



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Incidencia de preeclampsia en embarazadas de 15 a 25 años que acuden al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del año 2024.

AUTORES:

**Méndez Molina, Bryan Alejandro
Cañizares Plúas, Wilson Andrés**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer

**Guayaquil, Ecuador
16 de mayo del 2025**

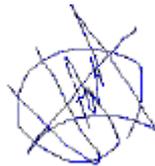


UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Méndez Molina, Bryan Alejandro y Cañizares Plúas, Wilson Andrés** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR



JORGE ELIECER
DE VERA
ALVARADO
13/5/2025 21:03:34
-05:00

f. _____
Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 16 del mes de mayo de 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Méndez Molina, Bryan Alejandro**
Cañizares Plúas, Wilson Andrés

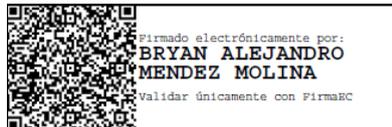
DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Incidencia de preeclampsia en embarazadas de 15 a 25 años que acuden al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del año 2024**, previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mí total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 16 del mes de mayo de 2025

AUTORES



f. _____
Méndez Molina, Bryan Alejandro



f. _____
Cañizares Plúas, Wilson Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Méndez Molina, Bryan Alejandro**
Cañizares Plúas, Wilson Andrés

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución el componente práctico del examen complejo: **Incidencia de preeclampsia en embarazadas de 15 a 25 años que acuden al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del año 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 del mes de mayo de 2025

AUTORES



f. _____
Méndez Molina, Bryan Alejandro



f. _____
Cañizares Plúas, Wilson Andrés

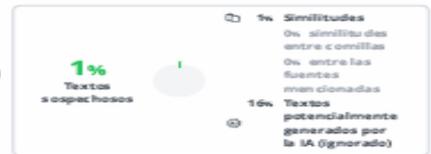


UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

REPORTE COMPILATIO

 INFORME DE ANÁLISIS
simulium

INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS DE 15 A 25 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2024



Nombre del documento: TESIS MENDEZ Y CAÑIZARES PARA DETECTOR DE PLAGIO 2.docx
ID del documento: b1bc06ad651f961291785d185ad8cb7cbf94581bd
Tamaño del documento original: 245,14 KB

Depositante: Bryan Mendez
Fecha de depósito: 6/5/2025
Tipo de carga: Interface
Fecha de fin de análisis: 6/5/2025

Número de palabras: 11.734
Número de caracteres: 77.345

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes
1	repositorio.uocg.edu.ec Estudio comparativo entre los hallazgos de endoscopia alta en pacientes con enfermedad renal crónica que se realizan hem... http://wp.outrio.uocg.edu.ec/boletines/331-723146/1/UCSG-C46-22699.pdf	
2	revistamedica.com Preeclampsia en el embarazo: un reto silencioso con graves consecuencias - Ocronos - Editorial Científico-Técnica https://revistamedica.com/preeclampsia-embarazo-graves-consecuencias/	

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes
1	repositorio.ucv.edu.pe https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/document/201500126921563031/Malq_CRM-SD.pdf	
2	www.thehealthcare.es Todo sobre el seguimiento del embarazo con preeclampsia: Guía completa y consejos - iHealthcare https://www.thehealthcare.es/todo-sobre-el-seguimiento-del-embarazo-con-preeclampsia-2115799	



Firmado electrónicamente por:
**JORGE ELIECER DE
VERA ALVARADO**
validar únicamente con firmac

Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, en segunda mis padres que han sido pieza fundamental en mi desarrollo como profesional, a mi familia en general que siempre estuvieron presente apoyándome y sintiéndose muy orgullosos del esfuerzo que se realizaba por mantenerse siempre avanzando hasta alcanzar una meta de muchas en adelante.

Quiero también agradecer mucho a los maestros que impartieron sus enseñanzas y a los grandes amigos y conocidos que se volvieron ese apoyo y fortaleza.

Méndez Molina Bryan Alejandro

AGRADACIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis. En primer lugar, a mi compañero Bryan Méndez, por su amistad de hace muchos años. También al Dr. Jorge De Vera por su guía, dedicación y conocimientos compartidos, a lo largo de todos estos años.

A mi familia, especialmente a mis padres y mis hermanos y todas las personas que han estado allí para mí en cada momento, amigos, compañeros y pareja por su apoyo constante, comprensión y motivación. Su compañía y ánimo hicieron este camino más llevadero. Finalmente, a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron a que este trabajo fuera una realidad muchas gracias a todos.

Cañizares Plúas Wilson Andrés

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi cariño a mis padres. Wilson Cañizares y Zolanda Pluas quien ha sido mi mayor inspiración, mi ejemplo a seguir y mi apoyo incondicional durante todo este proceso que ha sido muy largo, lleno de altibajos y momentos hermosos e inolvidables. Su amor, paciencia y palabras de aliento me motivaron a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Esta meta también es suya junto a todos los logros que me falten por cumplir.

Cañizares Plúas Wilson Andrés

DEDICATORIA

Dedico este estudio en especial a mi abuelo Luis Enrique Molina Morales un ejemplo para mí, desearía que lo viera en estos momentos. A mis padres que hicieron lo imposible por ayudarme a terminar lo que ya había empezado.

Dedicar esto a muchos amigos que forje en el camino y que hicieron que el estrés que conlleva esta carrera se amortigüe o se aliviane con el hecho de juntarnos a estudiar.

Méndez Molina Bryan Alejandro



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

José Luis Andrés Jouvin Martillo

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Objetivos.....	4
1.2.1 Objetivo general	4
1.2.2 Objetivos específicos	4
1.3 Hipótesis.....	4
1.4 Justificación	4
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Generalidades	6
2.2 Fisiopatología de la preeclampsia	7
2.3 Clasificación de preeclampsia	9
2.3.1 Preeclampsia sin signos de gravedad.....	9
2.3.2 Preeclampsia con signos de gravedad.....	10
2.4 Incidencia y prevalencia de la preeclampsia.....	11
2.5 Consecuencias y complicaciones de la Preeclampsia.....	12
2.6 Modelos de predicción y prevención de preeclampsia	14
2.6.1 Modelos de Predicción.....	15
2.6.2 Estrategias de Prevención	15
2.6.3 Programas de Seguimiento y Monitoreo	16
2.7 Intervenciones y manejo de preeclampsia.....	17
2.7.1 Manejo de la Preeclampsia sin Signos de Gravedad.....	17
2.7.2 Manejo de la Preeclampsia con Signos de Gravedad.....	17

2.7.3 Medicamentos Antihipertensivos.....	17
2.7.4 Prevención de Eclampsia.....	18
2.7.5 Monitorización Fetal y Planificación del Parto	18
2.7.6 Cuidados Posteriores al Parto.....	19
2.8 Impacto psicológico y social de la preeclampsia en mujeres jóvenes	19
2.9 Revisión de estudios similares en el contexto nacional y local	21
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	24
3.1 Diseño del estudio	24
3.2 Tipo de investigación	24
3.3 Población de estudio y muestra.....	24
3.3.1 Criterios de inclusión	24
3.3.2 Criterios de exclusión	24
3.3.3 Cálculo del tamaño de la muestra	24
3.3.4 Método de muestreo	24
3.4 Método de recogida de datos	25
3.5 Operacionalización de las variables	25
3.6 Procesamiento de datos	26
3.7 Estrategia de análisis estadístico.....	26
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	27
4.1 Representación estadística de resultados	27
4.2 Discusión de resultados.....	39
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
5.1 Conclusiones	43
5.2 Recomendaciones	44
BIBLIOGRAFÍA	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	25
Tabla 2 Descripción de las variables sociodemográficas en relación con la presencia o no de preeclampsia.....	28
Tabla 3 Descripción de antecedentes en relación con la presencia o no de preeclampsia	33
Tabla 4 Descripción de antecedentes obstétricos en relación con la presencia o no de preeclampsia	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Flujograma de inclusión de pacientes.....	27
Gráfico 2 Diagrama de cajas y bigotes de la distribución de edades según la presencia o no de preeclampsia.....	29
Gráfico 3 Diagrama de barras de distribución de nivel de instrucción según presencia o no de preeclampsia.....	31
Gráfico 4 Diagrama de barras de distribución del lugar de residencia según la presencia o no de preeclampsia.....	32
Gráfico 5 Diagrama de caja y bigotes acerca de la distribución de peso según la presencia o no de preeclampsia.....	34
Gráfico 6 Diagrama de cajas y bigotes acerca de la distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) según la presencia o no de preeclampsia.....	35
Gráfico 7 Diagrama de barras acerca de la distribución del estado nutricional según la presencia o no de preeclampsia.	36
Gráfico 8 Diagrama de barras para distribución de antecedentes de aborto según la presencia o no de preeclampsia.....	38

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia es una complicación del embarazo que afecta entre el 2 % y 8 % de todas las embarazadas y conlleva riesgo de morbilidad materna y perinatal. En Ecuador, se desconocen datos actualizados sobre su incidencia en mujeres jóvenes. Este estudio se propuso determinar la prevalencia de preeclampsia en gestantes de 15 a 25 años atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante enero a diciembre de 2024 y explorar sus asociaciones con factores sociodemográficos y obstétricos.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se obtuvo una muestra de 505 gestantes con diagnóstico definitivo de preeclampsia o ausencia de esta. Se registraron variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, etnia, seguro, lugar de residencia), antropométricas (peso, IMC), hábitos tóxicos, antecedentes familiares y obstétricos.

Resultados: La incidencia de preeclampsia fue del 5,9 %. No se observó asociación significativa con edad, IMC, hábito tabáquico o alcohólico, antecedentes familiares, número de gestas, semana de diagnóstico ni tipo de parto. En cambio, el nivel de instrucción mostró asociación estadísticamente significativa: las gestantes sin educación formal presentaron 17,6 % de casos ($p = 0,011$). Asimismo, aunque el número de pacientes de etnia negra fue pequeño, todas cursaron con preeclampsia.

Conclusión: La preeclampsia en gestantes jóvenes de este hospital se comporta en línea con reportes regionales, pero los determinantes clásicos (edad, IMC, hábitos) resultaron menos relevantes que las desigualdades educativas y étnicas. Estos hallazgos sugieren la necesidad de realizar estudios prospectivos multicéntricos que validen y profundicen en los factores socioculturales implicados.

Palabras claves: Preeclampsia, gestantes jóvenes, determinantes sociodemográficas

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia is a pregnancy complication that affects between 2 % and 8 % of all pregnant women and carries a risk of maternal and perinatal morbidity. In Ecuador, up-to-date data on its incidence in young women are lacking. This study aimed to determine the prevalence of preeclampsia in pregnant women aged 15 to 25 years treated at the Hospital General Liborio Panchana Sotomayor from January to December 2024 and to explore its associations with sociodemographic and obstetric factors.

Methodology: An observational, retrospective, cross-sectional, descriptive study was conducted. A sample of 505 pregnant women with a definitive diagnosis of preeclampsia or without the condition was obtained. Sociodemographic variables (age, educational level, ethnicity, insurance, place of residence), anthropometric measures (weight, BMI), toxic habits, family history, and obstetric history were recorded.

Results: The incidence of preeclampsia was 5.9 %. No significant associations were found with age, BMI, smoking or alcohol habits, family history, parity, week of diagnosis, or type of delivery. In contrast, educational level showed a statistically significant association: women with no formal education accounted for 17.6 % of cases ($p = 0.011$). Additionally, although the number of Black patients was small, all of them developed preeclampsia.

Conclusion: Preeclampsia in young pregnant women at this hospital aligns with regional reports, but classic determinants (age, BMI, habits) proved less relevant than educational and ethnic inequalities. These findings highlight the need for prospective multicenter studies to validate and deepen understanding of the sociocultural factors involved.

Keywords: Preeclampsia; young pregnant women; sociodemographic determinants.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno del embarazo con una elevada tasa de complicaciones severas, causando una elevada morbimortalidad materna y perinatal en todo el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo. Esta condición obstétrica consiste en la aparición de hipertensión arterial que genera daño a órganos como los riñones y el hígado, manifestándose generalmente después de la semana 18 de gestación. Las complicaciones asociadas a la preeclampsia son diversas y potencialmente fatales, incluyendo el desprendimiento placentario, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y en los casos más graves, puede incluso causar la muerte materna o fetal cuando se convierte en eclampsia o síndrome de HELLP. A nivel global, la preeclampsia afecta aproximadamente entre el 2% y 8% de todos los embarazos, razón por la cual representa un problema de salud pública (1,2).

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia, las mujeres primigestas —aquellas que se embarazan por primera vez— constituyen un grupo con una vulnerabilidad particularmente elevada. Diversos estudios han documentado que las mujeres primigestas tienen un mayor riesgo de presentar esta complicación en comparación con mujeres multigestas. Es crucial investigar la incidencia de preeclampsia en este grupo particular para comprender mejor la magnitud del problema y desarrollar estrategias preventivas e intervenciones más eficaces (3,4).

En el contexto de Ecuador, especialmente en el área cubierta por el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, se ha identificado una demandada urgente de información actualizada y detallada sobre la frecuencia de la preeclampsia en mujeres embarazadas jóvenes. La carencia de datos precisos dificulta a los profesionales médicos la implementación oportuna de acciones para reducir los riesgos vinculados a esta condición médica. Además de eso, elementos locales como las situaciones sociodemográficas y el acceso a servicios médicos pueden tener un impacto en la frecuencia y gravedad de la preeclampsia, lo cual destaca la importancia de llevar a cabo investigaciones que aborden estas características específicas.

Este estudio tiene como objetivo cubrir estas brechas de información al investigar la frecuencia de preeclampsia en mujeres embarazadas de 15 a 25 años que visitan el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor entre enero a diciembre de 2024. Los hallazgos obtenidos podrían contribuir a mejorar la atención prenatal, ajustar los procedimientos clínicos e incluso influir en la elaboración de políticas públicas de salud que atiendan las necesidades de este grupo vulnerable. Además de eso, identificar los elementos relacionados a la preeclampsia en esta franja de edad específica posibilitará desarrollar estrategias más detalladas para prevenir y controlar esta situación, mejorando de esta manera los resultados tanto maternos como perinatales en la zona.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Este estudio buscó determinar la incidencia de preeclampsia en embarazadas de 15 a 25 años que acuden al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el período de enero a diciembre del año 2024, con el propósito de especificar las características sociodemográficas, incidencia y los factores de riesgo relacionados con esta patología.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la incidencia de preeclampsia en embarazadas de 15 a 25 años que acuden al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el período de enero a diciembre del año 2024.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las embarazadas con preeclampsia
- Especificar la distribución según estado nutricional de las embarazadas con preeclampsia
- Detallar los antecedentes patológicos personales y familiares de las embarazadas con preeclampsia
- Detallar la distribución de los hábitos tóxicos en las mujeres con preeclampsia.

1.3 Hipótesis

No corresponde.

1.4 Justificación

La preeclampsia representa una de las causas más importantes de complicaciones para las madres y los bebés a nivel mundial y tiene un impacto significativo en la salud de las mujeres y los recién nacidos. Específicamente las mujeres de entre 15

y 25 años tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad que puede llevar a un parto prematuro o a problemas como el crecimiento del feto y otras complicaciones graves. En Ecuador, no existen datos actualizados sobre la incidencia de preeclampsia en este grupo poblacional, lo que limita la capacidad de los profesionales de la salud para ofrecer un manejo adecuado y oportuno de la enfermedad (5).

Este estudio es de suma relevancia porque permitirá obtener información crucial sobre la prevalencia de la preeclampsia en mujeres jóvenes que acuden a esta institución. Conocer estos datos no solo facilitará la implementación de medidas preventivas y de manejo más eficaces, sino que también contribuirá al desarrollo de políticas de salud pública enfocadas en mejorar la atención prenatal en una población especialmente vulnerable. Además, los hallazgos de esta investigación podrían servir como punto de partida para investigaciones futuras sobre los riesgos y las estrategias más efectivas para disminuir las complicaciones y la mortalidad relacionadas a la preeclampsia en este área geográfica.

Adicionalmente, reconocer la frecuencia de casos de preeclampsia permitirá a los expertos sanitarios en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor perfeccionar la organización y asignación de recursos médicos para ofrecer una mejor atención a las pacientes en situación de riesgo. Este proyecto, por lo tanto, no solo tiene un impacto a nivel académico, sino también en la mejora de los servicios de salud y la calidad de vida de las mujeres embarazadas en la región.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria, generalmente después de la semana 20 de gestación. Esta condición afecta aproximadamente entre el 5% y el 8% de las mujeres embarazadas en todo el mundo, de manera que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La preeclampsia puede variar en su presentación, desde formas leves hasta severas, e incluso evolucionar hacia complicaciones graves como el síndrome de HELLP (Hemólisis, Enzimas Hepáticas Elevadas y Plaquetas Bajas) o eclampsia, que se caracteriza por la aparición de convulsiones(6–8).

La fisiopatología de la preeclampsia aún no se comprende completamente, aunque se sabe que la placenta juega un papel crucial en su desarrollo. Se considera que una disfunción en la placentación, la cual provoca una respuesta inflamatoria sistémica y un daño en el endotelio vascular, es un factor central. Esta disfunción causa una disminución en la perfusión placentaria, lo cual desencadena una serie de respuestas inflamatorias y hormonales que resultan en vasoconstricción, aumento de la permeabilidad vascular y, en última instancia, hipertensión y daño multiorgánico(9,10).

Los factores de riesgo asociados a la preeclampsia incluyen la primiparidad, edad materna (especialmente en mujeres menores de 20 y mayores de 35 años), obesidad, antecedentes familiares de hipertensión, enfermedades preexistentes como diabetes mellitus, enfermedades renales y antecedentes de preeclampsia en embarazos previos. Las mujeres jóvenes, en particular las adolescentes, pueden tener un riesgo elevado debido a la inestabilidad del sistema cardiovascular y endocrino propio de esta etapa de desarrollo(3,11).

El diagnóstico de preeclampsia se confirma cuando una mujer embarazada muestra una presión arterial alta ($\geq 140 / 90$ mmHg) y presencia de proteínas en la orina (≥ 300 mg en una muestra de orina de 24 horas) después de la semana 20 del embarazo. No obstante, en caso de ausencia de proteinuria, se puede diagnosticar preeclampsia si existen signos de disfunción orgánica como problemas en el

hígado, riñones o sistema hematológico. Esta variedad en los criterios para el diagnóstico refleja la diversidad inherente a esta enfermedad (3,7).

El tratamiento de la preeclampsia varía dependiendo de la gravedad de la condición y la etapa del embarazo en la que se encuentre el feto. En situaciones más suaves, a menudo es suficiente llevar a cabo un seguimiento riguroso de la presión arterial y realizar pruebas de laboratorio periódicas. Por otro lado, en casos más graves, es recomendable hospitalizar a la paciente y recurrir a fármacos antihipertensivos y anticonvulsivos, siendo que el parto supone una solución definitiva para esta enfermedad específica. En casos de partos prematuros el tratamiento resulta ser más complicado debido a que se persigue lograr la máxima maduración del feto sin poner en peligro la salud de la madre (7,10).

La preeclampsia representa un reto significativo en el manejo obstétrico y una amenaza seria tanto para la madre como para el feto. La investigación en esta área sigue siendo crucial para identificar métodos de predicción temprana, desarrollar intervenciones preventivas y mejorar los protocolos de manejo clínico, especialmente en poblaciones de alto riesgo, como las mujeres jóvenes y aquellas con comorbilidades preexistentes(8,11).

2.2 Fisiopatología de la preeclampsia

La fisiopatología de la preeclampsia es complicada y tiene varios factores involucrados; principalmente se relacionan a problemas en la implantación placentaria que activan una serie de eventos en los sistemas vascular y endocrino además del inmunológico. Durante un embarazo normal existe una transformación de las arterias espirales en la decidua gracias a la influencia de células trofoblásticas invasivas; esto facilitando una adecuada irrigación de la placenta. Sin embargo, en casos de preeclampsia, falla o está incompleta esta invasión trofoblástica provocando una alteración en la remodelación correctiva de las arterias espirales. Como consecuencia de esto las arterias mantienen un diámetro más estrecho y se vuelven muy resistentes. Por lo tanto se produce una reducción en el flujo de sangre hacia la placenta y como resultado una relativa hipoxia placentaria (3,9).

La falta de oxígeno en la placenta provoca la liberación de diferentes sustancias que impiden la formación de nuevos vasos sanguíneos, como la tirosina quinasa. Estas sustancias bloquean la actividad de proteínas que promueven el crecimiento vascular y la salud endotelial, como el PIGF (factor de crecimiento placentario) y el VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular). El bloqueo de estas proteínas fundamentales resulta en un mal funcionamiento generalizado del endotelio en la madre. Esto se refleja en una variedad de efectos clínicos y bioquímicos tales como el incremento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos y la activación de la coagulación (3,9).

En un contexto sistémico, la disfunción del endotelio y los daños en los vasos provocan una respuesta inflamatoria intensificada, impulsada por citocinas y otros agentes proinflamatorios. Esta inflamación extendida impactará diversos órganos, como los riñones, el hígado y el sistema nervioso central. En los riñones, por ejemplo, se observa una disminución en la filtración glomerular y un aumento en la permeabilidad capilar, lo cual resulta en proteinuria y en la reducción de la tasa de filtración glomerular. Este fenómeno se asocia a alteraciones en el podocito y a la presencia de depósitos fibrinoides en los glomérulos, lo que causa la aparición de proteinuria significativa, una de las características diagnósticas de la preeclampsia (3,9,12).

En el sistema cardiovascular, la disfunción endotelial y el incremento en la actividad de la angiotensina II generan vasoconstricción, lo que aumenta la resistencia vascular periférica y, consecuentemente, eleva la presión arterial. La activación de los sistemas de coagulación, especialmente el sistema de las plaquetas y el fibrinógeno, producen un estado procoagulante, favoreciendo la formación de microtrombos en la circulación placentaria y en otros órganos maternos, lo cual puede contribuir a complicaciones severas, como el síndrome de HELLP (Hemólisis, Enzimas Hepáticas Elevadas y Plaquetas Bajas) (9,13,14).

En el hígado, se observa una congestión sinusoidal y un aumento en la presión portal, lo que puede resultar en dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen y elevación de las enzimas hepáticas. Además, el daño endotelial puede llevar a hemólisis, una característica observada en el síndrome de HELLP. En el sistema nervioso central, la disfunción vascular aumenta la permeabilidad de la barrera

hematoencefálica, generando edema cerebral. Este edema, en combinación con hipertensión severa, predispone a la aparición de eclampsia, caracterizada por convulsiones maternas (9,12,13).

En resumen, la preeclampsia es una enfermedad sistémica impulsada por una falla en la placentación, que desencadena una respuesta patológica en múltiples sistemas orgánicos a través de la disfunción endotelial, la inflamación exacerbada y un estado procoagulante. Estos mecanismos no solo ponen en riesgo la salud materna sino también la del feto, generando una condición que puede evolucionar rápidamente hacia complicaciones graves si no se maneja de forma adecuada (9).

2.3 Clasificación de preeclampsia

La preeclampsia se agrupa en distintas clases dependiendo de su gravedad y la presencia de complicaciones en la madre, lo que facilita un tratamiento clínico adecuado centrado en minimizar los riesgos para la madre y el bebé. Según los estándares internacionales y adaptado en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la preeclampsia se divide en dos principales categorías: preeclampsia sin indicios de gravedad y preeclampsia que presenta signos graves. Cada categoría tiene en cuenta parámetros clínicos y análisis específicos para realizar un diagnóstico preciso (3).

2.3.1 Preeclampsia sin signos de gravedad

La preeclampsia leve se identifica por la presión arterial elevada posteriormente al periodo de gestación de veinte semanas en adelante. Los criterios para considerar la hipertensión incluyen una cantidad igual o superior de 140 mmHg en la presión sanguínea sistólica o una cantidad igual o superior de 90 mmHg en la diastólica. Esta hipertensión viene acompañada de proteinuria como un indicador importante del daño renal en casos de preeclampsia. Para diagnosticar la proteinuria, se requiere una excreción de proteínas en orina igual o mayor a 300 mg en una muestra de 24 horas o un resultado de +1 o superior en una tira reactiva de orina en muestras aleatorias. En esta categoría, no se presentan alteraciones orgánicas significativas ni complicaciones que sugieran una progresión rápida a una condición más severa. A pesar de esto, es esencial realizar un monitoreo continuo, ya que la

preeclampsia sin signos de gravedad puede progresar rápidamente si no se detectan cambios clínicos o laboratoriales a tiempo(3,15,16).

2.3.2 Preeclampsia con signos de gravedad

La preeclampsia grave es una condición más complicada y peligrosas en la que la presión arterial se elevada significativamente y alcanza valores de presión sistólica iguales o superiores a 160 mmHg o diastólica iguales o superiores a 110 mmHg indicando un daño vascular importante y una disfunción orgánica reflejada en alteraciones multisistémicas. Estos signos incluyen(3,15):

- **Alteraciones neurológicas:** Cefalea intensa que no responde a analgésicos habituales, alteraciones visuales como visión borrosa, escotomas y fotopsias, los cuales sugieren afectación neurológica central y riesgo de progresión a eclampsia. Estos síntomas deben considerarse una emergencia obstétrica.
- **Alteraciones hepáticas:** Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen o en el epigastrio, y elevación de las enzimas hepáticas (AST y ALT). Estos descubrimientos indican que podría haber un problema en el hígado y un riesgo de desarrollar el síndrome de HELLP, cuyo cuadro clínico involucra hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia.
- **Alteraciones hematológicas:** Plaquetopenia, definida como un recuento de plaquetas inferior a 100,000/mm³, lo que indica alteración en la coagulación y produce riesgo de sangrado.
- **Insuficiencia renal:** Elevación de los niveles de creatinina sérica por encima de 1,1 mg/dL o un incremento del doble del nivel basal, lo cual refleja una reducción en la tasa de filtración glomerular, asociada a daño renal progresivo.
- **Edema pulmonar:** La presencia de edema pulmonar o insuficiencia respiratoria indica compromiso en la función cardiovascular, lo cual puede comprometer la oxigenación tanto materna como fetal(13–15).

En el contexto de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cualquier paciente diagnosticada con preeclampsia con signos de

gravedad debe ser hospitalizada para manejo y monitoreo continuo. Se recomienda el uso de antihipertensivos de acción rápida para el control de la presión arterial, además de sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones en aquellas con riesgo de eclampsia. En esta categoría, el único tratamiento curativo definitivo es el parto, por lo cual se evalúa cuidadosamente la madurez fetal y la estabilidad materna para decidir el momento óptimo para finalizar el embarazo, buscando siempre maximizar los beneficios para el binomio madre-hijo(7,15).

Esta clasificación permite un enfoque clínico estructurado y preciso, orientado a reducir las complicaciones asociadas a la preeclampsia y a disminuir la mortalidad materna y perinatal en el Ecuador. Además, facilita la implementación de protocolos de manejo que priorizan el bienestar materno-fetal y promueven un manejo preventivo y oportuno en los casos de mayor riesgo(17).

2.4 Incidencia y prevalencia de la preeclampsia

La preeclampsia es una de las complicaciones hipertensivas más comunes del embarazo, con una prevalencia global que varía entre el 2% y el 8% de todas las gestaciones. Este trastorno afecta de manera desproporcionada a países de ingresos bajos y medios, donde la prevalencia puede alcanzar cifras de hasta el 10% en ciertos contextos. En áreas como América Latina se estima que la preeclampsia afectaría alrededor del 5 al 7 % de los embarazos y constituye una de las principales causas de complicaciones graves tanto para las madres como para los recién nacidos en estos países. A nivel mundial se calcula que la preeclampsia contribuye aproximadamente al 14 % de las muertes maternas, situación que representa un importante riesgo para la salud pública y resalta la importancia de implementar medidas preventivas y estrategias efectivas de tratamiento (3,4).

La preeclampsia también se ve afectada por factores de riesgo específicos como la edad de la madre: las mujeres jóvenes menores de 20 años y las mujeres mayores de 35 años tienen un riesgo más alto en especial en los primeros embarazos. En Ecuador según datos del Ministerio de Salud Pública aproximadamente el 6 % de los embarazos presentan preeclampsia siendo una de las principales causas de

complicaciones durante el embarazo, partos y pospartos. Las adolescentes del sexo femenino suelen tener una alta probabilidad de padecer preeclampsia debido a factores físicos y sociales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar esta condición (3,11,18).

Las estadísticas revelan que, en las mujeres con preeclampsia, existe un riesgo de recurrencia en embarazos posteriores de hasta el 20%, y este riesgo incrementa en aquellas que experimentaron preeclampsia severa o complicaciones asociadas como el síndrome de HELLP o eclampsia. Además, las mujeres con antecedentes de preeclampsia tienen una probabilidad mayor de desarrollar hipertensión crónica y enfermedades cardiovasculares incluso después de terminado el embarazo (6,13).

En cuanto a la mortalidad perinatal causada por la preeclampsia tiene un impactante significativo en países en vías de desarrollo donde la falta de acceso a atención médica oportuna puede empeorar los resultados perinatales. Se estima que alrededor del 20 % de las muertes perinatales son atribuibles a la preeclampsia; además se observan altas tasas de partos prematuros en estas situaciones críticas llegando hasta el 60 % en casos de preeclampsia grave (14).

Estas estadísticas sobre la incidencia y frecuencia no solamente muestran la carga médica asociada a la preeclampsia, sino también su influencia en la salud de las madres y los niños, así como en los recursos de salud pública. En todo el mundo se han adoptado medidas preventivas estándar para disminuir tanto la ocurrencia como la gravedad de la preeclampsia y mejorar los resultados perinatales. Estas estrategias incluyen el monitorear factores de riesgo y la administración de dosis bajas de aspirina en mujeres embarazadas en alto riesgo. Asimismo se enfatiza en el control riguroso de la presión arterial durante el embarazo (6,14).

2.5 Consecuencias y complicaciones de la Preeclampsia

La preeclampsia es una complicación hipertensiva del embarazo que tiene consecuencias significativas para la madre y también para el feto, de manera que es una de las causas principales de morbimortalidad perinatal y materna. Las complicaciones maternas derivadas de la preeclampsia incluyen riesgo de daño en

múltiples órganos y sistemas, como el sistema cardiovascular, renal, hepático y nervioso central, lo cual puede desencadenar una serie de eventos adversos graves(19,20).

En el caso de las mujeres embarazadas, uno de los problemas más graves es la evolución hacia la eclampsia, que consiste en la aparición de convulsiones en el contexto de la preeclampsia. Esta complicación afecta aproximadamente del 2 % al 3 % de las gestantes con preeclampsia severas que no reciben un manejo adecuado y a tiempo. Las convulsiones eclámpicas pueden ocasionar daños neurológicos permanentes y aumentar significativamente el riesgo de mortalidad. La condición de la preeclampsia también puede conducir al desarrollo del síndrome de HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas bajas), que afecta al 10 % al 20 % de las mujeres que padecen una forma severa de preeclampsia. Se caracteriza por la lesión hepática, problemas en la coagulación sanguínea y anemia hemolítica. Existe un riesgo elevado de hemorragias, insuficiencia hepática y hasta desprendimiento de la placenta (3,13,19).

En el ámbito renal de la preeclampsia puede provocar una disminución de la función renal debido a problemas en los vasos sanguíneos y reducción del flujo sanguíneo en los riñones lo que afectaría la capacidad de filtrar adecuadamente los desechos del cuerpo. En casos graves esta disminución podría requerir tratamiento de diálisis y aumentaría el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en los riñones a largo plazo. Además, es común observar acumulación excesiva de líquido en los pulmones causada por retención de líquidos y aumento de la permeabilidad vascular lo que afectaría la función respiratoria y podría ser mortal si no se trata rápidamente. En el ámbito de la salud cardiovascular, la presión arterial persistente y el deterioro del endotelio en general aumentan la probabilidad de enfrentar situaciones como la separación temprana de la placenta, una complicación crítica que se presenta en alrededor del 1 % al 2 % de los embarazos afectados por preeclampsia. Esta condición se relaciona directamente con el riesgo de hemorragias graves, partos prematuros y una alta mortalidad neonatal (19,21).

Para el feto, las complicaciones asociadas a la preeclampsia incluyen un alto riesgo de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), que afecta hasta al 15% de los fetos en casos de preeclampsia grave. La RCIU resulta de una reducción en la

perfusión placentaria que limita el suministro adecuado de oxígeno y nutrientes, lo cual compromete el crecimiento y desarrollo fetal. Los estudios indican que la preeclampsia incrementa el riesgo de parto prematuro, siendo responsable de alrededor del 15% de los nacimientos prematuros a nivel mundial. Los fetos de madres con preeclampsia tienen además un mayor riesgo de desarrollar complicaciones perinatales, como síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrosante, todas ellas asociadas a la prematuridad(20,21).

A largo plazo, se ha identificado que los hijos de madres con preeclampsia pueden presentar mayor susceptibilidad a enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la adultez. Por otra parte, las mujeres que han experimentado preeclampsia enfrentan un riesgo elevado de desarrollar hipertensión crónica y enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida, con estudios que sugieren que este riesgo puede ser hasta cuatro veces mayor en comparación con mujeres que no tuvieron preeclampsia(19–21).

En resumen, la preeclampsia es una condición con consecuencias multisistémicas que afectan tanto a la madre como al feto, y cuyo manejo requiere intervenciones oportunas para minimizar el impacto en la salud a corto y largo plazo. La identificación y seguimiento de mujeres en riesgo, junto con una adecuada intervención perinatal, son esenciales para prevenir las complicaciones severas asociadas a esta enfermedad y mejorar los desenlaces en salud materno-fetal(20,21).

2.6 Modelos de predicción y prevención de preeclampsia

Los modelos de predicción y prevención de la preeclampsia han evolucionado significativamente en las últimas décadas, con el objetivo de identificar tempranamente a las mujeres en riesgo y reducir la incidencia y severidad de esta complicación. Actualmente, existen modelos predictivos basados en factores clínicos, bioquímicos y biofísicos, los cuales permiten calcular el riesgo de desarrollar preeclampsia y guiar estrategias de prevención que mejoran los resultados materno-fetales(22).

2.6.1 Modelos de predicción

Los modelos para predecir la preeclampsia se basan en una combinación de factores de riesgo clínicos y mediciones específicas. Elementos como la edad avanzada de la madre al momento del embarazo primario o el índice de masa corporal elevado se consideran elementos determinantes importantes junto a antecedentes familiares de preeclampsia o condiciones crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus; además de historial previo de preeclampsia en embarazos anteriores. Estos factores de riesgo, aunque útiles, no siempre proporcionan una sensibilidad y especificidad óptimas; por ello, se integran con biomarcadores y pruebas biofísicas para mejorar su precisión(15,22).

Entre los biomarcadores, se destacan los factores angiogénicos, especialmente la relación entre la tirosina quinasa-1 tipo fms soluble (sFlt-1) y el factor de crecimiento placentario (PIGF). Un desequilibrio entre estos dos biomarcadores, con un incremento de sFlt-1 y una disminución de PIGF, es un predictor temprano de preeclampsia, ya que indica disfunción endotelial y daño placentario. Además, el Doppler de las arterias uterinas durante el primer y segundo trimestre permite detectar anomalías en la perfusión placentaria, lo cual sugiere un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, especialmente en mujeres con factores de riesgo preexistentes. En conjunto, estos marcadores se utilizan en varios modelos predictivos, como el Modelo de la Fundación de Medicina Fetal (FMF), ampliamente utilizado en Europa, el cual combina edad materna, antecedentes personales, presión arterial media, Doppler de arterias uterinas y niveles de PAPP-A y PIGF en el primer trimestre para calcular el riesgo de preeclampsia(22,23).

2.6.2 Estrategias de prevención

Para disminuir la probabilidad de preeclampsia en mujeres consideradas de alto riesgo, resulta crucial intervenir tempranamente en el proceso gestacional. Una de las estrategias más recomendadas consiste en el empleo de aspirina en dosificación reducida (entre 75 y 150 mg al día), la cual debe ser administrada antes de las 16 semanas de embarazo y mantenida hasta las 36 semanas. Investigaciones han evidenciado que el consumo de aspirina en dosificaciones bajas reduce significativamente el riesgo de preeclampsia en cerca del 50% en mujeres consideradas de alto riesgo; esto se debe a que mejora la función

endotelial y disminuye la probabilidad de sucesos adversos relacionados a la placentación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras guías internacionales, como las del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), respaldan esta intervención en mujeres con factores de riesgo significativos (17,24).

Además de la aspirina, otros enfoques preventivos incluyen el manejo adecuado del peso antes y durante el embarazo, especialmente en mujeres con obesidad o sobrepeso, ya que el exceso de peso es un factor de riesgo importante para la preeclampsia. En algunos estudios, el suplemento de calcio ha mostrado ser beneficioso para mujeres con ingesta baja de calcio, ya que se ha relacionado con una reducción en la incidencia de preeclampsia al mejorar la vasodilatación y reducir la resistencia vascular. Sin embargo, el uso de calcio como preventivo es principalmente recomendado en contextos de bajo consumo de calcio, como algunos países en desarrollo(17,23).

2.6.3 Programas de seguimiento y monitoreo

Para las mujeres que se consideran en alto riesgo de desarrollar preeclampsia durante el embarazo se recomienda un seguimiento cercano a través de citas prenatales regulares y controles periódicos de la presión arterial y pruebas de laboratorio. Este monitoreo permite detectar tempranamente signos de preeclampsia o su evolución y en ciertos casos una intervención oportuna puede prevenir complicaciones graves. La telemedicina y la utilización de aplicaciones para el monitorear remoto están siendo investigadas como alternativas de seguimiento para mujeres en situaciones de riesgo elevado. Esto facilita un control periódico de la presión arterial y los síntomas desde el hogar, promoviendo un mejor acceso y cumplimiento de las indicaciones médicas (24).

En conclusión, los modelos de predicción y prevención de la preeclampsia están basados en una combinación de factores de riesgo clínicos, biomarcadores y tecnología de diagnóstico avanzado, lo que permite la identificación temprana y el manejo preventivo en mujeres con alto riesgo. La implementación de estos modelos y estrategias en la práctica clínica es crucial para reducir la incidencia y las complicaciones asociadas a la preeclampsia, mejorando así los desenlaces de salud materno-infantil a nivel global(22).

2.7 Intervenciones y manejo de preeclampsia

La atención de la preeclampsia se enfoca en regular la presión arterial de la madre y evitar complicaciones graves; también se considera el momento adecuado para finalizar el embarazo teniendo en cuenta la salud tanto de la madre como del feto. Las medidas y el tratamiento varían dependiendo de la gravedad de la preeclampsia y la etapa del embarazo siguiendo directrices nacionales y internacionales. En Ecuador, Proporciona directrices específicas para el manejo y seguimiento de mujeres embarazadas afectadas por preeclampsia en aras de reducir al mínimo los riesgos tanto para la madre como para el feto (17).

2.7.1 Manejo de la Preeclampsia sin Signos de Gravedad

En situaciones de preeclampsia leve o sin signos de gravedad, se prioriza el control de la presión arterial de forma ambulatoria y la revisión periódica de indicios y síntomas que puedan señalar un empeoramiento del cuadro clínico. Las pacientes deben ser evaluadas semanalmente para monitorear la presión arterial, realizar pruebas de laboratorio (función renal y hepática, recuento de plaquetas) y monitorear el crecimiento y bienestar fetal mediante ecografía. En este contexto, se recomienda mantener la presión arterial materna por debajo de los 140/90 mmHg, pero sin iniciar antihipertensivos de rutina en ausencia de hipertensión severa(7,16).

2.7.2 Manejo de la Preeclampsia con Signos de Gravedad

Para los casos de preeclampsia con signos de gravedad, el manejo es más agresivo y generalmente requiere hospitalización. El objetivo es estabilizar la presión arterial y prevenir la progresión a eclampsia. La presión arterial debe mantenerse entre 140-160 mmHg de sistólica y 90-110 mmHg de diastólica para reducir el riesgo de eventos cerebrovasculares(15,16).

2.7.3 Medicamentos Antihipertensivos

En Ecuador, el MSP recomienda el uso de antihipertensivos de acción rápida para controlar la hipertensión severa en la preeclampsia. Entre los medicamentos comúnmente utilizados se incluyen:

- **Labetalol:** Es un medicamento de primera línea recomendado para el manejo de la hipertensión severa en preeclampsia. Se administra por vía oral o intravenosa. La dosis inicial de 20 mg intravenosa, la cual puede aumentarse hasta alcanzar un control adecuado de la presión.
- **Hidralazina:** Otro antihipertensivo de uso rutinario, especialmente cuando el labetalol no está disponible. Se administra por vía intravenosa en dosis de 5-10 mg, repetida cada 20-30 minutos según la respuesta. La hidralazina ayuda a reducir la resistencia vascular periférica y controlar la presión sin comprometer significativamente el flujo uteroplacentario.
- **Nifedipino:** En algunas situaciones, el nifedipino de liberación rápida puede ser una opción alternativa. Se utiliza en dosis de 10 mg, que puede repetirse cada 30 minutos hasta obtener el control de la presión(7,10).

2.7.4 Prevención de eclampsia

Para evitar convulsiones en mujeres que sufren de preeclampsia grave, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador recomienda el uso de sulfato de magnesio como tratamiento principal. El procedimiento consistente en una dosificación inicial de 4 a 6 gramos administrados por vía intravenosa en un intervalo de tiempo de 15 a 20 minutos, seguido por una dosificación de mantenimiento de 1 a 2 gramos por hora. El sulfato de magnesio se muestra efectivo para prevenir la eclampsia y disminuir el riesgo de anomalías neurológicas en la madre. Durante su administración, es esencial monitorear signos de toxicidad, como disminución de los reflejos osteotendinosos y la frecuencia respiratoria, ya que puede producirse toxicidad por magnesio si no se ajustan las dosis adecuadamente (7,10,16).

2.7.5 Monitorización fetal y planificación del parto

En el contexto de preeclampsia con signos de gravedad, la salud fetal debe ser monitoreada mediante pruebas de bienestar fetal, como la cardiotocografía, ecografía Doppler de arterias uterinas, y medición de líquido amniótico. Si el embarazo ha alcanzado las 34 semanas o si hay signos de deterioro materno o fetal, se recomienda la finalización del embarazo mediante inducción o cesárea, según la condición obstétrica de la paciente y las condiciones fetales (10,25).

Para los embarazos antes de las 34 semanas, el MSP recomienda la administración de corticosteroides (como betametasona) para favorecer la maduración pulmonar fetal en caso de que se prevea un parto prematuro. La decisión de finalizar el embarazo debe ser cuidadosamente balanceada, sopesando los beneficios de prolongar la gestación con el riesgo de complicaciones maternas graves(10,25).

2.7.6 Cuidados Posteriores al Parto

Después del parto, la vigilancia de la presión arterial debe continuar, ya que algunas mujeres pueden seguir con hipertensión o incluso desarrollarla en el posparto inmediato. En este periodo, el MSP indica que se mantenga la administración de antihipertensivos y la monitorización de los parámetros clínicos y de laboratorio hasta la estabilización de la presión arterial y la resolución completa de los síntomas. Además, en el seguimiento a largo plazo, se recomienda educar a las pacientes sobre el riesgo de desarrollar hipertensión crónica y enfermedades cardiovasculares, ya que estas condiciones son más comunes en mujeres que han tenido preeclampsia(10,26).

En resumen, el manejo de la preeclampsia en Ecuador, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, sigue un enfoque estructurado basado en la gravedad de la enfermedad y la estabilidad materno-fetal. El reconocimiento y control precoz de la preeclampsia y el uso correcta de fármacos y seguimiento son esenciales para evitar problemas graves y favorecer resultados positivos en madres e hijos (10).

2.8 Impacto psicológico y social de la preeclampsia en mujeres jóvenes

Los efectos psicológicos y sociales de la preeclampsia en mujeres jóvenes son profundos y variados; esta complicación del embarazo no solo afecta su salud física sino también su bienestar emocional y sus interacciones sociales. La preeclampsia generalmente aparece de repente y recibir un diagnóstico de una afección potencialmente grave puede generar altos niveles de ansiedad, estrés y temor en las pacientes. Las mujeres jóvenes que pueden tener menos experiencia y conocimiento sobre las complicaciones del embarazo suelen experimentar un

impacto emocional más intenso al ser diagnosticadas. La situación podría complicarse aún más debido a la dificultad de lidiar con un embarazo de alto riesgo. Esto puede causar una carga emocional importante y provocar sentimientos de incertidumbre y preocupación tanto por la salud de la misma gestante como por la del feto (27).

La internación y las recomendaciones de limitar la actividad a menudo restringen la habilidad de la mujer para mantener su rutina cotidiana, lo que puede provocar sentimientos de soledad y desaliento. La incapacidad de participar en actividades habituales y cumplir responsabilidades laborales o académicas puede resultar en una pérdida de autonomía y una percepción negativa de uno mismo, impactando su confianza y autoestima. Este aislamiento social afecta especialmente a las mujeres jóvenes que suelen estar en una etapa de sus vidas donde la interacción social y el desarrollo personal a través de distintas actividades son importantes (27,28).

Adicionalmente, la preeclampsia requiere de un seguimiento constante que en algunos casos puede generar la necesidad de estar hospitalizada durante períodos prolongados. Esta situación que podría resultar en dificultades económicas para aquellas mujeres que no cuentan con estabilidad financiera o que dependan de sus familiares o parejas para solventar sus gastos. Las limitaciones económicas, sumadas a la preocupación sobre los costos relacionados a la atención médica requerida en los tratamientos necesarios, pueden aumentar considerablemente el nivel de ansiedad y presión emocional para estas mujeres. En situaciones en las que las familias tienen recursos económicos limitados, la presión financiera puede afectar las relaciones familiares y dar lugar a conflictos o necesidades que reducen el apoyo emocional disponible (23).

En cuanto a la dimensión social de las cosas la preeclampsia puede repercutir de forma significativa en las conexiones interpersonales también causando alteraciones en la dinámica de pareja de las mujeres jóvenes; sus parejas suelen experimentar ansiedad e inquietud por la salud tanto de la madre como del futuro hijo/a. La falta de comprensión o de apoyo en la pareja puede intensificar los sentimientos de soledad y angustia en la mujer, afectando la comunicación y creando un ambiente de tensión. Las relaciones con amigos y familiares también

pueden verse afectadas, ya que algunos pueden no comprender la gravedad de la situación, minimizando el impacto emocional y físico de la preeclampsia en la vida diaria de la paciente(23,27,28).

Además, el impactante efectos emocionales de la preeclampsia no siempre se desvanecen una vez finalizado el parto. Investigaciones han puesto de manifiesto que las mujeres que sufren preeclampsia tienen un mayor riesgo de padecer depresión postparto y ansiedad a largo plazo, ya que el estrés vivido durante un embarazo complicado puede tener efectos psicológicos duraderos. Las vivencias de traumas miedo y ansiedad durante todo el transcurso del proceso enfermedad pueden repercutir en el vínculo materno-fetal, dificultando la adaptación al rol materno y generando temor hacia futuros embarazo. Estos impactos resaltan la importancia de abordar la salud de manera integral al brindar asistencia psicológica durante y después del embarazo. Esto contribuirá a que las mujeres jóvenes enfrenten los desafíos emocionales y sociales relacionados con preeclampsia y fomenten su bienestar a largo plazo (27).

2.9 Revisión de estudios similares en el contexto nacional y local

La revisión de investigaciones previas relacionadas a la preeclampsia a nivel nacional y local muestra información relevante que contribuye a una mejor comprensión de la prevalencia y características de esta condición en Ecuador. Diversos estudios realizados a nivel nacional han analizado la frecuencia y los factores de riesgo vinculados a la preeclampsia en distintas zonas del país, lo cual ofrece una perspectiva valiosa para entender su impacto en la salud materno-infantil y orientar acciones adecuadas en las comunidades más afectadas (21).

Según estudios realizados en hospitales de renombre en Ecuador en cuanto a incidencia se refiere se estima que la preeclampsia afecta alrededor del 6 al 8 % de los embarazos; estas cifras están en concordancia a las tasas observadas en otros países de América Latina. Asimismo, junto a la eclampsia es una de las principales razones del fallecimiento materno representando aproximadamente el 28 % de todas las causantes. Sin embargo, la incidencia puede variar sustancialmente entre las distintas zonas del país debido a factores como el acceso a servicios de salud;

nivel socio-económico; así como diferencias en los perfiles de riesgo de mujeres embarazadas. En zonas rurales o de difícil acceso se observan tasas más elevadas de preeclampsia en parte por la menor frecuencia de controles prenatales y la limitada disponibilidad de atención médica especializada. Esta circunstancia subraya la importancia de implementar medidas preventivas y de control personalizadas en función de las particularidades de cada área (4).

Un estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito, uno de los centros de atención materna más importantes del país, identificó que los principales factores de riesgo para desarrollar preeclampsia incluyen la primiparidad, antecedentes familiares de hipertensión, y condiciones médicas preexistentes como la obesidad y la diabetes. Este estudio también resaltó la elevada vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y mayores, en concordancia con datos a nivel internacional. Identificar estos elementos resulta crucial para implementar programas de detección precoz y seguimiento en grupos de riesgo (29).

Otra investigación relevante realizada en el contexto de la provincia del Guayas mostró que la preeclampsia es una de las principales causas de hospitalización en el tercer trimestre de embarazo, y está relacionada con altas tasas de complicaciones como el parto prematuro y la restricción del crecimiento intrauterino. Este estudio destacó la importancia de la administración de aspirina en dosis bajas como una medida profiláctica para reducir el riesgo de preeclampsia en mujeres de alto riesgo, lo cual ha sido promovido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en sus guías de manejo de preeclampsia(21).

En entornos locales como hospitales en provincias como Manabí y Los Ríos se han llevado a cabo investigaciones a pequeña escala que han encontrado dificultades particulares en el tratamiento de la preeclampsia: por ejemplo, la escasez de suministros médicos fundamentales y equipos de monitoreo y también la falta de personal especializado sobre todo en áreas rurales. Estos estudios indican que pese a contar con protocolos de manejo and prevención establecidos de antemano, su implementación puede verse influenciada por las limitaciones en recursos disponibles and las disparidades en la infraestructura sanitaria. Esto resalta la

importancia de fortalecer el sistema de salud en estas áreas para garantizar una atención de calidad and prevenir resultados adversos (18).

Los estudios locales también señalan un impacto significativo en la salud perinatal. Se ha observado que la preeclampsia contribuye a una alta tasa de mortalidad perinatal en el país, siendo responsable de aproximadamente el 10% de los nacimientos prematuros y del 15% de los casos de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) en contextos hospitalarios estudiados. Esto refleja la necesidad urgente de implementar estrategias efectivas de prevención y manejo, no solo a nivel hospitalario, sino también en la atención primaria para detectar y tratar la preeclampsia de manera temprana(30).

En conclusión, la revisión de estudios nacionales y locales sobre la preeclampsia en Ecuador revela patrones consistentes en factores de riesgo, prevalencia y complicaciones, así como desafíos específicos que enfrenta el sistema de salud para el manejo de esta condición. Estos hallazgos destacan la importancia de un enfoque integral que considere las diferencias regionales y fortalezca los servicios de salud materna, para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la preeclampsia y mejorar los desenlaces de salud materno-infantil en el país.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

El estudio actual se llevó a cabo utilizando un enfoque cuantitativo observacional

3.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación es observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

3.3 Población de estudio y muestra

Gestantes de 15 a 25 años con diagnóstico de preeclampsia del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el período de enero a diciembre del año 2024.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con historia clínica completa
- Pacientes con diagnóstico definitivo de preeclampsia

3.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de preeclampsia en menos de 18 SG
- Pacientes en las que se desconozcan su datos sociodemográficos
- Pacientes en las que se desconozcan sus antecedentes personales y familiares.
- Embarazos gemelares

3.3.3 Cálculo del tamaño de la muestra

La cantidad de individuos que conforman la población es de 1812 pacientes en total. Por consiguiente y considerando una investigación que requiera un nivel de confianza del 95%, junto a un margen de error del 5%, sería necesario contar como un mínimo 318 pacientes en la muestra.

3.3.4 Método de muestreo

En esta investigación se utilizó un método de muestreo sistemático aleatorizado para que todos las pacientes embarazadas entre 15 a 25 años tuvieran igual oportunidad de ser seleccionados para el estudio.

3.4 Método de recogida de datos

Los datos fueron recopilados mediante revisión de registros médicos de enero a diciembre del año 2024 del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.

3.5 Operacionalización de las variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	Resultado
Grupo etario	Grupo etario	Categórica ordinal politómica	- 15 – 18 años - 19 – 20 años - 21 – 25 años
Semana de embarazo	Semana de embarazo en la que se diagnosticó preeclampsia	Categórica ordinal dicotómica	- 18 – 26 SG - 27 – 42 SG
Lugar de residencia	Tipo de lugar donde reside la paciente	Categórica nominal politómica	- Urbano - Urbano marginal - Rural
Peso	Peso medido en kg	Numérica de razón continua	- Peso en kg
Estado nutricional	Estado nutricional determinado por el IMC	Categórica nominal politómica	- Peso normal - Sobrepeso - Obesidad
Hábito tabáquico	Presencia de hábito tabáquico	Categórica nominal dicotómica	- SI - NO

Hábito alcohólico	Presencia de hábito alcohólico	Categórica nominal dicotómica	- SI - NO
Consumo de sustancias sujetas a fiscalización	Presencia de consumo de sustancias sujetas a fiscalización	Categórica nominal dicotómica	- SI - NO
Antecedentes familiares de preeclampsia	Madre o hermana con antecedentes de preeclampsia	Categórica nominal dicotómica	- SI - NO
Gravidez	Cantidad de veces en las que la paciente ha estado embarazada	Categórica nominal dicotómica	- Nuligesta - Primigesta - Multigesta
Antecedente de aborto	Antecedente gineco- obstétrico personal de abortos previos	Categórica nominal dicotómica	- SI - NO
Antecedente de nacidos muertos	Antecedente gineco- obstétrico personal de hijos nacidos muertos	Categórica nominal dicotómica	- SI - NO

3.6 Procesamiento de datos

Los datos recabados a través de los historiales clínicos se consolidaron en una hoja de cálculo de Excel versión Microsoft 365 para Windows. Luego, los datos fueron registrados en el software IBM SPSS Statistics 21 para realizar las tablas y gráficos. Esta aplicación también fue utilizada para llevar a cabo el análisis estadístico.

3.7 Estrategia de análisis estadístico

Se empleó estadística descriptiva, incluyendo frecuencias y porcentajes, para detallar la distribución por grupo etario, semanas de embarazo, la distribución sociodemográfica, además del estado nutricional y los factores de riesgo asociados

a la presencia de preeclampsia en embarazadas. Se usó la siguiente fórmula para calcular la incidencia de preeclampsia en embarazadas con de 15 a 25 años:

$$\frac{\text{Embarazadas de 15 a 25 años con preeclampsia}}{\text{Embarazadas de 15 a 25 años}} \times 10$$

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Representación estadística de resultados

Gráfico 1 Flujograma de inclusión de pacientes



El tamaño de la muestra esperado fue de 318 pacientes. La población de pacientes que recibieron atención obstétrica en el Hospital Liborio Panchana de enero a diciembre de 2024 fue de 1812 pacientes, de los cuales 520 pacientes estaban fuera del rango de edad. 1292 embarazadas estaban dentro del rango de edad, de las cuales se descartó 8 pacientes por cursar con un embarazo gemelar. Adicionalmente, 779 fueron descartadas por historia clínica incompleta. De manera

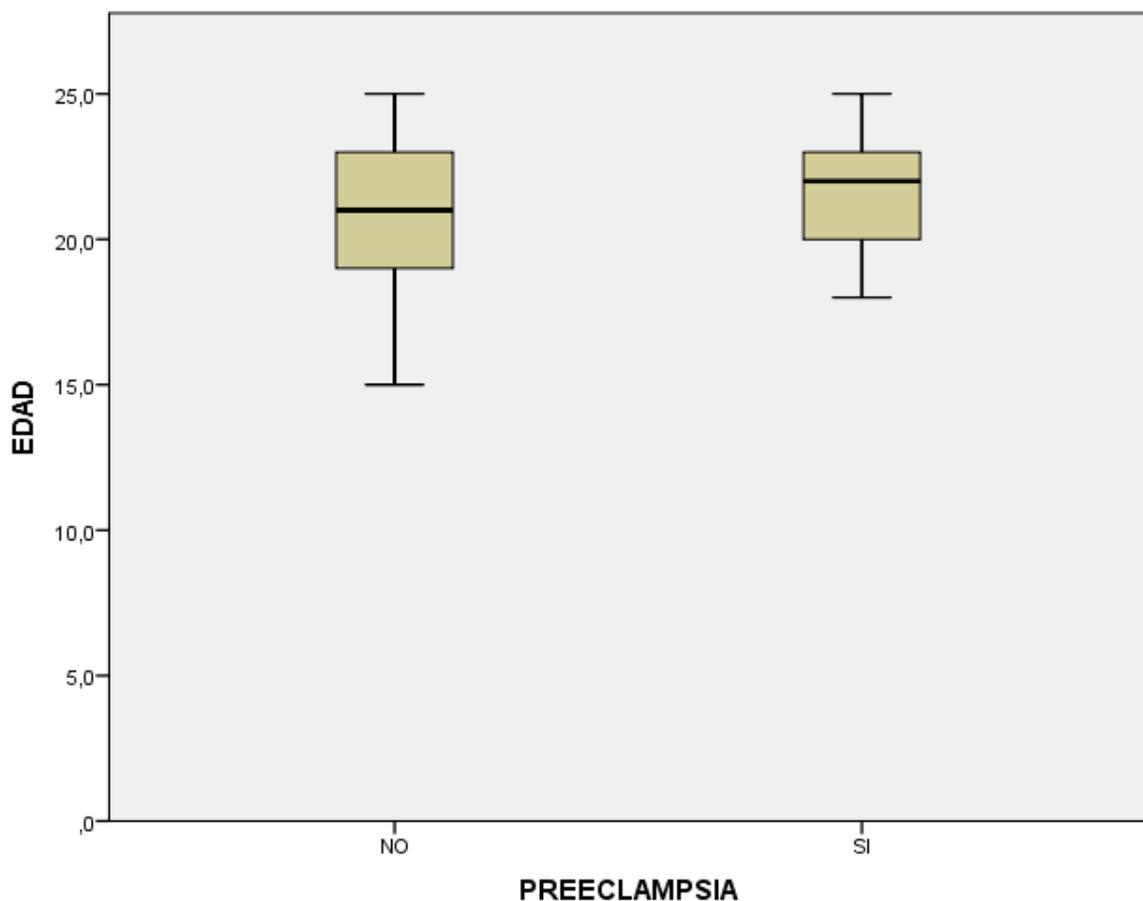
que la muestra final consistió en 505 embarazadas, de las cuales 30 cursaron con preeclampsia. En este sentido, la prevalencia de preeclampsia en la muestra fue de 5,9% (Véase Gráfico 1).

Tabla 2 Descripción de las variables sociodemográficas en relación con la presencia o no de preeclampsia

	Presencia de preeclampsia				χ^2 p-value
	No (n = 475)		Si (n = 30)		
	n	%	n	%	
Grupo etario					0,236
15 – 18 años	90	97,8%	2	2,2%	
19 – 20 años	91	92,9%	7	7,1%	
21 – 25 años	294	93,3%	21	6,7%	
Estado civil					0,727
Casada	51	96,2%	2	3,8%	
Soltera	345	94,0%	22	6,0%	
Unión Libre	79	92,9%	6	7,1%	
Seguro social					0,358
Seguro campesino	13	100%	0	0%	
Seguro general	14	87,5%	2	12,5%	
No aporta	448	94,1%	28	5,9%	
Etnia					0,000
Blanco	1	100%	0	0%	
Mestizo	474	94,2%	29	5,8%	
Negro	0	0%	1	100%	
Nacionalidad					0,374
Ecuatoriana	468	94,2%	29	5,8%	
Venezolana	4	80,0%	1	20,0%	
Colombiana	3	100%	0	0%	
Nivel de instrucción					0,011
Ninguna	14	82,4%	3	17,6%	
Básica	34	89,5%	4	10,5%	
Primaria	78	91,8%	7	8,2%	
Secundaria	324	96,4%	12	3,6%	
Tercer nivel	25	86,2%	4	13,8%	
Lugar de residencia					0,291
Rural	116	96,7%	4	3,3%	
Urbano	253	92,7%	20	7,3%	
Urbano marginal	106	94,6%	6	5,4%	

Con respecto a las variables sociodemográficas, la edad promedio de la muestra fue 21 ± 3 años. Al clasificar las edades por grupo etario se encontró que fue más prevalente las edades entre 21 y 25 años, sin embargo, el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia fue el de 19 a 20 años. Sin embargo, el estudio de chi cuadrado reveló que no existe asociación estadísticamente significativa entre el grupo etario y la preeclampsia con un p-value de 0,236. Adicionalmente, el diagrama de cajas y bigotes denota una distribución más homogénea en el grupo sin preeclampsia (*Tabla 2 y Gráfico 2*).

Gráfico 2 Diagrama de cajas y bigotes de la distribución de edades según la presencia o no de preeclampsia

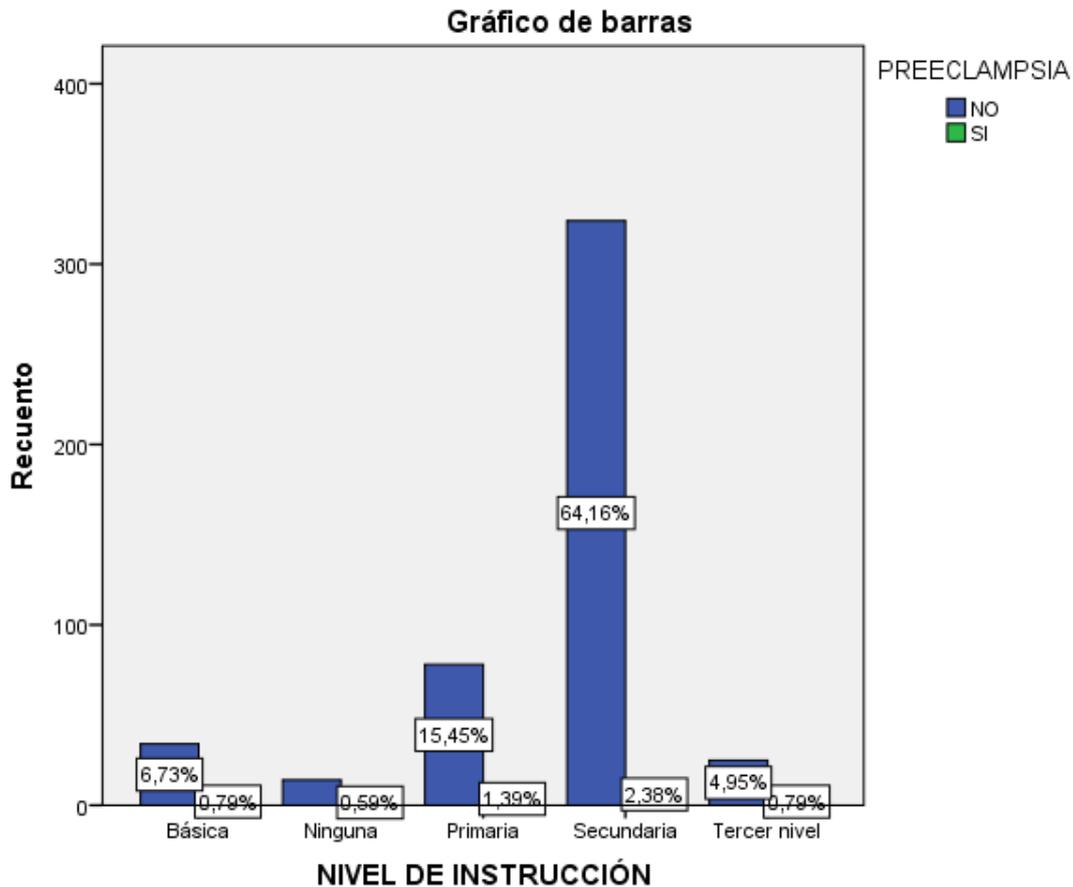


En relación con el estado civil fue más frecuente el estado soltera, que se distribuyó en 94,0% (n=345) sin preeclampsia y 6,0% (n=22) con preeclampsia. No obstante, el grupo con mayor frecuencia de preeclampsia fue el de unión libre con 7,1%. El análisis inferencial reveló que no existe asociación entre estas variables (p-value 0,727). Además, con relación a la distribución del seguro social, fueron más

frecuente las pacientes que no aportaban, en cuyo grupo se presentó 5,9% de preeclampsia (n=28). Sin embargo, la prevalencia fue mayor en el grupo con seguro general de las cuales el 12,5% presentó preeclampsia (n=2). El p-value del análisis de estas variables resultó en 0,358 lo que implica que no existe relación estadísticamente significativa entre el seguro social y la preeclampsia (*Véase Tabla 2*).

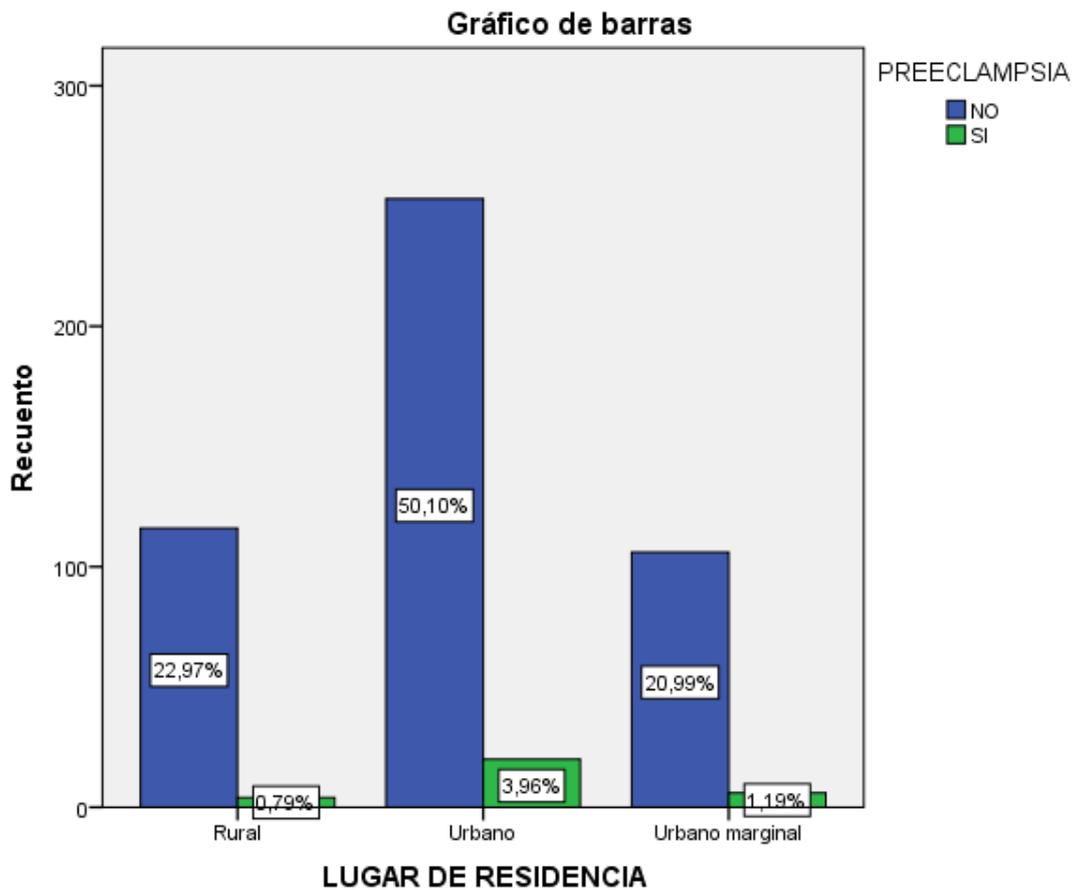
Por su lado, en cuanto a etnia lo más frecuente fue el mestizo, con una distribución de 94,2% sin preeclampsia y 5,8% con preeclampsia. Sin embargo, el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia fue la etnia negra con un 100% (n=1). El p-value resultó 0,000 lo que significa que existe relación estadísticamente significativa entre la etnia y la preeclampsia. Además, la nacionalidad más frecuente fue la ecuatoriana con distribución de 94,2% (n=468) sin preeclampsia y 5,8% (n=29) con preeclampsia. No obstante, de 5 embarazadas de nacionalidad venezolana atendidas, 1 embarazada presentó preeclampsia lo que representa el 20% de este grupo. El análisis inferencial reveló que no existe asociación estadísticamente significativa entre estas variables con un p-value de 0,374 (*Véase Tabla 2*).

Gráfico 3 Diagrama de barras de distribución de nivel de instrucción según presencia o no de preeclampsia



Por otro lado, en cuanto al nivel de instrucción lo más frecuente fue la secundaria con una distribución de 96,4% (n=324) sin preeclampsia y 3,6% (n=12) con preeclampsia. Sin embargo, el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia fue aquellos sin instrucción, en el cual 3 de 14 mujeres debutaron con esta patología representando el 17,6%. El grupo más frecuente fue el de embarazadas con secundaria sin preeclampsia con un 64,16%. El análisis de chi cuadrado resultó en un p-value de 0,011, lo que implica que existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y la preeclampsia (Véase *Tabla 2 y Gráfico 3*).

Gráfico 4 Diagrama de barras de distribución del lugar de residencia según la presencia o no de preeclampsia.



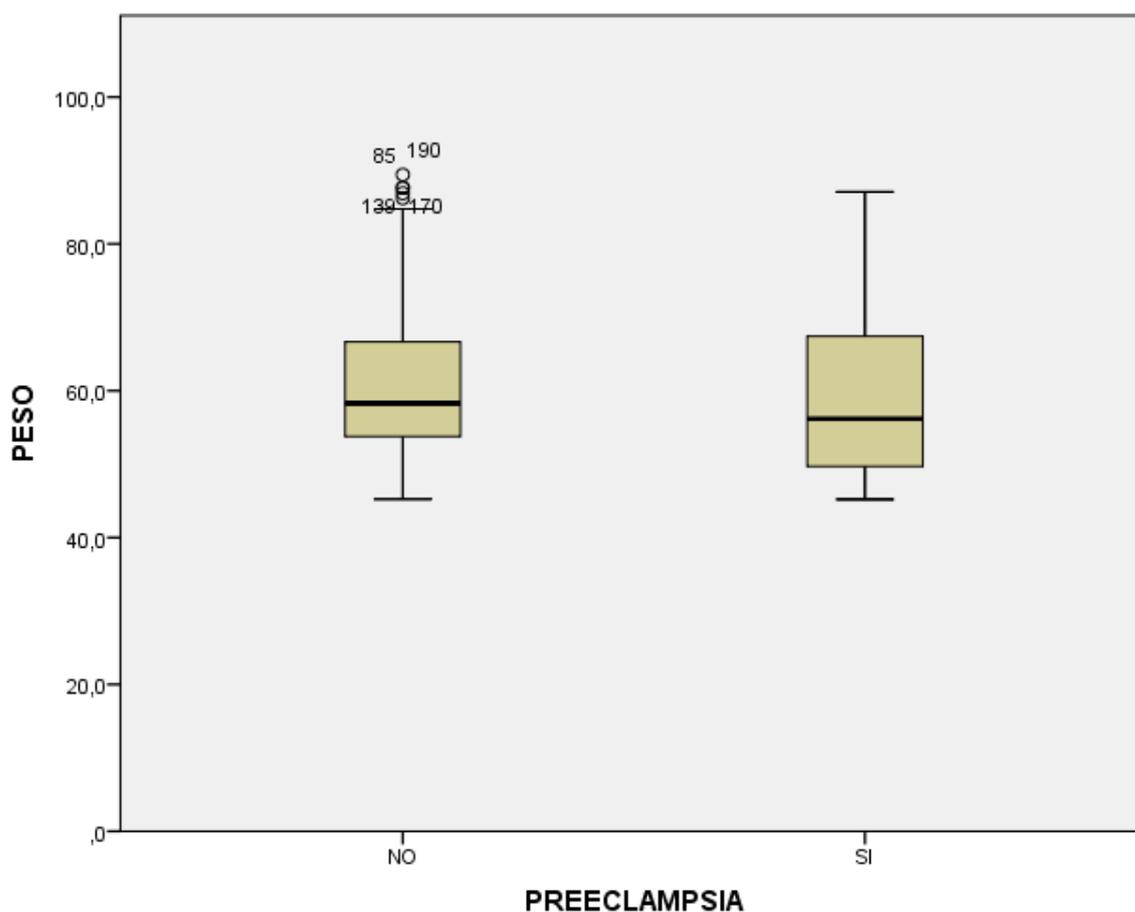
En relación con el lugar de residencia fue más frecuente el urbano con 273 pacientes distribuidos en 92,7% (n=253) sin preeclampsia y 7,3% (n=20) con preeclampsia. Este también fue el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia. El grupo más frecuente fue el de residencia urbana sin preeclampsia con 50,10%. El p-value resultó 0,291, lo que significa que no existe relación entre las variables (Véase Tabla 2 y Gráfico 4).

Tabla 3 Descripción de antecedentes en relación con la presencia o no de preeclampsia

	Presencia de preeclampsia				χ^2 <i>p-value</i>
	No (n = 475)		Si (n = 30)		
	N	%	n	%	
Estado nutricional					0,356
Peso normal	312	93,7%	21	6,3%	
Sobrepeso	125	96,2%	5	3,8%	
Obesidad	38	90,5%	4	9,5%	
Hábito tabáquico					0,347
No	469	94,2%	29	5,8%	
Si	6	85,7%	1	14,3%	
Hábito alcohólico					0,992
No	459	94,1%	29	5,9%	
Si	16	94,1%	1	5,9%	
Consumo de drogas					0,181
No	471	94,2%	29	5,8%	
Si	4	80,0%	1	20,0%	
APF preeclampsia					0,404
No	420	94,4%	25	5,6%	
Si	55	91,7%	5	8,3%	

Por otro lado, el peso corporal promedio de la muestra fue de $60,36 \pm 9,49$ kg con un mínimo de 45,2 kg y un máximo de 89,4 kg. El diagrama de cajas y bigotes para el peso refleja datos heterogéneos tanto para el grupo con preeclampsia como para el sin preeclampsia, sin embargo, en el grupo sin preeclampsia existen 4 datos aberrantes (Véase Gráfico 5)

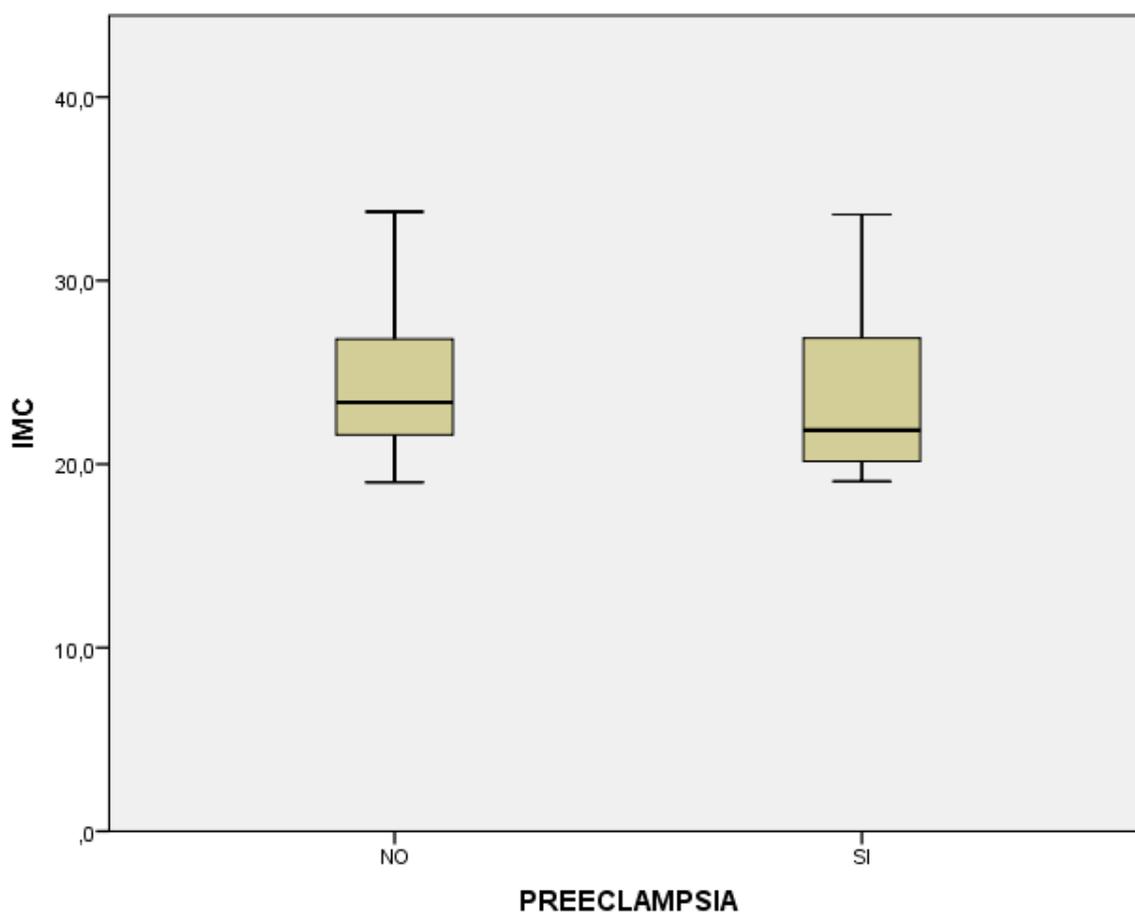
Gráfico 5 Diagrama de caja y bigotes acerca de la distribución de peso según la presencia o no de preeclampsia.



También se analizó el índice de masa corporal, encontrando una media de $24,18 \pm 3,63 \text{ kg/m}^2$ con un mínimo de $19,01 \text{ kg/m}^2$ (peso normal) y un máximo de $33,75 \text{ kg/m}^2$ (obesidad). El diagrama de cajas y bigotes para el IMC reveló una tendencia hacia los valores más bajos, pero se mantuvo heterogéneo para ambos grupos (Véase Gráfico 6).

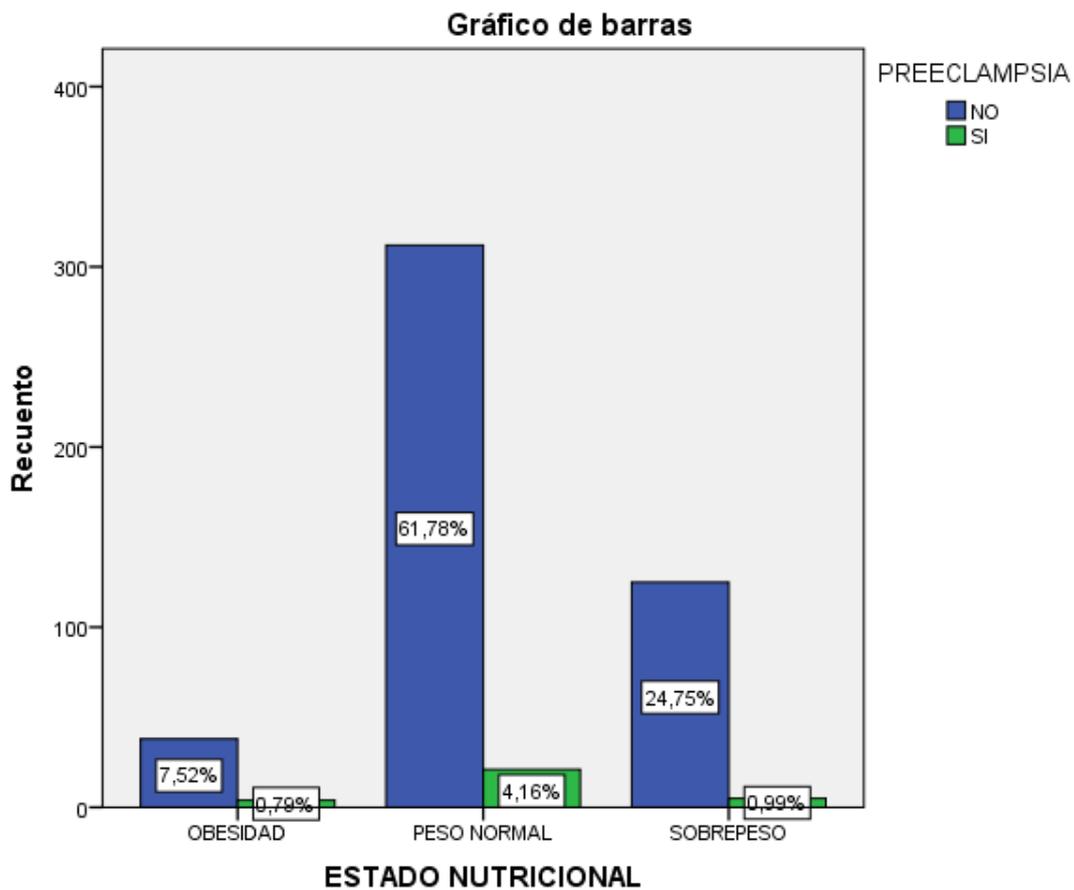
La clasificación del IMC reveló que más frecuente fue el peso normal con una distribución de 93,7% para el grupo sin preeclampsia y 6,3% para el grupo con preeclampsia. Sin embargo, la mayor prevalencia de preeclampsia se dio en el grupo con obesidad (9,5%; $n=4$). El grupo más frecuente fue el de peso normal sin preeclampsia con 61,78%. El análisis inferencial reveló un p-value de 0,356, lo que implica que no existe relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y la presencia o no de preeclampsia (Véase Tabla 3 y Gráfico 7).

Gráfico 6 Diagrama de cajas y bigotes acerca de la distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) según la presencia o no de preeclampsia.



Por otra parte, lo más frecuente fue la ausencia de hábito tabáquico, sin embargo, en el grupo de embarazadas que tenían este hábito, 85,7% (n=6) no tuvieron preeclampsia y 14,3% (n=1) tuvieron preeclampsia. El estudio de chi cuadrado reveló que no existe relación estadísticamente significativa con un p-value de 0,992. También, con el hábito alcohólico fue más frecuente el no consumo, pero del grupo que si tenían este hábito 94,1% no tenían preeclampsia y 5,9% si debutaron con esta patología. El análisis inferencial tampoco reveló relación entre esta variable y la presencia o no de preeclampsia (p-value 0,992). En relación con el consumo de drogas, lo más frecuente fue el no consumo. No obstante, 5 mujeres si presentaban este consumo, de las cuales 5,9% presentaron preeclampsia igual que en el grupo de no consumo. Se obtuvo un p-value de 0,181, por lo tanto, no existe relación estadísticamente significativa entre esta variable y la preeclampsia. (Véase *Tabla 3*).

Gráfico 7 Diagrama de barras acerca de la distribución del estado nutricional según la presencia o no de preeclampsia.



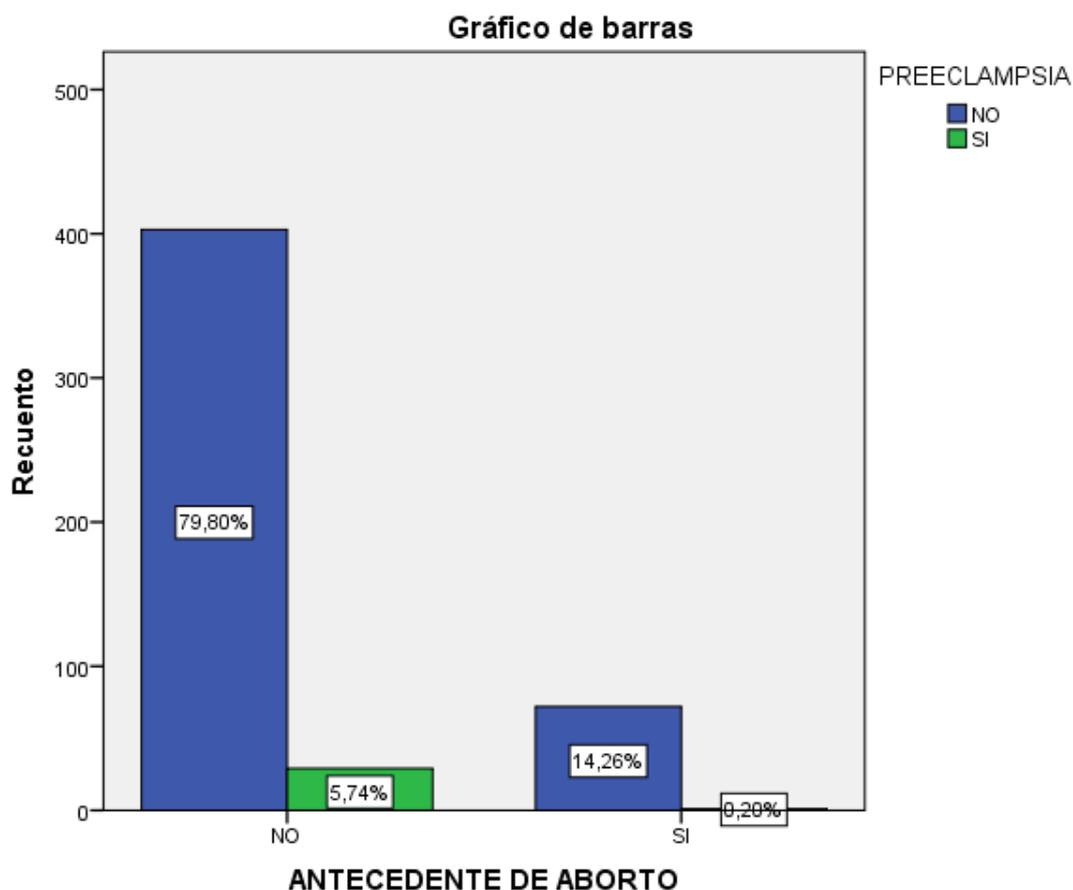
Adicionalmente, en cuanto a los antecedentes patológicos familiares de preeclampsia lo más frecuente fue la ausencia de este factor de riesgo, sin embargo 60 mujeres si lo presentaron, distribuyéndose 91,7% (n=55) al grupo de no preeclampsia y 8,3% (n=5) al grupo de preeclampsia. De manera, que la preeclampsia fue más frecuente en embarazadas con APF de preeclampsia. No obstante, el p-value no reveló asociación entre estas variables (0,404) (Véase Tabla 3).

En cuanto a los antecedentes obstétricos, el grupo más frecuente fue el de multigesta con 274 pacientes que se distribuyeron 94,5% (n=258) sin preeclampsia y el 5,5% (n=15) con preeclampsia. Sin embargo, el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia fue el de primigestas con 6,6%. El análisis de chi cuadrado reveló un p-value de 0,743, lo que significa que no se halló relación estadísticamente significativa entre estas variables (Véase Tabla 4).

Tabla 4 Descripción de antecedentes obstétricos en relación con la presencia o no de preeclampsia

	Presencia de preeclampsia				χ^2 <i>p-value</i>
	No (n = 475)		Si (n = 30)		
	n	%	n	%	
Gravidez previa					0,743
Nuligesta	5	100%	0	0%	
Primigesta	212	93,4%	15	6,6%	
Multigesta	258	94,5%	15	5,5%	
Antecedente de aborto					0,074
No	403	93,3%	29	6,7%	
Si	72	98,6%	1	1,4%	
Antecedente de nacidos muertos					0,292
No	458	93,9%	30	6,1%	
Si	17	100%	0	0,0%	
Semanas de embarazo al diagnóstico					0,847
18 – 26 SG	13	92,9%	1	7,1%	
27 – 42 SG	462	94,1%	29	5,9%	
Tipo de parto					0,841
Cesárea	150	93,8%	10	6,3%	
Normal	325	94,2%	20	5,8%	

Gráfico 8 Diagrama de barras para distribución de antecedentes de aborto según la presencia o no de preeclampsia.



Por su lado, en cuanto al antecedente de aborto fue más frecuente la ausencia de este factor de riesgo. Del grupo con antecedente de aborto 98,6% no presentó preeclampsia y 1,4% presentó preeclampsia. Además, 6,7% del grupo sin antecedente de aborto presentó preeclampsia. El grupo más frecuente fue el de sin preeclampsia sin antecedente de aborto con 79,80%. El análisis inferencial reveló un p-value de 0,074, lo que implica que no existe relación estadísticamente significativa entre esta variable y la preeclampsia (Véase Tabla 3 y Gráfico 8).

Igualmente, el análisis del antecedente de hijos nacidos muertos reveló que más frecuente era la ausencia de este factor de riesgo, el cual 93,9% (n=458) no tenían preeclampsia y 6,1% (n=30) tenían preeclampsia. No hubo ninguna paciente con antecedente de nacidos muertos que haya debutado con preeclampsia. El p-value resultó en 0,292, por lo tanto, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables (Véase Tabla 4).

La media de la semana de gestación al debut de preeclampsia fue $37,5 \pm 3$ SG con un mínimo de 19 SG y un máximo de 42 SG. En relación con las semanas de embarazo al diagnóstico el grupo con mayor porcentaje de preeclampsia fue el de las 18 a 26 SG con 7,1%, mientras que el grupo de 27 a 42 SG tuvo 5,9%. El análisis inferencial reveló que no existe asociación estadísticamente significativa entre esta variable y la presencia o no de preeclampsia (Véase *Tabla 4*).

Finalmente, con respecto al tipo de parto lo más frecuente fue el parto vaginal, con una distribución de 94,2% (n=325) para las embarazadas sin preeclampsia y 5,8% (n=20) para las embarazadas con preeclampsia. Del grupo con cesárea, 93,8% no tuvieron preeclampsia y 6,3% si presentaron esta patología, por lo cual la preeclampsia tuvo mayor prevalencia en el grupo de cesárea. En el estudio de chi cuadrado se obtuvo un p-value de 0,841, por lo tanto, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y la preeclampsia (Véase *Tabla 4*).

4.2 Discusión de resultados

La prevalencia de preeclampsia en nuestro estudio fue de 5,9%. Similar al estudio de Chicana et al. acerca de la preeclampsia en adolescentes en un hospital de Perú donde la prevalencia fue de 11,73%. Asimismo, en el estudio longitudinal de Amarán et al. realizado a embarazadas con preeclampsia grave en Zimbabwe se obtuvo una prevalencia general de 10%. Adicionalmente, en la investigación de Criollo realizado en una unidad hospitalaria de Quito la prevalencia de preeclampsia en general fue de 16,93% (6,29,31).

La edad promedio de nuestra muestra fue 21 ± 3 años. El grupo etario con mayor prevalencia de preeclampsia fue el de 19 a 20 años, aunque el análisis inferencial reveló que no existe asociación estadísticamente significativa entre el grupo etario y esta patología. Similarmente, en el artículo de Chicana et al. la edad media fue 19 años. Además, en el estudio de Amarán et al hubo mayor prevalencia en el grupo de menores de 10 años con 35,2%, También en la investigación de Criollo el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia fue el de 15 a 20 años con 45,37%. Asimismo, en el estudio Espinoza et al. realizado en el Hospital IESS Ceibos de Guayaquil, el grupo con preeclampsia más frecuente fue el menores de 20 años con 50,2%. Sin embargo, en el estudio de Granja et al. en el Hospital del Guasmo

de Guayaquil donde se estudió la preeclampsia severa el grupo más frecuente fue el de 26 a 34 años(6,20,21,29,31).

Por otro lado, en la presente investigación se encontró mayor prevalencia de preeclampsia en el grupo de unión libre con 7,1%. De la misma forma, en el artículo de Chicana et al. el grupo con mayor prevalencia fue el de unión libre seguido del grupo de solteras. Sin embargo, en el estudio de Espinoza et al. la distribución fue diferente siendo más frecuente en solteras con 72,5% seguido de aquellas con unión libre (17,5%) (21,31).

Según el tipo de seguro, el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia fue el de seguro general con 12,5%; no se halló relación estadísticamente significativa entre estas variables. Por su lado, en relación la etnia la preeclampsia fue más frecuente en la gestantes de raza negra, y se halló asociación estadísticamente significativa entre estas variables con un p-value de 0,000. También hubo mayor de prevalencia de preeclampsia en las embarazadas de nacionalidad venezolana a pesar de que había mayor número de ecuatorianas. Estas 3 variables no fueron analizadas en los estudios de comparación.

Adicionalmente, en relación con el nivel de instrucción, el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia fue el de embarazadas sin instrucción con 17,6%. De manera similar, en el estudio de Chicana et al. la prevalencia de preeclampsia fue mayor en el grupo "Inicial" (sin culminar primaria) con un 20%. Nuestra investigación a diferencia de la realizada por Chicana et al. sí encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y la preeclampsia (p-value 0,011 y 0,258, respectivamente). En nuestra investigación, el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia fue el urbano con 7,3% por encima del grupo urbano marginal y rural. Asimismo, en el estudio de Criollo hubo mayor prevalencia en aquellas con lugar de residencia urbano con 61,11%. Por el contrario, en el artículo de Amarán et al. fue más prevalente la preeclampsia en las embarazadas que residían en el área rural con 74,1%. De manera similar, Torres-Lagunas et al. en su estudio realizado en México reveló que las gestantes provenientes de comunidades rurales tienen mayor probabilidad de presentar preeclampsia en relación con las que proceden de la zona urbana. (6,28,29,31).

En esta investigación el peso promedio fue $60,36 \pm 9,49$ kg y el IMC promedio fue $24,18 \pm 3,63$ kg/m². De igual manera, en el artículo de Chicana et al. la media del IMC fue $24,1$ kg/m². Al clasificar el IMC se encontró que más frecuente fue el peso normal, pero la mayor prevalencia de preeclampsia se dio en el grupo con obesidad (9,5%). Asimismo, en Chicana et al. el peso normal fue más frecuente con 234 pacientes y hubo mayor prevalencia de preeclampsia en el grupo de obesidad con 20,7%. Sin embargo, este estudio sí halló asociación estadísticamente significativa entre las variables (p-value 0,02), mientras nuestra investigación no reveló esta asociación (p-value 0,356) (31).

En cuanto a los hábitos de tabaco, alcohol y drogas fue más frecuente la ausencia de este, pero en los casos que se presentaron la prevalencia de preeclampsia fue de 14,3%, 5,9% y 5,9%, respectivamente. En el estudio de Chicana et al. se analizó el hábito tabáquico y el consumo de alcohol, pero ninguna embarazada presentó estos hábitos. Además, en relación con los antecedentes patológicos familiares de preeclampsia hubo mayor prevalencia de preeclampsia en el grupo que sí tuvo este factor de riesgo con 8,3%, de igual manera en Chicana et al. la prevalencia de preeclampsia con este factor de riesgo fue de 15,9%. Sin embargo, ninguno de los estudios encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables (p-value 0,404 [nuestro estudio] y 0,607 [Estudio Chicana et al.]). Asimismo, en el estudio de Granja et al. 36,6% de las gestantes con preeclampsia severa tuvieron antecedente familiar de preeclampsia (20,31).

Por otro lado, en cuanto al número de gestas, el grupo con mayor prevalencia de preeclampsia en nuestro estudio fue el de primigestas con 6,6%. Igualmente, en el estudio de Criollo fue más frecuente el grupo de primigestas con 56,94%. Además, el promedio de la semana de gestación al diagnóstico de preeclampsia en nuestra investigación fue $37,5 \pm 3$ SG y el grupo con mayor porcentaje de preeclampsia fue el de las 18 a 26 SG con 7,1%. Sin embargo, en el estudio de Criollo hubo mayor prevalencia en el grupo de 35 a 39,6 SG con 72,22% (29).

En cuanto al antecedente de aborto fue más frecuente la ausencia de este factor, pero del grupo con antecedente de aborto 1,4% presentó preeclampsia. Igualmente, en el análisis del antecedente de hijos nacidos muertos, no hubo ninguna paciente con antecedente de nacidos muertos que haya debutado con

preeclampsia. No se halló asociación estadísticamente significativa entre estas variables y la preeclampsia, y tampoco fueron analizadas por otros estudios por lo cual no se puede comparar estos resultados.

Por su lado, en la presente investigación la preeclampsia fue más prevalente en el tipo de parto cesárea con un 6,3%. De manera similar, en el artículo de Chicana et al. la prevalencia fue de 13,2% para este grupo. Nuestro estudio no halló asociación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y la preeclampsia con un p-value de 0,841, pero Chicana si encontró asociación con un p-value de 0,03 (31).

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En nuestra cohorte de 505 embarazadas jóvenes de 15 a 25 años atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante 2024, la preeclampsia se presentó en el 5,9 % de los casos, cifra que confirma la carga significativa de esta complicación en las embarazadas jóvenes.

Se destaca de manera especial la asociación significativa con el nivel de instrucción: las mujeres sin instrucción alcanzaron una incidencia del 17,6 % ($p = 0,011$), lo cual coincide con otros estudios. Asimismo, aunque la muestra de gestantes de etnia negra fue reducida, el hecho de que todas cursaran con preeclampsia pone en evidencia posibles relación con la etnia.

Por otro lado, nuestros resultados no hallaron asociación significativa con el estado nutricional (IMC), hábitos tóxicos, antecedentes familiares ni variables obstétricas clásicas, lo que difiere de otros informes internacionales y reafirma la heterogeneidad de los factores de riesgo según el contexto poblacional.

Al considerar las limitaciones de nuestro estudio, es importante destacar que un alto número de historias clínicas estaban incompletas al principio de la investigación. De las 1 292 pacientes en el rango de edad especificado inicialmente identificadas como parte del estudio, aproximadamente el 60 % fueron descartadas debido a la falta de información disponible; esto resultó en una muestra reducida de 505 casos. Este hecho puede introducir un sesgo en la selección de la muestra dado que es probable que las pacientes incluidas tengan registros más detallados que aquellas excluidas por datos faltantes.

Asimismo, el diseño retrospectivo inherente al análisis de expedientes limita la capacidad de controlar la recolección y la uniformidad de las variables: factores potencialmente relevantes para la preeclampsia —como nivel de estrés, calidad y frecuencia de las consultas prenatales o circunstancias socioeconómicas más allá de la escolaridad— quedaron fuera del alcance porque no suelen registrarse de forma estandarizada en la práctica clínica diaria. Esto deja espacio para variables distractoras no analizadas que podrían afectar la interpretación de la ausencia de asociación con variables como el IMC o los hábitos tóxicos.

Por otro lado, al tratarse de un único centro hospitalario, los hallazgos reflejan las particularidades poblacionales y organizativas del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante 2024 y, por tanto, su validez externa para otras provincias de Ecuador u otros países latinoamericanos es restringida. Las diferencias en protocolos de atención, acceso a medicamentos o perfiles demográficos podrían modificar tanto la incidencia como los factores asociados a la preeclampsia en otros contextos.

Adicionalmente, la estratificación en subgrupos pequeños —por ejemplo, la etnia negra o las mujeres sin instrucción formal— limita la precisión estadística de las estimaciones y obliga a interpretar con cautela las asociaciones significativas observadas. Estos grupos reducidos, aunque de gran interés para señalar brechas de equidad, requieren estudios con muestras más amplias para confirmar las tendencias que hemos identificado.

5.2 Recomendaciones

Para fortalecer la investigación sobre preeclampsia en gestantes jóvenes, se propone diseñar estudios prospectivos y multicéntricos que involucren diversos establecimientos de salud del país, de modo que los hallazgos sean más generalizables y se minimice el sesgo de selección del enfoque retrospectivo. Es igualmente importante ampliar el rango de variables consideradas, de manera que se incluyan mediciones de aspectos psicosociales como el respaldo familiar, niveles de tensión y la calidad de la atención durante el embarazo, así como datos socioeconómicos detallados para establecer los factores de riesgo asociados al entorno en que se encuentra la mujer gestante.

Por otra parte, para ahondar en las disparidades étnicas y educativas se aconseja utilizar un método de muestreo estratificado que asegure la inclusión de tamaños de muestra adecuados en grupos afrodescendientes y en diferentes niveles educativos. Adicionalmente, recomendamos complementar los registros clínicos con biomarcadores angiogénicos como el factor de crecimiento placentario (PIGF) y ecografía Doppler uterina en el primer trimestre, siguiendo los modelos predictivos internacionales, para evaluar su aplicabilidad en nuestra población.

También, a fin de comprender mejor las barreras culturales y organizativas, sería valioso integrar metodologías cualitativas, como entrevistas semiestructuradas o grupos focales con pacientes y personal de salud. Paralelamente, se sugiere desarrollar y evaluar programas piloto de educación prenatal adaptados a los niveles de alfabetización y realidades culturales de las mujeres jóvenes, mediante ensayos controlados que midan tanto el conocimiento adquirido como indicadores clínicos.

Finalmente, el control posparto mediante un estudio longitudinal permitirá monitorear a largo plazo la salud cardiovascular de las mujeres que cursaron preeclampsia. Además, la colaboración interinstitucional entre universidades, hospitales y organismos de salud pública facilitará la estandarización de protocolos, el intercambio de datos y la implementación de políticas basadas en evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Fernández I, Prieto B, Álvarez FV. Preeclampsia. Laboratorio Clínico. 2016 Apr 1;9(2):81–9.
2. Calvo JP, Rodríguez YP, Figueroa LQ. Actualización en preeclampsia. Revista Medica Sinergia. 2020 Jan 1;5(1):e340–e340.
3. Curiel E, Prieto MA, Mora J. Factores relacionados con el desarrollo de preeclampsia. Revisión de la bibliografía. Clin Invest Ginecol Obstet. 2008 Jun 1;35(3):87–97.
4. Pérez LAR, Cruz LAR, Vega MDV, Cruz AER, Cruz AER. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Revista Eugenio Espejo. 2019;13(2):79–91.
5. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal [Internet]. [cited 2024 Sep 9]. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000500007
6. Amarán Valverde JE, Sosa Zamora M, Pérez Pérez M, Arias Acosta D, Valverde Bravo I. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. MEDISAN. 2009 Jun;13(3):0–0.
7. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Preeclampsia y eclampsia - Ginecología y obstetricia. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/preeclampsia-y-eclampsia>
8. Preeclampsia y eclampsia: Generalidades | NICHD Español [Internet]. 2015 [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preeclampsia>
9. Carbajal G, Martín L. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia: update. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014 Oct;60(4):321–32.
10. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014 Oct;60(4):385–94.
11. Paredes-García JI, Salcedo-Cuadrado JJ, Maldonado-Rengel R, Paredes-García JI, Salcedo-Cuadrado JJ, Maldonado-Rengel R. Factores de riesgo predisponentes al desarrollo de preeclampsia y eclampsia en el embarazo. Perinatología y reproducción humana. 2023 Jun;37(2):72–9.
12. FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol56-96/3/preeclampsia.htm>

13. Zapata Díaz BM, Orestes Ramírez Cabrera J, Zapata Díaz BM, Orestes Ramírez Cabrera J. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2020 Jan;66(1):57–65.
14. Velumani V, Durán Cárdenas C, Hernández Gutiérrez LS, Velumani V, Durán Cárdenas C, Hernández Gutiérrez LS. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2021 Oct;64(5):7–18.
15. Huarte M, Modroño A, Larrañaga C. Conducta ante los estados hipertensivos del embarazo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009;32:91–103.
16. Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo - Nefrología al día [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-manejo-de-los-trastornos-hipertensivos-del-embarazo-629>
17. Trastornos hipertensivos en el embarazo: Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Salud Pública; 2015.
18. Moreira Flores MM, Montes Vélez RS. Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. *Dominio de las Ciencias*. 2022;8(1):8.
19. Pérez de Villa Amil Álvarez A, Prieto Clavero E, Hernández Placia R. Preeclampsia grave: características y consecuencias. *Revista Finlay*. 2015 Jun;5(2):118–29.
20. Granja Moreno ER, Gualpa Gualpa JP, Guzmán Palaguachi JV, Herrera Verdugo AA. Preeclampsia Severa asociada a Parto Pretérmino: Resultados Materno-Neonatales según factores de riesgo. *Journal of American Health* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2024 Nov 1];5(2). Available from: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/134>
21. Espinoza Diaz CI, Neira Borja JE, Morocho Zambrano A de los Á, Falconez Cobeña KA, Freire Wong ME, Vivas MPC, et al. Características clínicas y complicaciones asociadas a preeclampsia y eclampsia en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2019;14(2):201–4.
22. Cruz Vadell H, López Barroso R, Cáceres Dieguez A, Álvarez Guerra ED, Cruz Vadell H, López Barroso R, et al. Un modelo predictivo de preeclampsia a partir de datos clínicos y bioquímicos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2019 Dec [cited 2024 Nov 1];45(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2019000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Vargas H VM, Acosta A G, Moreno E MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77(6):471–6.
24. Seminario-Gallosa FM, Bardales-Zuta VH, Carruitero-Honores MJ, Seminario-Gallosa FM, Bardales-Zuta VH, Carruitero-Honores MJ. Prevención de la

- preeclampsia y su relevancia en el contexto latinoamericano: una revisión narrativa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2024 Apr;89(2):116–23.
25. Preeclampsia: Revisión médica y seguimiento | Cigna [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/preeclampsia-hw42191>
 26. Preeclampsia posparto - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/postpartum-preeclampsia/diagnosis-treatment/drc-20376652>
 27. www.sociedadmarce.org. La preeclampsia como factor de riesgo para la depresión y psicosis posparto [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/13069/MARES/la-preeclampsia-como-factor-riesgo-para-depresion-y-psicosis-posparto-.htm>
 28. Torres-Lagunas MA, Vega-Morales EG, Vinalay-Carrillo I, Cortaza-Ramírez L, Alfonso-Gutiérrez L, Torres-Lagunas MA, et al. Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres Estados. *Enfermería universitaria*. 2018 Sep;15(3):226–43.
 29. Criollo Jaramillo G de los Á. Factores de riesgo relacionados con preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. [Internet] [bachelorThesis]. 2016 [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/16977>
 30. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014 Oct;60(4):309–20.
 31. Chicana Muñoz J, Asencio Cámac M, Galdos-Bejar M, Yhuri Carreazo N. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2024 [cited 2025 Apr 17]. Riesgo de preeclampsia en primigestas adolescentes. Available from: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/riesgo-de-preeclampsia-en-primigestas-adolescentes>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, con **Méndez Molina, Bryan Alejandro**, con C.C: # 0954158242 y **Cañizares Plúas, Wilson Andrés** con C.C: # autores del trabajo de titulación: **“Incidencia de preeclampsia en embarazadas de 15 a 25 años que acuden al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del año 2024”** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de mayo de 2025



f. _____

Méndez Molina, Bryan Alejandro

CI.: 0954158242



f. _____

Cañizares Plúas, Wilson Andrés

CI.: 0923244701

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Incidencia de preeclampsia en embarazadas de 15 a 25 años que acuden al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del año 2024.		
AUTORES	Méndez Molina, Bryan Alejandro Cañizares Plúas, Wilson Andrés		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	47 páginas.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Embarazo de alto riesgo, Ginecología, Complicaciones del Embarazo, Factores Sociodemográficos.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Preeclampsia, gestantes jóvenes, determinantes sociodemográficas		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: La preeclampsia es una complicación del embarazo que afecta entre el 2 % y 8 % de todas las embarazadas y conlleva riesgo de morbilidad materna y perinatal. En Ecuador, se desconocen datos actualizados sobre su incidencia en mujeres jóvenes. Este estudio se propuso determinar la prevalencia de preeclampsia en gestantes de 15 a 25 años atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante enero a diciembre de 2024 y explorar sus asociaciones con factores sociodemográficos y obstétricos.</p> <p>Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se obtuvo una muestra de 505 gestantes con diagnóstico definitivo de preeclampsia o ausencia de la misma. Se registraron variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, etnia, seguro, lugar de residencia), antropométricas (peso, IMC), hábitos tóxicos, antecedentes familiares y obstétricos.</p> <p>Resultados: La incidencia de preeclampsia fue del 5,9 %. No se observó asociación significativa con edad, IMC, hábito tabáquico o alcohólico, antecedentes familiares, número de gestas, semana de diagnóstico ni tipo de parto. En cambio, el nivel de instrucción mostró asociación estadísticamente significativa: las gestantes sin educación formal presentaron 17,6 % de casos ($p = 0,011$). Asimismo, aunque el número de pacientes de etnia negra fue pequeño, todas cursaron con preeclampsia.</p> <p>Conclusión: La preeclampsia en gestantes jóvenes de este hospital se comporta en línea con reportes regionales, pero los determinantes clásicos (edad, IMC, hábitos) resultaron menos relevantes que las desigualdades educativas y étnicas. Estos hallazgos sugieren la necesidad de realizar estudios prospectivos multicéntricos que validen y profundicen en los factores socioculturales implicados.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982994794 0992138127	E-mail: wilson.canizares01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			