



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA

**CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN GESTANTES CON TRASTORNOS
HIPERTENSIVOS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL
IESS, BABAHOYO, PERIODO NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024.**

AUTORES

MORALES YANEZ DAYANA YAMILE
MORALES YANEZ MARIUXI JACSELY

TUTORA

LCDA. LORENA OTERO TOBAR

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

Noviembre – Abril 2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios porque sin él nada somos ni nada podemos hacer, a mi madre María Luisa Yáñez Merelo y Abuela Fatima Rita Merelo Ramírez que ha sido mi apoyo incondicional en todo este camino estudiantil, a mi padre Freddy Humberto Morales Paredes quien se ha esforzado arduamente a lo largo de mi carrera para que yo pueda continuar y no rendirme, mi tía Priscila Merelo Yáñez a quien estimo en gran manera ya que ha sido un pilar fundamental en mi vida en momentos difíciles.

Dayana Yamile Morales Yanez

El presente trabajo de investigación se lo dedico principalmente a Dios, por ser mi inspirador y darme fuerzas para continuar en este proceso y obtener uno de mis anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y mucho sacrificio en todos estos años de estudio, y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo, privilegio ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanas y mi novio por estar siempre presentes, por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

Mariuxi Jacsely Morales Yanez

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios por su infinita misericordia hacia nuestras vidas y darnos la fortaleza de lo alto para lograr cumplir cada uno de nuestros objetivos. De igual nuestros más sinceros agradecimientos a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO, LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, y a mis profesores quienes con la Enseñanza de sus valiosos conocimientos nos hicieron crecer día a día como profesionales de salud. Aquellos compañeros, que se convierten en amigos de vida y aquellos que ahora serán nuestros colegas, gracias por todo su apoyo y diversión.

Finalmente queremos expresar nuestro agradecimiento a la LCDA LORENA LIDICE TOBAR OTERO MSC, quien ha sido la principal colaboradora durante este proceso, con su dirección, conocimiento, enseñanza y dedicación permitió el desarrollo de este proyecto.

Dayana Yamile Morales Yanez

Mariuxi Jacsely Morales Yanez

APROBACIÓN DEL TUTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 9/4/2024
HORA: 17:27

SR(A).
LCDO. STALIN FABIAN MARTINEZ MORA
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
EN SU DESPACHO.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

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

MODALIDAD	FASE	TEMA
TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	CUIDADOS EN ENFERMERIA EN GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL IESS BABAHOYO. NOVIEMBRE 2023 - ABRIL 2024

PERTENECIENTE A EL/LOS ESTUDIANTES:

FACULTAD	CARRERA	ESTUDIANTE
FCS	ENFERMERIA (REDISENADA)	MORALES YANEZ MARIUXI JACSELY
FCS	ENFERMERIA (REDISENADA)	MORALES YANEZ DAYANA YAMILE

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

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

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

ATENTAMENTE,

LIDICE LORENA OTERO TOBAR
DOCENTE TUTOR DEL EQUIPO DE TITULACIÓN



📍 Av. Universitaria Km 2 1/2 Vía Montalvo
📞 05 2570 300
✉ rectorado@utb.edu.ec
🌐 www.utb.edu.ec

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
APROBACIÓN DEL TUTOR	IV
INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTIPLAGIO	V
ÍNDICE DE TABLAS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Contextualización de la Situación Problemática	3
1.1.1. Contexto Internacional.....	4
1.1.2. Contexto Nacional	5
1.1.3. Contexto local.....	5
1.2. Planteamiento del Problema	6
1.2.1. Problema General.....	7
1.3. Justificación.....	7
1.4. Objetivos de investigación.....	8
1.4.1. Objetivo general.	8
1.4.2. Objetivos Específicos	8
1.5. Hipótesis	8
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO.....	9

2.1. Antecedentes.....	9
2.2. Bases Teóricas.....	10
2.2.1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado por Dorothea Orem ...	10
2.2.2. Trastornos Hipertensivos del Embarazo	11
2.2.3. Trastornos Hipertensivos Según Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública.....	12
2.2.3.1. Guía Práctica Clínica del Embarazo en Argentina	13
2.2.3.2. Guía Práctica Clínica del Embarazo en Perú.....	13
2.2.3.3. Score Mama y Claves Obstétricas.....	14
2.2.4. Hipertensión en el Embarazo.....	15
2.2.5. Preeclampsia.....	16
2.2.5.1. Etiología de la Preeclampsia.....	16
2.2.5.2. Epidemiología de la Preeclampsia	17
2.2.5.3. Fisiopatología de la Preeclampsia	17
2.2.5.4. Características Clínicas	18
2.2.5.5. Evaluación	19
2.2.5.6. Tratamiento/Manejo	20
2.2.5.7. Factores de Riesgo.....	22
2.2.5.7.1. Edad Materna.....	23
2.2.5.7.2. Factor genético/hereditario	23
2.2.5.8. Obesidad	23
2.2.5.9. Diabetes	24

2.2.5.10.	Primigrávidas	24
2.2.5.11.	Uso de Anticonceptivos	24
2.2.6.	Eclampsia	25
2.2.6.1.	Etiología	26
2.2.6.2.	Epidemiología.....	26
2.2.6.3.	Fisiopatología	26
2.2.6.4.	Diagnóstico Clínico.....	27
2.2.6.5.	Evaluación.....	27
2.2.6.6.	Tratamiento	28
2.2.6.7.	Complicaciones	29
2.2.7.	Síndrome de HELLP	30
2.2.7.1.	Etiología	31
2.2.7.2.	Evaluación.....	31
2.2.7.3.	Tratamiento/Manejo.....	32
2.2.8.	Cuidados de Enfermería en Mujeres con Trastornos Hipertensivos 33	
CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA.....		36
3.1.	Tipo y Diseño de Investigación.	36
3.2	Operacionalización de variables.	37
3.2.1	Variables Independiente.....	38
3.2.2.	Variable Dependiente.....	38
3.3.	Población y muestra de investigación.	38

3.3.1. Población.	38
3.3.2. Muestra.	39
3.4. Técnicas e instrumentos de medición	39
3.4.1. Técnicas.....	40
3.4.2. Instrumentos	40
3.5. Procesamiento de datos.	40
3.6. Aspectos Éticos	40
CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
4.1. Resultados.....	42
4.2. Discusión	55
CAPÍTULO IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	57
Bibliografía	59
ANEXOS	66
ANEXO 1. TABLA DE CONTINGENCIA	66
ANEXO 2. FICHA DE OBSERVACIÓN	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	42
Tabla 2.	43
Tabla 3.	44
Tabla 4.	45
Tabla 5.	46
Tabla 6.	47
Tabla 7.	48
Tabla 8.	49
Tabla 9.	50
Tabla 10.	51
Tabla 11.....	52
Tabla 12	53
Tabla 13.	54

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo aumentaron un 10,92 % en 30 años, con una incidencia que pasó de 16,30 a 18,08 millones de casos y 27.830 muertes. En América Latina, la tasa de incidencia y mortalidad es de 329 y 420 por cada 100,000 personas, respectivamente. Son afecciones que pueden afectar el curso del embarazo y causar la muerte de la madre y el bebé. El rango de estas enfermedades va desde la hipertensión crónica hasta la eclampsia. Las enfermeras son fundamentales en tratar trastornos hipertensivos y otras afecciones del embarazo, destacándose en prevención y promoción de la salud. El enfermero destaca por su juicio clínico y crítico, que se refleja en la identificación de respuestas humanas y la elaboración de diagnósticos e intervenciones de enfermería. El objetivo de la investigación es determinar los cuidados en enfermería en gestantes con trastornos hipertensivos en el área de ginecología del Hospital General IESS, Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024. La metodología empleada fue de tipo cuantitativa, descriptiva y de campo, se utilizó fue de 150 pacientes embarazadas atendidas en el área de ginecología del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo y 7 miembros del personal de enfermería durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024. Se obtuvo como resultado que las intervenciones de enfermería se cumplen en un 100% de los casos; además, los principales factores de riesgos asociados fueron los antecedentes maternos de trastornos hipertensivos, las gestas previas, el sobrepeso y consumo de sustancias nocivas.

Palabras clave: *trastornos hipertensivos, eclampsia, preeclampsia, síndrome de HELLP.*

ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy increased by 10.92% in 30 years, with an incidence that increased from 16.30 to 18.08 million cases and 27,830 deaths. In Latin America, the incidence and mortality rate are 329 and 420 per 100,000 people, respectively. They are conditions that can affect the course of pregnancy and cause the death of the mother and baby. The range of these diseases goes from chronic hypertension to eclampsia. Nurses are essential in treating hypertensive disorders and other pregnancy conditions, standing out in prevention and health promotion. Nurses stand out for their clinical and critical judgment, which is reflected in the identification of human responses and the development of nursing diagnoses and interventions. The aim of the research is to determine nursing care in pregnant women with hypertensive disorders in the gynecology area of the IESS General Hospital, Babahoyo during the period November 2023 - April 2024. The methodology used was quantitative, descriptive, and field, 150 pregnant patients treated in the gynecology area of the IESS General Hospital in the city of Babahoyo and 7 members of the nursing staff were used during the period November 2023 - April 2024. The result was that nursing interventions are fulfilled in 100% of cases; Furthermore, the main associated risk factors were maternal history of hypertensive disorders, previous pregnancies, overweight, and consumption of harmful substances.

Keywords: *hypertensive disorders, eclampsia, preeclampsia, HELLP syndrome.*

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN

La investigación se lleva a cabo a causa de que los trastornos hipertensivos se encuentran entre las causas más importantes que contribuyen a la mortalidad en las mujeres durante el parto. El 40% de las mujeres embarazadas tienen complicaciones durante el parto, lo que puede causar entre 50,000 y 60,000 muertes anuales a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Xuan y Nguyen, 2022).

Estos trastornos afectan aproximadamente siete veces más en países en desarrollo que en países desarrollados. Durante el embarazo, el alcohol aumenta el riesgo de muerte por enfermedades diversas en la madre y el feto. La preeclampsia es uno de los trastornos hipertensivos más comúnmente encontrado en el embarazo y se caracteriza por presión arterial elevada y proteinuria. Son varios los factores pueden incrementar el riesgo de sufrir esta afección durante el embarazo.

Para la prevención de estos trastornos hipertensivos, se puede identificar los factores de riesgo y monitorear a las mujeres en riesgo para reducir la prevalencia de estos. Además, múltiples estudios realizados en varios países han demostrado un aumento en la prevalencia de los trastornos hipertensivos que se diagnostican en los países desarrollados, mientras que siguen contribuyendo significativamente a la morbilidad y mortalidad materna y fetal en los países en desarrollo (Pereira y Pereira, 2020).

En el año 2019, las directrices del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención establecen que una mujer se considera en alto riesgo de experimentar trastornos hipertensivos durante el embarazo si presenta historial de enfermedad hipertensiva en gestaciones previas, condiciones maternas de salud, problemas renales, enfermedades autoinmunes, diabetes o hipertensión crónica (Mansanillas, 2023).

Identificar los posibles factores de riesgo antes y al principio del embarazo disminuyen el riesgo de padecer estos trastornos. En varios países occidentales, la

edad promedio de la maternidad se ha incrementado; una mujer gestante de 35 años o mayor es conocido como 'edad materna avanzada'. Son varios los estudios que han relacionado la edad materna avanzada con el riesgo de complicaciones perinatales y obstétricas relacionadas al aumento de la presión arterial. Es decir, las mujeres mayores de 35 años tienen más riesgo de complicaciones durante embarazo (Mackenzie y Hinson, 2023).

Además de la edad materna avanzada existen otros factores de riesgo importantes mencionados en las diferentes fuentes bibliográficas como la paridad, los antecedentes maternos de hipertensión, antecedentes personales de hipertensión, nivel educativo materno, índice de masa corporal materna (IMC elevado), diabetes mellitus materna, factores sociodemográficos y conductuales asociados, nutrición y consumo de sustancias nocivas (Wagnew et al., 2020).

Por tal motivo, la presente investigación busca identificar los cuidados en enfermería en gestantes con trastornos hipertensivos en el área de ginecología del Hospital General IESS, Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024

En el primer capítulo, se sitúa el contexto de la problemática a nivel internacional, nacional y local. Además de esto, se detalla tanto la problemática en general como en aspectos específicos que servirán de base para formular los objetivos generales y específicos del estudio. Asimismo, se plantea la hipótesis que orientará a la investigación.

En el segundo capítulo del trabajo, se lleva a cabo la exposición de la base teórica sustentada en las cuestiones de investigación planteadas inicialmente, a continuación, se presenta la revisión de trabajos anteriores relevantes sobre el tema en la sección de antecedentes.

En el tercer capítulo del documento, se lleva a cabo la descripción detallada del enfoque metodológico que se utilizará para llevar a cabo la investigación. Esto implica explicar cómo se llevará a cabo el estudio, incluyendo la definición de las variables de investigación pertinentes. En este caso, se identifica a los trastornos hipertensivos durante el embarazo como la variable dependiente, y a los cuidados de enfermería como la variable independiente.

En el cuarto capítulo de la tesis se presentan los hallazgos descubiertos durante el estudio, los cuales han sido analizados a través de la recopilación y organización de datos, seguido de su correspondiente interpretación.

En el desenlace del estudio, que corresponde al quinto capítulo, se establecen las conclusiones y sugerencias derivadas del estudio, las cuales se fundamentan en los objetivos previamente planteados.

1.1. Contextualización de la Situación Problemática

Los trastornos hipertensivos son comunes y tienen variadas presentaciones durante el embarazo. Estos trastornos pueden resultar mortales y se manifiestan con hipertensión, edema y presencia de proteínas en la orina. La presión arterial alta durante el embarazo es una causa significativa de complicaciones y riesgo de vida para la madre y el bebé. No se comprenden totalmente las razones, pero se atribuyen a factores de riesgo internos o externos (Dutta y Barman, 2021).

La preeclampsia afecta al 5-8% de los embarazos, y la eclampsia ocurre en 1 de cada 2,500 embarazos, con un aumento en estos números. La preeclampsia y la eclampsia causan mucha muerte en madres y bebés. Entre el 2006 y el 2014 en Ecuador, el 27,53% de las muertes maternas se deben a estas enfermedades. En el año 2016, el 28.16% de los casos de preeclampsia y eclampsia se registraron en la provincia de Chimborazo, la tercera más alta en el país. En 2020, la preeclampsia siguió siendo una causa principal de muertes maternas en Ecuador, afectando al 31,76% de la población, especialmente en Guayas, Manabí, Pichincha, Chimborazo y Azuay (García et al., 2020) (Álvarez et al., 2023) (Dávila et al., 2023).

Los proveedores de atención médica de las mujeres deben brindar una evaluación exhaustiva y un manejo basado en evidencia para prevenir afecciones potencialmente mortales, incluyendo la preeclampsia grave y el síndrome HELLP, y sus secuelas. Los proveedores de atención médica de las mujeres deben conocer los criterios de diagnóstico y tratamientos para asesorar a las pacientes en trastornos hipertensivos durante el embarazo y el posparto (Hinkosa et al., 2020).

El enfermero es fundamental en el manejo de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo y otras condiciones relacionadas, participando en la prevención,

identificación y promoción de la salud, especialmente en la prevención primaria. El juicio clínico y crítico del enfermero se evidencia en su labor, destacando las respuestas humanas y concluyendo con diagnósticos e intervenciones de enfermería. Utilizando el juicio clínico respaldado por lenguajes de enfermería estandarizados. Los lenguajes estandarizados o taxonomías son sistemas que facilitan la comunicación entre los profesionales de enfermería a nivel global (Rebahi y Still, 2018).

Organizar la atención con diagnósticos y tratamientos en enfermería mejora la precisión de la evidencia en salud, la calidad de vida de los pacientes y reduce la mortalidad materno infantil. Por ende, se refuerzan servicios y sistemas para apoyar al enfermero en decisiones de salud durante diferentes etapas, especialmente el embarazo (Bestari y Lestari, 2019).

Espinoza et al (2019) encontraron en su estudio que el 95% de 400 pacientes desarrollaron preeclampsia, el 5% desarrolló eclampsia. Entre las pacientes, el 50,2% eran menores de 20 años, el 72,5% eran solteras, el 75% eran madres primerizas, el 12,3% tenía antecedentes de preeclampsia. Las complicaciones maternas se presentaron en un 20%, siendo el parto prematuro el más común (75%), mientras que las complicaciones perinatales afectaron al 77,2%, siendo el parto prematuro el más común (81,5%) (Moreira y Montes, 2022).

1.1.1. Contexto Internacional.

Los trastornos de la presión arterial afectan al 2-10% de los embarazos a nivel global, según la OMS. El 0,4% de los incidentes ocurre en países desarrollados, y entre el 1,8% y el 16,7% en países en desarrollo. Según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP), se calcula que aproximadamente el 4,6% de los embarazos a nivel global se ven afectados por la preeclampsia, mientras que la eclampsia impacta alrededor del 2,1% de los casos (Pereira y Pereira, 2020).

La edad promedio de las mujeres que dan a luz en Finlandia ha sido alrededor de 30 años y en 2009 fue de 28 años para las que tenían su primer hijo. En 2009, el 18,7% de las parturientas tenían más de 35 años y esta cifra ha seguido aumentando.

Cerca de un cuarto, aproximadamente el 26%, de las muertes relacionadas con el embarazo en América Latina y el Caribe son atribuidas a complicaciones derivadas de la presión arterial alta durante la gestación. En Colombia, constituyen el 59% de la morbilidad materna grave y el 59,7% de la morbilidad materna grave en adolescentes. Estas estadísticas subrayan la necesidad de identificar los riesgos de preeclampsia en madres colombianas y sus hijos (ACOG, 2019).

Reyes et al (2012) encontraron una asociación de preeclampsia con IMC >31 kg/m², niveles elevados de triglicéridos, HDL, glucosa y primigrávidas en un estudio realizado en Colombia. A pesar de que Reyes y su equipo identificaron esto, otros estudios científicos y la investigación de la OMS establecieron diferentes riesgos de preeclampsia.

1.1.2. Contexto Nacional

En Ecuador, la hipertensión durante el embarazo es una complicación frecuente y un problema de salud pública. En Ecuador, los trastornos hipertensivos representan el 31,76% de todas las muertes relacionadas con el embarazo, siendo más comunes en las provincias de Guayas, Manabí, Pichincha, Chimborazo y Azuay.

En 2020, Ecuador informó de 163 muertes maternas, con un 15.33% asociadas al COVID-19, que incluyeron 25 embarazadas, y un aumento en las admisiones a UCI debido a la pandemia. En Ecuador, según el INEC, la preeclampsia y la eclampsia son la tercera causa de muerte materna, tras enfermedades crónicas y hemorragia posparto (Fernández y González, 2022).

Como otros países de América Latina, Ecuador tiene comunidades viviendo a altitudes entre 0 y más de 4000m sobre el nivel del mar, lo que se traduce en diversidad étnica. Dado el elevado índice de nacimientos en mujeres menores de 18 años, es posible examinar diferentes consecuencias que surgen en determinadas enfermedades vinculadas al embarazo.

1.1.3. Contexto local

En el ámbito local, se han estudiado la edad materna avanzada y la hipertensión gestacional, pero no la preeclampsia. Otros estudios similares solo

consideran el resultado perinatal-neonatal, sin contemplar el resultado materno o los factores de riesgo. Falta de investigación y estandarización en seguimiento obstétrico y preconcepcional de pacientes con factores de riesgo asociados. No obstante, no se ha identificado los correctos cuidados por parte de enfermería en madres gestantes con trastornos hipertensivos en el área de ginecología del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024.

La provincia de los Ríos tiene un serio problema de salud pública con un elevado número de muertes maternas debido a enfermedades hipertensivas. En el primer semestre del 2018, 1151 embarazadas fueron atendidas en el Hospital General IESS de Babahoyo. El 5% del total son mujeres embarazadas con hipertensión arterial. En 2019, ocurrieron 219 cesáreas de enero a agosto, debido a una alta demanda que abarca partos electivos y emergencias (MSP, 2016).

La presión arterial alta afecta el embarazo, poniendo en riesgo la salud de la madre y el feto. Riesgos: edad materna avanzada, historial de preeclampsia, enfermedad renal, diabetes, embarazos múltiples y obesidad. Durante el año 2023, el 0,08% de las embarazadas atendidas tenían preeclampsia o riesgo de preeclampsia, de acuerdo con la matriz de riesgo obstétrico del Ministerio de Salud Pública.

1.2. Planteamiento del Problema

Las mujeres diagnosticadas con trastornos hipertensivos requieren atención especial por parte de todo el personal de atención médica, y los cuidados en enfermería son sumamente importantes en el cuidado de dichas pacientes, por lo que, conocer los diferentes procesos pueden ayudar al personal. El área de enfermería debe adaptarse a los cuidados y objetivos individuales de cada paciente. El propósito es tomar las medidas adecuadas para reducir el riesgo de posibles complicaciones como resultado del diagnóstico y mejorar la calidad del paciente reduciendo la morbilidad y la mortalidad.

Los trastornos hipertensivos que se presentan durante el periodo de gestación constituyen una razón significativa detrás de problemas de salud graves, limitaciones permanentes, y fallecimientos tanto en mujeres embarazadas como en

los bebés por nacer y recién nacidos. En América Latina, se ha registrado que el veinticinco por ciento de las muertes maternas están asociadas a este tipo de complicaciones médicas. La preeclampsia y la eclampsia, que son trastornos hipertensivos que surgen durante el embarazo, representan causas significativas de problemas de salud y muertes tanto para las mujeres embarazadas como para los bebés que están por nacer. En Ecuador, la preeclampsia y la eclampsia fueron las principales causas de muerte materna entre 2006 y 2014, representando el 27,53% de todas las muertes maternas (457 de 1.660 muertes maternas durante este período). Por lo tanto, la investigación se realiza para determinar el manejo en enfermería de mujeres embarazadas con diagnóstico de trastornos hipertensivos atendidas en el área de ginecología del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024.

1.2.1. Problema General

¿Cómo se realizan los cuidados en enfermería a gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el área de ginecología del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024?

1.3. Justificación

La investigación busca identificar los factores de riesgo de los trastornos hipertensivos como la preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo, y analiza su relación con la mortalidad materna. También se enfoca en el cuidado por parte del personal de enfermería y su implicación en este problema. La investigación tiene importancia científica tanto para los estudiantes como para los graduados de enfermería, ya que proporciona conocimientos e ideas valiosos para las personas que siguen una carrera en el campo de la enfermería.

El propósito de este estudio es recabar información con el fin de optimizar la prestación de cuidados por parte del personal de enfermería y fomentar el bienestar de las mujeres embarazadas durante cada fase de su gestación. Es extremadamente importante poder reconocer y comprender todos los posibles elementos que contribuyen a los trastornos hipertensivos durante el embarazo, ya que esto puede jugar un papel fundamental en la disminución de los problemas que

puedan surgir tanto para la madre como para el feto. Este trabajo proporciona información actualizada sobre la afección para que los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas puedan tomar medidas preventivas.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. *Objetivo general.*

Determinar los cuidados en enfermería en gestantes con trastornos hipertensivos en el área de ginecología del Hospital General IESS, Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024.

1.4.2. *Objetivos Específicos*

- Identificar los cuidados de enfermería que se realizan en gestantes atendidas en el área de ginecología del Hospital General IESS, Babahoyo.
- Detectar mediante una ficha de observación los posibles desencadenantes de los trastornos hipertensivos que afectan a las gestantes atendidas en el Hospital General IESS, Babahoyo.
- Analizar mediante una ficha de observación si los cuidados de enfermería en gestantes se están cumpliendo de manera adecuada para la prevención de los trastornos hipertensivos.

1.5. Hipótesis

Los correctos cuidados de enfermería en gestantes con trastornos hipertensivos en el área de ginecología del Hospital General IESS, Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024 mejoran la calidad de vida y reducen la muerte materno infantil.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Un estudio comparativo de prevalencia de preeclampsia, factores de riesgo y resultados del embarazo entre poblaciones sueca y china usando datos del Registro Médico Nacional de Nacimientos de Suecia y Encuesta sobre Trabajo y Parto de China. Los embarazos suecos y chinos tuvieron edad materna media de 30,9 y 28,6 años, respectivamente. La tasa de preeclampsia fue parecida en Suecia y China: 2,9% y 2,3%, respectivamente. Sin embargo, los casos graves fueron más altos en China: 68,1% frente a 32,5% en Suecia. La obesidad fue un factor de riesgo mayor en China que en Suecia. La nuliparidad tuvo una asociación más fuerte con la preeclampsia grave en Suecia en comparación con China (Yang y Le Ray, 2021).

Además, otro estudio transversal realizado por Dutta y Barman (2021), en mujeres embarazadas en Bangladesh para calcular la prevalencia de preeclampsia y los factores de riesgo. Se registraron 111 participantes para proporcionar su información en un cuestionario estándar. La tasa de preeclampsia a nivel mundial fue del 14,4%. Cerca del 10% de embarazos sin historial de hipertensión tuvieron preeclampsia después de 20 semanas. La prevalencia de preeclampsia en mujeres con hipertensión crónica fue del 5,4%. Deben tomarse medidas como medicamentos, chequeos prenatales y atención obstétrica para prevenir trastornos hipertensivos del embarazo en Bangladesh (Dutta y Barman, 2021).

El propósito del estudio elaborado por Wagnew et al. (2020) era analizar los factores relacionados con la preeclampsia en mujeres de países de África subsahariana. Se revisaron artículos en inglés de enero de 2000 a mayo de 2020 en bases de datos como MEDLINE, EMBASE, PubMed y CINAHL. Veintisiete estudios que cumplían los criterios de inclusión se incluyeron en la revisión sistemática y el metaanálisis. Se encontraron como factores de riesgo: ser primípara, tener trastornos hipertensivos del embarazo previos, antecedentes familiares de estos trastornos y nivel educativo materno más bajo. No hay pruebas concluyentes de relaciones entre variables específicas (Wagnew et al., 2020).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado por Dorothea Orem

Dorothea Orem expone su teoría sobre la importancia del autocuidado en la enfermería, la cual abarca tres conceptos fundamentales: autocuidado, déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería asociados a estos principios. Es esencial entender las definiciones de persona, enfermería, entorno y salud del Modelo de Orem para su correcta aplicación (López y Salazar, 2022).

Dorothea Orem reconoce al ser humano como un organismo biológico, racional y reflexivo, capaz de pensamiento introspectivo sobre sí mismo y su entorno. También puede representar experiencias y utilizar simbolismos para reflexionar, comunicarse y guiar acciones propias y ajenas. Las definiciones de cuidados de enfermería involucran ayudar al individuo con el autocuidado para preservar la salud, recuperarse de enfermedades y afrontar sus secuelas (Peña y Salas, 2020).

El contexto en este enfoque considera elementos físicos, químicos, biológicos y sociales que afectan al individuo, y la salud se describe como un estado condicionado por especificidades biológicas y humanas. Estos conceptos se encuentran detalladamente explicados en la cuarta edición de su modelo, la cual fue publicada en el año 1991 (González, 2023).

Autocuidado: Comportamiento para ajustar elementos que influyen en el crecimiento y rendimiento individual o del entorno, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la salud. Una habilidad aprendida con un propósito específico: (Morales y Sigcho, 2020)

- La necesidad de un cuidado universal se aplica a una amplia gama de aspectos como el cuidado del aire, del agua, de la actividad física, del descanso, de la soledad, de la interacción social, de la prevención de riesgos y de la actividad humana en general.
- Es necesario fomentar entornos que promuevan el autocuidado en cada etapa de la vida con el objetivo de prevenir circunstancias negativas y estimular el desarrollo personal.
- Necesidades de autocuidado asociadas a cuestiones de salud.

El proceso de enfermería constituye un enfoque metódico y bien estructurado que se emplea con el propósito de proporcionar cuidados de salud a personas que presentan situaciones de enfermedad tanto presentes como posibles en un futuro cercano. Este procedimiento adapta la atención a nivel individual, lo que ayuda a evitar que se produzcan descuidos o despidos. El proceso de enfermería consta de cinco etapas clave: evaluación, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. Cada etapa del proceso tiene un propósito singular y está diseñada para favorecer el bienestar del paciente: (Romero y Sanmartin, 2023).

2.2.2. Trastornos Hipertensivos del Embarazo

Según la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, los trastornos hipertensivos del embarazo se consideran la causa principal de enfermedades graves, impactos duraderos en la salud y fallecimientos tanto en las mujeres embarazadas como en sus bebés recién nacidos, contribuyendo con alrededor del 14% de las fatalidades maternas a nivel global. Mejorar la atención perinatal es un paso necesario para alcanzar los objetivos de salud establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2020).

Además, según la información obtenida de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés “Centers for Disease Control”), la prevalencia de estos trastornos durante la gestación relacionada con las hospitalizaciones aumentó de aproximadamente el 13% en 2017 al 16% en 2019, y también estuvo involucrado por lo menos 1 de cada 7 partos en pacientes hospitalizadas (CDC, 2022).

Los trastornos hipertensivos durante el período periparto son comunes y se acompañan de un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Abarcan la hipertensión crónica preexistente, la hipertensión gestacional y la preeclampsia. Las investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas revelaron que el 2% eran atribuibles a la preeclampsia y la eclampsia (ACOG, 2019).

Los trastornos hipertensivos durante el período periparto son comunes y se acompañan de un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Abarcan la hipertensión crónica preexistente, la hipertensión gestacional y la preeclampsia.

Las investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas revelaron que el 2% eran atribuibles a la preeclampsia y la eclampsia. La hipertensión no tratada puede provocar eventos adversos tanto para la madre como para el bebé, incluyendo morbilidad cardiovascular materna y accidente cerebrovascular, mayor riesgo de parto prematuro y bebés pequeños para la edad gestacional. Las enfermedades cardiovasculares en la vejez también son más comunes en estas mujeres (Poon et al., 2023).

El síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas) es potencialmente mortal tanto para la madre como para el bebé y representa una forma grave de preeclampsia. Las mujeres pueden encontrarse en estado crítico al momento de la presentación con desprendimiento de placenta o coagulación intravascular diseminada (Goddard et al., 2020).

2.2.3. Trastornos Hipertensivos Según Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública

Estas directrices están destinadas a ser utilizadas por una variedad diversa de profesionales que participan en la prestación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, así como en el cuidado durante el embarazo, el parto y la maternidad. Por ejemplo, se incluyen médicos que trabajan en zonas rurales, médicos generalistas, médicos de familia, especialistas en obstetricia y ginecología, anestesiólogos, terapeutas, hematólogos, obstetricas y enfermeras. Su uso es útil para el manejo multidisciplinar de todo el equipo, incluidos psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y técnicos de atención primaria (MSP, 2016, p. 9).

Esta guía establece que se debe tener en cuenta diferentes condiciones a la hora de determinar el diagnóstico: valor de la presión arterial basal antes del embarazo, hipertensión antes del embarazo, primer diagnóstico durante el embarazo o hipertensión evidente durante el parto o el posparto. En la clasificación de la hipertensión inducida por el embarazo, el factor más relevante es discernir entre los trastornos hipertensivos que ya estaban presentes antes del embarazo y los trastornos hipertensivos que surgen durante el periodo gestacional (MSP, 2016, p. 13).

La guía divide a los trastornos hipertensivos en el embarazo en 4 categorías (MSP, 2016, p. 18):

- Preeclampsia – eclampsia.
- Hipertensión crónica.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida.
- Hipertensión gestacional.

2.2.3.1. Guía Práctica Clínica del Embarazo en Argentina

Otras Guías Prácticas Clínicas latinoamericanas como las de Argentina se basaron en Guías de práctica clínica locales y globales, con participación de expertos para garantizar criterios y evidencias científicas actuales. Cabe recalcar que la guía práctica clínica es muy parecida en cuanto a contenido con la Guía Práctica Clínica del Embarazo en Ecuador (Sociedad Argentina Hipertensión en el Embarazo, 2018).

El documento preliminar se envió después a la mayoría de las Provincias del país Argentino para corregirlo y lograr consenso. Esta Guía es para los profesionales de la salud de diferentes niveles e incluye tratamientos para Maternidades y Unidad de cuidado intensivo. Para brindar atención de calidad, el equipo de salud debe combinar el uso de la guía con el desarrollo de habilidades en obstetricia. Todas las instituciones de atención al parto deben cumplir con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (Dutta y Barman, 2021).

2.2.3.2. Guía Práctica Clínica del Embarazo en Perú

La guía en cuestión fue elaborada por la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia en las instalaciones del Instituto de Evaluación e Investigación de Tecnologías en Salud (IETSI) en el marco del Seguro Social de Salud (EsSalud) del Perú, con el propósito de ofrecer orientaciones específicas sobre cómo prevenir y tratar la hipertensión durante el período de gestación. El cuidado del bebé prematuro de una mujer con hipertensión no se aborda en este manual (Seguro Social de Salud del Perú, 2022).

La guía va dirigida al personal médico y de obstetricia de EsSalud que atiende a gestantes con esta condición en todos los niveles de atención. Mujeres

embarazadas en riesgo o con EHE, preeclampsia, o preeclampsia severa son el foco de la guía. Se adoptaron la definición y criterios diagnósticos del “American College of Obstetrics and Gynecology” para esta guía (CDC, 2022).

2.2.3.3. Score Mama y Claves Obstétricas

Una complicación en el parto puede ser rara pero peligrosa, impactando a la madre, al bebé, a la familia y a los profesionales de la salud. Las complicaciones obstétricas graves pueden resultar en la muerte de la mujer o el bebé antes o después del parto. Complicaciones en embarazo, parto o puerperio pueden ser por varias condiciones y se categorizan en muertes maternas directas, indirectas o incidentales (MSP, 2016, p. 5).

El Ministerio de Salud Pública implementó el protocolo con el Score MAMÁ y Claves Obstétricas con la ayuda de varios profesionales médicos, comenzando en 2015 en dos zonas y luego a nivel nacional en 2016. Es crucial registrar y documentar los signos vitales de una mujer para detectar prontamente cualquier cambio en su condición y brindar tratamiento oportuno (MSP, 2016, p. 6).

El Score Mamá es una puntuación creada para detectar tempranamente problemas de salud en las madres. Los signos vitales se deben medir en este orden:

- 1) Frecuencia respiratoria
- 2) Presión Sanguínea
- 3) Frecuencia cardiaca
- 4) Saturación de Oxígeno
- 5) Temperatura Corporal
- 6) Nivel de Conciencia
- 7) Proteinuria

Ecuador ha creado medidas para reducir la mortalidad materna. Las claves obstétricas se han organizado y coloreado según la causa de la emergencia. La clave azul se activa al atender a una paciente gestante con trastornos hipertensivos. El protocolo de la clave amarilla se usa para tratar infecciones o choque séptico en pacientes embarazadas o posparto próximo. La clave obstétrica roja se usa para tratar el choque causado por hemorragias vaginales pre, durante o postparto. Las

claves obstétricas incluyen guía detallada y fármacos para aplicación inmediata en emergencias médicas (MSP, 2016, p. 18).

Este protocolo redujo la muerte materna a nivel nacional, pero faltan esfuerzos para eliminar las complicaciones. A pesar de lograr una reducción significativa de la mortalidad materna a nivel nacional, continúa la falta de esfuerzos para eliminar por completo las complicaciones derivadas de estas enfermedades.

2.2.4. Hipertensión en el Embarazo

De acuerdo con las pautas establecidas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el diagnóstico de hipertensión en el embarazo se establece cuando la lectura de la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 140 mmHg, la presión arterial diastólica (PAD) es igual o mayor a 90 mmHg, o en ambos casos, siendo preferible que estos valores sean corroborados en dos instancias separadas por al menos 4 horas (ACOG, 2019).

La hipertensión crónica es la hipertensión que se presenta antes de las 20 semanas de gestación. La mayoría de los casos son atribuibles a hipertensión esencial, que puede estar asociada con obesidad o antecedentes familiares de hipertensión. Las causas secundarias son mucho menos comunes. Esta categoría también incluye la hipertensión de bata blanca, que se refiere a una presión arterial $\geq 140/90$ mmHg en un entorno hospitalario, pero no en casa (CDC, 2022).

La monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 24 h puede confirmar la hipertensión crónica. Hasta la mitad de las mujeres con hipertensión de bata blanca desarrollan hipertensión gestacional o preeclampsia. La hipertensión gestacional es una hipertensión de nueva aparición que se desarrolla después de las 20 semanas de gestación sin ninguna característica de preeclampsia (García et al., 2020).

La hipertensión gestacional transitoria, particularmente si se observa antes de las 33 semanas de gestación, se asocia con hasta un 40% de riesgo de desarrollar hipertensión gestacional verdadera o preeclampsia. El veinticinco por ciento de las mujeres con hipertensión gestacional verdadera o hipertensión crónica

desarrollarán preeclampsia. Por lo tanto, estas mujeres requieren un seguimiento adicional durante todo el embarazo (Poon et al., 2023).

2.2.5. Preeclampsia

La preeclampsia afecta del 2% al 8% de los embarazos a nivel mundial. Entre el 9% y el 26% de muertes maternas ocurren en países de bajos ingresos, y el 16% en países de altos ingresos. Preeclampsia es hipertensión recién desarrollada (Jung y Romero, 2022).

La preeclampsia se define como hipertensión y proteinuria u otro daño después de las 20 semanas de embarazo, y la eclampsia como convulsiones graves en mujer con preeclampsia, según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (Pereira y Pereira, 2020).

Los criterios utilizados para diagnosticar la preeclampsia implican medir la presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más o la presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más en dos ocasiones separadas con al menos 4 horas de diferencia después de la semana 20 de embarazo. Alternativamente, también se puede diagnosticar cuando la presión arterial sistólica es igual o superior a 160 mm Hg o la presión arterial diastólica es igual o superior a 110 mm Hg en cualquier momento del embarazo (Lee y Brayboy, 2022).

La preeclampsia suele manifestarse por primera vez en embarazos cerca del final. Otros hallazgos importantes que podrían o no estar presentes son proteinuria, trombocitopenia, función hepática anormal, dolor intenso en epigastrio o cuadrante superior derecho, al descartar otros diagnósticos alternativos. Dolor de cabeza que no responde a todos los tratamientos, valores de laboratorio anormales y edema pulmonar o insuficiencia renal. Otras categorías de preeclampsia son leve o grave, determinadas por la presentación clínica (Bisson y Dautel, 2023).

2.2.5.1. Etiología de la Preeclampsia

No se entiende bien la causa subyacente de la preeclampsia, a pesar de conocer sus síntomas, criterios de diagnóstico y tratamiento utilizados rutinariamente. Una teoría común es que la preeclampsia se origina en una

placentación anormal que provoca una disfunción fisiológica materna (Ives y Sinkey, 2020).

A pesar de los desafíos, se ha comprobado que la preeclampsia tiene su causa en una placentación anormal que conduce a cambios arteriales, isquemia y estrés oxidativo (Bisson y Dautel, 2023).

2.2.5.2. Epidemiología de la Preeclampsia

La preeclampsia y la eclampsia provocan más de 50.000 fallecimientos de madres anualmente a nivel global. La preeclampsia es más común en mujeres afroamericanas e hispanas y está vinculada a la hipertensión, causando el 26% de las muertes maternas en esta población (Ayala y Serrano, 2020).

Varios factores y causas predisponen a la preeclampsia. Algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo incluyen la ausencia de haber dado a luz anteriormente, tener embarazos de gemelos o múltiples, ser una madre mayor de 35 años, haber utilizado tratamientos de fertilización in vitro u otras técnicas de reproducción asistida y tener condiciones de salud preexistentes como hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, diabetes, trombofilia, apnea del sueño, y obesidad con un índice de masa corporal mayor a 35 antes del embarazo. Si tienes 30 años y antecedentes familiares de complicaciones como desprendimiento de placenta o preeclampsia en un embarazo anterior, además de experimentar restricción del crecimiento fetal intrauterino (Velumani y Durán, 2021).

2.2.5.3. Fisiopatología de la Preeclampsia

La placentación anormal y la remodelación de los vasos placentarios son fundamentales en la etiología y fisiopatología de la preeclampsia. La preeclampsia implica riesgo de hipertensión severa y daño a órganos. (Bisson y Dautel, 2023)

La esclerosis vascular y la remodelación anormal de las arteriolas en la placenta causan una isquemia progresiva, resultando en la liberación de marcadores de estrés que desequilibran la competencia entre factores angiogénicos esenciales. Esto causa anormal desarrollo de vasos y mala

regulación vascular en varios sistemas corporales, especialmente en el cardiovascular, renal y hepático (Rojas y Rojas, 2019).

2.2.5.4. Características Clínicas

La preeclampsia a menudo tiene una presentación clara, pero también puede manifestarse de formas menos comunes. En esta parte se aborda las presentaciones habituales y las que requieren más investigación y pruebas de diagnóstico en preeclampsia (Yang y Le Ray, 2021).

Algunos de los descubrimientos históricos más habituales en mujeres con preeclampsia son los reportes de experimentar un dolor de cabeza recién aparecido que no puede ser atribuido a otras condiciones médicas previas, como antecedentes de cefaleas o migrañas, y que no mejora con el tratamiento medicamentoso (August y Sibai, 2023).

Esta queja en particular puede estar acompañada o no de quejas suplementarias relacionadas con la alteración visual. Además de otros síntomas, las personas que están enfermas pueden experimentar sensaciones dolorosas en la región del cuadrante superior derecho o epigástrica, lo cual suele ir acompañado de malestar estomacal y la posibilidad de presentar episodios de vómitos. Además, es posible notar la presencia de problemas respiratorios y una sensación de aumento en la hinchazón, los cuales se agravan a medida que progresa desde los síntomas iniciales asociados con el embarazo (August y Sibai, 2023).

Los pacientes que muestren alguna característica particular o una combinación de varios de estos descubrimientos médicos antiguos deben ser evaluados mediante un examen físico detallado. El proceso inicial implica llevar a cabo una revisión de los signos vitales fundamentales, centrándose con mayor precisión en la medición de la presión arterial. Si la presión arterial sistólica de las pacientes es igual o superior a 140 mmHg, o si la presión diastólica es igual o superior a 90 mmHg, se debe considerar la posibilidad de que estén desarrollando preeclampsia. En mujeres embarazadas que han superado las 20 semanas de gestación, es recomendable realizar pruebas de diagnóstico adicionales para evaluar las lecturas de presión arterial obtenidas en dos mediciones separadas por al menos 4 horas (Martínez y Belalcázar, 2022).

Recientemente, se ha llevado a cabo una revisión actualizada de las lecturas de presión arterial utilizadas para el diagnóstico. Esta revisión ha sido extendida para contemplar la detección temprana de la hipertensión grave y sostenida, con el objetivo de permitir la aplicación de tratamientos antihipertensivos oportunamente después de repetir las lecturas en cuestión de minutos. Estas lecturas de presión arterial son aquellas que presentan una presión sistólica igual o superior a 160 mmHg, o una presión diastólica igual o superior a 110 mmHg (Mackenzie y Hinson, 2023).

De acuerdo con la información proporcionada por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), en casos de pacientes que ya han sido diagnosticadas previamente con hipertensión gestacional y que ahora presentan niveles extremadamente altos de presión arterial, se recomienda hacer un diagnóstico de preeclampsia de forma grave, incluso si no se observan otros síntomas de la afección. En caso de que los pacientes tengan problemas para respirar, es recomendable llevar a cabo un examen minucioso de los pulmones a través de la auscultación y la percusión para identificar cualquier anomalía en su funcionamiento respiratorio (López y Torres, 2022).

Además, es necesario aplicar presión con los dedos en la parte superior derecha del abdomen, así como en las zonas epigástricas, con el fin de determinar la percepción sensorial de esas áreas. Además, es necesario llevar a cabo una evaluación exhaustiva del edema observando detalladamente las zonas de edema que se produce por la fuerza de la gravedad (conocido como edema dependiente), como por ejemplo en las piernas, o el edema que se presenta de forma independiente en áreas como la cara o las manos.

2.2.5.5. Evaluación

Tras realizar una exhaustiva evaluación de antecedentes médicos y un minucioso examen físico, es crucial que las pacientes que muestren indicios y manifestaciones de preeclampsia sean sometidas a pruebas diagnósticas de manera oportuna. Dentro de esto se encuentran las pruebas específicas de laboratorio para identificar la hipertensión inducida por el embarazo, las cuales comprenden un análisis minucioso de orina con el propósito de detectar la

presencia de proteinuria, ya sea a través de un resultado positivo en la tira reactiva de orina de 2 o superior si no se dispone de otros métodos, una muestra de orina recolectada durante 24 horas que muestre un nivel significativo de 300 mg o más, o una relación notable entre proteínas y creatinina en la orina de 0,3 o superior (López y Salazar, 2022).

Adicionalmente, se realizará un análisis completo de sangre que incluye la evaluación de trombocitopenia, definida como un recuento de plaquetas menor de 100 K/mm. También se llevará a cabo un análisis metabólico completo para examinar la función hepática anormal, identificada por un aumento enzimático hepático superior a dos veces el valor de referencia normal, y para detectar insuficiencia renal, caracterizada por una concentración sérica de creatinina de 1,1 mg/dl o más, o niveles que duplican los valores iniciales. Es importante confirmar que los resultados anormales de los análisis de laboratorio no se deben a afecciones previas o a causas secundarias, ya que esto es fundamental para que tengan relevancia en el proceso de diagnóstico (Martínez y Belalcázar, 2022).

A pesar de la creencia común de que la preeclampsia se diagnostica con presión arterial alta y presencia de proteínas en la orina, algunas situaciones pueden no presentar estos síntomas. En situaciones como estas, si se detecta la falta de presencia de proteínas en la orina y la aparición reciente de presión arterial elevada, se pueden considerar otros síntomas recientes como la disminución de plaquetas, problemas renales, acumulación de líquido en los pulmones, problemas hepáticos o dolores de cabeza recientes acompañados o no de cambios en la visión. diagnóstico (Rebahi y Still, 2018).

Por lo general, a esta condición se le llama preeclampsia leve, la cual se caracteriza por una presión arterial elevada reciente y severa (con valores de presión sistólica superiores a 160 mmHg y presión diastólica de más de 110 mmHg en dos lecturas con al menos 4 horas de intervalo), pero sin los síntomas graves mencionados previamente (Velásquez, 2021).

2.2.5.6. Tratamiento/Manejo

El proceso de tratamiento de la preeclampsia comienza al detectarla en su etapa inicial y actuar rápidamente, poniendo énfasis en mantener la presión

sanguínea bajo control de manera eficaz y prevenir la ocurrencia de convulsiones. La gestión de la presión sanguínea puede ser alcanzada mediante la utilización de medicamentos betabloqueantes, tales como el labetalol, o inhibidores de los canales de calcio, como la nifedipina (Jung y Romero, 2022).

Además de realizar pruebas prenatales, como pruebas sin estrés y perfiles biofísicos, la evaluación fetal debe contemplar la ecografía para medir el índice de líquido amniótico y estimar el peso del feto. El estado del feto durante el embarazo también puede tener un impacto significativo en la toma de decisiones entre optar por un parto inducido o esperar en mujeres con preeclampsia.

En conclusión, la única solución definitiva para la preeclampsia es la interrupción del embarazo mediante el parto del bebé. A pesar de que es aceptable monitorear de manera constante a mujeres con embarazos prematuros y problemas de presión alta durante el embarazo o preeclampsia no severa con pruebas prenatales dentro de lo normal, es importante tener en cuenta que involucra riesgos el optar por la espera vigilante en este caso (Ives y Sinkey, 2020).

Si se decide adoptar una actitud conservadora en pacientes que se encuentran estables, es necesario realizar ecografías de forma regular, llevar a cabo pruebas prenatales semanalmente y mantener una estrecha vigilancia de los síntomas, la presión arterial y los resultados de los análisis de laboratorio. De acuerdo con las directrices del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), se aconseja que las mujeres que se encuentran en la semana 37 0/7 de embarazo y han sido diagnosticadas con hipertensión gestacional o preeclampsia sin complicaciones severas se enfrenten a la decisión de dar a luz en lugar de optar por una estrategia de espera sin intervención (Martínez y Belalcázar, 2022).

También se aconseja que aquellas mujeres que han sido diagnosticadas con preeclampsia grave a las 34 semanas y más de embarazo deben dar a luz una vez que la condición de la madre se haya estabilizado, sin retrasar el parto para esperar a administrar esteroides. Se recomienda comenzar un tratamiento apropiado para mantener la salud tanto de la madre como del feto en situaciones en las que se identifique preeclampsia severa en pacientes con una gestación de menos de 34

semanas y es posible optar por una observación cuidadosa como parte del plan de tratamiento (Velumani y Durán, 2021).

Es importante hablar con la paciente sobre los beneficios y riesgos del parto o manejo expectante para mejorar los resultados de la madre y el recién nacido. Es posible usar el ingreso ante parto con monitoreo estrecho y considerar el parto si hay señales de riesgo para la madre o el bebé. Los resultados que sugieren un rápido parto después de la estabilización, sin importar la edad gestacional, se pueden considerar factores fetales y materno (López y Salazar, 2022).

Los factores fetales que se deben tener en cuenta son pruebas ante parto que no son normales y la presencia continuada de flujo telediastólico invertido en la arteria umbilical. Los factores maternos incluyen complicaciones de alta presión, dolor de cabeza constante o alteración visual, dolor en la parte superior derecha del abdomen a pesar del tratamiento, infarto o accidente cerebrovascular, edema pulmonar, síndrome HELLP, eclampsia y sospecha de problemas placentarios. Administrar esteroides prenatales antes de las 34 semanas sin retrasar el parto es crucial para la maduración pulmonar del feto (Peña y Salas, 2020).

Entre los fármacos empleados para controlar la presión arterial en niveles críticos se encuentran el labetalol administrado por vía intravenosa, la hidralazina y la nifedipina de acción rápida para tomar por vía oral. El tratamiento inicial recomendado para prevenir convulsiones en pacientes con preeclampsia severa consiste en comenzar con la administración intravenosa de sulfato de magnesio.

2.2.5.7. Factores de Riesgo

En comparación con las mujeres blancas en los Estados Unidos, se observa que las mujeres afroamericanas tienen una incidencia más elevada de preeclampsia y presentan una tasa de mortalidad materna que es tres veces superior. Factores adicionales que aumentan el riesgo de desarrollar preeclampsia son la edad materna avanzada, historial previo de preeclampsia, embarazo con múltiples fetos, obesidad, presión arterial alta crónica, diabetes antes del embarazo, problemas renales, presencia de síndrome antifosfolípido, condición de trombofilia, lupus y haber concebido mediante fertilización in vitro (López y Torres, 2022).

Un factor de riesgo es una condición, comportamiento o característica que incrementa las probabilidades de que una persona pueda adquirir una enfermedad o sufrir un problema de salud. Algunos de los factores de riesgo más significativos para desarrollar preeclampsia son los siguientes:

2.2.5.7.1. Edad Materna

Edades menores a 20 y mayores a 35 años aumentan riesgo de hipertensión y preeclampsia en embarazo. El riesgo de desarrollar preeclampsia se ve aumentado en mujeres que quedan embarazadas durante la adolescencia, comprendida entre los 13 y los 19 años, así como en aquellas que superan los 35 años de edad, lo que puede perjudicar la formación de la placenta y poner en peligro el crecimiento y desarrollo del feto, hasta causar su desprendimiento y pérdida.

2.2.5.7.2. Factor genético/hereditario

En investigaciones que analizan la historia clínica de familias, se ha observado que las mujeres que son hijas o hermanas de pacientes que han experimentado preeclampsia durante el embarazo tienen una probabilidad más alta de desarrollar esta condición médica. De acuerdo con lo expresado por Susana Barreto, las mujeres que tienen antecedentes familiares cercanos con historia de preeclampsia presentan un aumento de entre 4 y 5 veces en la probabilidad de desarrollar esta condición durante el embarazo.

En otras palabras, la predisposición a sufrir preeclampsia durante el período de gestación está fuertemente influenciada por factores genéticos transmitidos de generación en generación, lo que significa que hay alrededor del 50% de probabilidad de padecer esta afección. Tener información acerca de los antecedentes médicos de la familia puede ser beneficioso para reconocer aquellos embarazos que presentan un riesgo potencial de desarrollar preeclampsia.

2.2.5.8. Obesidad

El sobrepeso y obesidad se relacionan con presión arterial alta y aumentan el volumen sanguíneo y la frecuencia cardíaca. Necesario para cubrir gastos de energía del metabolismo por tamaño corporal, incrementa tensión arterial, daña

vasos sanguíneos, eleva estrés y causa Preeclampsia. La obesidad puede causar preeclampsia en el embarazo.

2.2.5.9. Diabetes

Mujeres con diabetes tipo 1 o 2 y antecedentes de preeclampsia tienen mayor riesgo de desarrollarla durante el embarazo. Mujeres no diabéticas con preeclampsia tienen mayor riesgo de diabetes en el futuro.

La preeclampsia afecta al 15-20% de los embarazos en mujeres con diabetes tipo 1 y al 10-14% en mujeres con diabetes tipo 2, según el estudio. Tener diabetes antes aumenta riesgo de preeclampsia en embarazo. Los pacientes diabéticos deben tener precaución adicional durante el embarazo para evitar complicaciones.

2.2.5.10. Primigrávidas

Las mujeres que están experimentando un embarazo por primera vez tienen entre 6 y 8 veces mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia, ya que su sistema inmunológico puede tener dificultades para adaptarse al feto en desarrollo. Los expertos sugieren que los antígenos presentes en la placenta podrían estar vinculados como los desencadenantes del daño en los vasos sanguíneos y la progresión de la enfermedad.

El primer embarazo desencadena la respuesta del sistema inmunológico que desencadena la enfermedad, pero es posible que embarazos posteriores generen una respuesta inmunológica de tolerancia para evitar que reaparezca, siempre que se mantenga la misma pareja sexual. Este fenómeno desaparece al intercambiar de pareja, es posible que se vaya reduciendo con el paso del tiempo y podría llegar a desvanecerse transcurridos unos 10 años.

2.2.5.11. Uso de Anticonceptivos

Existe una mayor probabilidad de que las mujeres que utilizan con frecuencia métodos anticonceptivos de barrera, como las píldoras anticonceptivas, presenten un aumento en el riesgo de desarrollar preeclampsia durante el embarazo. Es importante ser cuidadoso al utilizar anticonceptivos orales que contienen

combinaciones de hormonas en ciertas mujeres, ya que pueden tener el riesgo de ocasionar problemas en los vasos sanguíneos y generar complicaciones asociadas con la preeclampsia.

Se aconseja el empleo de métodos anticonceptivos de barrera en lugar de los anticonceptivos orales que contienen una combinación de hormonas, con el fin de disminuir la posibilidad de experimentar preeclampsia mientras se está embarazada.

2.2.6. Eclampsia

La eclampsia, que es una condición médica peligrosa, se conoce por desarrollarse como una complicación de la preeclampsia en mujeres embarazadas, y si no se diagnostica de manera apropiada, puede llevar a graves consecuencias para la salud y la vida tanto de la madre como del feto. La preeclampsia y la eclampsia son dos de las cuatro categorías que se relacionan con los trastornos hipertensivos que pueden ocurrir durante el periodo de gestación. Las otras tres categorías comprenden hipertensión crónica, hipertensión gestacional y preeclampsia superpuestas con hipertensión crónica (Mackenzie y Hinson, 2023).

En años recientes, la definición de la preeclampsia ha cambiado. La preeclampsia solía diagnosticarse con base en la proteinuria, pero ya no se requiere este síntoma debido a casos de enfermedad avanzada sin proteinuria detectable. Eclampsia: convulsiones en paciente con preeclampsia. Las convulsiones eclámpticas pueden tener lugar en distintos momentos relacionados con el parto. Las convulsiones son poco comunes antes de las 20 semanas, pero se han registrado en la enfermedad trofoblástica gestacional (Williams y Galerneau, 2022).

La eclampsia es una condición médica grave que se asocia principalmente con el desarrollo previo de preeclampsia durante el embarazo, pudiendo manifestarse no solo antes y durante el parto, sino también en un periodo de hasta seis semanas posterior al parto. Las mujeres que padecen eclampsia por lo general muestran síntomas a partir de la semana veinte de embarazo, siendo más frecuente que los casos se desarrollen después de alcanzar la semana veintiocho de gestación (Velumani y Durán, 2021).

2.2.6.1. Etiología

A pesar de los progresos logrados en la comprensión de la preeclampsia, aún no se ha esclarecido completamente la causa exacta de la eclampsia. Se sugiere que, durante la preeclampsia, se observa un aumento en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, lo cual conduce a cambios en el flujo sanguíneo cerebral debido a una regulación inadecuada (Fuentes y Espinoza, 2023).

2.2.6.2. Epidemiología

Las condiciones de presión arterial alta en el embarazo, como la hipertensión crónica y la preeclampsia, afectan alrededor del 10% de los embarazos en todo el mundo y causan alrededor del 10% de las muertes maternas en Estados Unidos. La preeclampsia ha incrementado en las últimas 20 años, causando más complicaciones y muertes en madres y bebés (Koech et al., 2021).

En los Estados Unidos, las mujeres afroamericanas presentan una incidencia más elevada de preeclampsia y experimentan una tasa de mortalidad materna que es tres veces mayor en comparación con las mujeres blancas. Factores extras ligados a la preeclampsia son: edad materna >40, historia de preeclampsia, embarazo múltiple, obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedad renal, Síndrome Antifosfolípido, trombofilia, lupus, fertilización in vitro (Ross, 2023).

2.2.6.3. Fisiopatología

Se proponen dos mecanismos fisiopatológicos para la eclampsia, derivados de la preeclampsia. La preeclampsia se relaciona con una placentación anormal. En un embarazo típico, los citotrofoblastos fetales se desplazan al útero de la madre y causan cambios en los vasos sanguíneos del endometrio para abastecer de sangre a la placenta (Álvarez et al., 2023).

La preeclampsia resulta de una invasión deficiente de los citotrofoblastos que lleva a la mala remodelación de las arterias espirales y reduce el flujo sanguíneo placentario. La anomalía en el suministro de sangre provoca vasoconstricción, elevando la resistencia arterial uterina y llevando a isquemia placentaria. El estrés oxidativo causa liberación de radicales libres y citocinas, como el VEGF, generando daño endotelial (Romero y Sanmartin, 2023).

Las proteínas angiogénicas o proinflamatorias afectan la función endotelial materna de manera negativa. La alteración del endotelio afecta tanto al útero como al cerebro, causando trastornos neurológicos, como la eclampsia. La preeclampsia puede provocar disfunción de la autorregulación cerebral, hipoperfusión y daño endotelial (López y Torres, 2022).

2.2.6.4. Diagnóstico Clínico

El signo característico que se observa durante la evaluación física para identificar la eclampsia consiste en la presencia de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, las cuales suelen tener una duración promedio de 60 a 90 segundos. Después de un episodio de convulsiones, es común experimentar un estado llamado post ictal. Antes de que comiencen las convulsiones, es posible que los pacientes experimenten síntomas de advertencia, tales como dolores de cabeza, variaciones en la visión, malestar abdominal y un incremento en la presión arterial (Dávila et al., 2023).

Las convulsiones eclámpticas necesitan atención inmediata para evitar la muerte de la madre y del feto. Los pacientes con convulsiones deben tener las vías respiratorias protegidas para prevenir aspiración. Colocar a la paciente de lado izquierdo y aplicar succión para ayudar con las secreciones bucales. Otro equipo respiratorio debe estar accesible en caso de que sea necesaria la intubación del paciente (Martínez y Belalcázar, 2022).

2.2.6.5. Evaluación

Las pacientes con eclampsia tienen convulsiones generalizadas tónico-clónicas. La evaluación de la eclampsia se enfoca en diagnosticar la preeclampsia, una complicación peligrosa. Preeclampsia se diagnostica por nueva hipertensión post-20 semanas de embarazo.

Personas con presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg tienen nueva hipertensión arterial. Junto con la hipertensión arterial, los pacientes también muestran alguno de los siguientes síntomas: proteinuria, disfunción renal, disfunción hepática, síntomas del sistema nervioso central, edema pulmonar y

trombocitopenia. La proteinuria ya no es necesaria para diagnosticar preeclampsia, pero a menudo se sigue usando en el diagnóstico actual.

Proteinuria es presencia de 300 mg+ proteína en orina de 24 horas o relación proteína/creatinina en orina de 0,3+. Otros análisis esenciales: panel hepático, hemograma completo y perfil metabólico básico.

Niveles elevados de transaminasas indican preeclampsia con o sin dolor en el abdomen. El diagnóstico de preeclampsia también considera niveles de plaquetas superiores a 100.000. Edema pulmonar en radiografía de tórax y presión arterial alta sugieren preeclampsia. El diagnóstico de preeclampsia puede provocar síntomas como dolor de cabeza y problemas de visión en el sistema nervioso central.

La ecografía Doppler obstétrica evalúa los efectos de la preeclampsia en el feto, como el crecimiento intrauterino restringido. La ecografía es útil para monitorear otras complicaciones, como el desprendimiento de placenta. Las pruebas fetales en reposo son necesarias para evaluar al feto antes del parto.

2.2.6.6. Tratamiento

El sulfato de magnesio se recomienda como la primera opción de tratamiento para controlar las convulsiones en caso de eclampsia. Es necesario infundir mediante una vía intravenosa una cantidad inicial de entre 4 y 6 gramos durante un período de tiempo de 15 a 20 minutos. Luego de eso, será necesario aplicar continuamente una cantidad de 2 gramos por hora como mantenimiento. Se recomienda mantener el tratamiento con magnesio activo en el paciente durante un periodo mínimo de 24 horas después de que se haya producido la última convulsión. Debe tenerse en cuenta que, al administrar este medicamento, es importante prestar una atención especial, ya que existe la posibilidad de que cause toxicidad, resultando en parálisis respiratoria, depresión del sistema nervioso central y, en casos extremos, paro cardíaco (Rojas y Rojas, 2019).

Es de suma importancia monitorear el comportamiento de los reflejos, la concentración de creatinina en sangre y la cantidad de orina generada al ser tratado

con suplementos de magnesio. Diazepam y fenitoína son dos ejemplos de medicamentos antiepilépticos que se utilizan junto con otros fármacos para tratar las convulsiones y controlar la epilepsia. Las benzodiazepinas y los barbitúricos son medicamentos que se recetan para tratar las convulsiones refractarias que no muestran mejoría con el uso de magnesio. El levetiracetam o el ácido valproico pueden ser considerados como opciones viables para tratar a pacientes que padecen de miastenia gravis con eclampsia, dado que se ha observado que la administración de magnesio y fenitoína puede resultar en un incremento de la debilidad muscular, lo cual potencialmente podría desencadenar una crisis en la condición de miastenia (Carrasquilla y Martínez, 2022).

En última instancia, se necesita una consulta obstétrica de inmediato. Las mujeres con preeclampsia severa a partir de la semana 34 deben dar a luz una vez que estén estables. Se deben dar corticosteroides a mujeres embarazadas de menos de 34 semanas para favorecer la maduración pulmonar si es factible. La administración de esteroides no debe retrasar la entrega. Finalmente, el parto del feto es la solución definitiva para la preeclampsia/eclampsia. Tanto la vía del parto como el momento dependen de factores maternos y fetales (Bisson y Dautel, 2023).

2.2.6.7. Complicaciones

La eclampsia puede provocar varias complicaciones. El paciente puede requerir intubación después de una convulsión debido a una disminución del nivel de conciencia. Cuando el paciente requiere intubación, el control de la presión arterial es crucial ya que la laringoscopia provoca una respuesta hipertensiva y puede provocar una hemorragia intracraneal. Las pacientes con preeclampsia también corren el riesgo de sufrir insuficiencia respiratoria en forma de síndrome de dificultad respiratoria aguda, así como edema pulmonar. Además, las mujeres pueden experimentar insuficiencia renal e insuficiencia hepática con formas graves de preeclampsia (Mackenzie y Hinson, 2023).

El síndrome de encefalopatía posterior reversible, que es una condición neurológica grave y potencialmente mortal, es una complicación adicional que puede manifestarse en pacientes que padecen eclampsia. Las personas que sufren de síndrome de encefalopatía posterior reversible experimentan diferentes

síntomas, como dolor de cabeza, convulsiones, alteraciones en la percepción mental, pérdida temporal de la vista y otros problemas visuales (Poon et al., 2023).

La mayoría de los casos de síndrome de encefalopatía posterior reversible se resolverán en un par de semanas si se controlan la presión arterial y otros factores desencadenantes; sin embargo, siempre existe el riesgo de que el paciente desarrolle edema cerebral y otras complicaciones fatales. Las pacientes con preeclampsia y eclampsia también tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en el futuro (Rojas y Rojas, 2019).

2.2.7. Síndrome de HELLP

El síndrome HELLP, que es caracterizado por la combinación de hemólisis con microangiopático, un aumento en los niveles de enzimas hepáticas y una disminución en el recuento de plaquetas se observa con mayor frecuencia en mujeres embarazadas y en el periodo posparto. Existe la posibilidad de que el síndrome HELLP se considere una complicación o una etapa avanzada de la preeclampsia severa; no obstante, investigaciones recientes han cuestionado esta conexión al demostrar que podrían tratarse de trastornos distintos, dado que aproximadamente un 15 al 20% de los afectados por el síndrome HELLP no presentan hipertensión o presencia de proteínas en la orina en etapas previas. Antecedentes de haber experimentado preeclampsia o síndrome HELLP en el pasado pueden aumentar la probabilidad de que tales condiciones se repitan en embarazos futuros (Inkeri et al., 2020).

La presencia de múltiples embarazos anteriores y el aumento en la edad de la mujer pueden ser factores que se sumen para aumentar la probabilidad de enfrentar un riesgo más elevado. Se ha descubierto que existe una conexión genética que aumenta la probabilidad de desarrollar el síndrome HELLP. Recientemente se ha comunicado que las mujeres embarazadas que contraen la infección causada por el virus SARS-CoV-2 corren un riesgo más elevado de desarrollar preeclampsia y el síndrome HELLP.

2.2.7.1. Etiología

Aunque no se comprende completamente la causa del síndrome HELLP, se piensa que se trata de un trastorno inflamatorio que involucra una serie de reacciones en cadena del sistema del complemento. Se sugiere la posibilidad de que exista una superposición en la forma en que se desarrolla la enfermedad entre la preeclampsia con mala inserción de la placenta y el síndrome de HELLP, donde, por motivos aún no identificados, se podría provocar una activación excesiva del sistema del complemento y un incremento de la inflamación en el hígado en pacientes afectados.

Una parte específica del síndrome HELLP puede ser atribuida a una desregulación del sistema de defensa inmunológica conocido como complemento, lo cual está vinculado con la formación de coágulos en pequeños vasos sanguíneos, lo que puede manifestarse con un trastorno que involucra la urea, anemia y problemas sanguíneos relacionados con la gestación llamado síndrome urémico hemolítico (SUH). La deficiencia fetal de 3-hidroxiacil CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD) puede tener un posible papel en la aparición del síndrome HELLP, sin embargo, en la práctica clínica actualmente no se considera esencial realizar la evaluación de estas variantes genéticas, ya que no se ha demostrado que tengan relevancia en el tratamiento médico indicado para este síndrome (Lastra y Fernández, 2020).

2.2.7.2. Evaluación

Cuando una paciente embarazada en el tercer trimestre del embarazo o en el posparto inmediato <7 días después del nacimiento presenta los síntomas anteriores del síndrome HELLP y se observa hipertensión o proteinuria de nueva aparición, se necesitan las siguientes pruebas de laboratorio para establecer el diagnóstico del síndrome HELLP:

- Hemograma completo
- Frotis periférica
- Pruebas de función hepática: aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), bilirrubina
- creatinina

Si las pruebas de función hepática están elevadas, obtenga haptoglobina, lactato deshidrogenasa (LDH) y estudios de coagulación que incluyan fibrinógeno, protrombina (PT) y tiempo de tromboplastina parcial activada (PTT). La clasificación de Tennessee se utiliza para diagnosticar el síndrome HELLP y requiere la presencia de los tres criterios .

- 1) Hemólisis confirmada con al menos 2 de los hallazgos:
 - Frotis periférico con esquistocitos y células rebabas.
 - Bilirrubina sérica >1,2 mg/dl
 - Haptoglobina sérica baja (<25 mg/dl) o LDH > dos veces el nivel superior de lo normal.
 - Anemia severa con hemoglobina <8 a 10 g/dl dependiendo de la etapa del embarazo, no relacionada con la pérdida de sangre.
- 2) Enzimas hepáticas elevadas: AST o ALT > 2 veces el nivel superior normal.
- 3) Plaquetas bajas: <100.000 células/microL.

2.2.7.3. Tratamiento/Manejo

El tratamiento médico es principalmente de apoyo. Estos pacientes pueden necesitar soporte ventilatorio, soporte vasopresor, control del dolor, monitorización del estado del volumen y soporte nutricional. Como estos pacientes pueden deteriorarse rápidamente, es mejor tratarlos en centros de atención terciaria con niveles adecuados de unidades de cuidados intensivos maternos y neonatales. Se debe considerar la posibilidad de trasladarlos inmediatamente después de la estabilización desde los hospitales donde no se puede brindar dicha atención médica (Sedicias, 2024).

El primer paso en el manejo de estos pacientes gravemente enfermos es estabilizarlos y evaluar el estado fetal con una prueba en reposo y una ecografía para obtener un perfil biofísico. Se deben considerar oportunamente las consultas con intensivista, hepatólogo, nefrólogo, hematólogo, quirúrgico, ginecólogo y neonatólogo para su manejo (Lokki et al., 2020).

Los pacientes con hipertensión grave deben iniciar inmediatamente el tratamiento con labetalol, hidralazina o nifedipina por vía intravenosa. Los pacientes

con dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho intenso y pruebas de función hepática elevadas deben ser evaluados de inmediato con una ecografía a pie de cama para descartar rotura hepática, insuficiencia hepática fulminante o hemorragia hepática y es posible que deban confirmarse con tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (MR) (Lastra y Fernández, 2020).

Es posible que se necesite una intervención quirúrgica, incluido un trasplante de hígado, si hay evidencia de rotura del hígado. En pacientes estables se puede considerar una embolización percutánea menos invasiva de las arterias hepáticas. El tratamiento es principalmente de apoyo en pacientes con coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda y lesión renal aguda y debe estabilizarse de acuerdo con las directrices clínicas (Inkeri et al., 2020).

Es posible que se requieran transfusiones masivas. Considere a los pacientes para transfusión de glóbulos rojos si la hemoglobina es <7 g/dl o si el paciente tiene equimosis, hematuria grave o sospecha de desprendimiento de placenta. A todos los pacientes con hemorragia activa y cualquier grado de trombocitopenia se les debe transfundir plaquetas. Los pacientes con coagulación intravascular diseminada coexistente pueden necesitar plasma fresco congelado y crioprecipitado (Hosten, 2023).

2.2.8. Cuidados de Enfermería en Mujeres con Trastornos Hipertensivos

Las mujeres con antecedentes de preeclampsia previa u otros factores de riesgo de enfermedades hipertensivas del embarazo deben recibir atención integral del equipo de salud que incluya al médico familiar, ginecólogo y personal de enfermería. Mujeres con alto riesgo de preeclampsia deben tomar ácido acetilsalicílico en dosis baja. El ácido acetilsalicílico debe tomarse en dosis bajas, por la noche, durante el primer trimestre del embarazo.

Tomar suplementos de calcio junto con otros nutrientes en forma de multivitamínicos puede ser beneficioso para prevenir el desarrollo de preeclampsia durante el embarazo. No es aconsejable promover la idea de permanecer en cama constantemente como medida habitual para tratar la hipertensión durante el

embarazo, en cambio, se sugiere disminuir tanto la actividad física como las responsabilidades laborales. Es recomendable disminuir la ingesta de sal y restringir la cantidad de calorías como medida de prevención de la preeclampsia durante el embarazo.

Deberíamos considerar la idea de tomar estos suplementos como una medida preventiva para evitar desarrollar hipertensión durante el embarazo:

- Magnesio.
- Ácido fólico.
- Vitaminas C y E.
- Aceites de pescado o aceite de algas.
- Ajo
- Licopeno.
- Coenzima Q10.

No se recomienda usar precursores de prostaglandina, magnesio o zinc para evitar preeclampsia, pero pueden prevenir otras complicaciones del embarazo. No se deben usar estos medicamentos para prevenir la hipertensión en el embarazo:

- Personas que donan óxido nítrico.
- Progesterona.
- Diuréticos.
- Heparinas de bajo peso molecular.

En cuanto al diagnóstico, se debe medir la presión arterial de la mujer sentada con las piernas sin cruzar, apoyadas en una superficie plana, y el brazo a la altura del corazón. Se aconseja usar un brazalete cuya longitud sea 1.5 veces la circunferencia del brazo. Se puede medir la presión arterial con un esfigmomanómetro anerode calibrado. Es aconsejable que los profesionales de la salud se aseguren de que los pacientes estén debidamente capacitados para medir y entender sus lecturas de presión arterial durante el monitoreo en el hogar.

Es crucial medir la presión arterial con precisión para ajustar el tratamiento adecuadamente. En pacientes en reposo absoluto se puede tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo. Mide la presión arterial después de cinco

minutos de reposo como mínimo. La paciente necesita estar calmada, sin prisa, y evitar alimentos que puedan alterar la presión (café, té).

Todas las mujeres embarazadas deben tener una evaluación completa que incluya medir la proteinuria. Se debe confirmar proteinuria si hay sospecha de preeclampsia. La relación proteína/creatinina urinaria en orina de 24 horas se puede emplear para detectar proteinuria en mujeres hipertensas con presión arterial elevada.

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación.

El estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque cuantitativo para recopilar y analizar datos de forma descriptiva en un entorno de investigación de campo.

Cuantitativa

Se optará por emplear un método de investigación cuantitativo para descubrir las respuestas a las interrogantes planteadas, ya que el estudio estará fundamentado en la recopilación y análisis de información numérica.

Descriptiva

La descripción será elaborada de manera detallada, ya que se incluirán de manera minuciosa tanto los datos como la información relacionada con los cuidados proporcionados por el personal de enfermería a madres gestantes con trastornos hipertensivos que reciben atención en el departamento de ginecología del Hospital General IESS de Babahoyo, abarcando el lapso desde noviembre de 2023 hasta abril de 2024.

De campo

Dado que la totalidad de la información científica referente al asunto se sustentará en los datos adquiridos mediante la observación detallada, se puede considerar que este enfoque es eminentemente centrado en los estudios de campo.

Métodos:

El enfoque de investigación utilizado es de naturaleza Hipotético-Deductiva, lo cual implica que el proceso se basará en un ciclo continuo que alterna entre la inducción, la deducción y nuevamente la inducción. Esto implica que se propondrá una hipótesis inicial que luego será sometida a pruebas rigurosas para verificar su validez, e incluso si es necesario, para desacreditarla. En la presente situación, se llevó a cabo la vigilancia para determinar si la implementación adecuada de los cuidados de enfermería en mujeres embarazadas con trastornos hipertensivos en el campo de la ginecología del Hospital General IESS, Babahoyo, entre noviembre

de 2023 y abril de 2024, contribuye a mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad materno-infantil. Tras realizar un análisis detallado utilizando diversas técnicas e instrumentos, se verificó la afirmación enunciada.

Además, en este contexto se aplicará el Método Analítico-sintético, el cual fundamentará su enfoque en la premisa de que, a través de comprender globalmente un evento o aspecto concreto, es posible adquirir discernimiento y describir en detalle las particularidades de cada componente y las interacciones llevadas a cabo, específicamente en relación a los cuidados de enfermería dirigidos a mujeres embarazadas que presenten problemas hipertensivos, teniendo en consideración el entorno de la atención ginecológica en el Hospital General IESS.

3.2 Operacionalización de variables.

Variable Dependiente				
Variables	Conceptos	Dimensiones/categorías	Indicadores	Escala/índice
Trastornos Hipertensivos en el embarazo	Los trastornos hipertensivos en el embarazo tienen gran repercusión global por su impacto en la salud de la madre y el bebé. Los trastornos hipertensivos provocan aumento de presión arterial con complicaciones maternas y fetales.	Factores biológicos determinantes	Edad	<18 años 18 a 25 años 26 a 35 años >35 años
			Etnias	Indígena Mestiza Afroecuatoriana Blanca Montubia
			Estado Civil	Soltera Casada Unión Libre Viudo Otro
			Escolaridad	Primaria Secundaria Tercer Nivel Cuarto Nivel Sin estudios
			Trimestre de Gestación	Primer Trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre
			Presencia de Edema	Edema de manos Edema de pies Edema de cara Sin edema

Variable Independiente				
Variables	Conceptos	Dimensiones/categorías	Indicadores	Escala/índice
Cuidados de Enfermería	Los cuidados de enfermería abarcan atención especializada preventiva o durante enfermedades, tanto en hospitales como en el hogar.	Factores No Modificables	Antecedentes Familiares Maternos durante Gestación	-Hipertensión arterial -Diabetes gestacional -Preeclampsia -Ninguno
			Gestas previas	● 0 ● 1 a 2 ● >3
			Nivel de Proteinuria	≤ 300 mg en la orina > 300 mg en la orina
			Rango de Presión arterial	140/90-149/99 150/100-159/109 >160/110
		Factores Modificables	Peso Corporal	- Bajo Peso - Peso Normal - Sobrepeso - Obesidad
			Consumo de sustancias Nocivas	Sí No

3.2.1 Variables Independiente

Cuidados de enfermería

3.2.2. Variable Dependiente

Trastornos hipertensivos en el embarazo

3.3. Población y muestra de investigación.

3.3.1. Población.

La población total estará constituida por 325 mujeres embarazadas atendidas en el área de ginecología del Hospital General IESS de la ciudad de

Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024, y 7 miembros del área de enfermería.

3.3.2. Muestra.

La población al ser finita se optará por una muestra no probabilística, para ello se utilizó la siguiente fórmula basada en la población de estudio:

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

m = Tamaño de la población (325)

E = Error de estimación (6 %)

n = Tamaño de la muestra (?)

$$n = \frac{325}{(0.06)^2 (325-1) + 1}$$

$$n = \frac{325}{(0.0036) (324) + 1}$$

$$n = \frac{325}{1.1664 + 1}$$

$$n = \frac{325}{2.16}$$

$$n = 150$$

Por lo tanto, la muestra que se utilizará es de 150 pacientes embarazadas atendidas en el área de ginecología del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024.

3.4. Técnicas e instrumentos de medición

Durante el lapso comprendido entre noviembre de 2023 y abril de 2024, se llevará a cabo un análisis detallado de los datos proporcionados por el Hospital General IESS situado en la localidad de Babahoyo. Esto se realizará utilizando la matriz de riesgo obstétrico con el objetivo de investigar el estilo de vida de las pacientes e identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. Además,

se llevó a cabo la creación de una tarjeta de observación específica con el propósito de examinar detalladamente los procedimientos de cuidados de enfermería aplicados a mujeres embarazadas.

3.4.1. Técnicas

Análisis de contenido: Esta técnica permitirá recopilar información que nos ayudará a entender mejor los posibles peligros relacionados con el embarazo y los factores que podrían aumentar el riesgo en mujeres embarazadas de esta región. Se tomarán en cuenta cosas como la geografía local, la disponibilidad de servicios médicos y las interacciones dentro de la comunidad al utilizar una ficha especializada para recolectar los datos necesarios.

Durante el período comprendido entre noviembre 2023 y abril 2024, la recopilación de datos nos permitirá obtener un conocimiento detallado y extenso acerca de los factores de riesgo más significativos relacionados con los trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas que reciben atención médica en el área de ginecología del Hospital General IESS de la localidad de Babahoyo. Además, a través del uso de la ficha de observación, podremos recopilar datos detallados acerca de si se están siguiendo adecuadamente las medidas de cuidado de enfermería en mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital General IESS situado en la localidad de Babahoyo.

3.4.2. Instrumentos

Los datos se recopilaron a partir de la revisión de registros utilizando una lista de verificación estructurada y probada previamente en la investigación de Wagnew et al (2020). Se creará una ficha para recopilar datos sobre el perfil de riesgo obstétrico y los posibles factores de riesgo basado del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024.

3.5. Procesamiento de datos.

Se utilizaron una variedad de herramientas, incluyendo Microsoft Excel y Word, con el propósito de recolectar y organizar datos de la matriz de riesgo obstétrico. Además, se emplearon estas herramientas para llevar a cabo el análisis de los datos y generar representaciones visuales de los resultados obtenidos.

3.6. Aspectos Éticos

Durante el curso de esta investigación, se toman las medidas adecuadas para respetar y adherirse a los derechos de propiedad intelectual de los autores involucrados, demostrando un reconocimiento profundo hacia sus valiosas contribuciones teóricas y conocimientos, al mismo tiempo que se proporciona la debida atribución a la fuente original de la información. Es fundamental preservar la información con el propósito de publicarla o exhibirla en el repositorio digital de la empresa, ya que su relevancia es crucial para la correcta administración y desarrollo de las actividades.

En el ámbito de la gestión de empresas analizado en esta investigación, se considera que las propuestas implementadas son consideradas como activos de propiedad intelectual. Debido a la vulnerabilidad de estos individuos en la sociedad, se ha decidido preservar el anonimato de la identidad de la población sujeta a estudio en esta investigación. No hace falta proporcionar la identificación personal ya que el estudio se limita a observar sin intervenir.

CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

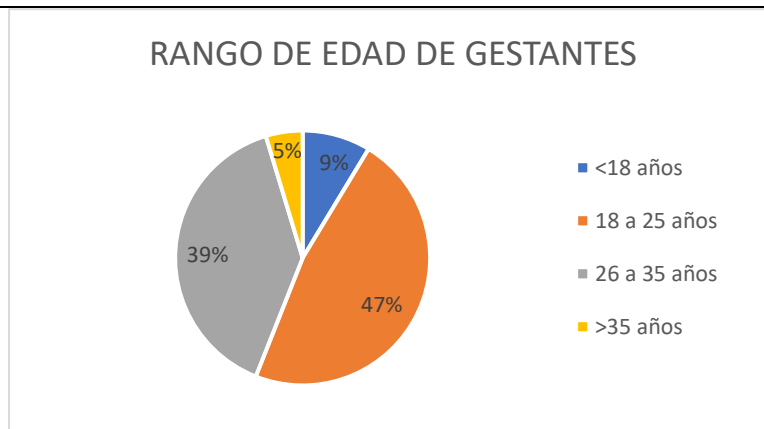
4.1. Resultados

Una ficha de observación se elaboró con el fin de examinar detalladamente la matriz de riesgo obstétrico proporcionada por el Hospital General IESS, durante el lapso comprendido entre noviembre de 2023 - abril de 2024 a un grupo de 150 pacientes embarazadas. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1.

Rango de edad

RANGO DE EDAD DE LAS GESTANTES		
EDAD	Respuesta	
	N° de Embarazadas	Porcentaje
<18 años	13	9%
18 a 25 años	71	47%
26 a 35 años	59	39%
>35 años	7	5%
TOTAL	150	100%

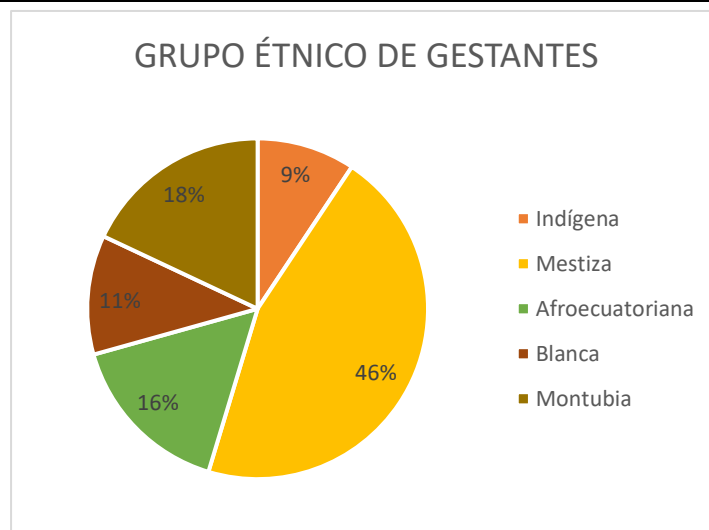


Resultados: De 150 mujeres gestantes atendidas en el Hospital General IESS, se pudo obtener que el 47% de las gestantes tenía edades comprendidas entre los 18 a 25 años, el 39% presentaba edades de 26 a 35 años, el 9% presentaba menos de 18 años y el 5% presentaba más de 35 años.

Tabla 2.

Grupo Étnico

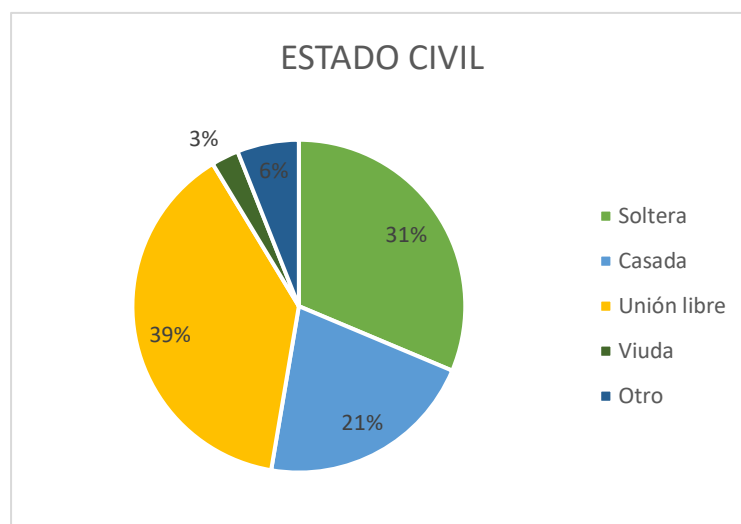
GRUPO ÉTNICO DE LAS GESTANTES		
Respuesta		
Etnia	N° de Embarazadas	Porcentaje
Indígena	14	9%
Mestiza	68	46%
Afroecuatoriana	24	16%
Blanca	17	11%
Montubia	27	18%
TOTAL	150	100%



Resultados: se pudo obtener a través de la ficha de recolección de datos que, el 46% de las gestantes (68) son de raza mestiza, el 18% se describían como montubias (27), el 16% correspondió a raza afroecuatoriana (24), el 11% se consideraban de raza blanca (17) y el 9% era indígena (14).

Tabla 3.
Estado Civil

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES		
Estado Civil	N° de Embarazadas	Respuesta
		Porcentaje
Soltera	47	31%
Casada	32	21%
Unión libre	58	39%
Viuda	4	3%
Otro	9	6%
TOTAL	150	100%

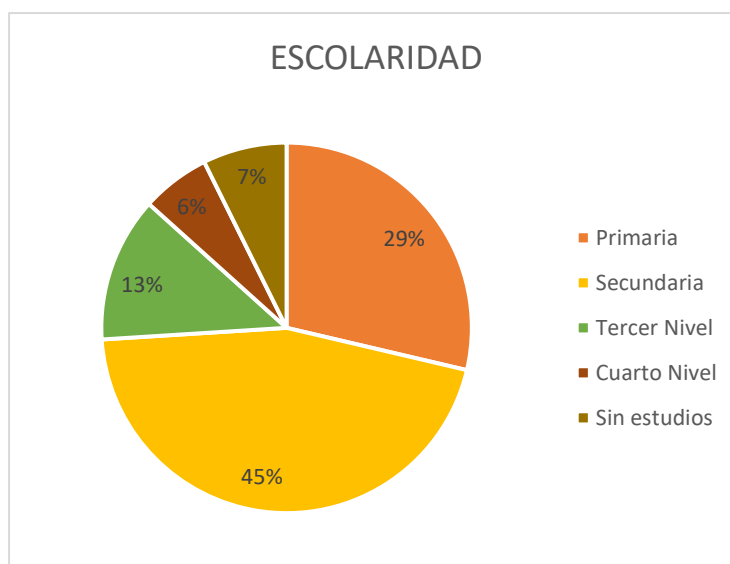


Resultados: Se puede observar que, de 150 gestantes el 39% eran de unión libre (58), el 31% eran solteras (47), el 21% se encontraban casadas (32), el 6% mencionaron que su estado civil era “otro” (9) y el 3% mencionó que eran viudas (4).

Tabla 4.

Nivel de Escolaridad

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS GESTANTES		
Escolaridad	N° de Embarazadas	Respuesta
		Porcentaje
Primaria	43	29%
Secundaria	68	45%
Tercer Nivel	19	13%
Cuarto Nivel	9	6%
Sin estudios	11	7%
TOTAL	150	100%

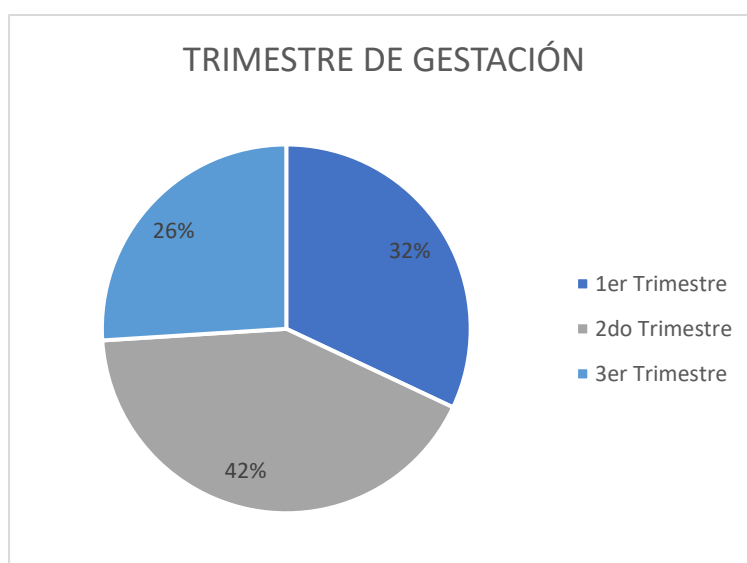


Resultados: Se puede observar que, de 150 gestantes el 45% cursaron la secundaria (68), mientras que el 29% tenía una instrucción primaria (43), el 13% presentó una escolaridad de tercer nivel (19), el 7% no presentó estudios de ningún tipo (11) y el 6% presentó estudios de cuarto nivel (9).

Tabla 5.

Trimestre de Gestación

TRIMESTRE DE GESTACIÓN		
Trimestre	N° de Embarazadas	Respuesta
		Porcentaje
1er Trimestre	48	32%
2do Trimestre	63	42%
3er Trimestre	39	26%
TOTAL	150	100%

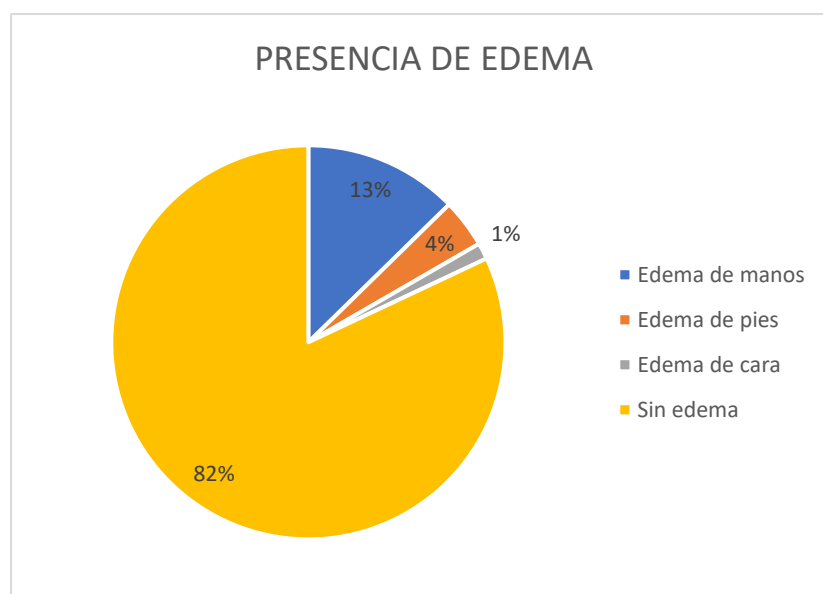


Resultados: De 150 mujeres gestantes atendidas en el Hospital General IESS, se pudo obtener que el 42% se encontraban en el segundo trimestre de gestación (63), el 32% se encontraban en el primer trimestre de gestación (48) y el 26% se encontraba en el tercer trimestre de gestación (39).

Tabla 6.

Presencia de Edema

PRESENCIA DE EDEMA		
Respuesta		
Edema	N° de Embarazadas	Porcentaje
Edema de manos	19	13%
Edema de pies	6	4%
Edema de cara	2	1%
Sin edema	123	82%
TOTAL	150	100%

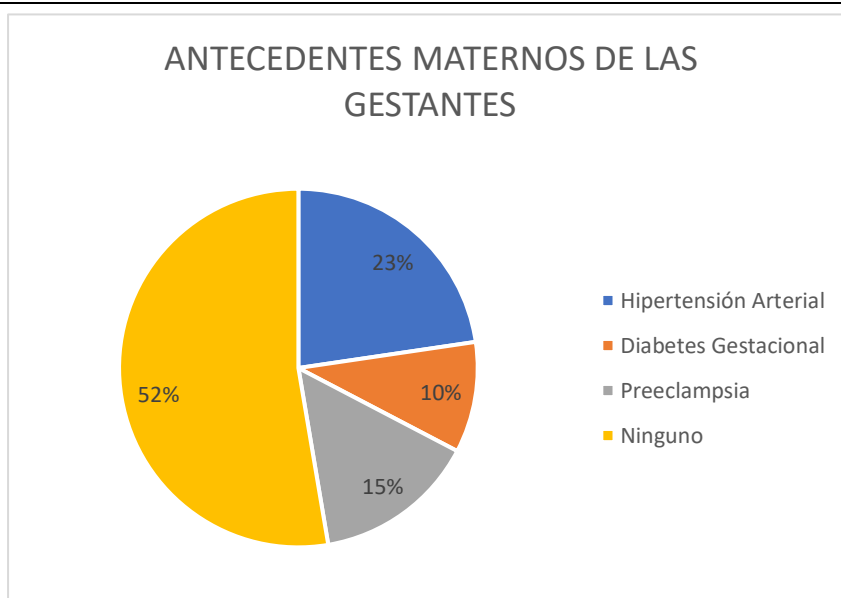


Resultados: De 150 mujeres gestantes atendidas en el Hospital General IESS, se pudo obtener que el 82% de las mismas no presentó edema de ningún tipo (123), el 13% presentó edema de manos (19), el 4% presentó edema de pies (6) y sólo el 1% presentó edema de cara (2).

Tabla 7.

Antecedentes Familiares Maternos durante Gestación

ANTECEDENTES FAMILIARES MATERNOS DE LAS GESTANTES		
Antecedentes	Respuesta	
	Nº de Embarazadas	Porcentaje
Hipertensión Arterial	34	23%
Diabetes Gestacional	15	10%
Preeclampsia	22	15%
Ninguno	79	52%
TOTAL	150	100%

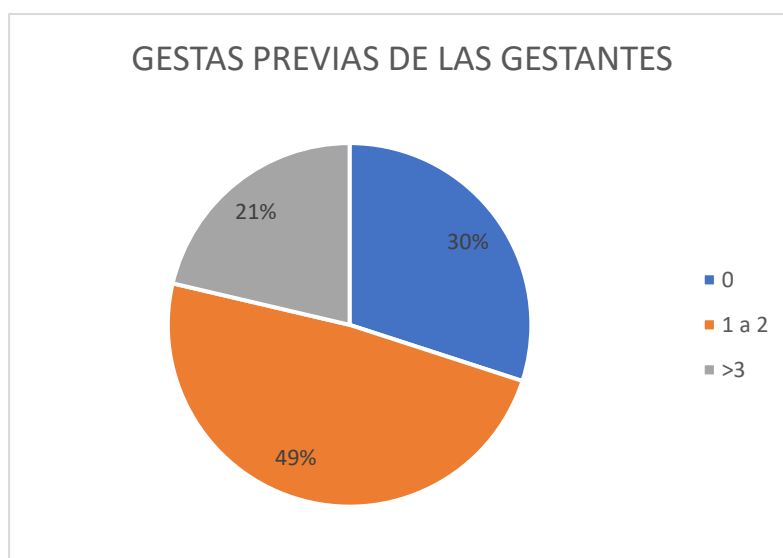


Resultados: De 150 mujeres gestantes atendidas en el Hospital General IESS, se pudo obtener que el 52% no presentaba antecedentes familiares maternos (79), el 23% presentaba antecedentes de hipertensión arterial (34), el 15% presentaba antecedentes de preeclampsia (22) y el 10% presentó antecedentes de diabetes (15).

Tabla 8.

Número de Gestas Previas

GESTAS PREVIAS DE LAS GESTANTES		
Gestas Previas	N° de Embarazadas	Respuesta
		Porcentaje
0	45	30%
1 a 2	73	49%
>3	32	21%
TOTAL	150	100%

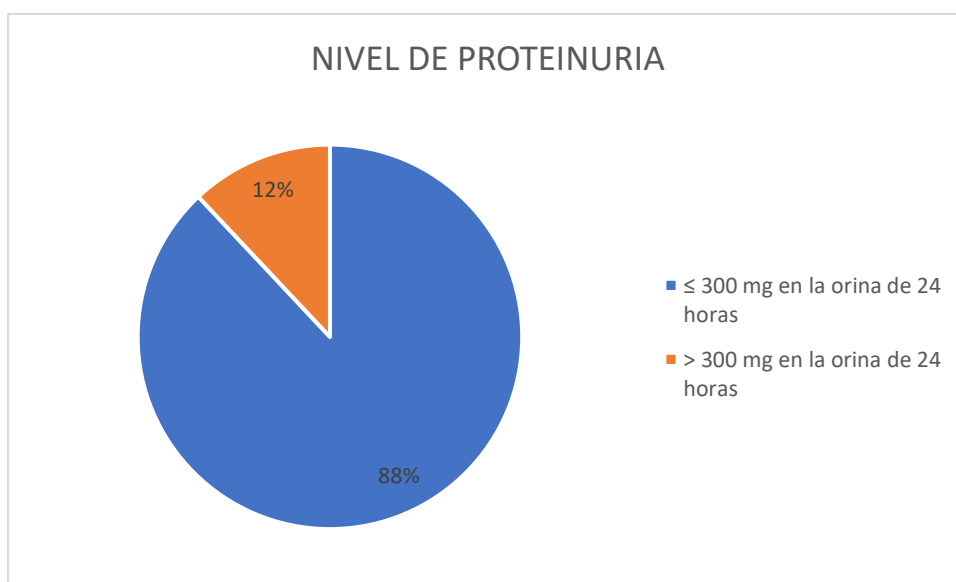


Resultados: Se puede observar que de 150 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital General IESS, el 49% presentó de 1 a 2 gestas previas (73), el 30% no presentó gestas previas (45) y el 21% presentó más de 3 gestas previas (32).

Tabla 9.

Nivel de Proteinuria de las Gestantes

NIVEL DE PROTEINURIA		
Proteinuria	Respuesta	
	N° de Embarazadas	Porcentaje
≤ 300 mg en la orina de 24 horas	132	88%
> 300 mg en la orina de 24 horas	18	12%
TOTAL	150	100%

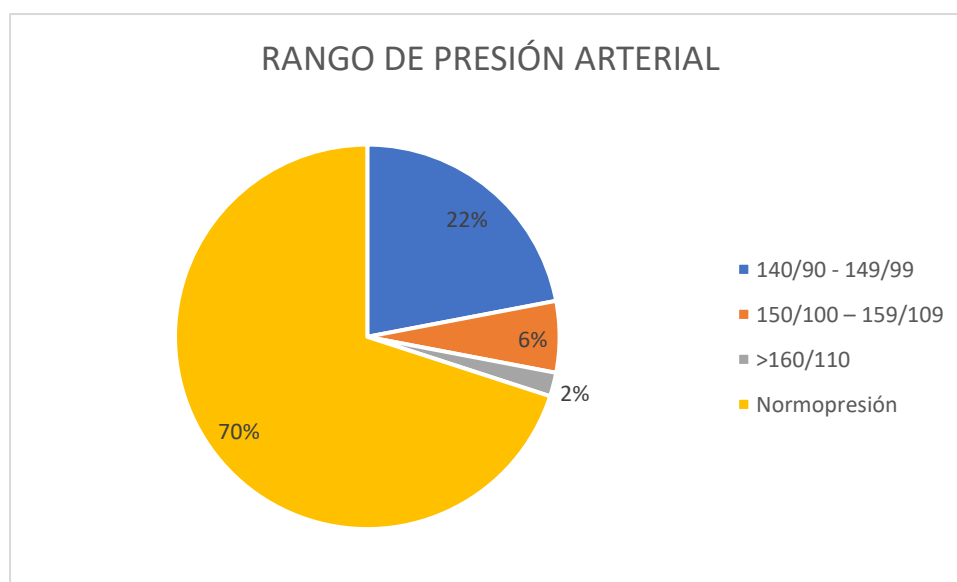


Resultados: Se puede observar que de 150 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital General IESS, el 88% presentó igual o menos de 300 mg de proteína en orina de 24 horas, mientras que, el 12% presentó más de 300 mg de proteína en orina de 24 horas.

Tabla 10.

Rango de Presión Arterial

RANGO DE PRESIÓN ARTERIAL		
Presión Arterial	N° de Embarazadas	Respuesta
		Porcentaje
140/90 - 149/99	33	22%
150/100 – 159/109	9	6%
>160/110	3	2%
Presión Normal	105	70%
TOTAL	150	100%



Resultados: Se puede observar que, de 150 gestantes el 70% presentó una presión arterial normal (105), el 22% presenta una presión arterial en un rango de 140/90 - 149/99 (33), el 6% presentó una presión arterial en un rango de 150/100 – 159/109 y el 2% presentó una presión igual o mayor a 160/110.

Tabla 11.

Peso Corporal

PESO CORPORAL		
Respuesta		
Peso Corporal	N° de Embarazadas	Porcentaje
Bajo Peso	13	9%
Peso Normal	70	46%
Sobrepeso	45	30%
Obesidad	22	15%
TOTAL	150	100%



Resultados: Se puede observar que, de 150 gestantes el 46% presentaba un peso normal (70), el 30% presentó sobrepeso (45), el 15% se encontraba con algún tipo de obesidad (22) y el 9% presentaba bajo peso corporal (13).

Tabla 12.

Consumo de Sustancias Nocivas

CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS		
		Respuesta
Consumo de Sustancias Nocivas	N° de Embarazadas	Porcentaje
Sí	19	30%
No	14	16%
TOTAL	87	100%



Resultados: Se puede observar que de 150 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital General IESS, el 87% de las gestantes no presentaba consumo de sustancias nocivas; mientras, el 13% mencionó que sí realizaba consumo de sustancias nocivas.

Tabla 13.

Intervenciones de Enfermería en Gestantes

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	SE CUMPLE	NO SE CUMPLE
Evaluar el entorno y la familia de la paciente en riesgo	X	
Motivar a las pacientes embarazadas hacia el autocuidado	X	
Conoce el Score Mama y maneja las Claves Obstétricas	X	
Valorar el tipo de complicación al momento de presentarse	X	
Valorar la frecuencia respiratoria de la paciente embarazada	X	
Valorar la presión sanguínea de la paciente embarazada	X	
Valorar la frecuencia cardiaca de la paciente embarazada	X	
Valorar la saturación de oxígeno en la paciente embarazada	X	
Valorar la temperatura corporal de la paciente embarazada	X	
Valorar el nivel de conciencia de la paciente embarazada	X	
Valorar el nivel de proteinuria de la paciente embarazada	X	
Se educar a la paciente sobre la ingesta de fármacos o suplementos durante el embarazo	X	

Resultados: Se puede observar que los 7 miembros del área de enfermería cumplen con todas las intervenciones de enfermería en gestantes del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024.

4.2. Discusión

En una investigación llevada a cabo por Dutta & Barman (2021), se descubrió que aproximadamente un 10% de los embarazos desarrollaban preeclampsia después de las 20 semanas de gestación, sin que la mujer tuviera historial de hipertensión previo. Además, observaron que la frecuencia de preeclampsia combinada con hipertensión crónica era del 5,4%. En otra investigación llevada a cabo por Yang & Le Ray (2021), se descubrió que la obesidad, que se define como un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 28 en China y 30 en Suecia, fue identificada como un factor de riesgo de mayor relevancia en China en contraste con Suecia. En Suecia, se observó una asociación considerablemente más marcada entre la ausencia de partos previos y la preeclampsia severa en comparación con China. La presente investigación se relacionó a estos debido a que se pudo obtener que el 47% de las gestantes tenía edades comprendidas entre los 18 a 25 años y el 5% presentaba más de 35 años, siendo la edad un factor de riesgo de los trastornos hipertensivos; además, se obtuvo que la raza más predominante eran la mestiza con el 46% (68) y el 18% se describían como montubias (27).

Un segundo estudio llevado a cabo por Martínez et al. (2022), en la Universidad de Ambato, reveló que es fundamental que la nutrición de una mujer embarazada sea adecuada, ya que debe satisfacer tanto sus propias necesidades como las del bebé en desarrollo. Por lo tanto, se determinó que el gasto energético total requerido para mantenerse saludable durante el embarazo es alrededor de 2150 kcal y 2200 kcal por día. Otro factor que se tomó en cuenta fueron las edades que son relevantes en el ámbito obstétrico, donde se observó que el parto pretérmino afectó al 9,8% de las madres en el rango de edad de 20 a 35 años, al 23,3% de las adolescentes (menores de 20 años) y al 33,3% de las mujeres adultas mayores de 35 años.

Según el estudio realizado por Cabrera et al. (2019), se concluyó que entre los factores de riesgo más significativos se encuentran las características físicas de la madre previas al embarazo, tales como el peso corporal, la etnia, la edad y la posibilidad de haber sufrido preeclampsia en generaciones anteriores. Lo que se relaciona a la investigación realizada, pues se pudo encontrar que, el 13% presentó

edema de manos (19), el 4% presentó edema de pies (6) y sólo el 1% presentó edema de cara (2), lo cual es un indicador de trastornos hipertensivos. Además, el 23% presentaba antecedentes de hipertensión arterial (34), el 15% presentaba antecedentes de preeclampsia (22) y el 10% presentó antecedentes de diabetes (15); siendo estos antecedentes factores de riesgo importantes en el desarrollo de los trastornos hipertensivos. Asimismo, el 49% presentó de 1 a 2 gestas previas (73), el 30% no presentó gestas previas (45) y el 21% presentó más de 3 gestas previas (32); lo cual indica que a mayor número de gestas previas es más probable que exista un incremento de la presión arterial.

En la investigación se pudo obtener que el 12% presentó más de 300 mg de proteína en orina de 24 horas, lo cual es un indicador de preeclampsia. Otro dato importante es que el 22% presenta una presión arterial en un rango de 140/90 - 149/99 (33), el 6% presentó una presión arterial en un rango de 150/100 – 159/109 y el 2% presentó una presión igual o mayor a 160/110. Con relación al peso corporal, el 30% presentó sobrepeso (45), el 15% se encontraba con algún tipo de obesidad (22) y el 9% presentaba bajo peso corporal (13). De la misma manera, el 13% mencionó que sí realizaba consumo de sustancias nocivas.

De acuerdo con el análisis de las intervenciones de enfermería en las gestantes, se pudo obtener que el 100% del personal de enfermería cumple a cabalidad con las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en cuanto a los cuidados de enfermería para la prevención de los trastornos hipertensivos.

CAPÍTULO IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Entre las principales intervenciones de enfermería encontradas estaban la evaluación del entorno y la familia de la paciente en riesgo, la motivar a las pacientes embarazadas hacia el autocuidado, el conocimiento sobre el Score Mama y manejo las Claves Obstétricas, la valoración del tipo de complicación al momento de presentarse y la correcta valoración de los signos vitales.

Algunos de los factores de riesgo más relevantes identificados a través de las ficha de observación incluyen antecedentes familiares maternos de preeclampsia e hipertensión arterial, así como la presencia de sobrepeso y obesidad, además del consumo de sustancias nocivas para la salud.

Gracias a la investigación se pudo concluir que las intervenciones de enfermería en gestantes con trastornos hipertensivos en el área de ginecología del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024 se están cumpliendo de manera adecuada, ya que se están implementando las acciones necesarias con el fin de disminuir la probabilidad de posibles complicaciones asociadas a los trastornos hipertensivos y en el correcto manejo del seguimiento de las gestantes con riesgo de sufrir uno de estos trastornos.

5.2. Recomendaciones

- Para asegurar la salud tanto de la madre como del bebé, se recomienda que las mujeres embarazadas acudan regularmente a sus consultas prenatales, ya que esto les permitirá detectar posibles problemas de manera temprana, evitar dificultades posteriores y contar con la atención médica necesaria en caso de ser requerida.
- Después de que el embarazo haya terminado, es recomendable buscar asesoramiento sobre cuál sería la opción más adecuada de anticoncepción con el objetivo de prevenir embarazos no deseados. Si se desea tener más

hijos en el futuro, es importante llevar a cabo una planificación cuidadosa para evitar cualquier posible riesgo o complicación durante el proceso.

- Es importante seguir una alimentación rica en nutrientes y adecuada para evitar el exceso de peso y la obesidad, al mismo tiempo que se evita el consumo de sustancias dañinas que puedan aumentar el riesgo de trastornos hipertensivos durante el periodo de gestación.

Bibliografía

- ACOG. (2019). *Chronic Hypertension in Pregnancy*. The American College of Obstetricians and Gynecologists. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/01/chronic-hypertension-in-pregnancy>
- Álvarez, T., Tapia, J., & Salazar, Z. (2023). Prevalencia y factores asociados a trastornos hipertensivos del embarazo en edades obstétricas de riesgo. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2019. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3(357), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.56294/saludcyt2023357>
- August, P., & Sibai, B. (2023). Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
- Ayala, P., & Serrano, N. (2020). Risk factors and fetal outcomes for preeclampsia in a Colombian cohort. *Heliyon*, 6(9). Retrieved julio 23, 2023, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844020319228>
- Bestari, D., & Lestari, P. (2019). Maternal Perinatal Outcomes Related to Advanced Maternal Age in Preeclampsia Pregnant Women. *J Family Reprod Health.*, 13(4), 191-200. Retrieved julio 22, 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264866/>
- Bisson, C., & Dautel, S. (2023). Preeclampsia pathophysiology and adverse outcomes during pregnancy and postpartum. *Frontiers in Medicine*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389%2Ffmed.2023.1144170>
- Carrasquilla, K., & Martínez, L. (2022). Complicaciones anestésicas en gestantes con preeclampsia. *Revista Chilena de Anestesia*, 51(6), 678-684. <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv5129091223.pdf>
- CDC. (2022, abril 28). *Departamento de Relaciones con los Medios de Comunicación de los CDC*. www.cdc.gov: https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_trasto

rnos-

embarazo_042822.htmlhttps://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_trastornos-embarazo_042822.html

Dávila, J., Montenegro, E., Macías, A., & Tayupanda, J. (2023). Impacto del aumento de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención y tratamiento. *RECIMUNDO*, 7(2), 49-62. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(2\).jun.2023.49-62](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(2).jun.2023.49-62)

Dutta, A., & Barman, Z. (2021). Prevalence of preeclampsia and the associated risk factors among pregnant women in Bangladesh. *Scientific Reports*. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-00839-w>

Fernández, A., & González, P. (2022). Embarazo e Infección por Coronavirus (2019-Ncov), un Riesgo Insospechado para Binomial Madre-Neonato - Pregnancy and Infection by Coronavirus (2019-Ncov), an Unsuspected Risk for Binomial Mother-Neonate. *INVESTIGATIO*, 1(20), 87-102. <https://doi.org/https://doi.org/10.31095/investigatio.2023.20.7>

Fuentes, C., & Espinoza, J. (2023). Eclampsia en embarazo pretérmino, causas, sintomatología y métodos de prevención. *Reciamuc*, 7(2), 143-149. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1100>

García, M., García, C., & García, C. (2020). Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. *Archivo Médico Camaguey*, 24(4), 1-12. <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7571/3601>

Goddard, J., Wee, M., & Vinayakarao, L. (2020). Update on hypertensive disorders in pregnancy. *BJA Educ.*, 20(12), 411-416. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016%2Fj.bjae.2020.07.007>

González, S. (2023, marzo 9). *La Mente es Maravillosa*. [lamenteesmaravillosa.com: https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-deficit-del-autocuidado/](https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-deficit-del-autocuidado/)

Hinkosa, L., Tamene, A., & Gebeyehu, N. (2020). Risk factors associated with hypertensive disorders in pregnancy in Nekemte referral hospital, from July

- 2015 to June 2017, Ethiopia: case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(16), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-019-2693-9>
- Hosten, A. (2023). Prolongation of Pregnancy in Patients with HELLP Syndrome Using Methylprednisolone: A Retrospective Multicentric Analysis. *Life (Basel)*, 13(4), 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390%2Flife13041013>
- Inkeri, A., Happio, M., & Heikkinen, J. (2020). Eculizumab Treatment for Postpartum HELLP Syndrome and aHUS—Case Report. *Frontiers*, 11(2020), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00548>
- Ives, C., & Sinkey, R. (2020). Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(14), 1690-1702. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720362987>
- Jung, E., & Romero, R. (2022). The etiology of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, S844-S866. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1356>
- Koech, I., Amubuomombe, P., Mogeni, R., Andrew, C., Mwangi, A., & Omenge, E. (2021). Maternal and perinatal outcomes in women with eclampsia by mode of delivery at Riley mother baby hospital: a longitudinal case-series study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(439), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-021-03875-6>
- Lastra, A., & Fernández, M. (2020). Síndrome HELLP: controversias y pronóstico. *Hipertens Riesgo Vasc.*, 37(4), 147-151. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016%2Fj.hipert.2020.07.002>
- Lee, K., & Brayboy, L. (2022). Pre-eclampsia: a Scoping Review of Risk Factors and Suggestions for Future Research Direction. *Regenerative Engineering and Translational Medicine*, 8(1), 394-406. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40883-021-00243-w>

- Lokki, I., Haapio, M., & Heikkinen, J. (2020). Eculizumab Treatment for Postpartum HELLP Syndrome and aHUS—Case Report. *Frontiers in Immunology*, 11(22), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00548>
- López, A., & Torres, A. (2022). Reporte de 6 casos de eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 1-9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2022/un223d.pdf>
- López, I., & Salazar, A. (2022). TEORÍA DE OREM PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL DURANTE EL CLIMATERIO OREM'S THEORY FOR ADDRESSING SEXUAL HEALTH DURING CLIMACTERIC. *Enfermería Investiga*, 7(3), 1-7.
- Mackenzie, M., & Hinson, M. (2023). Eclampsia. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554392/>
- Masanillas, A. (2023). Principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de preeclampsia en gestantes. *Revista Médica*, 6(8). <https://revistamedica.com/principales-factores-riesgo-preeclampsia/>
- Martínez, A., & Belalcázar, Y. (2022). Impacto de los factores ambientales en la aparición de preeclampsia grave. *Revista Médica Sinergia*, 7(4), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v7i4.755>
- Morales, J., & Sigcho, S. (2020). *Teoría de Dorothea Orem aplicada al cuidado durante el embarazo*. Chimborazo: Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7143/1/7.Trabajo%20de%20titulaci%c3%b3n%20Silvia%20Sigcho-ENF.pdf>
- Moreira, M., & Montes, R. (2022). Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 8(1), 876-884. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i41.2528>
- MSP. (2016). *Guía Práctica Clínica de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo*. Segunda Edición. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

- MSP. (2016). *Score Mamá. Claves y D.E.R. obstétricos*. Gerencia Institucional de Implementación de Disminucion Mortalidad Materna. <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mam%C3%A1,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obst%C3%A9tricos.pdf>
- OMS. (2020, agosto 11). *Organización Mundial de la Salud*. who.int: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240008793#:~:text=Los%20rastornos%20hipertensivos%20del%20embarazo,muertes%20maternas%20a%20nivel%20mundial.>
- Peña, N., & Salas, C. (2020). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 19(1), 1-14. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
- Pereira, J., & Pereira, Y. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 5(1), e340-e347. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>
- Poon, L., Hoang, L., Smith, N., Bergman, L., & O'Brian, P. (2023). Hypertensive disorders of pregnancy and long-term cardiovascular health: FIGO Best Practice Advice. *Interna*, 160(s1), 22-34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ijgo.14540>
- Rebahi, H., & Still, M. (2018). Risk factors for eclampsia in pregnant women with preeclampsia and positive neurosensory signs. *Turk J Obstet Gynecol.*, 15(4), 227-234. Retrieved julio 22, 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6334241/>
- Rojas, L., & Rojas, L. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 13(2), 1-12. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/ree/v13n2/2661-6742-ree-13-02-00095.pdf>
- Romero, A., & Sanmartin, M. (2023). Eclampsia - abordaje enfermero basada en la teoría de Dorothea Orem: a propósito de un caso. *Polo del Conocimiento*, 8(1), 231-246. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i1>

- Ross, M. (2023, febrero 23). *Medscape*. [emedicine.medscape.com: https://emedicine.medscape.com/article/253960-overview?form=fpf](https://emedicine.medscape.com/article/253960-overview?form=fpf)
- Sanz, A., & Boira, E. (2021). Urgencias ginecológicas y obstétricas en la pandemia por COVID-19, ¿qué fue lo que dejamos ver? *Ginecologica Obstetrica Mexicana*, 89(11), 847-856. Retrieved Febrero 15, 2023, from <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n11/0300-9041-gom-89-11-847.pdf>
- Sedicias, S. (2024, marzo 12). *Tua Saúde*. [www.tuasaude.com: https://www.tuasaude.com/en/hellp-syndrome/](https://www.tuasaude.com/en/hellp-syndrome/)
- Seguro Social de Salud del Perú. (2022). Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Gineco*, 73(1), 48-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.18597/rcog.3810>
- Sociedad Argentina Hipertensión en el Embarazo. (2018). *GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO*. Ministerio de Salud Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf>
- Velásquez, J. (2021). Eclampsia. *Alto Riesgo Obstétrico y Obstetricia Crítica*, 113–117. https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347161
- Velumani, V., & Durán, C. (2021). Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 1-12. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n5/2448-4865-facmed-64-05-7.pdf>
- Villagomez, M., & Rojas, L. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 13(2), 79-89. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/ree/v13n2/2661-6742-ree-13-02-00095.pdf>

- Wagnew, M., Chojenta, C., & Dessalegn, M. (2020). Factors associated with hypertensive disorders of pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic and meta-analysis. *PlosOne*, 15(8), 1-12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237476>
- Williams, K., & Galerneau, F. (2022). Pathophysiology of Eclampsia. *Clinics in Mother and Child Health*, 12(4), 1-2.
<https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/pathophysiology-of-eclampsia-2090-7214-1000197.pdf>
- Xuan, T., & Nguyen, V. (2022). Serum Levels of NT-Pro BNP in Patients with Preeclampsia. *Integr Blood Press Control.*, 15(1), 43-51.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9001144/pdf/ibpc-15-43.pdf>
- Yang, Y., & Le Ray, I. (2021). Preeclampsia Prevalence, Risk Factors, and Pregnancy Outcomes in Sweden and China. *JAMA Netw Open*.
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2779753>
- Yushida, Y., & Zahara, E. (2020). The Risk Factors toward Preeclampsia Events of Pregnant Women in Meureubo and Johan Pahlawan Community Health Center West Aceh. *Public Health Epidemiology*, 8(E), 670-673.

ANEXOS

ANEXO 1. TABLA DE CONTINGENCIA

Matriz de contingencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
¿Cómo se realizan los cuidados en enfermería gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el área de ginecología del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024?	Determinar los cuidados en enfermería con trastornos hipertensivos en el área de ginecología del Hospital General IESS, Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024.	Los correctos cuidados de enfermería en gestantes con trastornos hipertensivos en el área de ginecología del Hospital General IESS, Babahoyo durante el periodo noviembre 2023 – abril 2024 mejoran la calidad de vida y reducen la muerte materno infantil.

Fuente de elaboración propia.

ANEXO 2. FICHA DE OBSERVACIÓN

Rango de Edad: <18 años 18 a 25 26 a 35 >35 años

Etnia:

- Indígena
- Mestiza
- Afroecuatoriana
- Blanca
- Montubia

Estado Civil:

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Viuda
- Otro

Gestas Previas: 0 1 a 2 >3

Trimestre de embarazo: 1er Trimestre 2do Trimestre 3er Trimestre

Antecedentes: Hipertensión Arterial Diabetes Gestacional Otro

Presión Arterial: 140/90 - 149/99 150/100 – 159/109 >160/110

Peso Corporal:

- Bajo Peso
- Peso Normal
- Sobrepeso
- Obesidad
- Obesidad Severa
- Obesidad Mórbida

Sustancias nocivas: Sí No

Nivel de Proteinuria:

≤ 300 mg en la orina de 24 horas

> 300 mg en la orina de 24 horas

Edema:

Edema de manos Edema de pies Edema de cara Sin edema

ANEXO 3. FICHA DE OBSERVACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	SE CUMPLE	NO SE CUMPLE
Evaluar el entorno y la familia de la paciente en riesgo		
Motivar a las pacientes embarazadas hacia el autocuidado		
Conoce el Score Mama y maneja las Claves Obstétricas		
Valorar el tipo de complicación al momento de presentarse		
Valorar la frecuencia respiratoria de la paciente embarazada		
Valorar la presión sanguínea de la paciente embarazada		
Valorar la frecuencia cardíaca de la paciente embarazada		
Valorar la saturación de oxígeno en la paciente embarazada		
Valorar la temperatura corporal de la paciente embarazada		
Valorar el nivel de conciencia de la paciente embarazada		
Valorar el nivel de proteinuria de la paciente embarazada		
Se educar a la paciente sobre la ingesta de fármacos o suplementos durante el embarazo		

Fuente de elaboración propia.



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



SOLICITUD DE PERMISO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Lcda. Karina Montoya

RESPONSABLE DEL ÀREA HOSPITALIZACION DE GINECOLOGIA

HOSPITAL GENERAL IESS BABAHOYO

Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente, Nosotras, DAYANA YAMILE MORALES YANEZ CON CÈDULA DE IDENTIFICACIÒN 1207970615 Y MARIUXI JACSELY MORALES YANEZ CON CÈDULA DE IDENTIFICACIÒN 1251336457 egresadas de la Carrera de Enfermería, Malla REDISEÑO Facultad de Ciencias de la Salud, matriculados en el proceso de titulación periodo NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024, en la modalidad TRABAJO DE TITULACIÓN CURRICULAR, me dirijo a usted de la manera más comedida para que considere la petición de ejecutar nuestro Tema del Proyecto de titulación: **“CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL ÀREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL IESS, BABAHOYO, PERIODO NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024.”**

Esperando de nuestra petición tenga una acogida favorable, quedamos de usted muy agradecida

Atentamente.

Dayana Morales Yanez

Egresada de Enfermería

Mariuxi Morales Yanez

Egresada de Enfermería



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación **“CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL IESS, BABAHOYO, PERIODO NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024.”**

Todos los datos que se recojan serán estrictamente **anónimos y de carácter privados**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales y privados** sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de **custodio de los datos**, será el Investigador Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

El investigador Responsable del proyecto asegura la total cobertura de costos del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico** alguno. Agradecemos su participación.

Yo _____ en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación **“CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL IESS, BABAHOYO, PERIODO NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024.”** conducida por las investigadoras DAYANA YAMILE MORALES YANEZ Y MARIUXI JACSELY MORALES YANEZ de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Firma del
participante



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL NIVEL II IESS – BABAHOYO
Av. 25 de Julio y Juan Agnoletto- Babahoyo - Ecuador

Babahoyo, 28 de febrero del 2024

CARTA DE AUTORIZACION

De mi consideración,

En atención a lo suscrito por los internos **Morales Yanez Dayana Yamile** con Cl: **1207970615** y **Morales Yanez Mariuxi Jacsely** con Cl: **1251336457**. Estudiantes de la **Universidad Técnica de Babahoyo** indican estar desarrollando el **PROYECTO DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR** para la obtención del título, motivo por el cual solicita autorización para recabar información mediante la aplicación de instrumentos requerido, los cuales sirven para el complemento del tema de proyecto “CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL IESS, BABAHOYO, PERIODO NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024.”

El cual se llevará a cabo en 1 mes escogido por el suscrito en mención.

Los datos recolectados a través de los cuestionarios, así como la información generada en el procesamiento son únicamente de carácter académico y no serán difundidos o utilizados con otra finalidad.

Por lo antes mencionado, me permito informar que se **AUTORIZA** el acceso a los datos solicitados por la persona en mención.

Particular que comunico para fines personales.

Atte.



Firmado electrónicamente por:

CAROL YAGUAL MORANTE

Dra. Carol Yagual
Responsable Docencia e Investigación
Hospital General IESS Babahoyo



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL NIVEL II IESS – BABAHOYO
Av. 25 de Julio y Juan Agnoletto- Babahoyo - Ecuador

Babahoyo, 28 de febrero del 2024

CARTA DE AUTORIZACION

De mi consideración,

En atención a lo suscrito por los internos **Morales Yanez Dayana Yamile** con CI: **1207970615** y **Morales Yanez Mariuxi Jacsely** con CI: **1251336457**. Estudiantes de la **Universidad Técnica de Babahoyo** indican estar desarrollando el **PROYECTO DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR** para la obtención del título, motivo por el cual solicita autorización para recabar información mediante la aplicación de instrumentos requerido, los cuales sirven para el complemento del tema de proyecto “**CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL IESS, BABAHOYO, PERIODO NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024.**”

El cual se llevará a cabo en 1 mes escogido por el suscrito en mención.

Los datos recolectados a través de las fichas de observación, así como la información generada en el procesamiento son únicamente de carácter académico y no serán difundidos o utilizados con otra finalidad.

Por lo antes mencionado, me permito informar que se **AUTORIZA** el acceso a los datos solicitados por la persona en mención.

Atte.



Firmado electrónicamente por:

CARLOS LUIS GUANOLUISA

Dr. Carlos Luis Guanoluisa

Director Hospital General IESS Babahoyo

PRESUPUESTO

Recursos Económicos	Costo
Movilización	\$30
Internet	\$12
Redacción e Impresión	\$30
Fotografías	\$5
Alimentación	\$20
Refrigerios	\$30
Total	\$127

Cronograma

CRONOGRAMA DEL PROYECTO												
MESES	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO							
ACTIVIDADES	(2023)	(2023)	(2024)	(2024)	(2024)							
1 Selección del tema	█											
2 Aprobación del tema		█										
3 Recopilación de la información			█									
4 Desarrollo del capítulo I				█								
5 Desarrollo del capítulo II				█								
6 Desarrollo del capítulo III				█								
7 Elaboración de encuestas				█								
8 Tabulación de la información				█								
9 Desarrollo del capítulo IV					█							
10 Elaboración de conclusiones						█						
11 Presentación de la tesis							█					
12 Sustentación previa								█				
13 Sustentación final										█		

Anexos Fotográficos

Imagen 1.

Tutoría presencial para correcciones de proyecto



Foto: Dayana Yamile Morales Yanez y Mariuxi Jacsely Morales Yanez

Imagen 2.

Tutoría presencial para corrección de proyecto



Foto: Dayana Yamile Morales Yanez y Mariuxi Jacsely Morales Yanez

