



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA

FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU
RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO
NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022.

INTEGRANTES:

CARVAJAL BERMEO EVELYN YESSENIA
POVEDA LARA MARIUXI ESTEFANIA

TUTOR:

DR. DIEGO LARREA BETANCOURT

GUARANDA ECUADOR

2022 2023

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación se lo dedico a Dios por darme la vida y ser mi guía en el transcurso de mi carrera brindándome sabiduría para culminar con éxito mi meta propuesta.

A mis padres Edgar Carvajal y Martha Bermeo por ser el pilar fundamental en mi vida, por su sacrificio, su apoyo incondicional, su paciencia, consejos, que siempre han estado conmigo en los buenos y malos momentos, me han alentado a seguir adelante para alcanzar mis objetivos y no rendirme sin importar los obstáculos durante el transcurso de mi carrera me han permitido llegar a cumplir un sueño más, saber guiarme por un buen camino para poder culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos Stefania, Katherine, Bryan y Doménica por estar presentes, acompañándome, ayudándome y brindándome su apoyo moral a lo largo de esta etapa en mi vida.

Sin dejar atrás a toda mi familia por confiar en mí, a mis abuelitos maternos Luis y Elvirita, aunque ya no estén presentes físicamente sé que me cuidaran y guiaran desde el cielo. En especial a mi abuelita paterna Inés por ser un pilar importante en mi vida demostrarme su paciencia, cariño, amor, su apoyo incondicional.

Y al final, pero sin ser menos importante a mi fiel compañera, mi otra mitad, mi fiel amiga quien me demuestra su amor incondicional llamada Mia mi bebe de cuatro patitas quien me acompañado siempre en las buenas y malas.

EVELYN C.

Este trabajo de titulación se lo dedico a mi Dios por haberme acompañado en todo el transcurso de mi carrera, por darme sabiduría y fortaleza para alcanzar mi meta.

A mis madres Judith Ribadeneira y Janneth Lara por ser mi pilar fundamental, mi apoyo en todo este proceso, por brindarme su apoyo en los momentos que más eh necesitado, y de igual forma a toda mi familia por darme consejos de aliento para así poder culminar mi carrera.

ESTEFANIA P.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradecemos a Dios por ser quien nos dio el privilegio de la vida, de todo corazón por habernos bendecido día a día, por guiarnos a lo largo de nuestras vidas, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos buenos y malos durante nuestra formación académica.

Agradecemos también a nuestro docente tutor de tesis Dr. Diego Larrea por habernos brindado su apoyo constante, sus conocimientos, su paciencia para realizar este trabajo de investigación final, que a la vez es el inicio de nuestra nueva etapa de vida como profesional de salud.

Nuestro agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano Carrera de Enfermería por abrirnos las puertas y cobijarnos con los conocimientos de sus distinguidos docentes, que nos forman como profesionales de la salud.

A nuestras familias por ser guías, compañeros y personas cercanas que nos han acompañado a lo largo de nuestra carrera.

EVELYN C.

ESTEFANIA L.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

El suscrito Dr. Diego Larrea director del proyecto de investigación como modalidad de titulación

CERTIFICA:

Que el proyecto de investigación como requisito para titulación de grado, con el tema: **“FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022”**. Realizado por los estudiantes: Carvajal Bermeo Evelyn Yessenia CI: 0250301223 y Poveda Lara Mariuxi Estefania CI: 0250061827 ha cumplido con los lineamientos teóricos y metodológicos contemplados en el reglamento de la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por la comisión de titulación, aprobado por el consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.

Dr. Diego Fernando Larrea Betancourt

TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACIÓN



DERECHOS DE AUTOR

Nosotros Carvajal Bermeo Evelyn Yessenia portadora de cedula de identidad No 0250301223 y Poveda Lara Mariuxi Estefanía portadora de la Cédula de Identidad No 0250061827 en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación: **FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU RELACION CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022.** modalidad de trabajo de titulación, de conformidad con el Art 114 del **CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN**, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar una Licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines estrictamente académicos Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Carvajal Bermeo Evelyn Yessenia

Autora

C.I 0250301223

Poveda Lara Mariuxi Estefanía

Autora

C.I 0250061827

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	v
DERECHOS DE AUTOR	vi
TEMA	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
1. EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivo específico	6
1.4. Justificación	7
1.5. Limitaciones	8
CAPÍTULO II	10
2. MARCO TEÓRICO	10

2.1.	Antecedentes de la Investigación	10
2.1.1.	<i>Antecedentes internacionales</i>	10
2.1.2.	<i>Antecedentes nacionales</i>	11
2.1.3.	<i>Antecedentes locales</i>	12
2.2.	Bases teóricas	14
2.2.1.	<i>Hipertensión</i>	14
2.2.2.	<i>Hipertensión gestacional.....</i>	14
2.2.3.	<i>Hipertensión crónica</i>	14
2.2.4.	<i>Preeclampsia</i>	15
2.2.5.	<i>Clasificación de la preeclampsia.....</i>	15
2.2.6.	<i>Preeclampsia severa</i>	17
2.2.7.	<i>Etiopatogenia de la preeclampsia severa</i>	18
2.2.8.	<i>Fisiopatología de la preeclampsia severa</i>	19
2.2.9.	<i>Clínica de la preeclampsia severa</i>	21
2.2.9.1.	<i>Signos y síntomas de la preeclampsia severa.....</i>	21
2.2.10.	<i>Complicaciones en los tipos de preeclampsia</i>	23
2.2.11.	<i>Factores de riesgo modificables y no modificables de la preeclampsia severa.....</i>	26
2.2.12.	<i>Diagnóstico de la preeclampsia severa</i>	30
2.2.12.1.	<i>Criterios de diagnóstico de la preeclampsia severa</i>	32
2.2.13.	<i>Medidas preventivas</i>	33

2.2.14.	<i>Tratamiento de la preeclampsia severa</i>	34
2.2.15.	<i>Hematoma subcapsular</i>	37
2.2.16.	<i>Parto prematuro</i>	37
2.2.17.	<i>Clasificación de los partos prematuros</i>	38
2.2.18.	<i>Etiología de parto pretérmino</i>	38
2.2.19.	<i>Diagnóstico de parto prematuro</i>	39
2.2.20.	<i>Factores de riesgo del parto prematuro</i>	40
2.2.21.	<i>Manejo de gestante con síntomas de parto pretérmino</i>	41
2.2.22.	<i>Prevalencia</i>	42
2.3.	Sistema de variables	42
2.3.1.	<i>Variable independiente</i>	42
2.3.2.	<i>Variable dependiente</i>	42
2.4.	Operacionalización de las variables	43
2.5.	Glosario de término	48
CAPÍTULO III		50
3.	Marco Metodológico	50
3.1.	Nivel de investigación	50
3.2.	Población y muestra	51
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de la información	51
3.4.	Técnicas de procesamiento de la información	52
3.5.	Análisis de resultados	53

CAPÍTULO IV	69
4. RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN LOS OBJETIVOS	69
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
5.1. Conclusiones	72
5.2. Recomendaciones	73
CAPÍTULO VI	75
6. MARCO ADMINISTRATIVO	75
6.1 Recursos	75
6.2 Materiales	75
6.3 Presupuesto	75
6.4 Cronograma	76
7. Bibliografía	78
ANEXOS	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Complicaciones de la preeclampsia	23
Tabla 2 Operacionalización de la variable dependiente; Parto prematuro.....	43
Tabla 3 Operacionalización de la variable independiente; preeclampsia severa .	45
Tabla 4 Edad	53
Tabla 5 Ubicación de la vivienda.....	54
Tabla 6 Etnia	55
Tabla 7 Escolaridad.....	56
Tabla 8 Análisis de la preeclampsia.....	58
Tabla 9 Número de embarazos.....	59
Tabla 10 HTA Crónica.....	60
Tabla 11 Obesidad.....	61
Tabla 12 Preeclampsia en embarazo anterior.....	62
Tabla 13 La gestación es múltiple.....	63
Tabla 14 Diabetes gestacional.....	64
Tabla 15 Enfermedades autoinmunes	65
Tabla 16 Enfermedad renal	66
Tabla 17 Terapia de reproducción asistida.....	67
Tabla 18 Asistencia periódica a control prenatal	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad.....	53
Gráfico 2 Ubicación de la vivienda.....	54
Gráfico 3 Etnia	55
Gráfico 4 Escolaridad.....	56
Gráfico 5 Número de embarazos.....	59
Gráfico 6 HTA Crónica.....	60
Gráfico 7 Obesidad.....	61
Gráfico 8 Preeclampsia en embarazo anterior.....	62
Gráfico 9 La gestación es múltiple.....	63
Gráfico 10 Diabetes gestacional.....	64
Gráfico 11 Enfermedades autoinmunes.....	66
Gráfico 12 Enfermedad renal.....	67
Gráfico 13 Terapia de reproducción asistida.....	67
Gráfico 14 Asistencia periódica a control prenatal.....	68

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 . Aceptación de trabajo de grado	90
Anexo 2. Permiso del Hospital Alfredo Noboa para la ejecución de la investigación	91
Anexo 3 Instrumento y validación	93
Anexo 4 Registro fotográfico	98
Anexo 6 Resultado de antiplagio.....	105

TEMA

**FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU
RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL
ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022.**

RESUMEN

El presente estudio investigativo titulado “Factores de riesgo en la preeclampsia severa y su relación con el parto prematuro en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, agosto-noviembre 2022” se desarrolló con el objetivo de “Identificar los principales factores de riesgos en la preeclampsia y su relación con el parto prematuro, en las gestantes que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro” mediante una investigación de enfoque cuantitativo de nivel descriptivo de diseño longitudinal y la utilización de instrumentos como el cuestionario y la ficha de recolección de datos. Por medio de una encuesta se determinó entre los factores de riesgo no modificables relacionados con la preeclampsia severa eran; edad extrema en el 12.5% de las pacientes, condiciones de vivienda con 62.5% procedente de áreas rurales, baja escolaridad con 37.5% solo nivel básico, hipertensión arterial alta en familiares o en embarazos previos en el 12.5% de las pacientes, obesidad en el 50% de las pacientes, HTA Crónica en el 75% de los embarazos y 12.5% de mujeres con preeclampsia en embarazos anteriores. Con la información levantada se concluye que la preeclampsia severa se asocia con el parto prematuro y que existe una prevalencia de 5.12% en preeclampsia severa en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el período agosto-noviembre del año 2022 y de 1.64% de partos prematuros por preeclampsia severa para el total de nacidos vivos. La cual se asocia a diversos factores de riesgo, por lo que se recomendó fortalecer el primer nivel de atención con el fin de lograr la captación y manejo adecuado de las mujeres embarazadas para el control y prevención de los factores de riesgo durante el embarazo.

Palabras claves: parto prematuro, preeclampsia severa, factores de riesgo

ABSTRACT

The present research study entitled "Risk factors in severe preeclampsia and its relationship with preterm delivery at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital, August-November 2022" was developed with the objective of "Identifying the main risk factors in preeclampsia and its relationship with preterm delivery, in patients attending the Alfredo Noboa Montenegro Hospital" through a quantitative approach research of descriptive level of longitudinal design and the use of instruments such as the questionnaire and the data collection form. By means of a survey it was determined that the non-modifiable risk factors related to severe preeclampsia were: extreme age in 12.5% of the patients, housing conditions with 62.5% coming from rural areas, low schooling with 37.5% with only basic level, high blood pressure in family members or in previous pregnancies in 12.5% of the patients, obesity in 50% of the patients, chronic hypertension in 75% of the pregnancies and 12.5% of women with preeclampsia in previous pregnancies. With the information gathered, it is concluded that severe preeclampsia is associated with preterm delivery and that the prevalence of severe preeclampsia in pregnant patients attended at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital in the period August-November 2022 was 5.12% and 1.64% of preterm deliveries due to severe preeclampsia for the total number of live births. This is associated with various risk factors; therefore, it was recommended that the first level of care be strengthened in order to achieve adequate recruitment and management of pregnant women for the control and prevention of risk factors during pregnancy.

Key words: preterm delivery, preeclampsia, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia severa es una enfermedad neuro hipertensiva progresiva de causa específica desconocida, que puede estar relacionada con una formación anormal de la placenta, la cual se presenta a partir de las 20 semanas de gestación o después del parto en alrededor del 10% de los embarazos. Las guías clínicas para el diagnóstico de preeclampsia severa en embarazadas la asocian con la tensión arterial por encima de 160/110 mmHg en dos medidas con un mínimo de separación de 4 horas con niveles de proteinuria $>300\text{mg}/24\text{ h}$.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (2018) indican que la tasa de partos prematuros se ubica entre el 5 y el 18% de los niños nacidos antes de cumplir las 37 semanas de gestación, causados por diferentes factores de riesgo intrínsecos y demográficos, que pueden ser minimizados sus efectos y complicaciones con un buen control prenatal y posnatal.

En el caso de Ecuador, la Gaceta de Muerte Neonatal (2022), indica que la principal causa de mortalidad neonatal es la prematuridad extrema, representando la causa de 27.83% de las muertes neonatales y de un 12.26% los casos de niños nacidos muy prematuros. Por su parte en el caso de la Provincia Bolívar, el Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales (2021) indica que se registraron 16 defunciones fetales, de las cuales 9 fueron por un parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación.

Considerando esta realidad que puede ir acentuándose con el pasar del tiempo, resulta importante contribuir por medio del presente proyecto de investigación estructurado en seis capítulos que brindan información confiable para

disminuir la tasa de partos prematuros en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro del Cantón Guaranda.

Capítulo I. El Problema

Este primer capítulo se inicia contextualizando el problema existente de partos prematuros y su relación con la preeclampsia severa, continuando con la formulación del problema a través de una pregunta, seguidamente se presentan los objetivos, la justificación, culminado con las limitaciones que puedan afectar su ejecución.

Capítulo II. Marco Teórico

Este capítulo se contemplan todos los referentes teóricos, iniciando con los antecedentes investigativos con trabajos relacionados con el tema a nivel internacional, nacional y local, continuando el capítulo con las bases teóricas que proporcionaron toda la sustentación del proyecto investigativo, siguiendo con el sistema de variables, su operacionalización y culminando con el glosario de términos.

Capítulo III. Marco Metodológico

Este tercer capítulo se plasma todo lo referente a la metodología de la investigación como el enfoque, el nivel y el diseño de la investigación, continuando con la población y la muestra seleccionada para la investigación, así como los instrumentos y técnicas de recolección y para el análisis de datos. Culminado el capítulo con las tablas, gráficos y análisis de resultados.

Capítulo IV. Resultados obtenidos según los objetivos

En este capítulo se presenta un análisis de los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados.

Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones.

Se generan las conclusiones y recomendaciones, con base a los principales hallazgos del proyecto de investigación

Capítulo VI. Marco Administrativo.

Se establece el marco administrativo y el cronograma de actividades.

Bibliografía:

Se indaga en revistas científicas, libros, ensayos, páginas de repositorios universitarios, para obtener la respectiva fundamentación científica.

Finalmente, los anexos en donde consta el instrumento aplicado para la recolección de información, los oficios de permiso para realizar la investigación y las fotografías.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El parto prematuro está asociado a mortalidad perinatal y neonatal a nivel mundial y trae como consecuencia un impacto a nivel fisiológico en el recién nacido e incluso llevando a la muerte neonatal afectando a las madres y familias. Según lo indica la Organización Mundial de la Salud (2018), a nivel mundial cada año se producen cerca de 15 millones de nacimientos prematuros, antes de las 37 semanas de gestación, siendo esta una de las principales causas de defunción en los niños menores de 5 años. De forma similar Rodríguez, et al (2020), afirma que para el año 2020 la prematuridad se relaciona con cerca del 70% de las muertes neonatales.

El parto pretérmino se ha asociado con múltiples factores, como lo son antecedente de tener un parto pretérmino, la anemia, los altos niveles de catecolaminas en la orina materna, el consumo de tabaco, la ruptura prematura de membranas (RPM), la hipertensión arterial (HTA), el sangrado transvaginal, el periodo intergenésico ≤ 1 año. (p.4).

Indica la Organización Mundial de la Salud (2018), menciona que a nivel mundial la tasa de prematuridad se encuentra entre el 5 al 18% de los recién nacidos, produciéndose principalmente por embarazos múltiples, infecciones, enfermedades crónicas, por influencia genética, enfermedades hipertensivas, entre otros.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2019), el parto prematuro se produce por muchos factores que estimulan la contractibilidad uterina. Dentro de los factores principales asociados se encuentran las infecciones intrauterinas, la

hemorragia decidual, la sobre distensión de la musculatura uterina y el estrés materno o fetal. La prevención de la prematuridad depende en gran medida de la identificación de factores de riesgo modificables y no modificables para los partos prematuros y así generar acciones e intervenciones oportunas.

Dentro de las causas de la prematuridad se asocian las enfermedades hipertensivas, destacándose dentro de ellas la preeclampsia, la cual es un síndrome clínico caracterizado por hipertensión con disfunción multiorgánica, proteinuria y edema. Se cree que es un trastorno endotelial resultante de una perfusión placentaria deficiente que libera factores que dañan el endotelio al activar la cascada de la coagulación o aumentar la sensibilidad del endotelio a los agentes opresores. En Ecuador, la preeclampsia y la eclampsia se asocian como causas de muerte materna, representando aproximadamente el 27,53% de todas las causas de muerte (Rojas et al., 2019).

En el caso de Ecuador, según la Gaceta de Muerte Neonatal (2022), la principal causa de pérdidas neonatales es la prematuridad extrema, representando la causa de 27.83% de las muertes neonatales, así mismo se asocia como causa en un 12.26% los casos de niños nacidos muy prematuros. Por su parte en el caso de la provincia Bolívar según el Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales (2021) se registraron 16 defunciones fetales, de los cuales 9 de ellos tuvieron un parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación.

En el presente estudio se proyecta efectuar una investigación con el fin de conocer la relación entre la preeclampsia severa y el parto prematuro, tomando como población en estudio los partos prematuros registrados en el período agosto-

noviembre del año 2022 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Esto con el fin de generar información actualizada que sirva de referencia para otros estudios.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la preeclampsia severa durante el embarazo y cómo se relacionan con el parto prematuro en las mujeres embarazadas que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período agosto-noviembre del año 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar los principales factores de riesgos en la preeclampsia severa y su relación con el parto prematuro, en las pacientes que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.3.2. Objetivo específico

1. Determinar la prevalencia de la preeclampsia severa en las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el período agosto-noviembre del año 2022.
2. Reconocer los factores de riesgo modificables y no modificables asociados a la preeclampsia severa en pacientes que forman parte del estudio.
3. Analizar la relación entre la preeclampsia severa y los partos prematuros atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período agosto-noviembre del año 2022.

1.4. Justificación

Se estima que cerca una mujer a nivel mundial fallece cada 3 minutos por preeclampsia y afectando entre el 3% y 10% de los embarazos, lo que la convierte, en la principal causa de muerte materna y fetal en el mundo, situación que no es ajena en las embarazadas del cantón Guaranda, al ser una complicación que se presenta con frecuencia en las gestantes, requiriendo en la mayoría de los casos hospitalización y por ende gastos para la familia.

Con el desarrollo de la investigación se aportará al Hospital Alfredo Noboa Montenegro al establecer con base estadística la prevalencia de preeclampsia severa durante el período agosto-noviembre del año 2022, aspecto necesario para conocer la problemática general de la población de madres atendidas, y mejorar las acciones para su prevención y atención oportuna y de calidad.

Este proyecto es pertinente para dar a conocer la importancia que tienen los controles prenatales periódicos durante el proceso de gestación, de tal forma, que se puedan determinar con antelación los factores de riesgos que llevan a la mujer a sufrir de preeclampsia en la última fase del embarazo.

Por otra parte, resulta importante por enfocarse en trabajar con mujeres embarazadas que tienen o son propensas a sufrir de preeclampsia antes de haber cumplido las 37 semanas de embarazo, así como a determinar los factores de riesgos que las hacen más propensas a sufrir esta condición, además permitirá establecer si existe una relación de este síndrome con parto prematuro, siendo en este caso, las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Alfredo Noboa

Montenegro que van a conformar la muestra de estudio para la ejecución de este proyecto.

La presente propuesta de investigación es factible por tres puntos que se desarrollan a continuación; al contar con la suficiente pertinencia teórica que permitirá exponer el levantamiento investigativo llevado a cabo ante la comunidad científica universitaria, por tener importancia en la práctica para la prevención del síndrome en la preeclampsia y además por contar con la apertura del personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro para desarrollar la investigación dentro del establecimiento de salud.

Con la investigación serán beneficiadas directas las mujeres gestantes que son atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, debido a que se determinarán los factores de riesgo en el desarrollo de la preeclampsia y además se contarán con los datos suficientes para reconocerlos de forma oportuna y en función de los resultados obtenidos generar acciones preventivas. De igual forma se beneficiarán de forma indirecta los profesionales de enfermería y el personal médico que laboran en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.5. Limitaciones

No contar con una base de datos depurada, de mujeres que ingresaron con parto prematuro entre las 22 a 37 semanas, donde se realice un registro de las posibles causas de la prematuridad en los partos. Aspecto necesario para complementar el estudio.

Otra limitación fue no contar con todos los datos de mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro

con trastornos hipertensivos que tengan menos de 37 semanas de embarazo o que tenga más de 20 semanas de embarazo y presente hipertensión arterial crónica.

No contar con un llenado correcto en las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. *Antecedentes internacionales*

En Perú, Garrido (2021) , desarrolló una investigación cuantitativa con el objetivo de “Determinar la relación entre la Preeclampsia y el Parto Pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Las Mercedes – Chiclayo, año 2019” , trabajando con 352 mujeres con parto pretérmino de un total de 3552 partos atendidos en gineco-obstetricia, se pudo determinar a partir de las historias clínicas que 925 mujeres presentaron preeclampsia; el 31,25% de las mujeres con parto pretérmino tenían entre 18 y 24 años; el 65,34% vivía en zona rural; el 65,91% eran multípara. Concluyendo que, existía una prevalencia de parto pretérmino por preeclampsia de 38,08% , estando asociado a la edad, habitar en zonas rurales, ser multíparas y a la falta de cumplimiento de control prenatal.

En Cuba, Rodríguez & et.al. (2020) realizaron un estudio descriptivo, correlacional, con el objetivo de “identificar factores de riesgo asociados al parto pretérmino”, trabajaron con las historias clínicas divididas en dos grupos: uno con 226 mujeres cuyo parto fue entre las semanas 28 y 36 y otro con 452 mujeres que tuvieron parto luego de las 37 semanas, observando que en las pretérmino la edad del 63,3% era entre 20 y 34 años; el 18,1% fumaba; el 52,7% eran multíparas; el 78,3% había tenido aborto; el 31% preeclampsia y en las a término el 77,9% tenían entre 20 y 34 años; el 6,6% fumaba; el 53,1% eran multípara; el 76,3 había tenido aborto; el 6,6% sufrió de preeclampsia.

Concluyendo que, entre los factores de riesgo de parto pretérmino se encontraron la preeclampsia, las infecciones y el crecimiento uterinos retardado.

En Perú, Murguía & et.al. (2021) desarrollaron un estudio analítico con el objetivo de “Determinar los factores de riesgo maternos que predisponen a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo 2018 – 2019”, trabajando con la historia clínica de 60 pacientes con parto pretérmino y 120 pacientes con parto a término como grupo control, pudieron observar que en las mujeres de parto pretérmino y término tenía una edad promedio de 17,49; el 58,3% de las pretérmino presentó anemia; el 75% no tuvo ruptura prematura; el 86,7% no tuvo preeclampsia y el 61,7% de las a término no tuvo anemia; el 79,2% no tuvo ruptura prematura; el 95,8% no tuvo preeclampsia. Concluyendo que “las variables asociadas a un mayor riesgo de parto prematuro en gestantes adolescentes fueron la anemia, infección del tracto urinario y preeclampsia” (p.35).

2.1.2. Antecedentes nacionales

En Santo Domingo, Gómez y Villafuerte (2019) desarrollaron una investigación de enfoque cuantitativo de diseño experimental con el objetivo de “Determinar los factores de riesgo asociados con la preeclampsia en embarazadas que fueron atendidas en el Centro de Salud Los Rosales de Santo Domingo de los Tsáchilas período 2016-2018”, trabajando con 32 mujeres embarazadas que cumplían los criterios de inclusión, encontrando a partir de las respuestas de la encuesta que la mayor prevalencia de preeclampsia la tenían

las mujeres embarazadas con una edad comprendida entre los 21 y 30 años con un 31,25% y pertenecientes en un 90,63% a la raza mestiza, de igual forma el 46,87% presentaba como factor de riesgo diabetes mellitus. Concluyendo que en el Centro de salud la incidencia de caso de mujeres embarazadas con preeclampsia es bajo, siendo más frecuente en mujeres mestizas, con hipertensión, diabetes mellitus y consumidoras de sustancias tóxicas.

En Guayaquil, Cañarte (2018) desarrolló un estudio cuantitativo con el objetivo de “Determinar los Factores asociados a preeclampsia en adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa de un Centro de Salud en la ciudad de Guayaquil”, trabajando con 40 adolescentes embarazadas, a quienes aplicó una encuesta, que arrojó que el 93% tenían entre 16 y 19 años de edad; el 67% era soltera; el 65% eran mestizas; el 100% habitaba en la zona urbana; el 45% tenía entre 14 y 27 semanas de gestación; el 37% ha recibido información de la preeclampsia; el 75% nunca ha recibido informa sobre los factores de riesgo de preeclampsia; el 73% no tiene antecedentes familiares de preeclampsia. Concluyendo que, las adolescentes embarazadas que asisten a consulta presentan factores de riesgo asociados a la preeclampsia como la edad, las condiciones económicas, la raza y la falta de información.

2.1.3. Antecedentes locales

En Guaranda, Altamirano (2018) , desarrolló una investigación de diseño mixto de tipo no experimental, con el objetivo de “Determinar los factores de riesgo desencadenantes de preeclampsia en mujeres embarazadas entre 25 y 35 años en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, que contribuya a trazar estrategias para la disminución de la morbimortalidad materno fetal”,

trabajando con 47 pacientes embarazadas, observó en las respuestas de la encuesta que el 19,66% tenían 35 años de edad; el 87,23% eran mestizas; el 93,62% fue diagnosticada con preeclampsia leve; el 21,28% tenía de antecedente dislipidemia; el 98% presentaba obesidad; el 72% era multípara. Concluyendo que entre los factores de riesgo prevalentes se encuentran la edad, antecedentes familiares, la etnia, la obesidad, la multiparidad y la hipertensión arterial.

En Guaranda, Cabrera y Gonzabay (2020), se plantearon como objetivo de su investigación cuantitativa “Determinar los factores de riesgos socioculturales asociados a la preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital General Alfredo Noboa Montenegro” recolectando la información a partir de las historias clínicas de 32 embarazadas diagnosticadas con preeclampsia, determinaron que el 44% tenían edades extremas; el 68% eran mestizas; el 68% realizó menos de tres controles prenatales; el 66% habita en zonas rurales; el 56% eran nulíparas. Concluyendo que, entre los factores de riesgo socioculturales para desarrollar preeclampsia se encontraron la falta de control prenatal, habitar en zonas rurales, tener un edades extremas y nulíparas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. *Hipertensión*

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónico-degenerativas de mayor prevalencia. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), es un trastorno que incrementa el riesgo de padecer o desarrollar cardiopatías, encefalopatías, nefropatías u otras enfermedades. Esta enfermedad es diagnosticada cuando la tensión arterial es elevada, es decir con valores de tensión sistólica superior a 140 mmHg y la diastólica superior al 90 mmHg.

2.2.2. *Hipertensión gestacional*

Durante el embarazo se presentan diversas patologías tales como la hipertensión arterial el cual puede complicar entre el 10 al 15% de las gestaciones. La Hipertensión en el embarazo (HE) produce un daño materno y fetal, que puede poner en riesgo la salud o la vida de la relación materno fetal, esta patología puede presentarse luego de la semana 20, y puede ser originada por “la disfunción placentaria que tendría su origen en un defecto de la invasión trofoblástica, lo cual conllevaría a un defecto de invasión y remodelación de las arterias espirales materna” (Bryce et al., 2018).

2.2.3. *Hipertensión crónica*

La hipertensión arterial crónica presentada en el embarazo, es aquel trastorno hipertensivo que aparece antes de la semana 20 en el embarazo y persiste incluso durante el período de postparto (Salas et al., 2020)

2.2.4. Preeclampsia

La preeclampsia es considerada un trastorno neuro hipertensivo progresivo que tiene una prevalencia de 10% en los embarazos a nivel mundial, generalmente se presenta en el 80% de los casos durante la etapa final de la gestación alrededor de la semana 20 de embarazo e inclusive en un porcentaje mucho menor hasta seis meses después del parto, pudiendo llegar afectar diferentes órganos de la gestante e incluso causar el 20% de las muertes maternas. La preeclampsia se puede definir según la Organización Mundial de la Salud como un trastorno hipertensivo que se presenta durante el embarazo con “presión sistólica por encima de 140mm Hg y diastólica persistente de >90 mm Hg, acompañado por proteinuria considerable >0,3 g/24 h”. (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 4).

Según Carvajal y Barriga (2022) se considera que una gestante presenta preeclampsia cuando la presión arterial presenta valores encima de 140/90 mmHg en dos ocasiones consecutivas medidas con una separación de 6 horas, acompañada de excreción urinaria mayor o igual a 300 mg de proteínas, medidas dentro de un período de 24 horas.

2.2.5. Clasificación de la preeclampsia

La preeclampsia se puede clasificar de acuerdo con:

La gravedad se subclasifica en:

- Leve: la gestante presenta una presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg en dos tomas realizadas con un intervalo de 4 horas, estando asociada a una proteinuria > 300 mg/24h.

- Severa: la gestante presenta una presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg en dos tomas realizadas con un intervalo de 4 horas, estando asociada a una proteinuria > 300 mg/24h y acompañada de edema masivo en las extremidades, rostro y abdomen., trastornos visuales y cefaleas (Coveñas, 2018).

Con inicio de la preeclampsia se subclasifica en:

- Preeclampsia Temprana: cuando se desarrolla antes de las 34 semanas de embarazo.
- Preeclampsia Pretérmino: cuando se desarrolla en un parto con menos de 37 semanas de embarazo.
- Preeclampsia de inicio tardío: cuando se desarrolla en un parto de 34 o más semanas de embarazo.
- Preeclampsia Término: cuando se desarrolla en un parto de 37 semanas de embarazo.
- Preeclampsia Sobreañadida: cuando la embarazada presenta hipertensión crónica junto con proteinuria (Salas et al., 2020).

Actualmente se está clasificando de acuerdo con los criterios de severidad y sin criterios de severidad.

La preeclampsia con criterios de severidad presenta:

- Presión arterial > 160/110 mmHg en dos tomas cada 4 horas.
- Proteinuria > 300 mg/24h.
- Creatinina sérica > 1,1 mg/dl.
- Oliguria < 500 ml/24h.
- Trombocitopenia < 100000.

- Valores de pruebas hepáticas de transaminasas que duplican su valor.
- Dolor epigástrico.
- Edema pulmonar.
- Cefaleas.
- Trastornos visuales.

En la preeclampsia sin criterios de severidad los valores de la tensión arterial se mantienen entre 140/90 mmHg en dos tomas consecutivas cada 4 horas (Herrera, 2018).

2.2.6. *Preeclampsia severa*

La preeclampsia severa es una complicación grave del embarazo caracterizada por la presencia de hipertensión arterial y proteinuria (presencia de proteínas en la orina). Puede ocurrir después de las 20 semanas de embarazo y puede ser potencialmente mortal para la madre y el feto.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), "la preeclampsia es un trastorno grave del embarazo que se manifiesta por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Si no se trata, puede conducir a consecuencias graves para la madre y el feto, incluyendo el parto prematuro, el síndrome de distrés fetal, el parto por cesárea y la muerte materna y neonatal. La preeclampsia es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y fetal en todo el mundo".

La preeclampsia severa es una complicación grave del embarazo que se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial y proteinuria (presencia de

proteínas en la orina) en la madre. Las características más resaltantes de la preeclampsia severa incluyen:

- Presión arterial alta: La presión arterial de una persona con preeclampsia puede ser mayor de 160/110 mm Hg.
- Proteinuria: La preeclampsia puede causar la eliminación de proteínas en la orina mayor o igual a 300 mg en orina /24h, lo que se conoce como proteinuria.
- Edema: La preeclampsia puede causar hinchazón en las manos, los pies y el rostro debido a la retención de líquidos (Flóres y Jiménez, 2020).

La preeclampsia severa puede ser potencialmente mortal para la madre y el feto si no se trata adecuadamente.

2.2.7. Etiopatogenia de la preeclampsia severa

La preeclampsia severa según los especialistas en la materia no tiene una causa exacta, pues consideran que puede ser causada por diferentes factores. Estudios han señalado que la preeclampsia está relacionada con la formación anormal de la placenta, el cual es un órgano que se forma con un 98% de trofoblasto y 2% del endometrio durante las tres primeras semanas del embarazo y a las 8 semanas se inicia la circulación feto placentaria (Cuadrado, 2018) .

Según Carvajal y Barriga (2022) la formación anormal de la placenta puede ser debida a “una invasión trofoblástica anormal que llevaría a una disfunción endotelial generalizada (...) Este fenómeno se acompaña de una

elevación en la producción de sustancias vasodilatadoras (prostaciclina, óxido nítrico), las que ejercen su acción a nivel local y sistémico” (p.243).

Durante el proceso de placentación se forman nuevos vasos sanguíneos que cuando no alcanzan el suficiente desarrollo generan problemas en la circulación de la sangre que alteran la presión sanguínea, debido al aumento de resistencia de las paredes de las arterias espirales al paso de flujo sanguíneo necesario para mantener al feto durante su formación y desarrollo, surgiendo la preeclampsia como consecuencia de que las dimensiones de los vasos remodelados se hallan notablemente reducidas, particularmente en la zona central de la placenta (Granja, 2021).

2.2.8. *Fisiopatología de la preeclampsia severa*

La preeclampsia severa es una enfermedad placentaria, es decir que se puede generar por una placentación anormal. Según lo explica Romero, et al (2019)

En embarazos normales, el trofoblasto comienza la invasión en la sangre a través del vaso miometrio mediante la remodelación de las arterias espirales maternas, transformándolos de pequeño a musculoso con mayor resistencia arteriolas en arterias de gran calibre con alta capacidad y libre flujo de sangre. La remodelación típicamente comienza a fines del primer trimestre y se completa a las 18-20 semanas de gestación. El fracaso de este proceso de completar la remodelación conduce a la persistencia de alta resistencia de arterias espirales que impiden la perfusión placentaria lo que conduce a un estado de "hipoxemia relativa que culmina con la disfunción de células endoteliales maternas. La disfunción sistémica materna de

células endoteliales se manifiesta en signos y síntomas que reflejan la maternidad vasoconstricción y daño multiorgánico. (p.597).

En la preeclampsia las anomalías de placentación anormal LaMarca y Ryan (2007) piensan que se deben al crecimiento de la actividad celular de las células NK por conflicto entre los genes maternos y paternos.

La fisiopatología de la preeclampsia aún no se comprende completamente. Se cree que la preeclampsia es el resultado de una falla en la implantación del embrión en el útero y una respuesta inadecuada del sistema vascular materno al embarazo.

Durante el embarazo, el embrión se implanta en el útero y forma una estructura llamada placenta, que proporciona oxígeno y nutrientes al feto y elimina sus desechos. La placenta también produce hormonas y factores de crecimiento que promueven el crecimiento y la maduración del feto. Se piensa que, en las mujeres con preeclampsia, la placenta no se implanta adecuadamente en el útero y no funciona correctamente. Esto puede llevar a una disfunción placentaria y a una falta de oxígeno y nutrientes para el feto. Además, la placenta puede liberar sustancias que pueden dañar los vasos sanguíneos maternos y causar hipertensión arterial y proteinuria. También se ha demostrado que las mujeres con preeclampsia tienen una respuesta inadecuada del sistema vascular al embarazo, lo que puede contribuir a la hipertensión arterial y a otros síntomas de preeclampsia (Académica AMIR México, 2022).

Es importante destacar que la preeclampsia no es solo un problema de hipertensión arterial durante el embarazo. La preeclampsia es un trastorno

complejo que afecta a muchos sistemas del cuerpo y puede tener consecuencias graves para la madre y el feto si no se trata adecuadamente.

2.2.9. Clínica de la preeclampsia severa

2.2.9.1. Signos y síntomas de la preeclampsia severa

En el 90% de los casos de preeclampsia las gestantes comienzan a presentar síntomas a partir de las 34 semanas de embarazo y menos de un 5% en el período de postparto o en las primeras 48 horas. Entre los síntomas y signos más frecuentes se encuentran los síntomas neuro hipertensivos tales como: escotomas, visión borrosa, cefaleas, fotofobia o pérdida temporal de la visión o de la conciencia, además puede presentar disnea, dolor abdominal o dolor torácico (Pereira et al., 2020).

Además, de acuerdo con Velumani (2021), se pueden presentar entre los signos y síntomas que indican severidad:

- Náuseas y vómitos.
- Edema pulmonar.
- Edema en las manos y pies.
- Trombocitopenia.
- Dolor en el epigastrio intenso.
- Oliguria menor a 500 ml/24h.
- Alteraciones hepáticas.

La preeclampsia severa es una afección grave que puede poner en peligro la vida de la madre y del bebé. Los signos y síntomas de la preeclampsia severa pueden incluir:

- Hipertensión arterial grave: presión arterial sistólica mayor de 160 mm Hg o presión arterial diastólica mayor de 110 mm Hg.
- Proteinuria grave: presencia de grandes cantidades de proteína en la orina.
- Edema grave: hinchazón anormal en las manos, los pies y el rostro.
- Cefalea.
- Epigastralgia grave por debajo de las costillas.
- Escotomas.
- Cambios en el estado mental, como confusión o alteración del nivel de conciencia.
- Problemas de coagulación: tiempo de sangrado mayor de normal o tiempo de protrombina (un tipo de prueba de coagulación) mayor de normal.
- Disfunción hepática: dolor o sensibilidad en el área del hígado, náuseas y vómitos.
- Disminución del flujo sanguíneo a los órganos: dolor en el pecho, dificultad para respirar o cambios en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal (Cabrera et al., 2019).

Si experimenta cualquiera de estos signos o síntomas, es importante buscar atención médica de inmediato. La preeclampsia severa puede progresar rápidamente y puede ser potencialmente mortal si no se trata adecuadamente.

2.2.10. *Complicaciones en los tipos de preeclampsia*

Las gestantes con preeclampsia pueden presentar una serie de complicaciones que puede poner en riesgo su vida y la del feto, entre las complicaciones maternas graves se encuentran:

Tabla 1 *Complicaciones de la preeclampsia*

Sistema afectado	Descripción	Complicación
Sistema nervioso central	La preeclampsia puede afectar el suministro de sangre al cerebro y puede causar cambios en el estado mental, como confusión o alteración del nivel de conciencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Desprendimiento de la retina • Ceguera cortical • Accidente cerebro vascular • Convulsiones • Cefaleas persistentes • Pérdida de la conciencia
Sistema circulatorio	La hipertensión arterial grave puede ocasionar daño en los órganos, como el hígado, los riñones y el cerebro. También puede aumentar el riesgo de ataque al corazón o derrame cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> • Isquemia • Infarto al miocardio • Trombocitopenia < 100000 u/l
Sistema respiratorio	La preeclampsia puede afectar los pulmones causando	<ul style="list-style-type: none"> • Falla respiratoria con saturación de oxígeno < 90% • Edema pulmonar agudo

	la acumulación de líquidos o un edema pulmonar.	
Sistema renal	La preeclampsia puede afectar la función renal y puede llevar a insuficiencia renal aguda.	<ul style="list-style-type: none"> • Oliguria • Lesión renal • Insuficiencia renal
Sistema hepático	La preeclampsia puede causar disfunción hepática, lo que puede provocar dolor o sensibilidad en el área del hígado y náuseas y vómitos.	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción hepática • Ruptura hepática • Hematomas • Epigastralgia
Sistema reproductor	La preeclampsia puede aumentar el riesgo de parto prematuro y puede dificultar el trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Parto complicado

Autores: Carvajal E. & Poveda M.

Fuente. (Cabrera y Gonzabay, 2020)

Entre las complicaciones graves del feto se encuentran:

- Alteración de la frecuencia cardíaca.
- Insuficiencia placentaria que genera desnutrición fetal y afectación del crecimiento fetal intrauterino.
- Desprendimiento de la placenta.

- Feto pretérmino por interrupción del embarazo.
- Muerte fetal (Cabrera y Gonzabay, Factores socioculturales asociados a la preeclampsia en gestantes. Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. Guaranda, 2019., 2020)

La preeclampsia severa es una complicación grave del embarazo que puede tener consecuencias graves para la madre y el feto si no se trata adecuadamente. Algunas de las posibles consecuencias de la preeclampsia severa incluyen:

- Parto prematuro: La preeclampsia puede causar el parto prematuro, lo que significa que el bebé nace antes de las 37 semanas de embarazo. El parto prematuro puede tener consecuencias graves para el bebé, como problemas respiratorios, problemas de alimentación y problemas de desarrollo.
- Síndrome de distrés fetal: La preeclampsia puede causar un síndrome de distrés fetal, lo que significa que el feto no recibe suficiente oxígeno y nutrientes. Esto puede llevar a problemas de desarrollo y a daños en el cerebro y otros órganos.
- Síndrome de HELLP: La preeclampsia puede destruir los glóbulos rojos por la presencia elevada de las enzimas hepáticas y bajo conteo de plaquetas en sangre.
- Parto por cesárea: La preeclampsia puede requerir un parto por cesárea para proteger la salud de la madre y del bebé.

- Muerte materna: La preeclampsia grave puede ser potencialmente mortal para la madre si no se trata adecuadamente.
- Muerte neonatal: La preeclampsia puede aumentar el riesgo de muerte neonatal, especialmente si el bebé nace prematuramente (Middlesx Health, 2022).

Es importante que las mujeres con síntomas de preeclampsia busquen atención médica de inmediato para minimizar el riesgo de estas complicaciones graves.

2.2.11. Factores de riesgo modificables y no modificables de la preeclampsia severa

Existen diferentes factores de riesgo que hacen que la gestante pueda desarrollar preeclampsia siendo la hipertensión arterial crónica junto con nefropatía con pérdida de proteínas los más relevantes, además de ellos se encuentran los siguientes:

Factores de riesgo materno:

- Historia familiar de preeclampsia de familiar en primer grado de consanguinidad.
- Embarazo gemelar o multifetal.
- Edad extrema por encima de los 40 años o por debajo de los 20 años.
- Raza negra.
- Nuliparidad.
- Diabetes mellitus insulino dependiente.
- Hipertensión arterial crónica.

- Enfermedades renales crónicas.
- Preeclampsia severa en embarazo anterior.
- Enfermedades autoinmunes.
- Embarazo empleando métodos de fertilización.
- Índice de masa corporal antes de estar embarazada por encima de 25.
- Obesidad.
- Hidrops fetal.
- Edema placentario (Espinal, 2020).

Factores de riesgo ambientales:

- Malnutrición materna.
- Baja ingesta de calcio.
- Alta ingesta de sal.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Bajo nivel educativo.
- Estrés crónico (Taco, 2018).

A continuación, se presentan la descripción de algunos de los factores de riesgo de la preeclampsia severa:

Factor de riesgo	Descripción
Nuliparidad	La asociación entre la nuliparidad y la preeclampsia: Un aspecto interesante de esta asociación es que desde el inicio de la documentación de la enfermedad esta era conocida como la “enfermedad del primer embarazo”. Y es que en aquellas mujeres que ya tenían un embarazo previo sin complicaciones, la frecuencia de aparición de la enfermedad era muy baja. Asimismo, la explicación fisiopatológica se debería a una mala adaptación inmunológica a nivel placentario en la mujer nulípara como hipótesis básica para explicar la ocurrencia de preeclampsia.

Gestación múltiple	Embarazo multifetal como condición obstétrica de alto riesgo por la alteración placentaria y los mecanismos inmunológicos propios de la disfunción placentaria y endotelial genera un riesgo cercano a tres veces en comparación con los embarazos. El riesgo aumenta al aumentar el número de fetos, así lo demuestra un estudio de casos y controles en relación al cálculo del riesgo de preeclampsia. En el cual se determinó que es mayor en el embarazo tripe en comparación con el doble.
Preeclampsia en gestaciones previas	La asociación con el antecedente de historia de preeclampsia considerado tal vez uno de los escenarios en los que la probabilidad del riesgo se incrementa estadísticamente más y por ello en la toda la literatura médica se cataloga como “el predictor más fuerte” de desarrollo de la enfermedad. Y este riesgo puede oscilar entre un 5 y 80% dependiendo del momento de aparición y de la severidad documentada previamente. A sí mismo, la explicación fisiopatológica es claramente atribuida a la carga genética según diversos estudios. Sin embargo, una característica génica heredada de tipo somática también se asocia particularmente con el desarrollo de la enfermedad.
Hipertensión crónica	Se ha informado que la hipertensión crónica tiene un papel preponderante en la predisposición de las pacientes al desarrollo de preeclampsia. Hay información en relación con los valores de presión arterial $\geq 130 / 80$ mmHg en la primera visita prenatal que aumentan el riesgo que en estudios de seguimiento han demostrado una asociación. Aunque la hipertensión crónica (definida como presión arterial $\geq 140/90$ mmHg) aumenta cinco veces el riesgo de preeclampsia en comparación con las mujeres sin este factor de riesgo, la hipertensión crónica es poco común en mujeres en edad reproductiva y, por lo tanto, representa solo del 5 al 10 por ciento de los casos de preeclampsia. Así mismo el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón revisó sus definiciones de hipertensión en el 2017 y los datos preliminares sugieren que las mujeres con presiones sistólicas de 130 a 135 y/o las presiones diastólicas de 80 a 85 mmHg también tienen un mayor riesgo importante de preeclampsia.

Diabetes gestacional	La diabetes gestacional se asocia claramente con el desarrollo de preeclampsia. La explicación fisiopatológica es claramente atribuida al aumento de una variedad de factores implicados, como la enfermedad renal o vascular subyacente, los niveles altos de insulina en plasma, así como la resistencia a la insulina y el metabolismo anormal de los lípidos.
Lupus eritematoso sistémico (enfermedades autoinmunes)	Cuando se evaluó los casos de síndrome antifosfolípido se determinó que existe un riesgo relativo cercano a tres en relación con las pacientes que no sufren esta condición para el desarrollo de preeclampsia. El lupus eritematoso sistémico una condición que implica una alteración en la función de los linfocitos T Hellper directamente se agrava por las modificaciones del embarazo y predispone a una disfunción inmunológica que agrava y desencadena la preeclampsia.
Índice de masa corporal	El índice de masa corporal antes del embarazo con cifras mayores a 25 kg/m ² genera un aumento del riesgo de desarrollar preeclampsia. El riesgo de preeclampsia se duplica con cada 5 a 7 kg/m ² de aumento del IMC antes del embarazo. Aunque el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de preeclampsia solo de dos a tres veces, el sobrepeso y la obesidad son altamente prevalentes en todo el mundo y, por lo tanto, representan más del 40 % de los casos de preeclampsia. La explicación fisiopatológica es claramente derivada de la disfunción del metabolismo de los lípidos y del síndrome metabólico asociado con los factores anti angiogénicos expresados productos de la disfunción endotelial como son el sflt-1 y PIGF.
Edad materna mayor a 40 años o menor a 18 años	Las mujeres mayores tienden a tener factores de riesgo adicionales, como la diabetes mellitus, la hipertensión crónica, o alguna enfermedad crónica que las predispone a desarrollar preeclampsia. En el caso de las adolescentes el riesgo es mayor estadísticamente, pero en muchos estudios observacionales el riesgo de preeclampsia no es claro del todo.
Enfermedad renal	Enfermedad renal crónica (ERC) tiene un riesgo demostrado a partir de los estudios epidemiológicos y también por la alteración fisiopatológica del daño renal alterado por la hiperfiltración de proteínas y la consecuente caída de la presión oncótica en los vasos capilares. El riesgo varía según el grado de reducción de la tasa de filtración glomerular y la presencia o ausencia de hipertensión. En algunos estudios, hasta 40 a 60 % de las mujeres con ERC avanzada (estadios

3, 4 y 5) fueron diagnosticadas con preeclampsia en la segunda mitad del embarazo.

Fuente: información recopilada por medio de los instrumentos aplicados (Guevara-Ríos y Gonzáles, 2019)

2.2.12. Diagnóstico de la preeclampsia severa

Algunas gestantes no presentan síntomas y signos de preeclampsia severa, por lo que es necesario que toda gestante acuda a las consultas prenatales desde las primeras semanas de embarazo, para realizar una anamnesis que permita establecer los antecedentes, las patologías existentes antes del embarazo y un examen físico que determine los valores de la tensión arterial, presencia de insuficiencia cardíaca, de edemas, evaluación de la placenta y estado fetal, información que permite al personal de salud llevar un control detallado del embarazo y minimizar los factores de riesgo de desarrollar preeclampsia (Hinostroza, 2019).

De acuerdo con las guías clínicas el diagnóstico se realiza después de las 20 semanas de embarazo cuando la gestante presenta una presión arterial mayor a 160/110 mmHg en dos medidas con un mínimo de separación de tiempo entre ambas de 4 horas, con o sin presencia de proteinuria. El diagnóstico debe ser complementado con exámenes de laboratorio de: orina para determinar los valores de proteinuria en la primera consulta prenatal, hematológico para determinar los valores de hematocritos, coagulación sanguínea para evaluar la coagulación intravascular y electrocardiograma para evaluar complicaciones cardiovasculares (Espinal, 2020).

El diagnóstico de la preeclampsia severa se realiza mediante la evaluación de los signos y síntomas de la enfermedad y la realización de

pruebas de laboratorio y exámenes físicos. Algunas de las pruebas que se pueden utilizar para diagnosticar la preeclampsia severa incluyen:

- Medida de la presión arterial: ya que la hipertensión arterial es un signo clave de la preeclampsia, se tomarán lecturas de la presión arterial en varias ocasiones para asegurar que los niveles de presión arterial sean altos y persistentes.
- Pruebas de laboratorio entre las que se encuentran:
 - Pruebas de orina: se examinará la orina de la madre en busca de proteína, un signo de preeclampsia. También se puede medir el nivel de creatinina en la orina, lo que puede ayudar a evaluar la función renal.
 - Pruebas de coagulación: se realizarán pruebas para evaluar la capacidad de la madre para coagular la sangre y prevenir la pérdida de sangre durante el parto.
- Examen físico: el médico evaluará la cantidad de hinchazón en las manos, los pies y el rostro de la madre y también escuchará el latido fetal.
- Ultrasonido: Se puede utilizar un ultrasonido para evaluar el crecimiento fetal y el flujo sanguíneo a través de la placenta (Calderon, 2022).

Si se sospecha que una mujer puede tener preeclampsia, es importante que se realicen estas pruebas de manera rápida para asegurar un tratamiento oportuno y evitar complicaciones graves.

2.2.12.1. Criterios de diagnóstico de la preeclampsia severa

Aunque cualquier mujer embarazada puede desarrollar preeclampsia, hay algunos elementos a considerar que pueden aumentar la probabilidad de que una mujer desarrolle preeclampsia grave. Algunos de estos elementos a considerar en el diagnóstico de preeclampsia severa incluyen:

- Embarazo anterior con preeclampsia: Las mujeres que han tenido preeclampsia en un embarazo anterior tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia en un embarazo posterior.
- Edad: Mujeres mayores de 35 años o menores de 20 años tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia grave.
- Obesidad: Mujeres con índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia grave.
- Diabetes previa: Mujeres con diabetes previa tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia grave.
- Historial de hipertensión arterial: Mujeres con hipertensión arterial previa tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia grave.
- Embarazo múltiple: Mujeres embarazadas de más de un bebé tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia grave.
- Historial de enfermedades renales: Las mujeres con enfermedades renales previas tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia grave.
- Historial de trombofilia: Mujeres con un trastorno de la coagulación sanguínea llamado trombofilia tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia grave (Checya y Moquillaza, 2019).

2.2.13. *Medidas preventivas*

Entre las medidas preventivas están:

- Llevar un estilo de vida saludable incluso antes de embarazarse.
- Controlar los niveles de la tensión arterial realizando una toma diaria por lo menos durante una semana.
- Asistir de forma regular a los controles prenatales.
- Disminuir la ingesta de sal.
- Ingerir 81 mg de aspirina por día, pasadas las 12 semanas de embarazo si presenta factor de riesgo moderado o alto de desarrollar preeclampsia durante el embarazo, bajo supervisión médica (Mayo Clinic, 2022).

Aunque no se puede prevenir la preeclampsia, hay ciertos hábitos de las mujeres embarazadas pueden modificar para disminuir el riesgo de desarrollar esta afección. Algunas medidas preventivas de la preeclampsia incluyen:

- Actividad física para mantener un peso saludable antes del embarazo: las mujeres que tienen sobrepeso u obesidad tienen un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia. Mantener un peso saludable puede ayudar a reducir el riesgo.
- Evitar el tabaco y el alcohol: fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de preeclampsia, así como beber alcohol. Evitar el tabaco y el alcohol puede ayudar a reducir el riesgo.

- Controlar la diabetes: las mujeres con diabetes tipo 1 o tipo 2 tienen un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia. Es importante controlar la diabetes durante el embarazo para reducir el riesgo.
- Recibir atención médica prenatal regular: es importante que las mujeres embarazadas reciban atención médica prenatal regular para que los profesionales de la salud puedan evaluar el estado de salud de la madre y del bebé y detectar cualquier problema a tiempo.
- Tomar ácido fólico: Algunos estudios sugieren que tomar suficiente ácido fólico durante el embarazo puede ayudar a reducir el riesgo de preeclampsia (NIH, 2019).

Aunque no se puede prevenir la preeclampsia en todos los casos, estas medidas pueden ayudar a disminuir el riesgo de desarrollar esta afección grave.

2.2.14. Tratamiento de la preeclampsia severa

Dependiendo del nivel de severidad de la preeclampsia los tratamientos pueden variar significativamente, a continuación, se describe el tratamiento para dicha patología:

Preeclampsia severa:

- Si la paciente tiene más de 34 semanas en gestación es recomendable inducir el parto, puesto que esto disminuye las posibilidades de que la madre y feto tengan complicaciones graves por una posible disfunción multisistémica.
- Si la paciente tiene menos de 34 semanas de gestación se recomienda considerar un manejo expectante para alcanzar a alargar el tiempo del feto intrauterina y así lograr mayor

maduración fetal y reducir las dificultades neonatales potencialmente asociadas, con la administración de corticoesteroides prenatales. Conjuntamente se recomienda esta estrategia de conducción en los casos donde las variaciones de laboratorio son transitorias, y en casos donde solo esté la HTA mayor a 160 mmHg sistólica o 110 en la diastólica, como único criterio para la enfermedad severa.

- Se consideran contraindicaciones absolutas para el manejo expectante en pacientes con preeclampsia severa, en fetos con edades no viables y cuando existe inestabilidad materna o fetal. El que consiste en la estrategia de observación y monitoreo cuidadoso de la paciente sin intervenir activamente, excepto en casos de emergencia, con el fin de permitir que el feto madure lo suficiente antes de realizar el parto. Es decir, se espera a que el feto alcance un grado de madurez que permita un mejor pronóstico en el momento del parto (Pereira Calva et al., 2020).

Tratamiento farmacológico

Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia

(para prevención de eclampsia)

- El régimen de administración de sulfato de magnesio consiste en una impregnación inicial de 20 ml de una solución del 20% de sulfato de magnesio (equivalente a 4 g) junto con 80 ml de una solución isotónica, a una tasa de infusión de 300 ml por hora mediante una bomba de infusión o 100 gotas por minuto utilizando

un equipo de venoclisis durante un período de 20 minutos. Después de la impregnación, se mantiene la infusión a una tasa de 50 ml de sulfato de magnesio al 20% (equivalente a 10 g) y 450 ml de solución isotónica.

- Para prevenir la aparición de eclampsia, se debe administrar sulfato de magnesio intravenoso a una tasa continua de 1 g por hora en una solución diluida en SS 0,9 %. Para la preparación de la infusión intravenosa de mantenimiento, se deben diluir cinco ampollas de sulfato de magnesio al 20 % (correspondiente a 50 mL o 10 g) en 450 mL de solución isotónica. El volumen total de 500 mL se debe administrar a una tasa de 50 mL por hora mediante una bomba de infusión. Si no se dispone de una bomba de infusión, se puede administrar la solución con un equipo de venoclisis a una tasa de 17 gotas por minuto (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Tratamiento con sulfato de magnesio para la eclampsia

- Para la preparación y administración de sulfato de magnesio en casos de eclampsia, se debe comenzar con una impregnación de 30 ml de una solución al 20 % de sulfato de magnesio (equivalente a 6 g) junto con 70 ml de una solución isotónica. La infusión debe administrarse a una tasa de 300 ml por hora mediante una bomba de infusión o 100 gotas por minuto con un equipo de venoclisis, durante un período de 20 minutos. Después de la impregnación, se debe administrar una dosis de mantenimiento de 100 ml de una solución al 20 % de sulfato de magnesio (equivalente a 20 g) junto

con 400 ml de una solución isotónica. La infusión se debe administrar a una tasa de 50 ml por hora mediante una bomba de infusión o 17 gotas por minuto con un equipo de venoclisis, lo que equivale a una dosis de 2 g por hora. La presentación del sulfato de magnesio al 20 % se encuentra en ampollas de 10 ml de líquido parenteral, cada una conteniendo 2 g de sulfato de magnesio. (Ministerio de Salud Pública, 2016) .

2.2.15. Hematoma subcapsular

El hematoma subcapsular hepático es una forma infrecuente pero grave, que se manifiesta en algunos casos durante la gestación, y se asocia a la preeclampsia y el síndrome HELLP mayormente. Fue descrito inicialmente en 1844 por Abercrombie como «gastrodinia» (Méndez, 2022).

2.2.16. Parto prematuro

El parto pretérmino es una de las complicaciones del embarazo que ha ido aumentando a nivel mundial donde según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud nacen un aproximado de 15 millones de niños antes de haber cumplido las 37 semanas de gestación, aumentando la tasa de mortalidad y morbilidad materna y peri fetal, particularmente en los países subdesarrollados con bajos ingresos económicos, donde las mujeres embarazadas carecen de servicios sanitarios que le permitan asistir regularmente a los controles prenatales.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que se considera parto prematuro “aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior de edad gestacional que establece la separación entre parto

prematureo y aborto es de 22 semanas de gestación y/o 500 g de peso fetal y/o 25 cm de longitud” (Carvajal y Barriga, 2022, p. 194).

2.2.17. Clasificación de los partos prematuros

De acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, el parto prematuro se puede catalogar:

Según la edad gestacional:

- Prematuro extremo: si el parto ocurre entre la semana 22 y 28 de embarazo.
- Muy prematuro: si el parto se da entre la semana 28 ,1 y 32 de embarazo.
- Prematuro moderado o tardío: si el parto se da entre la semana 32 y antes de la cumplir las 36,6 semanas de embarazo (Morey, 2021).

Según el peso del producto de la gestación al momento de nacer:

- Recién nacido con un peso bajo, menor a 2000 gr.
- Recién nacidos con peso muy bajo, inferior a 1500 gr.
- Recién nacidos con peso extremadamente bajo, inferior a los 1000 gr (Coveñas, 2018).

2.2.18. Etiología de parto pretérmino

El parto prematuro es un síndrome puede ser el resultado de diferentes factores, por lo que en la actualidad no existe un consenso único que determine su causa, para algunos investigadores consideran que existen situaciones que pueden ser causales de acuerdo con el tipo de parto.

- Parto prematuro idiopático: Es el parto que se realiza por indicaciones médicas al presentarse una complicación que pone en riesgo la vida de la madre o del feto, entre las complicaciones se encuentran:

- Desarrollo de una preeclampsia severa.
 - Ruptura prematura de la membrana gestacionales.
 - Desprendimiento de la placenta.
 - Restricción de crecimiento fetal intrauterino.
 - Embarazo complicado.
- Parto pretérmino espontáneo: Es el parto que se produce de forma espontánea antes de cumplir las 37 semanas de gestación, debido a diversas causas, entre las que se destacan:

2.2.19. Diagnóstico de parto prematuro

El diagnóstico de parto pretérmino espontaneo se realiza al observar la gestante contracciones uterinas forma irregular a partir de las 22 semanas y antes de cumplir las 37 semanas de gestación, junto con modificaciones cervicales mayores a 3 cm de dilatación.

Otros aspectos que se deben considerar para diagnosticar parto prematuro son:

- Gestante que experimentó con anterioridad parto pretérmino antes de cumplir las 34 semanas.
- Embarazo gemelar.
- Perdida de embarazo después de haber cumplido las 17 semanas de embarazo.
- Tener antecedente de haberse realizado un cerclaje cervical.
- Presencia de la proteína fibronectina en las secreciones vaginales con valores mayores a 50 ng/ml entre las semanas 24 y 34 de gestación.

- Presentar antes de la semana 28 una longitud cervical menor a 25 mm; entre la 28 y 31,6 semana una longitud cervical menor a 20 mm y a partir de la semana 32 una longitud menor a 15 mm (Urías, 2019)
- Niveles de hemoglobina en la gestación y su relación con amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino.

2.2.20. Factores de riesgo del parto prematuro

A pesar de cómo se mencionó anteriormente se desconocen los mecanismos exactos que llevan a tener un parto pretérmino, existen una serie de factores de riesgo que pueden influir directamente en este.

Entre los cuales se hacen referencia a los siguientes factores intrínsecos de la gestante:

- Hemorragia decidual causada por desprendimiento placentario o por sobre distensión uterina.
- Incompetencia cervical causada por un trauma, cirugía uterina o por una conización.
- Malformaciones uterinas.
- Inflamación cervical generada por infección bacteriana vaginal.
- Fiebre producto de una infección urinaria.
- Insuficiencia del funcionamiento uteroplacentario producto diabetes, hipertensión arterial, consumo de drogas, alcohol y tabaco.
- Volumen anormal de líquido amniótico por fuga de líquido.
- Gestación múltiple.

Factores demográficos

- Raza.
- Edad de la gestante.
- Bajo nivel socioeducativo.
- Bajos ingresos económicos.
- Violencia doméstica.
- Inseguridad alimentaria (Quezada y et.al., 2019).

2.2.21. Manejo de gestante con síntomas de parto pretérmino

Entre el tratamiento que se le aplica a la gestante que inicia trabajo de parto antes de cumplir las 37 semanas de embarazo, se encuentran:

- Hospitalizar de forma inmediata a la embarazada para ser evaluada y recibir los cuidados médicos requeridos.
- Mantener a la embarazada en reposo y relajada.
- Mantener a la gestante hidratada.
- Suministrar progesterona cuando la gestante presente antecedentes de parto pretérmino para reducir hasta en un 50% el riesgo de otro nuevo parto pretérmino.
- Aplicar terapia tocolítica para impedir las contracciones.
- Suministrar antibióticos contra estreptococos tipo B.
- Suministrar corticoides si el embarazo se encuentra entre las 24 y 34,6 semanas, si tiene presenta riesgo de dar a luz los siguientes 7 días (Granja, Preeclampsia severa asociada a parto pretérmino. Resultados materno-neonatales según factores de riesgo, 2021).

2.2.22. Prevalencia

La prevalencia de una enfermedad es el número de casos existentes de esa enfermedad en una población determinada en un momento específico. Se calcula dividiendo el número de casos existentes de la enfermedad entre el tamaño total de la población y se expresa como un porcentaje o como una tasa. La prevalencia se utiliza a menudo para medir la carga de una enfermedad en una comunidad y para comparar la salud entre diferentes grupos de personas (Londoño, 2022).

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de preeclampsia es significativamente más alta en países en desarrollo en comparación con países desarrollados. La prevalencia global de la preeclampsia varía entre el 2-10% de los embarazos. En países desarrollados, la preeclampsia se presenta en un 5-8% de los embarazos, mientras que en regiones en vía de desarrollo es del 10%. La preeclampsia afecta entre el 4-8% de las gestaciones, causando complicaciones tanto para las madres como para los recién nacidos. Los riesgos de tener un parto pretérmino son mayores en mujeres con preeclampsia grave (Vázquez, 2018).

2.3. Sistema de variables

2.3.1. Variable independiente

Preeclampsia severa

2.3.2. Variable dependiente

Parto prematuro

2.4. Operacionalización de las variables

Tabla 2 Operacionalización de la variable dependiente; Parto prematuro

Definición	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala	Instrumentos
La Organización Mundial de la Salud define un parto prematuro como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, con un límite inferior de 22 semanas de gestación, 500 gramos de peso fetal, o 25 cm de longitud. (Carvajal y Barriga, 2022, p. 194).	Parto ocurrido después de las 22 semanas y antes de la semana 37	Factores Demográficos	Edad	<input type="checkbox"/> Entre 12 a 19 años <input type="checkbox"/> Entre 20 a 30 años <input type="checkbox"/> Entre 30 a 40 años <input type="checkbox"/> Más de 40 años	Cuestionario cerrado Encuesta
			Ubicación de la vivienda	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano	
			Etnia	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro	
			Escolaridad	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Universitario	

		Complicaciones	Etiología	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Desarrollo de una preeclampsia severa<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de la membrana gestacionales<input type="checkbox"/> Desprendimiento de la placenta<input type="checkbox"/> Restricción de crecimiento fetal intrauterino<input type="checkbox"/> Embarazo complicado	
--	--	----------------	-----------	--	--

Fuente: información recopilada por medio de los instrumentos aplicados Autores del proyecto

Tabla 3 Operacionalización de la variable independiente; preeclampsia severa

Definición	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala	Instrumentos
La preeclampsia severa es una complicación del embarazo caracterizada por hipertensión arterial y proteinuria en combinación con otros síntomas y signos graves, como daño orgánico, alteraciones en el hígado, en los riñones, en el sistema nervioso central, en el sistema hematológico, en la placenta, entre otros.	Trastorno neuro hipertensivo progresivo	Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de preeclampsia 	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Severa	Ficha de recolección de datos Encuesta
			<ul style="list-style-type: none"> • Número de embarazos 	<input type="checkbox"/> Ninguno antes <input type="checkbox"/> 1 embarazo anterior <input type="checkbox"/> 2 o 3 embarazos anteriores <input type="checkbox"/> Más de 3 embarazos anteriores	
			<ul style="list-style-type: none"> • HTA familiar 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
			<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
			<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia severa en embarazo anterior 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

				<input type="checkbox"/> Es mi primer embarazo	
			<ul style="list-style-type: none"> • La gestación es multifetal 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
			<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial crónica 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
			<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
			<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades autoinmunes 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
			<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
	Etapa final de la gestación alrededor de la semana 20 de		<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de reproducción asistida 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

	embarazo e inclusive en un porcentaje mucho menor hasta seis meses después del parto		<ul style="list-style-type: none">• Asistencia periódica a control prenatal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
--	--	--	---	--	--

Fuente: información recopilada por medio de los instrumentos aplicados Autores del proyecto

2.5. Glosario de término

Control prenatal: “Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.” (Carvajal y Barriga, 2022, p. 63).

Edad gestacional: “Es el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación del ciclo de concepción (FUM) hasta la fecha actual. La edad gestacional se expresa en semanas y días” (Carvajal y Barriga, 2022, p. 34).

Factor de riesgo: Es “cualquier característica o circunstancia que se identifica en una persona o grupo de personas que se relacionan con la probabilidad estar expuesta a padecer una enfermedad o evento adverso”. (Lozada, 2018, p. 28) .

Nuliparidad: Es “considerado a la mujer que aún no ha tenido parto alguno”. (Mendoza et al., 2021, p. 529).

Parto: “Es el resultado de una serie de procesos, donde las mujeres en estado grávido paren al feto y lo colocan en posición de recién nacido a término o pretérmino” . (Coveñas, 2018, p. 29).

Parto pretérmino: Según la OMS es el parto “que ocurre entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación”. (Morey, 2021, p. 21).

Placenta previa: Se define como “la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno del útero, usualmente se manifiesta con sangrado vaginal indoloro, con sangre roja y brillante después de las 22 semanas de gestación”. (Camavilca, 2020, p. 24).

Preeclampsia: Es un síndrome “que se caracteriza principalmente por la aparición de hipertensión después de 20 semanas de gestación en mujeres previamente

normotensas que generalmente se une a la proteinuria, pero que también puede asociarse con otros síntomas y signos más variados”. (Cuadrado, 2018, p. 24).

Preeclampsia severa: Es cuando “la presión arterial es mayor a 160/110 mmHg, con proteinuria en orina mayor a 5g en 24 horas acompañado de edema masivo, el cual puede comprender la cara, extremidades, pared abdominal y región sacra, hasta puede llegar a ascitis o anasarca”. (Hinostroza, 2019, p. 22).

Prematuridad: Es “un nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de amenorrea completa (o 259 días después del primer día del último período menstrual)”. (Quezada y et.al., 2019, p. 81).

Pretérmino: Es “la presencia de contracciones uterinas de suficiente frecuencia e intensidad para efectuar la eliminación progresiva y la dilatación del cuello uterino antes de la gestación a término (entre 20 y 37 semanas)”. (Quezada y et.al., 2019, p. 81).

Trabajo de parto: Se define como la “un proceso fisiológico que conduce al nacimiento de un bebé (...) presencia de contracciones que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino”. (Castillo, 2018, p. 3).

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico

3.1. Nivel de investigación

Enfoque

El estudio tiene como enfoque el cuantitativo, en vista de que se ejecutará un análisis e interpretación de los resultados se realizará por medio de la estadística descriptiva, empleando ecuaciones para determinar la frecuencia de ocurrencia absoluta y relativa. Esta información facilitará el reconocimiento de los principales factores de riesgos en la preeclampsia severa y su relación con el parto prematuro, en las pacientes que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Nivel

Descriptivo

El estudio es de tipo descriptivo, en vista de que con su ejecución se realizará la caracterización de los factores que influyeron en el parto prematuro de un grupo de estudio, lo que permitirá reconocer entre ellos la preeclampsia y su nivel de prevalencia.

Diseño

Longitudinal

Debido a que se espera recopilar información de diferentes gestantes durante un período de tiempo definido (agosto a noviembre del año 2022), el estudio sigue un diseño longitudinal.

De campo

La investigación tomara como fuentes de información primaria, aquella facilitada por las madres que tuvieron partos prematuros en el período de estudio, Información que será recopilada en el lugar de los hechos, por lo que el diseño de la investigación es de campo.

3.2. Población y muestra

Durante el proceso investigativo llevado de agosto a noviembre del año 2022 se registraron 25 gestantes con trastornos hipertensivos gestacionales que entraron en labor de parto en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Para la selección de la población a participar se consideraron ciertos criterios, mencionados a continuación;

- Tener entre 22-37 semanas de gestación.
- Tener Preeclampsia severa.

Con base al proceso de selección, se obtuvo 25 gestantes con trastornos hipertensivos gestacionales de las cuales 15 gestantes con preeclampsia severa entre parto a término y pretérmino, 14 tuvieron un parto pretérmino por preeclampsia entre leve y moderada, dentro de este grupo de gestantes 6 tuvieron preeclampsia leve y 8 preeclampsia severa que son tomadas para el estudio.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Para la recolección de la información se empleará un instrumento dirigidos a las mujeres que han tenido un parto prematuro parto atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, tal instrumento es una ficha de recolección de datos, la cual tiene como propósito el reconocer los factores demográficos, complicaciones y

factores de riesgo que pueden incurrir en el desarrollo de la preeclampsia y el embarazo prematuro.

3.4. Técnicas de procesamiento de la información

Se realizó un análisis de la información de tipo descriptivo estadísticos, estableciendo la frecuencia absoluta y relativa de cada uno de los ítems observados. Para realizar dichos cálculos se procedió a tabular los datos y empleando el software IBM SPSS v.22 se procedió a generar las tablas y gráficos que facilitaron la comprensión de la información levantada.

3.5. Análisis de resultados

Variable Parto prematuro

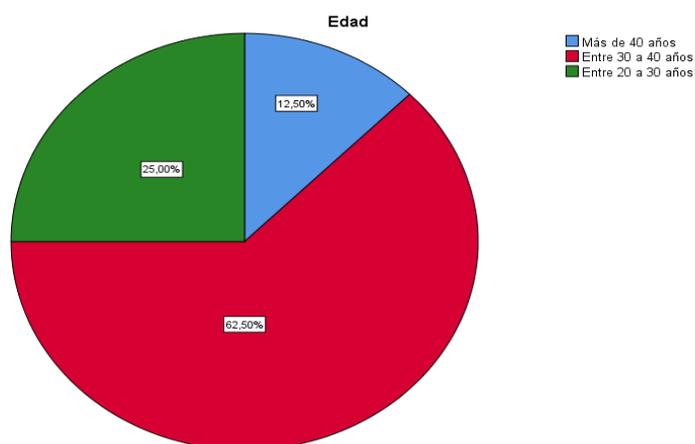
Tabla 4 Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Más de 40 años	1	12,5	12,5	12,5
	Entre 30 a 40 años	5	62,5	62,5	75,0
	Entre 20 a 30 años	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 1 Edad



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

La edad es un factor que puede incurrir en el parto prematuro, partiendo de la información recolectada a través de la encuesta aplicada a 8 mujeres que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, se pudo llegar a establecer el 62.5% de las mujeres encuestadas cuentan con una edad comprendida entre 30 y 40 años; un 25% de ellas tienen una edad comprendida entre 20 y 30 años y el restante 12.5% de las

mujeres que han tenido parto prematuro cuentan con una edad mayor a los 40 años. Por su parte en un estudio realizado por (Gatñay, 2018), también en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro arrojó que el parto prematuro se presentaba mayormente con edad menor de 20 años o con partos en edades avanzadas, y con la preeclampsia como patología más frecuente.

Tabla 5 *Ubicación de la vivienda*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbano	3	37,5	37,5	37,5
	Rural	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 2 *Ubicación de la vivienda*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

Un aspecto importante que puede incidir en un parto prematuro son las condiciones de vida asociadas a la ubicación geográfica de la vivienda, en cuanto a este aspecto los resultados del análisis de datos recolectados en la encuesta indican que, de las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa

y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro un 37.5% de ellas su vivienda se encuentra ubicada en áreas urbanas y la vivienda del 62.5% está ubicada en áreas rurales, en este sentido es importante notar que en ocasiones, el acceso a la salud en los entornos rurales es menor que en los entornos urbanos, por lo que no se cumplen de forma oportuna y periódica los controles prenatales, necesarios para prevenir la preeclampsia en cualquiera de sus niveles. Datos similares a este fueron arrojados por el estudio de (Gatñay, 2018) donde identificaron que el 65% de las madres atendidas vivían en áreas.

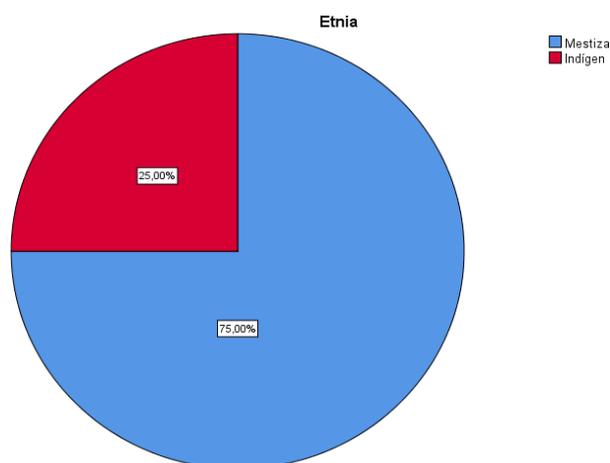
Tabla 6 Etnia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mestiza	6	75,0	75,0	75,0
Indígena	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 3 Etnia



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

A pesar de que todas las mujeres embarazadas están expuestas a tener un parto prematuro, estudios han señalado que la etnicidad es un elemento para tomar en cuenta como posible factor relacionado con el parto prematuro, al pertenecer la madre a poblaciones indígenas, afrodescendientes, blancas o mestizas como es el caso de las mujeres que habitan en la provincia de Bolívar que pertenecen a diferentes etnias, es por ello que los resultados del análisis estadístico de la información suministrada por las 8 mujeres encuestadas que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro señalan que el 75% son mestizas y un 25% de las mujeres son indígenas.

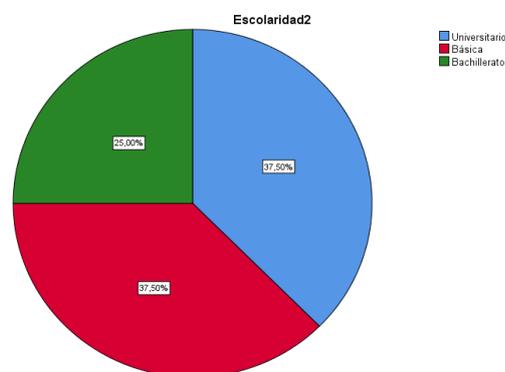
Tabla 7 *Escolaridad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Universitario	3	37,5	37,5	37,5
	Básica	3	37,5	37,5	75,0
	Bachillerato	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 4 *Escolaridad*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

El nivel educativo de la madre es un factor para considerar en los partos prematuros puesto que estudios realizados han indicado que las embarazadas con un bajo nivel de escolaridad presentan mayores probabilidades de tener un parto prematuro al no contar con la suficiente información para promocionar la salud, reconocer complicaciones y practicar el autocuidado. El análisis estadístico de los datos recolectados en la encuesta aplicada a las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro indican que el 37.5% de las mujeres cuentan con estudios universitarios; un 37.5% tiene estudios básicos y un 25% ha cursado el bachillerato. Por su parte en el estudio realizado por (Ayala, 2019) se identificó que los partos pretérminos se asocian mayormente en aquellas madres con nivel educativo bajo.

Variable: Preeclampsia severa

Prevalencia de la preeclampsia severa

- Total de nacidos vivos en el periodo agosto noviembre =488
- Total de partos atendidos con preeclampsia = 25 gestantes
- Total de partos prematuros= 27
- Total de partos prematuros por preeclampsia=14 gestantes
- Total de partos por preeclampsia severa incluidos partos a término y pretérmino = 15
- Total de partos prematuros por preeclampsia severa= 8 gestantes

Tabla 8 *Análisis de la preeclampsia*

Prevalencia	Ecuación	Porcentaje
Prevalencia general del hospital de la preeclampsia severa en el periodo.	Total de partos con preeclampsia severa/ Total de nacidos vivos en el período. (25/ 488)*100	5.12%
Prevalencia de la preeclampsia severa en pacientes con preeclampsia.	Total de partos con preeclampsia severa/ total de partos con preeclampsia. (15/25)*100	60%
Prevalencia de partos prematuros por preeclampsia severa en pacientes con preeclampsia.	Total de partos con preeclampsia severa y parto prematuro/ total de partos con preeclampsia. (8/25)*100	32%
Prevalencia de partos prematuros por preeclampsia severa en pacientes con parto prematuro.	Total de partos con preeclampsia severa y parto prematuro/ total de partos prematuros. (8/27)*100	29.6%
Prevalencia de partos prematuros por preeclampsia severa en total de nacidos vivos.	Total de partos con preeclampsia severa y parto prematuro/ total de nacidos vivos en el período. (8/488)*100	1.64%

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Con base a la información recopilada se afirma que la prevalencia de la preeclampsia severa en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro es del 5.12% por total de nacidos vivos, la prevalencia de partos prematuros por preeclampsia severa es de 29.6% y de 1.64% de partos prematuros con preeclampsia severa en el total de nacidos vivos en el período.

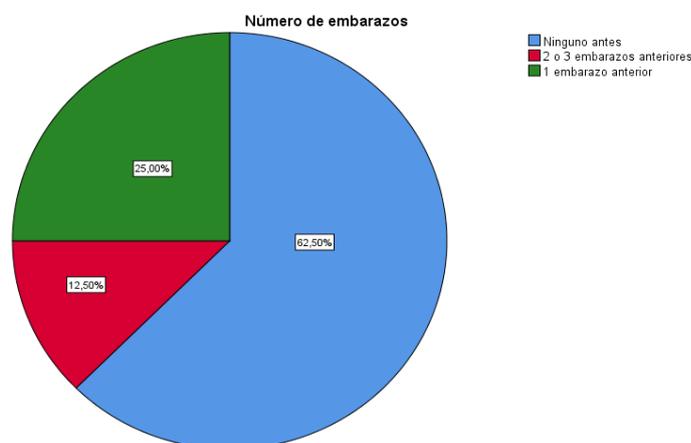
Tabla 9 *Número de embarazos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno antes	5	62,5	62,5	62,5
	2 o 3 embarazos anteriores	1	12,5	12,5	75,0
	1 embarazo anterior	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 5 *Número de embarazos*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

Ser una mujer nulípara o multípara es un elemento que debe ser considerado como un factor de riesgos de parto prematuro, por lo que de las 8 mujeres

encuestadas que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, el 62.5% indicó que no ha estado embarazada anteriormente; el 12.5% de las mujeres ha tenido entre dos y tres embarazos anteriores y un 25% señaló ha tenido un embarazo anterior. En el estudio de (Preeclampsia severa asociada a parto pretérmino. Resultados materno-neonatales según factores de riesgo, 2021) identificaron que un 44% de las madres con parto prematuro y preeclampsia eran nulíparas.

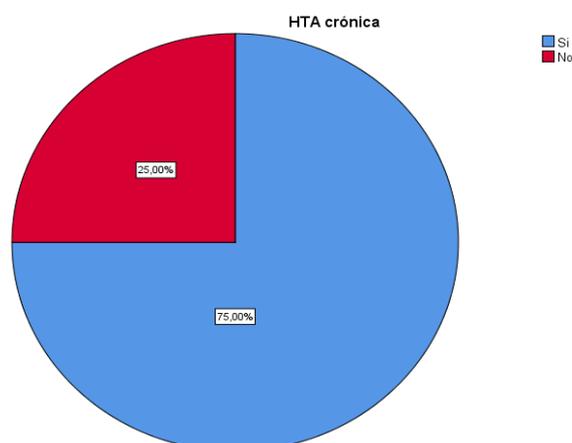
Tabla 10 HTA Crónica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HTA	Si	6	75,0	75,0	75,0
Crónica	No	2	25,0	25,0	100,0
Total		8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 6 HTA Crónica



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

Con relación a la hipertensión crónica es una enfermedad que puede de alguna forma alterar el desarrollo normal del embarazo, por lo que es un elemento

importante que se debe considerar como factor de riesgo de parto prematuro. De las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro el 75% presenta HTA crónica y el 25% no presenta. Según el estudio de (Granja, 2021), se asocia la preeclampsia severa con patologías precedentes tales como la hipertensión arterial crónica.

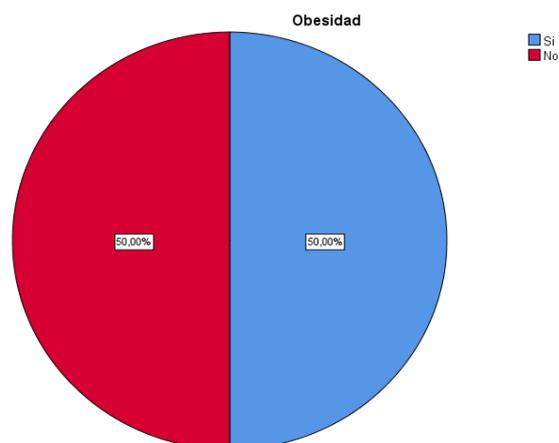
Tabla 11 *Obesidad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	50,0	50,0	50,0
	No	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 7 *Obesidad*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

La obesidad es un problema relacionado con una mala nutrición y falta de actividad física, por lo que puede afectar la salud materna o incidir en el parto prematuro, a este respecto las respuestas de las 8 mujeres encuestadas que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro señalan que, el 50.0% presenta obesidad y un

50.0% no presenta obesidad. Según un estudio realizado por (Espinoza, 2021) indica que tras entrevistar a médicos de la unidad se obtuvo como resultado que uno de los factores relacionados con el parto pretérmino es la obesidad.

Tabla 12 Preeclampsia en embarazo anterior

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	1	12,5	12,5	12,5
	No	7	87,5	87,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 8 Preeclampsia en embarazo anterior



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

La preeclampsia como antecedente personal de la embarazada puede desencadenar episodios hipertensivos que afectan el desarrollo normal del embarazo y el tener un embarazo a término. Los resultados del análisis de datos de las respuestas suministradas 8 mujeres que han tenido un parto prematuro por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro indican que el 12.5% han tenido preeclampsia en el embarazo anterior y un 87.5%

no han tenido preeclampsia en embarazo anterior. Estos resultados coinciden con los factores relacionados al desarrollo de la preeclampsia severa según el estudio de (Martínez y Belalcázar, 2022) , donde indica que el haber sufrido de preeclampsia en cualquiera de sus niveles es un factor de riesgo clínico para el desarrollo recurrente de este tipo de patologías a nivel grave.

Tabla 13 *La gestación es múltiple*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	8	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 9 *La gestación es múltiple*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

Los embarazos múltiples en su mayoría terminan antes de cumplirse las 37 semanas de embarazo. Las respuestas de las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro parto, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro indican en el 100% que no ha tenido embarazo múltiple. En el caso del presente estudio no se identificó ninguna participante con embarazo múltiple, sin embargo, el embarazo múltiple se relaciona con un mayor

riesgo de desarrollar preeclampsia, ya que las placentas múltiples pueden contribuir a una mayor carga en el sistema cardiovascular y renal de la madre. Además, las placentas múltiples pueden ser más propensas a presentar problemas, lo que puede aumentar el riesgo de preeclampsia severa (Pacheco-Romero, 2016).

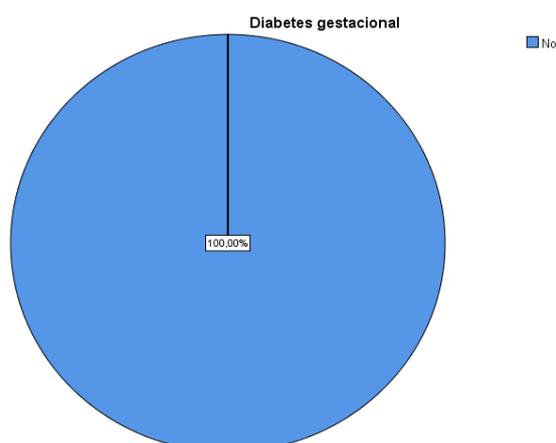
Tabla 14 *Diabetes gestacional*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	No	8	100,0	100,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 10 *Diabetes gestacional*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

La diabetes gestacional es una enfermedad que desarrollan algunas mujeres que puede llevarla a tener parto prematuro; de las respuestas de las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro se establece que la totalidad no presenta diabetes gestacional. La diabetes gestacional se caracteriza por niveles elevados de azúcar en sangre durante el embarazo, y es más común en mujeres obesas o con

antecedentes familiares de diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional tienen un riesgo mayor de desarrollar preeclampsia severa, especialmente si no se controla adecuadamente su nivel de azúcar en sangre durante el embarazo (Quispe, 2018).

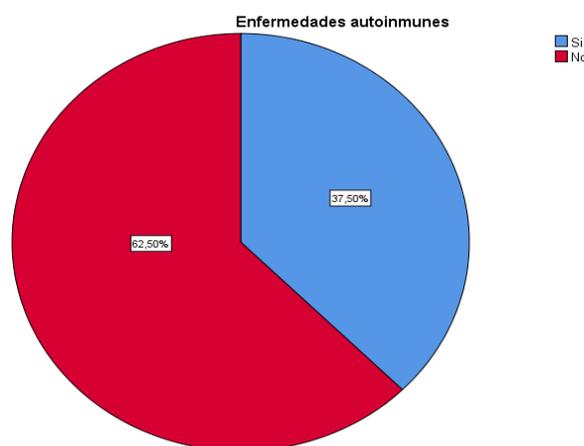
Tabla 15 *Enfermedades autoinmunes*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	37,5	37,5	37,5
	No	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 11 *Enfermedades autoinmunes*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

Las enfermedades autoinmunes pueden incrementar las posibilidades de tener un parto prematuro producto de las complicaciones que causan. A partir de las respuestas de las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro se pudo establecer que el 37.5% si sufre de alguna enfermedad autoinmune y un 62.5% indico que no sufre de enfermedad autoinmune. En el caso de la presente investigación, no se identificaron enfermedades autoinmunes en la población

estudiada, sin embargo estudio como el desarrollado por (Guevara-Ríos y Gonzalez-Medina, Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias, 2018), menciona que las enfermedades autoinmunes se relacionan con la preeclampsia severa, destacándose el síndrome antifosfolipídico y Lupus Eritematoso.

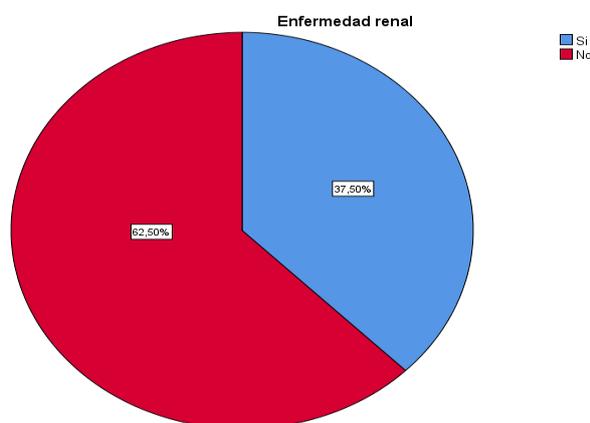
Tabla 16 *Enfermedad renal*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	37,5	37,5	37,5
	No	5	62,5	62,5	100,0
Total		8	100,0	100,0	

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 12 *Enfermedad renal*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

Entre las complicaciones del embarazo las enfermedades renales representan un riesgo para que la embarazada presente un parto prematuro. Las respuestas de las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro indican que

37,5% si presenta enfermedad renal y un 62,5% no presenta enfermedad renal. En un estudio realizado por (Villarreal et al., 2019), se identificó que había relación entre la enfermedad renal crónica y la preeclampsia severa.

Tabla 17 *Terapia de reproducción asistida*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	8	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 13 *Terapia de reproducción asistida*



Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

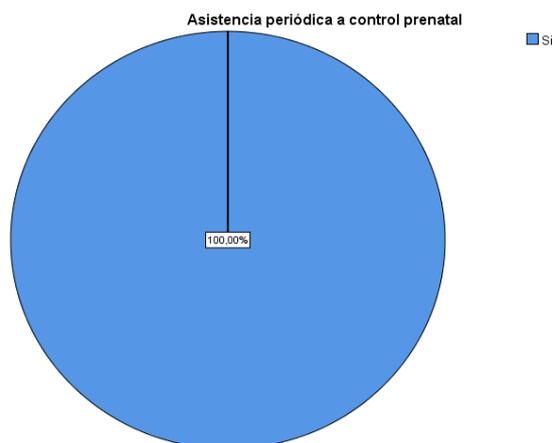
Las terapias de reproducción asistida como método de concepción también pueden ser un elemento considerar en el parto prematuro, por lo que se considera importante conocer si de las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro alguna las utilizó. Las respuestas del 100% indican que no recurrieron a la terapia de reparación asistida para quedar embarazada.

Tabla 18 *Asistencia periódica a control prenatal*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	8	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Gráfico 14 *Asistencia periódica a control prenatal*

Elaborado por: Carvajal y Poveda, 2022

Fuente: Información recopilada por medio de los instrumentos aplicados.

Análisis e interpretación

Llevar un control prenatal periódico es un factor que contribuye a minimizar los riesgos del embarazo y de tener un parto prematuro. De las 8 mujeres que han tenido un parto prematuro, por preeclampsia severa y han sido atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro el 100% asistió periódicamente a control prenatal. En contraposición en el estudio de (Gatñay, 2018), se determinó que al menos el 52% de las pacientes acudieron a menos de 3 controles.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>Determinar la prevalencia de la preeclampsia severa en las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el período agosto-noviembre del año 2022.</p>	<p>De acuerdo con la información levantada a partir de la encuesta aplicada a las pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, se pudo determinar que durante el período agosto-noviembre del año 2022, del total de pacientes atendidas, 8 mujeres tuvieron parto prematuro y presentaban signos y síntomas de preeclampsia severa de acuerdo con los análisis de datos realizados, había una prevalencia del 29.6% dentro del total de partos prematuros por preeclampsia severa en pacientes atendidas en el hospital en el tiempo establecido, y una prevalencia general del 5.12% de preeclampsia severa en el total de nacidos vivos. Dichos resultados fueron socializados en la unidad de atención de gineco obstetricia del</p>

	Hospital, dando a conocer la prevalencia de la preeclampsia severa en la institución.
Reconocer los factores de riesgo modificables y no modificables asociados a la preeclampsia severa en pacientes que forman parte del estudio.	Se reconoció que los factores de riesgo no modificables presentes en las 8 pacientes participantes en el estudio investigativo con preeclampsia severa y parto prematuro fueron; edad extrema en el 12.5% de las pacientes, condiciones de vivienda procedentes de áreas rurales en el 62.5%, baja escolaridad con un nivel básico de estudio en el 37.5%, obesidad en el 50% de la población, HTA Crónica en el 75% de los embarazos, mujeres con preeclampsia en embarazos anteriores en el 12.5%, mujeres que no han estado embarazadas anteriormente en el 62.5% y ninguna presentó un embarazo múltiple. Por otra parte, no se identificaron factores de riesgo modificables, al reconocer que el 100% de las embarazadas asistieron a controles prenatales.

<p>Analizar la relación entre la preeclampsia severa y los partos prematuros atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período agosto-noviembre del año 2022</p>	<p>Tras el proceso de análisis de los datos recopilados se observa que 25 de las gestantes desarrollaron trastornos hipertensivos de las cuales 15 madres con preeclampsia severa entre parto a término y pretérmino, 14 tuvieron un parto prematuro, por preeclampsia entre leve y severa lo que se puede inferir que la complicación de preeclampsia severa impacta directamente en la culminación del período gestacional de 37 semanas. Además, se observa que, de los 27 partos prematuros registrados por diversas causas en el periodo indicado, 8 de ellos tenían como causa la preeclampsia severa y 6 como causa de preeclampsia leve. En resumen, se afirma que existe una relación directamente proporcional entre la preeclampsia severa y la prematuridad, con casi el 100% de las madres.</p>
---	--

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Con base a toda la información recaudada a través de los instrumentos utilizados y de la revisión de documentos teóricos se concluye de forma general que existe una relación entre la preeclampsia severa y el parto prematuro. Además de forma específica se concluye que:

- Se determinó que la prevalencia de la preeclampsia severa en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el período agosto-noviembre del año 2022 fue de 5.12%. Dichos resultados fueron socializados en la unidad de atención de gineco obstetricia del Hospital, dando a conocer la prevalencia de la preeclampsia severa en la institución.
- Se identificaron que los factores de riesgo de las mujeres eran principalmente no modificables: edad extrema, condiciones de vivienda procedente de áreas rurales, baja escolaridad, hipertensión arterial alta en embarazos previos, obesidad, HTA Crónica durante el embarazo y preeclampsia en embarazos anteriores. No se identificaron riesgos modificables en el grupo en estudio.
- En conclusión, el objetivo de analizar la relación entre la preeclampsia severa y los partos prematuros atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período agosto-noviembre del año 2022 ha permitido identificar una clara relación entre estas dos complicaciones del embarazo. Los datos recopilados muestran que la mayoría de las madres que presentan

preeclampsia severa no llegan al término de la gestación, lo que indica que esta complicación tiene un impacto directo en la culminación de la gestación. Además, se ha observado que la preeclampsia severa es una de las principales causas de los partos prematuros registrados en el hospital.

5.2. Recomendaciones

- Considerando que la prevalencia de la preeclampsia severa en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el período agosto-noviembre del año 2022 fue del 5.12%, se recomienda que se realice una evaluación sistemática y periódica de todas las pacientes gestantes atendidas durante el control prenatal para detectar oportunamente la presencia de factores de riesgo y signos tempranos de esta complicación. Es importante que se implementen estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas, incluyendo el monitoreo regular de la presión arterial, la realización de exámenes de laboratorio y otros estudios diagnósticos según sea necesario, y el manejo oportuno y eficaz de las complicaciones relacionadas con la preeclampsia severa. Así mismo, se aconseja a las madres seguir un control prenatal regular, controlar el peso, llevar un control de la diabetes o diabetes gestacional, llevar un control de la salud cardiovascular, llevar una dieta saludable, para con ello minimizar el riesgo de presentar preeclampsia severa y así disminuir su prevalencia.
- Se recomienda fortalecer el primer nivel de atención con el fin de lograr la captación y manejo adecuado de las mujeres embarazadas para el control y prevención de los factores de riesgo durante el embarazo. Así

como el realizar campañas de salud preventiva para mejorar el conocimiento de la población sobre la importancia de llevar un control de la gestación de forma continua y adecuado

- Se sugiere hacer jornadas educativas de promoción y prevención de la salud en base a la preeclampsia severa y su impacto en la salud de las gestantes y del feto, afectando el desarrollo y aumentando la probabilidad de un parto prematuro, esto con el fin de concientizar a la población y educar sobre cómo prevenirla y tratarla.

CAPÍTULO VI

6. MARCO ADMINISTRATIVO

6.1 Recursos

Humanos

- Docente Tutor: Dr. Diego Larrea.
- Autoras del estudio: Evelyn Carvajal y Estefanía Poveda.

Institucionales

- Universidad Estatal de Bolívar
- Hospital Alfredo Noboa Montenegro

6.2 Materiales

- Suministros de oficina.
- Ficha de registro de historias clínicas.
- Impresiones
- Laptop

Tecnológicos

- Acceso a internet
- Google forms

6.3 Presupuesto

Descripción	Valor unitario	Cantidad	Valor total
Uso de internet	0,5	100	50
Traslados	3,00	15	60
Impresiones de trabajo final	0,20	500	100
Impresiones varias	0,20	300	60
Anillado	15,00	4	60
CD	5,00	3	15
TOTAL			345

7. Bibliografía

- Académica AMIR México. (2022). *Manual ENARM Ginecología y Obstetricia* (7 ed.). México. <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/08/GINECOLOGI%CC%81A-Y-OBSTETRICIA.pdf>
- Altimirano, R. (2018). *Factores de riesgo desencadenantes de preeclampsia en mujeres embarazadas entre 25 y 35 años en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro*. PI, Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ecuador. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9094/1/PIUAMED034-2018.pdf>
- Ayala, A. (2019). *Prevalencia del parto pretermino y factores maternos del mismo en el hospital Pablo Arturo Suárez*. TFG, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16479/Trabajo%20de%20titulacion-%20Ariel%20Ayala.pdf?sequence=1>
- Bryce, A., Valdivia, E., Valenzuela, G., Larrauri, C., Urquiaga, J., & San Martín, M. (2018). Hipertensión en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>
- Cabrera, J., & Gonzabay, J. (2020). *Factores socioculturales asociados a la preeclampsia en gestantes. Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. Guaranda, 2019*. PI, Universidad estatal Península de Santa Elena, Ecuador. <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5337/1/UPSE-TEN-2020-0006.pdf>

- Cabrera, J., Pereira, M., Ollague, B., & Ponce, M. (1 de Abril de 2019). Factores de riesgo de preeclampsia. *Reciamuc*, 3(2), 1012-1032. <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/384/397>
- Calderon, J. (2022). *Preclampsia severa en pacientes con 33 semanas de gestación en el servicio de emergencia obstétrica del Hospital II ESSALUD Huancavelic-diciembre 2020*. Trabajo de suficiencia profesional, Universidad Peruana Los Andes, Perú. <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/4397/TRABAJO%20DE%20SUFICIENCIA%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Camavilca, G. (2020). *Caracterización de las gestantes con placenta previa atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, 2019*. TE, Universidad Nacional de Huancavelica, Perú. <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3280/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2020-CAMAVILCA%20CHIRINOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cañarte, I. (2018). *Factores asociados a preeclampsia en adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa de un Centro de Salud en la ciudad de Guayaquil*. TT, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11178/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-470.pdf>
- Carvajal, J., & Barriga, M. (2022). *Manual Obstetricia y Ginecología*. (XIII ed.). Chile. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf

- Castillo, A. (2018). *Hidratación y trabajo de parto*. TM, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10698.pdf
- Checya, J., & Moquillaza, V. (Mayo de 2019). Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. *Ginecol Obstet*, 87(5), 295-301.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom195d.pdf>
- Coveñas, H. (2018). *Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016*. TE, Universidad Nacional de Tumbes, Perú.
[http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/220/TE SIS%20-%20COVE%20C3%91AS%20VILCHEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/220/TE%20SIS%20-%20COVE%20C3%91AS%20VILCHEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cuadrado, M. (2018). *Relación entre preclampsia y parto pretérmino indicado en el Hospital Martín Icaza*. TG, Universidad de Guayaquil, Ecuador.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30528/1/CD%202301-%20MELBA%20LUC%20c3%8dA%20CUADRO%20AYALA.pdf>
- Espinal, J. (2020). *Aptitud clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de preeclampsia de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2020*. TG, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/14111/Espinal_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Espinoza, B. (2021). *Factores de riesgo que incrementan el índice de parto pretermino en multiparas*. Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/63240/1/CD-847-ESPINOZA%20URREGO%2C%20BYAN%20ALEXANDER.pdf>
- Flóres, S., & Jiménez, J. (2020). *Caracterización epidemiológica de pacientes con preeclampsia severa y sus desenlaces. Hospital Universitario Mayor Méderi 2015-2019 p*. Tesis de Especialidad , Universidad del Rosario, Colombia. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/25468/CARACTERIZACION-EPIDEMIOLOGICA-DE-PACIENTES-CON-PREECLAMPSIA-SEVERA-Y-SUS-DESENLACES.-HOSPITAL-UNIVERSITARIO-MAYOR-MeDERI-2015-2019..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Garrido, T. (2021). *Preeclampsia y su relación con el Parto Pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Las Mercedes – Chiclayo, año 2019*. Tesis, Universidad Particular de Chiclayo, Perú. http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/1750/1/T044_46834589_T.pdf
- Gatñay, R. (2018). *Factores de riesgo asociados al trabajo de parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, período de agosto del 2016 a agosto del 2017*. TFG, Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30732>
- Gómez, E., & Villafuerte, D. (2019). *Factores de riesgo asociados con la preeclampsia en mujeres embarazadas del Centro de Salud Los Rosales*,

- Santo Domingo*. TT, Pontificia Universidad Católica del Ecuador , Ecuador.
https://issuu.com/pucesd/docs/trabajo_de_titulaci_n_g_mez_y_villafuerte
- Granja, E. (2021). *Preeclampsia severa asociada a parto pretérmino. Resultados materno-neonatales según factores de riesgo*. Tesis de Especialista, Universidad de Guayaquil, Ecuador.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/61522/1/CD%20213-%20GRANJA%20MORENO%2c%20EDGAR%20RAFAEL.pdf>
- Granja, E., Gualpa, J., Guzmán, J., & Herrera, A. (2022). Preeclampsia severa asociada a parto pretérmino: resultados maternos-neonatales según factores de riesgo. *Journal of American Health*, 5(2). <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/download/134/266>
- Guevara-Ríos, E., & Gonzáles, C. (2019). Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencia. *Rev Perú Matern Perinat*, 8(1), 30-35. <https://doi.org/10.33421/inmp.2019140>
- Guevara-Ríos, E., & Gonzalez-Medina, C. (2018). Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. *Rev. Perú Investig Matern Perinat*, 8(1), 30-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.33421/inmp.2019140>
- Herrera, K. (2018). Preeclampsia. *Sinergia*, 3(3), 8-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
- Hinostroza, M. (2019). *Resultados neonatales en gestantes que presentaron preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia – Huancavelica 2016*. TG, Universidad Nacional de Huancavelica, Perú. <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2558/TESIS-2019->

OBSTETRICIA-

HINOSTROZA%20MELCHOR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hinostroza, M. (2019). *Resultados neonatales en gestantes que presentaron preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia – Huancavelica 2016*. TG, Universidad Nacional de Huancavelica, Perú.
<https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2558/TESIS-2019->

OBSTETRICIA-

HINOSTROZA%20MELCHOR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Huertas, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 399-404.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a13v64n3.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2021). *Anuario de estadísticas vitales: nacidos vivos*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>

Londoño, J. (2022). *Metodología de la investigación epidemiológica*. Editorial El Manual Moderno.

Lozada, H. (2018). *Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2017*. TG, Universidad Nacional de Piura, Perú.
<https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1187/CIE-LOZ-ARE-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez, A., & Belalcázar, Y. (2022). Impacto de los factores ambientales en la aparición de preeclampsia grave. *Revista Médica Sinergia*, 7(4), e755.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v7i4.755>

- Mayo Clinic. (2022). *Preeclampsia*. Estados Unidos.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>
- Méndez, I. (2022). Hematoma subcuspular hepático como complicación en el síndrome de Hellp. *Nuevo Hosp.*, XVIII(2).
[https://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones/revista-nuevo-hospital-2022/nuevo-hospital-2022-junio-xviii-2/mendez-torrubiano-i-martin-martin-r-rey-cabo-c-molero-diez.ficheros/2178521-NUEVO%20HOSPITAL,2022%20junio;XVIII%20\(2\)%2031-4.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones/revista-nuevo-hospital-2022/nuevo-hospital-2022-junio-xviii-2/mendez-torrubiano-i-martin-martin-r-rey-cabo-c-molero-diez.ficheros/2178521-NUEVO%20HOSPITAL,2022%20junio;XVIII%20(2)%2031-4.pdf)
- Mendoza, J., Muñoz, J., & Díaz, A. (2021). Factores asociados a hipertensión arterial inducida por embarazo en personas que viven en altura. *Facultad de Medicina Humana*, 21(3), 528-533.
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1255338/factores-asociados-a-hipertension-arterial-inducida-por-embara_2oHeDII.pdf
- Middlesex Health. (11 de Junio de 2022). *Middlesex Health*. Preeclampsia:
<https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/preeclampsia>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo*. Guía Práctica Clínica. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Por segundo año consecutivo se redujo la mortalidad materna*. Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/por-segundo-ano-consecutivo-se-redujo-la-mortalidad-materna/>

- Ministerio de Salud Pública. (2018). Mortalidad Evitable. *Gaceta de muerte materna SE 33*, 10. Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-33-MM.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 29. 8. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Gaceta epidemiológica de Muerte Neonatal SE 1 a SE 18*. Gaceta epidemiológica. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/06/Gaceta-MNN-hasta-SE182.pdf>
- Monge von Herold, C. (2018). Síndrome de Hellp. *Revista Médica Sinergia*, 3(1), 13-16.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/112/231/565>
- Montero, A., Ferrer, R., Paz, D., Dajaruch, M., & Díaz, Y. (2019). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed*, 23(5).
https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155
- Morey, K. (2021). *Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2019*. Universidad Científica del Perú, Perú.
<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1233/KAREN%20REGINA%20MOREY%20PADILLA%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Murguía, F., & et.al. (2021). Factores de riesgo maternos que predisponen a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos

de Mayo, durante el periodo 2018 – 2019. *Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 10(2), 35-41.
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/articloe/view/226/277>

NIH. (Octubre de 2019). *National Institute of Diabetes and Digestive and kidney diseases*. Recomendaciones de salud para las mujeres embarazadas:
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/alimentacion-saludable-actividad-fisica-vida/mujeres-embarazadas>

OMS. (2018). Salud de la mujer. España. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health#:~:text=Las%20defunciones%20maternas%20ocupan%20el,ellas%20en%20pa%C3%ADses%20en%20desarrollo.>

ONU. (2018). Observatorio de Igualada de Género de América Latina y el Caribe. *Mortalidad Materna*. España.
<https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>

Organización Mundial de la Salud . (25 de Agosto de 2021). *Hipertensión* . Centros de Prensa : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20hipertensi%C3%B3n%3F,tensi%C3%B3n%20arterial%20es%20demasiado%20elevada.>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Recomendaciones de la OMS para para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. 48.

Ginebra, Suiza.

https://doi.org/file:///D:/Downloads/9789243548333_spa.pdf

Organización Mundial de la salud. (19 de Febrero de 2018). *Nacimientos prematuros*. Datos y cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53940/9789974860247_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pacheco-Romero, J. (2016). Preeclampsia en la gestación múltiple. *Revista Peruana de Ginecología*, 61(3).

Pereira Calva, J., Pereira, Y., & Figueroa, L. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 5(1). <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>

Pereira, J., Pereira, Y., & Quirós, L. (2020). Actualización en preeclampsia. *Sinergia*, 5(1), e340. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/686>

Quezada, G., & et.al. (2019). Características epidemiológicas y factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino. *Universidad Ciencia y Tecnología(Especial)*, 80-85. <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/202/282>

Quispe, A. (2018). *Complicaciones del embarazo, parto y puerperio en gestantes obesas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza*. Universidad Nacional de San Agustín.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5600/MDquchal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez, A., & et.al. (2020). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Cienfuegos* 2012. *Medisur*, 17(4), 505-513.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2019/msu194h.pdf>

Rodríguez, A., Hernández, E., Villafuerte, J., Mesa, Z., Hernández, Y., & López, A. (2020). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Cienfuegos* 2012, 17(4). [medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2019/msu194h.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2019/msu194h.pdf)

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2019/msu194h.pdf>

Rojas, L., Villagómez, M., Rojas, A., & Rojas, A. (2019). Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Eugenio Espejo*, 13(2), 79-89.

<https://doi.org/https://doi.org/10.37135/ee.004.07.09>

Romero, D., Vargas, R., López, O., & Reyes, E. (2019). Fisiopatología y riesgo materno-fetal asociados a la preeclampsia. *Recimundo*, 3(3), 589-606.

<https://doi.org/http://recimundo.com/index.php/es/article/view/612>

Salas, B., Montero, F., & Alfaro, G. (2020). Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Sinergia*, 5(7), e 532.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>

Salas, B., Montero, F., & Alfaro, G. (2020). Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Revista Médica Sinergia*, 5(7), 1-14.

<https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.532>

- Taco, J. (2018). *Educación sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, marzo a julio 2018*. TG, Universidad Señor de Sipán, Perú.
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5032/Taco%20Quispe%20Julissa%20Katerin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Urías, C. (2019). *Niveles de hemoglobina en la gestación y su relación con amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino*. TG, Universidad de San Juan Carlos de Guatemala, Guatemala.
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/13523/1/19%20MC-T-3521-2940-URIAS.pdf>
- Vázquez, J. (2018). *Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión social*. TFG, Universidad Nacional de Caaguazú.
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021596/prevalencia-de-preeclampsia-en-embarazadas-en-el-servicio-de-g_rJ6BEgR.pdf
- Velumani, V. (2021). Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista e la facultad de Medicina*, 64(5), 7-18.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n5/2448-4865-facmed-64-05-7.pdf>
- Villarreal, E., P., L., Galicia, L., & Martínez, L. (2019). Asociación entre Preeclampsia y Enfermedad Renal Crónica. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 39(3).
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2346-85482019000300184

ANEXOS

Anexo 1 . Aceptación de trabajo de grado

UEB
UNIVERSIDAD
ESTADAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEPORTE

Guaranda, 11 de agosto del 2022

FCS-CTE-058-UEB

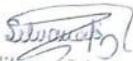
Doctor
DIEGO LARREA
Docente Universidad Estatal de Bolívar
Presente

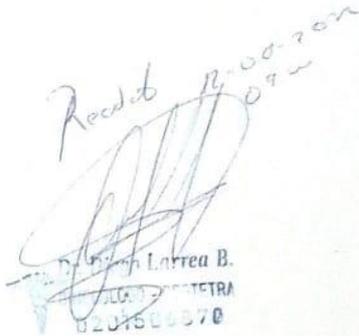
De mi consideración:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo, la Comisión de Titulación de la Carrera de Enfermería en reunión mantenida el 1 de agosto cuya acta es aprobado por Consejo Directivo Resolución DFCS-RCD-255-2022 con fecha 9 de agosto 2022, le designa Directora de la modalidad de proyecto de Investigación denominado: FACTORES DE RIESGO EN LA PRECLAMPSIA SEVERA Y SU RELACION CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO AGOSTO- NOVIEMBRE 2022 solicitada por las señoritas estudiantes: CARVAJAL BERMEO EVELYN YESSICA y POVEDA LARA MARIUXI ESTEFANIA.

Los estudiantes se comunicarán con usted para la dirección respectiva hasta el término del proceso de titulación.

Atentamente


Lic. Silvana López
COORDINADORA UNIDAD DE TITULACIÓN


Diego Larrea B.
COORDINADOR UNIDAD DE TITULACIÓN
0201800070

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

www.ueb.edu.ec
* Documento firmado electrónicamente por Quijor

Anexo 2. Permiso del Hospital Alfredo Noboa para la ejecución de la investigación

UEB | UNIVERSIDAD ESTADAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Oficio Nro. UEB-FCSS-2022-0092-O
Guaranda, 27 de septiembre de 2022

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CARRERA DE ENFERMERÍA UEB

Señor Magíster
Franklin Rodrigo Cevallos Molina
Gerente del Hospital Docente Alfredo Noboa Montenegro
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, comedidamente solicito su autorización y apertura para que las/los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar inscritos en la Unidad de Titulación desarrollen su trabajo de investigación en la Casa de Salud que está bajo su dirección, facilite la recolección de datos e información necesaria para investigar el tema que se detalla:

Nro.	TEMA APROBADO	AUTOR	TUTOR
1	FACTORES DE RIESGO EN LA PRECLAMPSIA SEVERA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO AGOSTO NOVIEMBRE 2022	CARVAJAL BERMEO EVELYN YESSENIA POVEDA LARA MARIUXI ESTEFANIA	DR. DIEGO LARREA
2	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PRE QUIRÚRGICO, EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, DURANTE EL PERIODO AGOSTO- NOVIEMBRE 2022	JIMENEZ SALTOS JESSENIA PAMELA TAMAYO POVEDA PABLO ANDRÉS	LCDA. MORAYMA REMACHE

Al conocer su compromiso y contribución con la investigación académica, agradezco.

Atentamente,

Dirección Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec
Documento firmado electrónicamente por Oupur

*Autenticado
de Cevallos
27/09/2022*

1/2

Oficio Nro. UEB-FCSS-2022-0092-O

Guaranda, 27 de septiembre de 2022

*Documento firmado electrónicamente*Lcda. Gladys Vanessa Mite Cardenas
COORDINADORA DE CARRERA ENFERMERIA

lc

Firmado electrónicamente por:
**GLADYS VANESSA
MITE CARDENAS**Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Seca
Guaranda- Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec* Documento firmado electrónicamente por Qdpx

Anexo 3 Instrumento y validación



INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

FICHA DE REGISTRO

TEMA: FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022.

TUTOR: Dr. Diego Larrea Betancourt

INTEGRANTES: Carvajal Bermeo Evelyn Yessenia y Poveda Lara Mariuxi Estefania

OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS EN LA PREECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO, EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Sección I Parto prematuro

Indicadores	Ítems	Escala
Factores Demográficos	Edad	<input type="checkbox"/> Entre 12 a 19 años <input type="checkbox"/> Entre 20 a 30 años <input type="checkbox"/> Entre 30 a 40 años <input type="checkbox"/> Más de 40 años
	Ubicación de la vivienda	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano
	Etnia	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro
	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Universitario
Complicaciones	Etiología	<input type="checkbox"/> Desarrollo de una preeclampsia severa <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de la membrana gestacionales <input type="checkbox"/> Desprendimiento de la placenta <input type="checkbox"/> Restricción de crecimiento fetal intrauterino <input type="checkbox"/> Embarazo complicado

Sección II Preeclampsia severa

Indicadores	Ítems	Escala
Factores de riesgo	Tipos de preeclampsia	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Severa
	Número de embarazos	<input type="checkbox"/> Ninguno antes <input type="checkbox"/> 1 embarazo anterior <input type="checkbox"/> 2 o 3 embarazos anteriores <input type="checkbox"/> Más de 3 embarazos anteriores
	HTA familiar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco
	• Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Preeclampsia severa en embarazo anterior	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Es mi primer embarazo
	La gestación es multifetal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	• Hipertensión arterial crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco
	• Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco
	• Enfermedades autoinmunes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco
	• Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco
	• Terapia de reproducción asistida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	• Asistencia periódica a control prenatal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Link de la encuesta: <https://forms.gle/ha7BjAudKxqVM9ma9>



INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

FICHA DE REGISTRO

TEMA: FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022.

TUTOR: Dr. Diego Larrea Betancourt

INTEGRANTES: Carvajal Bermeo Evelyn Yessenia y Poveda Lara Mariuxi Estefanía

OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS EN LA PREECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO, EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando con una X en el puntaje que considere que refleje su apreciación

Criterios	Apreciación cualitativa			
	Excelente (4 pts)	Bueno (3 pts)	Regular (2pts)	Deficiente (1 pto)
Presentación del instrumento	✓			
Claridad en la redacción de los ítems		✓		
Pertinencia de la variable con los indicadores	✓			
Relevancia del contenido	✓			
Factibilidad de la aplicación	✓			

Puntaje total:

19/20

Observaciones

Validado por:

Dr. Diego Larrea B.

Profesión:

Ginecología - Obstetricia

Lugar de Trabajo:

Hospital Alfredo Noboa M.

Cargo que desempeña:

Sub-Direct. Médico.

Lugar y fecha de validación:

Guaranda 18-10-2022

Firma:

Dr. Diego Larrea
PG. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MSP: 38.32.93
020150687-0



INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

FICHA DE REGISTRO

TEMA: FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022.

TUTOR: Dr. Diego Larrea Betancourt

INTEGRANTES: Carvajal Bermeo Evelyn Yessenia y Poveda Lara Mariuxi Estefania

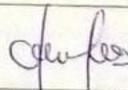
OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS EN LA PREECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO, EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando con una X en el puntaje que considere que refleje su apreciación

Criterios	Apreciación cualitativa			
	Excelente (4 ptos)	Bueno (3 ptos)	Regular (2ptos)	Deficiente (1 pts)
Presentación del instrumento	X			
Claridad en la redacción de los ítems	X			
Pertinencia de la variable con los indicadores	X			
Relevancia del contenido	X			
Factibilidad de la aplicación	X			

Puntaje total: 20/20

Observaciones

Validado por:	Laura Paola Avendaño castro
Profesión:	Pediatra
Lugar de Trabajo:	Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Cargo que desempeña:	Especialista en Pediatría I
Lugar y fecha de validación:	Crucecunda, octubre de 2022
Firma:	 



INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

FICHA DE REGISTRO

TEMA: FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU RELACION CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022

TUTOR: Dr. Diego Larrea Betancourt

INTEGRANTES: Carvajal Bermeo Evelyn Yessenia y Poveda Lara Mariuxi Estefania

OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS EN LA PREECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO, EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando con una X en el puntaje que considere que refleje su apreciación

Criterios	Apreciación cualitativa			
	Excelente (4 pts)	Bueno (3 pts)	Regular (2pts)	Deficiente (1 pto)
Presentación del instrumento	X			
Claridad en la redacción de los ítems	X			
Pertinencia de la variable con los indicadores	X			
Relevancia del contenido	X			
Factibilidad de la aplicación	X			

Puntaje total: 20/20

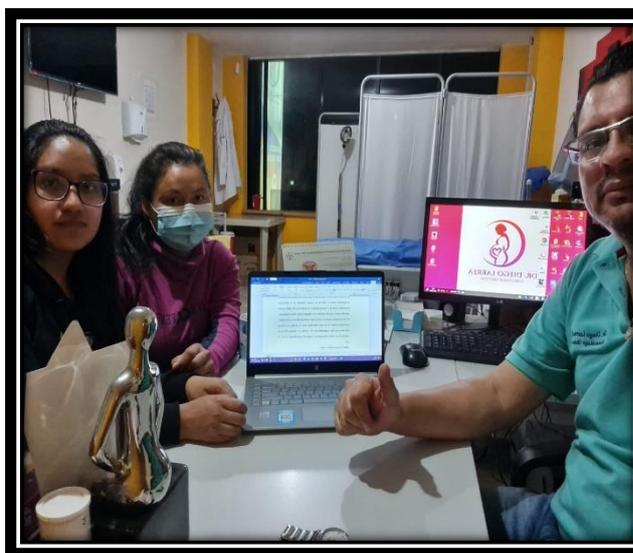
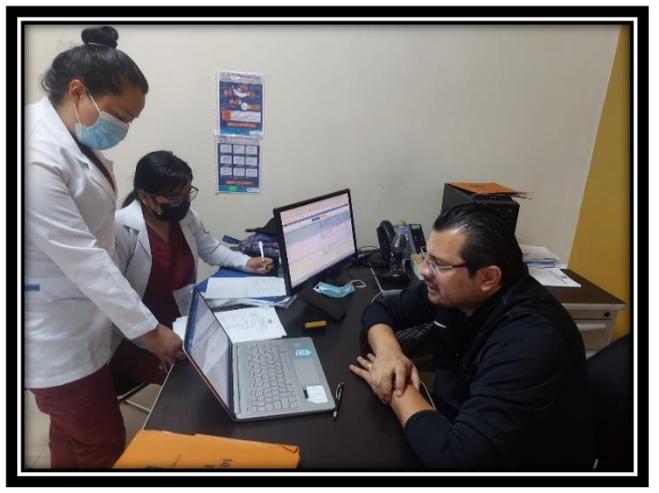
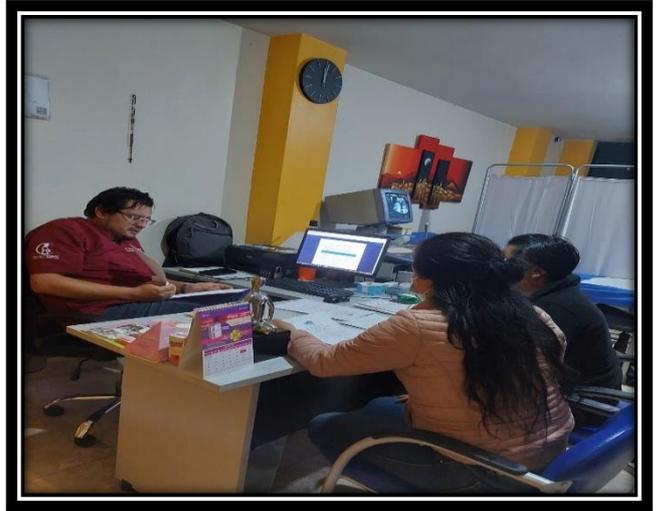
Observaciones

Validado por:	Santiago Berbe
Profesión:	Medico Inter.
Lugar de Trabajo:	HAWAII
Cargo que desempeña:	medico consultor docente
Lugar y fecha de validación:	Guatemala 22 Octubre 2022
Firma:	

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
Dr. Santiago Berbe
MEDICO INTERNISTA
C.R. 14-130 Nat'l
No. REG. IN. INT. 05-09-0011

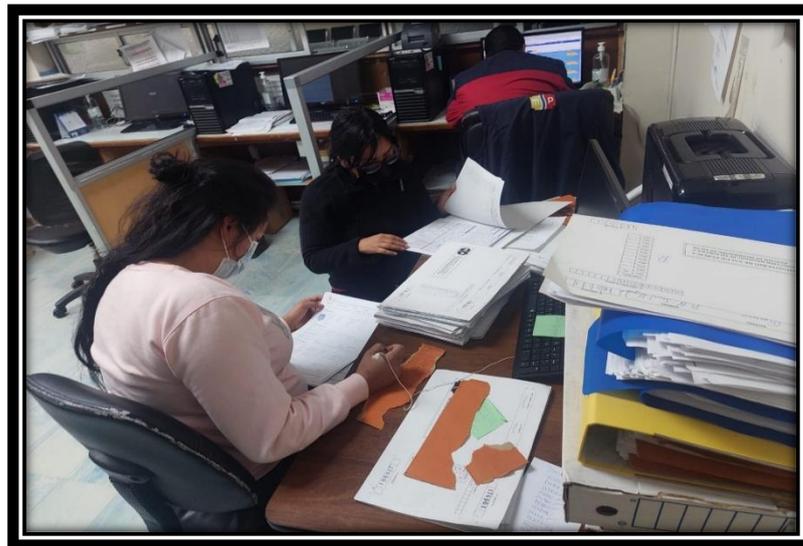
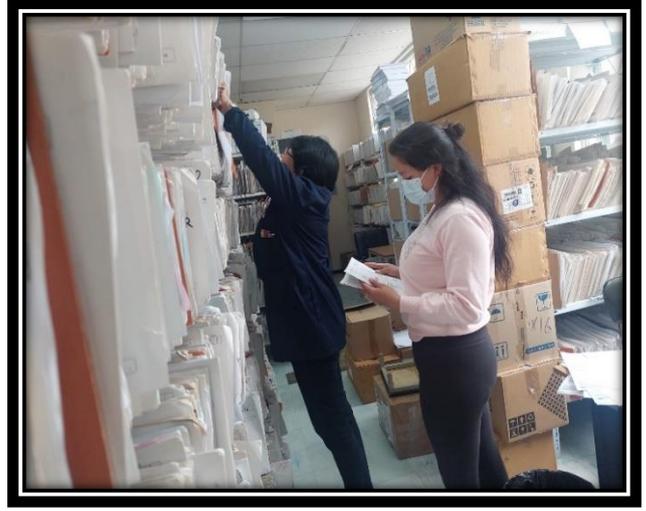
Anexo 4 Registro fotográfico

Revisiones y correcciones con nuestro tutor de acuerdo a los capítulos avanzados



Revisión de historias clínicas y aplicación de encuesta en el Hospital Alfredo

Noboa Montenegro



Socialización de los resultados





UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA

**FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA Y SU
RELACIÓN CON EL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL ALFREDO
NOBOA MONTENEGRO, AGOSTO-NOVIEMBRE 2022.**

SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

INTEGRANTES:

**CARVAJAL BERMEO EVELYN YESSENIA
POVEDA LARA MARIUXI ESTEFANIA**

TUTOR:

DR. DIEGO LARREA BETANCOURT

GUARANDA ECUADOR

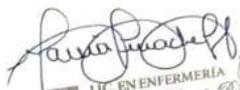
2022

RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>Determinar la prevalencia de la preeclampsia en las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el período agosto-noviembre del año 2022.</p>	<p>De acuerdo con la información levantada a partir de la encuesta aplicada a las pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, se pudo determinar que durante el período agosto-noviembre del año 2022, del total de pacientes atendidas, 8 mujeres tuvieron parto prematuro y presentaban signos y síntomas de preeclampsia severa de acuerdo con los análisis de datos realizados, había una prevalencia del 29.6% dentro del total de partos prematuros por preeclampsia severa en pacientes atendidas en el hospital en el tiempo establecido, y una prevalencia general del 5.12% de preeclampsia severa en el total de nacidos vivos. Dichos resultados fueron socializados en la unidad de atención de gineco obstetricia del Hospital, dando a conocer la prevalencia de la preeclampsia severa en la institución.</p>
<p>Reconocer los factores de riesgo modificables y no modificables asociados a la preeclampsia en pacientes que forman parte del estudio.</p>	<p>Se reconoció que los factores de riesgo no modificables presentes en las 8 pacientes participantes en el estudio investigativo con preeclampsia severa y parto prematuro fueron; edad extrema en el 12.5% de las pacientes,</p>

	<p>condiciones de vivienda procedentes de áreas rurales en el 62.5%, baja escolaridad con un nivel básico de estudio en el 37.5%, obesidad en el 50% de la población, HTA Crónica en el 75% de los embarazos, mujeres con preeclampsia en embarazos anteriores en el 12.5%, mujeres que no han estado embarazadas anteriormente en el 62.5% y ninguna presentó un embarazo múltiple. Por otra parte, no se identificaron factores de riesgo modificables, al reconocer que el 100% de las embarazadas asistieron a controles prenatales.</p>
<p>Analizar la relación entre la preeclampsia severa y los partos prematuros atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período agosto-noviembre del año 2022</p>	<p>Tras el proceso de análisis de los datos recopilados se observa que 25 de las gestantes desarrollaron trastornos hipertensivos de las cuales 15 madres con preeclampsia severa entre parto a término y pretérmino, 14 tuvieron un parto prematuro, por preeclampsia entre leve y severa lo que se puede inferir que la complicación de preeclampsia severa impacta directamente en la culminación del período gestacional de 37 semanas. Además, se observa que, de los 27 partos prematuros registrados por diversas causas en el periodo indicado, 8 de ellos tenían como causa</p>

culminación del período gestacional de 38 semanas. Además, se observa que de los 27 partos prematuros registrados 8 de ellos tenían como causa la preeclampsia severa. En resumen se afirma que existe una relación entre la preeclampsia severa y la prematuridad, donde casi el 100% de las madres que presenta esta complicación no alcanza a llegar al parto a término.


LIC. EN ENFERMERÍA
Ana María Romero P.B.

Anexo 6 Resultado de antiplagio

26/11/22, 12:08 Gmail - Fwd: [Original] 4% de similitud - evcarvajal@mailes.ueb.edu.ec

 Evelyn Carvajal <evcarvajal5@gmail.com>

Fwd: [Original] 4% de similitud - evcarvajal@mailes.ueb.edu.ec
1 mensaje

Diego Fernando Larrea Betancourt <dlarrea@ueb.edu.ec> 26 de noviembre de 2022, 11:41
Para: evcarvajal5@gmail.com

----- Forwarded message -----
De: <noreply@urkund.com>
Date: sáb, 26 de nov de 2022, 09:59
Subject: [Original] 4% de similitud - evcarvajal@mailes.ueb.edu.ec
To: <dlarrea@ueb.edu.ec>

Documento(s) entregado(s) por: evcarvajal@mailes.ueb.edu.ec
Documento(s) recibido(s) el: 26/11/2022 15:58:00
Informe generado el 26/11/2022 15:59:58 por el servicio de análisis documental de Ouriginal.

Mensaje del depositante: Buen día le envío el trabajo de tesis para que porfavor me ayude pasando por urkund muy amable

Documento : Factores de Riesgo en la Preeclampsia Severa y su relación con el Parto Prematuro
URKUND.docx[D151046111]

Alrededor de 4% de este documento se compone de texto más o menos similar al contenido de 55 fuente(s) considerada(s) como la(s) más pertinente(s). La más larga sección comportando similitudes, contiene 137 palabras y tiene un índice de similitud de 96% con su principal fuente.

TENER EN CUENTA que el índice de similitud presentado arriba, no indica en ningún momento la presencia demostrada de plagio o de falta de rigor en el documento.
Puede haber buenas y legítimas razones para que partes del documento analizado se encuentren en las fuentes identificadas.
Es al corrector mismo de determinar la presencia cierta de plagio o falta de rigor averiguando e interpretando el análisis, las fuentes y el documento original.

Haga clic para acceder al análisis:
<https://secure.orkund.com/view/143960143-808403-418953>

Haga clic para descargar el documento entregado:
<https://secure.ouriginal.com/archive/download/151046111-103696-219572>-----

UN PROBLEMA CON UN DOCUMENTO?

Un documento duplicado?
Un análisis llevando metadatos?
Un análisis inaccesible?

-> Escribir a nuestro equipo soporte para que la incidencia este resuelta lo antes posible.
-> Informar el equipo de la referencia de cada documento implicado [DXXXXXXX].

Contactos de nuestro equipo soporte:
support@ouriginal.com / +46 8 738 52 10

Buenos éxitos para sus estudiantes y suerte para usted.

El equipo Ouriginal

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=3b05caee17&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1750577581849751129&siml=msg-f%3A1750577...> 1/1