráfico 3: Medicamentos para el tratamiento de la emergencia hipertensiva.

Droga	Dosis y vía de administración	Comentarios
Nifedipina sólido oral de 10 mg	10 mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60 mg y luego 10 – 20 mg cada 6 horas vía oral. Dosis máxima 120 mg en 24 horas. (134)	Administrar a pacientes conscientes. Efectos adversos maternos: cefalea, sofocos. Efectos adversos fetales: taquicardia.
Hidralazina líquida parenteral. de 20 mg/ml	5 mg intravenoso. Si la TA diastólica no disminuye se continúa dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos, ó 0.5 a 10 mg hora por vía intravenosa. Dosis tope 20 mg vía intravenosa o 30mg intramuscular.	Taquicardia materno-fetal importante. Se asoció a mayor incidencia de desprendimiento placentario. Riesgo de hipotensión materna.
Labetalol líquido* parenteral. De 5 mg/ml	Comience con 20 mg por vía intravenosa durante 2 minutos seguidos a intervalos de 10 minutos por la dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulada máxima de 300 mg.	Somnolencia, fatiga, debilidad, insomnio, hormigueo del cuero cabelludo que cede al poco tiempo, erupción medicamentosa similar al liquen plano, un efecto raro pero potencialmente letal es el distrés respiratorio.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

2.2.6.2. Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia (para prevención de eclampsia)

Gráfico 4: Preparación y administración de sulfato de magnesio en preeclampsia.

Impregnación: 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico, pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisís en 20 minutos (4 g en 20 minutos).
Mantenimiento: 50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisís (1 g/hora).

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

2.2.7. Medidas de prevención

La prevención primaria de cualquier enfermedad es el objetivo principal de la medicina preventiva. No se ha desarrollado una prevención farmacológica efectiva para los trastornos hipertensivos gestacionales. La investigación médica debe considerar las siguientes sugerencias y evidencias mientras busca estrategias apropiadas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016):

Control y monitoreo regular: Las gestantes deben someterse a controles prenatales regulares para monitorear la presión arterial y detectar tempranamente cualquier signo de trastornos hipertensivos.

Estilo de vida saludable: Mantener una dieta equilibrada y rica en nutrientes esenciales, junto con la práctica regular de ejercicio físico moderado, puede contribuir a reducir el riesgo de desarrollar hipertensión durante el embarazo.

Suplementación adecuada: Para prevenir la preeclampsia en pacientes con alto riesgo, se recomienda la suplementación con calcio (1,5 a 2 g de calcio elemental por día) en áreas donde la ingesta de calcio es baja. Estos incluyen mujeres con hipertensión gestacional previa, hipertensión crónica, enfermedad renal, enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolipídico, diabetes tipo 1 o 2 y embarazos múltiples. La suplementación con calcio puede reducir la severidad de la preeclampsia y la hipertensión gestacional en poblaciones con baja ingesta de calcio en la dieta.

Uso de ácido acetilsalicílico (ASA): Existen bases para administrar bajas dosis de ácido acetilsalicílico (75 a 100 mg/día) a pacientes con alto riesgo de preeclampsia desde la semana 12 hasta el nacimiento. Estudios han encontrado una reducción del 17% en el riesgo de preeclampsia asociado con el uso de ASA en dosis bajas, y el seguimiento de los niños a los 2 años ha demostrado que su uso es seguro durante el embarazo. Por lo tanto, se recomienda a las mujeres con factores de riesgo elevado de preeclampsia el uso de aspirina en baja dosis.

Recomendaciones dietéticas: No se recomienda una dieta con restricciones de sodio y/o sal para la prevención de la preeclampsia. Sin embargo, es esencial evitar los tratamientos preventivos que no tengan fundamentación científica o no han sido comprobados por la ciencia.

2.2.8. Intervenciones de enfermería en la preeclampsia

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem se relaciona estrechamente con el enfoque integral en el manejo de la preeclampsia,

destacando la importancia de la educación, el autocuidado, y el acceso a servicios de salud como elementos clave para mejorar los resultados de salud en este contexto.

Educación y Participación Informada

Dorothea Orem subraya la importancia fundamental de educar a las personas para que puedan tomar decisiones informadas respecto a su salud. En el contexto de la preeclampsia, la correcta identificación de los factores de riesgo y la educación prenatal son componentes esenciales para que las gestantes puedan involucrarse activamente en el manejo de su salud. Proveen información detallada sobre los signos de alerta de la preeclampsia y la relevancia de un control prenatal regular permite a las mujeres identificar problemas de salud de manera temprana y buscar atención médica oportuna (Hernández et al., 2017).

El fortalecimiento educativo empodera a las mujeres, mejorando así su capacidad para manejar la salud. Por lo que, la educación se convierte en una pieza fundamental para el desarrollo del autocuidado adecuada donde se facilita la toma de decisiones con fase informativa y la adopción de comportamientos saludables.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos metapragmáticos (Naranjo-Hernández, 2019):

Persona: presenta al ser humano como un ser biológico, racional y pensante. Este enfoque percibe al individuo como un todo integral y dinámico, capaz de conocerse a sí mismo y de utilizar ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicarse y dirigir sus propios esfuerzos.

La teorizante Orem, destaca que cada persona posee una capacidad inherente para poder identificar sus propias necesidades de autocuidado, la misma que no se limita, sino que abarca la aplicación de estos conocimientos en la vida diaria. Esta capacidad también le da la habilidad de utilizar lenguaje o símbolos, facilitando una comunidad efectiva para lograr un intercambio de información para tener una colaboración del personal de enfermería-paciente en cuanto al cuidado de su salud.

A su vez, esta teoría resalta la importancia de la reflexión de manera personal para el autocuidado, ya que, a través de esta, los usuarios pueden analizar sus comportamientos, identificar patrones y tomar decisiones, es decir, esta reflexión es una acción autónoma crucial para el desarrollo de una vida saludable.

Salud: Este concepto varía según la persona, en una perspectiva holística, simboliza tanto la integridad física, estructural y funcional de ser humano, es decir, el ausentismo de anomalías o situaciones que afecten la salud de la persona. Esta no se limite a enfermedades físicas sino también la capacidad del ser humano funciona dentro de su entorno, englobando dimensiones físicas, mentales y emocionales que permiten enfrentar los desafíos diarios.

Enfermería: La enfermería proporciona una asistencia en el autocuidado en base a sus necesidades; situaciones personales o problemas de salud específicos. Aquí la implementación de una colaboración de paciente, cuidadores y el personal de salud, nos permite un enfoque adecuado y coordinado, mejorando así la calidad de vida, la autonomía y dignidad.

Manejo Proactivo y Prevención

La teoría del autocuidado de Orem también enfatiza la necesidad de una intervención proactiva y preventiva. La identificación temprana de la preeclampsia, así como la implementación de estrategias de salud pública y medidas preventivas, se alinean perfectamente con este aspecto de la teoría. La intervención temprana y el seguimiento adecuado son cruciales para minimizar los riesgos y complicaciones asociadas, permitiendo a las mujeres mantener un control efectivo sobre su salud (Solar et al., 2014).

Este manejo proactivo está orientado a mejorar la capacidad de autocuidado de las pacientes, facilitando una mejor adaptación a las demandas de salud relacionadas con la preeclampsia. La intervención temprana y el seguimiento continuo no solo reducen la incidencia de complicaciones graves, sino que también promueven un enfoque integral de la salud materna (Hernández et al., 2017).

Soporte y Acceso a Servicios de Salud

Orem también destaca el papel esencial de las enfermeras en proporcionar soporte y recursos para el autocuidado. En regiones con alta incidencia de preeclampsia, el acceso a servicios de salud de calidad y el apoyo continuo de las enfermeras son cruciales para mejorar los resultados para la mamá y el bebé. Un cuidado prenatal integral y el acceso adecuado a servicios de salud permiten a las mujeres recibir la atención necesaria y gestionar sus condiciones de salud de manera efectiva (Hernández et al., 2017).

El personal de enfermería desempeña un papel esencial en el ofrecimiento de la educación y el apoyo emocional durante este proceso, a su vez, brindan cuidado asistencial que contribuye en la capacidad de autocuidado de estos. Por lo tanto, el rol de enfermería más va allá de la atención directa, sino que también involucra la promoción de estilos de vidas saludable y un entorno de apoyo para las gestantes (Hernández et al., 2017).

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación realizada se caracteriza por ser de naturaleza mixta, descriptiva, de campo, no experimental y de corte transversal:

Mixta

La investigación sobre los factores de riesgo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital General Martín Icaza entre abril y agosto de 2024 utilizó un enfoque mixto. Se combinó métodos cuantitativos, mediante encuestas y análisis de registros médicos para identificar la prevalencia de factores de riesgo, y métodos cualitativos, a través de entrevistas y grupos focales con gestantes y profesionales de salud para explorar sus experiencias y percepciones. Esta metodología permitió una visión más completa y detallada de los factores de riesgo y su impacto clínico.

Descriptivo

Se proporcionó con detalles de los factores de riesgos relacionados con la preeclampsia en gestantes; tales como características clínicas, demográficas y sociales, que recibieron atención en el Hospital General Martín Icaza entre abril y agosto del 2024, proporcionando una mejor comprensión de las condiciones que predisponen a las gestantes a desarrollar esta complicación durante el embarazo,

De campo

La recolección de datos fue seleccionada directamente en el entorno donde ocurre el fenómeno de estudio, en este caso, en el Hospital General Martín Icaza, permitiendo obtener información precisa.

No experimental

El presente trabajo de investigación fue no experimental, ya que, su principal enfoque radica en la observación y el análisis de las variables, sin inducir cambios o manipulaciones sobre las variables de estudios. Es decir, el

investigador no controla, altera ni interviene en las condiciones bajo las cuales se observa el fenómeno de estudio.

Transversal

Permitió analizar los datos obtenidos de las variables sujetas a estudio, se tomó la recopilación de información por una sola vez en un momento específico, se desarrolla en un periodo de tiempo corto (Abril – Agosto 2024) y estuvo dirigido a una población determinada, como lo son las gestantes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza.

Métodos

Se empleó el método teórico en esta investigación, ya que proporciona la base conceptual necesaria para identificar y analizar los diferentes factores de riesgo asociados con la aparición de la preeclampsia en gestantes. A nivel teórico, se utilizaron enfoques deductivos para aplicar principios y conceptos preexistentes en la literatura científica al contexto específico del Hospital General Martin Icaza, mientras que el enfoque inductivo permitió la generalización de observaciones particulares obtenidas durante el estudio. A nivel empírico, el enfoque analítico permitió recolectar e interpretar datos obtenidos de las pacientes, lo que facilitó la identificación de los distintos factores de riesgo relacionados a la preeclampsia.

3.2. Operacionalización de variables.

Variable dependiente				
Variabes	Concepto	Dimensión	Indicador	Índice
Preeclampsia	Es una complicación del embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, presencia de edema, proteínas en la orina	Condición de salud de la gestante	Presencia de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Nauseas y vómitos • Dolor abdominal • Malestar general
			Presencia de edema	<ul style="list-style-type: none"> • Edema de manos • Edema de pies • Edema de cara

	(proteinuria) y un aumento excesivo de peso. Esta condición puede ocurrir antes del desarrollo de la eclampsia.			<ul style="list-style-type: none"> • Sin edema • Generalizados
			Rango de presión arterial; sistólica y diastólica.	<ul style="list-style-type: none"> • 140/89 – 140/99 mmHg • 150/100 – 159/109 mmHg • $\geq 160/110$ mmHg
			Albuminuria proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 300 mg en la orina • > 300 mg en la orina
Variable independiente				
Factores de riesgo	Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad.	Datos demográficos	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural
			Ingreso mensual	<ul style="list-style-type: none"> • < 100 dolares • 310 a 460 dolares • > 460 dolares
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Viuda
			Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Tercer nivel • Cuarto nivel
		Factores no modificables	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 20 años • 21 a 29 años • 30 a 35 años • 36 a 38 años
	Etnia		<ul style="list-style-type: none"> • Indígena • Mestiza • Afroecuatoriana • Montubia • Blanca 	
	Edad gestacional		<ul style="list-style-type: none"> • 20 a 26 semanas • 27 a 40 semanas 	

			Antecedentes personales maternos y/o familiares durante la gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional • Preeclampsia • Hipertensión Arterial • Diabetes • Abortos • Insuficiencia renal • Otro: _____ 	
			Gestas previas	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 a 2 • Más de 3 	
			Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Nulipara • Primipara • Multipara 	
		Factores modificables		Apego al tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Peso corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Peso normal • Sobrepeso • Obesidad • Obesidad severa • Obesidad Mórbida
				Asistencia a controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • < 6 controles • ≥ 6 controles
				Consumo de sustancias tóxicas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Exposición a situaciones de stres.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Intervenciones de enfermería	Detalla las intervenciones y la calidad de la información que las enfermeras brindan a las pacientes.	Manejo proactivo	Activación de clave en gestante con preeclampsia
Impregnación de sulfato de magnesio	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 				
Monitoreo de signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 				

			Control de sulfato grama	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Autocuidado y educación	Actividades en gestante con preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • La recomendación de ejercicios de alta intensidad y la ingesta de suplementos de hierro sin supervisión médica. • Monitoreo constante de los signos vitales, administración de medicamentos prescritos, control de la presión arterial, evaluación de la presencia de edema, vigilancia de la diuresis, y apoyo emocional a la paciente. • Preparación de la paciente para la cirugía de emergencia y la administración de analgésicos para el dolor lumbar
			Información sobre la dieta educada	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Educación sobre el manejo de preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

			Estrategias educativas de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas en grupo • Demostraciones prácticas de técnicas de autocuidado. • Materiales educativos impresos y digitales. • Todas las anteriores.
--	--	--	--------------------------------------	--

3.2.1. Variables dependientes

Preeclampsia

3.2.2. Variables independientes

Factores de riesgos

3.3. Población y muestra de investigación.

3.3.1. Población

La población se conformó por un grupo de 150 mujeres que fueron atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza, en el periodo comprendido de Abril - Agosto 2024, con diagnóstico de preeclampsia. También se toma en cuenta al personal de enfermería que labora en el área de ginecología.

Criterios de inclusión

Se incluyeron las historias clínicas de gestantes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Martin Icaza, en el periodo comprendido de Abril - Agosto 2024, con diagnóstico de preeclampsia.

Criterios de exclusión

Se excluyeron las fichas incompletas de las gestantes de acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Martin Icaza, en el periodo comprendido de Abril - Agosto 2024

3.3.2. Muestra

La muestra se determinó por conveniencia, el cual es un método de selección que implica elegir a los participantes o unidades de análisis de

manera fácil y accesible para el investigador. Se incluyeron 85 historias clínicas de gestantes que cumplieron con los criterios antes mencionados.

3.4. Técnicas e instrumentos de medición

3.4.1. Técnica

La técnica que se empleó es la observación científica estructura de datos clínicos como los antecedentes personales y familiares y de datos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza, en el periodo comprendido de Abril - Agosto 2024, con diagnóstico de preeclampsia.

3.4.2. Instrumento

Se creó una ficha de observación para recopilar datos sobre las gestantes atendidas en el Hospital Martin Icaza del cantón Babahoyo en el periodo comprendido de Abril a Agosto del presente año.

3.5. Procesamiento de datos

Los datos de la matriz de riesgo obstétrico se recopilaron y tabularon utilizando programas como Microsoft Excel y Word. Excel permitió un análisis detallado de la distribución de los datos al crear tablas de frecuencia que incluían frecuencia absoluta, frecuencia acumulada y frecuencia relativa. Además, se utilizaron fórmulas avanzadas para calcular medidas estadísticas importantes como la media aritmética, la mediana y la moda de los datos recopilados. Se documentaron los procedimientos de análisis y los resultados en Microsoft Word, lo que permitió elaborar informes claros y detallados.

3.6. Aspectos éticos

La integridad académica y el respeto por la propiedad intelectual son los pilares del presente trabajo de investigación. En este sentido, se reconocen y citan exhaustivamente todas las fuentes teóricas y conceptuales que han servido como base para el desarrollo del estudio. Cada contribución, ya sea de autores individuales o de grupos académicos, es debidamente respaldada para proteger los derechos de autor y garantizar la validez de las referencias utilizadas.

La información recopilada durante el proceso de investigación es cuidadosamente archivada en formatos accesibles, asegurando su preservación para sus posteriores usos. No solo se utiliza estos datos para mejorar las publicaciones futuras, sino también se incorpora al repositorio digital de la institución, contribuyendo a la construcción de un legado académico que pueda ser aprovechado por otros investigadores, estudiantes y profesionales. Este repositorio sirve como una fuente valiosa de conocimiento, apoyando la gestión educativa y facilitando la investigación continua.

Los hallazgos y sugerencias obtenidos se consideran propiedad intelectual de los investigadores involucrados. Esto destaca no solo la innovación y el valor del trabajo realizado, sino también la responsabilidad que conlleva su manejo y protección. Se implementan medidas estrictas para garantizar que estos aportes sean utilizados de manera ética y adecuada, tanto dentro de la institución como en la comunidad académica en general.

Un aspecto fundamental de la investigación es el compromiso con la protección de la privacidad y el anonimato de los estudiantes participantes. Se garantiza que toda información personal sea tratada con la máxima confidencialidad, y que los datos recogidos no sean utilizados de manera que puedan comprometer su identidad o exponerlos a riesgos sociales.

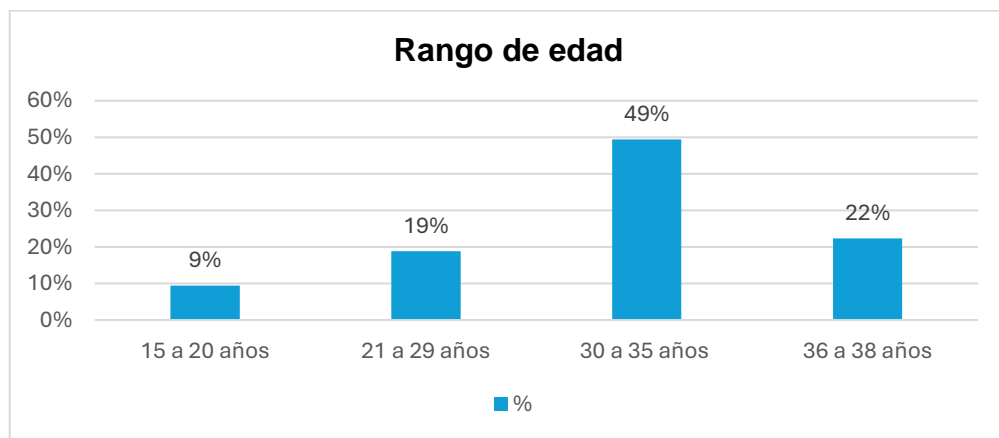
CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

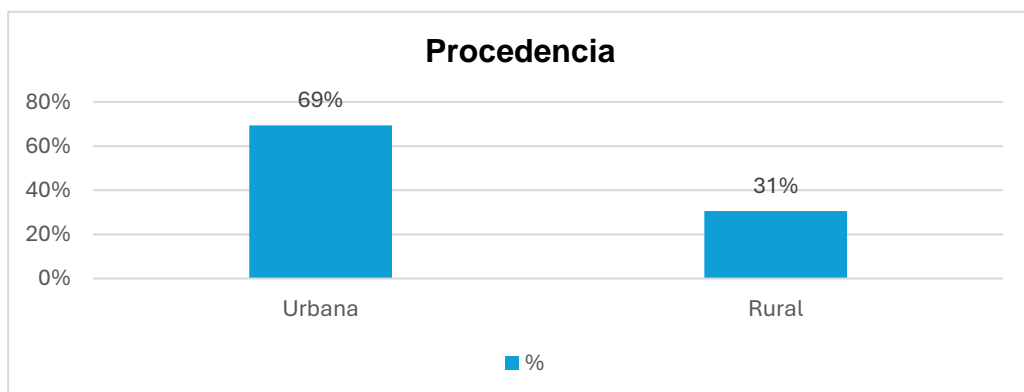
Se realizó una ficha de observación estructurada científica para analizar la matriz de riesgo obstétrico facilitado por el Hospital General Martin Icaza del cantón Babahoyo durante el periodo Abril – Agosto del presente año donde se obtuvo 85 historias clínicas de gestantes diagnosticadas de preeclampsia.

Gráfico 5: Rango de edad



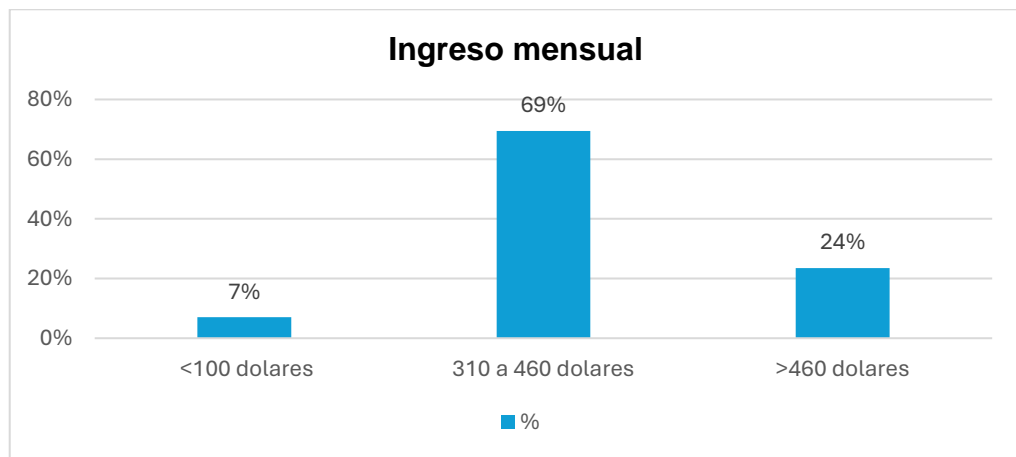
Análisis: En base a las 85 informes clínicos registrado durante el periodo de investigación, se determinó que el 49% de las gestantes están en el rango de edad entre 30 y 35 años, siendo el grupo mas afectado. En el rango de 36 y 38 años de edad se obtuvo un 22%, siendo el grupo de edad que ronda los 40 años. El 19% entre 21 a 29 años, y el ultimo 9% restante representa el rango de 15 a 20 años de edad.

Gráfico 6: Procedencia



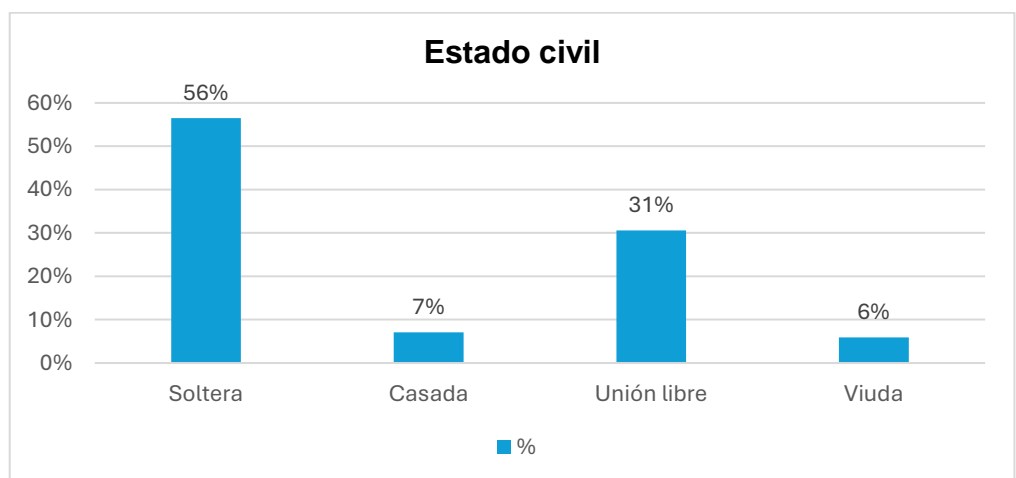
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 69% proviene de áreas urbanas, mientras que el 31% restante es de zonas rurales. Esto indica una mayor representación de mujeres urbanas en el estudio, lo que podría reflejar diferencias en el acceso a los servicios de salud o en la distribución poblacional entre las áreas urbanas y rurales.

Gráfico 7: Ingreso mensual



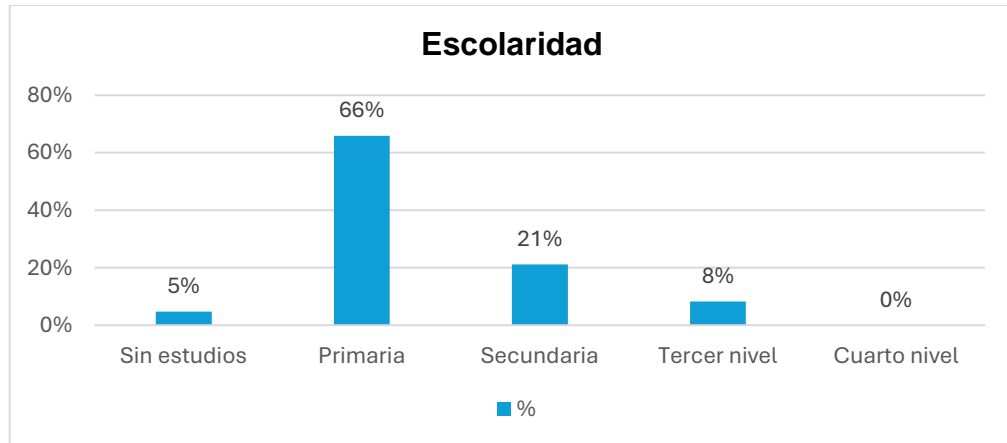
Análisis: En base a las 85 historias clínicas analizadas, el 69% reportó un ingreso mensual entre los rangos de 310 a 460 dólares, el 24% reportó un ingreso mensual superior a 460 dólares mientras que solo el 7% reportó que su ingreso mensual fue menor a 100 dólares, demostrando que la mayoría se encuentra en un rango de ingresos medios.

Gráfico 8: Estado civil



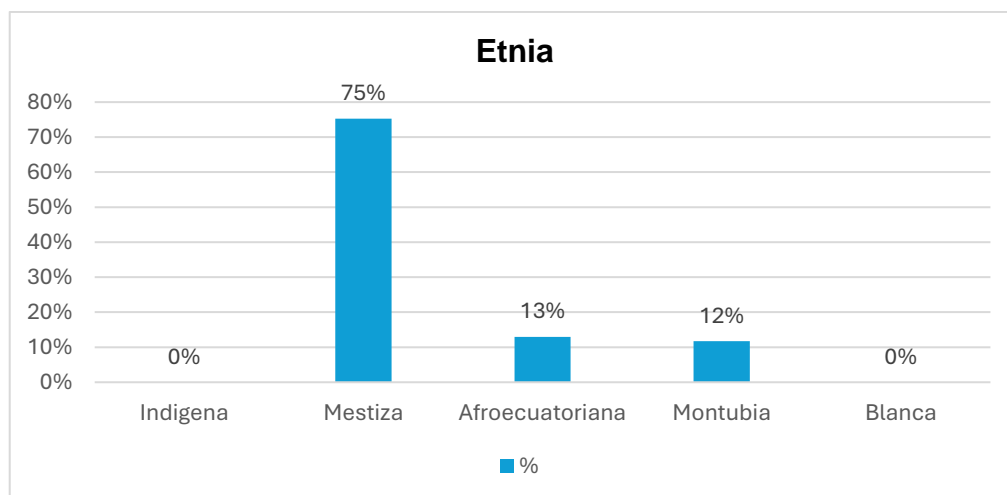
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 56% son solteras, el 31% se encuentran en unión libre, el 7% están casadas, y el 6% son viudas. Estos datos indican que la mayoría de las gestantes son solteras, mientras que un porcentaje significativo está en unión libre, y una minoría está casada o viuda.

Gráfico 9: Escolaridad



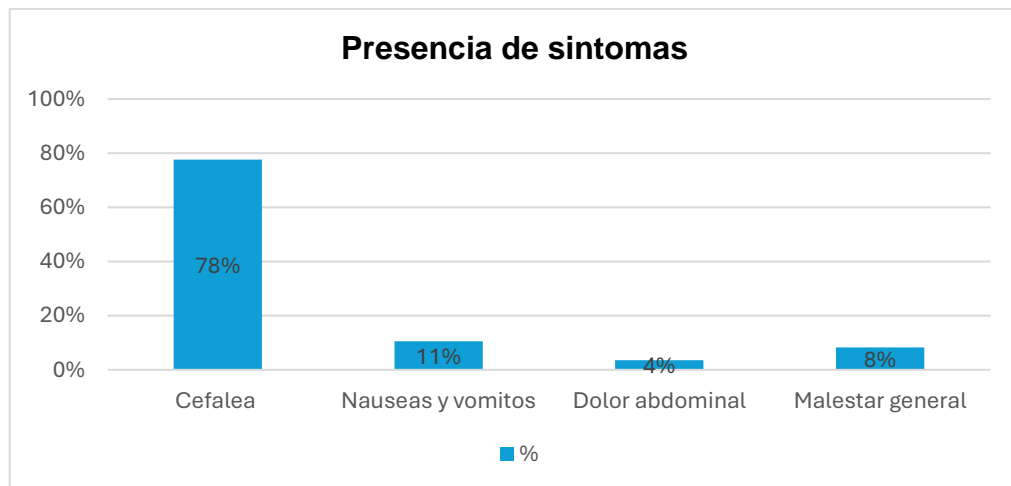
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 66% tiene educación primaria, el 21% ha alcanzado el nivel secundario, y el 8% ha completado estudios de tercer nivel. Un 5% de las mujeres no tiene estudios, mientras que ninguna ha alcanzado un cuarto nivel de educación. Estos datos sugieren que la mayoría de las gestantes tienen un nivel educativo básico, con una minoría que ha continuado con estudios superiores.

Gráfico 10: Etnia



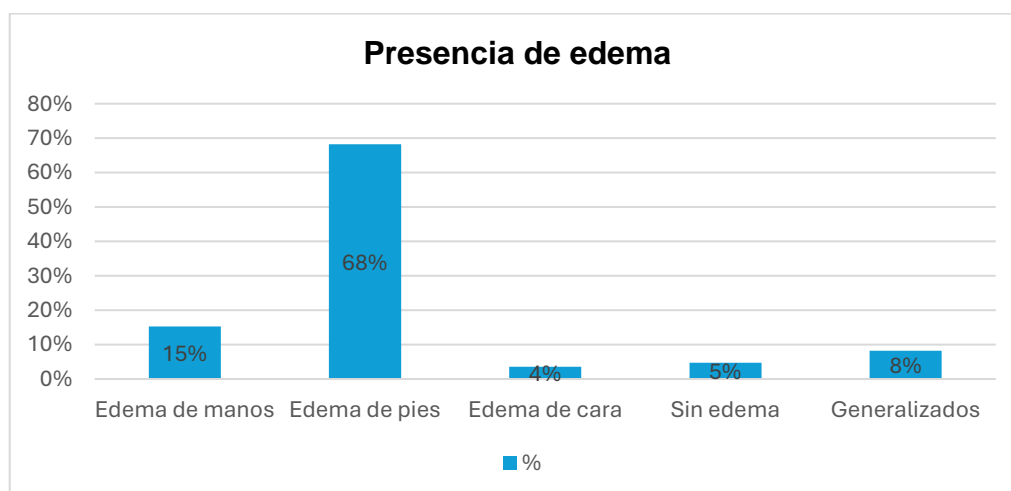
Análisis: De acuerdo con las 85 historias clínicas analizadas, la etnia mestiza representó el 75%, siendo la etnia más representativa dentro del estudio, el 13% se identificó como afroecuatoriana mientras que el 12% como montubia.

Gráfico 11: Presencia de síntomas



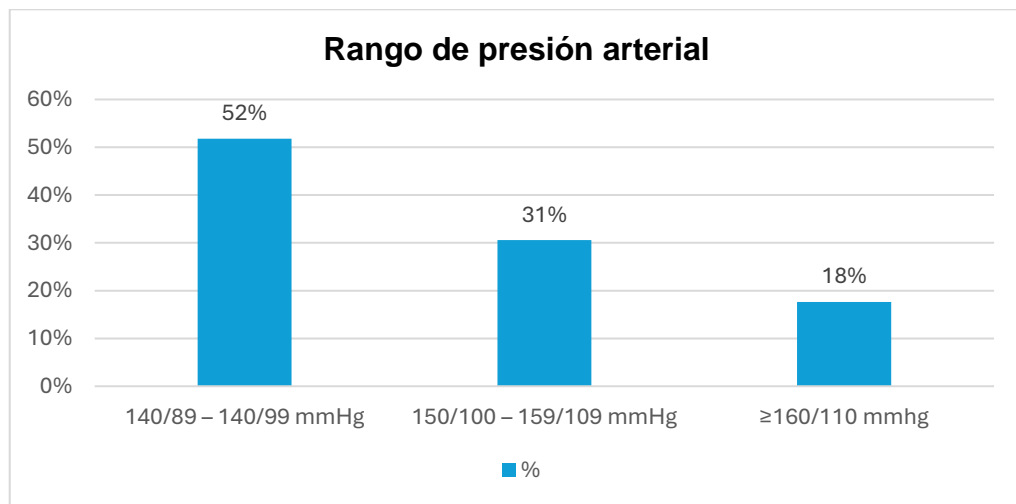
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 78% presenta cefalea, el 11% experimenta náuseas y vómitos, el 4% sufre de dolor abdominal, y el 8% reporta malestar general. Estos datos indican que la cefalea es el síntoma más común, mientras que náuseas y vómitos son menos frecuentes, y dolor abdominal y malestar general son los síntomas menos reportados.

Gráfico 12: Presencia de edema



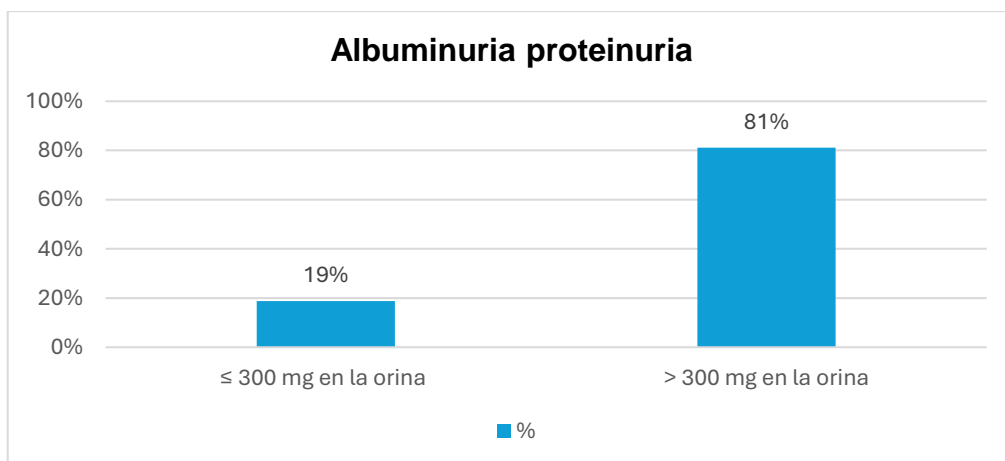
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 68% presenta edema en los pies, el 15% tiene edema en las manos, el 8% muestra edemas generalizados, y el 4% tiene edema en la cara. Además, el 5% no presenta edema. Estos datos indican que el edema de pies es el más común, mientras que los edemas en manos, cara y generalizados son menos frecuentes.

Gráfico 13: Rango de presión arterial



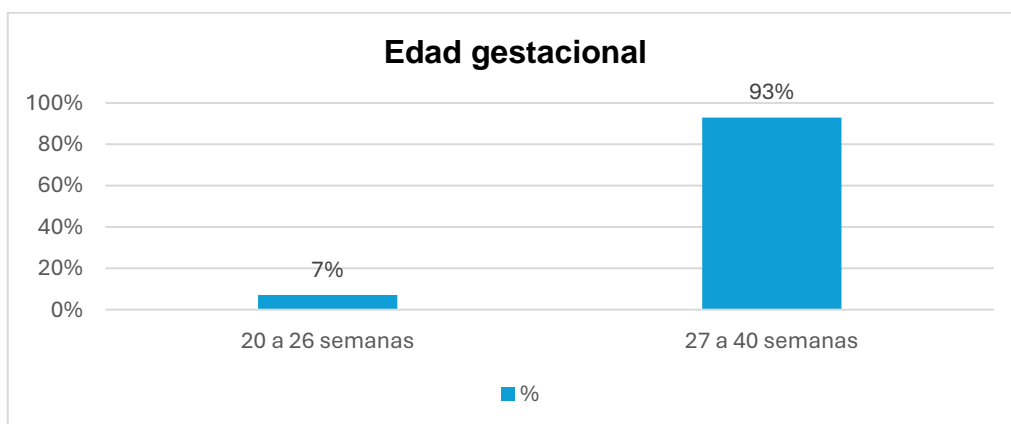
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 52% presenta una presión arterial en el rango de 140/89 a 140/99 mmHg, el 31% tiene presión arterial entre 150/100 y 159/109 mmHg, y el 18% muestra valores iguales o superiores a 160/110 mmHg. Estos datos reflejan que más de la mitad de las gestantes se encuentran en un rango de presión arterial ligeramente elevado, con una proporción significativa en niveles más altos y una menor parte en rangos muy altos.

Gráfico 14: Albuminuria proteinuria



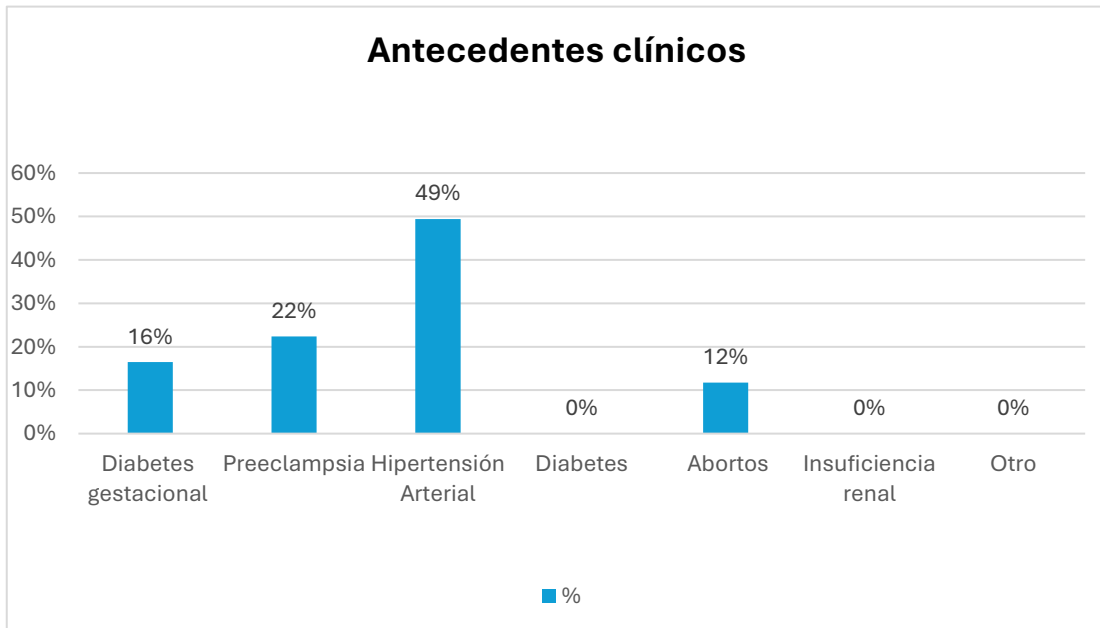
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 81% presenta una proteinuria superior a 300 mg en la orina, mientras que el 19% tiene una albuminuria de 300 mg o menos. Estos datos indican que la mayoría de las gestantes muestra niveles elevados de proteína en la orina, sugiriendo una prevalencia significativa de proteinuria severa en el grupo estudiado.

Gráfico 15: Edad gestacional



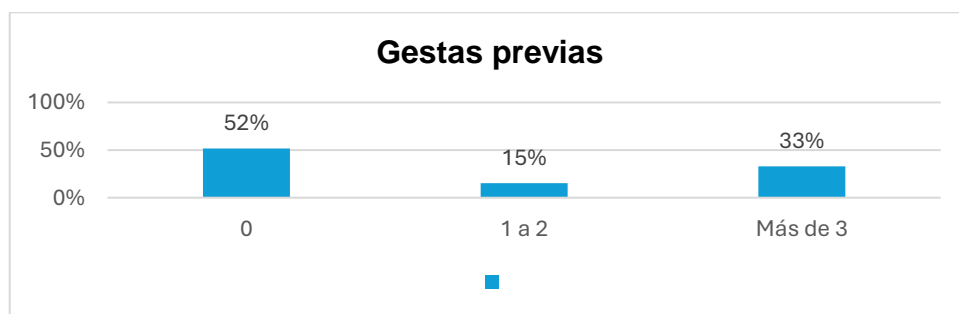
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 93% se encuentra en el rango de 27 a 40 semanas de gestación, mientras que el 7% está entre 20 y 26 semanas. Estos datos indican que la mayoría de las gestantes están en las etapas finales del embarazo, con una proporción menor en las primeras etapas de la gestación.

Gráfico 16: Antecedentes clínicos



Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 49% tiene antecedentes de hipertensión arterial, el 22% de preeclampsia, y el 16% de diabetes gestacional. Además, el 12% ha tenido abortos, mientras que no se reportan casos de diabetes, insuficiencia renal, ni otros antecedentes clínicos. Estos datos destacan que la hipertensión arterial es el antecedente más común en el grupo, seguido por la preeclampsia y la diabetes gestacional.

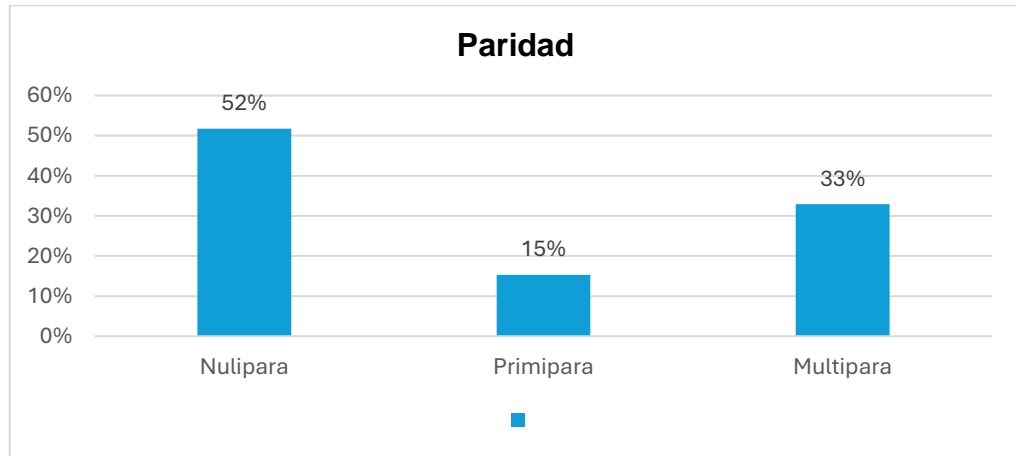
Gráfico 17: Gestas previas



Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 52% no ha tenido gestas previas, el 33% ha tenido más de 3 gestas previas y el 15% ha tenido de 1 a 2 gestas previas. Estos datos indican que más de la mitad de las gestantes no han tenido partos

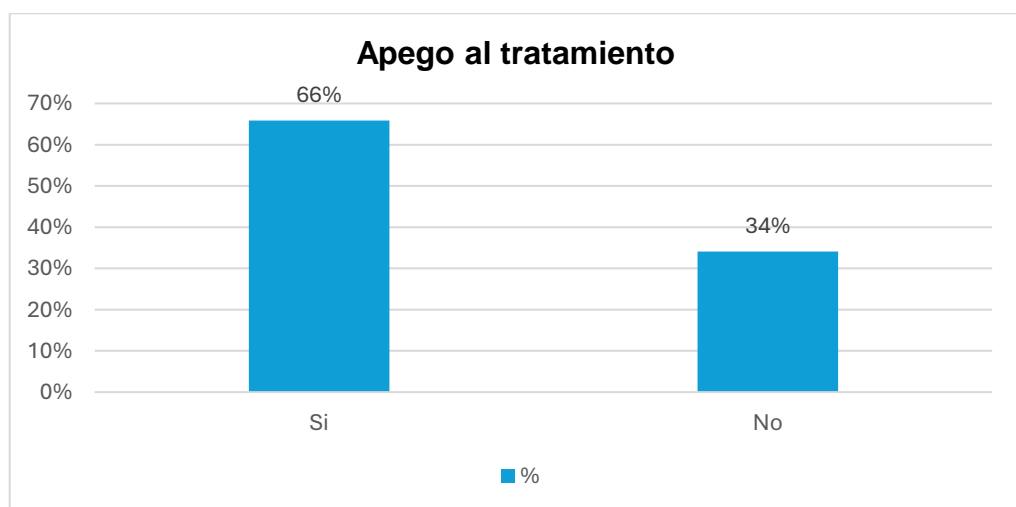
previos, mientras que una proporción significativa ha tenido varios partos y una menor parte ha tenido de uno a dos partos previos.

Gráfico 18: Paridad



Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 52% son nulíparas (sin partos previos), el 33% son multíparas (con múltiples partos previos) y el 15% son primíparas (con un solo parto previo). Estos datos indican que más de la mitad de las gestantes no han tenido partos previos, mientras que una proporción significativa ha tenido varios partos y una menor parte ha tenido solo un parto previo.

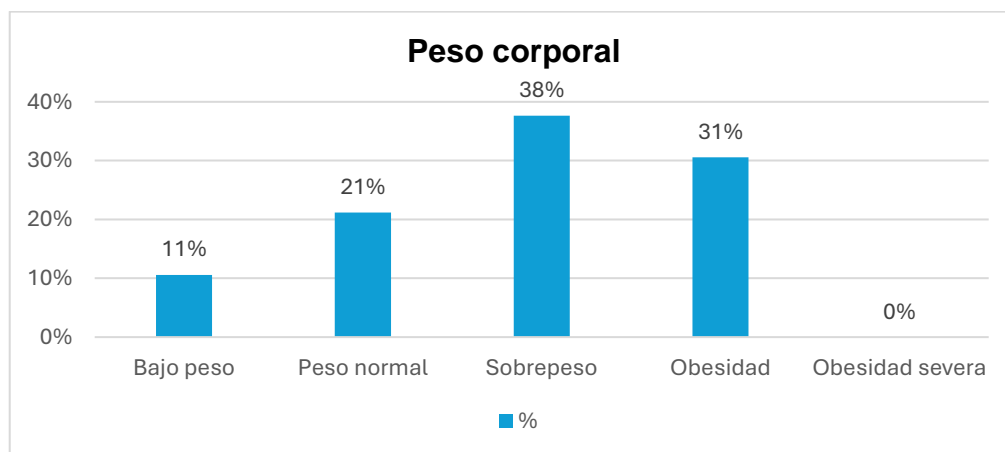
Gráfico 19: Apego al tratamiento farmacológico



Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 66% mostraron apego al tratamiento,

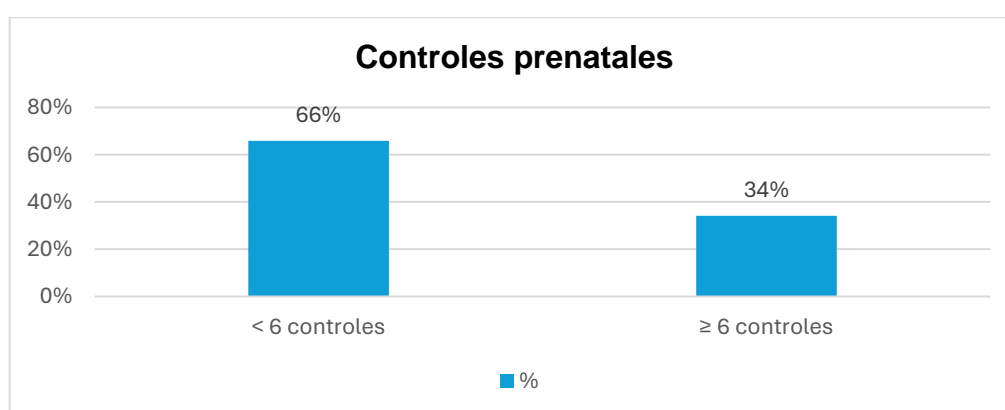
mientras que el 34% no lo hicieron. Estos datos indican que más de la mitad de las gestantes siguieron el tratamiento, mientras que una proporción significativa no lo hizo.

Gráfico 20: Peso corporal



Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 38% tiene sobrepeso, el 31% presenta obesidad, y el 11% tiene bajo peso, mientras que el 21% tiene un peso corporal normal. Ninguna mujer reporta obesidad severa. Estos datos muestran que la mayoría de las gestantes está en las categorías de sobrepeso y obesidad, con una menor proporción en bajo peso y peso normal.

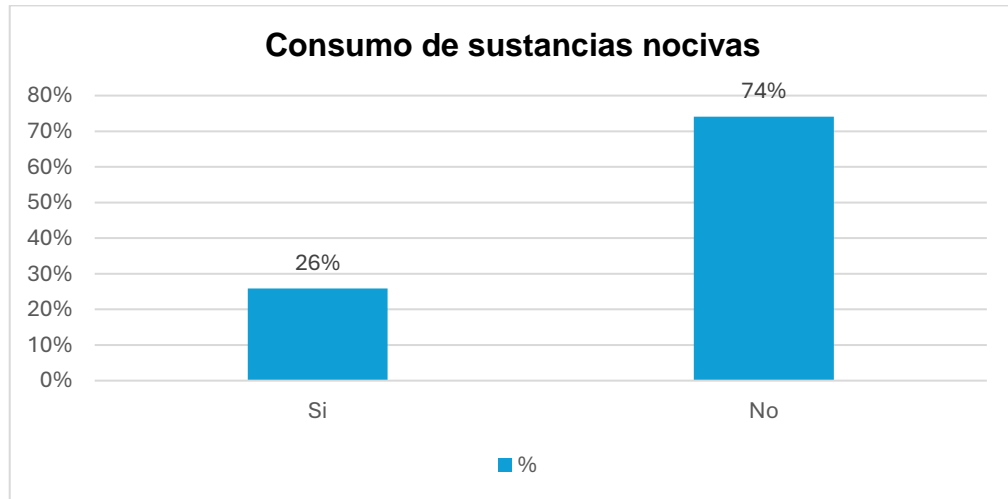
Gráfico 21: Asistencia a controles prenatales



Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 66% ha asistido a menos de 6 controles prenatales, mientras que el 34% ha asistido a 6 o más controles. Estos datos indican que la mayoría de las gestantes no ha cumplido con el número

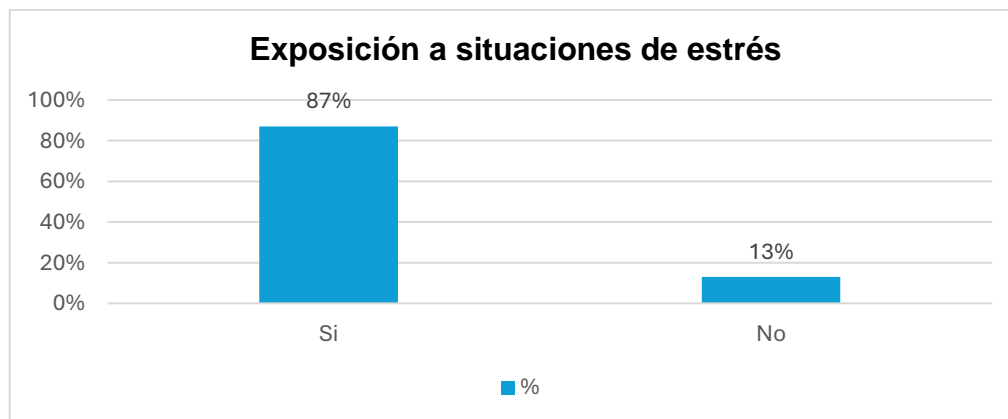
recomendado de controles prenatales, con una proporción menor que sí ha seguido las pautas de asistencia.

Gráfico 22: Consumo de sustancias nocivas



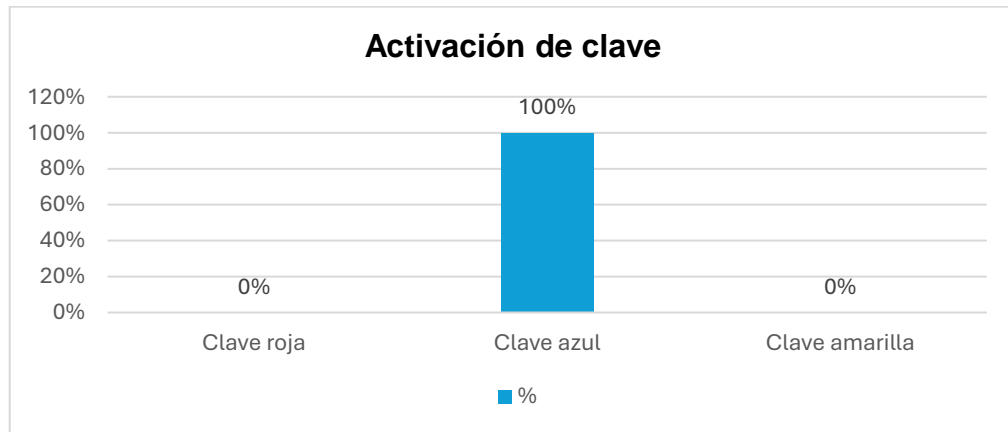
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 74% no consume sustancias nocivas, mientras que el 26% sí las consume. Estos datos sugieren que una mayoría significativa de las gestantes evita el consumo de sustancias perjudiciales, aunque una proporción notable aún las consume.

Gráfico 23: Exposición a situaciones de estrés



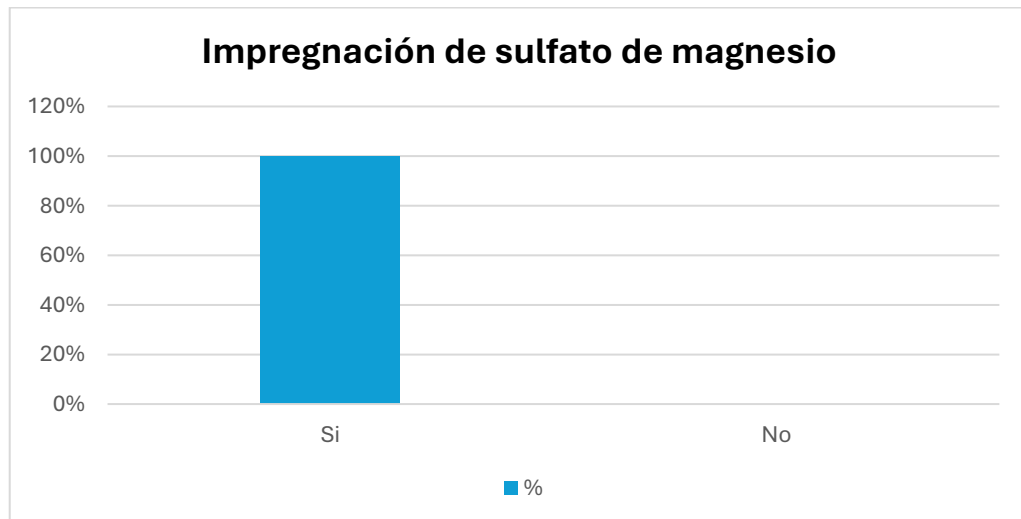
Análisis: De las 85 historias clínicas revisadas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, el 87% está expuesta a situaciones de estrés, mientras que el 13% no lo está. Estos datos indican que una gran mayoría de las gestantes experimenta niveles significativos de estrés.

Gráfico 24: Activación de clave en gestante con preeclampsia



Análisis: De las 85 historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se revisó los reportes de enfermería donde el 100% de los casos se gestionó con la activación de la clave azul, mientras que no se activaron las claves roja ni amarilla. Esto sugiere que todas las gestantes fueron clasificadas y atendidas bajo la categoría de clave azul, posiblemente indicando un manejo estándar o de prioridad específica en la atención de preeclampsia.

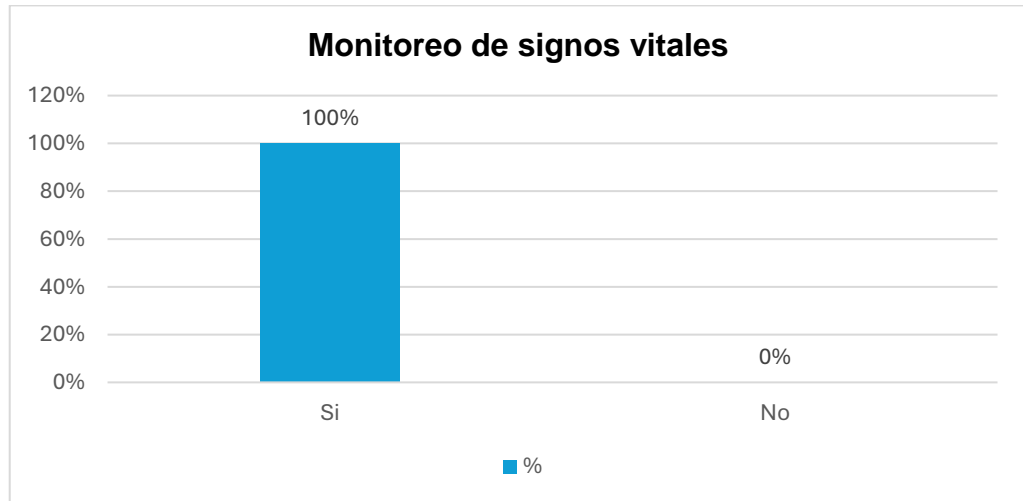
Gráfico 25: Impregnación de sulfato de magnesio



Análisis: De las 85 historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se revisó los reportes de enfermería donde el 100% recibió impregnación de sulfato de magnesio, mientras que ningún caso se gestionó sin este tratamiento. Esto indica que todos los pacientes con preeclampsia

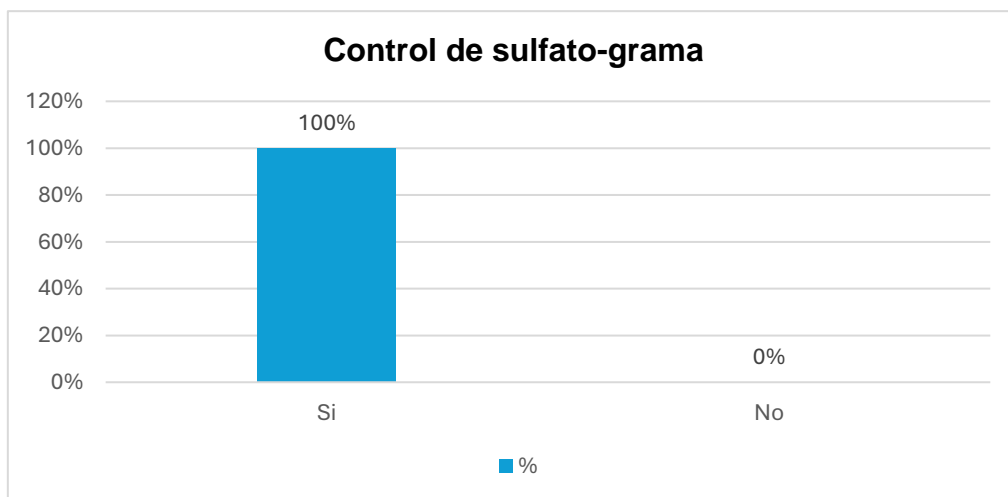
fueron tratados con sulfato de magnesio, lo que refleja la implementación universal de este tratamiento en el manejo de la preeclampsia.

Gráfico 26: Monitoreo de signos vitales



Análisis: De las 85 historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se revisó los reportes de enfermería donde el 100% tuvo monitoreo de signos vitales, mientras que ningún caso se manejó sin esta vigilancia. Esto indica que todos los pacientes recibieron monitoreo continuo de sus signos vitales, lo que es crucial para la gestión adecuada de la preeclampsia.

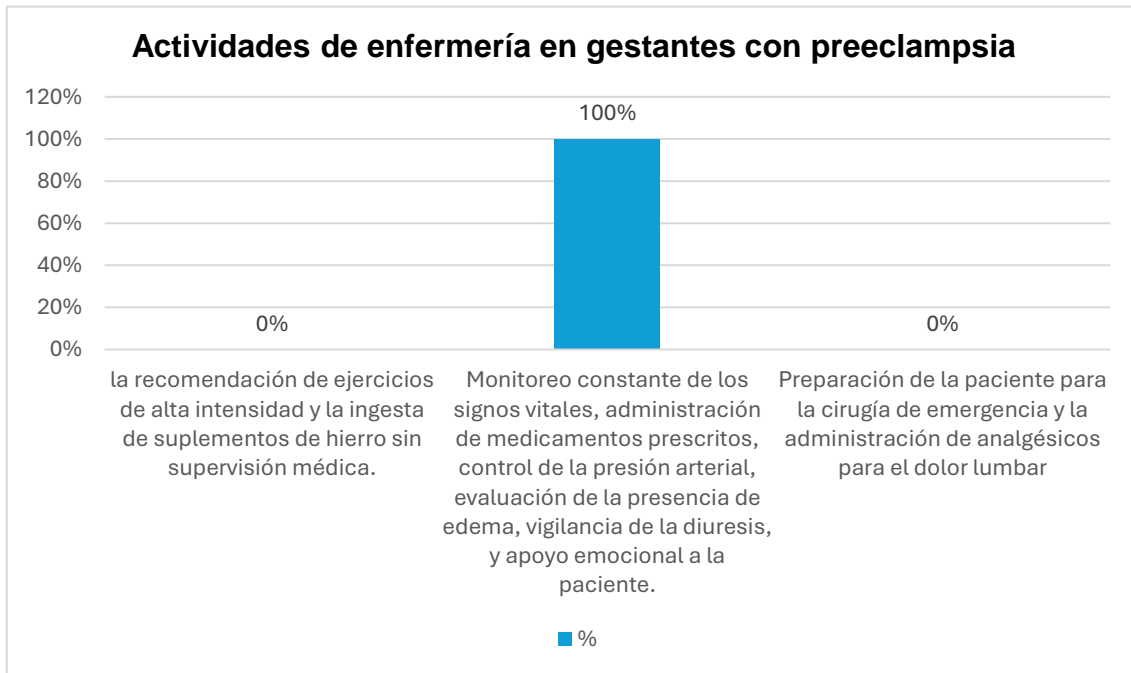
Gráfico 27: Control de sulfato-grama



Análisis: De las 85 historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se revisó los reportes de enfermería donde el 100% tuvo

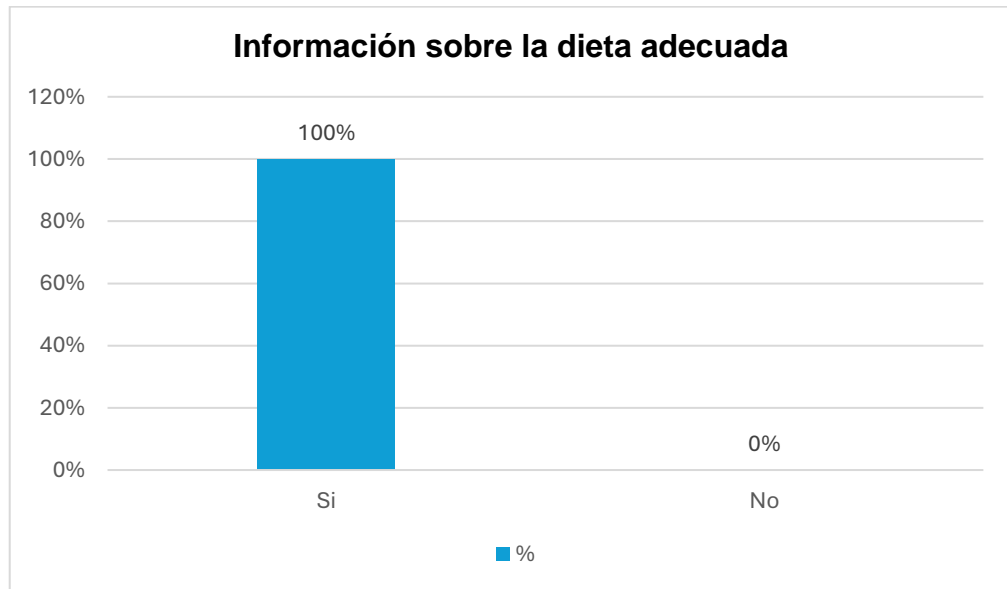
control de sulfato-grama, mientras que ningún caso se gestionó sin este control. Esto indica que todos los pacientes fueron sometidos a monitoreo del sulfato de magnesio, asegurando una adecuada administración y prevención de efectos adversos relacionados con el tratamiento.

Gráfico 28: Actividades de enfermería en gestantes con preeclampsia



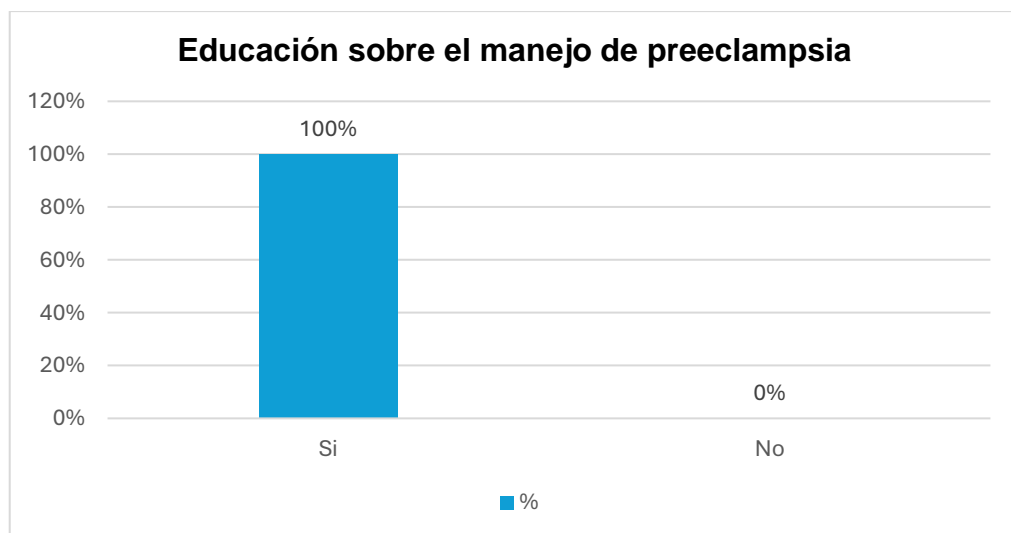
Análisis: En base a las 85 historias clínicas analizadas donde se realizó una revisión exhaustiva de los reportes de enfermería donde se reportó que el 100% de las gestantes que fueron diagnosticadas de preeclampsia recibieron un monitoreo constante de los signos vitales, así como también la administración de medicamentos, evaluar la presencia de edema, la vigilancia de la diuresis, y el acompañamiento del apoyo emocional, lo que indica que el personal de enfermería se enfocó en una atención integral y adecuada para la preeclampsia, priorizando el monitoreo y tratamiento específico para la condición.

Gráfico 29: Información sobre la dieta adecuado



Análisis: De las 85 historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se revisó los reportes de enfermería donde el 100% recibió información sobre la dieta adecuada, mientras que ninguna se gestionó sin este tipo de orientación. Esto indica que todas las pacientes fueron instruidas sobre las recomendaciones dietéticas pertinentes para su condición.

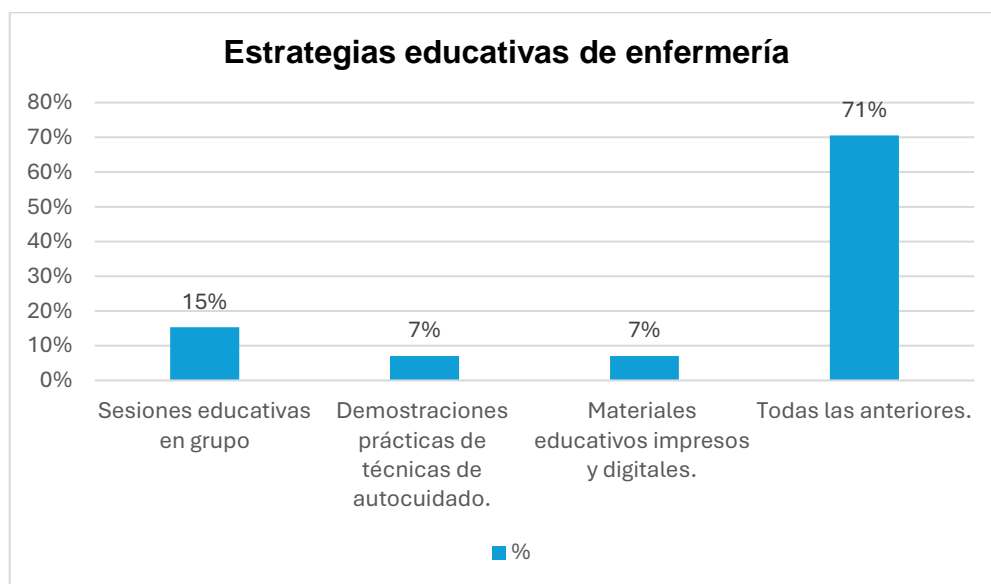
Gráfico 30: Educación sobre el manejo de preeclampsia



Análisis: De las 85 historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se revisó los reportes de enfermería donde el 100% recibió educación sobre el manejo de la preeclampsia, mientras que ninguna se

gestionó sin esta información. Esto indica que todas las pacientes fueron instruidas adecuadamente sobre cómo manejar su condición.

Gráfico 31: Estrategias educativas de enfermería



Análisis: De las 85 historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se revisó los reportes de enfermería donde el 71% recibió todas las estrategias educativas mencionadas, incluyendo sesiones educativas en grupo, demostraciones prácticas de técnicas de autocuidado, y materiales educativos impresos y digitales. El 15% participó en sesiones educativas en grupo, el 7% recibió demostraciones prácticas de autocuidado y el 7% tuvo acceso a materiales educativos impresos y digitales. Estos datos reflejan que la mayoría de las pacientes recibió una combinación integral de estrategias educativas para el manejo de la preeclampsia.

4.2. Discusión

Los estudios analizados revelan una notable consistencia en los factores de riesgo asociados con la preeclampsia, aunque con algunas variaciones específicas. Salamanca-Sánchez et al. (2019) y Díaz et al. (2019) destacan que las edades extremas, como las menores de 20 años, representan un riesgo significativo, una observación respaldada por el estudio en Portoviejo, donde la mayoría de las gestantes afectadas eran jóvenes.

La edad materna emerge como un factor crítico en la predisposición a la preeclampsia. Los estudios previos, como los de Salamanca-Sánchez et al.

(2019) y Tyas et al. (2019), destacan que las edades extremas, especialmente menores de 20 años y mayores de 35 años, presentan un riesgo elevado. Este hallazgo es congruente con el estudio de 85 historias clínicas, donde el grupo etario más afectado fue el de 30 a 35 años. Aunque este grupo se encuentra justo por debajo del umbral de 35 años, la concentración de casos sugiere que el riesgo de preeclampsia puede aumentar significativamente a medida que las mujeres se acercan a los 35 años, reafirmando la importancia de la edad como factor de riesgo.

La paridad también se reconoce como un factor de riesgo importante. Tanto las mujeres que están esperando su primer hijo (nulíparas) como aquellas que han tenido múltiples embarazos (multiparidad) se mencionan en la literatura como grupos en riesgo. Por ejemplo, en el estudio de Díaz et al. (2019), se observó un alto porcentaje de primerizas afectadas por preeclampsia, lo que coincide con el análisis de las historias clínicas, donde el 52% de las mujeres eran nulíparas. Esto destaca la importancia de un seguimiento prenatal riguroso, especialmente para las mujeres que están viviendo su primer embarazo, ya que pueden estar en mayor riesgo.

En cuanto a los factores de riesgo también se encontró la situación socioeconómica como el nivel educativo que actúan como un predisponente en base al desarrollo de la preeclampsia. En la ciudad de Portoviejo, se observó que las gestantes que han resultado afectadas por esta problemática fueron en su mayoría de situaciones socioeconómicas bajas con acceso limitado a la atención prenatal. De acuerdo, con el análisis de las 85 historias clínicas en el desarrollo de este trabajo de investigación, se determinó que la mayoría de las mujeres provenían de ingresos medio-bajos y solo un 66% completó la educación primaria. Estos hallazgos refuerzan que tanto las barreras económicas como educativas dificultan el acceso a una atención prenatal adecuada.

Otro factor importante es la salud previa y el estado nutricional de las mujeres. En el estudio clínico, fue común encontrar antecedentes de hipertensión arterial y diabetes gestacional, lo que coincide con los hallazgos

de Belay y Wudad (2019), quienes también identificaron la diabetes mellitus como un factor de riesgo significativo.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Según el estudio de las historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, mostró que muchas de ellas tenían antecedentes de hipertensión arterial, preeclampsia en embarazos anteriores y diabetes gestacional. Además, la mayoría estaba en las últimas etapas del embarazo y un gran número eran primerizas. Estas gestantes también presentaban una alta prevalencia de sobrepeso, lo que podría aumentar el riesgo de desarrollar preeclampsia. Estos resultados destacan la importancia de tener en cuenta tanto los antecedentes médicos como la condición de salud general de las gestantes para identificar y manejar eficazmente el riesgo de preeclampsia.
- El estudio identificó varios factores de riesgo, como la edad materna, especialmente en mujeres de 30 a 35 años, un bajo nivel socioeconómico y una educación formal limitada, ya que la mayoría de las mujeres solo había completado la educación primaria. Además, el 87% de las gestantes reportó altos niveles de estrés, lo que sugiere una posible relación entre el estrés y la preeclampsia. Estos factores, junto con la asistencia insuficiente a controles prenatales, indican que la preeclampsia surge de la combinación de múltiples factores de riesgo.
- Las intervenciones de enfermería registradas en las historias clínicas muestran que se aplicó un manejo adecuado de la hipertensión en mujeres con preeclampsia. Todas recibieron tratamiento con sulfato de magnesio, una medida estándar y eficaz para prevenir complicaciones graves como convulsiones. Además, la mayoría de las pacientes participaron en programas educativos completos, lo que indica un esfuerzo considerable del personal de salud para brindar educación y apoyo. Sin embargo, la baja asistencia a controles prenatales sugiere que hay margen de mejora en la intervención temprana y el seguimiento continuo, lo cual es crucial para reducir los riesgos asociados con la preeclampsia.

5.2. Recomendaciones

Se sugiere adoptar un enfoque completo para prevenir y tratar la preeclampsia, que incluya educación, acceso a servicios de salud y atención personalizada. Es crucial aumentar la educación sobre la preeclampsia, especialmente para mujeres de 30 a 35 años, a través de programas que resalten la importancia del control prenatal y la gestión del peso durante el embarazo, además de capacitar constantemente al personal de salud para identificar riesgos a tiempo. También es importante mejorar el acceso a servicios de salud, especialmente en áreas con recursos limitados, reduciendo barreras económicas y ampliando la infraestructura en zonas rurales para garantizar una adecuada atención prenatal. Finalmente, se debe ofrecer una atención integral que considere los factores de riesgo específicos y el control del peso, mediante programas accesibles de asesoramiento nutricional y estrategias personalizadas para cada gestante, lo que permitirá un seguimiento más exhaustivo y una disminución en la incidencia y complicaciones relacionadas con la preeclampsia.

REFERENCIAS

- Álvarez-Fernández, I., Prieto, B., & Álvarez, F. V. (2016). Preeclampsia. *Revista del Laboratorio Clínico*, 9(2), 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.labcli.2016.04.002>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- Arigita Lastra, M., & Martínez Fernández, G. S. (2020). Síndrome HELLP: Controversias y pronóstico. *Hipertension Y Riesgo Vascular*, 37(4), 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.07.002>
- Belay, A. S., & Wudad, T. (2019). Prevalence and associated factors of pre-eclampsia among pregnant women attending anti-natal care at Mettu Karl referral hospital, Ethiopia: Cross-sectional study. *Clinical Hypertension*, 25(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40885-019-0120-1>
- Bisson, C., Dautel, S., Patel, E., Suresh, S., Dauer, P., & Rana, S. (2023). Preeclampsia pathophysiology and adverse outcomes during pregnancy and postpartum. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1144170>
- Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., Hall, D. R., Warren, C. E., Adayi, G., & Ishaku, S. (2018). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*, 13, 291-310. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.05.004>
- Carratalá, L. H. (2023). Importancia de la prevención y detección oportuna de la preeclampsia/eclampsia. *Revista Eugenio Espejo*, 17(1), 1-4.
- Condo-Baque, C. A., Barreto-Pincay, G. M., Montaña-Parrales, G. M., Borbor-Sánchez, L. X., Manrique-Regalado, G. L., & García-Sigcha, A. J. (2018). Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016—Junio del 2017.

Dominio de las Ciencias, 4(3), Article 3.
<https://doi.org/10.23857/dc.v4i3.810>

Díaz, C. I. E., Borja, J. E. N., Zambrano, A. de los Á. M., Cobeña, K. A. F., Wong, M. E. F., Vivas, M. P. C., Asqui, A. P. C., Espín, F. A. D., Tenesaca, C. C., Klinger, L. M. G., Gómez, D. R. T., & Placencia, X. M. P. (2019). Características clínicas y complicaciones asociadas a preeclampsia y eclampsia en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14(2), 201-204.

Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), Article 3.
<https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>

Jesús-García, A. D., Jiménez-Báez, M. V., González-Ortiz, D. G., Cruz-Toledo, P. D. la, Sandoval-Jurado, L., & Kuc-Peña, L. M. (2018). *Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia*. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85061>

Lamminpää, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Gissler, M., & Heinonen, S. (2012). Preeclampsia complicated by advanced maternal age: A registry-based study on primiparous women in Finland 1997-2008. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-47>

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Gaceta epidemiológica de Muerte Materna SE 53 Ecuador*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/Gaceta-SE-53-MM.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2022). *Gaceta epidemiológica de Muerte Materna SE 27 Ecuador*. MSP. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Gaceta-27-MM.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición; Quito*. Dirección Nacional de Normatización. <https://www.salud.gob.ec/wp->

content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

- Moquillaza Alcántara, V., Munares García, O., & Romero-Cerdán, A. (2020). Características de los registros diagnósticos de preeclampsia en el Perú. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 80, 32-36.
- Moreira Flores, M. M., & Montes Vélez, R. S. (2022). Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. *Dominio de las Ciencias*, 8(1), 8.
- Naranjo-Hernández, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 814-825.
- Nirupama, R., Divyashree, S., Janhavi, P., Muthukumar, S. P., & Ravindra, P. V. (2021). Preeclampsia: Pathophysiology and management. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(2), 101975. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101975>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019, agosto 1). *Día de Concientización sobre la Preeclampsia*. <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
- Petersen, E. E., Davis, N. L., Goodman, D., Cox, S., Mayes, N., Johnston, E., Syverson, C., Seed, K., Shapiro-Mendoza, C. K., Callaghan, W. M., & Barfield, W. (2019). Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011-2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013-2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(18), 423-429. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6818e1>
- Phyllis, A., & Baha, S. (2024). *Preeclampsia: Clinical features and diagnosis*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?>
- Puente Vaca, L. de la. (2021). *Importancia de los cuidados de enfermería en la preeclampsia*. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47845>
- Quinteros, A. S. M., & Sánchez, Y. M. B. (2022). Impacto de los factores ambientales en la aparición de preeclampsia grave. *Revista Medica Sinergia*, 7(4), Article 4. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i4.755>

- Salamanca-Sánchez, A.-L., Nieves-Díaz, L.-A., & Arenas-Cárdenas, Y.-M. (2019). Preeclampsia: Prevalencia y factores asociados en gestantes de una institución de salud de Boyacá en el periodo 2015 a 2017. *Rev. Investig. Salud. Univ. Boyacá*, 38-50.
- Solar, L., Reguera, M., Gómez, N., & Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36, 835-845.
- Tyas, B. D., Lestari, P., & Aldika Akbar, M. I. (2019). Maternal Perinatal Outcomes Related to Advanced Maternal Age in Preeclampsia Pregnant Women. *Journal of Family & Reproductive Health*, 13(4), 191-200.
- Wang, W., Xie, X., Yuan, T., Wang, Y., Zhao, F., Zhou, Z., & Zhang, H. (2021). Epidemiological trends of maternal hypertensive disorders of pregnancy at the global, regional, and national levels: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03809-2>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de contingencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General
¿Cuáles son los factores de riesgos relacionados a la preeclampsia en gestantes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza, periodo abril-agosto 2024?	Determinar los factores de riesgo relacionados con la preeclampsia en gestantes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza, periodo abril-agosto 2024.	Existen diversos factores de riesgo que están significativamente relacionados con el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General Martin Icaza durante el periodo de abril a agosto de 2024
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicos
¿Cuáles son los antecedentes clínicos, obstétricos y la condición de salud de las gestantes con Preeclampsia en el Hospital General Martin Icaza?	Identificar los antecedentes clínicos, obstétricos y la condición de salud de las gestantes con preeclampsia.	Las mujeres diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital General Martin Icaza podrían presentar una alta relación con antecedentes clínicos, obstétricos y la condición de salud de las gestantes, como nuliparidad, hipertensión o diabetes mellitus.
¿Cómo influyen los factores de riesgos de la gestante atendidas en el Hospital General Martin Icaza en el desarrollo de preeclampsia?	Analizar la influencia de factores de riesgos en el desarrollo de preeclampsia de las gestantes.	Los factores de riesgos como el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel de instrucción se asocian significativamente con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital General Martin Icaza.
¿Cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas para controlar la presión arterial en gestantes con Preeclampsia?	Describir la calidad de las intervenciones de enfermería registradas en las historias clínicas para el control de la hipertensión en las gestantes con preeclampsia.	Las intervenciones de enfermería de calidad, incluyen monitoreo frecuente de la presión arterial, administración adecuada de medicación antihipertensiva y educación sobre el manejo de la enfermedad son efectivas para controlar la presión arterial en gestantes con preeclampsia.

Anexo 2: Presupuesto

Recursos humanos
Investigadores
Mite Franco Sheyla Dayana
Veloz León Narcisa Josefina
Asesor del proyecto de investigación
Lic. Bernal Martinez Elsa

Recursos económicos	Costo
Movilización	\$25
Internet	\$25
Alimentación	\$30
Impresiones de ficha obstétrica	\$20
Esferos gráficos	\$5
Impresión del trabajo final	\$20
Total	\$125

Anexo 3: Cronograma

Nº	Meses Semanas Actividades	Mayo				junio				julio				agosto				septiembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		1	Selección de Tema	X																	
2	Aprobación del tema		X																		
3	Recopilación de la Información			X																	
4	Desarrollo del capítulo I				X																
5	Desarrollo del capítulo II					X															
6	Desarrollo del capítulo III						X	X													
7	Elaboración de las encuestas								X												
8	Aplicación de las encuestas									X	X										
9	Tamización de la información											X	X								
10	Desarrollo del capítulo IV													X							
11	Elaboración de las conclusiones														X						
12	Presentación de la Tesis															X					
13	Sustentación de la previa																X	X			
14	Sustentación																		X	X	X

Anexo 4: Ficha de observación

FICHA DE OBSERVACIÓN

Rango de edad.

15 a 20 años

30 a 35 años

21 a 29 años

36 a 38 años

Procedencia

Urbana

Rural

Ingreso mensual

<100 dolares

310 a 460 dolares

>460 dolares

Estado civil

Soltera

Casada

Unión libre

Viuda

Escolaridad

Sin estudios

Tercer nivel

Primaria

Cuarto nivel

Secundaria

Etnia:

Indígena

Montubia

Mestiza

Blanca

Afroecuatoriana

Presencia de síntomas

Cefalea

Dolor abdominal

Náuseas y vómitos

Malestar general

Presencia de edema

Edema de manos

Edema de cara

Generalizado

Edema de pies

Sin edema

Presión arterial:

• 140/89 – 140/99 mmhg

• 150/100–159/109 mmHg

• \geq 160/110 mmhg

Albuminuria proteinuria

\leq 300 mg en la orina

> 300 mg en la orina

Edad gestacional

• 20 a 26 semanas

• 27 a 40 semanas

Antecedentes:

Diabetes gestacional

Preeclampsia

Hipertensión Arterial

Diabetes

Insuficiencia renal

Abortos

Otro: _____

Gestas previas

0

1 a 2

Más de 3

Paridad

Nulípara

Primípara

Multípara

Apego al tratamiento farmacológico

Si

No

Peso corporal

Bajo peso

Sobrepeso

Obesidad severa

Peso normal

Obesidad

Obesidad mórbida

Asistencia a controles prenatales

< 6 controles

≥ 6 controles

Consumo de sustancias nocivas

Si

No

Exposición a situaciones de estrés

Si

No

Activación de clave en gestante con preeclampsia

Clave roja

Clave azul

Clave amarilla

Impregnación de sulfato de magnesio

Si

No

Monitoreo de signos vitales

Si

No

Control de sulfato-grama

Si

No

Actividades de enfermería en gestantes con preeclampsia

La recomendación de ejercicios de alta intensidad y la ingesta de suplementos de hierro sin supervisión médica

Monitoreo constante de los signos vitales, administración de medicamentos prescritos, control de la presión arterial, evaluación de la presencia de edema, vigilancia de la diuresis, y apoyo emocional a la paciente

Preparación de la paciente para la cirugía de emergencia y la administración de analgésicos para el dolor lumbar

Información sobre la dieta educada

Si

No

Educación sobre el manejo de preeclampsia

Si

No

Estrategias educativas de enfermería

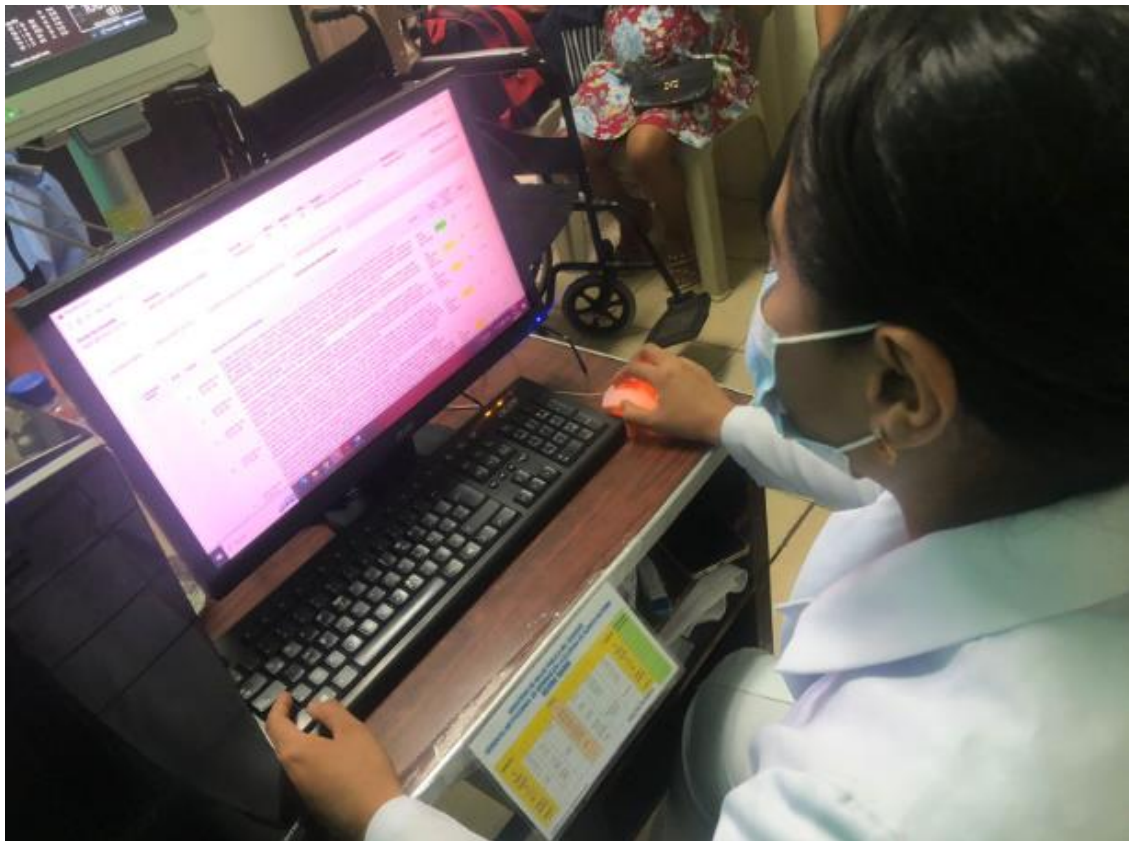
Sesiones educativas

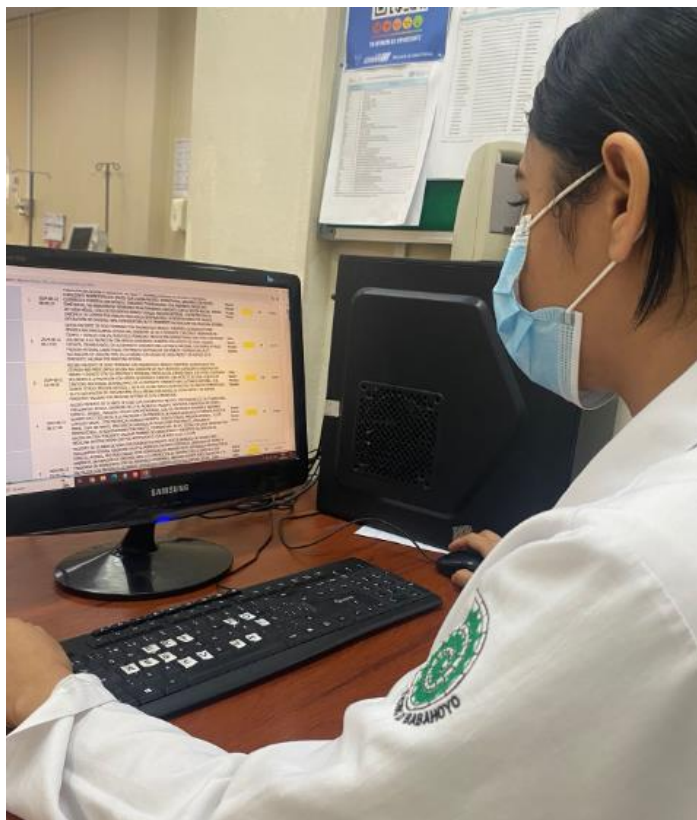
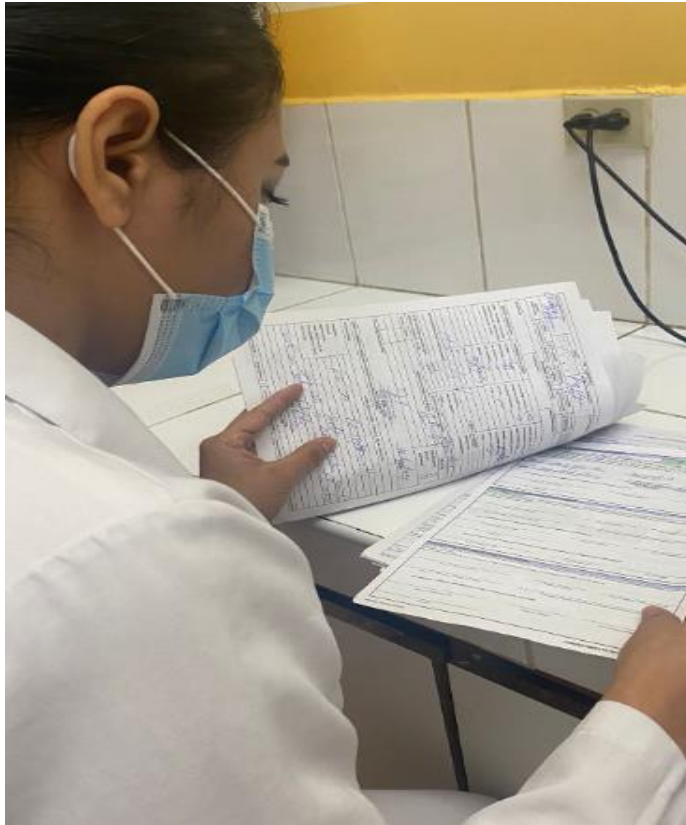
Demostraciones prácticas de técnicas de autocuidado

Materiales educativos impresos y digitales

Todas las anteriores

Anexo 5: Evidencias fotográficas





NOTA DE GUARDIA:

NOTA DE EVOLUCIÓN:

PACIENTE DE 28 AÑOS ES TRAJIDA A EMERGENCIA POR PERSONAL DE AMBULANCIA CON REFERENCIA DEL HOSPITAL JUAN MONTALVAN DE RICAURTE, CON DIAGNOSTICO DE: EMBARAZO DE +/- 37.5 SEMANAS + PREECLAMPSIA SEVERA
PERSONAL DE SALUD REFIERE QUE PACIENTE FUE INGRESADA EL DIA DE HOY A LAS 14:00 PM, PACIENTE ACUDE A ESTA INSTITUCION CON VIA PERIFERICA CON DOSIS DE IMPREGNACION Y MANTENIMIENTO DE:

SOLUCION SALINA 0.9% 80CC + 4 G SULFATO DE MAGNESIO PASAR A 100 GOTAS/MINUTO
SOLUCION SALINA 0.9% 450 CC + 10 G SULFATO DE MAGNESIO 17 GOTAS/MINUTO

SOLUCION SALINA 0.9% 500CC 10 GOTAS POR MINUTO

PERSONAL DE SALUD DE DICHA INSTITUCION REFIERE PROCEDIMIENTO DE TOCOLISIS ADMINISTRAN NIFEDIPINA 10MG CADA 20 MIN EN TRES OCASIONES. PACIENTE CON SONDA VESICAL CON DIURESIS DE 200 ML

ADEMAS MANIFIESTA QUE TENIA CONSULTA EL DIA DE MAÑANA POR CONSULTA EXTERNA CON LA DRA EZETA.

PLAN: CESAREA SEGMENTARIA DE EMERGENCIA

DIAGNOSTICO: EMBARAZO DE +/- 37 SEMANAS DE GESTACION + PREECLAMPSIA SEVERA + COMPROMISO DE BIENESTAR FETAL

FUM:04-10-2023

EMBARAZO DE +/- 37 SG POR FUM

GESTAS:4 CESÁREAS:0 ABORTOS:2 PARTOS:2

PERIODO INTERGENESICO: 1 AÑO 7 MESES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: HERMANO CARDIOPATA, HERMANA HIPERTENSA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE

ALERGIAS: NO REFIERE

HÁBITOS: NO REFIERE

NOTA

AL MOMENTO QUIROFANO OCUPADO POR CIRUGIA GENERAL

EXAMEN FISICO:

AL TACTO VAGINAL:

DILATACION: 2 CM

BORRAMIENTO: 40%

PLANO I

MEMBRANAS INTEGRAS

NO SE EVIDENCIAN PERDIDAS TRANSVAGINALES

AL RASTREO ECOGRÁFICO:

PRODUCTO UNICO VIVO, CEFÁLICO LONGITUDINAL.

PLACENTA FÚNDICA GRADO III/III.

ILA: 8 CC NORMAL.

DBP 37 PARA SEMANAS DE GESTACIÓN

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL: 143 LATIDOS POR MINUTO

MONITOREO FETAL: REACTIVO

ACTIVIDAD UTERINA: NO REPORTA

FECRUENCIA CARDÍACA FETAL: 145 LPM

SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL: 127/94

FRECUENCIA CARDIACA: 122

FRECUENCIA RESPIRATORIA:20

TEMPERATURA: 36.20

SPO2: 96%

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

PROTEINURIA: POSITIVA

SCORE MAMA: 6

CONTROL DE SIGNOS VITALES

RASTREO ECOGRAFICO

MONITOREO FETAL

EXAMENES DE LABORATORIO

PREPARAR PARA CIRUGIA

MEDIDAS ANTIEMBOLICAS

NOTIFICAR A ANESTESIOLOGIA

NOTIFICAR A NEONATOLOGIA

REPORTAR NOVEDADES

NOTA RETROSPECTIVA DE INGRESO

SE ACTIVA CLAVE AZUL

PASAR A RECUPERACION

CUIDADOS PROPIOS DE ENFERMERIA

CONTROL DE SIGNOS VITALES

USO DE MANTA TÉRMICA

LLENAR SULFATO GRAMA

CUANTIFICAR DIURESIS

VIGILAR SIGNO DE INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO

IC CON UCI

NOTA DE GUARDIO: NOTA RETROSPECTIVA HORA 19:09

PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD VIENE CON REFERENCIA DEL HOSPITAL JUAN MONTALVAN DE RICAURTE, EN AMBULANCIA CON SU PERSONAL DE LA MISMA INSTITUCION, Y EN COMPANIA DE FAMILIAR (MADRE) CON DIAGNOSTICO MEDICO : EMBARAZO DE +/- 37.5 SEMANAS MAS PREECLAMPSIA SEVERA, REFIERE QUE PACIENTE FUE INGRESADA EL DIA DE HOY A LAS 14:00 PM, VIENE CANALIZADO DOBLE VIA PERIFERICA CON DOSIS DE IMPREGNACION Y MANTENIMIENTO YA ADMINISTRADA, CON SONDA VESICAL ELIMINANDO 200ML DE DIURESIS DE CARACTERISTICAS NORMALES, AL MOMENTO CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO AFEBRIL ACUDE POR EMERGENCIA OBSTÉTRICA ES VALORADA POR GINECÓLOGA DE TURNO CON DIAGNOSTICO MEDICO: EMBARAZO DE +/- 37 SEMANAS DE GESTACION MAS PREECLAMPSIA SEVERA MAS COMPROMISO DE BIENESTAR FETAL, REALIZAN RASTREO ECOGRÁFICO ABDOMEN GESTANTE CON LATIDOS FETALES PRESENTES, NO SE EVIDENCIAN PERDIDAS TRANSVAGINALES. MONITOREO FETAL REACTIVO ACTIVIDAD UTERINA NO REPORTA, SE PROCEDE A PREPARAR CAMPO QUIRÚRGICO VIA PERIFÉRICA PERMEABLE FARMACOTERAPIA ADMINISTRADA SE ENVÍA ORDEN DE EXAMEN DE LABORATORIO SE COLOCA BRAZALETE DE IDENTIFICACION SE TOMA SIGNOS VITALES SIGNOS VITALES PRESIÓN ARTERIAL: 127/94 MMHG, RESPIRACIÓN: 20 POR MINUTO, TEMPERATURA:36.2 GRADOS CENTIGRADOS, FRECUENCIA CARDIACA: 122 POR MINUTO, SATURACIÓN DE OXÍGENO: 96% AL AMBIENTE, PROTEINURIA POSITIVA, SCORE MAMA (6).SE PASA PARTE OPERATORIO A QUIROFANO, AL MOMENTO QUIROFANO OCUPADO POR CIRUGIA GENERAL.