



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

TEMA:

**Factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes
adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio
Panchana Sotomayor, 2022–2025.**

AUTORES:

**Loor Cedeño, Sheyla Nicolle
Titusunta Sánchez, Angie María**

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

TUTOR:

Moncayo Jácome, Liliana Teresa

Guayaquil, Ecuador

1 de mayo del 2026



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Loor Cedeño, Sheyla Nicolle y Titusunta Sánchez, Angie María**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTORA

f. _____
Dra. Moncayo Jácome, Liliana Teresa

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Loor Cedeño, Sheyla Nicolle y Titusunta Sánchez,
Angie María**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2022–2025**” 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 mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2026

LAS AUTORAS

f. _____
Loor Cedeño, Sheyla Nicolle

f. _____
Titusunta Sánchez, Angie María



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

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Loor Cedeño, Sheyla Nicolle y Titusunta Sánchez,**
Angie María

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2022–2025”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2026

LAS AUTORAS:

f. _____
Loor Cedeño, Sheyla Nicolle

f. _____
Titusunta Sánchez, Angie María



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JOSÉ LUIS JOUVIN MARTILLO
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. ANDRÉS MAURICIO AYÓN GENKUONG
COORDINADOR DE TITULACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

LOOR_TITUSUNTA_TESIS_P76 COMPILATIO 2

ID : 949fb9e9066a1d833cd928d041238719228716df



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : LOOR_TITUSUNTA_TESIS_P76
COMPILATIO 2.txt

Tamaño del archivo original : 4,03 MB
Número de palabras : 8474
Número de caracteres : 58303

Depositante : Liliana Teresa Moncayo Jácome

Fecha de depósito : 15 de abril de 2026

Tipo de carga : interface

fecha de fin de análisis : 15 de abril de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



AGRADECIMIENTO

Expreso mi más profundo agradecimiento a Dios por guiar mi camino y permitirme culminar esta importante etapa de mi vida.

A mis padres Teddy Loor Fernández y Vanessa Cedeño García, por su apoyo incondicional, esfuerzo y dedicación, por confiar en mí y brindarme las herramientas necesarias para alcanzar este objetivo.

A mi familia y a mi enamorado, por su acompañamiento constante, comprensión y motivación durante los momentos de mayor exigencia, siendo un soporte fundamental en este proceso. Por su cariño y respaldo permanente, que han sido un impulso para continuar con determinación.

A mis docentes y tutora de tesis, Dra. Liliana Moncayo, por su valiosa orientación, conocimientos impartidos y compromiso en la formación de futuros profesionales de la salud.

Finalmente, a todas aquellas personas que, de una u otra manera, contribuyeron al desarrollo y culminación de este trabajo de investigación.

Sheyla Loor Cedeño

AGRADECIMIENTO

Expreso mi profundo agradecimiento a Dios, por guiar cada uno de mis pasos a lo largo de este camino, por darme la fortaleza, la vocación y la sensibilidad necesarias para servir a través de la medicina, una profesión que no solo exige conocimiento, sino también humanidad, empatía y una entrega constante hacia los demás.

A mis padres, por ser el pilar fundamental de mi vida y de este logro. A ambos, por su exigencia firme, por su carácter que me impulsó a no conformarme y por su fe inquebrantable en mí incluso en los momentos en los que dudé. Por brindarme todo lo necesario, sin reservas, hasta el final de esta etapa, por sostenerme en cada caída y por enseñarme que los sueños se alcanzan con disciplina, esfuerzo y amor. Este logro es tan suyo como mío.

A mi madre, por su paciencia infinita y su constancia admirable. Por enseñarme, con su ejemplo, a ser responsable, a cumplir con mis deberes y a enfrentar la vida con fortaleza. Por ser una mujer trabajadora, humilde, honesta y siempre dispuesta a ayudar a los demás sin esperar nada a cambio. Por resolver incluso en los momentos más difíciles y por ser ese ejemplo silencioso pero poderoso que ha marcado mi vida. Su amor incondicional y sus valores viven en cada paso que doy.

A mi padre, por su mente brillante y por haber sido una guía constante en mi formación médica. Por compartir conmigo sus conocimientos durante toda la carrera, por su paciencia al enseñarme una y otra vez, las veces que fueron necesarias, sin importar la hora, incluso en madrugadas o en cualquier momento en el que lo necesitara. Por impulsarme a no rendirme y a continuar cuando el cansancio y la frustración aparecían. De él aprendí no solo medicina, sino el compromiso, la ética, la disciplina y la verdadera vocación que implica esta profesión.

A Melba, mi nana, pero sobre todo mi segunda madre. Por cuidarme desde pequeña con tanto amor, por estar presente en cada etapa de mi vida y por enseñarme valores que aún hoy guían mi camino. Por sus consejos, su apoyo constante y su cariño sincero, que han sido un refugio en todo momento.

A mi familia, primos, tíos, a Katy, a mi madrina, a María del Carmen y al tío Alfonso, por su respaldo constante, por creer en mí durante todo este proceso y por motivarme a seguir adelante. Por ver en mí ese futuro como profesional y por acompañarme con palabras de aliento y confianza en cada etapa de mi formación.

A mis docentes universitarios, médicos del hospital y de manera especial a mi tutora de tesis, la Dra. Liliana Moncayo, por su guía, enseñanza y compromiso en mi formación. Por transmitir no solo conocimientos, sino también el valor de ejercer la medicina con responsabilidad, ética y humanidad, recordando siempre que tratamos con seres humanos.

A mis amigos, especialmente a Melina Maldonado, por su apoyo incondicional desde el inicio de la carrera hasta el día de hoy, incluso en la distancia. A mis compañeros de trabajo, por convertirse en un pilar importante durante el internado y por hacer más llevadero este proceso, compartiendo experiencias que marcarán nuestra vida profesional.

Finalmente, a cada persona que formó parte de este largo camino. Cada palabra, cada consejo y cada gesto aportaron a mi crecimiento personal y profesional. Este no es el final, sino el inicio de una nueva etapa que asumiré con compromiso, vocación y dedicación.

Angie Titusunta Sánchez

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo, que representa años de esfuerzo, sacrificio y crecimiento personal, en primer lugar, a Dios, por sostenerme en los momentos de debilidad, iluminar mi camino, darme la fortaleza y la sabiduría necesaria para no rendirme y alcanzar esta meta de convertirme en médico.

A mis amados padres, Teddy Loor Fernández y Vanessa Cedeño García, quienes son y siempre serán el pilar más importante de mi vida. Gracias por su amor infinito, por cada sacrificio silencioso, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por impulsarme a seguir adelante aun en los momentos más difíciles de nuestras vidas. Todo lo que soy y todo lo que he logrado es gracias a ustedes. Este logro también es suyo; mi mayor anhelo es que se sientan orgullosos de mí. Por ustedes soy y para ustedes, todo.

A mis hermanos Zack e Isaac, y a mi familia, por estar siempre presentes, en especial a mi tío Alex Loor, por sus palabras de aliento en los momentos de cansancio y por ser ese soporte que me recordó que no estaba sola en este camino.

A mi enamorado, Gary Loor, por su amor, compañía, paciencia y comprensión a lo largo de este proceso, por ser un apoyo emocional invaluable, por creer en mí y motivarme en cada paso del camino.

Y de manera muy especial, desde el fondo de mi corazón a mi amada abuelita Esther, quien, aunque ya no se encuentra físicamente conmigo, vive en mi corazón y en cada uno de mis logros. Su amor, enseñanzas y recuerdos han sido una fuente constante de motivación para no rendirme y seguir adelante.

Sheyla Loor Cedeño

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a Dios, a la Virgen y a San Judas Tadeo, por escuchar cada una de mis oraciones en los momentos de mayor nerviosismo, incertidumbre y dificultad. Por darme la fortaleza en cada examen, en cada procedimiento y en aquellos instantes en los que sentí que no podía continuar, sosteniéndome hasta el final de este camino.

A mis angelitos en el cielo, mis abuelitos, quienes me inculcaron grandes valores que hoy guían mi vida. Con la esperanza de que se sientan orgullosos de la persona y profesional en la que me estoy convirtiendo. Su recuerdo permanece vivo en cada paso que doy y en todo lo que está por venir.

A mis adorados padres, por serlo todo desde el inicio. Por ser mis mejores amigos, mis guías y mi apoyo incondicional. Por cada sacrificio realizado para que nunca me falte nada, por su esfuerzo constante y por impulsarme a seguir adelante en todo momento. Este logro y cada uno de los que vendrán están dedicados a ustedes, con todo mi amor y con el firme deseo de retribuir, aunque sea en una pequeña parte, todo lo que han hecho por mí. Que puedan disfrutar conmigo cada meta alcanzada y cada paso futuro, siendo siempre el pilar más importante en mi formación como persona y como futura médica.

A Melba, a mi familia y a mis amigos, por estar siempre presentes, por sus palabras de aliento, por su preocupación constante y por acompañarme tanto en los momentos buenos como en los difíciles, manteniéndose a mi lado en todo momento.

Este trabajo representa no solo la culminación de una etapa académica, sino también años de esfuerzo, sacrificio y aprendizaje. Es el reflejo de un camino que me ha permitido crecer como estudiante y como ser humano, reafirmando mi compromiso de ejercer la medicina con humanidad, ética y dedicación hacia quienes más lo necesiten.

Angie Titusunta Sánchez

ÍNDICE

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	4
1.4 OBJETIVOS	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos.....	5
1.5 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.6 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACION.....	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	8
2.2 BASES TEÓRICAS	11
2.2.1 Embarazo Adolescente	11
2.2.2 Preeclampsia y Eclampsia	12
2.2.3 Epidemiología.....	12

2.2.4 Etiopatogenia	13
2.2.5 Factores de Riesgo en adolescentes	15
2.2.6 Consecuencias maternas y perinatales.....	17
CAPÍTULO III.....	19
MARCO METODOLÓGICO.....	19
3.1 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19
3.2 PERÍODO Y LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	19
Caracterización de la zona de trabajo	19
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	20
Población.....	20
Muestra	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión	20
Muestreo	21
3.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.5 ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS.....	21
3.6 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
CAPÍTULO IV.....	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
4.1 RESULTADOS	23
4.2 DISCUSIÓN.....	31
CAPÍTULO V.....	34

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
5.1 CONCLUSIONES.....	34
5.2 RECOMENDACIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas, clínicas y obstétricas.	23
Tabla 2 Predisposición de Preeclampsia y Eclampsia.....	25
Tabla 3 Factores de riesgo socioeconómicos en eclampsia y preeclampsia.	26
Tabla 4 Factores de riesgo clínico-obstétricos en eclampsia y preeclampsia.	27
Tabla 5 Complicaciones en gestantes con eclampsia y preeclampsia.	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Predisposición de Preeclampsia y Eclampsia.	25
Gráfico 2 Factores de riesgo clínico-obstétricos en eclampsia y preeclampsia.	27
Gráfico 3 Complicaciones en gestantes con eclampsia y preeclampsia.	29

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia y la eclampsia son trastornos hipertensivos en el embarazo, considerados causas importantes de morbilidad materna y neonatal a nivel mundial. El riesgo aumenta en los embarazos adolescentes a causa de diversos factores biológicos, sociales y económicos que afectan a esta población. **Objetivo general:** Identificar los factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante 2022 a 2025. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y no experimental. **Resultados:** Se estudiaron 73 gestantes adolescentes, el 83,6% presentaron preeclampsia y 16,4% desarrollaron eclampsia. La edad media fue de $17,03 \pm 1.54$ años, la PA Sistólica media fue de 149,11 mm Hg, la PA Diastólica media de 98,15 mm Hg y la media de los días de hospitalización fue de $3,12 \pm 1,65$ días. Fue más frecuente la durante la secundaria (69,9%) y primaria (28,8%); con estado civil soltero (87,7%), el 58,9% residían en zonas urbanas y 41,1% en zonas rurales. Entre los factores clínico-obstétricos el 78,1 fueron primigestas, 52,1% tuvo un control prenatal óptimo y el 60,3% presentó anemia. Las complicaciones fueron maternas y culminación del parto en cesárea. **Conclusión:** Los factores que predominaron en gestantes con preeclampsia y/o eclampsia fueron ser primigesta, tener controles prenatales insuficientes, malnutrición, anemia y el antecedente familiar de hipertensión. Entre las complicaciones generales estuvieron el parto por cesárea y otras complicaciones maternas como la anemia y el síndrome de HELLP.

Palabras clave: Preeclampsia – Eclampsia - Factores de Riesgo – Embarazo en la Adolescencia - Atención Prenatal - Salud Materna

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia and eclampsia are hypertensive disorders in pregnancy, considered important causes of maternal and neonatal morbidity and mortality worldwide. The risk increases in teenage pregnancies due to various biological, social and economic factors that affect this population.

General objective: Identify the factors associated with preeclampsia and eclampsia in pregnant adolescents treated at the Dr. Liborio Panchana Sotomayor General Hospital during 2022 to 2025.

Methodology: A descriptive, retrospective, cross-sectional and non-experimental study was carried out.

Results: Seventy-three pregnant adolescents were studied; 83.6% presented with preeclampsia and 16.4% developed eclampsia. The mean age was 17.03 ± 1.54 years, the mean systolic blood pressure was 149.11 mmHg, the mean diastolic blood pressure was 98.15 mmHg, and the mean length of hospital stay was 3.12 ± 1.65 days. Pregnancy was most frequent during secondary (69.9%) and primary (28.8%) schooling; 87.7% were single, 58.9% resided in urban areas and 41.1% in rural areas. Regarding clinical and obstetric factors, 78.1% were primiparous, 52.1% had optimal prenatal care, and 60.3% presented with anemia. Complications were primarily maternal, with delivery often requiring a cesarean section.

Conclusion: The predominant factors in pregnant women with preeclampsia and/or eclampsia were being primiparous, having insufficient prenatal care, malnutrition, anemia, and a family history of hypertension. General complications included cesarean delivery and other maternal complications such as anemia and HELLP syndrome.

Keywords: Preeclampsia – Eclampsia – Risk Factors – Adolescent Pregnancy – Prenatal Care – Maternal Health

INTRODUCCIÓN

Mundialmente se consideran a la preeclampsia y eclampsia causas importantes de morbilidad y mortalidad materna. Estas patologías se caracterizan por alteraciones en la función endotelial y una perfusión placentaria deficiente que pueden desencadenar complicaciones graves como convulsiones, insuficiencia orgánica y parto prematuro. (1,2)

En gestantes adolescentes, el riesgo de sufrir preeclampsia durante el embarazo es mayor y está relacionado con los factores biológicos, sociales y económicos que vulneran a esta población. Entre ellos, la inmadurez del sistema vascular uterino, malnutrición y bajo nivel educativo, aumentan la posibilidad de complicaciones maternas y prenatales. (3–5)

Este trabajo de investigación de los factores asociados a la preeclampsia y eclampsia en adolescentes resulta fundamental para orientar estrategias de prevención, mejorar la detección temprana y fortalecer los programas de salud materna, contribuyendo así a la reducción de la mortalidad y a la mejora del bienestar materno-neonatal.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia es una condición vascular sistémica caracterizada por una presión arterial igual o mayor de 140/90 mm Hg acompañada de proteinuria con valor igual o mayor de 300 mg en 24 horas o signos de disfunción orgánica, diagnosticada a partir de la semana 20 de gestación. En sus formas graves puede presentar síntomas como cefalea intensa, edema, fosfenos o acúfenos; y requiere tratamiento inmediato para evitar complicaciones como la eclampsia. Por otro lado, la eclampsia presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas sin otra causa aparente, que pueden aparecer a partir de la segunda mitad de la gestación y a la cual se atribuye un riesgo elevado de complicaciones obstétricas graves. (5–9)

Se consideran a los trastornos hipertensivos como la segunda causa de mortalidad materna en el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la preeclampsia y eclampsia han ocasionado aproximadamente el 25% de las muertes maternas en Latinoamérica y hasta el 10% en Asia y África. En Ecuador, un estudio afirma que la preeclampsia se desarrolla en el 8,3% de las gestaciones y producen el 14% de las muertes infantiles. Varios autores afirman que existen factores como la edad, etnia, estado nutricional, antecedentes gineco-obstétricos familiares y personales; que propician el desarrollo estas condiciones. (8,10,11)

Por todo lo anterior, este trabajo de investigación tiene el objetivo de identificar los factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante los años 2022 al 2025, para optimizar el abordaje terapéutico de estas pacientes, prevenir complicaciones graves, y mejorar la calidad de vida materna y fetal y aportar al campo investigativo.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La adición de factores biológicos, socioculturales y económicos propios de las gestantes adolescentes; aumentan el riesgo de desarrollar preeclampsia y eclampsia, lo que las hace más propensas a experimentar complicaciones que ponen en peligro la salud materno-fetal. De este modo, comprender los factores que influyen la presencia de preeclampsia y eclampsia en el embarazo es crucial para identificar a las pacientes de riesgo y adoptar estrategias preventivas con el fin evitar la mortalidad en el embarazo adolescente. (2,12,13)

Los resultados de este estudio pueden aportar información que optimice el seguimiento prenatal de adolescentes en los servicios de atención primaria y ayudar a vislumbrar una problemática muy frecuente en esta población. En conclusión, este estudio es relevante tanto en el ámbito clínico y de salud

pública, ya que permitirá mejorar las estrategias de prevención, seguimiento y tratamiento dirigidas a adolescentes con riesgo de preeclampsia y eclampsia. Además, los resultados podrán contribuir a la elaboración de programas educativos y nutricionales específicas para este grupo poblacional, con el fin de reducir las complicaciones futuras.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Identificar los factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante 2022 a 2025.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de las pacientes estudiadas.
- Definir la predisposición de preeclampsia y eclampsia en las gestantes adolescentes que conformaron el estudio
- Asociar la presencia de preeclampsia y eclampsia con los factores de riesgo presentes en las gestantes adolescentes.

Cuadro 1 Variables del estudio

Nombre	Definición	Tipo	Resultado
Trastorno hipertensivo	Registro de diagnóstico médico según criterios clínicos establecidos	Cualitativa dicotómica	Preeclampsia Eclampsia
Edad	Tiempo vivido por una persona en años hasta el momento del registro	Cuantitativa discreta	10 a 14 años 15 a 19 años
Instrucción	Máximo grado de estudios alcanzados por la paciente	Cualitativa Nominal	Ninguna Primaria Secundaria Bachillerato
Procedencia	Lugar de origen de la paciente	Cualitativa dicotómica	Rural Urbana
Estado civil	Situación matrimonial registrada de la paciente	Cualitativa dicotómica	Conviviente No conviviente
Primigesta	Ser el primer embarazo de la gestante	Cualitativa dicotómica	Si No
Controles prenatales	Cantidad de controles registrados a la fecha	Cuantitativa discreta	Menos de 4 Igual o más de 4
Peso pregestacional	Medida para evaluar estado nutricional.	Cuantitativa numérica	Kilogramos (Kg)
Estadía hospitalaria	Tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la salida de la paciente	Cuantitativa numérica	Días
Anemia	Condición patológica por disminución de la hemoglobina en la sangre	Cualitativa dicotómica	Si No
Infección urogenital	Diagnóstico patológico definitivo clínico y documentado	Cualitativa dicotómica	Si No
Antecedentes familiares	Enfermedades diagnosticadas que padecen los familiares biológicos de la persona.	Cualitativa Nominal	Hipertensión arterial Diabetes Preeclampsia previa Eclampsia previa
Patologías previas	Enfermedades diagnosticadas de una persona.	Cualitativa Nominal	Describir
Complicaciones	Resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud o tratamiento.	Cualitativa Nominal	Eclampsia Síndrome HELLP Insuficiencia renal aguda. Edema pulmonar Desprendimiento prematuro de placenta

Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta

1.5 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Prioridades de Investigación Ministerio de Salud Pública

- **Naturaleza:** Positivista
- **Campo de investigación:** Pacientes adolescentes
- **Área de investigación:** Maternas
- **Línea de investigación:** Trastornos hipertensivos
- **Sublínea investigativa:** Perfil epidemiológico y poblaciones vulnerables
- **Tema por investigar:** Factores asociados a preeclampsia y eclampsia.
- **Lugar:** Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor
- **Periodo:** enero 2022 – enero 2025

1.6 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACION

La presente investigación posee viabilidad que se sustenta en la aprobación oficial del tema por parte de las autoridades competentes de la Universidad, así como en la autorización institucional del hospital participante, garantizando el manejo ético, confidencial y responsable de datos clínicos de los pacientes que integran la muestra. La factibilidad del estudio se fundamenta en la disponibilidad y accesibilidad de recursos científicos actualizados, que proporcionan el soporte teórico y metodológico necesario para su adecuada ejecución. Además, se establece que no existen restricciones de carácter legal que impidan el desarrollo de la investigación, y que su realización se efectúa sin la intervención de financiamiento externo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Según la investigación de Aziz y Salam, titulada *“Resultados maternos en adolescentes con preeclampsia: Introducción al estudio de análisis comparativo”* en el año 2024, que tuvo como objetivo contrastar los resultados de la gestación en adolescentes y adultas con diagnóstico de preeclampsia para establecer factores de riesgo específicos y mejorar la atención médica. Empleando un estudio transversal de análisis de registros médicos de gestaciones únicas complicados con preeclampsia durante los años de 2019 al 2021. También se realizaron pruebas de chi-cuadrado y U de Mann Whitney para el análisis de los datos. Como resultado, las adolescentes tienen tasas significativamente mayores de desprendimiento de placenta, oliguria, eclampsia e ingresos a la UCI en comparación con las gestantes adultas. También, las adolescentes presentaron bajos niveles educativos ($p < 0,001$), pero que no se evidenciaron diferencias significativas en la edad gestacional, la forma de parto o el inicio de la preeclampsia. En conclusión, los hallazgos obtenidos sugieren la presencia de mayores riesgos maternos relacionados con los embarazos adolescentes complicados por la preeclampsia, siendo importante mejorar la atención en gestantes y la capacitación sobre salud reproductiva. (14)

En 2024, Gul, et al. (15), en el estudio *“Frecuencia de eclampsia en el embarazo adolescente que se presenta en el Hospital Universitario Khyber de Peshawar”*, establecieron la frecuencia de eclampsia en gestantes

adolescentes atendidas en el Hospital Universitario Khyber de Peshawar. Por medio de un estudio de casos descriptivos ocurridos del 1 de noviembre de 2021 al 1 de mayo de 2022. Así, se incluyeron 100 pacientes adolescentes primigestas con preeclampsia y se siguió su evolución hasta el parto y período posparto. Se obtuvo como resultado un rango de edad que fue de 15 a 19 años, con una edad media de $17,710 \pm 0,92$ años, la edad gestacional media fue de $37,390 \pm 2,00$ semanas y el peso medio de $64,910 \pm 3,01$ kg. Además, el 4% de las gestantes con preeclampsia en el estudio desarrollaron eclampsia. Concluyendo, los resultados revelan prevalencia de eclampsia del 4% en gestantes adolescentes.

En la investigación de Pacheco, et al., titulado *“Riesgo de preeclampsia en primigestas adolescentes en un hospital de la región de Junín en la sierra peruana”* en el 2024. Tuvo como objetivo analizar el riesgo de preeclampsia en gestantes adolescentes primigestas atendidas en un hospital materno infantil. Para ello, se empleó un estudio de cohorte analítico y retrospectivo. Se incluyeron 504 gestantes atendidas entre los años 2018 y 2021 en Junín, Perú. Se obtuvo como resultado que el 35,9% del total eran adolescentes de 10 a 19 años y el 64,1% eran adultas. Además, la incidencia de preeclampsia en adolescentes fue mayor que en gestantes adultas y el riesgo de preeclampsia aumentó 1,77 veces en gestantes adolescentes. No obstante, no se asociaron estadísticamente la presencia de preeclampsia con el embarazo adolescente en las pacientes estudiada. (16)

La investigación de González, et al., denominada *“Preeclampsia y embarazo en adolescentes: factores de riesgo, repercusiones clínicas y socioeconómicas”* realizado en el 2024. En el cual analizaron los factores que se asocian a preeclampsia y sus repercusiones clínicas, sociales y económicas en gestantes adolescentes. Realizaron una revisión bibliográfica que incluyó el análisis de 33 artículos publicados entre 2019 y 2024. Concluyeron que, existen diversos factores que aumentan el riesgo de preeclampsia en gestantes adolescentes, entre los factores biológicos destacan la carencia de madurez uterina y carencias nutricionales. En el caso de los factores socioeconómicos, la prevalencia de preeclampsia y eclampsia se relaciona significativamente con el bajo nivel socioeconómico, las limitaciones de acceso a los servicios de salud integrales, escasa educación sexual y falta de apoyo social. Por otro lado, se consideraron complicaciones clínicas más prevalentes fueron la preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer. Finalmente, recomiendan potenciar la atención a gestantes e implementar estrategias de prevención que reduzcan las complicaciones relacionadas a los trastornos hipertensivos en esta población. (4)

En el estudio de Gulhan, et al., titulado *“Resultados perinatales de los embarazos en adolescentes: Un estudio retrospectivo”* en el 2023. Analizaron las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes, mediante un estudio de casos y controles. Así, se analizaron datos de adolescentes entre 10 y 19 años y adultas entre 20 y 30 años durante los años 2015 al 2019. Revelando un aumento en la tasa de cesáreas del 19,4% en las gestantes adolescentes. También mostraron significancia estadística la presencia de preeclampsia, eclampsia, tasas de parto y rotura de membranas prematuros.

Además, el número de gestaciones, cantidad de partos, nivel de hemoglobina, educación, nivel socioeconómico, parto vaginal, parto prematuro y bajo peso al nacer fueron variables frecuentes y elevadas en las gestantes adolescentes. Concluyeron, que en la población estudiada se encontró un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, rotura prematura de membranas, mortalidad fetal y preeclampsia asociado al embarazo en adolescentes. (1)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Embarazo Adolescente

La adolescencia es una etapa que comprende los 10 y 19 años de edad y es considerada compleja por la variedad de cambios físicos, psicoemocionales, sociales y cognitivos que experimenta la persona, y pueden identificarse 2 etapas: la adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. Por ello, la OMS considera al embarazo en adolescentes como un fenómeno mundial de causas conocidas y severas consecuencias sanitarias, económicas y sociales. (17–19)

A nivel mundial, la tasa de natalidad adolescente (TNA) para niñas de 10 a 14 años, fue de 1,5 por cada 1000 mujeres en el 2023, revelando tasas más elevadas en África subsahariana y América Latina y el Caribe. Esto se da porque hay una predisposición de embarazo adolescente entre mujeres con menor nivel educativo o de bajos recursos económicos. Esta condición también propicia el matrimonio infantil y el abuso sexual infantil, lo que incrementa el riesgo de embarazo no deseado en niñas. Así, el 55% de los embarazos no deseados entre adolescentes de 15 a 19 años terminan en

abortos, en los países de ingresos bajos y medianos durante el 2019. (17,20,21)

La prevención del embarazo en la adolescencia, junto con la disminución de la mortalidad y las complicaciones derivadas de la gestación, constituyen un pilar fundamental para favorecer una salud integral en la vida de las personas. Además, representa un componente clave para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible vinculados con la salud materna y del recién nacido. (17,22–24)

2.2.2 Preeclampsia y Eclampsia

La preeclampsia se caracteriza por la elevación de la presión arterial (PA), con la PA sistólica igual o mayor a 140 mm Hg o una PA diastólica igual o mayor a 90 mm Hg, mínimo en 2 ocasiones y proteinuria después de la semana 20 de gestación, en una persona previamente normotensa. En ausencia de proteinuria, puede diagnosticarse al presentarse otros signos de disfunción orgánica, como alteraciones hepáticas, renales, hematológicas o neurológicas. (4,25,26)

La eclampsia representa la forma más grave de la preeclampsia y se caracteriza por la presencia de convulsiones generalizadas, que no son atribuibles a otras causas en una paciente con preeclampsia. (27,28)

2.2.3 Epidemiología

La preeclampsia y la eclampsia son responsables de más de 50 000 fallecimientos cada año. Se estima que la preeclampsia afecta entre el 2% y el 8% de los embarazos, aunque su incidencia varía según la etnia y el grupo

racial. La letalidad es considerablemente más alta en mujeres jóvenes, alcanzando cifras que oscilan entre el 5% y el 20%. (2,8)

Diversas investigaciones recientes han evidenciado que la carga de morbilidad asociada a estos trastornos hipertensivos del embarazo es mayor en los países en vías de desarrollo, con predominio en regiones de África y América Latina. En contraste, las poblaciones con ascendencia asiática parecen presentar un menor riesgo relativo de padecer estas complicaciones. Un estudio transversal que analizó aproximadamente 28 millones de nacimientos ocurridos entre 2009 y 2017 reportó una incidencia de eclampsia del 0,3 %. Asimismo, datos referidos por la American Heart Association señalaron que las mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo presentaron una razón de momios ajustada para eclampsia de 65,9 (IC 95 %: 43,6–99,6), lo que refleja la elevada asociación entre ambos procesos patológicos. (29)

Moreira y Montes en 2022 realizaron un estudio en Ecuador, ellos evidenciaron que la preeclampsia se manifestó en el 8,3% de los embarazos y de este grupo el 14% terminaron con la muerte del neonato. En la ciudad de Guayaquil, el 95% de las gestantes presentaron preeclampsia, de ellas cerca del 20% desarrolló complicaciones. (10)

2.2.4 Etiopatogenia

A pesar de que la presentación clínica, los criterios diagnósticos y las estrategias terapéuticas de la preeclampsia están bien definidos y son aplicados de manera rutinaria en la práctica médica, la comprensión de su etiología subyacente continúa siendo limitada. El mecanismo patogénico más aceptado para explicar el desarrollo tanto de la preeclampsia como de la

eclampsia es la isquemia uteroplacentaria, resultado de una perfusión deficiente del lecho vascular placentario. (2,27)

Esta hipótesis se sustenta en la identificación de infartos placentarios en mujeres con eclampsia y en evidencias experimentales obtenidas de modelos animales, donde la administración subcutánea de extractos de placenta humana en cobayos produjo manifestaciones similares a las observadas en pacientes fallecidas por eclampsia, incluyendo convulsiones, necrosis hepática focal y daño renal. (2)

En este contexto, la fisiopatología de la preeclampsia puede interpretarse como un proceso mediado por la liberación progresiva de sustancias de origen placentario con efecto tóxico sistémico, capaces de inducir una vasculopatía generalizada. Cuando esta alteración persiste, desencadena complicaciones graves que culminan en las crisis convulsivas características de la eclampsia. (2,29)

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el proceso fisiopatológico de la preeclampsia inicia durante la gestación, el trofoblasto atraviesa diversas fases de invasión tisular. En la segunda etapa de este proceso, las células trofoblásticas penetran la capa muscular de las arterias espirales uterinas. Sin embargo, si este proceso vascular falla compromete la oxigenación lo que conlleva a la hipoxia placentaria. Las arterias afectadas pierden su elasticidad y morfología, lo que reduce el flujo sanguíneo uteroplacentario y aumenta la aparición de hipertensión arterial y proteinuria. (13)

La vasoconstricción mantenida en el lecho placentario altera la perfusión tisular y favorece la liberación de detritos trofoblásticos hacia la circulación

materna, que conlleva a lesiones histopatológicas notorias en órganos como el riñón, el hígado y la propia placenta. (13)

En la preeclampsia, se observa una alteración en la sensibilidad a la angiotensina II, posiblemente vinculada a una disminución de la síntesis o actividad local de prostaglandinas vasodilatadoras. Esta disrupción del equilibrio hemodinámico conduce a un aumento sostenido de la presión arterial. Clínicamente, la paciente puede manifestar un espectro de síntomas, entre los cuales destacan cefalea intensa, acúfenos, fosfenos y dolor epigástrico, reflejo del compromiso multisistémico característico del cuadro de preeclampsia. (13)

2.2.5 Factores de Riesgo en adolescentes

En gestantes adolescentes, varios son los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la preeclampsia y a su complicación la eclampsia. (4) Entre los factores de riesgo más significativos se encuentran:

Factores biológicos y obstétricos

- **Edad materna muy temprana:** Según varios autores las adolescentes, especialmente aquellas menores de 16 o 17 años, presentan un mayor riesgo de preeclampsia, atribuible a la inmadurez uteroplacentaria y vascular, lo que puede afectar la remodelación de las arterias espirales. (2,29,30)
- **Primigesta o nulípara:** El hecho de que sea la primera gestación implica una adaptación inmunológica y vascular materna menos estabilizada, favoreciendo el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo. (3,31)

- **Índice de masa corporal elevado (sobrepeso u obesidad previa al embarazo):** Un IMC > 30 kg/m² ha sido asociado con mayor incidencia de preeclampsia en poblaciones latinoamericanas, incluyendo adolescentes. (3,5,29,32)
- **Antecedentes personales o familiares:** La existencia de historia previa de preeclampsia o eclampsia, así como familiar directo con hipertensión gestacional, incrementa el riesgo en la adolescente gestante. (29,32)
- **Condiciones médicas preexistentes:** Diabetes mellitus tipo 1, síndrome de ovario poliquístico, infecciones urinarias anteriores o anemia grave pueden potenciar la probabilidad de desarrollar preeclampsia. (3)

Factores sociodemográficos y de estilo de vida

- **Nivel socioeconómico bajo y acceso limitado a atención prenatal:** Las jóvenes con recursos escasos o con control prenatal tardío presentan mayor vulnerabilidad para complicaciones hipertensivas. (4,12,29)
- **Desnutrición o nutrición inadecuada, y estilo de vida poco saludable:** Tanto la malnutrición como el exceso ponderal en gestantes adolescentes están asociados a una mayor incidencia de preeclampsia. (5)
- **Primera gestación en contexto de embarazo no planificado y asistencia prenatal deficiente:** Estas circunstancias comportan riesgo aumentado dado que el seguimiento y la detección precoz de signos de alerta pueden estar comprometidos. (4,29,33,34)

Factores genéticos y étnicos

- **Predisposición genética relacionada con genes cardiovasculares o endoteliales:** Estudios recientes identificaron nuevos loci genéticos vinculados a trastornos hipertensivos del embarazo, lo cual sugiere que la predisposición genética tiene impacto también en población joven. (35)
- **Etnia y contexto cultural:** En algunos estudios se ha observado mayor prevalencia de preeclampsia en adolescentes pertenecientes a determinados grupos étnicos o con barreras culturales para el acceso a servicios de salud. (3,29)

2.2.6 Consecuencias maternas y perinatales

La preeclampsia, eclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo afectan aproximadamente entre el 3 % y el 5 % de las gestaciones, constituyendo una causa relevante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (4)

Consecuencias maternas

En la población adolescente, la preeclampsia representa particular gravedad debido a la inmadurez biológica y a factores sociales que agravan el curso clínico. Por ello, en los embarazos adolescentes el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas aumenta, estas pueden ser: el parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, anemia e infecciones. Además, pueden llegar a producir eclampsia, edema pulmonar y coagulopatías que son potencialmente mortales en esta población. (4,36)

De igual manera, la madre puede desarrollar complicaciones sistémicas como desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia renal aguda, edema

pulmonar y disfunción cardiovascular crónica, lo que incrementa el riesgo de enfermedades cardíacas en etapas posteriores de la vida. (4)

Consecuencias fetales y perinatales

En cuanto al componente fetal y perinatal, los hijos de madres adolescentes con preeclampsia presentan frecuentemente bajo peso al nacer, prematuridad, asfixia neonatal y necesidad de ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales. Asimismo, la exposición intrauterina a un ambiente hipóxico-placentario altera el desarrollo cardiovascular, metabólico y neurológico, predisponiendo a secuelas a largo plazo. (4,37)

Por ello, la atención prenatal temprana, el control de factores de riesgo y la vigilancia obstétrica continua son pilares fundamentales para disminuir los efectos adversos materno-fetales asociados a la preeclampsia en adolescentes. (4)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación tuvo la siguiente metodología:

3.1 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño metodológico empleado en la presente investigación corresponde a un enfoque descriptivo, debido a que se efectuó un estudio detallado de los datos obtenidos de la muestra, con el propósito de determinar los factores de riesgo vinculados a la aparición de preeclampsia y eclampsia en embarazos adolescentes durante el periodo de estudio. Asimismo, se considera un estudio de tipo transversal, porque la recolección de los datos y su análisis de la se desarrollaron dentro de un rango de tiempo específico. También es de carácter retrospectivo, ya que los datos analizados corresponden a historias clínicas de pacientes atendidas entre enero de 2022 a enero de 2025. Por ello, también es un estudio no experimental, dado que se limitó a describir las características de las gestantes adolescentes detallada en el historial médico y no se modificaron variables ni se intervino directamente con los pacientes.

3.2 PERÍODO Y LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Caracterización de la zona de trabajo

País: Ecuador

Provincia: Santa Elena

Cantón: Santa Elena

Institución: Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Área: Emergencia, Consulta externa y Hospitalización

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Todas las pacientes de 10 a 19 años con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor en las áreas de emergencia, hospitalización y consulta externa, durante el periodo de enero del 2022 a enero del 2025.

Muestra

No se realizará un muestreo, ya que se utilizará la totalidad de la población como muestra del estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes de mayores o iguales de 10 años y menores de 20 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de preeclampsia y/o eclampsia dado por ginecología.
- Pacientes con datos de la historia clínica completos.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial.
- Pacientes con PA sistólica \geq a 140 mmHg o PA diastólica \geq a 90 mmHg antes de las 20 semanas de gestación.
- Pacientes con historia clínica incompleta o repetida en la base de datos.

Muestreo

En el presente estudio no se aplicó un procedimiento de muestreo; no obstante, la población fue definida mediante un proceso de selección no aleatoria. Así, los participantes incluidos cumplen estrictamente con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, sin depender de la probabilidad. Este enfoque permitió asegurar un nivel superior de confiabilidad en los resultados obtenidos.

3.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez obtenida la autorización de las autoridades responsables de la Institución Académica Superior y el Hospital participante, se procedió con la recolección de la información necesaria mediante la revisión de las historias clínicas electrónicas registradas en el sistema institucional de la casa de salud mencionada.

3.5 ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS

La información obtenida de los pacientes que integran la base de datos fue depurada y estructurada en hojas de cálculo elaboradas con el software Microsoft Excel, versión 2507. Posteriormente, los datos procesados fueron sometidos a análisis estadístico mediante la utilización del programa IBM SPSS Statistics, versión 31, con el propósito de evaluar las variables establecidas en el estudio y generar resultados estadísticamente consistentes.

3.6 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de la información se empleó la estadística descriptiva, calculando las medidas de tendencia central de las variables cuantitativas; estas fueron la edad, PA. sistólica, PA. diastólica, peso pregestacional, ganancia de peso y días de hospitalización. Además, se calcularon las frecuencias de las variables cualitativas, para determinar los factores de riesgo de preeclampsia y eclampsia más prevalentes en las gestantes adolescentes que formaron parte de la muestra y responder los objetivos planteados previamente en la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Tabla 1 Características sociodemográficas, clínicas y obstétricas.

		Frecuencia	Porcentaje		
AÑO	2022	22	30,1%		
	2023	15	20,5%		
	2024	15	20,5%		
	2025	21	28,8%		
INSTRUCCIÓN	Bachiller	1	1,4%		
	Primaria	21	28,8%		
	Secundaria	51	69,9%		
ESTADO CIVIL	Casada	4	5,5%		
	Soltera	64	87,7%		
	Unión de hecho	5	6,8%		
PROCEDENCIA	Rural	30	41,1%		
	Urbana	43	58,9%		
CONTROLES PRENATALES	Igual o más de 4	35	47,9%		
	Menos de 4	38	52,1%		
ESTADO NUTRICIONAL	No registra	32	43,8%		
	Bajo peso	2	2,7%		
	Normal	6	8,2%		
	Sobrepeso	33	45,2%		
ANTECEDENTES FAMILIARES	Hipertensión	7	9,6%		
	Hipertensión y Diabetes	9	12,3%		
	Hipertensión y Preeclampsia	1	1,4%		
	Hipertensión e Insuf. renal	1	1,4%		
	Hipertensión y Cáncer	1	1,4%		
	Ninguno	54	74,0%		
Total		73	100,0%		
VARIABLES NUMÉRICAS					
Variable	N	Media	Desv. Std	Mínimo	Máximo
Edad	73	17,03	1,54	13	19
PA. Sistólica	73	149,11	15,21	130	220
PA. Diastólica	73	98,15	13,32	60	140
Peso Pregestacional	41	70,11	12,53	48,0	94,6
Ganancia de peso	41	7,17	1,76	5,1	12,1
Hospitalización (días)	73	3,12	1,65	1	8
N Perdido	32				

Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta

Análisis: En la tabla previa se observan las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de la población del estudio. La muestra fue conformada por 73 gestantes con trastornos hipertensivos, los casos de preeclampsia y eclampsia ocurrieron un 30,1% (n=22) en el año 2022, seguido del 2025 con un 28,8% (n=21), el 2023 (n=15) y 2024 (n=15) ambos con el 20,5%. Sobre el nivel de instrucción el 69,9% estudiaron hasta la secundaria (n=51), el 28,8% alcanzaron hasta la primaria (n=21) y el 1,4% culminó el bachillerato (n=1). En lo referente al estado civil, eran solteras el 87,7% (n=64), con unión de hecho el 6,8% (n=5) y casadas el 5,5% (n=4). Según la procedencia, el 58,9% provenían de zonas urbanas (n=43) y el 41,1% de zonas rurales (n=30). De acuerdo con las características clínicas, tuvieron menos de cuatro controles prenatales el 52,1% (n=38) e igual o más de cuatro controles el 47,9% (n=35). Generalmente tenían sobrepeso en el 45,2% (n=33) de los casos, no registraron datos sobre peso y talla un 43,8% (n=32), tuvieron un peso normal el 8,2% (n=6) y bajo peso el 2,7% (n=2). Los antecedentes familiares presentes en las pacientes fueron la hipertensión con el 9,6% (n=7), la coexistencia de hipertensión y diabetes se evidenció en el 12,3% (n=9), la preeclampsia (n=1), insuficiencia renal (n=1) y cáncer familiar con hipertensión (n=1) afectaron el 1,4% de la muestra, cada una. La edad media fue de $17,03 \pm 1,54$ años de edad con una edad máxima de 19 años y mínima de 13 años. La presión arterial sistólica media fue de 149,11 mm Hg con un máximo de 220 y mínimo de 130; y la presión arterial diastólica media de 98,15 mm Hg con un máximo de 140 y un mínimo de 60. El peso pregestacional medio fue de 70,11 kg cuyo valor máximo fue 94,6 kg y mínimo

48 kg. La media de los días de hospitalización fue de 3,12 días con máximo 8 días y mínimo 1 día.

Tabla 2 Predisposición de Preeclampsia y Eclampsia.

		Frecuencia	Porcentaje
TRASTORNO HIPERTENSIVO	Eclampsia	12	16,4%
	Preeclampsia	61	83,6%
Total		73	100,0%

Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta

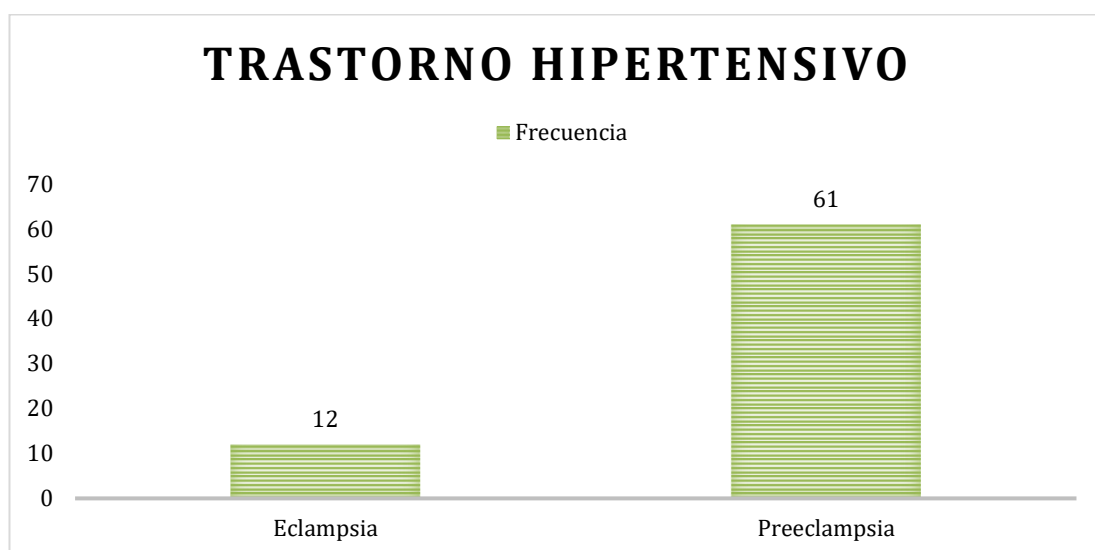


Gráfico 1 Predisposición de Preeclampsia y Eclampsia.

Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta

Análisis: En la tabla y gráfico previos se evidencia la predisposición de los trastornos hipertensivos en gestantes, la preeclampsia se presentó en el 83,6% (n=61) y la eclampsia el 16,4% restante (n=12).

Tabla 3 Factores de riesgo socioeconómicos en eclampsia y preeclampsia.

		ECLAMPSIA	PREECLAMPSIA	Total
GRUPO ETARIO	10 a 14 años	1 (8,3%)	4 (6,6%)	5 (6,8%)
	15 a 19 años	11 (91,7%)	57 (93,4%)	68 (93,2%)
Total		12	61	73
INSTRUCCIÓN	Bachillerato	0	1 (1,6%)	1 (1,4%)
	Primaria	4 (33,3%)	17 (27,9%)	21 (28,8%)
	Secundaria	8 (66,7%)	43 (70,5%)	51 (69,9%)
Total		12	61	73
ESTADO CIVIL	Casada	1 (8,3%)	3 (4,9%)	4 (5,5%)
	Soltera	10 (83,3%)	54 (88,5%)	64 (87,7%)
	Unión de Hecho	1 (8,3%)	4 (6,6%)	5 (6,8%)
Total		12	61	73
PROCEDENCIA	Rural	4 (33,3%)	26 (42,6%)	30 (41,1%)
	Urbana	8 (66,7%)	35 (57,4%)	43 (58,9%)
Total		12	61	73

*Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta*

Análisis: En la tabla anterior se presentan los factores de riesgo socioeconómicos de las gestantes con trastornos hipertensivos. Las gestantes diagnosticadas con eclampsia correspondieron mayormente al grupo de 15 a 19 años en un 91,7% (n=11) y el 8,3% (n=1) restante correspondieron al grupo de 10 a 14 años; el nivel académico más común alcanzado fue la secundaria en el 66,7% (n=8), seguido de la primaria en el 33,3% (n=4); la mayoría estaban solteras en el 83,3% (n=10) y provenían de zonas urbanas en el 66,7% (n=8). En las gestantes con preeclampsia, el grupo etario de 15 a 19 años predominó con el 93,4% (n=57) y las pacientes de 10 a 14 años conformaron el 6,6% (n=4) restante; el nivel de instrucción que predominó fue la secundaria en el 70,5% (n=43), seguido de la primaria en el 27,9% (17) y el bachillerato en el 1,6% (n=1); generalmente con estado civil soltero en el 88,5% (n=54); y con frecuencia procedían de entornos urbanos en el 57,4% (n=35).

Tabla 4 Factores de riesgo clínico-obstétricos en eclampsia y preeclampsia.

		ECLAMPSIA	PREECLAMPSIA	Total
PRIMIGESTA	No	1 (8,3%)	15 (24,6%)	16 (21,9%)
	Si	11 (91,7%)	46 (75,4%)	57 (78,1%)
Total		12	61	73
CONTROL PRENATAL OPTIMO	Si	8 (66,7%)	27 (44,3%)	35 (47,9%)
	No	4 (33,3%)	34 (55,7%)	38 (52,1%)
Total		12	61	73
A PARTIR DE LA SEMANA 36	Si	6 (50,0%)	46 (75,4%)	52 (71,2%)
	No	6 (50,0%)	15 (24,6%)	21 (28,8%)
Total		12	61	73
ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL	No Registra	8 (66,7%)	24 (39,3%)	32 (43,8%)
	Bajo Peso	0	2 (3,3%)	2 (2,7%)
	Normal	2 (16,7%)	4 (6,6%)	6 (8,2%)
	Sobrepeso	2 (16,7%)	31 (50,8%)	33 (45,2%)
Total		12	61	73
MALNUTRICION	No Registra	8 (66,7%)	24 (39,3%)	32 (43,8%)
	No	2 (16,7%)	4 (6,6%)	6 (8,2%)
	Si	2 (16,7%)	33 (54,1%)	35 (47,9%)
Total		12	61	73
ANEMIA	No	4 (33,3%)	25 (41,0%)	29 (39,7%)
	Si	8 (66,7%)	36 (59,0%)	44 (60,3%)
Total		12	61	73
INFECCIÓN UROGENITAL	No	10 (83,3%)	55 (90,2%)	65 (89,0%)
	Si	2 (16,7%)	6 (9,8%)	8 (11,0%)
Total		12	61	73
EMBARAZO MÚLTIPLE	No	12 (100%)	60 (98,4%)	72 (98,6%)
	Si	0	1 (1,6%)	1 (1,4%)
Total		12	61	73
ANTECEDENTE FAMILIAR HTA	No	11 (91,7%)	43 (70,5%)	54 (74,0%)
	Si	1 (8,3%)	18 (29,5%)	19 (26,0%)
Total		12	61	73

Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta

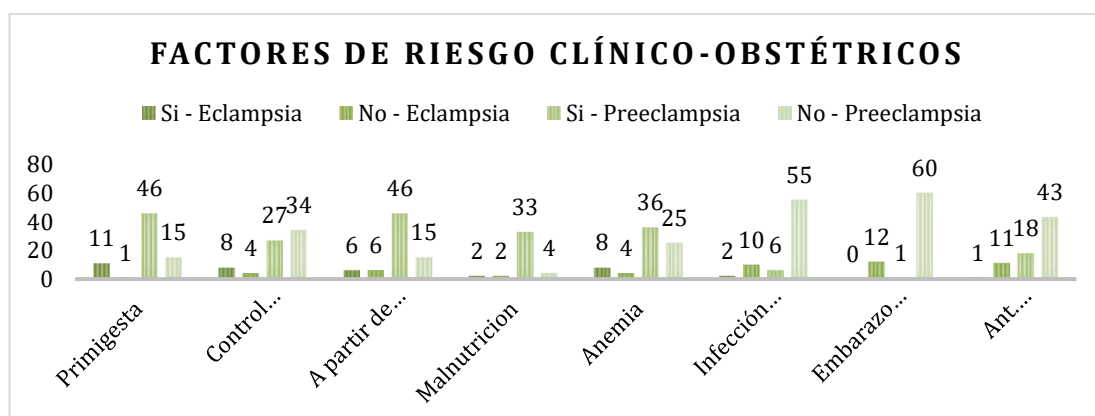


Gráfico 2 Factores de riesgo clínico-obstétricos en eclampsia y preeclampsia.

Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta

Análisis: En la tabla previa se definen los factores de riesgo clínicos y obstétricos en las gestantes con trastornos hipertensivos. Se evidenció que ser primigesta fue un factor de riesgo prevalente en las pacientes con preeclampsia en un 75,4% (n=46) y en las que presentaron eclampsia con el 91,7% (n=11) de las gestantes con esta patología. En las gestantes con preeclampsia se evidenció, en un 55,7% (n=34) una cantidad insuficiente de controles prenatales menos de cuatro. En gestantes con eclampsia, predominó la cantidad de controles prenatales óptimos, teniendo un 66,7% (n=8) de cuatro o más controles. En preeclampsia, la edad gestacional más frecuente al momento del evento fue mayor a las 36 semanas en el 75,4% (n=46), pero en eclampsia no se encontró diferencia entre el desarrollo del trastorno hipertensivo antes (n=6) o después de las 36 semanas (n=6), representando ambos el 50% de estas pacientes. El sobrepeso pregestacional representó un factor de riesgo prevalente en las pacientes con preeclampsia en el 50,8% (n=31) de los casos, sin embargo, en pacientes con eclampsia este factor no fue calculable porque un 66,7% (n=8) no registraba valores de peso y talla en el historial clínico. Así, la malnutrición fue factor de riesgo de preeclampsia en el 54,1% de las pacientes. La anemia fue prevalente en ambos trastornos hipertensivos, estuvo presente en el 59% (n=36) de las gestantes con preeclampsia y en el 66,7 (n=8) de las que desarrollaron eclampsia. En pacientes con preeclampsia sólo el 9,8% (n=6) presentó infección urogenital y en pacientes con eclampsia el 16,7% (n=2). El embarazo múltiple como factor de riesgo, no se evidenció en gestantes con eclampsia y sólo representó el 1,6% (n=1) de las gestantes con preeclampsia. El antecedente familiar de hipertensión estuvo presente en el 29,5% (n=18) de

las pacientes con preeclampsia y en el 8,3% (n=1) de aquellas que desarrollaron eclampsia.

Tabla 5 Complicaciones en gestantes con eclampsia y preeclampsia.

		ECLAMPسيا	PREECLAMPسيا	Total
INGRESO A UCI	No	2 (16,7%)	53 (86,9%)	55 (75,3%)
	Si	10 (83,3%)	8 (13,1%)	18 (24,7%)
Total		12	61	73
COMPLICACIONES MATERNAS	No	0	24 (39,3%)	24 (32,9%)
	Si	12 (100,0%)	37 (60,7%)	49 (67,1%)
Total		12	61	73
COMPLICACIONES PRENATALES	No	8 (66,7%)	44 (72,1%)	52 (71,2%)
	Si	4 (33,3%)	17 (27,9%)	21 (28,8%)
Total		12	61	73
CESAREA	No	3 (25%)	18 (29,5%)	21 (28,8%)
	Si	9 (75%)	43 (70,5%)	52 (71,2%)
Total		12	61	73
ESTADÍA HOSPITALARIA LARGA	No	7 (58,3%)	53 (86,9%)	60 (82,2%)
	Si	5 (41,7%)	8 (13,1%)	13 (17,8%)
Total		12	61	73

Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta

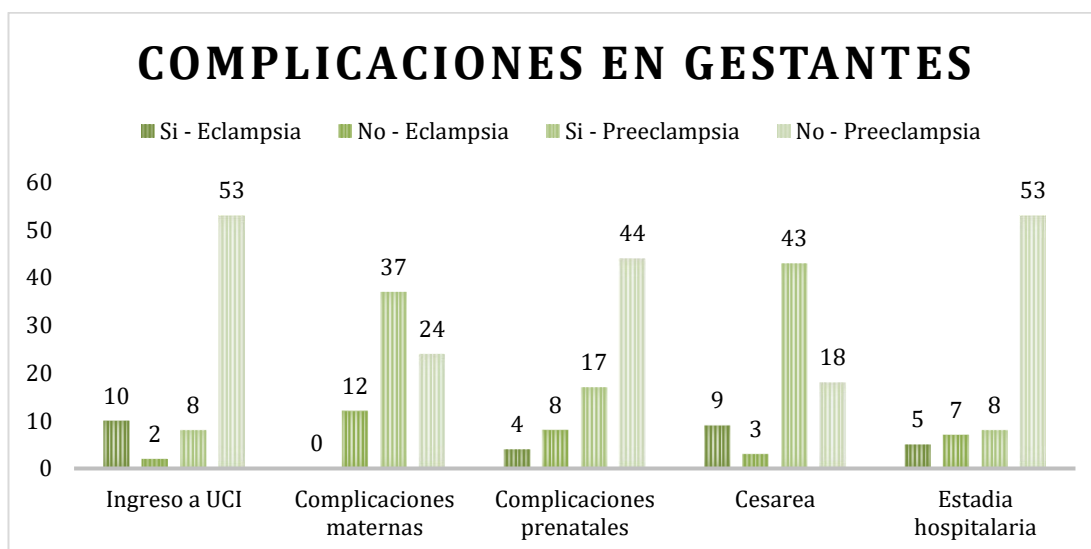


Gráfico 3 Complicaciones en gestantes con eclampsia y preeclampsia.

Fuente: Base de datos estadísticos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
Realizado por: S. Loor y A. Titusunta

Análisis: En la tabla anterior se resumen las complicaciones en las gestantes con trastornos hipertensivos. Se observó un predominio de los ingresos a UCI en un 83,3% (n=10) de las gestantes con eclampsia, pero sólo se presentó en el 13,1% (n=8) de las gestantes con preeclampsia. Las complicaciones maternas se evidenciaron en el 100% (n=12) de las gestantes con eclampsia y en el 60,7% (n=37) de las pacientes con preeclampsia. Las complicaciones prenatales sólo se presentaron en el 33,3% (n=4) de las pacientes con eclampsia y el 27,9% (n=17) de aquellas con preeclampsia. La mayoría de los embarazos con eclampsia terminaron en cesárea en el 75% (n=9), al igual que en las gestantes con preeclampsia en un 70,5% (n=43). En gestantes con eclampsia se evidenció una larga estadía hospitalaria en el 41,7% (n=5) y en pacientes con preeclampsia representó el 13,1% (n=8) de los casos.

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio estuvo conformado por 73 gestantes adolescentes que presentaron trastornos hipertensivos entre 10 a 19 años durante el periodo desde el 2022 al 2025. Predominaron los casos de preeclampsia y sobre la eclampsia se evidenció en apenas el 16,4% de la muestra. La edad media fue de $17,03 \pm 1,54$ años. La mayor parte alcanzó una educación secundaria (60,9%), eran solteras (87,7%) y procedían de entornos urbanos (58,9%). Clínicamente tenían sobrepeso el 45,2% de las gestantes, la coexistencia de la hipertensión y la diabetes mellitus ocurrió en el 12,3%. La presión arterial sistólica media fue de 149,11 mm Hg y la diastólica media de 98,15 mm Hg. El peso pregestacional medio estuvo en los 70,11 kg con una ganancia media de 7,17 kg. La media de los días de hospitalización fue de 3,12 días. Estos resultados concuerdan parcialmente con el estudio de Gul, et al., en el que la población tuvo un rango de edad de 15 a 19 años, una edad media de $17,71 \pm 0,92$ años. Peso medio de $64,91 \pm 3,01$ kg. Pero difieren de la investigación de Pacheco, et al., debido a que en su investigación predomina el bajo peso en gestantes con preeclampsia.

Acerca de la predisposición de los trastornos hipertensivos en gestantes adolescentes, fue más frecuente la preeclampsia (83,6%), por otro lado, la eclampsia corresponde al 16,4% de la muestra. Lo cual concuerda con la investigación de Pacheco, et al., y el trabajo de Aziz y Salam, en los cuales obtuvieron una incidencia mayor de preeclampsia y eclampsia en el embarazo adolescente que en el de gestantes adultas. Pero difiere del trabajo de Gul, et al., porque el desarrollo de eclampsia en las gestantes adolescentes estudiadas fue mínimo de apenas el 4%.

Fueron considerados factores socioeconómicos prevalentes en embarazadas con preeclampsia y eclampsia al grupo etario de 15 a 19 años, la instrucción secundaria, estado civil soltero y procedencia urbana, aunque con muy poca diferencia de la rural. Esta información concuerda con el estudio de González, et al., en el que se destacaron el bajo nivel socioeconómico y la falta de apoyo social como factores prevalentes en pacientes con preeclampsia y eclampsia. También concuerda con los resultados de la investigación realizada por Gulhan, et al., en el que el nivel socioeconómico y grado de educación fueron variables frecuentes observadas en el embarazo adolescente.

Con relación a los factores clínico-obstétricos de eclampsia y preeclampsia se observó predominio en de estos trastornos en primigestas, con menos de 4 controles prenatales, con malnutrición y anemia. La infección urogenital fue menos frecuente y se observó en el 16,7% de las pacientes con eclampsia y en el 9,8% de las que manifestaron preeclampsia. El antecedente familiar de hipertensión fue más prevalente en gestantes con preeclampsia. Lo anterior expuesto concuerda con el estudio de González, et al., porque considera un factor de riesgo importante la alimentación inadecuada o malnutrición en esta población.

Por último, las complicaciones más comunes en embarazos adolescentes con preeclampsia fueron el parto por cesárea y complicaciones de tipo maternas entre las que destacaron la anemia y el síndrome de HELLP. En el caso de la eclampsia se observó un predominio de ingreso a la UCI, complicaciones maternas como síndrome de HELLP e infecciones, la necesidad de cesárea de emergencia y el aumento en la estancia hospitalaria. Estos resultados difieren de la investigación de González, et al., al considerar al parto

prematura y bajo peso al nacer como complicaciones clínicas más comunes en su población. De la misma manera difiere de Gulhan, et al., porque se consideran al parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad fetal como complicaciones frecuentes en gestantes adolescentes con trastornos hipertensivos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los trastornos hipertensivos continúan siendo una enfermedad prevalente, presentándose la preeclampsia en el 83,6% y la eclampsia en el 16,4 de los embarazos adolescentes estudiados. Se observó una PA Sistólica media de 149,11 mm Hg y una PA Diastólica media de 98,15 mm Hg.
- La preeclampsia y eclampsia afectan a gestantes adolescentes con una edad media de $17,03 \pm 1,54$ años, es más frecuente en solteras que proceden de entornos urbanos y alcanzan la educación secundaria.
- Los factores clínico-obstétricos que predominaron en gestantes con preeclampsia y/o eclampsia fueron ser primigesta, controles prenatales insuficientes, malnutrición, anemia y el antecedente familiar de hipertensión.
- Se consideraron a las complicaciones de preeclampsia al parto por cesárea y otras complicaciones maternas como la anemia y el síndrome de HELLP; entre las complicaciones frecuentes de eclampsia predominaron el ingreso a UCI, cesárea de emergencia, el aumento de la estadía hospitalaria y otras complicaciones maternas como el síndrome de HELLP.

5.2 RECOMENDACIONES

- Reforzar las estrategias de atención primaria en salud destinados a adolescentes, priorizando la captación temprana de embarazadas con la finalidad de asegurar el acceso a controles prenatales y prestaciones oportunas, integrales y de calidad.
- Incentivar la formación y dinamización de programas de educación sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, abarcando temas importantes como prevención del embarazo, signos de alarma durante la gestación y la importancia del control prenatal.
- Se recomienda promover la acción conjunta multisectorial, para disminuir la vulnerabilidad de las gestantes adolescentes y mejorar determinantes como la pobreza, el acceso a la educación y a la atención médica.
- Se invita a realizar futuros estudios de tipo analítico y multicéntrico sobre esta problemática con el fin de explicar la relación causal de los factores identificados en esta población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stitterich N, Shepherd J, Koroma MM, Theuring S. Risk factors for preeclampsia and eclampsia at a main referral maternity hospital in Freetown, Sierra Leone: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 2;21(1):413. doi:10.1186/s12884-021-03874-7
2. Karrar S, Martingano D, Hong P. Stat Pearls Publishing. 2024. Preeclampsia.
3. Rojas Reyes KJ. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes adolescentes. Revisión sistemática. [Trabajo de Titulación]. [Azoguez]: Universidad Católica de Cuenca; 2024.
4. González Verdezoto TA, Ajitimbay Muñoz JM, Ortega Maroto GN. Preeclampsia y embarazo en adolescentes: factores de riesgo, repercusiones clínicas y socioeconómicas. *Medicent Electrón*. 2024 Nov 24;28.
5. Paredes-García JI, Salcedo-Cuadrado JJ, Maldonado-Rengel R. Factores de riesgo predisponentes al desarrollo de preeclampsia y eclampsia en el embarazo. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*. 2023 Sep 5;37(2). doi:10.24875/PER.23000003
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Síndrome de preeclampsia. In: *Williams Obstetricia*, 26e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2021. Available from: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1192302872

7. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica [Internet]. La Caracola Editores. Dirección Nacional de Normalización, editor. Quito: Editogran S.A.; 2013. 1–49 p. Available from: www.salud.gob.ec
8. Organización Mundial de la Salud. WHO Web site. 2025. Preeclampsia.
9. Fuentes Aguilera CT, Espinoza Troya JI, Zea Pin VA, Choéz Macías JV. Eclampsia en embarazo pretérmino, causas, sintomatología y métodos de prevención. RECIAMUC. 2023 Apr 13;7(2):143–9. doi:10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.143-149
10. Magdalena Moreira-Flores MI, Soledad Montes-Vélez RI. Incidence and severity of preeclampsia in Ecuador Incidência e gravidade da pré-eclâmpsia no Equador. Dominio de las Ciencias. 2022 Mar;8(1):876–84. doi:10.23857/dc.v8i41.2528
11. Machano MM, Joho AA. Prevalence and risk factors associated with severe pre-eclampsia among postpartum women in Zanzibar: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2020 Dec 4;20(1):1347. doi:10.1186/s12889-020-09384-z
12. Macedo TCC, Montagna E, Trevisan CM, Zaia V, de Oliveira R, Barbosa CP, et al. Prevalence of preeclampsia and eclampsia in adolescent pregnancy: A systematic review and meta-analysis of 291,247 adolescents worldwide since 1969. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2020 May; 248:177–86. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.03.043

13. Velumani V, Durán Cárdenas C, Hernández Gutiérrez LS. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. Revista de la Facultad de Medicina. 2021 Sep 1;64(5):7–18. doi:10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02
14. Aziz A, Salam A. Maternal Outcomes in Teenagers with Preeclampsia: A Comparative Analysis Study Introduction. Asian Journal of Healthy and Science [Internet]. 2024 Oct;3(10):265–71. Available from: <https://ajhsjournal.ph/index.php/gp>
15. Gul H, Shandana S, Depar R, Fatima K, Javed A. Frequency of Eclampsia in Teenage Pregnancy Presenting to Khyber Teaching Hospital Peshawar. J Neonatal Surg. 2024 Dec 3;13(1):1355–8. doi:10.63682/jns.v13i1.9280
16. Pacheco Ramos E, Vásquez Ávila J, Galdos-Bejar M, Yhuri Carreazo N. Riesgo de preeclampsia en primigestas adolescentes en un hospital de la región de Junín en la sierra peruana. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2024 Oct 3;70(3). doi:10.31403/rpgo.v70i2657
17. Organización Mundial de la Salud. WHO Website. 2024. Embarazo adolescente.
18. Cevallos Mendoza M, Moreira A, Burga S, Chiluisa M, Zamora A. Review on adolescent pregnancy and social implications. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2024 Jun 29;24(2):156–65. doi:10.25176/RFMH.v24i2.6207

19. Manosalvas M, Guerra K, Huitrado C. Cambios en la prevención del embarazo adolescente en Ecuador. *Rev Mex Sociol.* 2022 Jun 27;84(3):685–716. doi:10.22201/iis.01882503p.2022.3.60322
20. Carreño-Meléndez J, Mota-González C, Sánchez-Bravo C. El embarazo adolescente: un error o un deseo cumplido. *Revista Perinatología y Reproducción Humana.* 2023 Sep 5;37(2). doi:10.24875/PER.23000008
21. Cuba Sancho JM, Ochoa Camac KA. Factores familiares que predisponen el embarazo adolescente en América Latina y El Caribe, 2009-2019. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2022 Feb 17;23. doi:10.11144/Javeriana.ie23.ffpe
22. Jimenez Zarate M, Zambrano Acosta JM, Chica Chica LF. Orientación familiar y embarazo adolescente no deseado: retos, desafíos y oportunidades para su prevención. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS.* 2024 Apr 1;6(2):316–29. doi:10.59169/pentaciencias.v6i2.1057
23. Cusme Espinoza MN, Ríos Saavedra I del R. Estrategia Educativa para la Prevención del Embarazo Adolescente. *MQR Investigar.* 2023 Feb 13;7(1):2038–52. doi:10.56048/MQR20225.7.1.2023.2038-2052
24. Ahuanlla Anco M, Unocc Pacheco SN, Cornejo Cavero ES, Astudillo Rojas RV, Llallico Ricse CR, Álvarez Huari MY. Embarazo en la Adolescencia: Factores de Riesgo, Consecuencias y Actividades de Prevención. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar.* 2023 Sep 25;7(4):9134–50. doi:10.37811/cl_rcm.v7i4.7617

25. Velumani V, Durán Cárdenas C, Hernández Gutiérrez LS. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. Revista de la Facultad de Medicina. 2021 Sep 1;64(5):7–18. doi:10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02
26. Roberts JM. Preeclampsia epidemiology(ies) and pathophysiology(ies). Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2024 Jun; 94:102480. doi:10.1016/j.bpobgyn.2024.102480
27. Briones Garduño JC, Flores Cánovas Y, Anaya Herrera J, Díaz de León Ponce M, Sevilla Cano AE, Briones Vega CG. Eclampsia. Revista CONAMED. 2022;27(S1):s14-19. doi:10.35366/108518
28. Criollo Rodríguez AJ, Díaz Del Pino AM, Andrade Cordero NDC, Ruiz Vega JS. Eclampsia sin hipertensión arterial: paradoja diagnóstica en la práctica Gineco-Obstétrica. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación. 2025 May 29;9(58):347–62.
29. Magley M, Hinson M. Stat Pearls Publishing. 2024. Eclampsia.
30. Muñoz Ramón JE. Factores de riesgo que influyen al desarrollo de preeclampsia en adolescentes gestantes. [Proyecto de Titulación]. [La Troncal]: Universidad Católica de Cuenca; 2024.
31. Pramesti LA, Hidayat F. Science Midwifery The rate of preeclampsia incidence in early pregnancy. Science Midwifery [Internet]. Online; 2023. Available from:

www.midwifery.iocspublisher.orgJournalhomepage:www.midwifery.iocspublisher.org

32. Ayala-Ramírez P, Serrano N, Barrera V, Bejarano JP, Silva JL, Martínez R, et al. Risk factors and fetal outcomes for preeclampsia in a Colombian cohort. *Heliyon*. 2020 Sep;6(9):e05079. doi:10.1016/j.heliyon.2020.e05079
33. Nneka C, -Emaimo J, Emaimo AJ. *European Journal of Science, Innovation and Technology Insights into the Importance of Regular Antenatal Care Visits for Improving Delivery Outcomes in Pregnant Patients: A Cross-Sectional Study [Internet]*. Available from: www.ejsit-journal.com
34. Ranatunga IDJC, Jayaratne K. Proportion of unplanned pregnancies, their determinants and health outcomes of women delivering at a teaching hospital in Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Dec 5;20(1):667. doi:10.1186/s12884-020-03259-2
35. Tyrmi JS, Kaartokallio T, Lokki AI, Jääskeläinen T, Kortelainen E, Ruotsalainen S, et al. Genetic Risk Factors Associated With Preeclampsia and Hypertensive Disorders of Pregnancy. *JAMA Cardiol*. 2023 Jul 1;8(7):674. doi:10.1001/jamacardio.2023.1312
36. Duran MN, Pek E, Demir SS, Karacaer KÖ, Demir B. Maternal and fetal risks associated with teenage pregnancy - a comparative retrospective study in Turkey. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2024 Dec 31;44(1). doi:10.1080/01443615.2024.2364787

37. Huang C, Wei K, Lee PMY, Qin G, Yu Y, Li J. Maternal hypertensive disorder of pregnancy and mortality in offspring from birth to young adulthood: national population-based cohort study. *BMJ*. 2022 Oct 19;379:e072157. doi:10.1136/bmj-2022-072157



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Loor Cedeño, Sheyla Nicolle**, con C.C: # **1315479681** y **Titusunta Sánchez, Angie María**, con C.C: # **0925325375** autoras del trabajo de titulación: **Factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2022–2025** 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, **1 de mayo de 2026**

f. _____

Nombre: **Loor Cedeño, Sheyla Nicolle**

C.C: **1315479681**

f. _____

Nombre: **Titusunta Sánchez, Angie María**

C.C: **0925325375**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2022–2025.		
AUTOR(ES)	Sheyla Nicolle, Loor Cedeño Angie María, Titusunta Sánchez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Liliana Teresa, Moncayo Jácome		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo de 2026	No. DE PÁGINAS:	42
ÁREAS TEMÁTICAS:	Epidemiología - Salud Pública - Medicina del Adolescente		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Preeclampsia – Eclampsia - Factores de Riesgo – Embarazo en la Adolescencia - Atención Prenatal - Salud Materna		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: La preeclampsia y la eclampsia son trastornos hipertensivos en el embarazo, considerados causas importantes de morbilidad materna y neonatal a nivel mundial. El riesgo aumenta en los embarazos adolescentes a causa de diversos factores biológicos, sociales y económicos que afectan a esta población. Objetivo general: Identificar los factores asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante 2022 a 2025. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y no experimental. Resultados: Se estudiaron 73 gestantes adolescentes, el 83,6% presentaron preeclampsia y 16,4% desarrollaron eclampsia. La edad media fue de 17,03 ± 1.54 años, la PA Sistólica media fue de 149,11 mm Hg, la PA Diastólica media de 98,15 mm Hg y la media de los días de hospitalización fue de 3,12 ± 1,65 días. Fue más frecuente la durante la secundaria (69,9%) y primaria (28,8%); con estado civil soltero (87,7%), el 58,9% residían en zonas urbanas y 41,1% en zonas rurales. Entre los factores clínico-obstétricos el 78,1 fueron primigestas, 52,1% tuvo un control prenatal óptimo y el 60,3% presentó anemia. Las complicaciones fueron maternas y culminación del parto en cesárea. Conclusión: Los factores que predominaron en gestantes con preeclampsia y/o eclampsia fueron ser primigesta, tener controles prenatales insuficientes, malnutrición, anemia y el antecedente familiar de hipertensión. Entre las complicaciones generales estuvieron el parto por cesárea y otras complicaciones maternas como la anemia y el síndrome de HELLP.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-982952506 / +593-991096331	E-mail: nicolleloorc@outlook.es sheyla.loor@cu.ucsg.edu.ec angie.titusunta@gmail.com angie.titusunta@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio Teléfono: +593997572784 E-mail: andres.ayon@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):			