



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO**

**PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA, EN EL PERÍODO 2014 A OCTUBRE DEL 2015.**

Tesis Previa a la  
Obtención del Título de  
Licenciada en Enfermería

**AUTORA:**

SAYRA VERONICA ESPARZA VIÑAMAGUA

**DIRECTORA:**

LCDA. IRSA MARIANA FLORES RIVERA

**ZAMORA – ECUADOR**

**2016**

## CERTIFICACIÓN

Lic. Irsa Mariana Flores Rivera  
**DOCENTE DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA  
CARRERA DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA SEDE ZAMORA**

### CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada **PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA, EN EL PERÍODO 2014 A OCTUBRE 2015.**, ha sido elaborada bajo mi dirección y cumple con los requisitos de fondo y de forma que exigen los respectivos reglamentos e instructivos.

Por ello autorizo su presentación y sustentación.

Zamora, 12 de mayo de 2016

Atentamente,



Lic. Irsa Mariana Flores Rivera  
**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORIA

Yo, Sayra Verónica Esparza Viñamagua, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autora:** Sayra Verónica Esparza Viñamagua

**Firma:**



**Cédula:** 1900652023

**Fecha:** Loja, Mayo del 2016

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Sayra Verónica Esparza Viñamagua, declaro ser autora de la Tesis titulada: **PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA, EN EL PERÍODO 2014 A OCTUBRE DEL 2015.** como requisito para optar al Grado de: Licenciada en Enfermería autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de Mayo del dos mil dieciséis firma la autora.

Firma 

Autora: Sayra Verónica Esparza Viñamagua

Cedula: 1900652023

Dirección: Yantzaza, Barrio: Las Orquídeas, Calles: Klever Herrera y Jazmines

Correo: veritoesparza133@gmail.com

Teléfono 0986888924

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Directora de Tesis:** Lic. Irsa Mariana Flores Rivera

**Tribunal de Grado**

Lic. Elva Leonor Jiménez Jiménez

Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

Lic. Diana Vanessa Villamagua Conza

Presidenta del Tribunal

Vocal

Vocal

## DEDICATORIA

La presente tesis le dedico en primer lugar a Dios nuestro padre quien supo darme fuerzas suficientes para seguir adelante por cada tropiezo que he tenido en mi trayecto de mis estudios que se me presentaban en mi vida.

A mis hijas por darme las fuerzas necesarias para seguir luchando día a día juntos a ellas y saber tenerme paciencia en la formación de mi carrera.

De igual forma le dedico esta tesis a mí madre María Martha Viñamagua Ponce y a mis hermanas quienes supieron darme buenos consejos y valores, lo cual me ayudaron a salir adelante y estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida.

***Sayra Veronica Esparza Viñamagua***

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradezco a Dios por protegerme y haberme guiado por un buen camino y darme fuerzas para poder superar cualquier obstáculo que se me apuesto en el trayecto de mi vida.

A la Universidad Nacional de Loja, quien me ha brindado la oportunidad de estudiar y adquirir conocimientos científicos y prácticos permitiéndome hacer realidad mi sueño de ser una profesional en enfermería.

A mis hijas Veronica Anahi y Camila Nicol Esparza Viñamagua a mi madre María Martha Viñamagua Ponce y a mis hermanas por darme el apoyo incondicional y consejos en todo momento de mi formación profesional, y a todas esas personas que me dieron su mano para no fracasar y salir adelante con mis estudios y apoyarme en las buenas y en las malas.

Agradezco a mis compañeras (o) de la Universidad Nacional de Loja por compartir sus conocimientos, armonía y compañerismo con quienes vivimos muchos momentos de alegría y superamos cualquier obstáculo que se nos puso en el camino de nuestros estudios.

Agradezco a mi tutora de tesis quien supo guiarme y aconsejarme durante la trayectoria de realizar la tesis.

***Sayra Veronica Esparza Viñamagua***

## **1 TÍTULO**

**PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA, EN EL  
PERÍODO 2014 A OCTUBRE DEL 2015.**

## 2 RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito determinar la Prevalencia de Preeclampsia en mujeres Embarazadas atendidas en el Hospital Básico del Cantón Yantzaza, en el periodo 2014 a octubre del 2015. El diseño fue de tipo transversal, retrospectivo, bibliográfico, descriptiva y de campo. Como técnica se utilizó la observación con su instrumento la guía de observación y mediante la revisión de historias clínicas de las mujeres embarazadas con preeclampsia se obtuvo los siguientes resultados que la prevalencia fue del 2,17%, El cuadro clínico proteinuria y hipertensión arterial con el 100%. El tipo de Preeclampsia fue leve con el 85%, en relación a las características sociodemográficas, se destacó al estado civil casada y soltero con el 35% cada uno, el nivel primario de educación con el 60%, de procedencia urbano con el 60%, ocupación quehaceres domésticos 100%, los factores de riesgo que presentaron las gestantes fueron de tipo maternos preconceptionales en los que sobresalieron en la edad de la madre de 15 a 20 años con el 25%, y en contraposición a la edad mayor de 41 años con el 5%, etnia mestiza con el 90%, el antecedentes personales de preeclampsia en embarazos el 20%, y presencia de enfermedades crónicas la diabetes gestacional con él 10%, la IVU con el 10%, la obesidad el 5%, asisten a los controles médicos inadecuados el 25%, multíparas con un 70% primigestas con el 30%, se concluyó que la prevalencia de preeclampsia en las mujeres embarazadas fue del 2,17%, y que los factores de riesgo principales fueron: la multiparidad con el 70%, y la hipertensión crónica con el 75%.

**Palabras Claves.** Prevalencia, Preeclampsia, Mujeres embarazadas, Hospital Básico



## 2.1 SUMMARY

The present study had as its purpose to decide the prevalence of preeclampsia in pregnant women who were attended in the Hospital Basic of the Canton Yantzaza, in the period 2014 to October of 2015. The present investigation is of a cross-sectional, retrospective, bibliographic, descriptive, and from the countryside type. As a technique, observation was used as the instrument, guided by observation and through the review of clinical stories from pregnant women with preeclampsia. The following results were obtained: the prevalence was 2.17%, mild preeclampsia with 85%, in relationship to the sociodemographic characteristics, it highlights that 35% were civilly married and 35% were single, 60% had primary education, 60% were from town, 100% had household tasks, the risk factors presented by the pregnant women were of maternal kind: preconception, in which they excelled in the age from 15 to 20 years with 25%, and in contrast to the age higher than 41 years with 5%, ethnicity mestiza with 90%, personal background from preeclampsia in pregnancies with 20%, and presence of chronic diseases: gestational diabetes with 10%, IVU with 10%, obesity with 5%, inadequate doctor controls with 25%, multiparous with 70%, primigestas with 30%, it is concluded that the prevalence of preeclampsia in pregnant women was 2.17% and the main risk factors were: multiparity with 70%, and chronic hypertension with 75%.

**Keywords.** Prevalence, Preeclampsia, Pregnant women, Basic hospital.

### 3. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia (PEC): Es el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de las 20 semanas de gestación. Cualquiera de los siguientes criterios es suficiente para el diagnóstico de Hipertensión: Aumento de la presión sistólica en 30 mmHg o mayor, Aumento de la presión diastólica en 15 mmHg o mayor, TAM (Tensión Arterial Media) mayor a 105 mmHg o incremento de 20 mmHg en 2 determinaciones. (Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, 2002, p. 13)

La preeclampsia es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo y de acuerdo al último reporte de la OMS (Organización Mundial de la Salud), la hipertensión representa una complicación en aproximadamente el 10% de todos los embarazos en todo el mundo; la preeclampsia y la eclampsia son las principales causas de la morbilidad materna y perinatal. Actualmente, la hipertensión gestacional y la preeclampsia son consideradas enfermedades diferentes que afectan los mismos órganos o distintos niveles de severidad del mismo trastorno subyacente. A partir de los cálculos disponibles y de las tasas de letalidad, todos los años mueren, principalmente en los países en desarrollo, hasta 40 000 mujeres a causa de trastornos hipertensivos. La preeclampsia y la eclampsia complican entre el 2% y el 8% de los embarazos y en general el 10% al 15%, de las muertes maternas directas están asociados con estos trastornos. (Palacios C, 2010)

La causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud importantes, existiendo muchos retos para la predicción, prevención y tratamiento. Las medidas profilácticas como dosis baja de aspirina y suplementos de calcio,

requieren mayor evidencia para uso rutinario. El control prenatal, diagnóstico oportuno, manejo adecuado, y parto son las medidas más eficaces para disminuir la tasa de mortalidad por esta causa. Los factores sociales y de atención médica oportuna deben prevalecer en la población, sin embargo, estos son limitados en poblaciones marginadas sin acceso a servicios médicos. Podemos concluir que los sistemas de salud de todas las poblaciones deben identificar y asistir médicamente a las mujeres que están en mayor riesgo de desarrollar preeclampsia. (Vargas, Acosta, & Moreno, 2012, s/p)

A nivel mundial la preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna. La prevalencia oscila entre 1,8-16,7%.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado con los controles prenatales. ( Organización Mundial de la Salud, 2015, s/p)

La preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal mundial; en el año 2010, en Ecuador, fue catalogada como la primera causa de muerte materna (INEC 2010). (Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica (GPC), 2013, pág. 10)

La preeclampsia, enfermedad conocida como hipertensión inducida por el embarazo, afecta al 7% de las mujeres gestantes en el mundo; en los países subdesarrollados llega al 20% y en Ecuador está entre el 12 y 17%; que la ubica

en la segunda tasa más alta después de Bolivia. (la Hora Nacional, 2003, pág. s/p)

En la provincia de Zamora Chinchipe no existen estudios realizados sobre la patología de la preeclampsia.

En el Hospital Básico de Yantzaza, en el área de emergencias y consulta externa acuden mujeres en estado de gestación con manifestaciones de dolor de cabeza (cefalea), edema a nivel de pies, cara además en el momento de tomarles la presión arterial presentan valores que sobrepasan los 140 mm/hg dando a conocer a simple vista que existe una alteración de su presión arterial conocida como hipertensión arterial, además existen un sin número de adolescentes embarazadas que no se realizan un control prenatal adecuado, así como también hay presencia de mujeres añosas embarazadas motivo por el cual la autora tomo en consideración realizar esta investigación para verificar la prevalencia de esta patología ya que los factores antes mencionados son predisponentes para que se presente la preeclampsia en el embarazo.

Fue importante esta investigación porque se recopiló información de las historias clínicas y partes diarios de las mujeres embarazadas con preeclampsia para hacer conocer a las gestantes de esta patología.

El propósito de esta investigación fue conocer la prevalencia de preeclampsia que se presenta en las mujeres embarazadas, para así desarrollar actividades de enfermería sobre los signos de alarma de la preeclampsia, para poder disminuir el índice de prevalencia de dicha patología.

La investigación fue de tipo: transversal, retrospectivo, bibliográfico, descriptiva y de campo. Como técnica se utilizó la observación con su instrumento la guía de

observación y mediante la revisión de historias clínicas de las mujeres embarazadas con preeclampsia se obtuvo los siguientes resultados que la prevalencia de fue del 2,17%, El cuadro clínico proteinuria y hipertensión arterial con el 100%, cada una El tipo de preeclampsia leve con el 85%, en relación a las características sociodemográficas, se destacó al estado civil casada y soltero con el 35% cada uno el nivel primario de educación con el 60%, de procedencia urbano con el 60%, ocupación quehaceres domésticos 100%, los factores de riesgo que presentaron las gestantes fueron de tipo maternos preconceptionales en los que sobresalieron en la edad de la madre de 15 a 20 años con el 25%, y en contraposición a la edad mayor de 41 años con el 5%, etnia mestiza con el 90%, el antecedentes personales de preeclampsia en embarazos el 20%, y presencia de enfermedades crónicas la diabetes gestacional con él 10%, la IVU con el 10%, la obesidad el 5%, asisten a los controles médicos inadecuados el 25%, multíparas con un 70% primigestas con el 30%, se concluyó que la prevalencia de preeclampsia en las mujeres embarazadas fue del 2,17%, y que los factores de riesgo principales fueron: la multiparidad con el 70%, y la hipertensión crónica con el 75%.

El presente trabajo fue importante porque se dio a conocer datos estadísticos sobre la prevalencia de preeclampsia en el periodo 2014 a octubre del 2015 en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza.

El propósito de la investigación fue realizar actividades de prevención a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma de la preeclampsia, y la importancia que es de hacerse los controles médicos para así detentar cualquier patología que se presente en el embarazo.

Por esta razón la investigación tuvo los siguientes objetivos.

#### Objetivo General

Determinar la prevalencia de la Preeclampsia en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza, en el periodo 2014 a octubre del 2015.

#### Objetivos Específicos.

Determinar la prevalencia de la Preeclampsia en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza, en el periodo 2014 a octubre del 2015.

Determinar las características sociodemográficas en las pacientes atendidas que presentan Preeclampsia.

Identificar los factores de riesgo que presentan las pacientes atendidas con preeclampsia.

Desarrollar un plan de prevención sobre la Preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas.

## 4 REVISIÓN DE LITERATURA

### 4.1 Prevalencia

Es el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.

Existe dos tipos de medidas de la prevalencia: la prevalencia puntual y la prevalencia de período.

#### 4.1.1 Tipos de prevalencia.

##### 4.1.1.1 *La Prevalencia Puntual.*

Se utiliza en determinados estudios etiológicos para identificar factores de riesgo, especialmente cuando la incidencia no se puede estimar correctamente, también se usa en la planificación sanitaria para cuantificar las necesidades o demandas de servicios.

La prevalencia puntual se calcula mediante la fórmula:

$$\text{Prevalencia Puntual} = C_t / N_t$$

$C_t$  = número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinado.

$N_t$  = número total de individuos en un momento o edad determinado (Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Legionelosis, pág. s/p)

##### 4.1.1.2 *La Prevalencia de Periodo.*

Se refiere al número o la proporción del total de población que habría presentado ese fenómeno o característica en algún momento durante el período considerado. (Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Legionelosis, pág. s/p)

## 4.2 Preeclampsia

### 4.2.1 Definición.

Preeclampsia (PEC): Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de las 20 semanas de gestación. Cualquiera de los siguientes criterios es suficiente para el diagnóstico de Hipertensión:

- Aumento de la presión sistólica en 30 mmHg o mayor, Aumento de la presión diastólica en 15 mmHg o mayor.
- TAM (Tensión Arterial Media) mayor a 105 mmHg o incremento de 20 mmHg en 2 determinaciones. (Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, 2002, p. 13)

Es un desorden de etiología desconocida que se caracteriza por: hipertensión, edema y proteinuria. Casi siempre se encuentran los tres síntomas, pero el primero de ellos es el más importante para el diagnóstico. Se presenta después de la vigésima semana de la gestación y en la forma grave, puede culminar con convulsiones o coma. Se excluyen de esta definición las embarazadas que tienen a la vez una enfermedad renal o vascular previa. (Pérez, A; Donoso, E, 2011, pág. 345)

Según la (Guía de Práctica Clínica, 2013) “Diagnóstico a partir de las 20 semanas de gestación. TA  $\geq$  140/90 mm Hg con presencia de proteinuria. Por excepción antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Síndrome Antifosfolipídico Severo o embarazo múltiple”. (p.17).



## **4.2.2 Clasificación de Preeclampsia.**

### **4.2.2.1 Preeclampsia Leve.**

Presión arterial de 140/90mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, con proteinuria de más de 300 mg en 24 horas.

### **4.2.2.2 Preeclampsia Grave.**

Presión arterial mayor o igual de 160 mmHg y TAD mayor o igual de 110 mmHg, proteinuria mayor de 5g en orina de 24hs. o proteinuria en tirilla reactiva +++, y presencia de uno de los signos, síntomas y exámenes de laboratorio:

- Oliguria menos de 400 ml/24hs
- Plaquetas < 100.000/L
- Transaminasas elevadas
- Hemolisis
- Dolor epigástrico
- Clínica neurológica: cefalea, fotopsias. (Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica (GPC), 2013)

## **4.2.3 Epidemiología.**

Los trastornos hipertensivos durante la gestación, son la primera complicación médica en muchos países del mundo, constituyendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal.

La frecuencia que se reporta muestra gran variabilidad y sus valores oscilan de 12 a 22%, cifras semejantes a las registradas en nuestro país. La preeclampsia eclampsia origina el 70% de los estados hipertensivos, y el 30% lo representan pacientes con hipertensión crónica pre existente durante el embarazo

En el año 2000 el Sistema Nacional de Salud de México reporta 466 defunciones por trastornos hipertensivos durante la gestación, ocasionando un 35.17% de las causas de mortalidad materna (Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, 2002, p. 14).

#### **4.2.4 Etiología.**

La naturaleza exacta del conocimiento primario que causa la preeclampsia/eclampsia sigue siendo desconocida. Se considera de origen multifactorial, incluyendo alteraciones placentarios, vasculares, genéticas, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas inmunológicas o mixtas a las que se asoman factores culturales, sociales, económicos y geográficos. (Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, 2002, p. 14).

#### **4.2.5 Fisiopatología.**

La anormal placentación produce disminución de la perfusión útero placentario y en consecuencia retardo del crecimiento intrauterino.

La disminución de la concentración de renina Y aldosterona determina una disminución de la retención de sodio y agua, con la consecuente hipovolemia.

La disminución de la concentración de prostaciclina periférica y el aumento del tromboxano plaquetario y placentario producen, por una parte vasoconstricción y por ende hipertensión arterial; y por otra parte aumento de la agregación plaquetaria y en consecuencia, trombosis y trombocitopenia.

El daño endotelial tiene tres efectos directos:

- Aumento de la agregación plaquetaria y trombocitopenia
- Vasoconstricción e hipertensión arterial

- Aumento de la permeabilidad vascular y edema.
- Finalmente, la coagulación intravascular diseminada y los depósitos de fibrina producen
  - Daño renal con proteinuria e insuficiencia renal aguda
  - Daño hepático, desarrollándose el síndrome de Hellp
  - Daño placentario, con retardo del crecimiento intrauterino
  - Daño cerebral, desarrollándose la eclampsia. (Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, & Gilstrap, 1993, p. 759).

#### **4.2.6 Factores de riesgo de Preeclampsia.**

Maternos:

Preconcepciones:

- Edad materna menor de 20 y mayor de 35 años.
- Raza negra.
- Historia personal de PE (en embarazos anteriores).
- Presencia de algunas enfermedades crónicas: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, resistencia a la insulina, enfermedad renal, neurofibromatosis, síndrome antifosfolípido primario (anticuerpos antifosfolípidos) y otras enfermedades autoinmunes (síndrome antifosfolípido secundario), trombofilias y dislipidemia.

Relacionados con la gestación en curso:

- Primigravidez o embarazo de un nuevo compañero sexual.
- Sobredistención uterina (embarazo gemelar y polihidramnios).
- Embarazo molar en nulípara.

Ambientales:

- Malnutrición por defecto o por exceso.
- Escasa ingesta de calcio previa y durante la gestación.
- Hipomagnesemia y deficiencias de zinc y selenio.
- Alcoholismo durante el embarazo.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Cuidados prenatales deficientes.
- Estrés crónico. (Cruz, Hernandez, & Quesada, Factores de riesgo de

preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### **4.2.6.1 Factores de Riesgo Maternos Preconcepciones.**

##### *4.2.6.1.1 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, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una Preeclampsia se duplica. 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 Preeclampsia. 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 Preeclampsia. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### *4.2.6.1.2 Raza negra.*

Algunos autores informan que la Preeclampsia 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. Además, la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 también son más prevalentes en la población afronorteamericana de los EE.UU. que en la caucásica, y gran parte de los estudios sobre factores de riesgo de Preeclampsia se han hecho en este país. Es sabido que padecer cualquiera de estas enfermedades crónicas incrementa el riesgo de sufrir una hipertensión inducida por el embarazo. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### *4.2.6.1.3 Historia familiar de preeclampsia.*

En estudios familiares observacionales y descriptivos se ha encontrado un incremento del riesgo de padecer una PE en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron una PE durante su gestación. Se plantea que las familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha padecido una PE, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan. Igualmente, las familiares de segundo grado tienen un riesgo de padecerla de 2 a 3 veces mayor, comparado con aquellas mujeres en cuyas familias no hay historia de PE. Este tipo de predisposición familiar apoya la definición de la PE como una enfermedad compleja, en la que los factores genéticos que contribuyen a su origen, y que suelen ser múltiples, interactuarían de la forma siguiente entre ellos y con el ambiente: 2 o más genes entre sí (herencia poligénica), o 2 o más genes con diferentes factores medioambientales (herencia multifactorial), y donde la

heterogeneidad genética del individuo determinaría diferentes respuestas a un factor externo. Los genes que están implicados en el surgimiento de la PE, de los cuales se han encontrado más de 26, han sido agrupados, de acuerdo con su papel etiológico en 4 grupos: aquellos que regulan el proceso de placentación, los que intervienen en el control de la tensión arterial (TA), los que están involucrados en el fenómeno de isquemia placentaria y, por último, los que rigen el proceso de daño/remodelado del endotelio vascular. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### *4.2.6.1.4 Presencia de algunas Enfermedades Crónicas.*

##### *4.2.6.1.4.1 Hipertensión Arterial Crónica.*

Es conocido que un alto índice de enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial preexistente, y que en la medida en que es mayor la Tensión Arterial pregestacional, mayor es el riesgo de padecer una Preeclampsia. La hipertensión arterial crónica produce daño vascular por diferentes mecanismos, y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

##### *4.2.6.1.4.2 Obesidad.*

La obesidad, por un lado, se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye a

elevar la Tensión Arterial. Por otro lado, los adipositos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral (FNT), que producen daño vascular, lo que empeora el estrés oxidativo, fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la Preeclampsia. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### 4.2.6.1.4.3 Diabetes mellitus.

En la diabetes mellitus pregestacional puede existir microangiopatía y generalmente hay aumento del estrés oxidativo y daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión útero placentaria y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia, que es 10 veces más frecuente en las pacientes que padecen esta enfermedad. Asimismo, también se ha visto que la diabetes gestacional se asocia con frecuencia con la Preeclampsia, aunque todavía no se tiene una explicación satisfactoria para este hecho. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### **4.2.6.2 Factores de Riesgo Maternos Relacionados con la Gestación en Curso.**

##### *4.2.6.2.1 Primigravidez o embarazo de nuevo compañero sexual.*

Esto ha sido comprobado por múltiples estudios epidemiológicos, que sustentan la validez de este planteamiento, siendo en las primigestas la susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que en las multíparas. La Preeclampsia se reconoce actualmente como una enfermedad provocada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre al conceptus fetal. La unidad fetoplacentaria contiene antígenos paternos que son extraños para la madre huésped, y que se supone sean los responsables de desencadenar todo el proceso inmunológico

que provocaría el daño vascular, causante directo de la aparición de la enfermedad. En la PE, el sistema reticuloendotelial no elimina los antígenos fetales que pasan a la circulación materna, y se forman entonces inmunocomplejos, que se depositan finalmente en los pequeños vasos sanguíneos y provocan daño vascular y activación de la coagulación con nefastas consecuencias para todo el organismo. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### *4.2.6.2.2 Sobredistensión uterina (embarazo gemelar y polihidramnios).*

Tanto el embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobre distensión del miometrio; esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica, que, por mecanismos complejos, ya explicados en parte, pueden favorecer la aparición de la enfermedad. Así, se ha informado que la PE es 6 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en el sencillo. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### *4.2.6.2.3 Embarazo molar.*

La frecuencia de PE es 10 veces superior en estos casos a la encontrada en el embarazo normal. Durante el embarazo molar se produce un mayor y más rápido crecimiento del útero, lo que genera distensión brusca del miometrio, con el consiguiente aumento del tono uterino, disminución del flujo sanguíneo placentario e hipoxia que, como ya se comentó, está vinculada con la aparición de la enfermedad. Asimismo, en el embarazo molar está aumentada la masa placentaria, ya que hay una superabundancia de vellosidades coriónicas, lo cual puede anticipar y acrecentar la reacción inmunitaria anormal vinculada con la



aparición de la PE. Por su parte, en este tipo de gestación está muy elevada la hCG, situación que también se ha asociado con un incremento de la incidencia de PE, incluso en el embarazo que no está afectado por una mola. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### **4.2.6.3 Factores de Riesgo Ambientales**

##### *4.2.6.3.1 Malnutrición por defecto o por exceso:*

Se ha visto que, con frecuencia, la malnutrición por defecto se asocia con la PE. La justificación de este hecho es compleja. 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. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

##### *4.2.6.3.2 Escasa ingesta de calcio:*

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 vasopresores; 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 I<sub>2</sub> (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. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### *4.2.6.3.3 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. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007)

#### *4.2.6.3.4 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, 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. (Cruz, Hernandez , & Quesada, Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I , 2007, pág. s/p)

#### **4.2.7 Cuadro Clínico.**

##### **4.2.7.1 Hipertension.**

Recordemos los hechos principales relacionados con la adaptación cardiovascular al embarazo. El volumen sanguíneo se aumenta en un 40 a 50%, con un incremento mayor en el volumen plasmático que en el de los glóbulos rojos y con la manifestación de una anemia. Hay un aumento en el volumen latido y una cardiomegalia fisiológica sobre todo en el 2° y 3er trimestres. La frecuencia cardíaca aumenta en un 22 a 26%, con una cifra que está entre 84 y 96 latidos por minuto en reposo. Hay un aumento en el débito cardíaco en un 30 a 50%; la resistencia vascular periférica está disminuida desde la 6a semana, por vasodilatación. (Botero , Henao, & Jùbiz, 2008)

Se considera que existe hipertensión durante el embarazo si el aumento de la tensión arterial sistólica es superior a 30 mmHg o si el incremento de la diastólica, sobrepasa los 15 mmHg. Estas cifras se aceptan siempre y cuando se conozca previamente el dato de la tensión arterial. Cuando lo anterior no es posible, la cifra de 140/90 se considera como límite; sin embargo, este concepto puede conducir a un error por exceso de confianza y descuidar las bases para un diagnóstico temprano. Una tensión arterial media, TAM, superior a 105 mmHg. También se utiliza como criterio diagnóstico.

Esta determinación debe hacerse en dos ocasiones, con seis horas de intervalo. Tal aumento de la presión arterial debe desaparecer poco tiempo después del parto. Se considera una enfermedad de primigestas, aunque

puede ocurrir en los siguientes embarazos. (Conducta ante los estados hipertensivos del embarazo. , 2009)

#### **4.2.7.2 Proteinuria.**

Es la presencia de 300 mg/litro o más de proteína, en una muestra de orina de 24 horas, de un gramo/litro en una muestra cualquiera recogida con una diferencia de seis horas, o 30 mg/dl en una muestra. La proteinuria se puede presentar por circunstancias diferentes a la PE; así, la presencia de sangre, la contaminación con la flora vaginal, el ejercicio y la posición, pueden alterar el resultado. (Preeclampsia., 2007)

#### **4.2.7.3 Edema.**

Es la acumulación excesiva de líquido en los tejidos, demostrado por la fóvea en las extremidades o en la cara. Antes de la aparición del edema; una ganancia de peso de dos kilos o más por semana, también es aceptado como patológico durante el embarazo. Es un signo arbitrario y no siempre guarda relación con la gravedad del cuadro clínico. Algunas gestantes, que desarrollan PE, no presentan edema. (Gary Cunningham, 2006)

#### **4.2.8 Medios Diagnóstico.**

- Exámenes complementarios
- Se deben solicitar pruebas de laboratorio para evaluar los siguientes sistemas: hematológico, hepático, renal, cardiovascular, neurológico y coagulación sanguínea.
- Hematológico: Se comprueba mediante el hematocrito la presencia de una hemoconcentración, debido a que hay desplazamiento de líquido intravascular al extravascular.

- Renal: Mediante el estudio citoquímico de orina se puede valorar la presencia de proteinuria que compromete la unidad renal. Se analiza en muestra de 24 horas.
- La función renal se debe evaluar mediante el cléarance de creatinina, ya que la uremia, el nitrógeno ureico y creatinina sérica pueden elevarse de manera discreta.
- Cardiovascular: Este estudio se requiere en casos complicados, mediante un electrocardiograma. (Prevencion, Diagnòstico y Manejo de la Preeclancia /Eclampsia., 2007, pág. 24)

#### **4.2.9 Complicaciones de la Preeclampsia.**

##### **4.2.9.1 *Eclampsia.***

Definida como la ocurrencia de una convulsión que no es atribuida a otras causas en una paciente con preeclampsia severa. La presión arterial mayor de 185/115 mmHg, proteinuria mayor a 10 gr en 24 horas, estupor, pérdida parcial o total de la visión, dolor epigástrico en barra, hiperreflexia generalizada y convulsiones y/o estado de coma, después de la semana 20 hasta 30 días posparto.

##### **4.2.9.2 *Síndrome de Hellp.***

Es la presencia de hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. (Gòmez , Enrique; Hard, Alberto; Garcia, Olga, 2005, p. 2)

#### **4.2.10 Tratamiento de Trastorno Hipertensivo del Embarazo.**

Conocedores de que la etiopatogenia de los trastornos hipertensivos gestacionales son aún poco clarificados, las siguientes premisas son parte del tratamiento.

La terapia indicada es elegir el momento oportuno y el lugar adecuado para la terminación de la gestación.

El manejo obstétrico de la preeclampsia se basa fundamentalmente en el balance entre la salud feto neonatal y la salud materna.

No existen evidencias sobre mejores resultados entre conductas activas o expectantes en el manejo de la preeclampsia. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 22)

##### **4.2.10.1 Criterios de Ingreso Hospitalario.**

Se recomienda hospitalización en aquellas embarazadas que presenten cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, pero sobre todo, aquellas con riesgo de graves complicaciones como la preeclampsia, ya que la presencia de proteinuria mayor a 300 mg/24 h, implica enfermedad avanzada y el inicio de una fase inestable en la que la salud del feto y de la madre puede deteriorarse de forma impredecible. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 22)

##### **4.2.10.2 Tratamiento Conservador en Embarazo Menor a 34 Semanas.**

El manejo conservador en embarazos prematuros puede mejorar los resultados perinatales, pero debe realizarse un cuidadoso monitoreo del estado materno-fetal. Sulfato de magnesio en dosis profiláctica por 24 h en casos de

preeclampsia grave. Uso de antihipertensivos Glucocorticoides para maduración fetal entre 24 y 34 semanas, y 6 días (menos de 35 semanas).

Los Corticosteroides prenatales pueden ser considerado para las mujeres que tienen <34 semanas de gestación con hipertensión (con o sin proteinuria o signos de gravedad) si el parto se contempla dentro de los próximos siete días.

Primera elección: Betametasona, 1 ampolla de 12 mg (6 mg de fosfato + 6 mg de acetato) intramuscular glútea (IM) cada 24 horas, por un total de dos dosis.

Laboratorio seriado que incluya:

- Hemograma con recuento de plaquetas
- Creatinina, úrea, ácido úrico, pruebas hepáticas y HDL
- Proteinuria de 24 h
- Laboratorio habitual del embarazo (glucemia, serología, orina completa, urocultivo, cultivo estreptococo B, etc.)
- Control estricto de diuresis horaria con sonda vesical. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 22)

#### **4.2.10.3 Medidas no Farmacológicas.**

Reposo estricto en cama.

- No se ha demostrado en ningún tipo de trastorno hipertensivo que el reposo mejore los resultados del embarazo

Restricción de sodio.

- Se recomienda dieta normosódica en pacientes con hipertensión gestacional o preeclampsia.

- Continuar dieta hiposódica indicada previamente en hipertensas crónicas.
- Reducción de peso.
- No se recomienda la reducción de peso durante el embarazo para prevenir la hipertensión gestacional. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 23)

#### **4.2.10.4 Tratamiento Farmacológico.**

El riesgo de hipertensión grave se redujo a la mitad con el uso de antihipertensivos. Sin embargo, los antihipertensivos no se asociaron con cambios en el riesgo de preeclampsia, muerte fetal-neonatal, parto prematuro o neonato pequeño para la edad gestacional.

Ante cifras tensionales mayores a 160/110 mm Hg, la terapia antihipertensiva se realiza con el objeto de disminuir las complicaciones maternas, como la hemorragia cerebral. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 23)

#### **4.2.10.5 Tratamiento Farmacológico Ambulatorio (vía oral).**

Si se considera el manejo ambulatorio por ausencia de signos de gravedad y posibilidad de control estricto ambulatorio, se debe utilizar cualquiera de estos fármacos:

- Alfa metildopa: 500 a 2.000mg/día, Comprimidos de 250 y 500 mg en dos a cuatro dosis. Agonista alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica. Primera elección para la mayoría de las sociedades científicas. Seguridad bien documentada luego del primer trimestre y mientras dure la lactancia.



- Nifedipino: 10-40 mg/día, Comprimidos de 10 y 20 mg en una a cuatro dosis. Bloqueante de los canales de calcio. Se recomiendan los preparados por vía oral de liberación lenta. No debe administrarse por vía sublingual para evitar riesgo de hipotensión brusca. Seguro en embarazo y lactancia.
- Diuréticos: En particular las tiazidas no deben ser recomendadas para la prevención de preeclampsia y sus complicaciones. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 24)

#### **4.2.10.6 Tratamiento Farmacológico en la Emergencia Hipertensiva (TA Diastólica mayor de 110 mm Hg).**

- (TA diastólica mayor de 110 mm Hg)
- El objetivo de tratar la hipertensión severa aguda es prevenir las potenciales complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares como la encefalopatía, la hemorragia cerebral y la insuficiencia cardíaca congestiva.
- El fármaco antihipertensivo más utilizado es el Labetalol, recomendado en mujeres con tensión diastólica igual o mayor a 105 - 110 mm Hg; no obstante, en Ecuador, no se dispone. Sin embargo, la Nifedipina para este propósito es efectiva, segura, conveniente y es ampliamente disponible. Nifedipina oral y labetalol intravenoso han demostrado ser eficaces y presentar menores efectos materno-fetales adversos que otros antihipertensivos
- Nifedipina: Comp. de 10 y 20 mg, liberación lenta: Dosis: 10 mg vía oral (VO) cada 20 o 30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60 mg. Efectos: Administrar con paciente consiente Contraindicada en >45 años,

Diabetes > 10 años de evolución. Efecto materno: cefalea, sofocos, Efecto fetal: taquicardia.

- Hidralazina: Ampolla de 1ml=20 mg: Dosis: 5 mg IV (si TA diastólica persiste >110, continuar con 5 - 10 mg IV cada 15 - 20 minutos). Dosis máxima: 40 mg. Efectos: Taquicardia materno-fetal importante, Se asoció a mayor incidencia de desprendimiento placentario.
- Diuréticos: En particular las tiazidas NO deben ser recomendadas para la prevención de preeclampsia y sus complicaciones. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 24)

#### **4.2.11 Tratamiento Preventivo para Eclampsia.**

El sulfato de magnesio disminuye en más de la mitad el riesgo de eclampsia y probablemente reduce el riesgo de muerte materna al actuar como bloqueador de los receptores N-metil aspartato en el cerebro.

Aunque un cuarto de mujeres sufren efectos secundarios, particularmente sofocos, la exposición al sulfato de magnesio no se asoció con aumento del riesgo materno en el seguimiento a los 2 años ni riesgo de muerte o incapacidad a 18 meses en los niños.

Existe suficiente evidencia de que el sulfato de magnesio debe ser utilizado como fármaco de primera línea para la prevención de las convulsiones eclámpticas en mujeres durante el embarazo, parto o puerperio con preeclampsia grave.

Aunque tiene efecto vasodilatador, el sulfato de magnesio no debe ser utilizado como droga antihipertensiva. Siempre debe asociarse el sulfato de magnesio a aquellas recomendadas para tal fin.

Sulfato de magnesio y nifedipina pueden utilizarse simultáneamente.

### **Efectos adversos maternos**

- Frecuentes: calores, rubor facial. Hipotensión transitoria.
- A dosis elevadas: disminución de diuresis.
- Disminución o abolición de reflejos osteotendinosos, depresión respiratoria hasta paro respiratorio, bloqueo a-v, bradicardia hasta paro cardíaco.

### **Efectos adversos fetales**

- Disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal a corto plazo, en el registro cardiotocográfico, sin relevancia clínica.
- No se asoció a depresión farmacológica del neonato ni con modificaciones del puntaje de APGAR. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 25)

#### **4.2.12 Tratamiento con Sulfato de Magnesio para Prevención de Eclampsia.**

**Dosis de impregnación prevención de eclampsia: sulfato de magnesio 4 g IV en al menos 20 minutos.**

Administración IV en microgotero: Diluya dos ampollas de sulfato de magnesio en 80 cc de solución fisiológica y administre el volumen total de 100 cc en microgotero a razón de 30 microgotas/minuto (la dilución está al 20%).

Administración IV en bomba de infusión: Administre a razón de 300 cc/hora para completar los 100 cc en 10 minutos.

La paciente puede tener síntomas vasomotores como calor y rubor facial más acentuados mientras la infusión es más rápida. Si el sofoco causado es intolerable se debe reducir la velocidad de administración.

**Dosis de mantenimiento prevención de eclampsia: sulfato de magnesio IV a razón de 1 g/hora.**

IV en venoclisis o microgotero: Diluya cinco ampollas de MgSO<sub>4</sub> en 450 cc de solución fisiológica y administre el volumen total de 500 cc al goteo a razón de 17 gotas/minuto o 50 microgotas/minuto (la dilución está al 20%).

Administración IV en bomba de infusión: administre a razón de 50 cc/hora.

La opción presentada es solo una opción de administración; el personal de enfermería puede optar por cualquier dilución, pero no debe exceder de 150 mg/minuto de sulfato de magnesio. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 26)

**4.2.13 Prevención Primaria de la Preeclampsia.**

La prevención primaria de toda enfermedad es la meta de la medicina preventiva. En cuanto a trastornos hipertensivos gestacionales, no se dispone aún de una prevención farmacológica efectiva. Mientras se desarrollan estrategias efectivas, se debe tomar en cuenta las siguientes evidencias:

- En áreas donde la ingesta de calcio es baja, se recomienda la suplementación de calcio (1,5 a 2 g de calcio elemental por día) para la prevención de preeclampsia, pero especialmente a pacientes con alto riesgo de preeclampsia.
- Las mujeres con alto riesgo de preeclampsia que se pueden beneficiar de estas terapias preventivas son aquellas que tienen: Antecedentes de enfermedad hipertensiva gestacional previa o hipertensión crónica, Enfermedad renal, Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípídico o diabetes tipo 1 o 2, Embarazos múltiples.

- La suplementación con calcio reduce la severidad de la preeclampsia.
- La suplementación con calcio en la dieta reduciría a la mitad la incidencia de hipertensión gestacional y preeclampsia en poblaciones con baja ingesta de calcio en la dieta.
- Existen bases para administrar bajas dosis de ácido acetilsalisílico (ASA) a pacientes con alto riesgo de preeclampsia.
- Se halló una reducción del 17% en el riesgo de preeclampsia asociada con el uso de ácido acetilsalisílico en dosis bajas (75 a 100 mg/día) si es posible desde la semana 12 hasta el nacimiento.
- El seguimiento de los niños a 2 años ha demostrado que el uso de baja dosis de ácido acetilsalisílico es seguro durante el embarazo. A las mujeres que tengan factores de riesgo elevado de preeclampsia, se les debería recomendar el uso de Aspirina en baja dosis.
- No se recomienda la dieta con restricción de sal para prevención de preeclampsia.
- No utilizar tratamientos preventivos en los que los beneficios no han sido probados o pueden ser añinos (antioxidantes, antihipertensivos).

#### **4.3 Mujeres Embarazadas**

- El embarazo es el estado de la mujer gestante, en el cual se desarrolla un feto en su útero. Comprende desde la fecundación del óvulo<sup>1</sup> por parte del espermatozoide hasta el parto o expulsión del feto al exterior. (Guía de Práctica Clínica, 2013, pág. 19)

### **4.3.1 Etapas del embarazo.**

#### **4.3.1.1 *Primer Trimestre (Semana 1 a Semana 12).***

Durante el primer trimestre su cuerpo experimenta muchos cambios. Los cambios hormonales afectan a casi todos los órganos del cuerpo. Estos cambios pueden desencadenar síntomas, incluso durante las primeras semanas de embarazo. La ausencia del período menstrual es una señal clara de que está embarazada. Otros cambios posibles son: Cansancio extremo, Hinchazón y sensibilidad de los senos, también es posible que tenga los pezones prominentes: Dolor de estómago, con o sin vómitos (náuseas matutinas), Antojos o rechazo por ciertos alimentos, Cambios de humor, Estreñimiento (dificultad para tener movimientos intestinales), Necesidad de orinar más a menudo, Cefalea, Acidez, Pérdida o aumento de peso

#### **4.3.1.2 *Segundo Trimestre (Semana 13 a Semana 28).***

El segundo trimestre del embarazo es más llevadero que el primero. Pero es igualmente importante mantenerse informada acerca de su embarazo durante estos meses.

Quizás note que síntomas como las náuseas y la fatiga desaparecen. Pero ahora se producen otros cambios nuevos y más notorios en su cuerpo. Su abdomen aumentará a medida que el bebé siga creciendo. Y antes de que termine este trimestre, ¡sentirá que el bebé comienza a moverse!

A medida que su cuerpo cambie para adaptarse al bebé, usted podrá presentar:

- Dolores corporales, como dolor de espalda, de abdomen, en la ingle o en los muslos

- Estrías en el abdomen, pechos, muslos o nalgas
- Oscurecimiento de la piel alrededor de los pezones
- Una línea en la piel, entre el ombligo y el nacimiento del vello púbico
- Parches de piel más oscura, generalmente sobre las mejillas, la frente, la nariz o el labio superior. Los parches a menudo son iguales en ambos lados de la cara. Esto a veces se denomina la máscara del embarazo.

- Adormecimiento u hormigueo en las manos, llamado síndrome del túnel carpiano.

Picazón en el abdomen, las palmas de las manos y las plantas de los pies. *(Llame a su médico si tiene náuseas, pérdida de apetito, vómitos, ictericia o fatiga combinada con picazón. Esos pueden ser señales de un problema hepático grave.)*

Hinchazón de los tobillos, los dedos y la cara. *(Si observa hinchazón repentina o extrema, o si aumenta mucho de peso muy rápidamente, llame a su médico inmediatamente. Eso podría ser una señal de preeclampsia.)*

#### **4.3.1.3 Tercer Trimestre (Semana 29 a Semana 40).**

Algunas de las molestias que tuvo durante el segundo trimestre van a continuar. Además, muchas mujeres tienen dificultades para respirar y notan que tienen que ir al baño incluso con más frecuencia. Esto se debe a que el bebé está creciendo y ejerce más presión sobre sus órganos. No se preocupe, su bebé está bien y esos problemas disminuirán una vez que dé a luz.

Algunos cambios nuevos en el cuerpo que quizás note durante el tercer trimestre son: Bradicardia, Acidez, Edema de los tobillos, los dedos y la cara. (Si observa hinchazón repentina o extrema, o si aumenta mucho de peso muy rápidamente, llame a su médico inmediatamente. Eso podría ser una señal de preeclampsia), Hemorroides, Senos sensibles, que pueden dejar escapar una sustancia acuosa que se elimina antes de producirse la leche, llamada calostro, El ombligo puede protruir hacia afuera, Problemas para dormir. El bebé "cae" o se mueve hacia la parte baja del abdomen, Contracciones, que pueden ser una señal del trabajo de parto verdadera o falsa. (Agency for healthcare research and quality, 2009)

#### **4.4 Hospital**

Es una Unidad de salud que brinda atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de corta estancia en: medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; cumple acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y odontología; dispone de auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico e imagenología Es el eje del sistema de referencia y contra referencia de los servicios del primer nivel y se ubica generalmente en cabeceras cantonales. Estos pueden ser del sector público o privado. (Hospitalarias, Anuario de Estadísticas., 2014)



## **5 MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1 Materiales**

Materiales de Oficina: Papel bond, lápices, esferográficos, copias, carpetas, trípticos, anillados, empastados, carteles, marcadores. Equipos: computadora, impresora, proyector, pantalla, amplificador, cámara fotográfica.

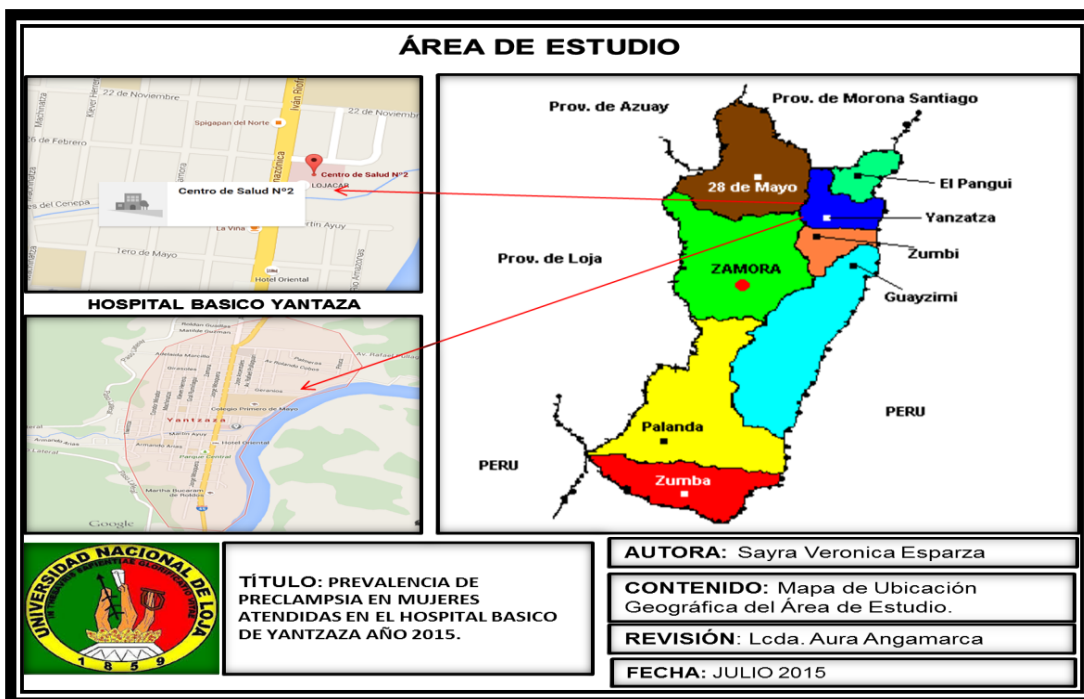
### **5.2 Métodos**

#### **5.2.1 Localización del Área de Estudio**

El presente trabajo investigativo se recopiló información dentro del servicio de estadística el Hospital Básico de Yantzaza, esta institución se encuentra a una distancia de 45 kilómetros de distancia desde la ciudad de Zamora, está ubicado en la avenida Iván Riofrio y 26 de febrero en el cantón de Yantzaza perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe.

El Cantón Yantzaza, Según la nueva división territorial la provincia forma parte de la zona 7 de salud, el Hospital Básico de Yantzaza forma parte del distrito de la salud 19D04 con una cobertura de atención a los cantones Yantzaza y el Pangui. El hospital cantonal cuenta con los servicios: de consulta externa, ginecología, cirugía, medicina general, psicología, laboratorio clínico, farmacia, centro quirúrgico, ecografía. El área de hospitalización brinda la atención en ginecología, clínica, quirófano neonatología y emergencia. Para internación se dispone de 15 camas, cuya tasa de ocupación en el 2002 fue del 85,3%. Posee una área de 5084m<sup>2</sup> aproximadamente y una área construida de 1833,61 metros

cuadrados. Esta infraestructura tiene un tiempo de construcción de 32 años.



**Figura 1:** Localización del Hospital Básico de Yantzaza

## 5.2.2 Diseño de la investigación

*Trasversal:* se realizó porque los datos recolectados en la investigación se tomaron en una sola ocasión.

*Retrospectivo:* porque se obtuvo información de las expedientes de las pacientes que acudieron al Hospital Básico de Yantzaza en el periodo 2014 a octubre del 2015.

*Bibliográfico:* porque la autora recopiló datos en los libros, revistas, tesis, páginas web, en diversas fuentes bibliográficas se apoyó en consultas de documentos que sustentan la investigación.

*Descriptivo:* Porque se describió los factores de riesgo de la preeclampsia en las pacientes atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza.

*De campo:* ya que la investigadora se trasladó a los domicilios de las mujeres embarazadas.

### **5.3 Técnicas Instrumentos y Materiales.**

#### **5.3.1 Objetivo 1**

Para determinar la prevalencia de preeclampsia en mujeres embarazadas, la autora utilizó la técnica de la observación directa con su instrumento la guía de observación (Anexo 1), y mediante la revisión de las historias clínicas, partes diarios se recolectó información sobre el total de gestantes que presentaron preeclampsia del periodo 2014 a octubre del 2015, una vez obtenidos todos los datos se aplicó la fórmula de la prevalencia y se procedió a la tabulación y posteriormente fueron procesados a través de equipos informáticos para establecer las conclusiones y recomendaciones.

#### **5.3.2 Objetivo 2**

Para determinar las características sociodemográficas, de las pacientes que presentaron preeclampsia la autora utilizó la misma técnica e instrumento utilizando (Anexo 1), en el objetivo uno y se adiciona parámetros para recabar información sobre el sexo, etnia, y una vez obtenidos los datos los mismos fueron obtenidos, ordenados, tabulados y se analizaron y se procedió a determinar las respectivas recomendaciones y conclusiones.

#### **5.3.3 Objetivo 3**

Para identificar los factores de riesgo que presentan las mujeres embarazadas con preeclampsia la autora utilizó la misma técnica e instrumento del objetivo uno y dos (Anexo 1), así se procedió a identificar los

factores como: edad, posteriormente se analizó, tabulo los datos obtenidos con la ayuda de equipos informáticos y luego se determinó las conclusiones y recomendaciones.

#### **5.3.4 Objetivo 4**

Para desarrollar un plan de prevención sobre la preeclampsia la autora ejecutó un programa de capacitación (Anexo 15) y visitas domiciliarias (Anexo 18) con la finalidad de difundir temáticas sobre la identificación de los factores de riesgo y signos de alarma en las mujeres embarazadas, también se realizó la entrega de trípticos (Anexo 8)

### **5.4 Población y Muestra**

#### **5.4.1 Población**

La población en este estudio fueron las mujeres embarazadas atendidas y registradas en estadística del Hospital Básico de Yantzaza en el periodo 2014 a octubre del 2015.

**N= 20**

#### **5.4.2 Muestra**

La muestra que se consideró para el presente estudio fueron las mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia atendidas y registradas en estadística del Hospital Básico de Yantzaza en el periodo 2014 a octubre del 2015.

**n= 20**

## 6 RESULTADOS.

### 6.1 Prevalencia de la Preeclampsia en las Mujeres Embarazadas Atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza. En el Periodo 2014 a Octubre 2015.

**Tabla 1**

Prevalencia de Preeclampsia

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si presenta Preeclampsia	20	2,17
No presenta Preeclampsia	903	97,83
<b>Total</b>	<b>923</b>	<b>100,00</b>

*La tasa de prevalencia del periodo estudio corresponde a:*

$$\frac{P = \text{pacientes con diagnóstico de preeclampsia}}{\text{Total de pacientes atendidas desde año 2014- octubre 2015}} \times 100$$

$$P = \frac{20 \times 100}{923}$$

$$P = 2,17$$

#### **Interpretación:**

Como lo indica la tabla, 20 usuarias gestantes han presentado preeclampsia representando el 2,17%, frente a 903 usuarias que no han presentado preeclampsia con el 97,83%.

**Análisis:**

Respecto a la prevalencia de preeclampsia en las mujeres atendidas en el Hospital Básico Yantzaza durante el año 2014 a Octubre 2015, se destaca que el 2,17% han presentado preeclampsia durante el periodo de gestación determinando un bajo porcentaje respecto al total de la población investigada, en comparación a otra investigación la prevalencia estimada en un 2,3% de todos los embarazos en los países en vías de desarrollo.

**Tabla 2***Prevalencia / Cuadro Clínico*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Proteinuria	20	100,00
Edema	6	30,00
Hipertensión Arterial	20	100,00

**Interpretación:**

Según la tabla 20 mujeres embarazadas presentaron Proteinuria con un 100%, seguido 6 mujeres presentaron edema con el 30%, mientras que 11 mujeres presentaron el 100% con hipertensión arterial.

**Análisis:**

Según el estudio realizado en las mujeres embarazadas que han presentado preeclampsia, el cuadro clínico más sobresaliente fue la proteinuria y la hipertensión arterial con un 100% cada uno, la preeclampsia se caracteriza por el aumento de la presión arterial, proteínas en la orina y edema la cual puede dar complicaciones graves (hemorragias cerebrales, rotura de hígado, fallo renal, etc.)

e incluso llevar a la muerte a la madre y al bebé, debido a que esta patología afecta principalmente al sistema nervioso central.

**Tabla 3**

*Prevalencia / tipos de Preeclampsia*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Preeclampsia Leve	17	85,00
Preeclampsia Severa	3	15,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

En cuanto a la tabla 3 los tipos de preeclampsia en 17 usuarias han presentado preeclampsia leve con el 85%, mientras que 3 gestantes con preeclampsia severa con un 15%.

**Análisis:**

Según estos datos, pudo establecerse que en esta población de estudio el mayor porcentaje de padecimiento de las gestantes fue la preeclampsia leve con el 85%, y la preeclampsia severa con el 15%, ya que la preeclampsia leve se presenta con la hipertensión arterial mayor o igual a 140/90mmHg, que se presenta después de las 20 semanas de gestación con proteinuria de más de 300mg en 24 horas. y la preeclampsia severa se presenta con hipertensión arterial mayor o igual a 160/110mmHg, con proteinuria de 5g en orina de 24 horas o en tirilla reactiva de +++, con oliguria menos de 400ml/24horas, plaquetas <1000.000/L, transaminasas elevadas, hemolisis, dolor epigastrio, cefalea y fopsias etc.

## 6.2 Características Sociodemográficas en las Pacientes Atendidas que Presentan Preeclampsia.

**Tabla 4**

*Estado Civil*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	7	35,00
Casada	7	35,00
Unión libre	6	30,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

En cuanto al estado civil de las mujeres que presentaron preeclampsia, se encontró que 7 mujeres embarazadas son solteras con un 35%, igual dato representa aquellas que son casadas y por último 6 mujeres en unión libre con el 30% de la población.

**Análisis**

Según estos datos, sobre el estado civil se destaca que el 35% son mujeres casadas e igual porcentaje representa a las solteras, dado que ambas características son similares no se puede establecer una diferencia exacta sobre la incidencia del padecimiento de preeclampsia,

**Tabla 5**

*Nivel Educativo*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	12	60,00
Secundaria	5	25,00
Superior	3	15,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>



**Interpretación:**

De acuerdo a los datos obtenidos por la guía de observación realizada se identificó que 12 mujeres embarazadas poseen el nivel primario con un 60%, seguido por 5 mujeres embarazadas con nivel secundario con el 25%, mientras que 3 mujeres embarazadas poseen nivel superior lo que representa el 15%.

**Análisis:**

Según los datos obtenidos del presente estudio se pudo verificar que existe un alto porcentaje de mujeres que poseen solamente el nivel educativo primario ya que representa el 60%, este dato concuerda con la edad identificada dado que aquellas comprendidas en 31 a 40 años representó el 40% ya que el nivel educativo no influye en forma directa para padecer preeclampsia pero si es un factor de riesgo en cuanto a nivel de escolaridad bajo que no permite que exista mayor conocimiento sobre la patología, la cual no se detecta a tiempo los signos de alarma de preeclampsia.

**Tabla 6***Residencia*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	12	60,00
Rural	8	40,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

En cuanto a la residencia de las mujeres gestantes atendidas en el área de hospitalización del Hospital Básico Yantzaza, puede observarse en la tabla que 12

mujeres embarazadas provienen de la zona urbana lo que representa un 60%, mientras que 8 mujeres son residentes de la zona rural con el 40% de la población en estudio.

### **Análisis:**

El mayor porcentaje de usuarias son del área urbana con el 60%, este es un factor que incide durante los controles médicos ya que facilita a las pacientes y al personal médico mantener comunicación, control y vigilancia médica más efectiva, también permite que tengan mayor acceso a medios de comunicación con lo cual se informan sobre medidas preventivas de la preeclampsia a diferencia del sector que no cuenta con circunstancias antes mencionadas.

**Tabla 7**

#### *Ocupación*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Quehaceres domésticos	20	100,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

### **Interpretación:**

De acuerdo al estudio realizado en 20 mujeres gestantes que fueron atendidas en el área de hospitalización del Hospital Básico Yantzaza con diagnóstico de preeclampsia, se encontró que según la ocupación el 100% de la población se dedica a los quehaceres domésticos.

**Análisis:**

Según el estudio realizado las mujeres embarazadas que han presentado preeclampsia no tienen un trabajo específico fuera del hogar ya que el 100% se dedican a los quehaceres domésticos, este factor puede relacionárselo a que coadyuva en el aumento del estrés y sedentarismo lo que a su vez conllevaría al desarrollo de obesidad y ésta al desarrollo de hipertensión arterial, los cuales representan factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia.

### **6.3 Factores de riesgo que Presentan las Pacientes Atendidas con Preeclampsia.**

#### **Factores Maternos Preconcepcionales**

**Tabla 8**

*Edad / Preconcepcionales*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
15 - 20años	5	25,00
21 a 34 años	11	55,00
35 a 40 años	3	15,00
41 0 más	1	5,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

#### **Interpretación:**

Sobre la edad en las mujeres embarazadas se encontró a 5 mujeres de 15 a 20 años con un 25%, seguido de 11 usuarias en la edad de 21-34 años lo que representa el 55%, luego 3 mujeres con la edad de 35-40 años con un 15% y finalmente 1 mujer con más de 41 años representada por el 5%.

**Análisis:**

En lo referente a la edad el grupo más sobresaliente es la población comprendida en 21 a 34 años con el 55%, sin embargo existen mujeres de edad joven de 15 a 20 años representada por el 25% en contraposición el 15% representa a la edad adulta, datos que sobresalen y que constituyen uno de los principales factores de riesgo para padecer de PE (preeclampsia) esto se debe que en las mujeres jóvenes esta patología es frecuente debido al mayor índice de implantación placentaria anormal lo cual es una causa de la preeclampsia, y en la edad mayor de 35 se presenta con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares lo que conlleva al padecimiento de preeclampsia.

**Tabla 9***Etnia*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mestiza	18	90,00
Shuar	2	10,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

Como lo indica la tabla 4 sobre la etnia o grupo cultural dentro de la población investigada, dio como resultados que 18 mujeres embarazadas fueron de grupo cultural mestizas con el 90%, mientras que 2 mujeres fueron de grupo cultural shuar representando el 10%.

**Análisis:**

En cuando al grupo cultural este estudio encontró que predominó la etnia mestiza con el 90%, de acuerdo a estudios indica que este padecimiento es más frecuente en la población afro ecuatoriana dado por la incidencia de hipertensión, obesidad y diabetes mellitus tipo II; sin embargo según el INEC, 2010 en la Provincia de Zamora Chinchipe la población afro ecuatoriana representa solamente el 1,4% mientras que la etnia mestiza representa el 80,3%, es por ello que en esta investigación ha prevalecido este padeciendo en la etnia mestiza dando como resultado que pese a la teoría la predisposición en este investigación se dio en la etnia mestiza.

**Tabla 10***Antecedentes personales de preeclampsia*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	20,00
No	16	80,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

Según la tabla 9 se puede observar que 4 mujeres embarazadas han presentado preeclampsia en embarazos anteriores con un 20%, mientras que 16 mujeres no han presentado preeclampsia en embarazos anteriores lo que representa el 80%.

**Análisis:**

El dato relevante identificado representa a las mujeres que no han presentado preeclampsia en embarazos previos con el 80%, no obstante el 20% si han presentado episodios de preeclampsia en embarazos previos, este hecho se debería a que existe entre un 20 y 50% de sufrir una recurrencia de esta patología en su siguiente embarazo, así como la susceptibilidad para padecer de preeclampsia en toda mujer que la sufre, y también está relacionado al factor genético ya sea de origen materno, paterno por medio del genotipo fetal el mismo que utiliza como mediador el sistema inmunológico y este se debe más en las pacientes que no lograron desarrollar una tolerancia inmunológica a los antígenos paternos a los que ya se expusieron en gestaciones anteriores.

**Tabla 11***Enfermedades Presentes*

<b>Opción</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hipertensión crónica	Arterial	15	75,00
Obesidad		1	5,00
Diabetes Gestacional		2	10,00
IVU		2	10,00
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

Según la tabla 15 mujeres embarazadas presentaron hipertensión arterial crónica con un 75%, seguido 1 mujer con obesidad con el 5%, si mismo 2 mujeres con diabetes gestacional con el 10%, mientras que 2 mujeres con IVU el 10% de la población.

**Análisis:**

Según el estudio realizado en las mujeres embarazadas la enfermedad que más predomina es la hipertensión arterial crónica con un 75%, estudios demuestran que esta enfermedad por diferentes mecanismos produce daño vascular dado que la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la preeclampsia debido a que hay un aumento de la sensibilidad a la norepinefrina y esta es aún más intensa en las pacientes que ya tienen una hipertensión arterial crónica y se asocia con la preeclampsia, por otra parte se ha visto que el 20% de las mujeres que sufren preeclampsia durante su embarazo y que no eran hipertensas con anterioridad, pueden quedar en este estado para siempre, si la toxemia aparece antes de las 30 semanas de gestación.

**Factor Ambiental****Tabla 12***Control prenatal*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
De 1 a 2 controles	5	25
De 3 a 4 controles	8	40
Más de 5 controles	7	35
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Interpretación:**

Referente a los controles prenatales se encontró que 5 mujeres embarazadas se han realizado de 1 a 2 controles con un 25%, seguido de 8

mujeres que se han realizado de 3 a 4 controles con un 40%, así mismo 7 mujeres se han realizado más de 5 controles con el 35 %.

### **Análisis:**

De acuerdo al estudio realizado se identificó que el 40% de la población estudiada se realizó de 3 a 4 controles médicos dando como resultado un control óptimo ya que según el MSP (Ministerio) indica que las mujeres en estado de gestación deben realizarse entre 5 y 7 controles mínimos y lo ideal 12 controles lo que no sucede con 13 gestantes que se realizaron su control prenatal de 1 a 2 con el 25% y 3ª 4 con el 40%, esto se debe a diversos problemas de tipo cultural ,económico, social, o por desconocimiento de su embarazo ocasionando que las embarazadas cumplan con un control adecuado y de esta forma los médicos o ginecólogos no pueden identificar, evaluar y tratar precozmente los signos de alarma de la Preeclampsia y seguir con tratamiento para mantener su embarazo hasta la culminación.

**Tabla 13**

#### *Antecedentes Gestacionales*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primigestas	4	20,00
Multigestas	16	80,00
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

### **Interpretación:**

Como lo muestran los datos obtenidos en la tabla, se identificó que 4 mujeres son primigestas lo que representan el 20%, mientras que 16 gestantes abarcando el 80% de la población de estudio son multigestas.



**Análisis:**

De acuerdo al estudio realizado las multigestas prevalecen con un 80%, mientras que las primigestas comprenden el 20%; estudios han demostrado que en las multigestas como en las primigestas la mayor duración de la cohabitación sexual antes de la concepción tiene una relación inversa con la incidencia de preeclampsia, es decir que a mayor convivencia con la pareja sexual hay menor incidencia de preeclampsia dado por el fenómeno de tolerancia inmunológica, el cual en las multigestas disminuye con el tiempo y aproximadamente en 10 años después de una primera gestación dejando a la mujer expuesta a los antígenos paternos, en cambio en las primigestas el útero al no haber sido sometido a la distensión del miometrio posee mayor tono lo cual hace que la perfusión sanguínea durante la gestación sea dificultosa, lo cual causa hipoxia trofoblástica generando así la preeclampsia.

**6.4 Plan de acción para la prevención de Preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza.****Plan de Capacitación**

**Tema:** YANTZAZA SIN PRECLAMPSIA

**Objetivo:** Disminuir la prevalencia de preeclampsia en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico del Cantón Yantzaza.

**Grupo al que está dirigido:** a las mujeres embarazadas

**Lugar:** Hospital Básico de Yantzaza, domicilios de mujeres embarazadas.

**Fecha:** 18 de febrero hasta el 15 de marzo del 2016

**Responsable:** Sayra Veronica Esparza Viñamagua

**Actividades de enfermería:** Promoción de la preclamsia, Visitas domiciliarias a mujeres embarazadas, Capacitación sobre la preeclampsia a usuarios del hospital Básico de Yantzaza, Entrega de material informativo: trípticos.

### Cronograma del plan de actividades

Lugar  Fecha y  hora	Actividad	Técnica	Materiales
18 al 20 de febrero del 2016  08:00 a 17:00	visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas del cantón Yantzaza  <b>Capacitación:</b>  Preeclampsia en las mujeres embarazadas.  Toma de la presión arterial.  Educación sobre la alimentación y control prenatal.	<b>Trabajo de campo</b>	Tensiómetro  Fonendoscopio  Cámara  Cartel  Tablero
Hospital Básico de Yantzaza 15 de marzo del 2016	<b>Charla educativa</b>  Preeclampsia: Definición, Factores de riesgo, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento, prevención.  Entrega de trípticos.  Entrega de refrigerio.	<b>Conferencia</b>	Portátil  Proyector  Esferos  Trípticos  Cámara

## 7. DISCUSIÓN

En la presente investigación se establece que la preeclampsia es una enfermedad compleja de origen multifactorial aun no establecida, que afecta al binomio madre-hijo, cuyas secuelas por tratamiento inoportuno son graves e incluso conducen a la muerte materna y fetal, dada su importancia en el ámbito laboral de la salud y conociendo que es un problema de salud frecuente, este estudio se lo ejecutó basándose en la determinación de la prevalencia de preeclampsia en mujeres embarazadas que fueron atendidas en el hospital básico de Yantzaza.

El análisis en respecto a la determinación de la prevalencia de preeclampsia en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Básico Yantzaza durante el año 2014 a Octubre 2015, dio como resultado que de 923 usuarias 20 presentaron preeclampsia con el 2,17% durante el periodo de gestación, dato que se relaciona según la guía práctica de trastornos hipertensivos del embarazo donde la prevalencia de preeclampsia se encuentra en un 2,3% de todos los embarazos en los países de vías de desarrollo concluyendo de esta forma que en la investigación realizada por la autora coincide con datos estadísticos a nivel mundial además cabe recalcar que la preeclampsia es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo y representa la primera causa de morbilidad perinatal y muerte infantil a nivel nacional.

Un estudio realizado por Corella, 2014 en embarazadas atendidas en el servicio de hospitalización en la Fundación Pablo Jaramillo de la ciudad de Cuenca, identificó una prevalencia de preeclampsia del 12%, mientras que Pillajo y Calle en su estudio sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a la

Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague de Santa Rosa – El Oro, de 115 usuarias identificaron que la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo fue del 3,66 %, de los cuales el 45,2% correspondió a Preeclampsia leve, mientras que el 33,9% presentó preeclampsia grave represento.

En relación a la prevalencia del cuadro clínico en la investigación realizada por la autora sobresalió el padecimiento de proteinuria y hipertensión arterial con el 100% cada una, que manifestaron las usuarias gestantes datos que se relacionan Según estudios realizados por Terán, 2012 sobre los factores que inciden en la prevalencia de hipertensión arterial en gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital san Vicente de paúl donde indica que los síntomas y signos vasomotores más alarmantes que presentaron las gestantes con Trastornos Hipertensivos del Embarazo durante la gestación se encuentran la cefalea tensional 63% y los acúfenos 14% concluyendo de esta forma que en ambas investigación sobresale este síntomas característico esto se debe ya la preeclampsia afecta principalmente al sistema nervioso central.

En relación a la prevalencia de tipos de preeclampsia predominó la preeclampsia leve con un 85%, seguido la preeclampsia severa con el 15%. Según estudios realizados por Pillajo y Calle 2014, en el 45,2% de la población el diagnóstico fue Preeclampsia leve, con un porcentaje menor la Preeclampsia grave represento el 33,9%. Morales, 2013 en su estudio encontró el 46% de preeclampsia leve y 54% de preeclampsia severa, mientras que Paz, 2013 en su estudio encontró el 34,31% de hipertensión gestacional, 19,61% de preeclampsia leve y grave, síndrome de Hellp con un 20,59%, el 0,98% de hipertensión más preeclampsia sobreañadida, finalmente el 4,90% de eclampsia. Este estudio

concuera con la investigación ya que la preeclampsia y la preeclampsia leve se presentan con la presión arterial 140/90mmHg con presencia de proteinuria de 300mg en 24horas.

Sobre las características sociodemográficas; la autora tomo en consideración las características sociodemográficas el mismo que fueron: estado civil, nivel educativo, residencia y ocupación.

En cuanto al estado civil se destaca que las mujeres casadas y solteras representan con un 35% cada una, dado que ambas características son similares no se puede establecer una diferencia exacta sobre la incidencia del padecimiento de preeclampsia, sin embargo según Hernández, 2007 en un estudio sobre factores de riesgo de preeclampsia indica que las mujeres casadas son las más afectadas debido a que se exponen en forma frecuente a los antígenos paternos y esto hace que se forme el fenómeno de tolerancia inmunológica lo cual disminuye el riesgo de padecimiento de preeclampsia en las siguientes gestas, lo cual no ocurre en las mujeres solteras ya que es probable que tiendan a cambiar frecuentemente de pareja sexual motivo por el cual según la investigaciones comparada da como resultado que tanto mujeres casadas y solteras se exponen siempre y cuando no tengan una pareja sexual definida.

El nivel educativo predominante fue el nivel primario con el 60%, según Terán, 2013 en un estudio de factores que inciden en la prevalencia de hipertensión arterial en gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital san Vicente de Paúl en el período enero a julio 2012, que su nivel predominante es secundario con el 51%. Esto concuerda con otros estudios que el nivel educativo

es un factor de riesgo en cuanto al nivel de escolaridad bajo que no permite que exista mayor conocimiento sobre la patología.

En cuanto a la procedencia predominó el grupo de usuarias del área urbana con el 60%, según Morales, 2013 en un estudio de “prevalencia de preeclampsia en adolescentes y protocolo para prevención” prevalece la zona urbana con el 98%, lo cual este factor incide durante los controles médicos ya que facilita a las pacientes y al personal médico mantener comunicación, control y vigilancia médica más efectiva, a la vez que permite mayor acceso a medios de comunicación con lo cual se informan sobre medidas preventivas de la preeclampsia.

En cuanto a la ocupación en las mujeres embarazadas predominó el 100% de quehacer doméstico,

Con Respecto a los factores de riesgo que presentaron las pacientes atendidas con preeclampsia, se identificó factores maternos Preconcepcionales, como la edad comprendida en 21 a 34 años con el 50%, y en contraposición a la edad joven de 15 a 20 años representada por el 25%; mientras que el 15% representa a la edad adulta, datos que sobresalen y que constituyen uno de los principales factores de riesgo para padecer de PE (preeclampsia) esto se debe a que en las mujeres jóvenes esta patología es frecuente debido al mayor índice de implantación placentaria anormal lo cual es una causa de la preeclampsia, y en la edad mayor de 35 se presenta con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares lo que conlleva al padecimiento de preeclampsia. Datos que se relacionan con otras investigaciones realizadas por Rodríguez, 2013 en Guayaquil sobre identificación de trastornos hipertensivos en embarazadas en edades

extremas del hospital Matilde Hidalgo de Procel, mediante revisión de 113 historias clínicas se encontró que la edad más afectada con trastornos hipertensivos en el embarazo correspondió al rango de 14-19 años con el 30,09%, así como también las edades de 20 a 29 años representaron el 42,47% mientras que la mujeres comprendidas entre 30 a 45 años representaron el 27,43%, de igual manera en comparación con otro estudio realizado por Pillajo, Calle, 2014 sobre Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza en Santa Rosa se encontró que la media de la edad se ubicó en 24,74 años, siendo el grupo etario con más pacientes el de 19-23 años con el 28,7% concluyendo que el factor edad es más predisponente en las adolescentes y mayores de 35 años.

En cuanto al grupo cultural este estudio encontró un predominio de la etnia mestiza ya que el 90% de las gestantes atendidas fueron mestizas y tomando en consideración que a nivel de Zamora Chinchipe la población étnica es mestiza dato que se relaciona según el INEC (2010) en la Provincia de Zamora Chinchipe donde la etnia mestiza representa el 80,3% y la población afro ecuatoriana representa solamente el 1,4% concluyendo de esta forma la etnia mestiza si es factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia ya sea por incidencia de hipertensión, obesidad y diabetes mellitus tipo II.

Otro dato relevante identificado por la autora representa a las mujeres que no han presentado preeclampsia en embarazos previos ya que representa el 80%, no obstante el 20% si han presentado episodios de preeclampsia en embarazos previos; según estudios este hecho se debería a que existe una susceptibilidad para padecer de preeclampsia en toda mujer que la sufre, y también está relacionado al factor genético utilizando como mediador el sistema inmunológico.

Otro estudio realizó según Morales, 2013 en un estudio de “prevalencia de preeclampsia en adolescentes y protocolo para prevención”, el 20% tuvieron antecedentes de preeclampsia.

En cuanto a las enfermedades crónicas que presentaron las gestantes con preeclampsia fue la hipertensión arterial crónica con el 75%, diabetes 10%, dato que se relaciona con Rodríguez, 2013 en Guayaquil donde se encontró que el padecimiento de Hipertensión Arterial Crónica y la Preeclampsia-Eclampsia representó el 5,31%, el padecimiento de diabetes se encontró en el 1,77% concluyendo de esta forma que la hipertensión crónica sigue siendo una de las patologías que ocasionan preeclampsia la misma que produce daño vascular por diferentes mecanismos, debido a que placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la preeclampsia.

En cuanto a los controles médicos el 40% de la población estudiada posee de 3 a 4 controles médicos, mientras que el 35% se han realizado de 5 a 6 controles datos que se relacionan según Rodríguez, 2013 en Guayaquil sobre identificación de trastornos hipertensivos en embarazadas en edades extremas del hospital Matilde Hidalgo de Procel, donde mediante revisión de 113 historias clínicas se encontró, en cuanto a los controles que el 0,88% no se han realizado ningún control, el 19,47% se han realizado de 1 a 4 controles, el 75,22% de 5 a 9 controles y finalmente el 4,42% tuvieron de 10 a 12 controles médicos concluyendo de esta forma que en las dos investigaciones no se evidencia el cumplimiento adecuado de las normativas de atención prenatal establecidas por el ministerio de salud pública donde se establece que las gestantes deben tener por lo mínimo 7 controles, con el fin de identificar, evaluar y tratar precozmente



cualquier complicación que ponga en riesgo la salud de la madre como del feto, conforme un análisis sistemático de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre las causas de muerte materna ha mostrado que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo a causa de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia.

En cuanto a la paridad se identificó que las multigestas prevalecen con un 80%, mientras que las primigestas comprenden el 20%; De igual manera en el estudio de Rodríguez, 2013 en Guayaquil se encontró que el 57,52% fueron multíparas mientras que las nulíparas correspondieron al 42,48% datos que se relacionan ya que quedado demostrado que en las multíparas como en las primigestas el tener un pareja sexual definida produce mayor duración de la cohabitación sexual antes de la concepción tiene una relación inversa con la incidencia de preeclampsia, es decir que a mayor convivencia con la pareja sexual hay menor incidencia de preeclampsia dado por el fenómeno de tolerancia inmunológica, el cual en las multíparas disminuye con el tiempo y aproximadamente en 10 años después de una primera gestación dejando a la mujer expuesta a los antígenos paternos, en cambio en las primigestas el útero al no haber sido sometido a la distensión del miometrio posee mayor tono lo cual hace que la perfusión sanguínea durante la gestación sea dificultosa, lo cual causa hipoxia trofoblástica generando así la preeclampsia.

En base a los resultados fue necesario realizar el plan de acción de enfermería propuesto y ejecutado por la autora para disminuir el índice de prevalencia de preeclampsia.

## 8 CONCLUSIONES

Que la prevalencia de preeclampsia en 923 mujeres gestantes atendidas en el Hospital Básico Yantzaza durante el año 2014 a Octubre 2015 fue del 2,17%.

Que la prevalencia de cuadro clínico que condujo a las usuarias a buscar atención médica fue el padecimiento de proteinuria y hipertensión arterial con el 100% cada una y el 30% con edema.

Que la prevalencia según tipos de preeclampsia fueron la preeclampsia leve con el 85% y la preeclampsia severa con un 15%.

Que en las características sociodemográficas, se destacó al estado civil casado y soltero con el 35% cada una, el nivel primario con el 60%, de procedencia urbana con el 60%, ocupación quehaceres domésticos con el 100%.

Dentro de los factores maternos preconcepciones el más sobresaliente fue la edad de 21 a 34 años con el 50%, la etnia mestiza con el 90%, el antecedentes gestacionales de preeclampsia en embarazos con el 20%, enfermedades presentes hipertensión arterial crónica con el 75%, con 3 y 4 controles médicos el 40%, sobre la paridad prevalecen las multigestas con el 80%.

Que fue necesario realizar un plan de acción encaminado a la disminución de la preeclampsia en las embarazadas del Cantón Yantzaza.

## 9 RECOMENDACIONES

Se recomienda a las enfermeras de Hospital Básico de Yantzaza:

Se continúe brindando información a las gestantes sobre los signos de alarma de preeclampsia que se presenta en el embarazo.

Continuar realizando las visitas domiciliarias de atención a las mujeres embarazadas para que sigan informando sobre la importancia de un control prenatal adecuado para así seguir detentando los factores de riesgo que se presentan en el embarazo.

Al personal de salud del Hospital Básico de Yantzaza;

Brindar información a los familiares sobre la educación sexual, planificación familiar y las patologías más embarazos seguidos.

Capacitar al personal de salud periódicamente sobre los diversos problemas de salud pública que aquejan nuestro medio y que los avances de la medicina puedan estar al alcance de toda la población, ya sea incrementado los servicios de salud en aquellas zonas rurales y de difícil acceso para las mujeres embarazadas.

Acudir a realizarse todos los meses los controles médicos al Hospital o al subcentro más cercano y si presenta algún signo de alarma de la preeclampsia.

## 10 BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Mortalidad Materna. *Organización Mundial de la Salud*, s/p.
- Agency for healthcare research and quality*. (1 de Noviembre de 2009). Obtenido de <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/etapas-del-embarazo.html>
- Botero , J., Henao, G., & Jùbiz, A. (2008). *Obstetricia y Ginecología*. Colombia: Corporación para investigación Biológicas,CIB.
- Conducta ante los estados hipertensivos del embarazo*. . (2009). Obtenido de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino.Pamplona.: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia2.pdf>.
- Cruz, H. (2007). Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, s/p.
- Cruz, Hernandez , P., & Quesada, M. Y. (2007). Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, s/p.
- Cruz, Hernandez, P., & Quesada, M. Y. (2007). Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, s/p.
- Cruz, Hernandez, P., Quesada, M. Y., & Valdes, A. (2007). Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, s/p.

Cunningham, G., MacDonald, P., Gant, N., Leveno, K., & Gilstrap, L. (1993).  
*Williams Obstetricia*. Barcelona - España: MASSON,SA. p.759.

Gary Cunningham, F. (2006). *Obstetricia de WILLIAMS*. Buenos Aires: McGraw-Hill Interamericana.

Gòmez , Enrique; Hard, Alberto; Garcia, Olga. (2005). *Medicina de Urgencias Primer Nivel de Atencion*. Toluca, Mèxico: Centro Estaral de Informacion en Salud. p.2.

Guia de Pràctica Clínica. (2013). *Trastornos Hipertensivos del Embarazo*. Quito - Ecuador: Direcciòn Nacional de Normatizaciòn - MSP.p.17.

*Guia\_de\_trastornos\_hipertensivos.pdf*. (10 de 2013). Obtenido de *Guia\_de\_trastornos\_hipertensivos.pdf*:  
[http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_de\\_trastornos\\_hipertensivos.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf)

Hernandez. (2007). Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, s/p.

Hospitalarias, Anuario de Estadísticas. (2014). *Egresos y Camas*. Quito: Juan Larrea N 15 - 36 y Josè Riofrío.

*Hospitalarias, Anuario de Estadísticas*. (2014). Obtenido de Egresos y Camas.

<http://asarbach.wordpress.com/programaciòn/unidad-4-los-procesos-psiquicos-ii/2-las-emociones>. (s.f.). Recuperado el viernes de 12 de 2015

<http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>. (s.f.).  
 Recuperado el viernes de 12 de 2015

[http://ec.europa.eu/health/ph.determinants/life\\_style.es.htm](http://ec.europa.eu/health/ph.determinants/life_style.es.htm). (s.f.). Recuperado el viernes de 12 de 2015

<http://salud.ccm.net/faq/8177-prevalencia-definicion>. (Febrero de 2013).

[http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos\\_Publicos/Trab\\_3/Astillero%20Pinilla\\_3/Prevalencia.htm](http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Astillero%20Pinilla_3/Prevalencia.htm). (s.f.). Obtenido de [http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos\\_Publicos/Trab\\_3/Astillero%20Pinilla\\_3/Prevalencia.htm](http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Astillero%20Pinilla_3/Prevalencia.htm)

[http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos\\_Publicos/Trab\\_3/Astillero%20Pinilla\\_3/Prevalencia.htm](http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Astillero%20Pinilla_3/Prevalencia.htm). (2013).

<http://www.centrogerontologicowashington.es/formularios/residenciageriatrica.aspx>. (s.f.). Recuperado el martes de 10 de 2015

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC. (2014). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos*. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.com:8080/inecpedia/index.php?title=Hospital\\_B%C3%A1sico&redirect=no](http://www.ecuadorencifras.com:8080/inecpedia/index.php?title=Hospital_B%C3%A1sico&redirect=no)

Jaerin, V., Analía, L., & Brès, S. (2007). Preeclampsia Eclampsia. *revista de posgrado de la VI a Càtedra de Medicina - Nª 165.*, 21.

*la Hora Nacional*. (28 de 09 de 2003). Obtenido de la Hora Nacional: [http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1000194528/-1/La\\_preeclampsia,\\_un\\_verdadero\\_peligro.html#.Vyy-qyFTKyc](http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1000194528/-1/La_preeclampsia,_un_verdadero_peligro.html#.Vyy-qyFTKyc)

Licham , C; Quevedo , F;. (2005.). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Perú: Sinco editores S.A.C. Pág. 56.

Martinez. (14 de 10 de 2006). *WordReference.com Language Forums*. Obtenido de WordReference.com Language Forums: <http://forum.wordreference.com/threads/una-descripci%C3%B3n-sociodemogr%C3%A1fica.262314/>

*Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Legionelosis.* (s.f.). Obtenido de Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Legionelosis: [http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos\\_Publicos/Trab\\_3/Astillero%20Pinilla\\_3/Prevalencia.htm](http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Astillero%20Pinilla_3/Prevalencia.htm)

*Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Legionelosis.* (s.f.). Obtenido de Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Legionelosis: [http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos\\_Publicos/Trab\\_3/Astillero%20Pinilla\\_3/Prevalencia.htm](http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Astillero%20Pinilla_3/Prevalencia.htm)

MSP. (10 de 2013). *Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Obtenido de Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica (GPC): [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D502.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D502.pdf)

Palacios C, P. R. (01 de 02 de 2010). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. Obtenido de La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/antenatal\\_care/nutrition/cd001059\\_penasrosaspj\\_com/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/nutrition/cd001059_penasrosaspj_com/es/)

Pèrez, A; Donoso, E. (2011). *Obstetricia*. Santiago de Chile - Buenos Aires.: Mediterràneo Ltda.p.345.

Preeclampsia. (2007). <http://med.unne.edu.ar/revista/preeclam>.

Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. (2002). *salud contigo es posible*. México: ISBN Derechos Reservados.p.13.

Prevencion, Diagnóstico y Manejo de la Preeclancia /Eclampsia. (2007). México: Secretaria de Salud Centro Nacional de Equidad de Genero y Saluda Reproductiva.

(2013). Trastornos hipertensivos del embarazo. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Vargas, V., Acosta, G., & Moreno, M. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de Obstetricia y ginecología.*, s/p.

Wilson, M. (2003.). *Obstet and Gynecol: molecular epidemiology of preeclampsia*. 3ra.ed. Chicago.: Year Book Medical, pp. 39.





## 11.2 Prueba de Confiabilidad de Pearson con la Guía de observación

### Anexo 2. Prueba de Confiabilidad de Pearson Crombach

CONFIABILIDAD: PEARSON Y CRONBACH																				
1 SE PROCEDE A APLICAR UN NÚMERO DE 20 ENCUESTAS 2 DOS FECHAS DISTINTAS																				
2 SE LAS TABLA EN EL ORDEN QUE FUERON REALIZADAS																				
3 SE ASIGA UN VALOR DE ACUERDO AL ORDEN DE RESPUESTA ASIGNADO, ES DECIR, 1, 2, 3, 4)																				
PROCESAMIENTO	EVENTO A										EVENTO B									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
EDAD	15 - 20 años	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	21 - 34 años	2	0	2	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	2	2	0	2	0
	35 a 40 años	3	0	3	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	41 años a más	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
ETNIA	Mestizo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Indígena	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Shuar	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SOLTERO	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	
CASADO	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	2	2	2	0	2	0	0		
UNION LIBRE	3	3	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0		
RESIDENCIAL	Urbana	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Rural	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	0	2	0	0	
NIVEL EDUCATIVO	Primaria	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	
	Secundaria	2	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	
	SUPERIOR	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	
OCCUPACION	DD DD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	ENPLEADA PUBLICA	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PREVALENCIA DE PRECLAMPIA MATERNA	Si	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	
	No	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	
	Preeclampsia	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	
	Preeclampsia Leve	2	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	0	2	2	0	0	0	2	
	Preeclampsia Se	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	
PREVALENCIA CUADRO CLINICO	PROFEMURIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	DOLOR ABDOMINAL	2	2	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	
	CEFALEA	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	
	De 1 a 2 controles	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
FACTORES AMBIENTALES	De 1 a 2 controles	2	0	0	0	2	2	0	2	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	
	Más de 5 controles	3	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	3	3	3	0	
	HTA crónica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
ENFERMEDADES CRONICAS	OBEESIDAD	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
	DIABETES GESTACIONAL	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	
	IVU	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ANTECEDENTES GESTACIONALES	Primigesta	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Segundigesta		2	0	2	2	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
Multipara		3	0	0	0	0	3	3	0	0	3	3	0	3	3	3	3	3	3	
total	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		20	38	41	40	42	45	39	35	44	48	41	37	37	43	39	44	46	45	

SE PROCEDE A DETERMINAR Y CALCULAR LAS VARIABLES DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS									
N	X	Y	XY	X <sup>2</sup>	Y <sup>2</sup>	r =	n	ΣX	ΣY
1	38	37	1406	1444	1369	r =	(n	ΣX <sup>2</sup>	ΣY <sup>2</sup>
2	41	37	1517	1681	1369				
3	40	43	1720	1600	1849	r =	20	*	17.060
4	42	39	1638	1764	1521			333.120	-
5	45	44	1980	2025	1936	r =	341.200	-	169.708
6	39	46	1794	1521	2116			168.284	*
7	35	45	1575	1225	2025	r =	171.492		
8	44	44	1936	1936	1936			30.000.998.384	
9	48	48	2304	2304	2304	r =	171.492		
10	34	35	1190	1156	1225			173.208	
Σ	406	418	17060	16656	17650	r =	0,99		

FACTOR	RESULTADOS
NINGUNA CONFIABILIDAD	0 - 0,20
BAJA CONFIABILIDAD	0,21 - 0,40
MODERADA CONFIABILIDAD	0,41 - 0,60
ALTA CONFIABILIDAD	0,61 - 0,80
MUY ALTA CONFIABILIDAD	0,81 - 1,00

SE PLANTEA UNA CONCLUSIÓN DE RELACIÓN CON LA TABLA

### 11.3 Oficios

Anexo 3 .oficio dirigido al director del distrito 19D04 Yantzaza y el Pangui solicitando colaboración para el desarrollo del trabajo.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
SEDE ZAMORA  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Yantzaza 28 de octubre del 2015

Dra. Diana Cango  
DIRECTORA DISTRITAL 19D04 PANGUI – YANTZAZA

De mis consideraciones.

Yo, **SAYRA VERONICA ESPARZA VIÑAMAGUA**, portadora de la cedula de ciudadanía número **1900652023**, estudiante de enfermería de la carrera de enfermería del área de salud humana de la universidad Nacional de Loja, actualmente realizando el internado rotativo de enfermería, me dirijo muy comedidamente, para solicitarle que me permita desarrollar mi proyecto de tesis denominado: **PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA, EN EL PERÍODO 2014 A OCTUBRE DEL 2015**. Y a la vez autorice a quien corresponda me facilite la revisión de datos en las historias clínicas de las pacientes que ampresentado Preeclampsia y así poder elaborar el proyecto de tesis dicho desarrollo será previo a la obtención del Título de licenciada en enfermería. Cabe mencionar que los resultados de esta investigación serán proporcionados al Hospital Básico de Yantzaza para su conocimiento y difusión.

Por la favorable atención que se digne a dar a la presente, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,



**SAYRA VERONICA ESPARZA VILLAMAGUA**  
INTERNA ROTATIVA DEL HBY

DIRECCION DISTRITAL 19D04  
EL PANGUI - YANTZAZA - SALUD



RECIBIDO  
GESTION DOCUMENTAL  
FECH: 28-10-2015  
HORA: 10:33  
REVISABLE

Anexo 4. Oficio emitido al director del distrito 19D04 Yantzaza y el Pangui permiso para la aplicación de charlas educativas.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
SEDE ZAMORA  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Yantzaza, 22 de febrero de 2016

Doctor:  
Ángel Chamba  
DIRECTOR DISTRITAL 19D04 PANGUI - YANTZAZA  
Ciudad

De mi especial consideración,

Reciba un atento y cordial saludo y a la vez aprovecho a la oportunidad para desearle éxito en sus labores cotidianas.

Por medio de la presente me dirijo a su autoridad para solicitarle muy comedidamente me autorice para dar unas charlas educativas a las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza sobre los signos de alarma de Preeclampsia, solicitud que hago ya que me encuentro ejecutando el Trabajo de Titulación denominado: **PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA, EN EL PERIODO 2014 A OCTUBRE 2015**. El mismo que es uno de los requisitos para obtener el título de Licenciada en Enfermería.

Por la atención dada a la presente reciba mi cordial agradecimiento.

Atentamente,



**SAYRA VERONICA ESPARZA VIÑAMAGUA**  
C.I: 1900652023



## Anexo 5. Respuesta a la petición para la aplicación de charlas educativas.

Ministerio de Salud Pública  
 Coordinación Zonal 7 - Salud  
 Dirección Distrital 19D04 – EL PANGUI-YANTZAZA-SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ7-DDS-19D04-2016-0101-O  
 Yantzaza, 01 de marzo de 2016

**Asunto:** OF. S/N - CHARLAS EDUCATIVAS PRECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADA

Señora  
 Sayra Verónica Esparza Viñamagua  
**Estudiante de la Carrera de Enfermería**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - SEDE ZAMORA**  
 En su Despacho

De mi consideración:

Por medio del presente me permito autorizar a la Srta. Sayra Verónica Esparza Viñamagua la participación de las Charlas Educativas a las mujeres embarazadas, en coordinación con el Dr. Leonardo Paredes y Lic. Rosa Lucero atendidas en el Hospital Básico Yantzaza.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Angel Eren Chamba Vega  
**DIRECTOR DISTRITAL 19D04 EL PANGUI-YANTZAZA SALUD**

Av. Iván Rieffro y 26 de Febrero  
 Teléfono 593 (T) 2-300689 Ext 101

5/1

Anexo 6. Oficio emitido al director del distrito 19D04 Yantzaza y el Pangui permiso para obtener datos el número de las Mujeres Embarazadas atendidas en el periodo 2014 a octubre 2015 en el Hospital Básico de Yantzaza.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
SEDE ZAMORA  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Yantzaza, 28 de marzo de 2016

Doctor:  
Ángel Chamba  
DIRECTOR DISTRITAL 19D04 PANGUI – YANTZAZA  
Ciudad

De mi especial consideración.

Yo, SAYRA VERONICA ESPARZA VIÑAMAGUA, portadora de la cédula de ciudadanía número 1900652023, estudiante de enfermería de la carrera de enfermería del área de salud humana de la universidad nacional de Loja, me dirijo muy comedidamente, para solicitarle que, me permita desarrollar mi proyecto de tesis denominado **PREVALENCIA DE PRECLAMPسيا EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA. EN EL AÑO 2014 A OCTUBRE DEL 2015.** Y a la vez me autorice a quien corresponda me facilite el número de mujeres embarazadas atendidas y así poder elaborar el proyecto de tesis dicho desarrollo será previo a la obtención del Título de licenciada en enfermería. Cabe mencionar que los resultados de esta investigación serán proporcionados al Hospital Básico Yantzaza para su conocimiento y difusión.

Por la favorable atención que se digne a dar a la presente, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



**SAYRA VERONICA ESPARZA VIÑAMAGUA**  
C.I: 1900652023

DIRECCIÓN DISTRITAL 19D04  
EL PANGUI - YANTZAZA - SALUD  
**RECIBIDO**  
GESTIÓN DOCUMENTAL  
FECHA: 28/03/2016  
HORA: 12:26  
RESPONSABLE: *[Firma]*

Anexo 7. Respuesta a la petición del número de Mujeres Embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza.

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	
<p>Coordinación Zonal 7 - Salud Dirección Distrital 19D04 – EL PANGUI-YANTZAZA-SALUD</p>	
<p>Oficio Nro. MSP-CZ7-DDS-19D04-2016-0151-O Yantzaza, 06 de abril de 2016</p>	
<p><b>Asunto:</b> Oficio S/N - SOLICITUD PARA DESARROLLO DE PROYECTO UNL</p>	
<p>Señora: Sayra Veronica Esparza Viñamagua Estudiante de la Carrera de Enfermería UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - SEDE ZAMORA En su Despacho</p>	
<p>De mi consideración:</p>	
<p>En respuesta al oficio recibidos/N - SOLICITUD PARA DESARROLLO DE PROYECTO UNL 28 DE Marzo de 2016 recibido en secretaria del DISTRITO 19D04 EL PANGUI-YANTZAZA-SALUD. De fecha de 28 DE Marzo de 2016. Me permito hacer llegar la información solicitada, de mujeres embarazadas atendidas por el servicio de Hospitalización en el periodo comprendido año 2014 y enero - octubre 2015</p>	
<p>Número de atenciones 539 AÑO 2014 Número de atenciones 384 MES ENERO OCTUBRE 2015</p>	
<p>Información que le hago llegar para los fines pertinentes</p>	
<p>Con sentimientos de distinguida consideración,</p>	
<p>Atentamente,</p>	
	
<p>Mgs. Angel Efrén Chamba Vega <b>DIRECTOR DISTRICTAL 19D04 EL PANGUI-YANTZAZA SALUD</b></p>	
<p>Referencias: - MSP-CZ7-DDS-19D04-VU/AU-2016-0118-F</p>	
<p>Av. Iván Ríos y 26 de Febrero Teléfono 093 (7) 2-308609 Ext 101</p>	
	
<p>1/2</p>	

11.4 Material de apoyo

Anexo 8. Tríptico de Preeclampsia

<p><b>COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA</b></p> <p><b>Eclampsia:</b> La presión arterial mayor de 185/115 mmHg, proteinuria mayor a 10 gr en 24horas, estupor, pérdida parcial o total de la visión, dolor epigástrico en barra, hiperreflexia generalizada y convulsiones y/o estado de coma, después de la semana 20 hasta 30 días posparto.</p> <p><b>Síndrome de Hellp:</b> Es la presencia de hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.</p> <p><b>ALIMENTACION PARA SU EMBARAZO</b></p> 	<p><b>Proteínas:</b> Las proteínas son de una importancia vital para el crecimiento y desarrollo del nuevo ser.</p> <p><b>Vitamina C:</b> Esta vitamina es esencial para muchos procesos metabólicos sin embargo que el cuerpo no puede almacenar, por lo que todo ser humano debería consumirla diariamente, preferiblemente mediante el consumo de alimentos ricos en ésta vitamina frescos y crudos.</p> <p><b>Calcio:</b> El Calcio es un mineral imprescindible para muchas funciones orgánicas: es vital para el desarrollo y correcto funcionamiento de la musculatura, el corazón y los nervios, la coagulación sanguínea y las actividades enzimáticas.</p> <p><b>Hierro:</b> En casi todas las frutas, verduras, cereales integrales y productos de origen animal se encuentran cantidades pequeñas de hierro, sin embargo la embarazada y su bebé requieren cantidades importantes de éste mineral.</p> 	 <p><b>UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA</b> <b>AREA DE SALUD HUMANA</b></p> <p><b>PREECLAMPSIA</b></p>  <p>Por: Sayra Esparza</p>
---	---	--



## PREECLAMPسيا



Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de las 20 semanas de gestación.

## CLASIFICACION DE LA PREECLAMPسيا

**Preeclampsia leve:** Presión arterial de 140/90 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días postparto, con proteinuria de más de 300 mg en

**Preeclampsia grave:** Presión arterial mayor o igual de 160 mmHg y TAD mayor o igual de 110 mmHg, proteinuria mayor de 5 g/en orina de 24 horas.

## SIGNOS Y SINTOMAS

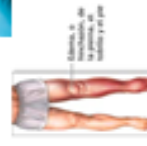
- Hipertensión Arterial



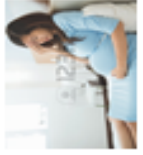
- Proteinuria



- Edema



- Cefalea



## FACTORES DE RIEGO

### Individuales

- Antecedentes de preeclampsia.
- Mujeres menores de 20 años y mujeres mayores de 35 años.
- Hipertensión arterial crónica
- Enfermedades autoinmunes
- Obesidad (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>)
- Raza negra.

### Asociados al Embarazo

- Embarazo molar
- Diabetes gestacional
- Embarazo múltiple
- Anomalías cromosómicas
- infección de vías urinarias.

### Ambientales

- Bajo nivel socioeconómico
- Antecedente familiar de preeclampsia
- Tabaquismo
- Baja ingesta de calcio.

### 11.5 Plan de acción

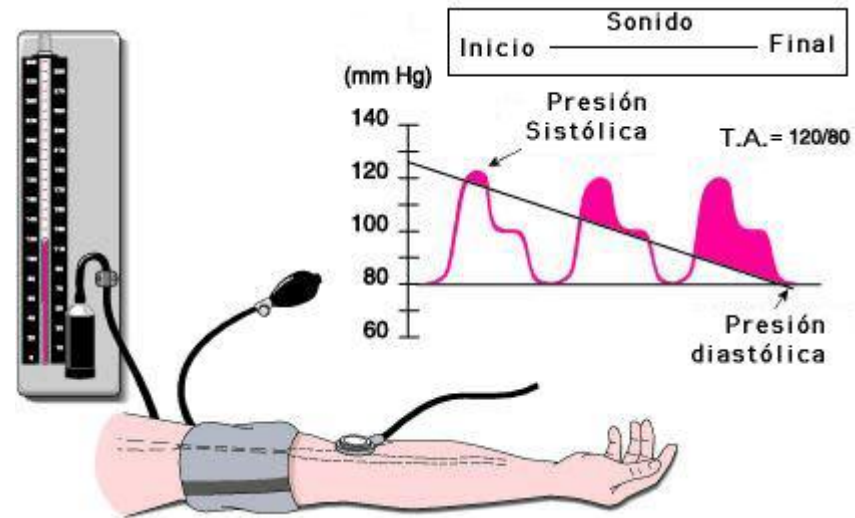
#### Anexo 9. Cronograma específico de actividades promocionales de enfermería

Lugar, Fecha y hora	Actividad	Técnica	Materiales
<p><b>18 al 20 de febrero del 2016</b></p> <p><b>08:00 a 17:00</b></p>	<p>visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas del cantón Yantzaza</p> <p><b>Capacitación:</b></p> <p>preeclampsia en las mujeres embarazadas:</p> <p><b>Definición:</b> es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la 20 semana de gestación.</p> <p><b>Factores de riesgo:</b> Ausencia de deficiencia de control prenatal, desnutrición, mujeres menores de 18 y mayores de 35 años, Obesidad, primigestas o multigestas, preeclampsia en embarazos anteriores, hipertensión arterial crónica o cualquier trastorno hipertensivo durante la gestación, infección de vías urinarias concurrentes, diabetes mellitus tipo</p>	<p><b>Visitas domiciliarias</b></p>	<p>Tensiómetro</p> <p>Fonendoscopio</p> <p>Cámara</p> <p>Cartel</p> <p>Tablero</p>

	<p>1, 2 o gestacional, enfermedad renal previa o recurrente (aguda o crónica), enfermedad trofoblastica, enfermedad autoinmunes.</p> <p><b>Signos y síntomas:</b> Hipertensión arterial, Proteinuria, Edema, vómitos, dolor en cuadrante superior del abdomen, cefalea persistente. visión borrosa.</p> <p><b>Diagnóstico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes complementarios</li><li>• Se deben solicitar pruebas de laboratorio para evaluar los siguientes sistemas: hematológico, hepático, renal, cardiovascular, neurológico y coagulación sanguínea.</li><li>• Hematológico: Se comprueba mediante el hematocrito la presencia de una hemoconcentración, debido a que hay desplazamiento de líquido intravascular al extravascular.</li><li>• Renal: Mediante el estudio citoquímico de orina se puede valorar la presencia de proteinuria que compromete la unidad</li></ul>		
--	--	--	--

	<p>renal. Se analiza en muestra de 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cardiovascular: Este estudio se requiere en casos complicados, mediante un electrocardiograma.</li></ul> <p><b>Tratamiento:</b></p> <p>Tratamiento no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reposo estricto en cama</li><li>• No se ha demostrado en ningún tipo de trastorno hipertensivo que el reposo mejore los resultados del embarazo.</li><li>• Restricción de sodio</li><li>• Se recomienda dieta normosódica en pacientes con hipertensión gestacional o preeclampsia.</li><li>• Continuar dieta hiposódica indicada previamente en hipertensas crónicas.</li><li>• Reducción de peso</li><li>• No se recomienda la reducción de peso durante el</li></ul>		
--	--	--	--

	<p>embarazo para prevenir la hipertensión gestacional.</p> <p><b>Como se puede prevenir la preeclampsia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No fumar</li><li>• Mantener un peso adecuado</li><li>• Evitar el estrés</li><li>• Dieta rica en calcio</li><li>• Complementos de ácido fólico</li><li>• Dieta rica en antioxidantes</li><li>• Dieta rica en pescado azul</li></ul> <p>Toma de la presión arterial:</p>		
--	---	--	--



- Tomarla tras cinco minutos de reposo por lo menos.
- La persona debe estar relajada y no tener prisa.
- Tampoco debe haber comido, bebido sustancias excitantes (café, té) ni fumado durante la media hora previa a la medición.
- La posición del cuerpo debe ser sentado, no estirado, con la espalda bien apoyada en el respaldo de la silla. Las piernas deben estar tocando el suelo, no cruzadas, y la mano relajada, sin apretar y

	<p>en posición de descanso.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brazo de referencia o dominante apoyado más o menos a la altura del corazón, mano relajada. El brazo de referencia o dominante es aquel en el que la TA es más alta.</li><li>• El manguito debe de estar en contacto con la piel, así que el paciente deberá remangarse la camisa. Si es invierno y se llevan muchas capas de ropa, será mejor que se las quite porque si se remangan diferentes prendas a la vez se puede crear un anillo que constriña la zona.</li><li>• Una vez posicionada la persona se colocará el manguito, que se adaptará al diámetro del brazo (pequeño, normal, grande). La explicación de la colocación viene reflejada en un gráfico que acompaña al aparato, así que una vez ajustado el manguito se debe presionar el botón para conectar el tensiómetro.</li><li>• Es importante que mientras el manguito se infla el paciente</li></ul>		
--	---	--	--

	<p>no hable, puesto que eso afectaría a los valores marcados.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No redondear cifras.</li></ul> <p>Educación de una dieta adecuada para las mujeres embarazadas con preeclampsia.</p> <p><b>Nutricional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfocado en la hidratación y en cuidar la ingesta de sal por su implicación directa con la hipertensión y la creación de edemas.</li><li>• Tampoco se debe ignorar que el llevar unas adecuadas pautas de alimentación fomentará un aumento de peso benéfico en la gestación.</li><li>• Existen una serie de pautas muy concretas que te ayudarán a disminuir la sal.</li><li>• Selecciona productos alimenticios que en su composición sean bajos o pobres en sal.</li></ul>		
--	---	--	--



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evita los embutidos, vegetales en salazón, frutos secos salados, etc.</li><li>• Reduce la sal añadida en la preparación de los platos, mediante un mayor uso del hervido, en lugar de fritos, asados, etc.</li><li>• Elimina la sal de mesa. Condimenta con especias naturales como el romero, el laurel, la albahaca.</li><li>• No se deben comer conservas porque contienen un alto porcentaje de sal en su composición. Lo ideal es tomar productos alimenticios frescos.</li><li>• Sentirte hidratada es fundamental para tu situación por muchas razones, .Favorece en mantener un buen balance hídrico dentro del organismo ayudando la exclusión de líquidos y por eso mismo, la eliminación de edemas.</li><li>• Mantener los niveles de tensión a normales, aumenta el volumen de orina beber a pequeños intervalos ayudará a prevenir</li></ul>		
--	---	--	--

	<p>la acidez formada por los jugos gástricos y las náuseas, beber una cantidad adecuada de líquido durante el embarazo ayuda al peristaltismo intestinal mejorando el estreñimiento e incluso también colabora a evitar las hemorroides y las infecciones urinarias tan habituales en el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorece a un perfecto funcionamiento renal y a eliminar toxinas librando la creación de cálculos renales.</li> </ul>		
<p><b>15 de marzo del 2016</b></p> <p><b>08:00 a 09:00</b></p>	<p><b>Charla educativa</b></p> <p>Preeclampsia: es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la 20 semana de gestación.</p> <p><b>Factores de riesgo:</b> Ausencia de deficiencia de control prenatal, desnutrición, mujeres menores de 18 y mayores de 35 años, Obesidad, primigestas o multigestas, preeclampsia en embarazos anteriores, hipertensión arterial crónica o cualquier trastorno</p>	<p><b>Conferencia</b></p>	<p>Portátil</p> <p>Proyector</p> <p>Esferos</p> <p>Trípticos</p> <p>Cámara</p>

	<p>hipertensivo durante la gestación, infección de vías urinarias concurrentes, diabetes mellitus tipo 1, 2 o gestacional, enfermedad renal previa o recurrente (aguda o crónica ), enfermedad trofoblastica, enfermedad autoinmunes,</p> <p><b>Signos y Síntomas:</b> Hipertensión arterial, Proteinuria, Edema, vómitos, dolor en cuadrante superior del abdomen, cefalea persistente. visión borrosa,</p> <p><b>Diagnóstico:</b> Exámenes complementarios</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se deben solicitar pruebas de laboratorio para evaluar los siguientes sistemas: hematológico, hepático, renal, cardiovascular, neurológico y coagulación sanguínea.</li><li>• Hematológico: Se comprueba mediante el hematocrito la presencia de una hemoconcentración, debido a que hay desplazamiento de líquido intravascular al extravascular.</li><li>• Renal: Mediante el estudio citoquímico de orina se puede</li></ul>		
--	--	--	--

	<p>valorar la presencia de proteinuria que compromete la unidad renal. Se analiza en muestra de 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cardiovascular: Este estudio se requiere en casos complicados, mediante un electrocardiograma.</li></ul> <p><b>Tratamiento:</b></p> <p>Tratamiento no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reposo estricto en cama</li><li>• No se ha demostrado en ningún tipo de trastorno hipertensivo que el reposo mejore los resultados del embarazo.</li><li>• Restricción de sodio</li><li>• Se recomienda dieta normosódica en pacientes con hipertensión gestacional o preeclampsia.</li><li>• Continuar dieta hiposódica indicada previamente en hipertensas crónicas.</li><li>• Reducción de peso</li></ul>		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>• No se recomienda la reducción de peso durante el embarazo para prevenir la hipertensión gestación.</li><li>○ <b>Entrega de trípticos.</b></li><li>○ <b>Entrega de refrigerio.</b></li></ul>		
--	---	--	--

## 11.6 Firmas

## Anexo 10. Registro de asistencia de la Capacitación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

Nóminas de usuarios/as que participaron en la charla sobre Preeclampsia en mujeres embarazadas.

FECHA: 15 de marzo del 2016

NOMBRE Y APELLIDOS	Nº CEDULA	FIRMA
Ladisa Elizabeth Zunigama	1900641783	
Marcos Hugo Guzmán	0911246621	
<del>Margarita Guzmán</del>	<del>190849229-5</del>	<del>Margarita Guzmán</del>
<del>Juan L. Guzmán</del>	<del>190209834-4</del>	<del>Juan L. Guzmán</del>
Rosa Billaguardi Chumbe	190009545-4	
Graciela Uchuasi Paltaga	190003300-1	
Miriam Yesenia Quinteros	1900075710	
Ceilar Fernando Vera Amigos	1900878784	
Rosa Naula Medina	1900460890	
R. Pineda Saura	1950007488	
Manoel Imela Sannmartín	1900717313	
Ana Lúcia Fernández Ayora	190043350-7	
Juan Carlos Alvarado Villagómez	1900736958	
Oliverio Antonio Puerto Uray	1900881467	
Ana Lúcia Papi Papi	190083300-5	
Juan Carlos Díaz	190041080-2	
Isabel Zepeda	1900609126	
Siney Salinas	1900929032	
Igorra Carrasco	48867296	
Sandra Chaurac	190022901	
Maria Amigos	190063025	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

Nóminas de usuarios/as que participaron en la charla sobre Preeclampsia en mujeres embarazadas.

FECHA: 15 de marzo del 2016

NOMBRE Y APELLIDOS	Nº CEDULA	FIRMA
Maria Mercedes S	1201668014	[Firma]
Tatiana Simbo H	190037998	[Firma]
Celia Novoa Davila	1900253087	[Firma]
Merida Nueva	1900728927	[Firma]
Silvia Espinosa	1900513001	[Firma]
Jenny Minga	1900832072	[Firma]
Senny Alejandro	1900630230	[Firma]
Carmen Jopari	1900706456	[Firma]
Hariceta Saibay	1900479245	[Firma]
Ana Maria Bautista	1900455740	[Firma]
Dulce Guastón	1900237542	[Firma]
Maria Ester Ortega	110270290-2	[Firma]
Esteban Aguilar	1900151401	[Firma]
Julio Cesar RIVERA MORALES	1900993974	[Firma]
Maria Tereza Matilde Moscoso	1900250127	[Firma]
Luis Linares	1900191956	[Firma]
Manuel Vasquez	1900451156	[Firma]
Ana Duevedo	190024783-2	[Firma]
Héctor Salas	1900702288	[Firma]
Maria Perinelli	1900337111-2	[Firma]



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

Nóminas de usuarios/as que participaron en la charla sobre Preeclampsia en mujeres embarazadas.

FECHA: 15 de marzo del 2016

NOMBRE Y APELLIDOS	Nº CEDULA	FIRMA
Ladisa Elizabeth Zingone	1300641783	
Mariano Rojas Sandoval	0911846621	
<del>Miguel Ángel Guzmán</del>	<del>1408442295</del>	<del>Miguel Ángel Guzmán</del>
Luis A. Guzmán	140209834-4	Luis A. Guzmán
Rosa Rillaguasi Chumbe	130009545-4	Rosa Rillaguasi
Gracelda Victoria Peltaya	130003900-1	
Nelson Yessica Guindiz	1300077810	
César Fernando Lora Arriaga	1900878784	
Rosa María Medina	1900460890	
R. Pineda Sacco	1950007488	
Marioxi Pamela Sanmartín	1300717313	
Ana Lúis Teránquez Ayara	130043350-7	
Laura Celia Alvarado Rillaguasi	1900736358	
Rosa Linares Pardo Uruy	170182884158	
Ana Lúis Papi Papi	190083356-5	
Juan Carlos Díaz	130041080-2	
Isabel Zepeda	1900609126	
Sindy Salinas	1900929092	
Fajana Carrasco	48867296	
Sonia Chaurac	1900223601	
Mario Arriaga	130063095	









## 11.7 Certificados

### Anexo 12. Certificado del Director Distrital 19D04 el Pangui – Yantzaza Salud

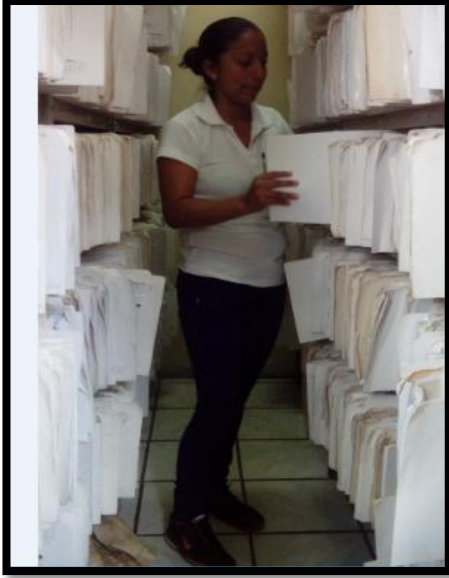
<p><b>Ministerio de Salud Pública</b></p> <p>Coordinación Zonal 7 - Salud Dirección Distrital 19D04 – EL PANGUI-YANTZAZA-SALUD</p>	
<p><b>Oficio Nro. MSP-CZ7-DDS-19D04-2016-0154-O</b> Yantzaza, 08 de abril de 2016</p>	
<p><b>Asunto: CERTIFICADO</b></p>	
<p>Señora Sayra Veronica Esparza Viñamagua <b>Estudiante de la Carrera de Enfermería</b> <b>UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - SEDE ZAMORA</b> En su Despacho</p>	
<p>De mi consideración:</p> <p>Que la Sra. SAYRA VERONICA ESPARZA VIÑAMAGUA con CI. 1900652023, estudiante de la UNL de la carrera de la carrera de Enfermería, realizó la revisión de las Historias Clínicas de las mujeres embarazadas atendidas en el año 2014 a octubre del 2015, con la finalidad de obtener datos sobre el tema denominado PREVALENCIA DE PRE ECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA EN EL PERIODO 2014 A OCTUBRE 2015.</p> <p>Con sentimientos de distinguida consideración.</p>	
<p>Atentamente,</p> <p></p> <p>Mgs. Angel Efrén Chamba Vega <b>DIRECTOR DISTRITAL 19D04 EL PANGUI-YANTZAZA SALUD</b></p>	
<p>28</p>	
<p>Av. Iván Ríos y 26 de Febrero Teléfono 593 (7) 2-360819 Ext 101</p>	
<p>1/1</p>	

## Anexo 13. Certificado del Doc. Leonardo Paredes de la Charla Educativa

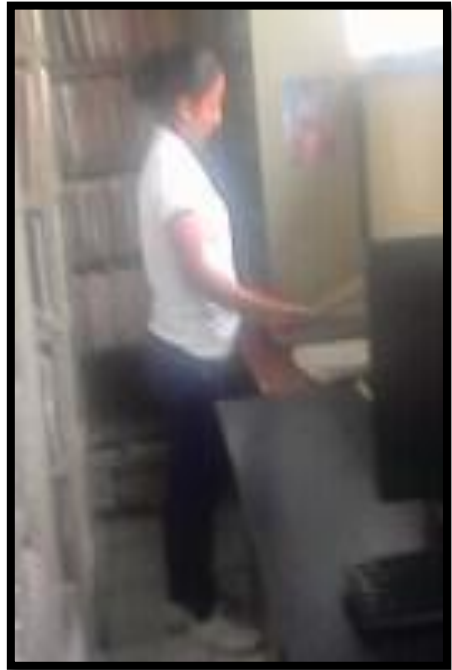
 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	
<p>Coordinación zonal 7-SALUD Dirección Distrital 19D04- EL PANGUI - YANTZAZA-SALUD</p>	
<p>Yantzaza, 15 de Marzo del 2016</p>	
<p>Doc. Leonardo Paredes <b>ANALISTA DE CALIDAD DEL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA</b></p>	
<h3>CERTIFICA</h3>	
<p>Que el Srta. <b>Sayra Veronica Esparza Viñamagua</b> con C.I: <b>1900652023</b> estudiante en Proceso de Titulación, la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja sede Zamora, con su trabajo de titulación denominado <b>PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN YANTZAZA, EN EL PERÍODO 2014 A OCTUBRE DEL 2015.</b></p>	
<p>Realizó una Charla educativa, en el servicio de Consulta Externa del Hospital Básico de Yantzaza y centro anidado, donde se entregó materiales como: trípticos para dar cumplimiento al objetivo 4 que consiste en Desarrollar un plan de prevención sobre la Preeclampsia en mujeres embarazos atendidas.</p>	
<p>Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso de la misma en lo que deigne conveniente</p>	
<p>Atentamente,</p>  <p><b>Doc. Leonardo Paredes</b></p>	
<p>DIRECCIÓN DISTRITAL 19D04 HOSPITAL BÁSICO YANTZAZA <b>Dr. Leonardo Paredes</b> MÉDICO GENERAL LIB 27 FOL 19 REG 55 CDD 1491 HBY 010</p>	
<p>Av. Iván Ríos y 26 de febrero Teléfonos: 593 (7) 2300609 ext. 101</p> 	

## 11.8 Material Fotograficas

Anexos 14. Revisando las Historias Clinicas de las mujeres embarazadas que han presentado preeclampsia.



Revisando las historias clinicas



Anexo 15. Capacitación sobre preeclampsia.



Realizando capacitación de preeclampsia en consulta externa



Anexo 16. Recolectando las firmas de la capacitación



Recolectando firmas de la capacitación

Anexo 17. Entrega de tripticos





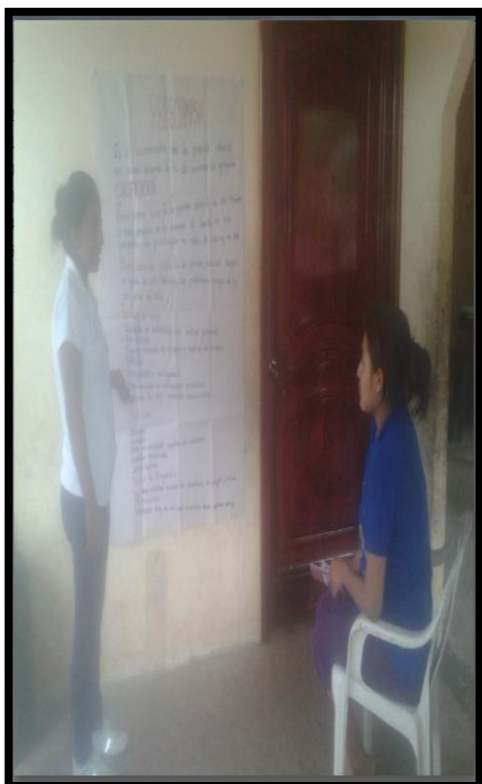


Anexo 18. Visitas domiciliarias dando la charla de preeclampsia a mujeres embarazadas.





Realizando una charla de los signos de alarma de preeclampsia



Anexo 19. Control de la Presión Arterial a las mujeres embarazadas en su domicilio.



Tomando la presión arterial a las mujeres embarazadas



Anexo 20. Registro de firmas de las visitas domiciliarias



Recopilando firmas de las visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas



## ÍNDICE

PORTADA .....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
1. TÍTULO .....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY .....	3
3. INTRODUCCIÓN .....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	9
5. MATERIALES Y MÉTODOS .....	35
6. RESULTADOS.....	39
7 DISCUSIÓN .....	53
8. CONCLUSIONES .....	60
9. RECOMENDACIONES .....	61
10. BIBLIOGRAFÍA .....	62
11. ANEXOS .....	67
INDICE .....	103