

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

INCIDENCIA DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE
TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA
ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Guina Lizbeth Amachi Maquera

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**INCIDENCIA DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE
TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA
ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016**

TESIS

Presentada por:

BACH. GUINA LIZBETH AMACHI MAQUERA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por unanimidad, ante el siguiente Jurado:

Dra. Rinna Pilco Velásquez
Presidenta

Dra. Gema Sologuren García
Secretaria

Dra. Carmen Linares Torres
Miembro

Obst. Silvia Mamani Ramos
Asesora de tesis

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación va dedicado a Dios por darme fuerzas para seguir adelante, por fortalecer mi corazón e iluminarme con su gracia divina.

A mis padres por su apoyo, consejos, amor y comprensión; por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar, por formarme como persona en base a valores y principios para conseguir mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, en especial a la escuela profesional de obstetricia y su plana docente por darme la oportunidad de formarme como profesional en base a valores y principios.

A mi familia por su apoyo incondicional y que hicieron creer en mí que todo es posible en la vida, quienes han sido fuente de inspiración por su amor entrega y comprensión.

A mi asesora de tesis: Obst. Silvia Mamani Ramos, por su paciencia, amabilidad y apoyo en la concretización del presente trabajo de investigación.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema	3
1.2. Formulación del problema.....	7
1.2.1. Problema general.....	7
1.2.2. Problemas específicos	7

1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Justificación de la investigación	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	11
2.2. Base teórica.....	23
2.2.1. Trastornos hipertensivos del embarazo	23
A. Hipertensión arterial crónica	24
B. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida...	24
C. Hipertensión gestacional.....	25
D. Preeclampsia.....	25
E. Eclampsia.....	27
2.2.2. Etiopatogenia de la preeclampsia.....	28

2.2.3. Factores de riesgo asociados a preeclampsia.....	30
2.2.4. Cuadro clínico	30
2.2.5. Diagnóstico.....	32
2.2.6. Exámenes auxiliares	32
2.2.7. Manejo general de la preeclampsia y eclampsia.....	33
2.2.8. Complicaciones de la preeclampsia.....	38
A. Maternas.....	38
B. Perinatales.....	39
2.2.9. Incidencia.....	39
A. Incidencia de preeclampsia en el mundo	41
B. Incidencia de preeclampsia en el Perú.....	41
C. Mortalidad materna debida a preeclampsia.....	41
2.3. Definición de términos	42

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación	43
3.2. Diseño de la investigación	43
3.3. Población y ámbito de estudio	44
3.3.1. Población de estudio.....	44
3.3.2. Muestra	44
3.3.3. Criterios de inclusión.....	45
3.3.4. Criterios de exclusión.....	45
3.3.5. Unidad de análisis	45
3.4. Variables y operacionalización.....	46
3.4.1. Variable independiente.....	46
3.4.2. Variable dependiente.....	46
3.4.3. Operacionalización de variables.....	47
3.5. Procedimiento de recolección de datos.....	50
3.5.1. Instrumento de recolección de datos.....	50

3.5.2. Técnica y métodos de recolección de datos.....	51
3.5.3. Aspectos éticos.....	51
3.5.4. Procesamiento de datos.....	52

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados según incidencia.....	54
4.2. Resultados según características sociodemográficas.....	56
4.3. Resultados según características obstétricas.....	66
4.5. Resultados según complicaciones fetales.....	78
4.6. Resultados según complicaciones perinatales.....	80
DISCUSIÓN.....	82
CONCLUSIONES.....	89
RECOMENDACIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS.....	104

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2016.	54
Tabla 2: Edad de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	56
Tabla 3: Grado de instrucción de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	58
Tabla 4: Residencia de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	60

Tabla 5:	Estado civil de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	62
Tabla 6:	Ocupación de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	64
Tabla 7:	Paridad de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	66
Tabla 8:	Número de controles prenatales en las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	68
Tabla 9:	Clasificación por edad gestacional en las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	70

Tabla 10:	Antecedente personal de preeclampsia en las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	72
Tabla 11:	Antecedente de aborto en gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	74
Tabla 12:	Índice de masa corporal en gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	76
Tabla 13:	Complicaciones fetales de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	78
Tabla 14:	Complicaciones perinatales de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2016.	55
Gráfico 2: Edad de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	57
Gráfico 3: Grado de instrucción de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	59
Gráfico 4: Residencia de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	61
Gráfico 5: Estado civil de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	63

Gráfico 6:	Ocupación de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	65
Gráfico 7:	Paridad de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	67
Gráfico 8:	Número de controles prenatales en las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	69
Gráfico 9:	Clasificación por edad gestacional en las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	71

Gráfico 10:	Antecedente personal de preeclampsia en las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	73
Gráfico 11:	Antecedente de aborto en gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	75
Gráfico 12:	Índice de masa corporal en gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	77
Gráfico 13:	Complicaciones fetales de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	79
Gráfico 14:	Complicaciones perinatales de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.	81

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	105
Anexo 2: Autorización del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para la recolección de datos	107

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de determinar la incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016; se realizó una investigación de tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 221 pacientes hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia cuya finalización del parto fue cesárea. Los resultados indican que la incidencia de gestantes con preeclampsia cuyo parto terminó por vía abdominal, es de 75,43 % presentándose en su mayoría entre las edades de 21 a 34 años con 42,53 %, un 64,71 % provenían de zona urbana, la mayoría son convivientes (73,30 %), nulíparas con 39,37 %; hubo un mayor porcentaje de controles prenatales insuficientes con 47,96 % y se halló sobrepeso en las gestantes con 54,30 %. Las principales complicaciones fetales fueron sufrimiento fetal agudo (12,67 %), óbito fetal (4,52 %), RCIU (7,24 %) y dentro de las complicaciones neonatales se encontró: prematuridad (18,10 %), síndrome de dificultad respiratoria (8,60 %), síndromes metabólicos (7,69 %) y muerte neonatal (5,43 %).

Palabras clave: incidencia, preeclampsia, cesárea

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of determining the incidence of preeclampsia pregnant women who completed cesarean section at Hospital Santa Rosa of Puerto Maldonado, 2016; a descriptive, non-experimental, cross-sectional investigation was carried out. The sample consisted of 221 hospitalized patients diagnosed with preeclampsia whose delivery was cesarean. The results indicate that the incidence of pregnant women with preeclampsia whose delivery was terminated by the abdominal route is 75,43 %, with the majority being between the ages of 21 and 34 years old, with 42,53 %, 64,71 % coming from urban areas, The majority are cohabiting (73,30 %), nulliparous with 39,37 %; There was a greater percentage of prenatal controls insufficient with 47,96 % and was found to be overweight in the pregnant women with 54,30 %. The main fetal complications were acute fetal distress (12,67 %), fetal death (4,52 %), RCIU (7,24 %) and neonatal complications: prematurity (18,10 %), respiratory distress (8,60 %), metabolic syndromes (7,69 %) and neonatal death (5,43 %).

Keywords: incidence, preeclampsia, cesarean section

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo traen consigo una serie de complicaciones maternas y fetales, afectando alrededor del 10 % de las embarazadas de todo el mundo convirtiéndose en un problema de salud pública.

A escala mundial, cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50 000 muertes maternas y 900 000 perinatales (1).

Según la Organización Mundial de la Salud a este grupo de enfermedades y afecciones incluye la preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional y la hipertensión crónica. Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad aguda grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En Asia y África, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones (2).

Entre los trastornos hipertensivos la preeclampsia sobresale por su impacto en la salud materna y neonatal. Es una de las causas principales de morbilidad maternas y perinatales en todo el mundo.

Así mismo estas patologías pueden ser controladas mediante un manejo adecuado o una detección temprana de la población de gestantes en riesgo reduciendo de esa manera los efectos perjudiciales que conlleva la hipertensión inducida por el embarazo.

Mediante el presente trabajo de investigación se busca contribuir a la reducción de morbilidad materno perinatal, a través de una atención integral en los controles prenatales y también la captación de gestantes que no han iniciado sus controles en sus centros de salud presentándose este problema comúnmente en zonas rurales, así mismo es necesario promover estilos y entornos de vida saludables, sobre todo en poblaciones que no cuenten con recursos necesarios; es importante mejorar la calidad de atención en las gestantes; de tal manera que se identifique a las mujeres propensas a desarrollar la mencionada patología y así poder ofrecerles un diagnóstico temprano y medidas terapéuticas que eviten las complicaciones mortales de esta enfermedad y mejoren el resultado perinatal.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Alrededor del mundo cada año, diez millones de mujeres desarrollan preeclampsia. A nivel mundial, 76,000 mujeres embarazadas mueren a causa de la preeclampsia. Se cree que el número de recién nacidos que mueren por estos trastornos es de 500,000 por año (3).

En países en vías de desarrollo, una mujer tiene siete veces más probabilidades de desarrollar preeclampsia que una mujer que vive en un país desarrollado. De estos casos, entre el 10 y 25 % de los casos terminan en muerte materna (3).

La preeclampsia y como complicación de la misma la eclampsia son una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna fetal en Estados Unidos y en el resto del mundo. La incidencia se estima en 3 a 10 % de mujeres embarazadas, lo que representa 15 % de las causas de mortalidad materna y 20 a 25 % de las causas de mortalidad perinatal (4).

En América Latina, la preeclampsia y eclampsia son la primera causa de muerte materna en 25,7 % de casos (4).

También la gestante con hipertensión arterial esta expuesta a desarrollar complicaciones, con alta letalidad materna, como desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral y falla hepática, entre otras. Estas complicaciones explican en su mayor parte las muertes maternas en mujeres con hipertensión arterial (5).

La incidencia de preeclampsia en el Perú ha sido comunicada hasta en 15 % de las gestantes dependiendo de la población estudiada y de como se defina la preeclampsia; como bien se indica en el Perú es la segunda causa de muerte materna y la primera causa de mortalidad materna en los hospitales de ESSALUD y en la costa del Perú (6).

Entre los años 2002 y 2011, en nuestro país alrededor de 1 499 madres murieron a causa de hipertensión inducida por el embarazo (7), para el año 2012 se estimó un 32 % de decesos a causa de la mencionada patología (6).

Para el año 2015 se observa que las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias 36,5 %. Las enfermedades hipertensivas del embarazo representan el 31,5 %, siendo la preeclampsia severa la patología con mayor número de casos; y como tercera causa de muerte materna la sepsis representa el 21,5 % (8).

La desigualdad entre los estratos económicos en el Perú no es ajena a la preeclampsia. Las mujeres que viven en distritos pobres tienen 2,3 veces más riesgo de morir por preeclampsia que las de distritos no pobres (9).

La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; aparentemente no existe mayores diferencias entre las características de esta patología en ambas regiones del Perú (10).

Sin embargo un estudio de investigación realizado en el Hospital César Garayar García de Iquitos en el año 2015, cuya autora la Dra. Sally Torres Ruiz dio a conocer que los factores de riesgo para preeclampsia en la población peruana de la región selva son: residir en zona rural, poseer un grado de instrucción primaria o sin estudios, ser nulípara, tener una edad gestacional entre 32 y 36 semanas y haber realizado solamente de cero a cinco controles prenatales.

Es muy importante conocer que la residencia en zona rural constituye un factor de riesgo importante en la preeclampsia; en la región amazónica. Las gestantes de estas zonas están expuestas a una menor participación a los controles prenatales debido a un desconocimiento asociado a niveles de instrucción bajos que puede generar temor ante los controles. Por otro lado, las mayores distancias a recorrer hacia los centros de salud comportan un aumento de los costos de la atención al embarazo. Una cantidad insuficiente de controles prenatales no permite un oportuno seguimiento del embarazo, ni la mejora de los estilos de vida de las gestantes (11).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016?

1.2.2 Problemas específicos

- a) ¿Qué factores sociodemográficos existe en las gestantes con diagnóstico de preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016?

- b) ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016?

- c) ¿Qué complicaciones fetales y perinatales se presentaron en los primogénitos de las pacientes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar que factores sociodemográficos existe en las gestantes con diagnóstico de preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

- b) Determinar las características obstétricas de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

- c) Determinar que complicaciones fetales y perinatales se presentaron en los primogénitos de las pacientes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

1.4 Justificación de la investigación

El problema es importante porque la preeclampsia en gestantes es un problema social y de salud pública de alcance mundial; constituye en la actualidad un reto de gran envergadura.

El presente trabajo de investigación se realiza con el fin de obtener mejoras en la calidad de vida en las mujeres de edad fértil, como también mediante este estudio se busca la reducción de riesgos de morbimortalidad materno perinatal debido a las complicaciones que se pueden suscitar durante el embarazo, parto y puerperio a causa de la mencionada enfermedad.

Así mismo el tema que se aborda es de interés para toda la población debido a que en la actualidad es un problema de salud pública por ello es importante determinar la incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016. Se busca contar con nuevos datos actualizados de la región Madre de Dios; los resultados de nuestra investigación tienen el propósito de aportar con nuevos y actuales datos en la mencionada región para la toma de decisiones técnicas y políticas sobre el tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Se hallaron estudios de investigación de carácter internacional, nacional y local que de alguna manera se relacionan con el presente estudio.

- **En el ámbito internacional:**

En México, 2012, Mejía E. y colaboradores; realizaron un trabajo de investigación acerca del conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia realizado en el Centro de Salud del municipio de Cadereyta de Montes Querétaro, hubo una muestra de 91 usuarias que llevaron un control prenatal en la Unidad de Cadereyta; aplicándose un cuestionario de 30 reactivos, dividido en 3 apartados, con datos socioeconómicos, antecedentes del embarazo y conocimiento de preeclampsia, validado mediante técnica Delphi. En los resultados se obtuvo que la media de la edad fue de 21; el estado civil de mayor predominio fue la unión libre, el

42,9 % cursó el nivel medio superior y solo el 9,9 % trabaja; también se halló que el 52,7 % de las usuarias no sabe qué es la preeclampsia, el 57,1 % desconoce los signos de alarma que conducen a la eclampsia, así mismo el 7 % de las usuarias ha padecido preeclampsia, el 90 % de las mujeres refirieron no tener antecedentes de preeclampsia. El estudio concluye que con estos resultados las instituciones de salud orienten la planeación de estrategias para la implementación de los programas dirigidos a la prevención de preeclampsia y eclampsia; todo ello para contribuir, sensibilizar y mejorar la atención a la mujer embarazada (12).

En Cuba, 2012, García R. y colaboradores; en su trabajo de investigación titulado resultados maternos perinatales de pacientes con preeclampsia en el Hospital Docente Eusebio Hernández. Se ha encontrado una incidencia entre el 5 y el 10 % obteniéndose como resultados que la mayoría de gestantes estuvieron incluidas en los rangos de 20 a 34 años. Los factores de riesgo más frecuentes en las pacientes con preeclampsia fueron la nuliparidad con 82,5 % y la edad materna extrema 26,7 %. La cesárea se utilizó con mayor frecuencia entre las pacientes preeclámpticas 59,3 %. El estudio concluye que las complicaciones maternas y perinatales más frecuentes fueron la preeclampsia grave, el hematoma

retroplacentario, en el neonato un peso inferior a los 1 500 gr. y la enfermedad por membrana hialina (13).

En Ecuador, 2013, Calucho M.; realizó un estudio titulado complicaciones materno fetales asociadas a preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Docente Riobamba, periodo febrero – agosto; se obtuvo como resultado que las pacientes estuvieron en un rango de edad entre los 20 a 35 años con 52,94 %, paridad nulípara con 42,02 %, instrucción primaria con un 48,74 %, control prenatal adecuado mayor a 5 con 91,60 %, patologías asociadas como la diabetes mellitus con 66,67 %. Dentro de las complicaciones maternas se hallaron: síndrome de Hellp con un 56,25 %, edema agudo de pulmón 31,25 %, hematoma subcapsular hepático con 12,50 %; y dentro de las complicaciones neonatales esta la prematuridad con 68,75 %, restricción de crecimiento intrauterino con 5,18 % y óbito fetal con un 13,39 %. Sin duda estos hallazgos pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión a formas más graves (14).

En Paraguay, 2013, Ferreira F.; realizó un trabajo de investigación titulado prevalencia de preeclampsia en el Hospital de Encarnación en el periodo comprendido entre enero a diciembre. Teniendo como resultado que la prevalencia fue baja con un 3 %, entre los factores de riesgo evaluados en cuanto a la edad de las pacientes, el 56 % estaba comprendido en el grupo etario de 20 a 35 años, según la paridad el 40 % de las pacientes era nulípara y el 38 % multípara; teniendo en cuenta los antecedentes de preeclampsia en embarazos anteriores, el 79 % de las pacientes refirieron haber padecido dicha patología, el 59 % no realizaron controles prenatales. Según la gravedad un 55 % de las pacientes presentó preeclampsia severa y un 45 % presentó preeclampsia leve. En el trabajo de investigación también se evidencio que la vía de resolución del embarazo elegida por frecuencia fue la cesárea (15).

En México, 2014, Huerta L.; realizó un estudio acerca de la detección oportuna de preeclampsia en una unidad de medicina familiar, utilizando la prueba de Gant en mujeres de 28 a 32 semanas de gestación. Se aplicó la prueba de Gant a 179 gestantes, dando seguimiento con base en la fecha probable de parto, se localizaron a las pacientes, identificando quienes desarrollaron preeclampsia.

El valor predictivo positivo de la prueba fue de 32 % y valor predictivo negativo 79 %. El trabajo concluye que la sensibilidad y especificidad de la prueba de Gant en esta población, es diferente a lo encontrado en estudios previos, el valor predictivo positivo es bajo comparado con lo reportado por la literatura y el valor predictivo negativo es similar a lo reportado. La implementación de la prueba de Gant es útil para activar sistemas de control eficaces en la prevención y diagnóstico oportuno de preeclampsia (16).

- **En el ámbito nacional :**

En Perú, 2013, Cabeza J.; en su estudio sobre los factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital de Sullana, Piura. Se evaluó a 162 gestantes las cuales fueron distribuidas en dos grupos, casos 54 gestantes con preeclampsia y controles 108 gestantes sin preeclampsia. Se obtuvo como resultado que el 42,59 % de los casos correspondieron al grupo ≤ 20 años y en el grupo control solo 26,85 %; en relación a la paridad se observó que el 40,74 % de los casos correspondieron al grupo de nulíparas y en el grupo control solo 33,33 % y el 46,30 % de los casos terminaron en cesárea.

Con respecto a la presencia de hipertensión arterial crónica el 11,11 % de los casos presentaron preeclampsia y en el grupo control solo el 2,78 %. El estudio concluye que la edad \leq 20 años, la primiparidad y la hipertensión arterial crónica si resultaron ser factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia (17).

En Perú, 2014, Bautista A.; realizó un trabajo de investigación sobre las características biológicas y sociales en gestantes con preeclampsia en el Hospital José Soto Cadenillas, Cajamarca en los periodos 2013 – 2014; se trabajó con 57 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia. En cuanto a las características biológicas se encontró que el 64,9 % de mujeres con preeclampsia presentaron edades de 21 a 35 años, un 54,4 % fueron nulíparas, el 66,7 % con edad gestacional de 35 a 39 semanas, obesas con 56,1 %, también un 28,1 % tuvo como antecedente de enfermedad, la infección del tracto urinario. La incidencia de preeclampsia fue 1,7 %. Se concluye que las características biológicas y sociales de las gestantes con preeclampsia corresponden a una población mayormente rural, adulta joven con obesidad y antecedentes de haber sufrido infección del tracto urinario, con más de 6 controles prenatales (18).

En Perú, 2015, Revilla R.; en su estudio cuyo título es antecedente de cesárea previa como factor de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Tuvo una población de estudio constituida por 130 gestantes; quienes se dividieron en 2 grupos con y sin preeclampsia. Se obtuvo como resultado que la frecuencia de antecedente de cesárea previa en gestantes con preeclampsia fue de 38 % y en gestantes sin preeclampsia 19 %. El promedio de antecedente de cesárea previa fue significativamente superior en los pacientes con preeclampsia respecto de los pacientes sin preeclampsia. El estudio concluye que el antecedente de cesárea previa es factor de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo (19).

En Perú, 2015, Heredia I.; en su trabajo titulado factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital regional de Loreto; observó que en las preeclámpticas un 58,2 % tenía 20 a 34 años; el 1,8 % presentó IMC bajo, un 62,7 % IMC normal, un 24,5 % sobrepeso y el 10,9 % fueron obesas. El estudio concluye que los factores de riesgo asociados fueron: obesidad, edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas, nuliparidad, embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional (20).

En Perú, 2015, Caballero A.; investigó acerca del antecedente de cesárea como factor de riesgo para preeclampsia en el segundo embarazo en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Docente Trujillo, durante los períodos 2010 - 2015. Se revisó el 100 % de los casos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión en las segundigestas con diagnóstico de preeclampsia, comprendiendo 114 pacientes. Los controles incluyeron a 228 gestantes sin el diagnóstico de preeclampsia. Se encontró que los casos presentaron antecedente de cesárea previa en un 42,11 % y los controles en 26,32 %. La edad gestacional de los recién nacidos evaluados por examen físico es menor en el grupo de los casos que en el grupo de los controles. La vía de culminación de la gestación por vía abdominal respecto al total, es mayor en el grupo de los casos que en el grupo de control con 76,32 % vs 40,79 %. El estudio concluye que las segundigestas con antecedente de cesárea previa tienen 2,03 veces más probabilidades de desarrollar preeclampsia en el segundo embarazo (21).

En Perú, 2016, Pantoja D.; en su trabajo de investigación titulado eficacia del parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales realizándose en el Hospital Belén de Trujillo; ejecutándose con 210 gestantes con preeclampsia severa, de las cuales 164 tuvieron parto por cesárea y 46 parto vaginal. Se obtuvo que las características demográficas de edad, estado conyugal, nivel educativo fueron similares y comparables en ambos grupos, así como las características obstétricas de edad gestacional, paridad, peso del recién nacido y control prenatal, destacando que esta patología se presentó en la mayoría de pacientes controladas y adolescentes. Las enfermedades maternas con diferencia significativa fueron anemia: con cesárea 50 % y vaginal 30 %, parto pretérmino: cesárea 35 % y parto vaginal 30 %, infección de sitio operatorio: cesárea 8 % y parto vaginal 2 %. Las complicaciones neonatales no tuvieron diferencia significativa siendo las más frecuentes la hipoglicemia: cesárea 14 %, parto vaginal 4 %, depresión neonatal: cesárea 13 % y parto vaginal 10 % y sepsis neonatal: cesárea 11 % y parto vaginal 8 %. El trabajo concluye que el parto vaginal es más eficaz que la cesárea en cuanto a complicaciones maternas. No hubo diferencias entre las complicaciones neonatales, en cuanto al método de parto (22).

- **En el ámbito local :**

En Perú, 2012, Flores Y.; en su estudio titulado preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el área de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Los materiales y métodos se basaron en un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, no experimental. Los documentos en los que se basó la recolección de datos se obtuvieron de las historias clínicas de las gestantes hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia. El estudio finaliza que la preeclampsia está asociada a factores de riesgo obstétricos. Por otro lado, en algunos casos no necesariamente hubo presencia de edema o presión arterial alta, por lo tanto los signos de alarma no están presente en todas las pacientes con preeclampsia y se debe tener mucho cuidado en cuanto al diagnóstico (23).

En Perú, 2013, Enriquez D.; realizó un estudio sobre factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El estudio es observacional analítico retrospectivo de casos y controles. Los factores de riesgo que se demostraron y que se asocian a preeclampsia fueron: el número de controles prenatales menores de 6, antecedentes patológicos de preeclampsia familiares y personales así como la obesidad $IMC > 30$ (24).

En Perú, 2016, Aduviri M.; en su trabajo de investigación acerca de los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, durante el periodo 2010 a 2014. Siendo un estudio retrospectivo de casos y controles cuya población estuvo conformada por todas las gestantes hospitalizadas que recibieron atención del parto. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, estuvo conformado por 125 pacientes con diagnóstico de preeclampsia (casos) y 330 pacientes sin diagnóstico de preeclampsia (controles). Se determinó que los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia son la edad materna mayor a 35 años, el antecedente personal de preeclampsia y el antecedente familiar de hipertensión arterial (25).

En Perú, 2016, Huisa A.; estudió los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Tacna 2014 - 2015; el estudio fue retrospectivo de casos y controles; conformado por 105 gestantes que padecieron preeclampsia y 105 gestantes que presentaron un embarazo sin esta enfermedad hipertensiva. Como resultados se estableció asociación entre las variables obesidad, antecedentes personales de preeclampsia y ganancia excesiva de peso. No se estableció asociación entre los factores: edad de 35 a más años, nuliparidad, inasistencia a los controles prenatales. Concluye que los factores como el estado nutricional (obesidad), antecedentes personales de preeclampsia y ganancia excesiva de peso se asociaron con la preeclampsia en gestantes (26).

2.2. Base teórica:

2.2.1 Trastornos hipertensivos del embarazo

Son una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud materna; también son causa de morbilidad potencialmente grave, generalmente transitoria pero con riesgo de secuelas permanentes: alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas o renales. No sólo existen repercusiones maternas sino también fetales ya que la alteración placentaria asociada puede producir retraso de crecimiento, con potencial riesgo de muerte fetal, y obligar a finalizar la gestación antes de término. Los estados hipertensivos del embarazo constituyen una de las primeras causas de prematuridad electiva tanto en interés materno como fetal (27).

El Programa Nacional para Educación en Hipertensión del Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre, en colaboración con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) propone seguir estos conceptos básicos que incluye los tipos de hipertensión en el embarazo (28):

A. Hipertensión arterial crónica

Se le considera a la tensión arterial de 140/90 mm de Hg o mayor antes del embarazo o de la semana 20 de gestación. La HTA diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica también como hipertensión arterial crónica. Es aceptable basar el diagnóstico de hipertensión crónica con cualquiera de estos eventos (29):

- Historia de hipertensión con cifras de 140/90 o más previas al embarazo
- Descubrimiento de hipertensión con cifras de 140/90 o mayores antes de la vigésima semana de gestación.
- Persistencia indefinida después del parto o ambos hechos simultáneos.

B. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida (29)

Suele presentarse en pacientes con HTA en las primeras 20 semanas, pero sin proteinuria, en quienes posteriormente aparece proteinuria igual o mayor de 300 mg/dL. También aparece en las primeras 20 semanas en pacientes con HTA y proteinuria, en las que posteriormente aparece:

- Incremento brusco de las proteínas
- Incremento brusco de la TA en mujeres con HTA controlada
- Trombocitopenia y alteraciones de las enzimas hepáticas.

C. Hipertensión gestacional (hipertensión transitoria o inducida por el embarazo) (28). Es la hipertensión diagnosticada por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de tensión arterial retornan a la normalidad antes de las 12 semanas post parto, con lo que se confirma el diagnóstico.

D. Preeclampsia

La preeclampsia ha sido definida por el colegio americano de obstetras y ginecólogos (ACOG) desde el año 1972 y con modificaciones por la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) como hipertensión arterial $\geq 140/90$ y proteinuria mayor de 0,3 g. que se presentan a partir de las 20 semanas del embarazo; se exceptúa la enfermedad del trofoblasto. Esta definición ha sido modificada por el grupo de trabajo de ACOG, que ha eliminado la dependencia del diagnóstico de la preeclampsia en la proteinuria. En los casos en

que no se encuentra proteinuria, el diagnóstico se basará en la coexistencia de hipertensión arterial y de una o varias de las siguientes condiciones: plaquetopenia, función hepática alterada (aumento de las transaminasas al doble de lo normal) e insuficiencia renal (creatinina $>1,1$ mg/dL o el doble sin enfermedad renal) y en la preeclampsia severa además se halla edema pulmonar, alteraciones cerebrales o visuales y dolor severo persistente en el hipocondrio derecho o en el epigastrio y que no responde a analgésicos . Es decir la nueva definición señala el compromiso multiorgánico existente en estas gestantes (30).

Según Schwarcz; la persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor a la excreción de 2 g. ó más en orina de 24 horas indica un cuadro de preeclampsia severa. Una preeclampsia leve puede evolucionar rápidamente a una preeclampsia severa y hay que pensar siempre en esta evolución cuando los signos y síntomas mencionados persisten (28).

Friedman categoriza la preeclampsia como un síndrome complejo que puede afectar a todos los órganos y sistemas y la hipertensión sólo es una manifestación de tal cuadro (31).

Sibai caracteriza la preeclampsia como un trastorno vascular multisistémico, en el cual la hipertensión constituye un rasgo secundario de un desorden circulatorio básico (32).

James M Roberts se refiere a la preeclampsia como un trastorno vascular multisistémico, cuyas manifestaciones más relevantes, la hipertensión y la proteinuria, son sólo 2 aspectos de un complejo proceso fisiopatológico que se acompaña además de edema, hiperuricemia y consumo de plaquetas y más adelante plantea que en las mujeres con preeclampsia la perfusión de todos los órganos incluyendo la placenta, está disminuida (33).

Eclampsia:

La eclampsia es una forma extremadamente grave de preeclampsia, se caracteriza por la aparición de convulsiones o coma no causadas por alguna enfermedad neurológica coincidente en una paciente preecláptica, sin estar estrictamente relacionada con la gravedad ya que pueden aparecer abruptamente las convulsiones incluso existiendo pocos signos de preeclampsia (34).

2.2.2 ETIOPATOGENIA DE LA PREECLAMPSIA:

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal. Ello se asocia a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición del cuadro clínico, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria. Que conozcamos algunos de los eslabones de la fisiopatología de la preeclampsia no significa que conozcamos su etiología última que sigue siendo desconocida, aunque vamos identificando factores. Así podemos citar factores hereditarios por vía materna pero también paterna, factores inmunológicos que explican que se produzca más en la primigesta y más si no ha estado expuesta antes al contacto directo con los antígenos paternos, a factores nutricionales como la falta de ingesta de calcio en algunas poblaciones. Todo ello se manifiesta por un desequilibrio entre

prostaglandinas vasodilatadoras (prostaciclina) frente a las vasoconstrictoras (tromboxano), quizás mediado por la aparición de exceso de producción de citoquinas proinflamatorias, y de producción de lipoperóxidos capaces ambos de inducir alteraciones endoteliales. En cualquier caso es fundamental el concepto de que no hay solo una lesión placentaria sino que hay una disfunción endotelial general, que afecta a muchos órganos distintos como son el riñón, cerebro e hígado pero en especial al sistema cardiovascular por lo que la hipertensión es su expresión más genuina, que con frecuencia se acompaña de edema, aunque no de forma constante. El vasoespasmo y el edema facilitan la reducción del volumen plasmático que lleva a la hemoconcentración. Todo ello hace que exista una hipoperfusión multiorgánica que empeora el cuadro a nivel general y feto placentario (35).

Se revisó la guía técnica para la atención de emergencias obstétricas según el nivel de capacidad resolutive (36) que propuso el ministerio de salud, obteniéndose la siguiente información acerca de la hipertensión inducida por el embarazo.

2.2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA

(37)

- A. **Factores de riesgo maternos:** Antecedente de preeclampsia, edad menor de 20 y mayor de 35 años, gran intervalo entre gestaciones, raza negra, primera gestación, pobreza extrema.
- B. **Enfermedad materna subyacente:** La hipertensión crónica, obesidad, síndrome de resistencia a la insulina, diabetes tipo 1, diabetes gestacional, trombofilias, síndrome antifosfolípido.
- C. **Factores de riesgo asociados a la gestación:** Embarazo múltiple, anomalías cromosómicas, hidrops fetal.

2.2.4 CUADRO CLÍNICO:

- ❖ **Preeclampsia leve:** Presencia de:
 - Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg o incremento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, e incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal.

- Proteinuria de 0,3 a 5 g/litro en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico).

❖ **Preeclampsia severa:** Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg o incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o incremento de la presión diastólica en 30 mmHg o más (en relación a la basal).
- Proteinuria igual o mayor de 5 gr/lit. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
- Presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia.
- Oliguria: Menor de 500 ml/24 h (creatinina mayor de 0,8 mg/dl).
- Edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, elevación de creatinina sérica.
- Oligohidramnios, retardo del crecimiento intrauterino.

Eclampsia: complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones generalizadas.

2.2.5 DIAGNÓSTICO

❖ **Criterios diagnósticos:** Presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

❖ **Diagnóstico diferencial:**

- Hígado graso agudo del embarazo.
- Púrpura trombocitopénica.
- Síndrome antifosfolipídico.
- Síndrome urémico hemolítico.

2.2.6 EXÁMENES AUXILIARES

A. De patología clínica: Solicitar desde la evaluación inicial:

- Hemograma (hemoglobina o hematocrito); grupo sanguíneo y factor Rh. Perfil de coagulación: Tiempo de Protrombina, TTP activada, fibrinógeno y plaquetas.
- Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
- Examen de orina completo.
- Función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas. Glucosa, urea y creatinina.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Proteínas en orina de 24 horas.

B. De imágenes: Pruebas de bienestar fetal: ecografía obstétrica, perfil biofísico, flujometría Doppler.

2.2.7 MANEJO GENERAL DE LA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Las gestantes con diagnóstico de preeclampsia o eclampsia deben ser hospitalizadas en un establecimiento de segundo nivel de atención y de categoría II-2 ó III, que disponga de una unidad de cuidados intensivos materna y banco de sangre. Durante la hospitalización se monitorizará la presión arterial cada 4 horas, así como las funciones vitales, latidos cardiacos fetales y contracciones uterinas; del mismo modo, se controlará la diuresis y realizará el control bioquímico y hematológico, que incluye perfil de coagulación, perfil renal (creatinina, urea y ácido úrico, depuración de creatinina), proteinuria cualitativa diaria, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados, perfil hepático (enzimas hepáticas) diario o más seguido, de ser necesario. Se evaluará el bienestar fetal por lo menos cada 72 horas (38).

Manejo de la preeclampsia sin criterios de severidad

La preeclampsia sin criterios de severidad es aquella que solo presenta hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg pero menor de 160/110 mmHg, sin ninguna disfunción hematológica, renal, hepática, pulmonar o neurológica y sin signos de compromiso fetal. Se indicará reposo relativo y dieta normocalórica, normoproteica y normosódica (39). No está indicado el uso de antihipertensivos. El tratamiento definitivo de la preeclampsia es culminar la gestación. Si la gestante tiene 37 semanas o más, se debe culminar la gestación por vía vaginal o por cesárea (40). Si la gestante tiene menos de 37 semanas y no hay afectación materna o fetal, se puede tener una conducta expectante, continuando con las medidas generales y una estricta vigilancia materna y fetal. Si a pesar del manejo no se controla la hipertensión arterial o la enfermedad progresa a preeclampsia severa o existe pródromos de eclampsia o signos de sufrimiento fetal, de disfunción hematológica, renal, hepática, pulmonar o neurológica, se finalizará la gestación inmediatamente, independiente de la edad gestacional, por vía vaginal o por cesárea (41).

Manejo de la preeclampsia con criterios de severidad

La preeclampsia evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, síndrome HELLP, que pueden llevar a la muerte de la gestante y del feto o recién nacido (42). En una gestante que presenta sangrado vaginal y signos de desprendimiento prematuro de placenta, siempre sospechar en preeclampsia como cuadro de fondo.

También hay tendencia a oliguria por falta de fluidos, a pesar del edema. Debe asegurarse una expansión adecuada del espacio intravascular con solución salina al 9 o/oo, a razón de 50 a 60 gotas por minuto el primer litro; en caso de persistir la oliguria iniciar coloides 500 mL a goteo rápido, seguido de furosemida 10 mg e.v. (43). Administrar por lo menos tres litros de cristaloides durante las primeras 24 horas (44). Se controlará la diuresis con sonda Foley y bolsa colectora; se monitorea la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno cada 15 minutos. Iniciar por vía venosa una infusión de sulfato de magnesio para la prevención de

convulsiones. La infusión se prepara combinando 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (ampollas de 10 mL) con solución salina 9 o/oo 50 mL (45). Esta solución proporciona 1 g de sulfato de Mg por cada 10 mL y debe administrarse 4 gramos (40 mL) en 15 a 20 minutos por volutrol como dosis inicial de ataque; se continuará con una infusión de 1g por hora (10 mL por hora) y mantener la infusión por 24 horas después del parto. Durante la administración del sulfato de magnesio se controlará los reflejos rotulianos, la frecuencia respiratoria (por lo menos 14 respiraciones/minuto) y la diuresis, que no debe ser menor de 25 a 30 mL/hora. Se recomienda también el control de la saturación de O₂ mediante pulsioximetría (44). En caso de gestación mayor o igual a 34 semanas o si se tiene la seguridad de madurez pulmonar fetal, se concluirá el embarazo en el menor tiempo, ya sea vía vaginal o cesárea. En caso de gestaciones menores de 34 semanas sin disfunción orgánica materna y fetal, se procederá a administrar corticoides para maduración pulmonar fetal: betametasona 12 mg endovenoso cada 24 horas en 2 dosis o dexametasona 6 mg endovenoso cada 12 horas en 4 dosis (46). Se puede tener una conducta expectante durante 48 horas para inducir la maduración pulmonar, lo que podría mejorar el pronóstico fetal; sin embargo hay que hacer una evaluación muy

estricta de los parámetros de la función hepática, hematológica y renal materna, así como evaluar el bienestar fetal (47).

Manejo de la eclampsia

Las convulsiones eclámpicas amenazan la vida y deben ser consideradas como una urgencia vital. Estas pueden producirse antes del parto, durante o después del mismo y pueden aparecer aún con niveles de hipertensión no consideradas graves. El manejo de la eclampsia requiere el control de las convulsiones y prevención de las recurrencias con sulfato de magnesio (48), a las mismas dosis indicadas en la preeclampsia severa: sulfato de magnesio 4 gramos endovenosos en 20 minutos; el sulfato de magnesio está asociado con reducciones clínicamente significativas en la muerte materna. Es accesible y su administración y control resultan relativamente sencillos. Se le puede administrar por vía intramuscular cuando no se dispone de personal con experiencia en la administración intravenosa (49). Al mismo tiempo se realizará la corrección de la hipoxemia materna y/o acidosis, controlar la hipertensión arterial y las funciones vitales maternas. Se solicitará pruebas hepáticas, prueba renales, perfil de coagulación y hemoglobina; evaluar el bienestar fetal (50). Se coordinará con la unidad de cuidados

intensivos materna, con la unidad de cuidados intensivos neonatal. Estabilizada la paciente, se iniciará el proceso de parto, que en la mayoría de veces consiste de una cesárea de emergencia (48, 2).

2.2.8 COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA

A. Maternas (51):

- Eclampsia
- Síndrome de HELLP
- Edema Pulmonar o colección de líquidos en los pulmones
- Insuficiencia renal
- Rotura o hematoma hepático
- Desprendimiento de retina
- Accidente cerebrovascular
- Coagulación intravascular diseminada
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Insuficiencia cardiaca congestiva

B. Perinatales (52):

- Pequeño para la edad gestacional
- Bajo peso al nacer
- Depresión neonatal
- Síndrome de distrés respiratorio
- Prematuridad
- Asfixia neonatal
- Sepsis
- Trastornos metabólicos
- Restricción del crecimiento intrauterino

2.2.9 INCIDENCIA:

Las medidas de incidencia cuantifican la rapidez con la que ocurren eventos nuevos en una población. La incidencia tiene en cuenta los periodos variables durante los que, distintos individuos no padecen la enfermedad y están por tanto “a riesgo” de desarrollarla. La incidencia se calcula de la forma siguiente (53):

$$I = \frac{\text{Número de casos nuevos de la enfermedad en un periodo determinado}}{\text{Total de periodo libres de enfermedad en personas-tiempo durante el periodo de observación}} (\times 10^n)$$

Incidencia acumulada:

La incidencia acumulada es una medida muy simple de la frecuencia con que ocurre una enfermedad o estado de salud. En la incidencia acumulada el denominador solo se mide al iniciar el estudio. La incidencia acumulada (IA) se calcula de la forma siguiente:

$$IA_{(at)} = \frac{N^{\circ} \text{ eventos nuevos}}{N^{\circ} \text{ individuos susceptibles al comienzo}}$$

Características

- Es una proporción
- No tiene dimensiones.
- Su valor oscila entre 0 y 1, aunque también se suele expresar como porcentaje
- Depende del tiempo de seguimiento
- Se calcula sobre una cohorte fija, es decir no se permiten entradas de nuevos individuos durante el seguimiento.

La principal limitación de este índice proviene del efecto de cohorte fija, puesto que a lo largo del seguimiento generalmente se pierden individuos (54).

A. INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN EL MUNDO

Según la OMS la incidencia de preeclampsia está estimada en el rango de 10 a 20 %, aunque se han reportado cifras inferiores (10 %) y superiores (38 %). Estas diferencias están dadas por las distintas regiones, razas y factores socioeconómicos y culturales (55).

B. INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN EL PERÚ

En el Perú, los desórdenes hipertensivos leves a severos han sido encontrados desde 4,11 % (56), 4,8 % (57), 7,9 % (58) hasta 10,8 % (59) en gestantes que acuden a hospitales peruanos. La eclampsia ha sido hallada en 2,8 por mil (58) hasta 7,9 por mil nacidos vivos (60).

C. MORTALIDAD MATERNA DEBIDA A PREECLAMPSIA

Durante el periodo 2002 - 2011, la razón de mortalidad materna atribuida a preeclampsia fue 24,6/100 000 nacidos vivos, ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad materna en el Perú. Sin embargo, a nivel urbano la preeclampsia superó a la hemorragia durante ese periodo como principal causa de mortalidad materna (61).

2.3. Definición de Términos

a) Hipertensión inducida por la gestación:

Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación (44).

b) Síndrome de HELLP:

El término HELLP representa hemólisis (ruptura de glóbulos), elevación de las enzimas del hígado (una señal del daño hepático) y plaquetopenia (51).

c) Cesárea:

Es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido (62).

d) Incidencia:

La incidencia refleja el número de casos nuevos en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés (54).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación:

El presente estudio es de tipo descriptivo (63), cuantitativo (64) y de corte transversal porque se recolectan datos en un solo momento; en un tiempo único (65).

3.2. Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es no experimental, porque se observan situaciones ya existentes no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. (66).

3.3. Población y ámbito de estudio

3.3.1. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 293 gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el año 2016.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 221 usuarias hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia cuya finalización del parto fue cesárea, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el año 2016.

Tipo de muestreo es no probabilístico, porque no se sigue un proceso aleatorio; la elección de los individuos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación, cumpliendo así con los criterios de inclusión establecidos durante el periodo de selección fijado para el estudio (63) (66).

3.3.3. Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia cuya terminación de parto es cesárea; atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el año 2016.
- Gestantes con historia clínica completa.

3.3.4. Criterios de exclusión

- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia cuya finalización es vía vaginal.
- Gestantes con hipertensión arterial crónica.
- Gestantes con historia clínica incompleta.

3.3.5. Unidad de análisis

- Gestante con diagnóstico de preeclampsia que terminó en cesárea.

3.4. Variables y operacionalización

3.4.1. Variable independiente: Preeclampsia

Hipertensión arterial diagnosticada después de las 20 semanas de embarazo; BP \geq 140/90 mmHg, acompañado de proteinuria \geq 300 mg/24h (67).

3.4.2. Variable dependiente: Incidencia de cesárea

Número de intervenciones quirúrgicas que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de la vía abdominal (68).

3.4.3. Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN TERMINOS	INDICADORES	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Preeclampsia	Hipertensión arterial diagnosticada después de las 20 semanas de embarazo; BP \geq 140/90 mmHg, acompañado de proteinuria \geq 300 mg/24h (67).	Gestantes con diagnóstico de preeclampsia ocurridos en el año 2016.	.Preeclampsia leve .Preeclampsia severa	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN TERMINOS	INDICADORES	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Incidencia de cesárea	Número de intervenciones quirúrgicas que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de la vía abdominal (68).	Maternos: -Eclampsia -Coagulación intravascular diseminada. -Desprendimiento prematuro de placenta -Síndrome de Hellp -Edema pulmonar Perinatales: .Pérdida de bienestar fetal	SI /NO SI /NO SI /NO SI /NO SI /NO SI /NO	Nominal
VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIÓN TERMINOS	INDICADORES	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Edad materna	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	El rango de edad en años referida por la madre.	✓ \leq de 20 años ✓ 21-34 años ✓ $>$ de = 35 años	Ordinal

Grado de instrucción	Nivel al que ha llegado una persona dentro del sistema educativo al cual pertenece	Nivel de estudios alcanzado por la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeta ✓ Primaria incompleta ✓ Primaria Completa ✓ Secundaria Incompleta ✓ Secundaria Completa ✓ Superior Incompleto ✓ Superior Completo 	Ordinal
Residencia	Localidad donde actualmente la paciente reside por más de 6 meses	Lugar en que se reside o se vive habitualmente en el último año	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Urbano ✓ Rural 	Nominal
Estado civil	Tipo de relación o vínculo afectivo - familiar que mantiene con otra persona.	Estado civil de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltera ✓ Casada. ✓ Divorciada ✓ Conviviente 	Nominal
Ocupación durante el embarazo	Actividad remunerada o no a la que se dedica principalmente la mujer durante el embarazo.	Indica el ámbito laboral referida por la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ama de casa ✓ Trabajadora independiente ✓ Trabajadora dependiente ✓ Estudiante 	Nominal
Paridad	Número de partos previos ocurridos	<p>Nulípara: mujer que no tuvo ningún parto.</p> <p>Primípara: mujer que tuvo un parto.</p> <p>Multipara: mujer que tuvo más de un parto.</p> <p>Gran multipara: mujer que tuvo más de 6 partos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0 ✓ 1 ✓ 2 a 5 ✓ 6 a mas 	Ordinal
Controles prenatales	Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación	Número de controles prenatales que se registren en la historia perinatal de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0 controles(no controlada) ✓ > 6 controles(controlada) ✓ < ó igual a 5 controles (CPN insuficientes) 	Ordinal

Edad gestacional	Edad gestacional según la fecha de su última regla. En caso de duda se toma la estimación ecográfica.	Fecha del inicio de su última menstruación hasta el día de la expulsión total o parcial del producto de la concepción.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inmaduro(22-27 semanas) ✓ Pretérmino(28-36 semanas) ✓ A término(37-40 semanas) ✓ Post termino (40-42 semanas) 	Ordinal
Antecedente de preeclampsia	Hipertensión arterial acompañada de proteinuria después de las 20 semanas de gestación en embarazos anteriores.	Antecedentes personales de la paciente registrados en su historia perinatal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Nominal
Antecedente de aborto	Abortos que ha tenido la paciente antes de la gestación.	La información acerca de antecedente de aborto es registrada en la historia clínica de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Nominal
Índice de masa corporal	El IMC es una herramienta de detección para identificar posibles problemas de peso, que pueden llevar a problemas de salud.	Peso Kg/talla ²	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo peso <18,5 ✓ Normopeso 18,5-24,9 ✓ Sobrepeso 25-29,9 ✓ Obesidad > ó igual a 30 	Ordinal

3.5. Procedimiento de recolección de datos

3.5.1. Instrumento de recolección de datos:

El instrumento que se utilizó para el presente estudio de investigación es la ficha de recolección de datos elaborada previamente para este fin, consta de tres ítems: el primero recoge información de la gestante como: edad, historia clínica, grado de instrucción, residencia, estado civil y ocupación; en el segundo ítem están las características obstétricas como: la paridad, número de controles prenatales, edad gestacional, antecedentes personales de preeclampsia, antecedente de aborto y el índice de masa corporal; en el tercer ítem desarrollamos las complicaciones fetales y perinatales como: sufrimiento fetal agudo, óbito fetal, RCIU, prematuridad, metabólicos, síndrome de dificultad respiratoria y muerte neonatal.

3.5.2. Técnica y método de recolección de datos:

La técnica que se utilizó en el presente estudio es la revisión de historias clínicas, cuya información fue extraída a una ficha de recolección de datos previamente elaborada de acuerdo con los objetivos de estudio, que incluye: datos de filiación que se han registrado en las historias clínicas de las gestantes. Se coordinó con la dirección del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, para la recolección de información requerida, con la autorización obtenida se pudo acceder al servicio de gineco - obstetricia (libro de partos), admisión (revisión de historias clínicas) y servicio de neonatología (libro de registro del recién nacido).

3.5.3. Aspectos éticos

En el presente trabajo de investigación se tuvo en cuenta los principios éticos de la práctica médica protegiendo la confidencialidad de los datos, utilizando solo números en las historias clínicas que fueron revisadas; no considerándose el nombre de las gestantes que participaron en el estudio.

3.5.4. Procesamiento de datos:

Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft Office Excel versión 2013 en español y el programa SPSS versión 23,0 en español para Windows formando la data completa de la muestra.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1

INCIDENCIA DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

DIAGNÓSTICO	PACIENTES	
	N°	%
Presentan preeclampsia y terminaron en cesárea	221	75,43
Presentan preeclampsia y terminaron en parto vaginal	72	24,57
TOTAL	293	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

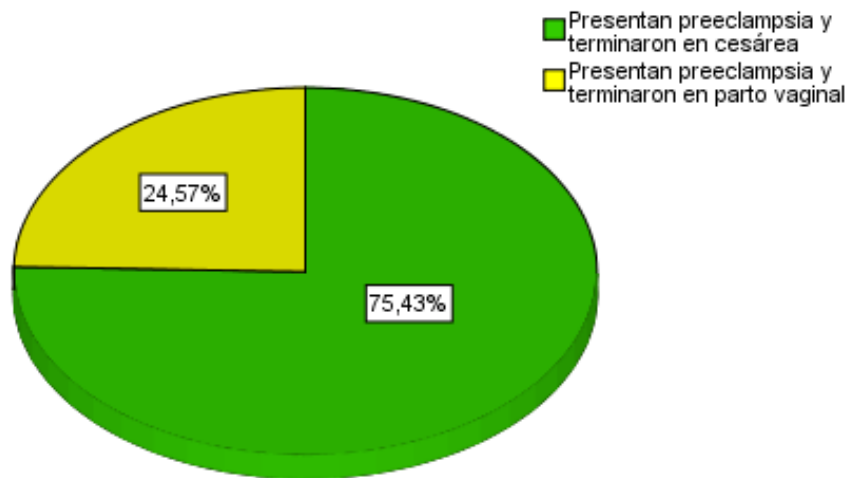
INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico 1, se observa que la incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea fue de 75,43 % de una población de 293 gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Santa Rosa en Puerto Maldonado, 2016.

GRÁFICO 1

INCIDENCIA DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA



FUENTE: Tabla N° 01

TABLA 2

EDAD DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

EDAD MATERNA	PACIENTES	
	N°	%
<= de 20 años	63	28,51
21-34 años	94	42,53
> de 35 años	64	28,96
TOTAL	221	100,0

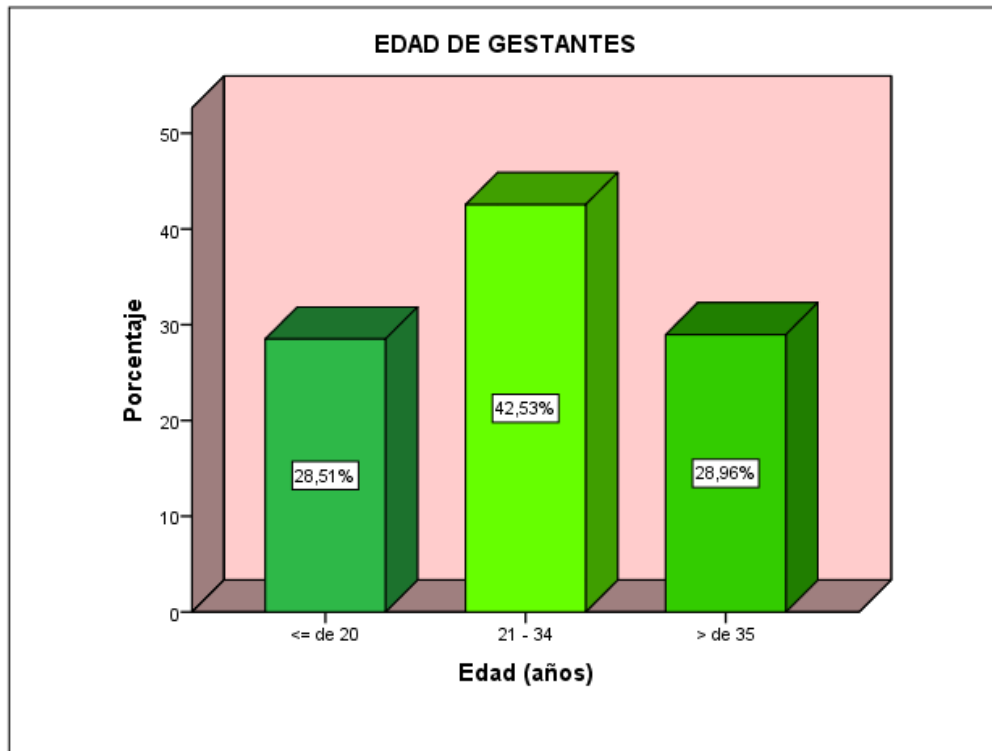
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla y Gráfico 2, el 42,53 % de pacientes tienen edades comprendidas entre 21 a 34 años, coincidiendo el promedio de edad de 30 años; el 28,96 % comprenden edades mayores a 35 años seguido de 28,51 % correspondiente a menores de 20 años.

GRÁFICO 2

EDAD DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 02

TABLA 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PACIENTES	
	N°	%
Analfabeta	3	1,36
Primaria incompleta	9	4,07
Primaria completa	19	8,60
Secundaria incompleta	49	22,17
Secundaria completa	105	47,51
Superior incompleto	24	10,86
Superior completo	12	5,43
TOTAL	221	100,0

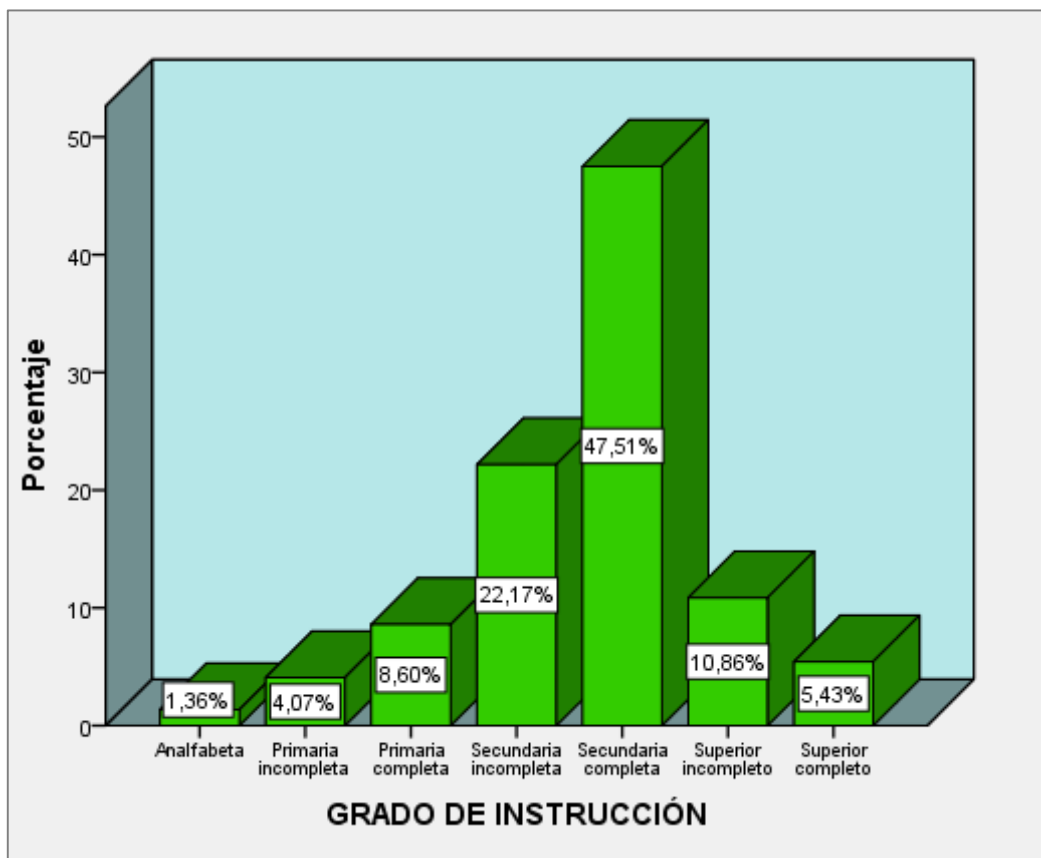
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se aprecia en la Tabla y Gráfico 3, el grado de instrucción con mayor porcentaje fue secundaria completa con 47,51 %, seguido de secundaria incompleta con el 22,17 %, superior con 16,29 %, seguido de primaria y analfabetismo con 14,03 %.

GRÁFICO 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 03

TABLA 4

RESIDENCIA DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

RESIDENCIA	PACIENTES	
	N°	%
Urbano	143	64,71
Rural	78	35,29
TOTAL	221	100,0

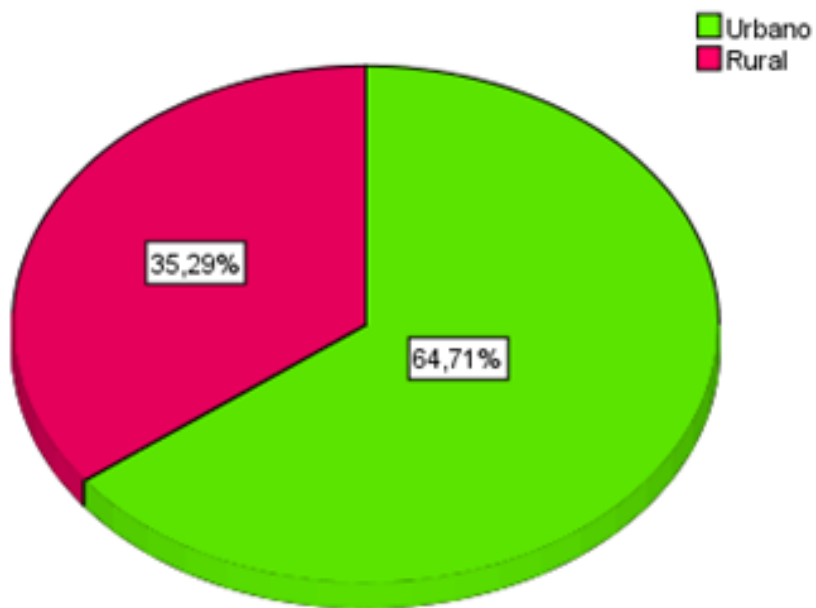
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la Tabla y Gráfico 4, el mayor porcentaje de las pacientes provenían de zona urbana con 64,71 %, confirmando así, que tenían acceso a educación y salud; a comparación de las pacientes que provenían de zona rural con 35,29 %.

GRÁFICO 4

RESIDENCIA DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 04

TABLA 5

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

ESTADO CIVIL	PACIENTES	
	N°	%
Soltera	17	7,69
Casada	40	18,10
Divorciada	2	0,90
Conviviente	162	73,30
TOTAL	221	100,0

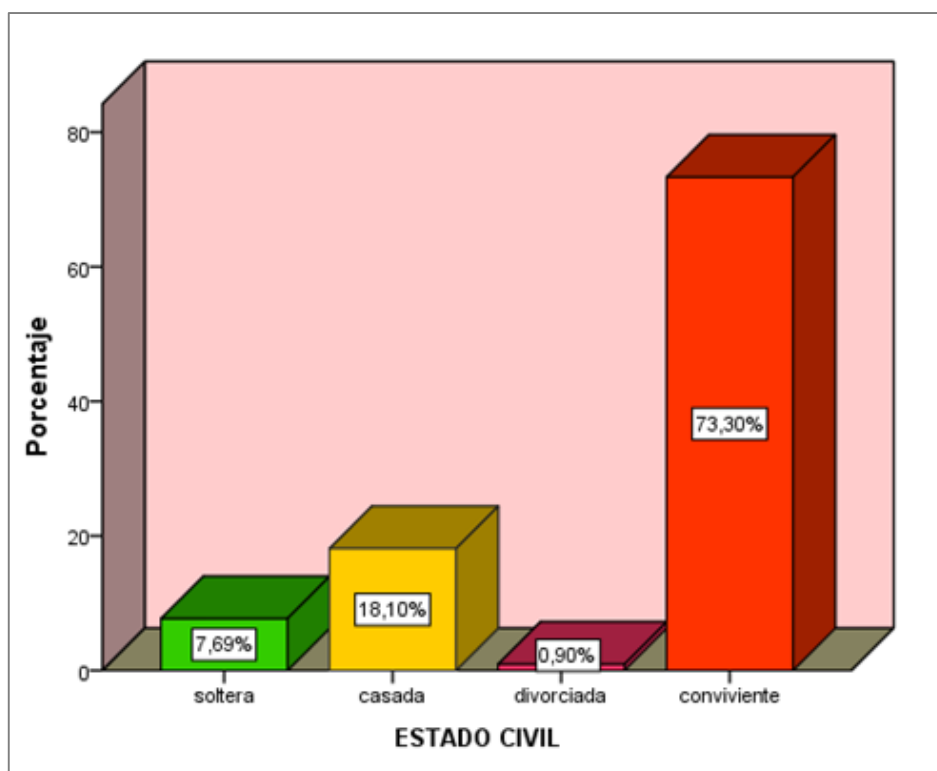
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla y Gráfico 5 nos demuestran que el estado civil de mayor porcentaje en las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea se encuentra en convivientes con un 73,30 % equivalente a 162 gestantes; 18,10 % corresponde a 40 pacientes casadas; 7,69 % correspondiente a 17 pacientes solteras y por último con un 0,90 % equivalente a 2 pacientes divorciadas.

GRÁFICO 5

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 05

TABLA 6

OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

OCUPACIÓN	PACIENTES	
	N°	%
Ama de casa	135	61,09
Trabajadora independiente	49	22,17
Trabajadora dependiente	19	8,60
Estudiante	18	8,14
TOTAL	221	100,0

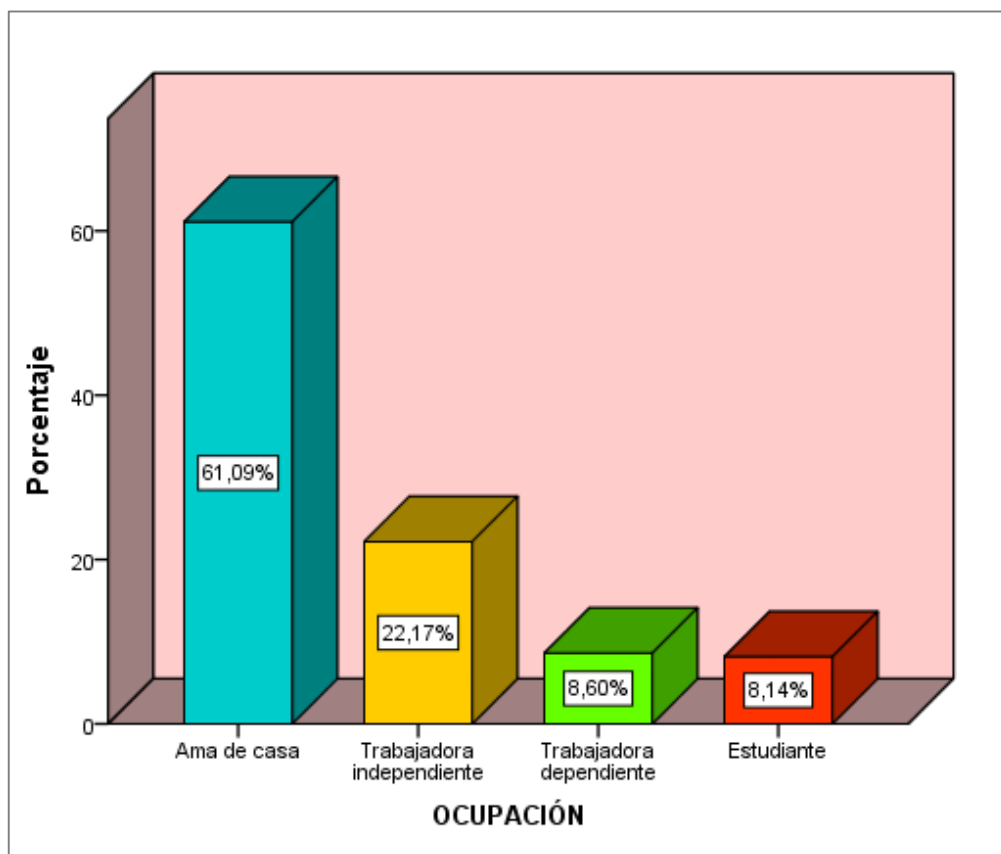
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla y Gráfico 6, se reporta que más de la mitad de la muestra con 61,09 % son amas de casa, seguido de trabajadora independiente con el 22,17 %, trabajadora dependiente con 8,60 % y estudiante con 8,14%.

GRÁFICO 6

OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016



FUENTE: Tabla N° 06

TABLA 7

PARIDAD DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

PARIDAD	PACIENTES	
	N°	%
Nulípara	87	39,37
Primípara	86	38,91
Múltipara	47	21,27
Gran múltipara	1	0,45
TOTAL	221	100,0

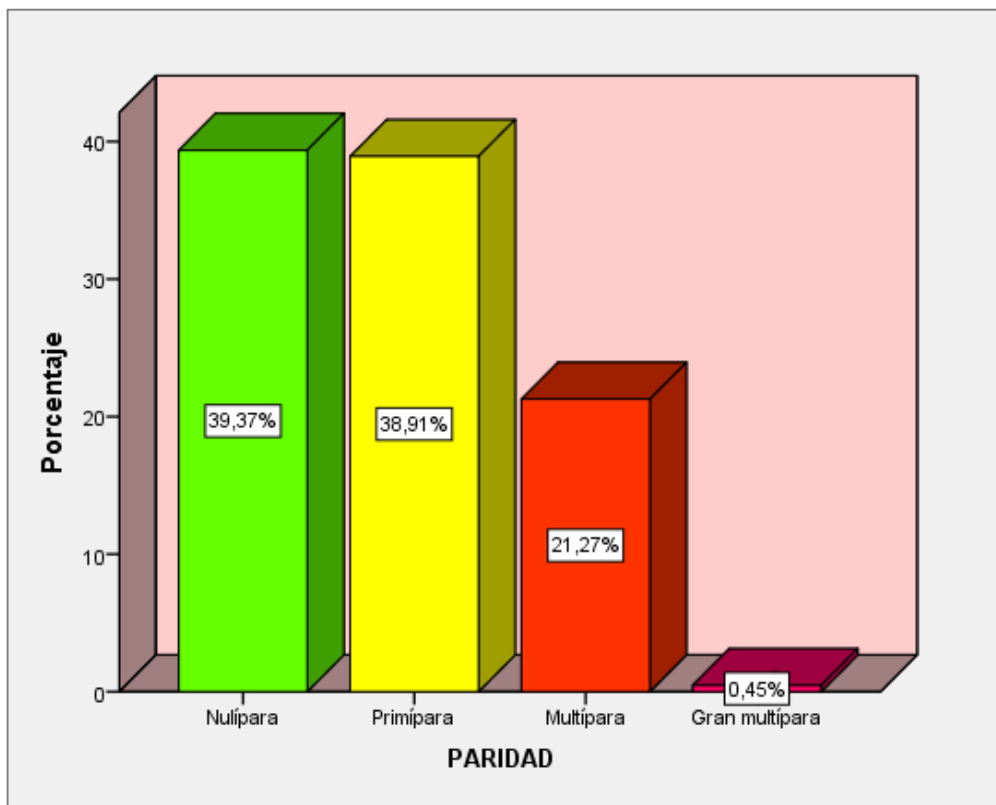
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla y Gráfico 7, nos demuestran que hay un mayor porcentaje de nulíparas con un 39,37 % seguido de primíparas con un 38,91 %; múltiparas con un 21,27 % y por último gran múltipara 0,45 %.

GRÁFICO 7

PARIDAD DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 07

TABLA 8

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	PACIENTES	
	N°	%
No controlada (0 CPN)	36	16,29
Controlada (>6 CPN)	79	35,75
CPN insuficientes (< ó = a 5 CPN)	106	47,96
TOTAL	221	100,0

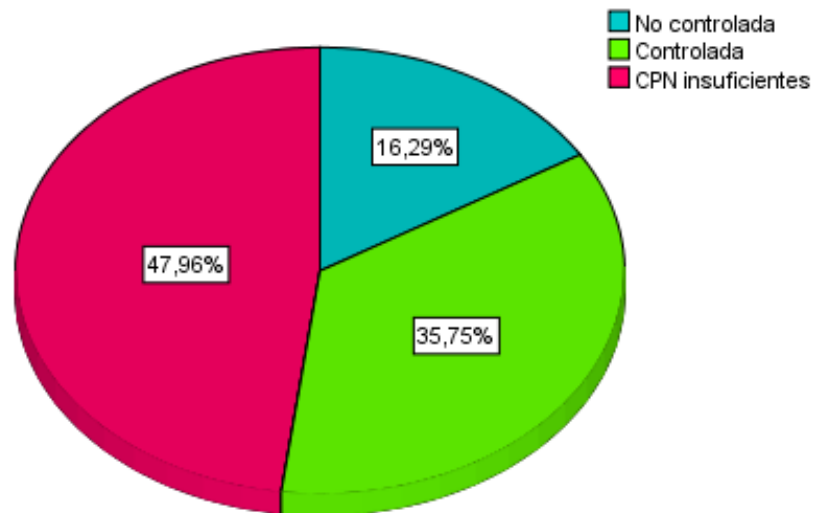
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla y Gráfico 8, el 47,96 % equivale a 106 pacientes con controles prenatales insuficientes; el 35,75 % equivale a 79 pacientes controladas y por último un 16,29 % corresponden a 36 pacientes no controladas. Los controles prenatales insuficientes y la ausencia de controles prenatales, demuestran ser un factor de riesgo predisponente a desarrollar preeclampsia.

GRÁFICO 8

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 08

TABLA 9

CLASIFICACIÓN POR EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

EDAD GESTACIONAL	PACIENTES	
	N°	%
Inmaduro (22-27 semanas)	8	3,62
Pretérmino (28-36 semanas)	40	18,10
A término (37-40 semanas)	170	76,92
Post término (40-42 semanas)	3	1,36
TOTAL	221	100,0

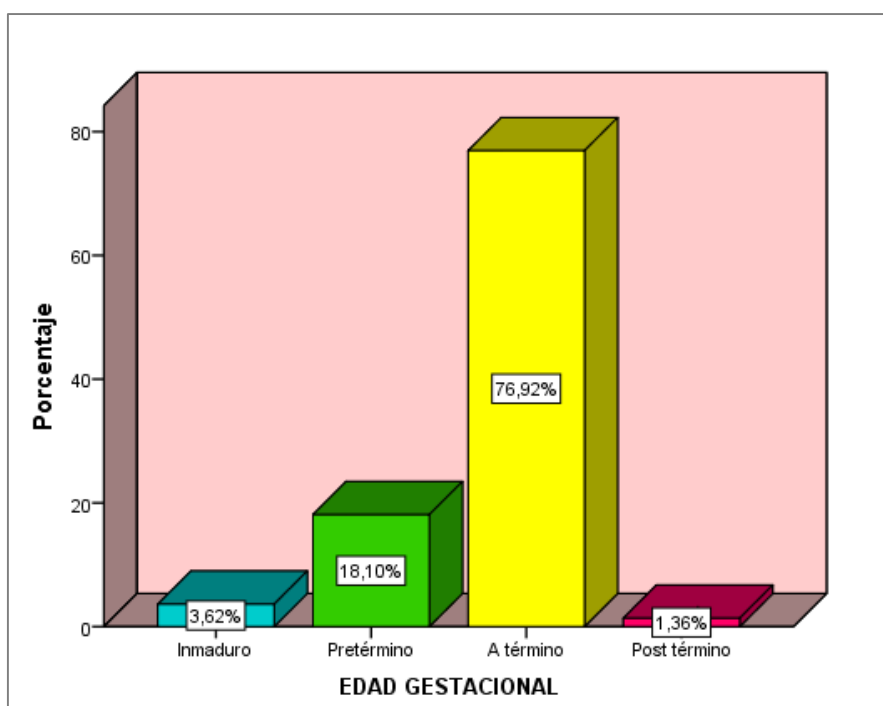
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico 9, se puede apreciar que el 76,92 % equivale a 170 gestantes a término; seguido por 18,10 % que corresponde a 40 gestantes pretérmino, un 3,62 % corresponden a partos inmaduros conformado por 8 pacientes, finalmente un 1,36 % equivale a 3 gestantes post término.

GRÁFICO 9

CLASIFICACIÓN POR EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 9

TABLA 10

ANTECEDENTE PERSONAL DE PREECLAMPSIA EN LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

ANTECEDENTE PERSONAL DE PREECLAMPSIA	PACIENTES	
	N°	%
Si	43	19,46
No	178	80,54
TOTAL	221	100,0

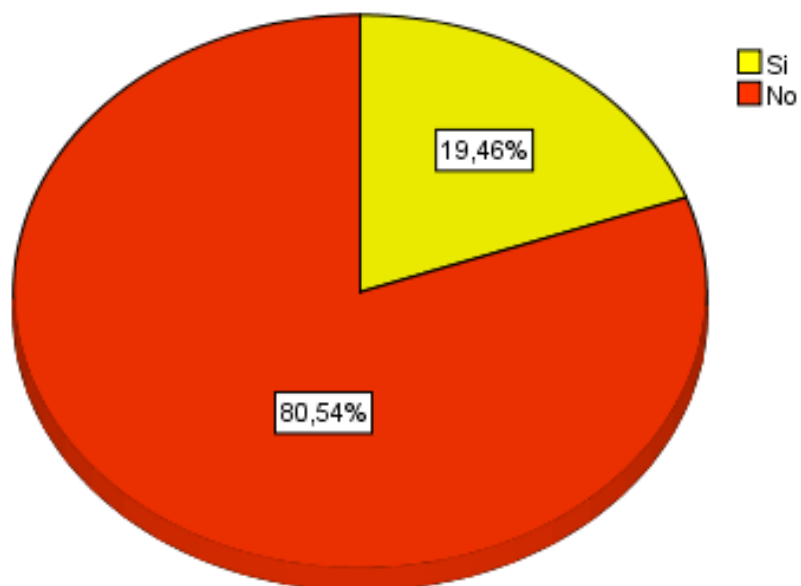
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla y Gráfico 10, indica que el 80,54 % de gestantes no tienen antecedentes de preeclampsia y el 19,46 % de gestantes si tuvieron antecedentes de preeclampsia.

GRÁFICO 10

**ANTECEDENTE PERSONAL DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES
CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL
HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.**



FUENTE: Tabla N° 10

TABLA 11

ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

ANTECEDENTE DE ABORTO	PACIENTES	
	N°	%
Si	77	34,84
No	144	65,16
TOTAL	221	100,0

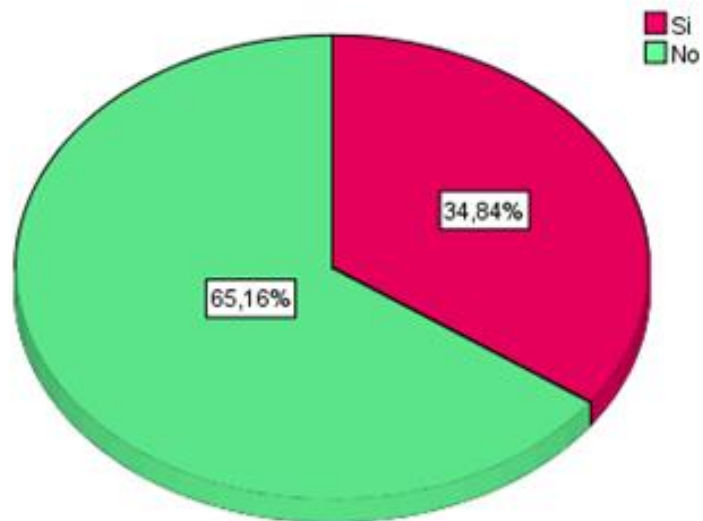
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla y Gráfico 11, nos demuestran que el 65,16 % de las gestantes equivalentes a 144 pacientes no tienen antecedente de aborto; el 34,84 % equivalente a 77 pacientes si tuvieron antecedente de aborto.

GRÁFICO 11

ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 11

TABLA 12

INDICE DE MASA CORPORAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

INDICE DE MASA CORPORAL	PACIENTES	
	N°	%
Bajo peso (< 18,5)	3	1,36
Normopeso (18,5-24,9)	53	23,98
Sobrepeso (25-29,9)	120	54,30
Obesidad (> ó = a 30)	45	20,36
TOTAL	221	100,0

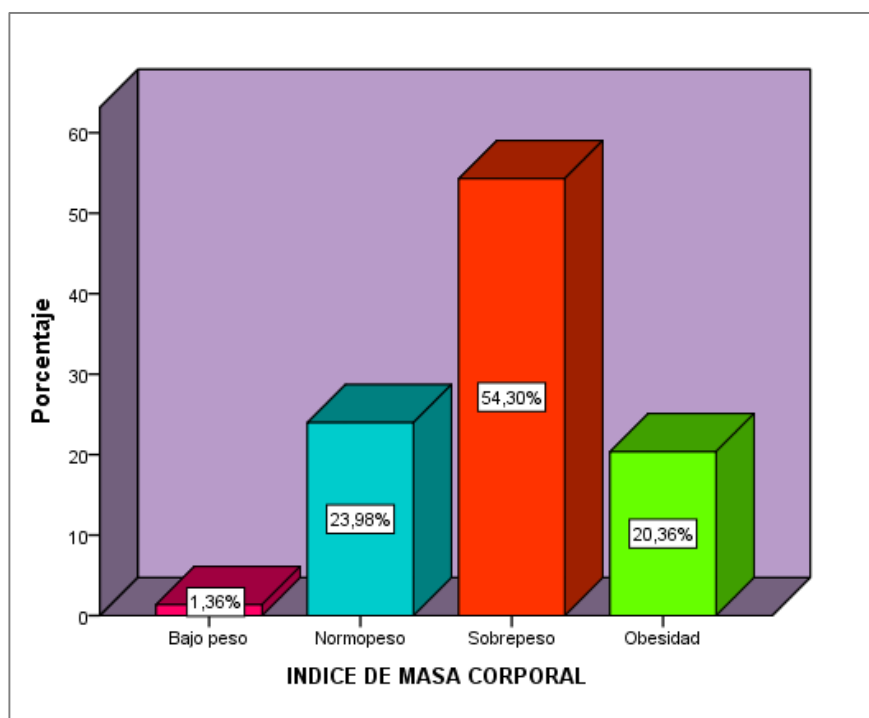
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla y Gráfico 12, un 54,30 % de pacientes presentaron sobrepeso, seguido de pacientes con normopeso (23,98 %); el 20,36 % presentaron obesidad y finalmente 1,36 % de pacientes tuvieron bajo peso.

GRÁFICO 12

INDICE DE MASA CORPORAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 12

TABLA 13

COMPLICACIONES FETALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

COMPLICACIONES FETALES	PACIENTES	
	N°	%
Sufrimiento fetal agudo	28	12,67
Óbito fetal	10	4,52
RCIU	16	7,24
No complicaciones	167	75,57
TOTAL	221	100,0

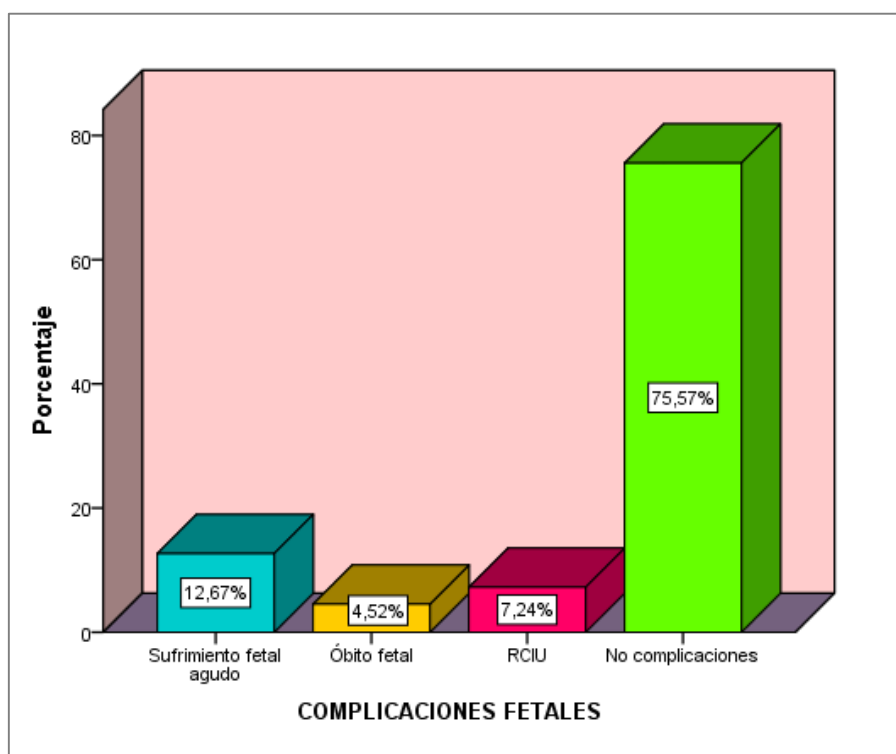
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla y Gráfico 13, la complicación fetal más frecuente que se presentó durante la gestación fue: sufrimiento fetal agudo con un 12,67 %; seguido de RCIU con 7,24 %; y el óbito fetal corresponde a un 4,52 %; cabe recalcar que un 75,57 % no presentaron complicaciones.

GRÁFICO 13

COMPLICACIONES FETALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 13

TABLA 14

COMPLICACIONES PERINATALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.

COMPLICACIONES PERINATALES	PACIENTES	
	N°	%
Prematuridad	40	18,10
Metabólicos	17	7,69
SDR	19	8,60
Muerte neonatal	12	5,43
No complicaciones	133	60,18
TOTAL	221	100,0

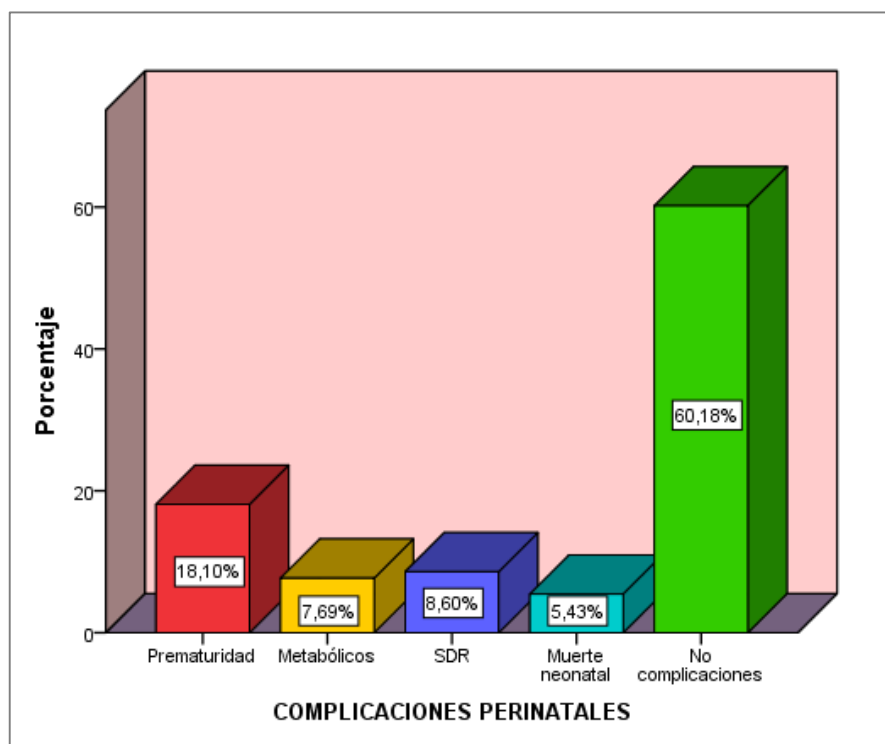
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla y Gráfico 14, nos demuestran las principales complicaciones perinatales que presentaron los recién nacidos. En primer lugar encontramos la prematuridad con un 18,10 %; seguido del síndrome de dificultad respiratoria con 8,60 %; el 7,69 % corresponde a síndromes metabólicos y un 5,43 % de muertes neonatales; también se aprecia que un 60,18% no tuvieron complicaciones.

GRÁFICO 14

COMPLICACIONES PERINATALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.



FUENTE: Tabla N° 14

DISCUSIÓN

1. De acuerdo a los resultados que se encontraron en el presente estudio, la incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016 fue de 75,43 %; a comparación de las gestantes cuya vía de parto fue vaginal con un 24,57 %; en un estudio realizado en el Hospital Docente Eusebio Hernández en Cuba, 2012 indica que la cesárea tuvo mayor frecuencia con un 59,3 %; García R. (13), señalándonos así que el parto quirúrgico es una de las consecuencias de esta patología que presentan algunas gestantes durante la etapa del embarazo. La incidencia encontrada es superior a las reportadas en otros estudios como en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, Ecuador con una incidencia de 57 % (69).
2. Según las características sociodemográficas, la edad materna, se sitúa en los intervalos de 21 a 34 años con 42,53 % demostrando un mayor número de casos de preeclampsia en pacientes jóvenes. Estos hallazgos son similares a un estudio realizado en el Hospital provincial general docente Riobamba, periodo febrero – agosto del 2013, donde se demostró que las gestantes tienen un rango de edad entre los 20 a 35 años con 52,94 %; Calucho M. (14).

3. Según el grado de instrucción en gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea; el mayor porcentaje corresponde a secundaria completa con 47,51 %, seguido de secundaria incompleta con el 22,17 %; superior con 16,29 %, seguido de primaria y analfabetismo con 14,03 %. Quintana N y col. manifiestan que el grado de instrucción alcanzado por la gestante no predispone a la aparición de preeclampsia (70).

4. Según la residencia de las gestantes; en nuestro estudio se demuestra que más del 50 % provenían de zona urbana conformando un 64,71 % y el 35,29 % provienen de zona rural; señalándonos que las gestantes que formaron parte del estudio en su mayoría si tuvieron un mayor acceso a un centro de salud, a comparación de las que provenían de zona rural, donde el acceso a la salud a veces se ve limitado por una inaccesibilidad geográfica.

5. El estado conyugal de mayor predominio en las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea fue el concubinato con un 73,30 % equivalente a 162 gestantes; encontrando el mismo resultado en el estudio que realizó Pantoja D.; en el Hospital Belén de Trujillo donde el estado civil más frecuente fue la convivencia con 69 y 78 % siendo posible una inestabilidad de la pareja (22). La ocupación de mayor predominio en las gestantes con preeclampsia fue ama de casa con un 61,09 %. Así mismo diversos estudios han identificado a la ansiedad, depresión, disfunción familiar y la violencia al interior del hogar como factores psicosociales que incrementan significativamente en la gestante, el riesgo para desarrollar preeclampsia (71).
6. Analizando las características obstétricas, respecto a la paridad el 39,37 % fue nulípara, seguido de primíparas con 38,91 %; existiendo una mínima diferencia entre ambos grupos; estos resultados tienen cierta relación con un estudio realizado en el Hospital José Soto Cadenillas, Cajamarca quienes encontraron que el 54,4 % fueron nulíparas, seguido por un 21,1 % de primíparas (18). Asimismo en un estudio realizado en el Hospital de apoyo Sullana, se encontró que el 40,74 % de los casos correspondieron al grupo de nulíparas (17). Resultados que concuerdan con lo que menciona Medina J.

que las mujeres expuestas por primera vez a las vellosidades coriónicas tienen muchas más probabilidades de padecer algún trastorno hipertensivo del embarazo (72).

7. Según la bibliografía revisada, el inadecuado control prenatal es un factor de riesgo para el manejo de esta enfermedad hipertensiva; en nuestro estudio un 47,96 % tuvieron controles prenatales insuficientes, seguido de un 35,75 % de gestantes controladas y 16,29 % de gestantes no controladas, coincide con la investigación de Enriquez D., en su estudio sobre factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Hipólito Unanue Tacna; nos demuestra que el número de controles prenatales menores a 6 es un factor de riesgo que se asocia a preeclampsia (24); ya que al carecer de los cuidados necesarios en el embarazo y no registrar los antecedentes de la paciente ni el curso del embarazo, llevaría a que la gravedad de la preeclampsia se acentúe.

8. Según la edad gestacional, en el presente estudio el 76,92 % fue a término seguido de un 18,10 % de pretérmino; estos resultados guardan relación con el estudio realizado por Quispemayta R., en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde un 55,4 % estuvo

conformado de gestantes a término seguido de un 42,2 % de gestantes pretérmino (73).

9. Respecto a los antecedentes personales de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea el 80,54 % no tuvo antecedente de preeclampsia y el 19,46 % si presentó anteriormente la mencionada patología; Bautista A. menciona que este último grupo podría corroborar la existencia de mayor susceptibilidad a la enfermedad (18). Nuestro resultado guarda relación con el estudio realizado por Díaz C., sobre las características clínicas epidemiológicas de la preeclampsia severa; donde encontraron que el 87,6 % no tuvo antecedentes, y un 12,4 % si tuvo antecedentes, siendo una posible explicación a este resultado el alto porcentaje de mujeres nulíparas (74). Algunos autores como MacGillivray 1958 sugirió que cualquier embarazo previo, aun uno terminado en aborto, protegía contra la hipertensión inducida por el embarazo en la gestación siguiente (75), en nuestro estudio encontramos que el 65,16 % de pacientes no tenía ningún antecedente de aborto, mientras que el 34,84 % restante tenía antecedentes de abortos.

10. Según el IMC, en nuestro estudio un 54,30 % de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea presentó sobrepeso; el 23,98 % corresponde a un peso adecuado; el 20,36 % corresponde a pacientes con obesidad y el 1,36 % representado por pacientes con bajo peso. Diferentes estudios realizados en Perú y en otros países hallaron una asociación relevante entre un IMC superior y la aparición de preeclampsia, básicamente relacionado a la presencia de comorbilidades vasculares que predisponen a la gestante al aumento de la presión arterial durante el embarazo y aumento de los marcadores relacionados a la inflamación como es la proteína C reactiva que se asocia a eventos ateroscleróticos y activación endotelial la cual desempeña una función integral en la preeclampsia (76).

11. Dentro de las complicaciones fetales, el sufrimiento fetal agudo fue de mayor predominio con 12,67 %; en segundo lugar se encuentra el RCIU con un 7,24 % y por último se encuentra el óbito fetal con un 4,52 %. En la mayoría de casos los hijos nacidos de madres preeclámpticas son estudiados desde la gestación hasta después del parto, para obtener los datos sobre las repercusiones tempranas y tardías que presenta el recién nacido. En nuestro trabajo de investigación también se hallaron las principales complicaciones

neonatales representado el primer lugar por un 18,10 % de recién nacidos prematuros; en segundo lugar está el síndrome de dificultad respiratoria con un 8,60 %, seguido del síndrome metabólico con un 7,69 % y finalmente la muerte neonatal con un 5,43 %; el 60,18 % no presentó ninguna complicación. Ananth C. refiere que el riesgo de tener un parto pretérmino es mayor entre las mujeres con preeclampsia grave, ya sea como producto del parto anticipado que se hace como intervención médica del cuadro clínico o porque se inicia espontáneamente el trabajo de parto (77).

CONCLUSIONES

1. La incidencia de gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016 es de 75,43 % de una población de 293 gestantes atendidas con diagnóstico de preeclampsia.
2. Las características sociodemográficas que presentaron las gestantes sujetas de estudio, con mayor frecuencia fueron de 21 a 34 años (42,53 %) con educación secundaria completa (47,51 %), provienen de zona urbana (64,71 %), convivientes (73,30 %) y son ama de casa (61,09 %).
3. Las características obstétricas de las gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea fueron: nulíparas (39,37 %), con controles prenatales insuficientes (47,96 %), a término (76,92 %), no presentaron antecedente personal de preeclampsia (80,54 %) no presentaron antecedente de aborto (65,16 %) y con sobrepeso (54,30 %).

4. Las principales complicaciones fetales fueron: sufrimiento fetal agudo (12,67 %), óbito fetal (4,52 %), RCIU (7,24 %) y dentro de las complicaciones neonatales se encontró: prematuridad (18,10 %), síndrome de dificultad respiratoria (8,60 %), síndromes metabólicos (7,69 %) y muerte neonatal (5,43 %).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al profesional obstetra, fortalecer o implementar un plan de seguimiento a las gestantes con la finalidad de identificar tempranamente los factores de riesgo y de esa manera prevenir complicaciones del embarazo como es el caso de la preeclampsia.
- El profesional obstetra debe brindar consejería eficiente y eficaz a la gestante durante los controles prenatales acerca de la identificación de los signos de alarma y cuidados del embarazo, enfatizando también la importancia de la atención prenatal a fin de establecer por lo menos, más de 6 controles durante la etapa de la gestación.
- Con el fin de prevenir la incidencia de preeclampsia en gestantes con sobrepeso y obesidad se recomienda al profesional obstetra realizar un seguimiento nutricional eficiente e instruir a la paciente sobre los hábitos y estilos de vida saludable.
- Se sugiere a los investigadores continuar estudiando la preeclampsia; así mismo los resultados obtenidos sean utilizados como base para estudios de mayor complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles Méndez D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN. 2016 Noviembre; 20(4).
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención y el tratamiento de la preeclampsia y eclampsia. 2014. ISBN 978 92 4 354833 3.
3. Kuklina E. Preeclampsia Foundation. [en línea]. Mayo 2014. Disponible en: <https://www.preeclampsia.org>.
4. Morgan F, Calderón S, Martínez J. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Ginecología y Obstetricia México. 2012 Marzo; 78(3).
5. Saona Ugarte P. Clasificación de la enfermedad hipertensiva en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015 Octubre; 52(4): p. 219.
6. Pacheco J. La preeclampsia: un problema intrincado. Revista de Ginecología y Obstetricia. 2015 Diciembre; 54(5): p. 193.
7. Dirección de salud IV Lima Este. Análisis de situación de salud. 2011 Mayo; 38(4): p.15

8. Salud M. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna. Boletín epidemiológico. 2016 Enero; XXIV (4).
9. La Rosa M. Preeclampsia viejo problema no resuelto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015 Setiembre; 1(12).
10. Enrique GR. Manejo de la preeclampsia. Scielo. 2014 Diciembre; 60(4).
11. Torres S. Factores de riesgo para preeclampsia. Cascus. 2016 Noviembre; 1(1).
12. Mejía E. Conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia. 2012 Noviembre 34(12).
13. García R. Resultados materno perinatales de pacientes con preeclampsia. Scielo. 2012 Diciembre; XXXVIII (4).
14. Calucho M, María N. Complicaciones materno fetales asociadas a preeclampsia- eclampsia. 2013 Enero 45(4).

15. Ferreira F. Prevalencia de Preeclampsia en el Hospital Regional de Encarnación. Revista sobre Estudios e Investigaciones del Saber Académico. 2015 Enero; 1(9).
16. Huerta L. Universidad de Veracruzana. [en línea]. 2014 [citado 2014 Marzo 1. Disponible en: <https://www.uv.mx>.
17. Cabeza J. Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia. 2013. Diciembre 30(5).
18. Bautista A. Características biológicas y sociales en gestantes con preeclampsia. 2014.
19. Revilla R. Antecedente de cesárea previa como factor de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. 2015.
20. Heredia I. Factores de riesgo asociado a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto. 2015.

21. Caballero A. Antecedente de cesárea como factor de riesgo para preeclampsia en el segundo embarazo en el servicio de gineco-obstetricia del hospital regional docente Trujillo. 2010-2015.
22. Pantoja D. Eficacia del parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales.
23. Flores Y. Preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2014.
24. Enriquez D. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2013.
25. Aduviri M. Factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de ESSALUD. 2016.

26. Huisa A. Factores de riesgo asociado a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Tacna 2014-2015. 2015..
27. Bellart J, Comino R, Gratacós E, Iglesias M. Documento de consenso SEGO [en línea]. 2015. Disponible en: <http://www.sego.es>.
28. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Enfermedades maternas inducidas por el embarazo. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2008. p. 728.
29. Danilo N. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. Scielo. 2016 Abril; 20(4).
30. Pacheco J. La preeclampsia. Revista de Obstetricia y Ginecología 2015 Octubre - Diciembre.
31. Friedman S. Fisiopatología de la preeclampsia. Clin Perinatol. 1991 Enero; 1(4).
32. Sibai B. Hemodinámica de la preeclampsia. Clin Perinatol. 1992 Agosto; 1(5).

33. Gómez Sosa E. Obstetricia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2014 Setiembre; 2(26).
34. De la fuente Díaz G. Eclampsia, complicaciones neurológicas. Revista de Neurología. 2015 Junio; 2(20): p. 32-37.
35. Cararach R, Mussons B. Preeclampsia Eclampsia y síndrome de Hellp. Revista de Neonatología. 2008;(140-144).
36. Ministerio de salud. Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima: Sinco Editores; 2007. p. 158.
37. Cabero Roura L. In Obstetricia y medicina materna fetal. Primera ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 663-664.
38. Meza Santibáñez L, Guevara Ríos E. Manejo de Preeclampsia/ Eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; p. 10.

39. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Módulo de capacitación en Preeclampsia/Eclampsia. 2012 Diciembre; p. 1-53.
40. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Hypertension in pregnancy. 2010 September; p. 111.
41. World Health Organization. Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia; 2011.
42. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013 July 13(9).
43. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2002 January.
44. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2014 Febrero.
45. Romero J, Morales E. Guía de práctica clínica de preeclampsia-eclampsia. 2012 Mayo 18(6).
46. Uzan J, Carbonnel M, Piconne O, Asmar R. Preeclampsia fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 2011.

47. Ganzevoort W, Sibai B. Temporising versus interventionist management (preterm and at term). 2011 Agosto.
48. Lombaard H, Pattinson B. Conducta activa versus conducta expectante para la preeclampsia severa antes de término. 2004 Agosto 5.
49. Bautista M. Toxemia gravídica. In Texto de Obstetricia y Perinatología.: Pharmacia Upjohn; 2003. p. 1-16.
50. Henri J. Laboratorio en el Diagnóstico Clínico. Editorial Marban Libros, España 2007. DOI :2007:633-4
51. Ananya M. News Medical Life Sciences. [en línea]. 2014 [citado 2016 Febrero 6. Disponible en: <http://www.news-medical.net>.
52. Pinedo A. Complicaciones materno perinatales de la preeclampsia-eclampsia. Ginecología y Obstetricia. 2001 Enero; 47(1).
53. Organización Mundial de la Salud. Medición de la salud y la enfermedad. Capítulo II. 2013 Diciembre

54. Moreno A. Principales medidas en epidemiología salud pública de México. 2010 julio-agosto.
55. Acosta G. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista de Obstetricia y Ginecología. 2014 Noviembre; 6(77).
56. Salviz M, Cordero Muñoz L, Saona Ugarte P. Preeclampsia: factores de riesgo. Revista Médica Heredia. 1996 Enero; 7(1).
57. Ruiz J, Trelles J, Gonzales del Riego M. Enfermedad hipertensiva en el embarazo, riesgo materno. Ginecología y Obstetricia. ; 19(1).
58. Moreno Z, Sánchez S. Obesidad pre gestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. Scielo. 2003; 64(2).
59. Morales R. Factores de riesgo asociado a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao. Rev. peruana epidemiologia. 2010 Abril-Junio; 15(2).
60. Muñoz A. Estudio clínico de eclampsia, en el Hospital José Agurto Tello de Chosica- Lima, Perú, entre los años 2004-2009. Scielo. 2010 Agosto; 12(2).

61. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología.
La mortalidad materna en el Perú. [en línea]; 2013. Disponible:
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>.
62. Agencia Valenciana de Salud. Generalitat Valenciana. [en línea].
2014. Disponible:
<http://www.san.gva.es/documents/151744/512074/Cesarea.pdf>.
63. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Diseño metodológico. En Salud
OPD, editor. Metodología de la investigación. Honduras; 2000. p.
131-143.
64. Hernández R, Fernández C, Bautista P. Metodología de la
investigación. Cuarta edición ed. México: Editorial Mexicana.
65. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la
investigación. Primera edición McGraw ed. México: Hill
Interamericana.
66. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la
Investigación. Quinta ed. Mares Chacón J, editor. México: Mc Graw
Hill; 2010.

67. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. Obstetricia de Williams. Vigésimosegunda edición ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2006.
68. Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea Segura. [en línea]; 2002 [citado 2016 Octubre 13. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>.
69. Morales G. Repositorio de la Universidad de Guayaquil. [en línea]. Guayaquil; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec>.
70. Quintana N, Serrano N, S A. Factores de riesgo de preeclampsia enfoque inmunoendocrino. Rev. Cubana Médica. 2014 Agosto; 23(4).
71. Sociedad peruana de epidemiología. Factores psicosociales asociados a preeclampsia. Revista peruana de epidemiología. 2014 Enero-Abril; 18(1): p. 1-7.

72. Medina J, Medina M. Diferencias y similitudes de la preeclampsia y la hipertensión gestacional. Revista de Ginecología y Obstetricia. 2015 Junio; 13(8). Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe>
73. Quispemayta R. Complicaciones materno-fetales en gestantes con preeclampsia atendidas en el Instituto Materno-Perinatal. 2014..
74. Díaz C. Características clínicas epidemiológicas de la preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011 Agosto 20.
75. MacGillivray I. Algunas observaciones sobre la incidencia de la preeclampsia. BJOG an Internacional Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1958 Agosto; 65(4).
76. Cedergren M. Maternal morbid besity and therisk of adverse pregnancy out. Come Obstetrics and Gynaecology, 2014 January 108(28).
77. Ananth C, Savitz D. Preeclampsia and preterm birth subtypes in Nova Scotia. 2008 October 14(17).

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“INCIDENCIA DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016”

1. Características Sociodemográficas

Edad:		HCL	
Grado de instrucción		Estado civil	
Analfabeta		Soltera	
Primaria incompleta		Casada	
Primaria completa		Divorciada	
Secundaria incompleta		Conviviente	
Secundaria completa		Ocupación	
Superior incompleto		Ama de casa	
Superior completo		Trabajadora independiente	
Residencia		Trabajadora dependiente	
Urbano	Rural	Estudiante	

2. Características Obstétricas


Paridad		Edad gestacional	
Nulípara		Inmaduro (22-27 semanas)	
Primípara		Pretérmino (28 – 36 sem)	
Multípara		A término (37 - 40 sem)	
Gran Multípara		Post término (40 – 42 sem)	
Controles prenatales		Antecedentes personales de preeclampsia	
0 controles prenatales		Si	No
>6 controles prenatales		Antecedente de aborto	
< ó igual a 5 controles prenatales		Si	No
		IMC	

3. Complicaciones fetales y perinatales

Complicaciones fetales			
Sufrimiento fetal agudo		RCIU	
Óbito fetal		No complicaciones	
Complicaciones perinatales			
Prematuridad		SDR	
Metabólicos		Muerte neonatal	
No complicaciones			

AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

 GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
HOSPITAL SANTA ROSA

 HOSPITAL SANTA ROSA DE
PUERTO MALDONADO.
"SALUD PARA NUESTRO PUEBLO"

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"

MEMORANDO N° 474 -2017-GOREMAD/HSR-DE.

PARA : Lic. Enf. Alicia N. VICENTE AGUILAR
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación


ASUNTO : Autoriza Ejecución de Trabajo de Investigación.
REF. : Oficio N°094-2017-GOREMAD/HSR-UADI.

FECHA : Puerto Maldonado, 23 de Mayo del 2017

De acuerdo al documento de la referencia, esta Dirección autoriza la ejecución del Trabajo de Investigación: "INCIDENCIA DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESAREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2016", el mismo que estará a cargo de la estudiante Guina Lizbeth AMACHI MAQUERA procedente de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna – Facultad Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Obstetricia.

Asimismo, deberán de brindar las facilidades los servicios involucrados.

Atentamente,


DIRECCIÓN REGIONAL MADRE DE DIOS
Hospital II Santa Rosa - Puerto Maldonado
LUIS HUMBERTO CHAVEZ CELIS
DIRECTOR
CMP N° 25021 RNE N° 02704

C.C
Interesada
Archivo.
LHCHC/rdg.

SEDE CENTRAL
JR. CAJAMARCA N° 171
Teléfonos: 082 - 571019-573431
Telefax: 082 - 573430

PAGINA WEB HSR – PM
WWW.hospitalsantarosa.gob.pe

DIRECCION EJECUTIVA
Telefax: 082 - 571046
Anexo: 114 - 115