



**UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL DE QUEVEDO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**Carrera  
Licenciatura en Enfermería**

**Tema de la Tesis**

**“Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del Centro de Salud Los rosales, Santo Domingo, periodo 2015”**

**Previo a la obtención del título de:**

**Lcda. En Enfermería**

**Autora:**

**Silvia Patricia Mejía López**

**Directora de tesis**

**Lcda. Gloria Goiburo**

**Quevedo - Los Ríos - Ecuador**

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS**

**Yo, SILVIA PATRICIA MEJIA LOPEZ,** declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

**Firma**

---

**Silvia Patricia Mejía López**

# **CERTIFICACION DE CULMINACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION**

Lcda. Gloria Goiburo. Docente de la Unidad de Estudios a Distancia, Programa de Carrera Enfermería de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifico que la Egresada **SILVIA PATRICIA MEJIA LOPEZ**, realizo el Proyecto de Investigación de grado titulada, **“FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA Y SU RELACION CON EL PARTO PREMATURO, EN EL AREA DE GINECOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES, SANTO DOMINGO, PERIODO 2015”**, previo a la obtención del título de Lcda. En Enfermería, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

---

**Lcda. Gloria Goiburo.**  
**DIRECTORA DE TESIS**



**UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL DE QUEVEDO**

**UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA**

**PROGRAMA DE CARRERA ENFERMERIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**Título:**

**“Factores de riesgo en la Preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud los rosales, Santo Domingo, periodo 2015”.**

Presentado a la Comisión Académica como requisito previo a la obtención del título de:  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA:**

Aprobado:

---

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS**

Lcda. Ramona Montes Vélez M. SC.

---

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TESIS**

Psic. Mariana Solís García M. SC.

---

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TESIS**

Lcda. Mariuxi Zurita Desiderio

**QUEVEDO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2015**

## **Agradecimiento**

**Doy infinitas gracias....**

**A Dios:** Por la vida y el camino recorrido, por no apartarse de mi lado en los momentos más difíciles de mi vida y poner en mi camino a personas de buena fe que han sido instrumento de su voluntad.

**A mi Padre:** Por su amor, por su apoyo desinteresado. Humilde trabajador y el más grande maestro de mi vida.

**A mi ex pareja:** Por su apoyo incondicional y desinteresado.

**A mis Maestros:** Por la transmisión de valiosos conocimientos y experiencias así como grandes principios éticos.

A la **UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL DE QUEVEDO** por darme la oportunidad de ser una profesional en el campo de la salud.

A las autoridades de la Universidad.

Ing. Guadalupe del pilar Murillo Campusano, M Sc Vicerrectora Administrativa de la UTEQ, por su trabajo diario y constante obteniendo resultados a favor de los estudiantes del plantel.

A mis compañeros y, amigos y todos aquellos que hicieron posible la confección y elaboración de este trabajo.

**Lo más importante:**

**A mis hijas Andrea y Génesis:** todo el esfuerzo que dedicaba en este proyecto se las dedico a ellas, son y fueron el pilar principal, las adoro.

## **Dedicatoria**

Este trabajo de tesis va dedicado a las personas que no creyeron en mí, y a la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, distinguida institución en dónde obtuve grandes conocimientos científicos, morales y culturales.

Para mi padre e hijas:

Luis Mejía – Andrea y Génesis

Mis más estimados seres queridos quienes son la fuerza que me impulsa cada día a ser mejor; la fuente de inspiración y empeño para no caer y no rendirme.

## **Resumen y palabras claves.**

El objetivo de este estudio fue identificar los principales factores de riesgo que determina la preeclampsia y eclampsia en las mujeres atendidas en el Centro de Salud los Rosales en el periodo 2015, con la finalidad de obtener datos reales, confiables y actuales que sirvan para implementar programas de atención primaria de salud.

El diseño de esta investigación es descriptivo, y retrospectivo, concurrente en 39 pacientes como muestra para la investigación en curso, se investigó historias clínicas de mujeres ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia.

En el centro de estadística obtuvimos los resultados dentro de los tres meses como son enero a marzo a 7 pacientes con diagnósticos; preeclampsia moderada, no específica, hipertensión gestacional y también hipertensión esencial.

Los controles prenatales deficientes, la nuliparidad, y la residencia rural estuvieron asociados estadísticamente con la preeclampsia, en tanto que las enfermedades crónicas asociadas evaluadas (HTA crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal) no estuvieron relacionadas con el evento estudiado. La incidencia de preeclampsia fue del 33% y requirieron parto por cesárea el 33% de las pacientes.

Estos hallazgos muestran los principales factores de riesgo para preeclampsia dentro de la población estudiada, los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves. Preeclampsia, Eclampsia, Síndrome Hellp, Embarazo, Signos, Síntomas, Edema, Proteinuria. etc.

## **Abstract and Keywords.**

The aim of this study was to identify the main risk factors that determine the preeclampsia and eclampsia in women treated at the Health Center in the period Rosales 2015, in order to obtain real, reliable and current data that serve to implement programs Primary health care. The design of this research is descriptive, retrospective and concurrent in 39 patients sampled for ongoing research, medical records of women admitted to the service of gynecology and obstetrics was investigated. In the center we obtained statistical results within three months are January to March we obtained 7 patients with diagnoses; moderate preeclampsia, unspecified, gestational hypertension and hypertension esencial.

The poor prenatal, nulliparity, and rural residence were statistically associated with pre-eclampsia, while chronic diseases associated evaluated (chronic hypertension, diabetes mellitus, and renal disease) they were not related to the studied event. The incidence of preeclampsia was 33% and cesarean delivery required 33% of the patients. These findings show the main risk factors for preeclampsia in the studied population, which can serve as clinical markers to detect the disease in early clinical stages and prevent its progression to severe forms.

# TABLA DE CONTENIDO

## CAPITULO I

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.1.3.SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.2. OBJETIVOS.....	20
1.2.1.OBJETIVO GENERAL.....	20
1.2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	21

## CAPITULO II

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	24
2.1. MARCO CONCEPTUAL.....	24
2.1.1. PERIODO DEL EMBARAZO.....	24
2.1.2. FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO.....	26
2.1.3. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL.....	27
2.1.4. DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA.....	28
2.1.5. ESTADOS HIPERTENSIVOS DE PREECLAMPSIA.....	29
2.1.6. CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UNA PREECLAMPSIA.....	30
2.1.7. COMPLICACIONES.....	30
2.1.8. FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO.....	31

2.1.9. FACTORES DE RIESGO.....	32
2.1.10. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES. ....	32
2.1.11. FACTORES HEREDITARIOS. ....	33
2.1.12. FACTORES AMBIENTALES. ....	34
2.1.13. BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CUIDADOS PRENATALES DEFICIENTES....	35
2.1.14. TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA. ....	36
2.1.15. DIAGNÓSTICO DE ECLAMPSIA.....	38
2.1.17. DIAGNÓSTICO.....	39
2.1.18. SIGNOS Y SÍNTOMAS. ....	40
2.1.19. CLASIFICACIÓN. ....	40
2.1.20. FACTORES DE GRAVEDAD.....	40
2.1.21. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HELLP. ....	41
2.1.22. COMPLICACIONES EN EL FETO.....	41
2.1.23. EVALUACIÓN FETAL .....	42
2.1.24. TRATAMIENTO DE CRISIS HIPERTENSIVAS. ....	43
2.1.25. ROL DE LA ENFERMERA EN LOS FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA. ....	43

### **CAPITULO III**

2.2. MARCO REFERENCIAL. ....	45
2.3. MARCO LEGAL. ....	46
2.3.1. DERECHOS DEL BUEN VIVIR. ....	46
2.3.2. LEY ORGÁNICA DE LA SALUD .....	47
3.1. LOCALIZACIÓN. ....	51

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	52
3.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN. ....	53
3.3.1. MÉTODOS DE OBSERVACIÓN.- .....	53
3.3.2. MÉTODO INDUCTIVO.-. ....	53
3.3.3. MÉTODO DEDUCTIVO.- . ....	53
3.3.4. MÉTODO ANALÍTICO.-.....	53
3.3.5. MÉTODO DE SÍNTESIS.- .....	54
3.4. FUENTES DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN. ....	54
3.4.1. FUENTES PRIMARIAS.....	54
3.4.2. FUENTES SECUNDARIAS. ....	55
3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. ....	55
3.6. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	55
3.7. TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	57
3.7.1. POBLACIÓN.....	57
3.7.2. MUESTRA.....	57
3.8. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES. ....	58
3.8.1. RECURSOS HUMANOS.....	58
3.8.2. RECURSOS INSTITUCIONALES.....	58
3.8.3. RECURSOS ECONÓMICOS.....	58

## **CAPITULO IV**

4.1. RESULTADOS.....	61
1. CUANTOS HIJOS TIENE.....	61

2. COMO FUERON SUS PARTOS ANTERIORES. ....	62
3. DURANTE SU EMBARAZO CUANTOS CONTROLES SE REALIZÓ EN EL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES. ....	63
4. DURANTE EL CONTROL DE SU EMBARAZO LE HAN EXPLICADO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE SE PUEDE CONTRAER EN EL MOMENTO DE LA GESTACION. ....	64
5. CONOCE USTED SOBRE LA PREECLAMPSIA. ....	65
7. DENTRO DE SU ALIMENTACION CREE USTED QUE ES BALANCEADA Y LA ADECUADA. ....	67
8. DENTRO DE SU DIETA CREE QUE EL EXCESO DE SAL, LE PERJUDICA. ....	68
9. TIENE ALERGIA A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTOS O ALIMENTOS. ....	69
10. EN CASO DE CONOCER QUE PADECE DE PREECLAMPSIA, LLEVARIA A TERMINO SU EMBARAZO. ....	70
4.2. DISCUSIÓN. ....	71

## **CAPITULO V**

5.1. CONCLUSIONES. ....	74
5.2. RECOMENDACIONES. ....	75

## **CAPITULO VI**

6.1. BIBLIOGRAFÍA. ....	77
6.2. LINKOGRAFÍA. ....	78

## **CAPITULO VII**

7.2. MATERIAL DIDACTICO, TRIPTICO. ....	82
7.3. SOLICITUD PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO EN EL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES. ....	83
7.4. AUTORIZACION POR PARTE DE LA DIRECTORA DEL DISTRITO N23D02, PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO, Y OBTENCION DE DATOS. ....	84

7.5. HORARIO DE CHARLAS A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES. ....	85
7.6. FOTOS.....	86

<b>Título:</b>	<b>“FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA Y SU RELACION CON EL PARTO PREMATURO, EN EL AREA DE GINECOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES, SANTO DOMINGO, PERIODO 2015”</b>
<b>Autor:</b>	<b>Silvia Patricia Mejía López</b>
<b>Palabras claves:</b>	Preeclampsia; Eclampsia; Síndrome Hellp; Embarazo.
<b>Fecha de publicación:</b>	
<b>Editorial:</b>	Santo Domingo de los Tsachilas: 2015
<b>Resumen:</b>	<p>El objetivo de este estudio fue identificar los principales factores de riesgo que determina la preeclampsia y eclampsia en las mujeres atendidas en el Centro de Salud los Rosales en el periodo 2015, con la finalidad de obtener datos reales, confiables y actuales que sirvan para implementar programas de atención primaria de salud. Los controles prenatales deficientes, la nuliparidad, y la residencia rural estuvieron asociados estadísticamente con la preeclampsia, en tanto que las enfermedades crónicas asociadas evaluadas (HTA crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal) no estuvieron relacionadas con el evento estudiado. La incidencia de preeclampsia fue del 33% y requirieron parto por cesárea el 33% de las pacientes. Estos hallazgos muestran los principales factores de riesgo para preeclampsia dentro de la población estudiada, los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves.</p> <p>Abstract.-The aim of this study was to identify the main risk factors that determine the preeclampsia and eclampsia in women treated at the Health Center in the period Rosales 2015, in order to obtain real, reliable and current data that serve to implement programs Primary health care. Los poor prenatal, nulliparity, and rural residence were statistically associated with pre-eclampsia, while chronic diseases associated evaluated (chronic hypertension, diabetes mellitus, renal disease) They were not related to the studied event. The incidence of preeclampsia was 33% and cesarean delivery required 33% of the patients. These findings show the main risk factors for preeclampsia in the studied population, which can serve as clinical markers to detect the disease in early clinical stages and prevent its progression to severe forms.</p>
<b>Descripción:</b>	<b>95 hojas</b>
<b>URI.</b>	

## INTRODUCCIÓN.

Según la organización mundial de la salud (OMS), la mortalidad materna puede ocurrir durante el embarazo y el parto, o dentro de los 42 días posteriores a su terminación, el parto o el puerperio.

En Latinoamérica, el 80% de la mortalidad materna es causada por: hemorragias graves, infecciones, preeclampsia-eclampsia y parto obstruido. En el Perú la incidencia fluctúa entre 3 a 10%. Es la tercera causa de muerte materna en el Perú (17 al 21%).

En Ecuador la morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido aumentando, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado.

La Preeclampsia es la primera causa de muerte materna en el Ecuador está (12 y 17%), entre tres y cuatro de cada cien mujeres fallecen por este motivo.

La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo que puede afectar del 5% al 8% de las mujeres embarazadas. Las causas se deben a complicaciones del embarazo y el parto u otras intervenciones (incidentes adversos, tratamientos incorrectos), mientras que las causas indirectas son consecuencia de enfermedades preexistentes que complican el embarazo.

También existen factores de riesgo previos a la gestación como historia familiar, hipertensión arterial crónica, diabetes, obesidad, enfermedad renal, entre otros.

En la actualidad no se presentan casos graves de preeclampsia en el Centro de Salud Los rosales, contamos con pacientes atendidas desde su primer mes de gestación, son habitantes del sector y acuden con frecuencia a este centro. En la madre se presenta consecuencias fetales; como la preeclampsia es una patología de alto riesgo en el embarazo y que no se puede evitar, el principal objetivo de este trabajo es identificar los principales factores de riesgo para la aparición de esta complicación.

**CAPÍTULO I**  
**CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1.1. Problema de investigación.**

La preeclampsia es un síndrome clínico caracterizado por hipertensión con disfunción orgánica múltiple, proteinuria, edemas. Se cree que es un trastorno endotelial que resulta de una perfusión deficiente de la placenta que libera factores que lesionan el endotelio por activar la cascada de coagulación o aumentar la sensibilidad del endotelio a agentes opresores.

Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a la preeclampsia, afecta entre 3-10 por ciento de los embarazos, es la principal causa de muerte materna en el mundo, en Santo Domingo de los Tsáchilas, un alto porcentaje de mujeres embarazadas se encuentran inmersas en esta problemática. En el centro de salud los rosales, el área de ginecología se encarga de la revisión y control de todas las mujeres gestantes y no gestantes que acuden a este centro de salud, para evitar la falta de asistencia al chequeo, se ha tomado correctivos dentro del centro de salud los rosales en el área de ginecología.

### **1.1.1. Planteamiento del problema.**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna puede ocurrir durante el embarazo y el parto, o dentro de los 42 días posteriores a su alumbramiento, el parto o el puerperio, o por su manejo, aunque no por causas accidentales. La preeclampsia o toxemia gravídica, es una enfermedad propia del embarazo que puede afectar del 5% al 8% de las mujeres embarazadas.

La OMS se centra en la estrategia de la atención prenatal recomendando la detección de la preeclampsia durante la tercera visita prenatal a las 32 semanas, principalmente en zonas desprotegidas donde se debe seguir antecedentes obstétricos, médicos y examen clínico de las mujeres. Las mujeres embarazadas deben ser evaluadas en su primera consulta prenatal sobre los factores de riesgo de la preeclampsia, como: edad joven, nuliparidad (no tener hijos), primer embarazo después de los 35 años, obesidad previa al embarazo actual, embarazo múltiple, historia previa de preeclampsia, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

El INEC registra a la Eclampsia como la primera causa de muerte materna con 26 casos ocurridos en el 2005, y otras enfermedades relacionadas con la hipertensión. Las causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad materna en la mayoría de los países, son las hemorragias obstétricas, la preeclampsia – eclampsia, las infecciones puerperales y las complicaciones del aborto.

El diagnóstico de preeclampsia se establece cuando aparecen HIPERTENSION ARTERIAL, EDEMAS, junto a las proteínas en la orina luego de las 20 semanas de gestación o en el momento del parto, incluso después del nacimiento.

- **Diagnóstico.**

En primer lugar, el desconocimiento de la preeclampsia por parte de las mujeres, en especial las gestantes, y los riesgos de salud tanto para el feto, como también para la futura madre.

Desde una perspectiva fisiopatológica, la preeclampsia se caracteriza por una invasión anormalmente superficial del citotrofoblasto (capa externa del embrión) en las arterias espirales durante la placentación, lo que da como resultado la conservación del tejido musculoelástico de estas arterias y su capacidad de respuesta a diferentes agentes vasopresores.

El retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) es una condición predominante en los recién nacidos con bajo peso, que afecta en mayor proporción la morbilidad y la mortalidad perinatal. Los factores que afectan al crecimiento fetal pueden deberse a factores intrínsecos del feto.

Las cifras de tensión arterial elevadas pueden acarrear el parto antes del término y por sí tendríamos un feto no maduro.

La diabetes mellitus preexistente aumenta el riesgo de desarrollar preeclampsia del 9 al 66% al grado de nefropatía que se presente.

Un embarazo múltiple triplica el riesgo de padecer preeclampsia, estos datos se deben a que los embarazos múltiples como en la diabetes el tamaño de la placenta es mayor.

La paciente que sufrió preeclampsia en su primer embarazo tiene siete veces mayor probabilidad de padecer durante su segundo embarazo.

En el recién nacido la mortalidad feto-neonatal asociada a la preeclampsia es de dos a cinco veces superior que la de los embarazos normo-tensos, principalmente debido a prematuridad iatrogena, normativa por el intento de preservar la salud materna.(Ballard, 2000).

- **Pronostico.**

En los diferentes niveles del sistema de salud tanto macro y micro, existen normas incorrectas para su implementación y toma de decisiones, Por ejemplo, datos estadísticos fiables sobre las mujeres que mueren por preeclampsia son difíciles de obtener, debido a la mala calidad de los sistemas de registros de las estadísticas vitales y registros hospitalarios en zonas marginales, donde un número considerable de partos tiene lugar en casa y por lo tanto, no existen registros para estos nacimientos.

### **1.1.2. Formulación del Problema.**

**¿En que afecta el desconocimiento de la preeclampsia, sus riesgos y su relación con el parto prematuro en las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud los Rosales en Santo Domingo de los Tsachilas periodo 2015?**

El desconocimiento de la preeclampsia por parte de las mujeres embarazadas y la falta de asistencia al control mensual en su etapa de gestación, conllevan a contraer diferentes riesgos como: desarrollo fetal no a término, muerte del feto, complicaciones en el momento del parto, muerte de la madre, complicaciones para la madre en su siguiente embarazo, etc.

La falta de cuidado por parte de las gestantes desde su primer mes de embarazo, conlleva a adquirir enfermedades a lo largo de su gestación, afectando tanto a la madre como al feto, dentro de la enfermedad principal sería la preeclampsia, que es una enfermedad que afecta a partir de la semana 22 de gestación.

El desconocimiento sobre las diferentes enfermedades que se puede contraer en el embarazo lleva a que las mujeres gestantes no tomen control en su alimentación, cuidado e higiene.

### **1.1.3. Sistematización del Problema.**

¿Cómo identifico el número de mujeres gestantes con preeclampsia que acuden al Centro de Salud los Rosales periodo 2015?

¿Cómo identifico los factores de mayor frecuencia en la preeclampsia dentro del parto?

¿Qué actividades se puede desarrollar para prevenir las complicaciones maternas y fetales causadas por la preeclampsia en las mujeres del centro de salud los rosales?

## **1.2. Objetivos.**

### **1.2.1. Objetivo General.**

- Identificar, los principales factores de riesgos en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en las pacientes que acuden al Centro de Salud los Rosales, periodo 2015.

### **1.2.2. Objetivos Específicos.**

- Identificar el número de pacientes gestantes con preeclampsia que acuden al centro de salud los rosales.
- Conocer los factores de mayor frecuencia en este grupo de pacientes.
- Desarrollar diferentes actividades para prevenir las complicaciones maternas y fetales causadas por esta patología.

### **1.3. Justificación.**

En el Ecuador y en todo el mundo, el régimen de Salud, siendo un derecho respaldado por el Estado, el cual garantiza la prevención, promoción y una atención holística e integral, las cuales no se aplica en un cien por ciento en el campo de la salud y en especial a las mujeres gestantes; por lo tanto en el caso que nos concierne como es la preeclampsia, enfermedad que afecta al sistema sanguíneo, riñones, hígado, cerebro y otros órganos, la misma que si no se detecta a tiempo trae consecuencias en el transcurso de la gestación o desarrollo embrionario y también en el momento del parto, que puede derivar en la muerte del feto y de la madre. Que siendo una de las principales causas de muerte en las mujeres embarazadas, me ha causado un fuerte impacto y estupor ya que yo también soy mujer.

Para este caso y con la finalidad de evitar la presencia de esta enfermedad, prácticamente de tipo mortal tanto para la madre como para el feto, causa de conmoción social entre las familias que sufren este tipo de sucesos, quedando niños desamparados, les hará falta uno de sus progenitores y en casos extremos quedando huérfanos, siendo un motivo para una decadencia social, moral, de estos individuos y por ende de la misma sociedad.

Estas razones arriba estipuladas me motivan a realizar este proyecto, que engloba a mujeres embarazadas, no embarazadas, familiares, adolescentes, médicos y enfermeras, claro está que me enfocare a trabajar con las mujeres embarazadas y las no embarazadas,

aquellas que tengan o sean propensas a contraer esta enfermedad como es la preeclampsia, sus riesgos y su incidencia en el parto, o puede causar un parto prematuro, siendo las mujeres gestantes la muestra a tomar para la realización de este proyecto.

Proporcionaremos charlas con lo fundamental o lo esencial de esta enfermedad, esperando que sea bastante productivo, más que todo en las mujeres embarazadas

El presente proyecto tiene como propósito identificar los factores de riesgos de la preeclampsia, junto a esto, brindar un poco de conocimiento en prevención y control de la presión arterial en el embarazo, de modo que es una ayuda para las gestantes, ya que gracias a las charlas realizadas, ellas tomaran en cuenta los riesgos de contraer esta enfermedad, si no se lleva un control riguroso de su embarazo, y así tengan un feliz alumbramiento, y nazca un bebe saludable, todo esto se llevara a cabo en el centro de salud los rosales cuarta etapa en Santo Domingo de los Tsachilas.

La elaboración de este proyecto se centra en proporcionar un beneficio de la salud mediante el conocimiento de esta problemática y a su vez contribuyendo al mejoramiento de nuestra sociedad, siendo las más importantes, las mujeres embarazadas del centro de salud los rosales cuarta etapa, donde se trabajará conjuntamente con el respaldo del, Ministerio de Salud Pública, y colaboradores de salud médicos.

**CAPÍTULO II**  
**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACION**

## **2. Fundamentación Teórica**

### **2.1. Marco Conceptual.**

#### **2.1.1. Periodo del Embarazo.**

El embarazo o gravidez es el periodo que transcurre entre la implementación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El termino gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer.

#### **Preeclampsia;**

La preeclampsia se define como la presencia de la triada de aumento de la presión sanguínea, proteinuria y edema durante el embarazo. Puede manifestarse en cualquier momento después de las 20 semanas de gestación y durante un periodo de hasta seis semanas posparto. Puede ocurrir hasta en 10% de los embarazos, usualmente en el segundo y tercer trimestre y después de la semana 32. Aunque infrecuente, algunas mujeres pueden presentar signos de preeclampsia desde la semana 20. Es mucho más común en mujeres con su primer embarazo, hasta el 85% de los casos ocurren en primigestas y frecuentemente la incidencia disminuye considerablemente en el segundo embarazo.

#### **Eclampsia:**

Tensión Arterial mayor de 140/90mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos.

#### **Síndrome de Hellp:**

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia, con serias repercusiones para la madre y el feto.

Hipertensión arterial:

Cuando la presión sistólica es mayor o igual a 140mmHg, la presión diastólica es mayor o igual a 90mmHg, cuando hay un aumento de 30mmHg sobre la presión sistólica que tenía antes del embarazo o cuando hay un aumento de 15mmHg o más sobre la presión diastólica previa al embarazo (14)

**Embarazo:**

Estado de una mujer en cinta periodo comprendido desde la fecundación del ovulo al parto (14).

**Prevalencia:**

En Epidemiología se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado

**Signos:**

Es una manifestación imposible de fingir ante un médico.

**Síntomas:**

Son manifestaciones de los procesos vitales alterados.

**Edema:**

El acumulo excesivo de líquido en los tejidos, a nivel interventricular o solo extracelular, en los canales vasculares, espacio intersticial, que se detecta en parpados, manos región lumbar sacro o miembros inferiores sobre la rodilla.

**Proteinuria:**

La proteinuria es la presencia de proteína en la orina en cuantía superior a 150 mg en la orina de 24 horas, esta puede ser transitoria, permanente.

**Hipertensión Gestacional.**

Síndrome caracterizado por hipertensión desarrollada durante el embarazo mayor o igual a 20 semanas, tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg, en una mujer previamente normotensa sin proteinuria (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **Preeclampsia leve.**

Cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **Preeclampsia severa.**

Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 5 gramos o proteinuria en tirilla reactiva y presencia de uno de los siguientes síntomas (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **Hipertensión Arterial Crónica.**

Cuando la tensión arterial es mayor o igual a 140/90mmHg en embarazo menor a 20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto, la proteinuria en tirilla reactiva es negativa (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **Hipertensión Arterial Crónica más Preeclampsia Sobreañadida.**

Si la tensión arterial es mayor o igual a 140/90 mm Hg antes de las 20 semanas de gestación o previa al embarazo, y proteinuria en tirilla reactiva, pasadas las 20 semanas de gestación (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

## **2.1.2. Factores de Riesgo en el Embarazo.**

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo. Desde el punto de vista global y sobre todo medico la clasificación del riesgo obstétrico se puede dividir en las siguientes clases:

- ❖ Riesgo bajo o 0
- ❖ Riesgo medio o 1
- ❖ Riesgo alto o 2
- ❖ Riesgo muy alto o 3

Dentro de estos factores de riesgos encontramos al 3 como el más peligroso a continuación detallaremos el porqué:

- ❖ Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37).
- ❖ Cardiopatías 3 o 4
- ❖ Diabetes mellitus previa a la gestación.
- ❖ Consumo de tóxicos ( alcohol, drogas)
- ❖ Incompetencia cervical (dilatación cervical indolora)
- ❖ Isoinmunización (producción materna de anticuerpos) Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.
- ❖ Malformación uterina.
- ❖ Muerte perinatal recurrente.
- ❖ Placenta previa.
- ❖ Preeclampsia grave (TAD>110MMHg y TAS>160mmHg)
- ❖ Patología asociada grave.
- ❖ Retraso del crecimiento intrauterino.
- ❖ Rotura prematura de membranas.
- ❖ Positividad al VIH. SIDA y complejos asociados.

### **2.1.3. Hipertensión Gestacional.**

Es la aparición de hipertensión por encima de 140/90mmHg, en una gestante sin diagnóstico previo, después de las 20 semanas de embarazo. Si existe hipertensión previa al embarazo, requiere chequeo médico y tratamiento antes de la gestación. Posiblemente requiera cambios de fármacos y un seguimiento de la función renal. Con el seguimiento adecuado es factible tener un embarazo y parto normales.

Si durante el embarazo desarrolla hipertensión gestacional, puede requerir tratamiento ambulatorio u hospitalario, dependiendo de la severidad. En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto. Un aumento de la presión arterial a partir de la semana 20 del embarazo, puede ser síntoma de la preeclampsia, una afección que potencialmente amenaza la vida de la gestante y el recién nacido. (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

#### **2.1.4. Diagnóstico de Preeclampsia.**

Una de las claves para diagnosticar la preeclampsia son los valores de la tensión arterial. Cuando una embarazada que previamente no tenía problemas de hipertensión muestra unos valores de presión arterial superiores a 140/90 mmHg se habla de preeclampsia.

Para confirmar el diagnóstico de la hipertensión arterial se precisa hallar en dos ocasiones separadas al menos 6 horas una de otra, las cifras de 140/90mmHg, o el aumento de TAD (TENSION ARTERIAL DIASTOLICA) de al menos 15mmHg.

El obstetra hace un examen de cada una de las cifras para observar si hay o no edema, además de vigilar la ganancia de peso de la embarazada.

Además el medico controlará, mediante un análisis de orina, si hay o no proteinuria (presencia de proteínas en la orina) teniendo en cuenta que los valores patológicos están por encima de 300mg/24 horas. También el medico puede valorar si las enzimas del hígado registran valores alterados y si hay trombocitopenia (número de plaquetas inferior a 100.000). También es importante analizar los factores de coagulación.

La evolución del feto también puede ayudar a diagnosticar una preeclampsia así el especialista puede examinar a través de las ecografías el estado de la placenta. Además la preeclampsia se puede manifestar con crecimiento intrauterino retardado (CIR) y con pérdida de bienestar fetal. El CIR no sucede en todos los casos de preeclampsia pero si con frecuencia cuando la patología es grave, la pérdida de bienestar fetal se puede observar en algunos casos independientemente sea preeclampsia grave o leve. (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

- **Daños de la preeclampsia**

Los daños que puede ocasionar la preeclampsia si no se trata a tiempo, afectará a la madre y al bebé, pudiendo dañar gravemente al hígado, riñones y sistema de coagulación de la sangre maternos, lo que causará complicaciones que suponen una amenaza para la vida de ambos.

En una gestación sin complicaciones, las arterias espirales uterinas se irían sustituyendo por células trofoblasticas (las que dan lugar a la placenta). Este mecanismo asegura la vasodilatación que permite aumentar considerablemente el caudal sanguíneo que llega al

feto y a la placenta. Pero con la preeclampsia, este proceso no se desarrolla con normalidad, dando lugar a una isquemia placentaria (deficiente aporte sanguíneo a la placenta). Por ello, en una gestante que sufra preeclampsia se observa vasoconstricción generalizada en lugar de la esperable vasodilatación.

- **Causas de preeclampsia**

La causa de esta enfermedad se desconoce, por lo que se han propuesto numerosas teorías, incluida la alteración en la invasión trofoblástica, estrés oxidativo, disfunción endotelial entre otras, en las que el daño del endotelio vascular y las contracciones de las fibras musculares lisas son el evento fisiopatológico final de cada una de ellas, considerándose a la placenta como el foco patogénico de origen, ya que el parto proporciona el tratamiento definitivo. Aunque en la actualidad no existe una profilaxis validada para la preeclampsia, la estimación del riesgo para su desencadenamiento permite identificar a las pacientes susceptibles de seguimiento más estrecho durante el control prenatal.

### **2.1.5. Estados Hipertensivos de Preeclampsia**

La Hipertensión arterial en el embarazo se define como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg, o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg, ó una presión arterial media (PAM) de 105mmHg, en dos tomas con un intervalo de 6 horas o una sola toma de 160/110mmHg a partir de las 20 semanas de gestación.

Dentro de un término denominado síndrome hipertensivo del embarazo, abarca cuatro categorías:

Preeclampsia – Eclampsia.

Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional.

Hipertensión crónica.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobre-agregada (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

- **Hipertensión arterial crónica de alto riesgo en el embarazo.**

Es aquella hipertensión arterial crónica que cursa con:

- ❖ Tensión arterial sistólica mayor o igual a 160mmHg y
- ❖ Tensión arterial diastólica mayor a 110 mm Hg antes de las 20 semanas.
- ❖ Edad materna mayor de 40 años.
- ❖ Duración de la hipertensión mayor de 15 años.
- ❖ Diabetes mellitus con complicaciones.
- ❖ Enfermedad renal por cualquier causa.
- ❖ Miocardiopatía, coartación de la aorta.
- ❖ Coagulopatía.
- ❖ Antecedentes de accidente cerebro vascular.
- ❖ Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **2.1.6. Criterios de Gravedad de una Preeclampsia.**

- ❖ Tensión arterial sistólica o mayor a 160mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 110mmHg.
- ❖ Proteinuria (proteína en la orina) mayor o igual a 500mg en 24 horas.
- ❖ Difusión hepática o difusión renal severa.
- ❖ Trastornos cerebrales o visuales.
- ❖ Dolor epigástrico.
- ❖ Edema pulmonar o cianosis.
- ❖ Trombocitopenia (disminución de plaquetas) de 100.000 plaquetas o menos.
- ❖ Ácido úrico mayor o igual a 7 mg/dl.
- ❖ Aparición del crecimiento intrauterino retardado.

### **2.1.7. Complicaciones.**

Las mujeres con preeclampsia severa son susceptibles de presentar complicaciones graves como: edema agudo de pulmón, falla respiratoria, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), coagulación intravascular diseminada, insuficiencia hepática o renal; hematoma subcapsular o ruptura hepática, hemorragia postparto, enfermedad

vascular cerebral, ceguera cortical, desprendimiento de retina, crisis convulsivas eclámpicas y falla orgánica múltiple.

### **2.1.8. Finalización del Embarazo.**

Si bien, el tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo y la remoción del tejido placentario, la decisión para interrumpir el embarazo debe considerar la gravedad de la condición materna, la edad gestacional y el estado de bienestar fetal al momento de la evaluación inicial, así como el tipo de unidad médica.

Independientemente de la edad gestacional, son indicaciones para la interrupción del embarazo:

Compromiso materno.

Compromiso del bienestar fetal.

Se debe finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno.

Si la Tensión Arterial diastólica es mayor o igual a 110 mm Hg o Tensión Arterial sistólica es igual o mayor a 160mm Hg mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas.

Oliguria (disminución de producción de orina) menor a 30 cc/h (diuresis menor a 1 cc/Kg/h)

Proteinuria en 24 horas mayor a 3 gramos ó en tirilla reactiva.

Convulsiones (eclampsia).

Síndrome de HELLP agravado por: o Plaquetopenia menor a 50.000 / mm<sup>3</sup>

LDH (lactato deshidrogenasa) mayor a 1400 UI/L

TGO (transaminasa glutámico oxalacetica) mayor a 150 UI/L

TGP mayor a 100 UI/ L

AC. URICO: mayor a 7,8 mg/dl

CREATININA: mayor a 1 mg/dl

Se debe finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso del bienestar fetal:

Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico.

Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo de 4 horas.

En arteria umbilical: índice de resistencia y pulsatilidad aumentados.

Ausencia o inversión de diástole.

En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y pulsatilidad. (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **2.1.9. Factores de Riesgo.**

Estos factores han sido clasificados o divididos de diferente manera por varios autores. Así, *Serrano* y otros los dividen en genéticos y medioambientales, mientras que *Contreras* y otros en preconcepciones o crónicos y vinculados con el embarazo. En otros estudios epidemiológicos se ha encontrado que son clasificados en modificables y no modificables, visión que pudiera ser más operativa y práctica, ya que acepta o da la opción de cambiar algunos de ellos, en este caso, los que se consideran modificables. También se acepta la división en placentarios y maternos (Calderón, González Carbajal, México, 2009)

### **2.1.10. Factores de riesgo preconcepcionales.**

**Primer embarazo:** La mujer está más predispuesta a sufrir preeclampsia en su primer embarazo, lo que se ha relacionado con los factores inmunológicos que aparecen estar detrás de esta alteración.

**Edad materna:** para algunos autores las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, (Calderón, González Carbajal, México, 2009)

Múltiples conjeturas han tratado de explicar este riesgo incrementado. Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la PE. Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la PE (Calderón, González Carbajal, México, 2009)

**Antecedentes de enfermedades crónicas:** como diabetes o hipertensión arterial.

**Obesidad:** con un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 o, por el contrario, desnutrición.

**Raza negra:** algunos autores informan que la presión estacional (PE) aparece con mayor frecuencia en las mujeres de esta raza, lo cual ha sido explicado por el hecho de que la hipertensión arterial crónica es más frecuente y severa en estas personas. Es sabido que padecer cualquiera de estas enfermedades crónicas incrementa el riesgo de sufrir una hipertensión inducida por el embarazo (Calderón, González Carbajal, México, 2009)

En varios estudios ya se ha demostrado que tanto en las primigestas como en las multíparas, la mayor duración de la cohabitación sexual antes de la concepción tiene una relación inversa con la incidencia de PE. (Calderón, González Carbajal, México, 2009)

### **2.1.11. Factores Hereditarios.**

La preeclampsia tiene una incidencia mayor en mujeres cuyas madres desarrollaron preeclampsia que en mujeres con progenitoras que no padecieron la enfermedad, lo que sugiere la implicación de un factor genético; sin embargo, las hijastras de mujeres que sufrieron de preeclampsia también presentaron una incidencia mayor de la enfermedad

que las mujeres con madrastras que nunca la padecieron. Una mujer que se embaraza de un hombre que procreo un hijo con una pareja que desarrollo preeclampsia tiene dos veces más riesgo de padecer la afección que una mujer con una pareja sin este antecedente.

El hijo varón producto de un embarazo complicado por preeclampsia es más probable que en la etapa de gestación de algún hijo presenten complicaciones por preeclampsia. Por lo tanto puede ser una disposición genética transmitida tanto por la madre como por el padre.

### **2.1.12. Factores ambientales.**

**Malnutrición por defecto o por exceso:** se ha visto que, con frecuencia, la malnutrición por defecto se asocia con la PE. La desnutrición se acompaña generalmente de anemia, lo cual significa un déficit en la captación y transporte de oxígeno, que puede ocasionar la hipoxia del trofoblasto. Por otro lado, en la desnutrición también existe deficiencia de varios micronutrientes, como calcio, magnesio, zinc, selenio y ácido fólico, cuya falta o disminución se ha relacionado con la aparición de la PE. En relación con la malnutrición por exceso, ya fue abordado el tema cuando nos referimos a la obesidad.

**Escasa ingesta de calcio:** estudios epidemiológicos en mujeres embarazadas encuentran una relación inversa entre el calcio ingerido en la dieta y la hipertensión inducida por el embarazo. Un trabajo reciente en el cual se les administró a gestantes adultas un suplemento de 1,5 g de calcio elemental al día (en forma de carbonato de calcio), y a embarazadas adolescentes, otro con una concentración de calcio elemental de 2 g, mostró una disminución de la PE en los grupos que recibieron el suplemento. Se plantea que una excreción urinaria de calcio menor que 12 mg/dL puede predecir el surgimiento de la PE con una sensibilidad de 85 %, una especificidad de 91 %, un valor predictivo positivo de 85 % y un valor predictivo negativo de 91 %.

La disminución del calcio extracelular conlleva, a través de mecanismos reguladores, al aumento del calcio intracelular, lo que produce una elevación de la reactividad y una disminución de la refractariedad a los vaso opresores; entonces, la noradrenalina actúa sobre los receptores alfa y produce vasoconstricción y aumento de la TA. Con la disminución del calcio plasmático, disminuye también la síntesis de

prostaglandina (prostaciclina), que es un vasodilatador. En esencia, la hipocalcemia en el líquido extracelular despolariza las membranas de las células nerviosas y musculares, y aumenta la producción de potenciales de acción.

Asimismo, a diferencia de los embarazos normales, en la PE los niveles de la hormona paratiroidea, en respuesta a la hipercalcemia inicial, se encuentran significativamente elevados y los de vitamina D3, disminuidos, produciéndose esto último luego del aumento plasmático de la PTH y del incremento de la calcemia. Todo lo anterior pudiera explicar la menor excreción de calcio por la orina, y la reducción de la absorción intestinal de este ion que se presentan en la PE. Otros autores han hablado también de la existencia de una ATP de calcio (bomba de calcio) defectuosa en las mujeres con PE. Esta enzima es responsable de la regulación de los niveles de calcio iónico intracelular, y tiene como función extraer el calcio del interior de la célula y llevarlo al espacio extracelular. Su defecto conduciría a una acumulación intracelular de calcio que produciría un aumento del tono de la musculatura lisa arteriolar, vasoconstricción, aumento de la resistencia vascular periférica y, finalmente, de la TA.

Además, en el embarazo, el metabolismo del calcio se modifica, sobre todo, para compensar el flujo activo transplacentario de este ion al feto. El equilibrio del calcio es afectado por la dilución de este elemento que se produce por la expansión del volumen del líquido extracelular, así como por la hiper-calciuria que resulta del aumento de la tasa de filtración glomerular durante la gestación. Por tanto, para mantener un balance positivo de este elemento, la embarazada tiene que ingerir más calcio que la mujer no embarazada. Se ha comprobado también que en el ser humano el calcio es un inductor de la fosfolipasa A2, enzima que interviene en la síntesis del ácido araquidónico, que es un precursor de otros elementos que tienen función vasodilatadora, y de la óxido nítrico sintetasa, que está vinculada con la producción de óxido nítrico, el vasodilatador natural por excelencia. Por todo ello, el suministro adecuado de calcio parece disminuir la respuesta vasopresora y, por ende, mejora la microcirculación, lo que reduce, en consecuencia, la posibilidad de padecer hipertensión arterial durante el embarazo. Los resultados son apreciables después de las 8 semanas de terapia suplementaria con 2 g de calcio al día.

### **2.1.13. Bajo nivel socioeconómico y cuidados prenatales deficientes:**

Múltiples son los estudios que relacionan estas 2 situaciones con la presencia de PE. La causa de esto se ha informado que es multifactorial e involucra a varios de los factores individuales mencionados en esta revisión.

**Estrés crónico:** varios estudios evidencian que el aumento de los niveles de las hormonas asociadas con el estrés puede afectar tanto la TA de la madre, como el crecimiento y el desarrollo del feto. Las mujeres sometidas a estrés crónico presentan una elevación en sangre de la ACTH (hormona adrenocorticotropa), que es producida fundamentalmente por la hipófisis, pero también por la placenta. La elevación de la ACTH favorece el incremento de la síntesis de cortisol por las glándulas suprarrenales y este produce un aumento de la TA, pero también actúa sobre la placenta adelantando su reloj biológico, y puede así desencadenarse el parto antes de las 37 semanas.

**Hipomagnesemia:** la disminución del magnesio debido a su función reguladora del calcio intracelular, del tono vascular central y de la conductividad nerviosa, también se considera un factor precipitante de la hipertensión durante la gestación, lo cual ha sido informado por *Davison* y otros; sin embargo, estos resultados no son concluyentes, dado que otros investigadores han encontrado en sus estudios lo contrario, es decir, una asociación entre la hiper-magnesemia y la PE, por lo que se necesitan más investigaciones sobre el tema para poder resolver esta disyuntiva.

#### **2.1.14. Tratamiento de la Preeclampsia.**

- **Sulfato de Magnesio**

El sulfato de magnesio representa la primera elección para prevenir la aparición de convulsiones en las mujeres con preeclampsia severa. Además, se ha relacionado con una reducción significativa en la recurrencia de las crisis convulsivas.

El objetivo principal del manejo de la preeclampsia es siempre estar orientado a la seguridad materna.

Los objetivos terapéuticos se basan en:

- **Prevención de eclampsia**

El uso de sulfato de magnesio se utiliza en la prevención de eclampsia en mujeres con preeclampsia y también para el tratamiento de Eclampsia

- **Control de Crisis Hipertensiva.**

El uso de antihipertensivos si la Tensión Arterial diastólica es mayor a 110 mmHg.

- **Maduración Pulmonar Fetal.**

El uso de corticoides en embarazos de 24 a 34,6 semanas.

- **Transferencia Oportuna.**

Sistema de referencia y contra referencia a Unidad de resolución perinatal especializada dentro del Sistema Nacional de Salud (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

- **Como alternativa**

Si no se dispone de sulfato de magnesio podemos utilizar:

Fenitoína a dosis de 15 a 25 mg/Kg de peso por vía intravenosa lenta, a una velocidad de 25mg/min como dosis de ataque y como dosis de mantenimiento 100 a 500 mg intravenosa cada 4 horas.

Difenilhidantoína, a razón de 750 a 1.000 mg intravenosos administrados en un periodo de 1 hora en dosis única, seguidos de 125 mg intravenosos cada 8 horas o de 250 mg intravenosos cada 12 horas, como régimen de mantenimiento.

En las pacientes con convulsiones recurrentes a pesar de estar recibiendo dosis adecuadas de sulfato de magnesio se puede utilizar amorbarbital sódico, 250 mg intravenosos en 3-5 minutos (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

- **Efectos adversos del sulfato de magnesio.**

Rubor, náusea, cefalea, somnolencia, letargia, retención urinaria, impactación fecal, hipotermia y visión borrosa (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **2.1.15. Diagnóstico de Eclampsia.**

En griego la palabra eclampsia quiere decir brillo o respaldar súbito. Sin embargo su significado en el mundo de la medicina nada tiene de brillante; es una de las enfermedades más graves que pueden ocurrir en el embarazo.

A grandes rasgos, consiste en modificación de los vasos sanguíneos que nutre la placenta que lleva a reducir el flujo de sangre que llega al bebé, provocando retrasos en su desarrollo y otras complicaciones tanto para la madre como para el bebé.

El origen de esta enfermedad está en un inesperado e inexplicable aumento de la tensión arterial durante el embarazo, que afecta a 7 de cada 100 mujeres gestantes.

La eclampsia es la complicación más grave de la enfermedad. Ocurre cuando la preeclampsia llega a implicar el sistema nervioso central, provocando convulsiones sin previo aviso, generalmente cerca del momento del parto.

- **Tratamiento de la eclampsia.**

Consiste en administrar oxígeno y fármacos para los ataques y alejar al paciente de estímulos luminosos y sonoros, pero la única cura verdadera es inducir la terminación temprana del embarazo mediante la cesárea.

El uso de sulfato de magnesio se utiliza en la prevención de eclampsia en mujeres con preeclampsia y también para el tratamiento de Eclampsia

El antagonista del sulfato de magnesio es el gluconato de Ca, se usa en caso de intoxicación por sulfato de magnesio (depresión o paro respiratorio):

Se administra gluconato de Ca. 1 gramo intravenoso (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria.

Ayudar a la ventilación con máscara, aparato de anestesia o intubación.

Se administra oxígeno a 4 litros/min por catéter nasal o 10 litros/min por máscara.

### **2.1.16. Síndrome HELLP.**

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia, con serias repercusiones para la madre y el feto. Este síndrome fue descrito por primera vez por Weinstein quien enfatizó la triada del cuadro:

Hemólisis microangiopática.

Elevación de enzimas hepáticas.

Plaquetas bajas.

### **2.1.17. Diagnóstico.**

El diagnóstico se establece por los siguientes criterios:

Plaquetas menor a 150.000 /ml.

Anemia hemolítica: Alteraciones de la forma eritrocitaria como esquistocitos/eritrocitos en gota o fragmentados

LDH: mayor a 600 U/L

Bilirrubinas elevadas: mayor de 1.1 mg/dl. A expensas de la bilirrubinas indirecta.

Alteración hepática: TGO, TGP mayor a 70 UI/L

Estudio imagenológico hepático positivo para hematoma subcapsular.

Clínicamente son pacientes que generalmente cursan con una preeclampsia, un estado deteriorado de salud, frecuentemente presentan náusea, vómito, dolor epigástrico, ictericia.

Es importante tener presente cuando vamos a hacer el diagnóstico, que el síndrome HELLP tiene características clínicas muy parecidas a la púrpura trombocitopénica, síndrome urémico hemolítico renal aguda posparto y degeneración aguda del hígado (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **2.1.18. Signos y Síntomas.**

La mayoría de las pacientes presenta signos de compromiso hepático, caracterizado por malestar general, náuseas con vómitos o sin ellos, sensibilidad en hipocondrio derecho a la palpación y en algunos casos, dolor epigástrico evidente (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **2.1.19. Clasificación.**

Martín y col. establecen una clasificación del síndrome HELLP con base al recuento plaquetario:

Clase 1: menor de 50.000 plaquetas/microlitro.

Clase 2: mayor de 50.000 a menor o igual de 100.000 plaquetas/microlitro.

Clase 3: plaquetas mayor de 100.000 a menor de 150.000 plaquetas/microlitro.

Esta clasificación tiene importancia desde el punto de vista clínico y terapéutico, porque permite valorar el grado y pronóstico del síndrome y los medios terapéuticos a emplear. Desde el punto de vista fisiopatológico, el proceso está categorizado por anemia hemolítica microangiopática.

El síndrome HELLP complica los casos de preeclampsia/eclampsia entre un 4% y 12% (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **2.1.20. Factores de Gravedad.**

Los siguientes elementos permiten predecir una evolución más grave de lo común y por ende una morbi-mortalidad materno-fetal elevada (morbilidad materna mayor a 75%) (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

Plaquetopenia clase 1

LDH: > 1400 UI/L

AST (aspartato aminotransferasa) > 150 UI/L

ALT (alanina transaminasa) > 100 UI/ L

Ácido Úrico: > 7,8 mg/dl

Creatinina: > 1 mg/dl

### **2.1.21. Tratamiento del síndrome HELLP.**

Interrupción del embarazo

Brindar los mismos cuidados que en pre-eclampsia y eclampsia

La administración de expansores, plasma fresco o plaquetas está indicado en:

Síndrome de HELLP que presenta rápido deterioro

Paciente que persiste sin datos de recuperación por varios días después del parto. Si el embarazo termina por cesárea se debe utilizar incisión media infra-umbilical, a través de la cual se debe visualizar un eventual hematoma sub-capsular hepático (Sánchez de la Torre, Riobamba, 2009)

### **2.1.22. Complicaciones en el Feto.**

El bajo peso al nacer es el causante del 80% de las causas de muerte en los niños recién nacidos en América Latina. Los que sobreviven, sufren como promedio, más casos de enfermedades, retraso del nacimiento cognoscitivo mayores posibilidades de estar destruidos (SIISE-SIDEMAIN, 2008)

Los infantes que pesan menos de 2.500gr, son aproximadamente 20 veces más propensos a morir y tienen mayor morbilidad que los de mayor peso. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), publicaron una primera estimación de incidencia de recién nacidos de bajo peso (RNBP) a nivel mundial, regional y por países en

1992; encontraron, para países desarrollados, 7%; en países de vías de desarrollo 17% con rangos de 5-33% ( Licona Rivera,2008)

La organización panamericana de salud ha realizado un perfil de salud de nuestro país en el que reporto que la prevalencia de bajo peso al nacer fue del 16%(rural 19%) (OMS, 2004)

Según datos de la UNICEF, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en el Ecuador en el periodo de 2005 al 2009 fue de 10%.(UNICEF, 2010)

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, la integridad de la unidad materna fetal placentaria es necesaria para el desarrollo normal del feto. Una disminución del aporte de nutrientes al producto, de entre los cuales los problemas hipertensos maternos, son los más frecuentes, determinaran la existencia de un neonato con bajo peso al nacimiento.

### **2.1.23. Evaluación Fetal.**

Se deberá evaluar el crecimiento fetal y la cantidad de líquido amniótico a través de una ultrasonografía; si es normal se puede repetir cada semana. Existe evidencia de la utilidad de la velocimetría doppler en los embarazos de alto riesgo para el diagnóstico de sufrimiento fetal el mismo que puede ser complementado por un monitoreo electrónico.

Se consideran resultados de alerta o gravedad

- ❖ Deterioro del bienestar fetal
- ❖ Perfil biofísico fetal anormal (eco obstétrico)
- ❖ Retardo de crecimiento intrauterino (eco obstétrico)
- ❖ Alteración del monitoreo electrónico cardíaco fetal
- ❖ Hallazgos de sufrimiento fetal agudo o crónico
- ❖ Incremento de resistencias vasculares
- ❖ Índices de resistencia en arteria uterina, umbilical y cerebral media 0,5 en el eco – flujometría – doppler a partir de las 28 semanas de gestación

### **2.1.24. Tratamiento de crisis hipertensivas.**

El tratamiento antihipertensivo está dirigido a prevenir complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares, y se recomienda generalmente cuando la presión arterial diastólica es mayor de 105mmHg, y la presión arterial sistólica es mayor de 160mmHg, evitando descensos súbitos.

- **Hidralazina.**

La hidralazina parenteral es el agente más frecuentemente utilizado para este propósito. La posología es de 5 a 10 mg intravenosos cada 15 a 30 minutos hasta alcanzar la presión arterial deseada. Si no se han obtenido los efectos deseados después de haber administrado una dosis total de 30 mg se debe intentar otro medicamento. (Dosis máxima 40 mg intravenoso).

- **Nifedipina**

Se utiliza a una dosis de 10 mg vía oral, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas. La dosis máxima es de 60mg.

- **LabetaloL.**

Se utiliza a una dosis de 2mg/min en infusión continua de acuerdo a la respuesta de la presión arterial sin pasar de 20mg, dosis iguales adicionales se puede administrar en intervalo de 10 min.

La tensión arterial diastólica con el uso de hipotensores no debe bajar de 90mmhg.

Si no se controla la tensión arterial con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente deberá ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo (Sánchez de la torre, Riobamba, 2009)

### **2.1.25. Rol de la enfermera en los factores de riesgo en la preeclampsia.**

Para la culminación del proyecto nos enfocamos en los siguientes roles que debe cumplir la enfermera, los hemos tomado como principales de acuerdo al tema en investigación.

- **Asistencial:** en esta la enfermera aplica los conocimientos teóricos científicos en el empleo de técnicas y procedimientos de enfermería que contribuyen a dar atención directa para lograr restablecer la salud y pueda el paciente integrarse a la vida familiar y productiva.

Hay que tomar en cuenta que cada paciente es único y debe considerar aspectos psicológicos, espirituales, emocionales y sociales.

- **Administrativa:** es responsabilidad de enfermería aplicar el proceso administrativo en los diferentes ámbitos de desempeño, enfatizando el enfoque gerencial estratégico en la ejecución de este, en la búsqueda de la eficacia y eficiencia.

- **Educadora:** se encarga de dirigir a las madres gestantes o familia en general con el conocimiento y brindar ayuda a las madres que tengan algún problema o alguna enfermedad dentro de su periodo de gestación, utilizando un lenguaje positivo y dando a entender nuestro deseo de ayuda.

Brindando una cobertura de todo lo que queremos comunicar y hacia donde queremos llegar, profundizando en los factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto.

- **Investigadora:** generar conocimientos que sustentan su accionar, proporcionar atención de calidad y potencializar el crecimiento profesional.

Dentro del proyecto expuesto se da a conocer los factores de riesgo en la preeclampsia, para lograr este objetivo propuesto nos basamos en la investigación de la preeclampsia y todo lo que conlleva a esta enfermedad.

La recogida de datos está en las madres gestantes que tienen esta enfermedad, pero también contamos con las gestantes en proceso.

## **2.2. Marco Referencial.**

La siguiente investigación fue realizada en una institución pública de Carache, Estado Trujillo, Venezuela, se trata de una primigesta con sintomatología de preeclampsia el cual lo convierte en embarazo de alto riesgo, que se define como aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de gestación.

Se encontraron algunos factores de alto riesgo: gestantes adolescentes, gestantes mayores de 35 años, antecedentes de abortos a repetición, pelvis estrecha, etc. En este caso tratamos solamente la hipertensión gestacional y edemas generalizados de miembros inferiores siendo estas manifestaciones de Preeclampsia.

El número de mujeres que presentan hipertensión en el curso del embarazo puede estimarse en alrededor del 10% con incidencia de hasta el 20% si la paciente es nulípara. **(Sanchez Sarabia, Facultad de medicina, 2011)**

Se realizó un estudio epidemiológico analítico de caso control retrospectivo con el objetivo de determinar el comportamiento de la preeclampsia en la morbi-mortalidad paterno perinatal en el Hospital Ernesto Guevara de la Serna. El cual el universo quedo representado por 6520 pacientes y la muestra de quedo constituida por 88 pacientes, llegando a la conclusión las pacientes con preeclampsia tuvieron más de diez veces la probabilidad de tener recién nacidos con bajo peso, pretermino y con apgar bajo que las madres sanas la asfixia neonatal constituyo la complicación frecuente seguida de la dificultad respiratoria en hijos de madres con preeclampsia. **(Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, escuela de Obstetricia, De la cruz Pamela, 2013)**

La presente investigación se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga. Se encontraron 131 gestantes con hipertensión arterial, siete pacientes fueron excluidas por diagnóstico de hipertensión arterial transitoria de la gestación, una paciente por hipertensión arterial crónica, ocho pacientes por transferencia a otra unidad de salud y trece por historias clínicas incompletas e inexistentes.

En consecuencia se seleccionaron 102 controles para igual número de casos. Del total de pacientes con esta patología 36.27% se clasificaron como preeclampsia severa. No se reportó ninguna muerte materna por esta causa. **(Riobamba. Facultad de Salud Pública, Escuela de Medicina, De la torre Elizabeth, 2009)**

## **2.3. Marco legal.**

### **2.3.1. Derechos del buen vivir.**

**Art.13.-** las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales (constitución, 2008)

El estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.

**Art. 14.-** Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*.

Se declara de interés público la preservación del ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país, la prevención del daño ambiental y la recuperación de los espacios naturales degradados (constitución, 2008)

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

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (constitución, 2008)

**Art. 42.-** El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia (constitución, 2014)

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia (constitución, 2008)

### **2.3.2. Ley orgánica de la salud**

**Art. 1.-** Las áreas de salud en coordinación con los gobiernos seccionales autónomos impulsarán acciones de promoción de la salud en el ámbito de su territorio, orientadas a la creación de espacios saludables, tales como escuelas, comunidades, municipios y entornos saludables.

**Art. 2.-** Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

**Art. 3.-** La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad,

familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

**Art. 6.** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.

3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;

7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables;

**Art. 10.** Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva.

**Art. 69.** La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención,

recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

**CAPÍTULO III**

**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Localización.**

La provincia de Santo Domingo de los Tsachilas es una de las provincias de la república del Ecuador y forma parte de la región costa, históricamente conocida como provincia de Yumbos. Su territorio está en zona de trópico húmedo. La provincia toma su nombre de los Tsachilas, etnia ancestral de la zona.

Su capital es la ciudad de Santo Domingo también conocida como “Santo Domingo de los Colorados” por la costumbre de los indígenas Tsachilas de pintarse el pelo de achiote rojo.

- **Geografía.**

Situado en los flancos externos de la cordillera occidental de los Andes, la provincia tiene de superficie 3.857 km<sup>2</sup> a una altitud de 625 msnm, se encuentra a 120km de distancia del mar. Limita al norte y al este con pichincha, al noroeste con Esmeraldas, al oeste con Manabí, al sur con los Ríos y al sureste con Cotopaxi. Zona noroccidental del Ecuador, es una de las zonas con mayor pluviosidad del país. Tiene una gran riqueza hidrológica, existen 5 cuencas y microcuencas importantes: al este y noreste, el curso medio y bajo del Toachi, perteneciente a la cuenca del río blanco; al sur, la sub-cuenca del borbón, que pertenece a la gran cuenca del río guayas y empata con el babis; al sureste, la sub-cuenca del río Peripa; al noreste, la sub-cuenca del Quininde que, al igual que la sub-cuenca del blanco, al noreste, pertenece a la cuenca del río Esmeraldas.

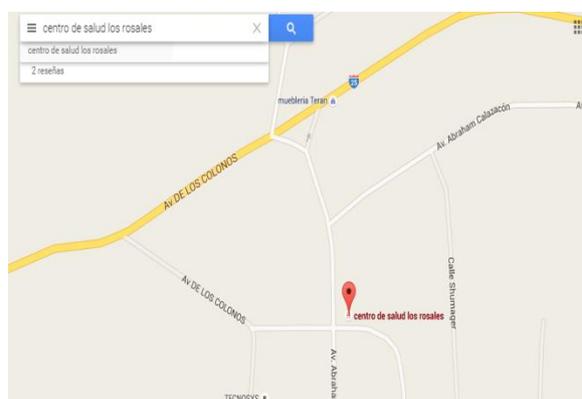
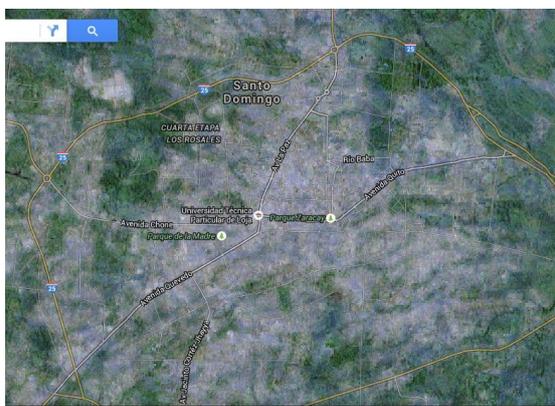
La ciudad se encuentra al final de la hoya del río Toachi, el mismo que se ubica al lado oriente de la urbe. No tiene mayores elevaciones a excepción del cerro Bomboli.

Dentro de la ciudad podemos encontrar diferentes lugares de distracción, parques, centros comerciales, ríos, etc. Para la realización de nuestra investigación nos concentramos en lo que es el centro de salud de los rosales, que se encuentra ubicado al sureste de la provincia, con un espacio de territorio de 3.500m<sup>2</sup> y dentro del ministerio de salud pública consta como el circuito los rosales del área 22.

- **Dirección:**

Para una clara localización del centro de salud los rosales nos ubicamos en toda la calle Abrahán Calazacón conocida como anillo vial en el sector los rosales cuarta etapa a unos 200 metros del bypas Chone – esmeraldas.

Abrahán Calazacón y calle D. los rosales cuarta etapa.



### **Población actual de Santo Domingo de los Tsáchilas.**

Según el censo realizado en el año 2010 (INEC) la población actual es de 1'425.237 hab.

### **3.2. Tipo de Investigación.**

Según Abarza (2012) La investigación “es la profundización científica y metódica hacia lo desconocido en orden de proveer información para la resolución de problemas.”

Según Hurtado (2010) El tipo investigación proyectiva consiste en la elaboración de una propuesta, un plan, un programa o un modelo, como solución de un problema o necesidad de tipo práctico ya sea de un grupo social o de una institución, a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento.

Según Hurtado (2010) Investigación aplicada También conocida como práctica o empírica, busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren, depende de los avances y resultados de la investigación básica, lo que le interesa al investigador son las consecuencias prácticas.

El presente proyecto de investigación es de tipo diagnóstica aplicable, puesto que consiste en la elaboración de un plan, un programa como solución a un problema o necesidad que presentan las mujeres embarazadas del sector los rosales que acuden al centro de salud la

cual contiene una información de prevención en el cuidado del embarazo y sus factores de riesgo teniendo en cuenta como punto importante su alimentación, ya que dicha situación presenta las necesidades del momento, los procesos explicativos o generadores involucrados y de las tendencias futuras, es decir, con base en los resultados de un proceso investigativo.

### **3.3. Métodos de investigación.**

**3.3.1. Métodos de observación.-** es un procedimiento empírico por excelencia, el más primitivo y a la vez el más usado. Es el método por el cual se establece una relación concreta e intensiva entre el investigador y el hecho social o los actores sociales, de los que se obtienen datos que luego se sintetizan para desarrollar la investigación.

Este método es una “lectura lógica de las formas”

**3.3.2. Método inductivo.-** este método suele basarse en la observación y experimentación de hechos y acciones concretas para así poder llegar a una resolución o conclusión general sobre estos; es decir en este proceso que comienza por los datos y finalizan cuando llegan a una teoría. En el método inductivo se exponen leyes generales acerca del comportamiento o la conducta del objeto partiendo específicamente de la observación.

**3.3.3. Método deductivo.-** Es aquel que parte de los datos generales aceptados como valederos, para deducir por medio del razonamiento lógico, varias suposiciones, es decir; parte de verdades previamente establecidas, como principios generales, para luego aplicarlos a casos individuales y comprobar a si su validez.

**3.3.4. Método analítico.-** es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia.

Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede, explicar hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías.

**3.3.5. Método de síntesis.-** es un proceso de razonamiento que tiene a construir un todo, a partir de los elementos distinguidos por el análisis: se trata de hacer una explosión metódica y breve. Es un procedimiento mental que tiene como meta la comprensión cabal de la esencia de los que ya conocemos en todas sus partes y particularidades.

El análisis y la síntesis; se contraponen en cierto momento del proceso, pero en otro se complementan, se enriquecen; uno sin el otro no pueden existir ya que ambos se encuentran articulados en el proceso del conocimiento.

### **3.4. Fuentes de recopilación de información.**

#### **3.4.1. Fuentes primarias.**

“Son aquellas que contienen información original no abreviada ni traducida.” (Garza, 2008)

Las fuentes primarias como: la encuesta, la entrevista, fotografías, mujeres embarazadas, serán fuentes que faciliten determinar la evidencia directa sobre el tema de investigación ya que proporcionaran datos reales referentes al problema.

- **Observación directa.**

Es una técnica que consiste por medio de documentos (observación documental), o cuestionarios, entrevistas o escalas (observación mediante encuesta), que en todos los casos no recogen los fenómenos sociales directamente a través de los sentidos del observador, sino a través de manifestaciones de los sujetos que forman una realidad social determinada. (Pérez & otros, 2005)

Esta técnica permitirá establecer gran parte de la problemática de los factores de riesgo de la preeclampsia en las mujeres gestantes, mediante la visualización de síntomas e identificación de manifestaciones sobre su estado físico.

La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo, es por ello que esta técnica servirá como fuente de apoyo para obtener el mayor número de datos para la elaboración de la investigación.

### **3.4.2. Fuentes secundarias.**

“Son fuentes que contienen datos o informaciones reelaborados o sintetizados” (Garza, 2008)

El proyecto necesitará fundamentación teórica la cual será necesario adquirir información a través de documentos bibliográficos, citas, sitios web, revistas, libros, para el desarrollo del proyecto.

## **3.5. Diseño de la Investigación.**

### **Diseño cuasi-experimental**

Según Posso (2009) el Diseño Cuasi - Experimental “establece las condiciones de las comparaciones que exigen las hipótesis del experimento y permiten al experimentador hacer una interpretación significativa de los resultados del estudio a través del análisis estadístico de datos.”

Esta investigación se basa en este tipo de diseño puesto que estará enmarcado en una serie de interpretaciones y análisis de datos estadísticos primordiales para la elaboración del proyecto enfocado a determinar la causa del problema.

## **3.6. Instrumentos de Investigación.**

- **Entrevista.**

El concepto de entrevista hace referencia a la comunicación que se constituye entre el entrevistador y el entrevistado. En ambos casos pueden ser más de una persona. El objetivo de dicha comunicación es obtener cierta información, ya sea de tipo personal o no. (Portal Educativo, 2013)

Esta técnica servirá para recolectar información directa de las mujeres embarazadas, obteniendo una visión amplia de los problemas que puede contraer esta nueva madre de familia.

- **Encuesta.**

Es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones personales interesan al investigador. (Posso, 2009)

Para esta técnica se utilizará como instrumento el cuestionario el cual aportará con datos relevantes para la identificación de problemas, que servirá para la elaboración del diagnóstico situacional.

- **Registros.**

Se trata del accionar y de las consecuencias de registrar, también es anotar un cierto dato en un documento.

- **Observación.**

Es un instrumento de recolección de información muy importante y consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifestada.

Se utilizó esta técnica para determinar a simple vista las mujeres gestantes con síntomas de preeclampsia.

- **Aspectos Éticos.**

Para la realización del presente protocolo se obtuvo la autorización de las autoridades del Centro de Salud los Rosales.

- **Análisis Estadístico.**

Para el análisis estadístico, todos los datos obtenidos, fueron registrados y detallados en una base de datos Excel.

- **Presentación de Resultados.**

Los resultados del estudio se realizaron en base a tablas y análisis.

### **3.7. Tratamiento de los Datos.**

En el presente estudio se incluyen a las mujeres con Preeclampsia y Eclampsia en el Servicio de Ginecología del Centro de Salud los Rosales de Santo Domingo de los Tsachilas en el periodo comprendido 2015.

#### **3.7.1. Población.**

Población es el conjunto o suma total de unidades de investigación, pudiendo estas ser referidas a personas, instituciones, hechos, etc., a los cuales hace referencia la investigación para los que serán válidas las conclusiones que se obtengan.(Posso, 2009).

Se revisaron expedientes de clientes con preeclampsia en el Centro de Salud los Rosales de la Provincia Santo Domingo de los Tsachilas.

Los cuales se detallan a continuación por mes:

Enero = 675 mujeres con preeclampsia moderada

Febrero = 616 mujeres con preeclampsia moderada

Marzo = 491 mujeres con preeclampsia moderada.

#### **3.7.2. Muestra.**

El tamaño de la muestra no es simple cuestión de porcentajes con relación a la población, pues no interesa la cantidad de unidades sino la representatividad de estas. En la mayoría de las investigaciones es difícil captar la información de toda la población que se desea investigar, por lo que es conveniente tomar la información solo de una parte de este universo. (Posso, 2009).

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, “la elección de los elementos, no depende de la probabilidad si no de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la selección” la muestra fue de 39. 14, con una población de 1.782 mujeres embarazadas atendidas dentro de los tres meses mencionados.

Basándonos a la cantidad de la población tenemos un porcentaje del 2.18% de mujeres con preeclampsia moderada y con relación a tener un parto prematuro.

### **3.8. Recursos humanos y materiales.**

Para la realización de este proyecto de investigación nos ayudamos con trípticos para dar a conocer lo que es la preeclampsia y sus riesgos, también nos ayudamos con pancartas que se encuentran en el centro de salud, con videos sobre las diferentes enfermedades que se puede contraer en la etapa del embarazo.

#### **3.8.1. Recursos humanos.**

Dentro de estos recursos el área de ginecología encargado por la Obstetriz Judith Carrión (G2) y la Obstetriz Erika García en la (G1) ellas y otras doctoras más son que se encarga de la atención primordial a la mujer embarazada, brindando nuestra ayuda para que la paciente pueda realizar las preguntas necesarias o de curiosidad para su embarazo, estando dispuestas a la contestación directa y clara a cualquier inquietud.

#### **3.8.2. Recursos institucionales.**

El centro de salud los rosales, abrió sus puertas para la realización del proyecto, con la respectiva autorización de la Licenciada Percides Esther Quiñonez Canga, DIRECTORA DEL DISTRITO N23D02, También con los conocimientos de los médicos encargados en el área de ginecología, y las pacientes que acuden a este centro de salud las cuales fueron las principales, para la realización de este proyecto.

#### **3.8.3. Recursos económicos.**

Todos los recursos fueron acotados por la autora del proyecto.

### Desarrollo de gastos.

RUBROS	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR U.	VALOR T.
MATERIAL DIDACTICO	Rema hojas	40	5,00	200,00
	Marcadores Permanentes	20	0,80	16,00
	Cintas masking	20	0,30	6,00
	Lápices	10	0,30	3,00
	Tinta de impresora(cartuchos)	2	20,00	40,00
	Carpetas	30	0,35	10,50
	Copias	2000	0,03	60,00
	Borradores	10	0,20	2,00
	Fómix	100	1,50	150,00
	Espuma flex	20	0,50	10,00
	TRANSPORTE	Bus	230	1,00
RECURSOS HUMANOS	Capacitadores	2	20,00	40,00
EQUIPO DE COMPUTO	Computadora	1	10,00	10,00
	Proyector	1	20,00	20,00
OTROS	Alimentación	150	2,50	375,00
	Internet	12	20,00	240,00
	Llamadas	80	0,50	40,00
<b>TOTAL DE GASTOS</b>				<b>1.452,50</b>

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 4.1. Resultados.

### 1. CUANTOS HIJOS TIENE.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Cuantos hijos tiene</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguno	12	31
1 a 3	24	61
más de 3	3	8
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** De acuerdo a las encuestas realizadas a las mujeres embarazadas del centro de salud los rosales encontramos que el 31% de las mujeres no tienen hijos, y se encuentran en estado de gestación, el 61% representa a madres que tienen de 1 a 3 hijos, y el 8% representa a mujeres que tienen más de 3 hijos.

## 2. COMO FUERON SUS PARTOS ANTERIORES.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Partos anteriores</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Parto eutócico	13	33
Cesárea	13	33
Nada	13	33
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** De las pacientes investigadas en estado de gestación encontramos que el 33% tuvo un parto normal, el otro 33% se obtuvo por cesárea, y las mujeres que aún no tienen hijos también representan el 33%.

3. DURANTE SU EMBARAZO CUANTOS CONTROLES SE REALIZÓ EN EL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Número de controles</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
3	2	5
6	6	15
9	30	77
12	1	3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** en la investigación realizada a las mujeres embarazadas encontramos que algunas de ellas solo han acudido 3 veces al control lo cual representa un 5%, las mujeres que acuden 6 veces representan el 15%, las que han acudido a sus controles normales representan el 77%, y el 3% representa a que hay un control de 12 visitas en su estado.

4. DURANTE EL CONTROL DE SU EMBARAZO LE HAN EXPLICADO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE SE PUEDE CONTRAER EN EL MOMENTO DE LA GESTACION.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Explicación de enfermedades en el momento de gestación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	30	77
NO	9	23
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** dentro de la pregunta número cinco, las mujeres embarazadas encuestadas, encontramos que un 77% si han sido informadas sobre las diferentes enfermedades en el embarazo, y el 23% no han sido lo suficientemente informadas o en algunos casos no an tenido nada de información acerca de esta enfermedad en el momento de la gestación.

5. CONOCE USTED SOBRE LA PREECLAMPSIA.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Conoce usted sobre la preeclampsia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	20	51
NO	19	49
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** como se conoce en la investigación de la preeclampsia tenemos que obtener la información adecuada de esta enfermedad, de las pacientes encuestadas se notó que el 51% si conoce lo básico de la preeclampsia, y el 49% desconoce de la misma.

6. CONOCE LOS RIESGOS DE LA PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Conoce los riesgos de la preeclampsia en el embarazo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	18	46
NO	21	54
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** en el estudio realizado a las mejeeres en gestación las 39 pacientes embarazadas, obtenemos que el 46% de ellas si conocen de los riesgos y algunos otros complicaiones de la preeclampsia, y el 54% desconocen hasta de lo que es en si la preeclampsia, sus síntomas y sus riesgos.

7. DENTRO DE SU ALIMENTACION CREE USTED QUE ES BALANCEADA Y LA ADECUADA.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Su alimentación es la adecuada o balanceada</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	27	69
NO	12	31
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** todas las personas particulares conocemos que para un buen desarrollo debemos tener una dieta balanceada y equilibrada, más aun en las pacientes en gestación, de las pacientes embarazadas, pudimos observar que el 69% si lleva una alimentación adecuada, el 31% no lleva una buena alimentación, por cuales quieran que sean los motivos, especialmente el factor económico que es el que más influye en estos casos.

8. DENTRO DE SU DIETA CREE QUE EL EXCESO DE SAL, LE PERJUDICA.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Cree que el exceso de sal le perjudica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	33	85
NO	6	15
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** existen muchos casos, más aun en esta etapa del embarazo en este estudio realizado, tenemos que las mujeres reconocen que el exceso de sal en los alimentos y para su estado es perjudicial, con el 85% que lo reconoce, y el 15% que no conocen los riesgos de consumir mucha sal en los alimentos.

9. TIENE ALERGIA A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTOS O ALIMENTOS.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

<b>Alergia a algún tipo de medicamento o alimento</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	6	15
NO	33	85
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** en esta etapa la paciente maneja diferentes estados de comportamiento y cambios dentro de su carácter o de su organismo, de las 39 mujeres encuestadas para el proyecto en ejecución el 15% sufren de alergia a los medicamentos como penicilina, y el 85% no sufren esta anomalía.

10. EN CASO DE CONOCER QUE PADECE DE PREECLAMPSIA, LLEVARIA A TERMINO SU EMBARAZO.

**Factores de riesgo en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud Los Rosales, Santo Domingo, periodo 2015.**

Llevaría a término su embarazo	N°	%
SI	23	59
NO	16	41
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Centro de Salud los Rosales

**Análisis e interpretación:** la mayoría de las mujeres queremos que nuestro embarazo sea muy tranquilo y factible para nosotras, aunque conozcamos los riesgos que se puede correr teniendo esta enfermedad, de acuerdo al estudio realizado a las 39 mujeres embarazadas notamos que el 59% si llevaría a término su embarazo, y el 41% no lo aria por temor a una anomalía dentro del feto o dentro del parto.

## 4.2. Discusión.

En el presente estudio investigativo realizado por **(Matías Rocío, 2013)** se demuestra la incidencia de Preeclampsia en mujeres entre 13 a 20 años en 181 casos, de un universo de 820 pacientes preeclámplicas de todas las edades. La incidencia de esta patología en este grupo de pacientes jóvenes que se atendieron en el Hospital Enrique C. Sotomayor es del 22% de casos en comparación con las de mayor edad con un 78%, lo cual contradice la literatura que manifiesta que la Preeclampsia se desarrolla con más frecuencia en pacientes menores de 20 años.

La tasa de preeclampsia en el presente estudio realizado por los autores, **(Salviz Manuel, Cordero Luis , Saona Pedro)** encontraron el (4.1%), fue similar a la reportada por Arcos en la Maternidad de Lima (4.2), y discretamente menor a la reportada por Ruiz en el HNCH (4.8%), y discretamente menor a la reportada por Ruiz en el HNCH (4.8%), Alarcón en el Hospital San Bartolomé (4.9%), y Alcántara en el Hospital Loayza (6.6%) (4,19,20,22).

Diversos autores reconocen que las mujeres nulíparas independientemente de su edad tiene un mayor riesgo de pre-eclampsia (6,10,11,12,13,17,18). La aparente relación que se hacía entre el riesgo de preeclampsia y mujeres muy jóvenes o añosas se debía al factor de confusión que ejercía la paridad en el grupo de mujeres jóvenes y el efecto de la hipertensión esencial en las añosas (4,17,19,29,30). En el presente estudio el controlar la variable edad tuvo por finalidad demostrar el efecto de la paridad en el riesgo de preeclampsia, en el cual Rev Med Hered 1996; 7: 24-31 se incrementó a 2.5 cuando se compararon gestantes nulíparas con mujeres que ya habían tenido un parto.

Se realizó un estudio descriptivo sobre la incidencia de algunos factores de riesgos en la preeclampsia en el hospital universitario ginecoobstetrico “Eusebio Hernandez” de la Habana Cuba, el cual mostro que la mayoría de las pacientes con preeclampsia grave estuvieron comprendidas en el grupo con edad gestacional de 37 a 41 semanas de gestación

dando un total de 35 pacientes al ingreso en el momento del parto un total respectivamente de 57,3% y 60,7%. (**Margarita Palacio; Miguel Botell, 2010**).

En nuestro trabajo no se encontró mucha coincidencia con las estadísticas anteriores mencionadas, por el motivo que obtuvimos resultados durante los tres primeros meses en este año, los cuales fueron de hipertensión moderada con la población de 1782 y con un resultado de apenas 7 mujeres con este diagnóstico, claro está que dentro de la población estudiada existen algunos diagnósticos dados por parte de los médicos tratantes.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1. Conclusiones.

El 2.14%, representa a las 39 pacientes que fueron tomadas como muestras para este proyecto, ellas tiene preeclampsia moderada por lo tanto estas mujeres pueden llegar a desarrollar un parto prematuro.

En esta investigación se conoció que el 85% de las pacientes conocen, que la hipertensión y el consumo de alimentos altos en sal, son los factores de riesgo con más frecuencia en las mujeres embarazadas.

Dentro de las encuestas realizadas a las pacientes en gestación conocimos que algunas de las madres gestantes solo han acudido 3 veces al control lo que representa al 5% de ellas, el 15% son las que han ido 6 o más veces, y las que acudieron a sus controles normales representa el 77%, y por último el 3% indica que han existido pacientes con controles de 12 visitas para su control.

Sin embargo en la investigación realizada el 90% todas las pacientes estudiadas no presentaron complicaciones de alto riesgo, por lo cual es satisfactorio mostrar que mediante el tratamiento, oportuno que recibieron se lograron disminuir las complicaciones maternas.

Se concluye con el conocimiento que tienen las pacientes gestantes de los factores predisponentes de la preeclampsia, el 77% de ellas informan que si tienen una idea básica sobre lo que es esta enfermedad, la valoración de la presión arterial en especial en el último trimestre de gestación permitirán detectar la enfermedad constantemente para evitar las graves complicaciones en el binomio madre – feto.

## **5.2. Recomendaciones.**

Con base a los resultados obtenidos se sugiere, destacar la importancia de que toda mujer embarazada, lleve un control mensual prenatal y realice periódicamente el chequeo de su presión, con la intención de detectar oportunamente alguna variación o anomalía dentro de su embarazo, más aun cuando sin causa aparente se presentan náuseas, dolor de cabeza, zumbido de oídos, alteraciones visuales o convulsiones y edema generalizada. Principalmente en las mujeres primigestas por ser el grupo más afectado.

Tratar que en el centro de salud los rosales aseguren a este grupo de población, tanto materna como fetal, todos los exámenes que contribuyan al diagnóstico precoz control de su evolución lo que conllevara a incidir en su historia natural evitar formas graves.

Desarrollar un plan especial de control prenatal en los centros de salud para las embarazadas con riesgos, en el cual el obstetra pueda registrar toda la información necesaria de cada historia clínica en una base de datos y que se cree un vínculo entre estos centros de menor complejidad y los hospitales donde serán transferidas las pacientes que necesiten atención especial.

**CAPÍTULO VI**  
**BIBLIOGRAFÍA Y LINKOGRAFÍA**

## 6.1. Bibliografía.

Tesis, Factores inmunogeneticos en el aparecimiento de la preeclampsia (*Ayala Herrera, Quito, 2011*)

Tesis, Parto Prematuro, (*Cabero Luis, Quito, 2003*)

Tesis, Factores maternos asociados al bajo peso al nacer, (*Muñoz María José, Quito, 2012*)

Preeclampsia, (*Velasco Jorge, México, 2008*)

Prevalencia signos y síntomas de preeclampsia, (*Castillo Anabel, México, 2011*)

Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia, (*Sánchez de la torre, Riobamba, 2009*)

Como se hace un trabajo académico, (*Ballard, 2000*)

Metodología para el Trabajo de Grado: 4ta edición, (*Ecuador-Ibarra. Posso, M. 2009*).

Manual de técnicas de Investigación para estudiantes de Ciencias Sociales y Humanidades. 7ma Edición. México, DF: El Colegio de México. (*Garza, A. 2008*).

Metodología de la investigación, 5ta Edición. México. McGraw-Hill / Interamericana Editores (*Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. 2010*).

Definición de salud, Prevención, Programa de Salud. Recuperado de: [http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se\\_petroff.pdf](http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf). (*OMS, 2012*).

Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Asturias, (*Suarez, J. Arévalo, F. Fidalgo, D. Meléndez, M. 2010*).

## **6.2. Linkografía.**

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000898.htm>.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>.

<http://espanol.babycenter.com/a700346/preeclampsia>.

<http://www.onmeda.es/enfermedades/preeclampsia-tratamiento-18128-6.html>.

<http://www.webconsultas.com/el-embarazo/complicaciones/causas-de-la-preeclampsia-5529>

## **CAPÍTULO VII**

### **ANEXOS**

<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPOTESIS GENERAL</b>	<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>
¿En que afecta el desconocimiento de la preeclampsia, sus riesgos y su relación con el parto prematuro en las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud los Rosales en Santo Domingo de los Tsachilas periodo 2015?	Identificar, los principales factores de riesgos en la preeclampsia y su relación con en el parto prematuro, en las pacientes que acuden al Centro de Salud los Rosales, periodo 2015.	Con la identificación de los factores de riesgos de la preeclampsia, se disminuirá el desconocimiento de sus riesgos y su incidencia en el parto.	La preeclampsia
<b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPOTESIS ESPECIFICAS</b>	<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>

<p>¿Cómo identifico el número de mujeres gestantes con preeclampsia que acuden al Centro de Salud los Rosales periodo 2015.</p> <p>¿Cómo identifico los factores de mayor frecuencia en la preeclampsia dentro del parto?</p> <p>¿Qué actividades se puede desarrollar para prevenir las complicaciones maternas y fetales causadas por la preeclampsia en las mujeres del centro de salud los rosales.</p>	<p>Identificar el número de pacientes gestantes con preeclampsia que acuden al centro de salud los rosales.</p> <p>Conocer los factores de mayor frecuencia en este grupo de pacientes.</p> <p>Desarrollar diferentes actividades para prevenir las complicaciones maternas y fetales causadas por esta patología.</p>	<p>La inasistencia a los controles prenatales influirá en la identificación de los factores de riesgos de la preeclampsia en las mujeres embarazadas que acuden al centro de salud los rosales, periodo 2015.</p> <p>El conocimiento de los factores de riesgos de la preeclampsia permitirá disminuir casos de preeclampsia en las mujeres gestantes del centro de salud los rosales, periodo 2015.</p>	<p>El desconocimiento de los factores de riesgos de la preeclampsia.</p> <p>Los riesgos en el parto prematuro.</p>
---	--	--	--

## 7.1. CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA APLICAR ENCUESTAS.

	<b>UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL DE QUEVEDO</b> <b>UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA</b> <b>U.E.D.</b>	
<b>TEST EVALUATIVO DE PREECLAMPSIA</b> <b>A LAS MUJERES AMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES.</b>		
1. ¿Cuántos hijos tiene?		
Ninguno	1-3	4 de 3
2. ¿Cómo fueron sus partos anteriores?		
Parto eutóxico	Cesárea	
3. Durante su embarazo cuantos controles se realizón el centro de salud los rosales.		
3	6	9 12
4. Durante el control de su embarazo le han explicado sobre las enfermedades que se puede contraer en el momento de la gestación?		
SI	NO	
5. Conoce usted sobre la preeclampsia		
SI	NO	
6. ¿Conoce los riesgos de la preeclampsia en el embarazo?		
SI	NO	
7. ¿Dentro de su alimentación cree usted que es balanceada y la adecuada?		
SI	NO	
8. Dentro de su dieta cree que el exceso de sal, le perjudica?		
SI	NO	
9. ¿Tiene alergia a algún tipo de medicamentos o alimentos?		
SI	NO	
10. ¿En caso de conocer que padece de preeclampsia, llevaría a término su embarazo?		
SI	NO	

## 7.2. MATERIAL DIDACTICO, TRIPTICO.

### CAUSAS Y EFECTOS DENTRO DE LA PREECLAMPSIA

**CAUSAS:**

Las cifras de tensión arterial elevadas pueden acarrear el parto antes del término y por si tendríamos un feto no maduro.

los recién nacidos con bajo peso, afecta en mayor proporción la morbilidad y la mortalidad perinatal.

Los factores que afectan al crecimiento fetal pueden deberse a factores intrínsecos del feto.

**EFECTOS:**

Un embarazo múltiple triplica el riesgo de padecer preeclampsia, estos datos de se deben a que los embarazos múltiples como en la diabetes el tamaño de la placenta es mayor.

La paciente que sufrió preeclampsia en su primer embarazo tiene siete veces mayor probabilidad de padecer durante su segundo embarazo.

**Preeclampsia:**

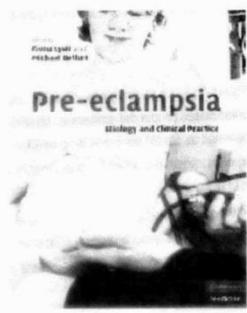
Es el desarrollo de presión sanguínea alta y proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo y puede estar asociada con la hinchazón de la cara y las manos.

**Eclampsia:**

Tensión Arterial mayor de 140/90mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos.

**Síndrome de Hellp:**

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia, con serias repercusiones para la madre y el feto.



**PREECLAMPSIA  
FACTORES DE RIESGO  
Y  
COMO INCIDE  
EN EL PARTO**

### ¿Que es la preeclampsia?

Preeclampsia o toxemia gravídica, es una enfermedad propia del embarazo, aparece después de las 20 semanas de gestación, en el momento del parto o incluso después del nacimiento.

Eclampsia es cuando la presión arterial en el embarazo se eleva tanto que ocasiona convulsiones, afección que se manifiesta a través de:

Presión arterial mayor a 160/100

Severa retención de líquidos

Hinchazón en cara, manos y piernas

Dolor de cabeza intenso

Visión de manchas luminosas

La cura de la preeclampsia y eclampsia es la interrupción del embarazo, independientemente de la edad gestacional y en especial si se esta ante la presencia de un transitorio hipertensivo grave.

Embarazo menor de 36-37 semanas, se debe hacer una vigilancia continua por la presencia de gravedad.

### Sus factores de riesgo y como incide en el parto

Signos y síntomas para preeclampsia y eclampsia

- Presión arterial mayor de 185mmHg o presión arterial diastólica >115mmHg
- Proteinuria > a 5gr/dl
- Nauseas, vomito, cefalea
- Epigastralgia o dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen
- Trastornos de la visión
- Estupor
- Irritabilidad

Factores de riesgo

**Factores de riesgo**

No se conoce la causa de la toxemia. Entre las posibles causas están:

- Dieta
- Problemas de funcionamiento de los vasos sanguíneos
- Un desequilibrio autoinmune
- obesidad



Si durante el embarazo desarrolla hipertensión gestacional, puede requerir tratamiento ambulatorio u hospitalario, dependiendo de la severidad. En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto.

Un aumento de la presión arterial a partir de la semana 20 del embarazo, puede ser síntoma de la preeclampsia, una afección que potencialmente amenaza la vida de la gestante y el recién nacido.

Con el seguimiento adecuado es factible tener un embarazo y parto normales.

### 7.3. SOLICITUD PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO EN EL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES.

Santo Domingo 15 de Abril, 2015.

Lcda.  
PERCIDES ESTHER QUIÑONEZ CANGA  
DIRECTORA DEL DISTRITO N23D02

Expresándole un atento saludo y augurar exitosa en los procesos emprendidos.

Mi nombre es Silvia Patricia Mejía López, de C.I. 172150113-6. Egresada en la carrera de Lic. en Enfermería en la UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL DE QUEVEDO., la presente tiene el objetivo de solicitarle de la manera más comedida me permita realizar las **encuestas en el centro de salud los rosales**, ubicado en el sector los Rosales cuarta etapa del cantón Santo Domingo, ya que son parte del estudio que me encuentro realizando en mi tesis de grado, "factores de riesgo en la preeclampsia y su incidencia en el parto prematuro, en el área de ginecología del centro de salud los rosales del cantón Santo Domingo, periodo 2015".

Por la atención a la presente anticipo mis más sentidos agradecimientos.

Atentamente



Silvia Mejía  
Enfermera  
C.I.172150113-6  
lamasloquita-@hotmail.com

  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Teléfono(s): 381-400-4000

Documento No. : MSP-CZ4-DDS 23D02 UDV(1) 2015  
Fecha : 2015-04-15 10:49:31 GMT -05  
Recibido por : María Alexandra Salazar Jácome  
Para verificar el estado de su documento ingrese a  
<http://www.gestiondocumental.gob.ec>  
con el usuario: "1721501136"

#### 7.4. AUTORIZACION POR PARTE DE LA DIRECTORA DEL DISTRITO N23D02, PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO, Y OBTENCION DE DATOS.

Memorando Nro. MSP-CZ4S-DDS-N° 23D02-2015-1487-ME

Santo Domingo De Los Tsachilas, 24 de abril de 2015

**PARA:** Sr. Dr. Lexter Iván Mihalache Bernal  
Administrador Técnico del Circuito Los Rosales

**ASUNTO:** Solicitar se me permita realizar encuestas en el Centro de Salud Los Rosales

De mi consideración:

Transcribo memorando N° MSP-CZ4-DDS23D02-GDAJ-2015-0029-M que hace referencia a documento emitido por la Sra. Silvia Mejía, en que se solicitó criterio jurídico ante este requerimiento de encuestas en el Centro de Salud Los Rosales

#### INICIO DE TEXTO

En respuesta al Documento No. MEJIA-SILVIA "Expresándole un atento saludo, mi nombre Silvia Mejía egresada en la carrera de Lic en Enfermería en la Universidad Técnica de Quevedo el objetivo es solicitarle de la manera más comedida me permita realizar las encuestas en el Centro de Salud Los Rosales ya que son parte del estudio que me encuentro realizando Factores de riesgo en la preeclampsia y su incidencia en el parto prematuro.-

#### CRITERIO JURIDICO.

Una revisado y analizado el pedido de la Lcda. Silvia Mejía, con el Ab. Jose Quiroz, Director Juridico de la Zona 4, NO encontramos impedimento legal para que se realice la encuesta en el Centro de Salud los Rosales, dentro del periodo de una jornada laboral.

#### FIN DE TEXTO

Una vez analizado lo expuesto, esta Dirección Distrital de Salud 23D02, AUTORIZA al Administrador Técnico de la UO Los Rosales permita a la solicitante Sra. Silvia Patricia Mejía Lopez con cédula N° 172150113-6 realice las encuestas respectivas en la unidad.

Se solicita al Dr. Mihalache verificar la identificación de la solicitante.

Particular que informo para los fines consiguientes.

Atentamente,

Lcda. Percides Esther Quiñonez Canga  
DIRECTORA DEL DISTRITO N23D02

**7.5. HORARIO DE CHARLAS A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES.**

<b>CHARLAS PREVENTIVAS DE PREECLAMPSIA</b>		
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>		
<b>FECHA</b>	<b>LUGAR</b>	<b>TEMA</b>
20/04/2015 - 24/04/2015 - 27/ 04/2015 - 30/04/2015	Centro de Salud los Rosales	¿Qué es la Preeclampsia?
04/05/2015 - 08/05/2015 - 11/05/2015 - 15/05/2015	Centro de Salud los Rosales	Factores de riesgo
18/05/2015 - 22/05/2015 - 25/05/2015 - 29/05/2015	Centro de Salud los Rosales	Complicaciones en el embarazo
01/06/2015 - 05/06/2015 - 08/06/2015 - 10/06/2015	Centro de Salud los Rosales	Consecuencias Y Resumen

## 7.6. FOTOS.

### ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA LA INVESTIGACION.



PANCARTAS PARA LA CAPACITACION.



**CHARLAS A LOS USUARIOS DEL CENTRO SALUD.**



**CAPACITACION A LAS MUJERES EN GESTACION SOBRE LA PREECLAMPSIA**



**CONTROL DE PRESION A LAS MADRES GESTANTES**



## TOMA SIGNOS VITALES



## CHARLA DE CAPACITACION



## ENCUESTAS

