



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PREECLAMPSIA EN
GESTANTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA,
EN EL PERIODO ENERO A MARZO 2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
Bachiller Pintado Salazar, Frida Sofía**

**ASESOR
Mg. Obsta. Florián Cáceres Anita**

**PUCALLPA, PERÚ
2018**

ÍNDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	X
CAPITULO I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	01
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	01
1.2 Delimitación de la Investigación	03
1.3 Formulación del Problema	03
1.3.1 Problema principal	03
1.3.2 Problemas secundarios	03
1.4 Objetivos de la Investigación	04
1.4.1 Objetivo General	04
1.4.2 Objetivos Específicos	04
1.5 Hipótesis de Investigación	04
1.5.1 Hipótesis General	04
1.5.2 Hipótesis Secundaria	05
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	05
1.6 Diseño de la Investigación	07
1.6.1 Tipo de investigación	07
1.6.2 Nivel de la Investigación	07
1.6.3 Método	07
1.7 Población y Muestra	08
1.7.1 Población	08
1.7.2 Muestra	08
1.8 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	09
1.8.1 Técnicas	09
1.8.2 Instrumentos	09
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación	10

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	12
2.1.1 Antecedentes Internacional	12
2.1.2 Antecedentes Nacional	15
2.1.3 Bases teórica	17
2.1.4 Definición de términos	28
CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	30
3.1 Presentación de resultados	30
3.2 Interpretación, Análisis y Discusión de Resultados	48
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
4.1 Conclusiones	54
4.2 Recomendaciones	56
FUENTES DE INFORMACIÓN	57
ANEXOS	64
Matriz de Consistencia	
Instrumentos de Recolección de Datos	
Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio	

Dedico a:

Mis padres y hermanos por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo éste tiempo.

Agradezco a:

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y por haber sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de aprendizaje.

A la Universidad Alas Peruanas, en especial a la Escuela de Obstetricia, por ser parte de mi formación en mi vida profesional, brindándome grandes conocimientos científicos y morales.

A mi tutora la Obsta. Anita Florián, por la paciencia, asesoramiento y dedicación que me ayudaron en la realización de éste proyecto.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo del 2016. **Material y métodos:** Es un estudio Cuantitativo descriptivo correlacional, de corte transversal y retrospectivo. La muestra fueron 272 casos, los datos se obtuvieron del sistema informático perinatal (SIP 2000) en primera instancia y se corroboró con las historias clínicas de cada paciente atendida en el servicio de gineco-obstetricia en el periodo establecido. Resultados se encontró: Respecto a los factores sociodemográficos: el grupo etáreo que concentra la mayoría de los casos es el de 20 a 34 años con una frecuencia de 66.2%, el estado civil más frecuente es conviviente con un 89.3%, el grado de instrucción alcanzado en promedio es secundaria con un 65.4%, los casos mayormente proceden del distrito de Yarinacocha con un 57.7%, y la ocupación mayormente es ama de casa con un 90.1%.

En lo referente a los factores obstétricos: La edad gestacional más frecuentes al momento del diagnóstico de preeclampsia es de 31 a 41 semanas con un 7.7%, en los casos de Multigesta son más frecuentes, con un 67.3%, el periodo intergenesico adecuado tuvo mayor porcentaje: con un 41.2%, la mayoría de los casos si tuvieron atenciones prenatales con un 93.4%, el número de atenciones prenatales con mayor frecuencia fue el grupo con seis a más atenciones con un 45,2%, el trimestre de inicio de atención prenatal más frecuente es al segundo trimestre con un 39.3%, el tipo de embarazo más frecuente es el Embarazo único con un 96.3%.

Respecto a los factores de riesgo de antecedentes personales: encontramos con mayor frecuencia la cirugía previa, con un 12.9%, y en lo referente al índice de masa corporal, el mayor número de casos, se concentran en el grupo de normosómicos, con un 52.9%.

Del total de casos del estudio, la preeclampsia corresponden a un 9.6%, siendo la preeclampsia severa, la más frecuente, con el 7% de los casos y la preeclampsia leve con el 2.2%. La complicación asociada a preeclampsia fue Muerte Intrauterina con un 0.7%

Se **concluye** que de todos los Factores propuestos en el estudio Solo el antecedente de preeclampsia se constituye como factor de riesgo para Preeclampsia en el embarazo actual con un Valor de Chi cuadrado calculado de 9.38, considerando un intervalo de confianza de 95% y un Alfa /error de 0.05.

Palabras clave: Factores de riesgo, preeclampsia.

ABSTRACT

The present study was proposed with the **objective**: To determine the risk factors associated with preeclampsia in pregnant women of the Amazonian Hospital from January to March 2016. **Material and methods**: This is a descriptive, correlational, cross-sectional and retrospective quantitative study. The sample consisted of 272 cases, the data were obtained from the perinatal computer system (SIP 2000) in the first instance and corroborated with the clinical records of each patient attended in the gynecological-obstetric service in the established period. Results were found: Regarding sociodemographic factors: the age group that concentrates the majority of cases is that of 20 to 34 years old with a frequency of 66.2%, the most frequent civil status is cohabiting with 89.3%, the level of education reached on average is secondary with 65.4%, the cases mostly come from the district of Yarinacocha with 57.7%, and the occupation is mostly housewife with 90.1%.

Regarding obstetric factors: The most frequent gestational age at the time of diagnosis of preeclampsia is 31 to 41 weeks with 7.7%, in cases of Multigesta are more frequent, with 67.3%, the adequate intergenetic period had higher percentage: with 41.2%, the majority of cases if they had prenatal care with 93.4%, the number of prenatal care with greater frequency was the group with six to more attentions with 45.2%, the trimester of attention The most frequent prenatal is the second trimester with 39.3%, the most frequent type of pregnancy is the single pregnancy with 96.3%.

With respect to the risk factors of personal history: we found with greater frequency the previous surgery, with a 12.9%, and in relation to the body mass index, the greater number of cases, are concentrated in the normosomic group, with a 52.9 %.

Of the total cases of the study, preeclampsia corresponds to 9.6%, being severe preeclampsia, the most frequent, with 7% of cases and mild preeclampsia with 2.2%. The complication associated with preeclampsia was Intrauterine Death with 0.7%

It is **concluded** that of all the factors proposed in the study only the history of preeclampsia constitutes a risk factor for pre-eclampsia in the current pregnancy with a calculated Chi-square value of 9.38, considering a 95% confidence interval and an alpha / 0.05 error.

Key words: Risk factors, preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo.

La preeclampsia se puede asociar -sin proteinuria- con sintomatología como trastornos visuales, cefalea, dolor epigástrico, y el desarrollo rápido e inesperado de la enfermedad. Somos conscientes sin embargo de que muchas mujeres no presentan la hipertensión definida como presión arterial > 140/90 mmHg, pero que pueden tener solo aumentos leves de la presión arterial base a 120-130/85 mmHg y desarrollan repentinamente eclampsia o síndrome HELLP.

La preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna; la prevalencia oscila entre 1,8% – 16,7%. Es una patología de múltiples causas desconocidas que afecta a la madre y en el neonato ⁽¹⁾, trae como consecuencia hospitalizaciones recurrentes, perjudicando económicamente a la familia, centros de salud y en general al sistema de salud de cada país.

A nivel mundial, el 75% de la mortalidad materna se asocia a las siguientes complicaciones: las hemorragias graves, las infecciones y la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) ⁽²⁾. Entre las principales causas de muerte materna en Perú se encuentran: las hemorragias obstétricas, los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio y las complicaciones no obstétricas ⁽³⁾.

La mayoría de los casos de preeclampsia ocurren en gestantes saludables. Por ello es importante establecer los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de esta patología. Entre los cuales cabe mencionar: edad materna

extrema ⁽⁴⁻⁶⁾, vivir en zona rural ^(3,7), grado de instrucción ^(8,9), paridad (nuliparidad) ^(5, 7,10), mayor edad gestacional ^(7,10) un control prenatal inadecuado.

Por otro lado, viendo al ser humano como un individuo de naturaleza social, una serie de estudios ha intentado vislumbrar el nexo entre la preeclampsia y diversos factores de índole psicosocial, teniendo así que a nivel nacional, un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal reveló que las madres con preeclampsia tienen más riesgo de presentar sintomatología depresiva, a su vez, estos resultados se correlacionan con lo planteado por Kurki y col. (2000), en un estudio con madres de Helsinki, y en parte con lo revelado por Vollebregt y col. (2008), con mujeres holandesas, constituyendo este último uno de los pocos estudios que ha intentado profundizar en el rol del stress sobre los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE). Por otro lado, en esta misma línea de trabajo, Sánchez y col (2008), encontraron que las madres con preeclampsia tuvieron más riesgo de presentar el antecedente de violencia durante el embarazo.

El objetivo propuesto en este estudio fue determinar la asociación entre los factores de riesgo (sociodemográficos, obstétricos y antecedentes personales) y la presencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo de Enero a Marzo del 2016.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, que constituye una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal en el mundo ⁽¹¹⁾; junto con la hemorragia y la infección forma una tríada letal. Asimismo, constituye un verdadero problema de salud pública, sobre todo en los países en desarrollo; en los países desarrollados, es apenas una complicación. ^(12,13)

Por lo general, la preeclampsia se define como la presencia de hipertensión acompañada de proteinuria y edema, ⁽¹⁴⁾ sin embargo, el edema es difícil de cuantificar objetivamente y en la actualidad no es necesario como elemento diagnóstico. Puede manifestarse en cualquier

momento después de la semana 20 de gestación y durante un periodo hasta de seis semanas posparto. ⁽¹⁵⁾ Es un síndrome multisistémico con manifestaciones prácticamente en todos los aparatos y sistemas maternos. La principal causa de muerte materna en la pre-eclampsia está relacionada con la enfermedad cerebral. ^(16,17) Entre los diferentes factores de riesgo para desarrollar preeclampsia están la diabetes mellitus tipo 1, la diabetes gestacional y el embarazo gemelar. ⁽¹⁸⁾ Otro estudio mostró, además, propensión en las mujeres de raza negra y en aquellas con control prenatal inadecuado. ⁽¹⁹⁾

En las últimas dos décadas no ha habido grandes avances en el conocimiento de los orígenes de la preeclampsia. Sabemos que los trastornos hipertensivos complican aproximadamente 5 a 10% de los embarazos aparentemente más en el Perú. Es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes; es la primera causa de muerte materna en los hospitales de Es Salud del país y en Lima Ciudad, se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).

Según DIRESA, se tiene referencia de un 1,5% en el Hospital Regional de Loreto ⁽²⁰⁾, aún no se tiene estudios poblacionales acerca de la frecuencia en dicha localidad. En la región Ucayali en el año 2016 hubo 12 muertes maternas, de las cuales 6 fueron en el hospital regional de Pucallpa y 6 en el Hospital Amazónico Yarinacocha, en este último 1 muerte materna fue a causa de preeclampsia, shock distributivo, síndrome hellp. La incidencia de preeclampsia en el hospital amazónico Yarinacocha es de 5 a 8 % de todos los embarazos.

Entre esta diversidad de factores se ha reportado que la preeclampsia se asocia con un antecedente previo de preeclampsia, un índice de masa corporal elevado, antecedente familiar de hipertensión, falta de control prenatal, la primiparidad, la primipaternidad y el cambio de pareja. ^(21,22) En nuestro medio, un estudio recientemente publicado sugiere que el riesgo de preeclampsia se incrementa en mujeres con antecedente de

migraña.⁽²³⁾ Un estudio llevado a cabo en el Hospital Nacional 2 de Mayo, reveló que la preeclampsia se asociaba con una edad de 35 años o más, historia previa de preeclampsia y obesidad.⁽²⁴⁾ Estudios en otras realidades han demostrado que los valores elevados de transaminasas y de uricemia, y valores disminuidos de plaquetas, se asocian con la presencia y severidad de la preeclampsia.⁽²¹⁻²⁵⁾

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

Espacial, el presente estudio se realizó en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Amazónico – Yarinacocha.

Temporal, el estudio se ha realizado en el periodo Enero a Marzo 2016

Social, los casos del presente estudio corresponden a pacientes atendidas por Parto, en el Hospital Amazónico.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016?

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016?

¿Cuáles son los antecedentes personales como factores de riesgo relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo del 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

Determinar los factores de riesgo sociodemográficos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo del 2016

Conocer los factores de riesgo obstétricos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo del 2016

Identificar los antecedentes personales como factores de riesgo relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo del 2016.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

Los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos, antecedentes personales están asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

Existe asociación y riesgo significativo entre la preeclampsia y las características sociodemográficas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016.

Existe asociación y riesgo significativo entre la preeclampsia y las características obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016.

Existe asociación y riesgo significativo entre la preeclampsia y los antecedentes personales en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016.

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

1.5.3.1. Variable Independiente:

Factores de Riesgo

1.5.3.2. Variable Dependiente:

Preeclampsia

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
<u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u> FACTORES DE RIESGO	Sociodemográficos	✓ Edad Materna ✓ Estado Civil ✓ Grado de Instrucción ✓ Distrito de procedencia ✓ Ocupación

	Obstétricos Del embarazo actual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad gestacional en el momento de Diagnóstico ✓ Número de gestación ✓ Periodo Intergenésico ✓ Atención Prenatal ✓ Número de atención prenatal ✓ Tipo de Embarazo
	Antecedentes Personales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partos prematuros. ✓ Antecedente de cirugía pélvica uterina ✓ Antecedente De Preeclampsia En Gestación Previa ✓ Antecedentes de Abortos ✓ Diabetes mellitus o gestacional preexiste. ✓ Índice de masa corporal
<u>VARIABLE</u> <u>DEPENDIENTE</u> PREECLAMPSIA	Preeclampsia Leve	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No
	Preeclampsia Severa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No
	Complicaciones de Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síndrome de Hellp ✓ Eclampsia ✓ Muerte Intrauterina ✓ Coagulación Intravasculare Diseminada

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo y Aplicada, debido a la revisión de la información cualitativa, mediante de la obtención de datos en principio no cuantificable, basado en la observación con la finalidad de encontrar mecanismos o estrategias que permitan lograr un objetivo concreto.⁽²⁶⁾ Retrospectivo de corte transversal, porque los hechos motivo de estudio ocurrieron en el pasado, cuya información se encuentra ya registrada pero sin haber sido analizada y se estudia las variables simultáneamente en determinado tiempo, haciendo un corte en el tiempo.⁽²⁷⁾

1.6.2 Nivel de Investigación

Descriptiva y Analítica, debido a que se describirán datos de casos ocurridos sin manipulación de las variables. Correlacional debido a la medición de dos o más variables y establecen una relación estadística entre las misma, sin necesidad de incluir variables externas para llegar a conclusiones relevantes.⁽²⁸⁾

1.6.3 Método

Método analítico – sintético. Estudia los hechos, partiendo de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes para estudiarlas en forma individual (análisis), y luego se integran dichas partes para estudiarlas de manera holística e integral (síntesis).⁽²⁹⁾

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

Según los datos del sistema informático perinatal (SIP 2000) existe un registro de 936 gestantes atendidas en el Hospital Amazónico que culminaron en parto, del periodo Enero a Marzo del 2016.

1.7.2 Muestra

El cálculo del tamaño mínimo necesario de la muestra fue calculada a través de la siguiente fórmula para muestra finita.

$n = \frac{Z^2 * Npq}{e^2(N-1) + Z^2pq}$	<p><i>N = Tamaño de población</i> <i>Z = (1.96) Nivel de Confianza</i> <i>e = (0.05) Margen de Error</i> <i>p = (0.5) Proporción Deseada +</i> <i>q = (0.5) Proporción Deseada -</i></p>
--	--

$$n = \frac{Z^2 * Npq}{e^2(N-1) + Z^2pq} = \frac{(1.96)^2 * (936)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(936-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$= 272,49 \neq 272$$

Por tanto la muestra asciende a 272 gestantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Historias clínicas con Datos Completos para el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Historias clínicas con Datos Incompletas
- Diagnóstico no confirmatorios

1.8 TÉCNICA E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

La técnica que se utilizó es la recolección de datos según Ficha de recolección de datos previamente diseñada, que contiene todos y cada uno de las variables necesarias para alcanzar los objetivos del estudio.

Los datos se recogerán de la fuente de información constituida por el Sistema informático perinatal (SIP 2000) en primera instancia el mismo que será corroborado de ser necesario con las historias clínicas que se solicitarán a la Oficina de Estadística y Epidemiología del Hospital Amazónico.

1.8.2 Instrumentos

La ficha de recolección de datos de cada Historia Clínica será aplicada en forma anónima por la investigadora.

El instrumento está constituido por una Ficha de Recolección de datos (anexo 1), que consta de 4 constructos:

El primer constructo corresponde a:

- Características Sociodemográficas Maternas que contiene:
 1. Edad Materna
 2. Estado civil
 3. Nivel de Estudios

4. Distrito de Procedencia
5. Ocupación

El segundo constructo corresponde a:

- Antecedentes Obstétricos que contiene:
 1. Tipo de Embarazo
 2. Número de gestaciones
 3. Índice de Masa Corporal
 4. Antecedentes Obstétricos Personales

El tercer constructo corresponde a:

- Embarazo Actual que contiene:
 1. Periodo intergenesico
 2. Atención prenatal
 3. N° atención Prenatal
 4. Trimestre que inicio la Atención Prenatal

El cuarto constructo corresponde a:

- Diagnóstico de Preeclampsia que contiene:
 1. Edad Gestacional en el momento del Dx
 2. Tipo de Pre eclampsia
 3. Complicaciones

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Por considerarse este trastorno uno de los principales factores causales del incremento de la morbilidad materna y perinatal se ha decidido realizar una revisión con la finalidad de conocer los factores sociodemográficos, obstétricos y antecedentes personales y familiares de la preeclampsia.

Mediante este trabajo se pretende conocer los diferentes factores de riesgo que intervienen en la preeclampsia y cuál de ellos es más frecuente en las pacientes atendidas por el servicio de Obstetricia del Hospital Amazónico.

A través de la identificación de los factores de riesgo nos permitirá realizar un diagnóstico precoz y oportuno para obtener información que contribuya a una mayor comprensión del fenómeno, así como aplicar medidas terapéuticas preventivas, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materno - fetal asociado a esta patología.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Valdés y Hernández ⁽³⁰⁾ , en su estudio “Factores de riesgo para Preeclampsia”, publicada en el año 2014, realizaron en Cuba en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" entre enero de 2012 y diciembre de 2013, cuyo **objetivo** fue identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. Esta investigación fue un **estudio** de casos y controles. Se conformó la muestra con 128 pacientes, divididos en dos grupos; 64 con preeclampsia en el grupo estudio y 64 sanas en el grupo control escogidas al azar. Se recogieron los datos mediante una encuesta y la revisión de la historia clínica para analizar las variables del estudio. Como **resultados** reportaron que los factores que influyeron en la preeclampsia fueron la edad materna de 35 años o más (OR= 4,27), el sobrepeso materno al inicio de la

gestación (OR= 2,61), la nuliparidad (OR= 3,35) y el antecedente familiar de madre con preeclampsia (OR= 7,35) o hermana (OR= 5,59); no así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables.

Conclusión: La mayoría de los factores de riesgo para preeclampsia no son modificables, por lo que se requiere una esmerada atención prenatal que garantice el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad.

Balestena Sánchez y col. ⁽³¹⁾, en su estudio “Comportamiento de la Preeclampsia Grave” publicado en el año 2010 , realizado en el Hospital Gineco-obstétrico “Justo Legón Padilla”, cuyo **objetivo** era evaluar el comportamiento de la preeclampsia grave, un estudio de tipo retrospectivo, longitudinal y analítico de 118 gestantes que ingresaron en la sala de cuidados especiales perinatales de dicho hospital. El grupo **estudio** se comparó con un grupo control integrado por 192 embarazadas que no padecían la enfermedad y que también ingresaron en el hospital donde se realizó el estudio. Teniendo como **resultado** que los casos una media discretamente superior en el grupo estudio que en el grupo control ($26,8 \pm$ vs. $25,9 \pm 3,9$ años), que la mayor incidencia de la preeclampsia grave apareció en el grupo de 30 a 34 años y en el de 20 a 24 años, con 33 y 32 pacientes respectivamente; sin embargo, destacaron el hecho de que la adolescencia resultó muy significativa ($p < 0,01$), que predominó la nuliparidad (52,54 %), resultado este altamente significativo ($p < 0,001$), que el 77,96 % de las gestantes con preeclampsia grave tuvieron su parto antes de las 37 sem de embarazo, resultando altamente significativo ($p < 0,001$), que el 33,06 % de las pacientes con preeclampsia grave comenzaron su labor de parto por inducción lo cual fue significativo ($p < 0,005$); sin embargo, la cesárea electiva se utilizó en el 35,59 % de las pacientes del grupo estudio, resultado altamente significativo. La cesárea constituyó en el grupo estudio la principal vía con el 67,24 % ($p < 0,001$), mientras que en el grupo

control fue el parto transpélvico. El 77,59 % de las pacientes del grupo estudio tuvieron recién nacidos con peso inferior a los 2 500 g resultado que fue altamente significativo ($p < 0,001$). El test de Apgar del recién nacido de las madres con preeclampsia, al minuto, estuvo por debajo de los 7 puntos en 31 niños (30,39 %), no así en el grupo control, resultando altamente significativo ($p < 0,001$). En relación con el Apgar a los 5 min, observaron que el puntaje por debajo de 7 se presentó en 6 casos del grupo estudio (5, 88 %); entre tanto, el grupo control sólo tuvo 2 pacientes (1,06 %) en ese caso., se conoció que 14 gestantes del grupo estudio tuvieron muertes fetales tardías y 6 recién nacidos del propio grupo fallecieron en sus primeros 7 d, siendo la tasa de mortalidad perinatal en este tipo de embarazadas fue de 1,63 por 1 000 nacidos vivos. **Conclusión:** La preeclampsia grave es una enfermedad que produce muchas complicaciones en el producto de la concepción.

Morgan-Ortiz F y col. ⁽³²⁾ en su estudio “Factores de Riesgo asociado con Preeclampsia: estudio de casos y controles” en el año 2010, realizaron en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México, cuyo **objetivo** es evaluar la asociación de factores sociodemográficos y Ginecoobstétrico con preeclampsia. Este **estudio** de casos y controles no pareados, con base poblacional, realizado con las pacientes que acudieron al área de toco-cirugía del Hospital, comparó la frecuencia de factores individuales de riesgo en pacientes con preeclampsia (casos: $n = 196$) y normotensas (controles: $n = 470$). Entre los **resultados** no se encontró asociación entre tabaquismo (RM: 3.05; IC 95%: 0.81-11.48), edad de inicio de vida sexual ($p = 0.1509$), número de parejas sexuales (RM: 1.23; IC 95%: 0.83-1.83; $p = 0.3009$) y el antecedente de cohabitación sexual menor de 12 meses (RM: 0.90; IC 95%: 0.63-1.27) con preeclampsia. El alcoholismo (RM: 5.77; IC 95%: 1.48-22.53), el nivel socioeconómico bajo ($p < 0.05$) y la preeclampsia en embarazo previo (RM: 14.81; IC 95%: 1.77-123.85; $p = 0.0006$) se asociaron significativamente con

preeclampsia. Además encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de método anticonceptivo utilizado entre los grupos ($p < 0.005$). **Conclusión:** Los factores de riesgo estudiados y que se asociaron significativamente con preeclampsia fueron: alcoholismo, nivel socioeconómico bajo, tipo de método anticonceptivo, primigravidez y antecedente de preeclampsia en el embarazo previo.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Gozar ⁽³³⁾, en su estudio “Factores de riesgo asociados a Preeclampsia Leve en mujeres primigestas” realizado en el Hospital De Vitarte publicado en el 2017, con el **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia leve en primigestas. En la investigación se realizó un **estudio** epidemiológico analítico retrospectivo de caso y control, con el fin de conocer los factores de riesgo para desarrollar pre eclampsia leve en primigestas. La investigación contó con una muestra de 280 pacientes (140 casos y 140 controles). El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte durante el período 2015. **Resultados:** La edad materna menor de 22 años y la edad mayor de 32 años con un p valor $p < 0,05$ ($p = 0,0008$ y $p = 0,04$, respectivamente). La edad menor de 22 años tenía un OR mayor de 1 (OR: 3,428, IC: 1.236- 5.602). Por otro lado, edad mayor de 32 años obtuvo un OR mayor de 1 (OR: 3.563, IC: 1.368-5.931). Índice de masa corporal normal 18- 24 con la preeclampsia $p < 0,05$ ($p = 0,004$) tiene un OR menor de 1 (OR: 0,567, IC: 0,286 - 0,88), entendiéndose que el IMC normal es un factor protector estadísticamente significativo. El sobrepeso $IMC > 25\text{kg}/\text{m}^2$ ($p = 0,003$) (OR=6,663, IC: 1,986 - 18,016). **Conclusión:** El presente estudio identificó a la edad, el índice de masa corporal $> 25\text{kg}/\text{m}^2$, como factor de riesgo para pre eclampsia leve, aumentando de forma significativa el riesgo de pre

eclampsia leve incidiendo más en primigestas menor de 22 años y mayor de 32 años en gestantes atendidas en el Hospital Vitarte.

Heredia ⁽³⁴⁾, en su estudio “Factores de riesgo asociados a preeclampsia” realizado en el Hospital Regional de Loreto publicado en el año 2015, con el **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia. El presente **estudio** fue de diseño observacional y caso – control; de tipo transversal y retrospectivo. Los casos estuvieron constituido por las gestantes con pre-eclampsia atendidas y hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante los años 2010 – 2014, siendo los controles gestantes sin diagnóstico de cualquier enfermedad hipertensiva. Toda la información fue captada en una ficha de recolección de datos inferida de estudios previos y revisada por los asesores del estudio. **Resultados:** En las preeclámpticas el 58,2% tenía de 20 a 34 años, encontrando OR > 1 en la edad menor de 20 años (OR: 3,008; IC: 1,499 - 6,037) y la edad mayor de 34 años (OR: 2,294; IC: 1,246 - 4,223). El 1,8% presentó IMC bajo, el 62,7% ÍMC normal, el 24,5% sobrepeso y el 10,9% fueron obesas, existiendo valor OR > 1 en las obesas (OR=5,265; Intervalo de Confianza: 1,806 - 15,355). Se encontró relación con la preeclampsia a la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas ($\chi^2=18,165$; $p = 0,00002$) con OR > 1 (OR: 5,210; IC: 2,284 - 11,882), la nuliparidad ($\chi^2= 4,975$; $p = 0,026$; OR=8,264; IC: 1,912 - 74,849), el embarazo múltiple ($\chi^2=12,957$; $p = 0,00031$; OR=5,763; IC: 1,999 - 16,615), la diabetes mellitus preexistente o gestacional ($\chi^2=6,303$; $p = 0,012$; OR=3,832; IC: 1,252 - 11,726), la Hipertensión arterial crónica ($\chi^2=32,954$; $p = 0.0000000094$; OR=22,758; IC: 5,194 - 99,717), el antecedente familiar Enfermedad Hipertensiva ($\chi^2=6,306$; $p = 0.000000007$; OR=6,306; Intervalo de Confianza: 3,202 - 12,419) **Conclusión:** Los factores de riesgo asociados a preeclampsia fueron la edad menor de 20 años, la edad mayor de 34 años, la obesidad, la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas, la

nuliparidad, el embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional, la hipertensión arterial crónica y el antecedente familiar Enfermedad Hipertensiva.

Sánchez-Carrillo et al ⁽³⁵⁾, en su estudio “Factores de riesgo de la Preeclampsia Severa” realizaron en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo- Perú, publicado en el año 2010. Su **objetivo** es determinar los factores de riesgo de la preeclampsia severa en gestantes del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo- Perú en el periodo de enero de 2006 a abril de 2010. En este **estudio** es de tipo retrospectivo, de casos y controles (un control por caso), con una muestra de 200 gestantes seleccionadas aleatoriamente, encontraron como resultado que los factores de riesgo considerados que **resultaron** significativos a nivel 0,05 fueron las edades menores a 18 años y mayores a 35 años (OR: 2,278, IC: 95% 1,178–4,405), el sobrepeso (OR: 4,681, IC: 95% 2,572-8,519), la obesidad (OR: 3,580, IC: 95% 1,294-9,906) y la nuliparidad (OR:2,583, IC:95% 1,291-5,171). **Conclusión:** Los factores de riesgo como la edad, sobrepeso, obesidad y la nuliparidad son importantes en el desarrollo de la preeclampsia severa en gestantes del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo de enero de 2006 a abril de 2010, considerando sin embargo, que existen estudios que pueden contradecir con los mismos.

2.1.3 BASES TEÓRICAS

Los trastornos hipertensivos complican 5 a 10% de todos los embarazos y constituye uno de los miembros de la triada letal, junto con la hemorragia y la infección, que constituye en la buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad materna. En esos trastornos, el síndrome de preeclampsia, ya sea solo o agregado a la hipertensión crónica, es el más peligroso. La hipertensión nueva sin proteinuria en

el embarazo, la denominada hipertensión gestacional, va seguida de signos y síntomas de preeclampsia casi en 50% de los casos y la preeclampsia se identifica en 3.9% de todos los embarazos. (Martin, 2012)

Según James Martin, el Presidente del American College of Obstetricians and Gynecologists (2013b), estableció un grupo que generara recomendaciones basadas en la evidencia para la práctica clínica. Se conservó la clasificación básica, que describe cuatro tipos de enfermedad hipertensivas:

1. Hipertensión gestacional (evidencia de preeclampsia que no aparece y la hipertensión desaparece a las 12 semanas después del parto).
2. Síndrome de Preeclampsia y Eclampsia
3. Hipertensión crónica de alguna causa
4. Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica

En esta clasificación, es importante la diferencia de la preeclampsia y eclampsia respecto de otros trastornos hipertensivos, ya que las primeras dos son más ominosas. Este concepto también es esencial para interpretar y analizar los estudios sobre etiología, patología y atención clínica de los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo. ⁽³⁶⁾

La preeclampsia (PE) es un trastorno hipertensivo específico de la especie humana que afecta al 2-8% de todos los embarazos, suponiendo uno de los problemas asociados a la gestación, aún sin resolver, que mayor morbimortalidad materna y fetal causa en todo el mundo. Es un síndrome complejo y heterogéneo que tiene un espectro clínico amplio con formas leves o tardías, asociadas a factores extrínsecos al desarrollo placentario, como son los condicionantes genéticos y/o ambientales que determinan una predisposición materna al daño endotelial ante un insulto placentario.

Dada la gran diversidad de expresiones con que se manifiesta, es difícil encontrar un nexo común para todos los tipos. Las formas tardías suelen presentarse a término y cursan sin repercusión en el pronóstico feto materno. Las formas complicadas de preeclampsia son de aparición más precoz en las que predomina el daño placentario y que pueden llegar a cursar con retraso en el crecimiento fetal intrauterino o abruptio placentae en el feto, y en la madre fallo orgánico (insuficiencia renal, hepática con trastorno de la coagulación, edema de pulmón) o convulsiones maternas (eclampsia) e ictus, además, de un riesgo aumentado de padecer complicaciones cardiovasculares a lo largo de su vida. Hasta el momento la única forma de selección que se aplica en la práctica clínica diaria para identificar a gestantes con riesgo de sufrir la enfermedad es la identificación de factores de riesgo. Hasta el 10-20% de las embarazadas puede reunir algún criterio de riesgo, pero la mayoría de ellas no llegan a desarrollar una PE, por lo que este método de cribado resulta poco eficiente. ⁽³⁷⁾

FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA

La identificación de dichos factores al comienzo del embarazo es un paso fundamental para establecer el tipo de control que se debe llevar a cabo con cada gestante y así orientar los recursos a esas pacientes y no a las de bajo riesgo (SEGO, NICE). En presencia de factores de riesgo, la posibilidad de padecer PE durante el embarazo se eleva al 10-50%, dependiendo de la naturaleza de dichos factores, siendo las gestantes de alto riesgo las que desarrollan más frecuentemente las formas más severas. Mientras la incidencia de PE precoz es menor del 1% en la población no seleccionada, en mujeres de alto riesgo puede aumentar hasta el 5%. Visto de otro modo, se observan condicionantes predisponentes aproximadamente sólo en el 30% de las formas precoces y/o severas ⁽³⁸⁾

A continuación citaremos los factores de riesgo asociados al incremento de desarrollo de PE, y dado que poseen un bajo valor predictivo para la enfermedad, necesitamos otros marcadores de riesgo que mejoren la tasa de detección.

Edad materna

Este factor está provocando un aumento de la incidencia de PE debido al aumento de la edad media materna a la gestación. La edad materna avanzada incrementa el riesgo de PE (edad ≥ 40 RR1.96, 95% IC 1.34-2.87 en pacientes multíparas y RR 1.68, 95% IC 1.23-2.29 en nulíparas) ⁽⁴⁹⁾ Por otra parte estas pacientes tienen mayor incidencia de factores de riesgo adicionales como diabetes o hipertensión crónica. Un estudio demográfico realizado en EEUU sugiere que el riesgo de PE aumenta un 30% por cada año adicional a partir de los 34 años. Las edades inferiores no han mostrado afectar al riesgo de PE. ⁽³⁹⁾

Si las adolescentes tienen mayor riesgo de PE es más controvertido. Una revisión sistemática no encontró asociación. ⁽⁴⁰⁾

Paridad

No está claro por qué en las primigestas aumenta el riesgo de manera significativa. Una teoría postula que estas pacientes han tenido una exposición limitada a los antígenos paternos, los cuales han mostrado tener un papel en la patogénesis de la enfermedad. La nuliparidad se asocia a RR 2.91, 95% IC 1.28-6.6. ⁽⁵¹⁾ Un estudio prospectivo llevado a cabo entre 1987 y 2004 con 750.000 pacientes suecas describió riesgo de padecer PE en el primer embarazo de 4.1%, mientras que en los siguientes embarazos el riesgo se redujo a 1.7%. El riesgo de PE precoz (<34 semanas en el momento del parto) también fue tres veces mayor en nulíparas (0.42%) que en multíparas (0.14%). ^(39,41)

Hábitos nocivos

Paradójicamente el hábito tabáquico, aunque desaconsejado en el embarazo, se ha mostrado como factor protector de la aparición de preeclampsia. Globalmente se asocia con reducción del riesgo del 32%, aunque los embarazos de fumadoras que padecen PE tienen mayores tasas de bajo peso al nacimiento, mortalidad perinatal y abrupcio placentae comparado con los embarazos de madres no fumadoras que padecen PE. ⁽⁴²⁾

Antecedente de preeclampsia en gestación previa

Incrementa el riesgo de desarrollar PE en siguientes embarazos hasta 7 veces (RR 7.19, 95% IC 5.85-8.53). La severidad del cuadro de PE se asocia fuertemente al incremento en el riesgo, describiéndose tasas de desarrollo de PE en siguientes embarazos de hasta 25-65% en aquellas mujeres que padecieron clínica severa de PE en el segundo trimestre. En comparación, mujeres que desarrollaron PE tardías o leves, se describen tasas de PE en segundo embarazo del 5-7%. ⁽³⁹⁾

Historia familiar de PE en familiar de 1er grado

Se triplica el riesgo de PE si existe antecedente de PE en algún familiar de primer grado (madre o hermana) (RR2.9, 95% IC 1.70-4.93), lo que sugiere un mecanismo hereditario en algunos casos. ^(39,41)

Gestación múltiple

Las gestaciones gemelares triplican el riesgo de padecer PE respecto a gestaciones únicas (RR 2.93, 95% IC 2.04-4.21). No se ha demostrado diferencia en relación a la corionicidad ni amnionicidad. ⁽⁵¹⁾ El riesgo se incrementa con el número de fetos, así en gestaciones triples el riesgo se triplica si se compara con gestaciones gemelares. ⁽⁴³⁾

Enfermedades preexistentes

Hipertensión crónica: La PE en gestantes con HTA crónica tiene una incidencia del 15-25%. La sensibilidad de la TA elevada en la primera mitad de la gestación para predecir la aparición de PE es de alrededor de un 30-35% para una especificidad del 90%. Un gran estudio poblacional danés de 2007 mostró aumento de incidencia de PE en gestante con HTA crónica, con un RR ajustado de 3.4 (95%IC 2.8-4.1) en nulíparas y RR ajustado de 2 (95%IC 1.5- 2.8) en multíparas. (38, 39,44)

Diabetes mellitus: Su efecto en el aumento de la incidencia probablemente está relacionado con una variedad de factores que condicionan el daño endotelial como la enfermedad renal subyacente, los niveles elevados en plasma de insulina y aumento en la resistencia y el metabolismo anormal de los lípidos. (RR 3.56, 95% IC 2.54-4.99) (39,45)

Enfermedad renal: La enfermedad renal crónica se ha asociado de forma global a un aumento del riesgo de PE entre 2 y 3 veces superior a la población general. El grado de insuficiencia renal condiciona el riesgo relativo asociado (39)

Síndrome antifosfolípido: Las gestantes con esta enfermedad tienen riesgo aumentado de padecer PE con un RR de 9.72 (95%IC 4.34-21.72). La PE severa y el síndrome de HELLP se asocian particularmente a esta población, mientras que la PE leve y tardía muestran una asociación dudosa (38, 39,46)

Enfermedad autoinmune: Mujeres con PE tienen mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes. En gestantes con Lupus eritematoso sistémico (LES) la incidencia se sitúa alrededor del 13%, superando el 60% en casos de afectación renal (38, 39 ,46)

Obesidad: La obesidad se asocia especialmente a PE tardía. Existe mayor riesgo a medida que aumenta el IMC. El riesgo se duplica si

comparamos mujeres con IMC normal e IMC aumentado. El riesgo casi se triplica cuando el IMC supera los 30 Kg/m² (RR 2.6, 95% IC 2.3-2.9) (38, 39, 47)

Dislipemia: La hipertrigliceridemia es la alteración que más se ha asociado a la aparición de PE, aumentando en 2 y 4 veces el riesgo de padecerla, en función de la severidad de la elevación de los triglicéridos.

Abortos de repetición

El antecedente de dos o más abortos espontáneos aumenta el riesgo de padecer PE.

Intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad

Dos grandes estudios poblacionales europeos demostraron que el riesgo de PE aumenta discretamente de manera proporcional al tiempo transcurrido desde el embarazo previo, de modo que transcurridos 10 años desde el embarazo anterior el riesgo de PE se asemeja al de una mujer nulípara. (38, 39,48)

En cuanto al cambio de pareja, los resultados son contradictorios, siendo posible la existencia de un factor de confusión asociado al intervalo entre gestaciones. (48)

Reproducción asistida

Los estudios más recientes duplican el riesgo de padecer PE en estas mujeres, tanto para FIV como para la IAC y la inducción de la ovulación. (OR 1.7-2.2). Las pacientes >40 años con donación de gametos presentan riesgo particularmente elevado de padecer formas severas. (38, 39, 49)

Infecciones durante la gestación

Algunas infecciones padecidas durante el embarazo, como las infecciones del tracto urinario, la enfermedad periodontal, chlamydia y

citomegalovirus, se han relacionado con un mayor riesgo de padecer PE. ⁽³⁹⁾

MANIFESTACIONES CLINICAS Y CLASIFICACIÓN

PREECLAMPSIA LEVE

Es definida como presión arterial $<160/110$ mmHg (mmHg o incremento de 30 y 15 mmHg en la TAS y TAD respectivamente) y proteinuria < 5 mg/dl, en ausencia de compromiso multiorgánico, como edema pulmonar, convulsiones, oliguria, trombocitopenia, enzimas hepáticas elevadas asociadas con dolor epigástrico persistente o dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, o síntomas severos o persistentes de la enfermedad (dolor de cabeza, visión borrosa, ceguera) (Sibai, 2003, Brown, 2000).

PREECLAMPSIA SEVERA

Si la PA es > 160 mmHg de sistólica o > 110 mmHg de diastólica, proteinuria mayor de 5 g/en orina de 24hs, oliguria menos de 400 ml/24hs. o existen signos y síntomas premonitorios trombopenia, elevación de las transaminasas (síndrome HELLP), dolor epigástrico, edema pulmonar, alteraciones visuales. O compromiso del bienestar fetal (RCIU), aquí se recomienda hospitalizar a la paciente en un centro hospitalario nivel 3. La preeclampsia severa comprende al 0,6% a 1,2% de las embarazadas (Han 2011).

Criterios de severidad

1. La presencia de alguno de los siguientes hallazgos es expresión de agravamiento del síndrome, debido al impacto negativo sobre el pronóstico materno y perinatal: Cefalea u otras alteraciones cerebrales o visuales persistentes;
2. Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho;

3. Náusea y vómito;
4. Edema pulmonar o cianosis;
5. Hipertensión $\geq 160/110$ mmHg;
6. Proteinuria ± 5 g en orina de 24 h ó 3+ en tira reactiva en dos muestras al azar recolectadas con 4 horas de diferencia;
7. Oliguria (< 500 mL/ 24 h);
8. Creatinina sérica ± 1.2 mg/dL;
9. Incremento en cualquiera de las enzimas hepáticas, aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT), o en ambas;
10. Trombocitopenia $< 100,000/mm^3$;
11. Anemia hemolítica microangiopática, evidenciada por un incremento en la concentración de deshidrogenasa láctica (DHL);
12. Restricción del crecimiento fetal intrauterino;
13. Oligohidramnios;
14. Ausencia de movimientos fetales, y
15. Muerte fetal.

DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

La preeclampsia es un síndrome que se presenta habitualmente después de las 20 semanas de gestación y se diagnostica por hipertensión y proteinuria. Cuando ocurre antes de la semana 20, se relaciona con embarazos múltiples y mola hidatiforme. La hipertensión se determina por cifras de presión arterial iguales o mayores de

140/90 mmHg en al menos dos ocasiones y con un intervalo entre mediciones de 4-6 h en mujeres que se conocían normotensas.

La hipertensión se considera grave si alcanza cifras de al menos 160 mmHg en la sistólica o 110 mmHg en la diastólica, o ambas. La proteinuria se define como la excreción de 300 mg o más de proteínas en 24 horas, o una concentración de 300 mg/L o mayor en al menos dos muestras urinarias tomadas con 4-6 horas de intervalo.

En ausencia de proteinuria debe sospecharse si la hipertensión se acompaña de: cefalea, visión borrosa, acúfenos, fosfenos, dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho, náusea, vómito, trombocitopenia, incremento en la creatinina sérica y elevación de aminotransferasas.

MANEJO DE PREECLAMPSIA

Manejo de Preeclampsia Leve

Una vez definida y clasificada la condición, se procederá a determinar la edad gestacional (EG) fetal. Si ésta se encuentra a término (EG > 37 semanas), no sería prudente continuar con el embarazo, exponiendo a esa madre y su producto a riesgos innecesarios, por lo que recomendamos la culminación del embarazo mediante Inducción del parto, si existen condiciones obstétricas adecuadas (presentación cefálica, placenta normoinserta, pelvis ginecoide).

Si el embarazo es pretérmino (< 37 semanas), habría que valorar previamente si la paciente se encuentra en trabajo de parto o no y el estado de las membranas. Si no hay trabajo de parto y las membranas se encuentran íntegras, se recomienda reposo. Existe evidencia grado A que algún tipo de reposo en cama estaría asociado con la reducción del riesgo de hipertensión severa y parto pretérmino. Sin embargo, los resultados necesitan ser respaldados por ensayos clínicos con mayor cantidad de pacientes, según la Biblioteca

Cochrane ⁽⁵⁰⁾ También existe evidencia grado A que el uso de antihipertensivos como la metildopa disminuye el número de episodios hipertensivos ⁽⁵¹⁾, aunque para los revisores de la Biblioteca Cochrane no está claro aún si la terapia antihipertensiva en estos casos sea realmente valiosa ⁽⁵²⁾

Si hay trabajo de parto pretérmino, se recomienda hospitalizar a la paciente con una vía endovenosa permeable, con infusión de suero fisiológico. Solo se usará tocolíticos entre las 27 y 34 semanas, por máximo 72 horas, para permitir el efecto de la administración de corticoides sobre la maduración pulmonar. Se indicará pruebas de evaluación del bienestar fetal y se solicitará exámenes auxiliares para monitorizar daños a órganos blancos maternos (pruebas de función renal, hepática y perfil de coagulación). Si hay rotura prematura de membranas pretérmino, se agrega antibióticos y manejo según protocolo de RPM.

Manejo de Preeclampsia severa

Aquí se recomienda hospitalizar a la paciente en un centro hospitalario nivel 3. Debido a las altas tasas de morbilidad materna y perinatal se recomienda la culminación del embarazo si la enfermedad se desarrolla a partir de las 34 semanas de gestación. (Sibai 2005).

El manejo de emergencia incluye:

1. Hidratación endovenosa, evitando la sobrecarga. Limitar la velocidad de infusión a 80 mL/h (aproximadamente 1 mL/kg/h). Debido al alto riesgo de cesárea se debe limitar la ingesta de líquidos por vía oral.
2. Indique sonda Foley permanente para un control estricto del balance hídrico a través de la correcta cuantificación del gasto urinario.
3. Administración de metildopa por vía oral. En nuestro medio no contamos con hidralazina EV.

4. Administración de nifedipino (droga de acción rápida vía oral) para disminuir los valores de presión arterial a niveles que sean seguros tanto para la madre como para el feto. No son recomendables disminuciones bruscas.
5. Administración profiláctica de sulfato de magnesio, por vía EV, para prevenir convulsiones (Duley, 2006)
6. Corticoides, para maduración pulmonar fetal si la edad gestacional está entre 27 y 34 semanas.
7. Evaluación del bienestar fetal (cardiotocografía, Doppler).
8. Evaluación del bienestar materno (función renal, hepática, perfil de coagulación, fondo de ojo).
9. La frecuencia de estas evaluaciones dependerá de la edad gestacional, severidad de la condición materna y la presencia o ausencia de RCIU.

El único tratamiento que cura la preeclampsia es la expulsión de la placenta (alumbramiento). Sin embargo el riesgo de hipertensión o preeclampsia no se resuelve inmediatamente después del parto, de modo tal que esta entidad puede presentarse por primera vez durante el puerperio. Por esta razón, las mujeres con hipertensión o preeclampsia (o ambas) deben ser objeto de control estricto de la presión arterial, síntomas maternos, ingesta de líquidos y diuresis. No está claro si se debe administrar antihipertensivos en forma rutinaria después del parto a las mujeres con hipertensión anteparto, como tampoco cuál es la droga de elección (Duley 2006).

2.1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Gestante:** estado de una mujer después de la concepción hasta el nacimiento del niño.
- **Preeclampsia:** Se define como la ocurrencia de aparición de hipertensión arterial durante el embarazo más aparición de proteinuria.
- **Eclampsia:** Gestante con preeclampsia, más la aparición de convulsiones seguida de un estado de coma.
- **Hipertensión Arterial:** presión arterial mayor de 140/90mmHg, tomadas en dos ocasiones, en posición sentada con un intervalo de tiempo no menor de 4 horas.
- **Hipertensión Crónica:** Se presenta antes de las 20 semanas de gestación o la ya conocida antes del embarazo.
- **Proteinuria:** presencia de proteínas en la orina; se refiere a una excreción urinaria 300 mg en 24 horas o una + (cruz) en la tira reactiva.
- **Edad gestacional en el momento de Dx:** Es el tiempo de embarazo de la gestante (transcurrido desde la fecundación hasta el nacimiento) calculada en semanas o meses al momento del diagnóstico de preeclampsia.
- **Paridad:** Número de niños nacidos vivos, con más de 22 semanas de gestación, que ha parido.
- **Periodo Intergenésico:** es el lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente. Un periodo intergenésico adecuado es de al menos 24 meses.
- **Atención Prenatal:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de la salud.

- **Índice de masa corporal:** Es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo.
- **Coagulación Intravascular Diseminada (CID):** se caracteriza por la formación de acumulaciones anormales de sangre espesa dentro los vasos sanguíneos.

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PREECLAMPSIA EN GESTANTES
DEL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO ENERO A MARZO 2016”

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRAFICOS

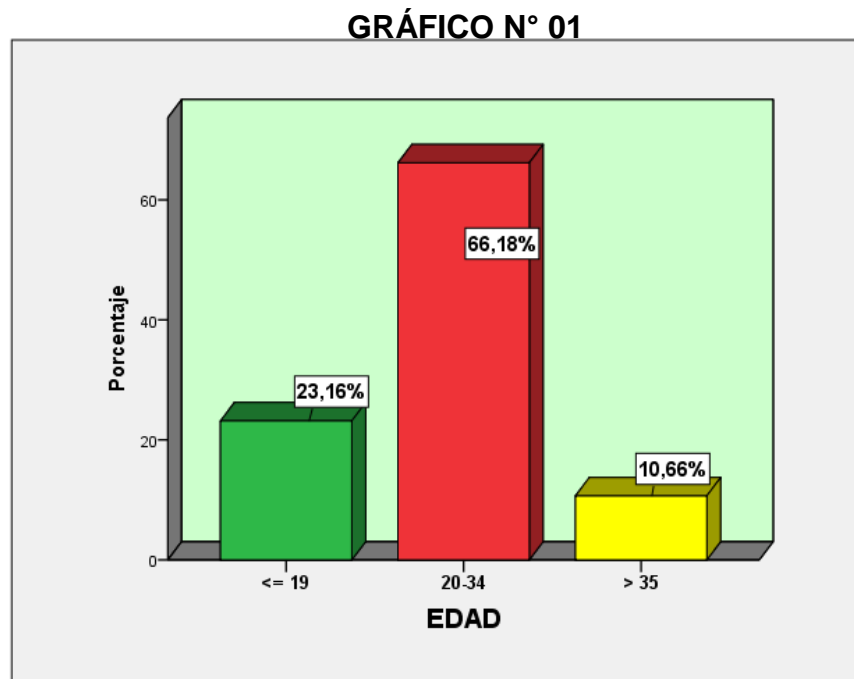
TABLA 01: EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
≤ 19	63	23,2
20-34	180	66,2
> 35	29	10,7
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 01 se aprecia que el 66.2% corresponde al grupo etáreo de 20 a 34 años, un 23.2% son ≤19 años y el 10.7% perteneces a las edades de >35 años.

Según el estudio de Heredia. (2015), cuyo Objetivo fue Determinar los factores de riesgo asociados a Preeclampsia. Se observó que el mayor porcentaje se concentra en el grupo etáreo de 20 a 34 años de edad, estos resultados tienen similitud con nuestro estudio donde se observó mayor porcentaje (58.2%), en el mismo grupo.



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 02: ESTADO CIVIL

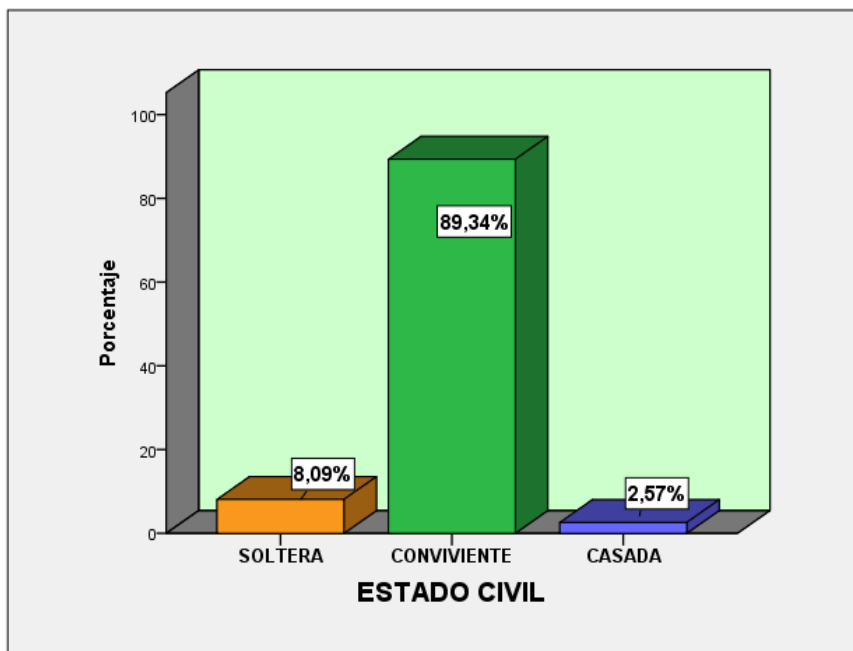
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SOLTERA	22	8,1
CONVIVIENTE	243	89,3
CASADA	7	2,6
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 02 se aprecia que el 89.3% corresponde a las gestantes que son convivientes, un 8.1% son solteras y un 2,6% informaron que son casadas.

En este estudio, el mayor porcentaje corresponde al estado civil, conviviente, con 89.3 % de los casos, a similitud del estudio de Heredia. (2015), cuyo Objetivo fue Determinar los factores de riesgo asociados a Preeclampsia.; donde se observa que el estado civil predominante fue en pacientes convivientes, con un 87.9%.

GRÁFICO N° 02



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN

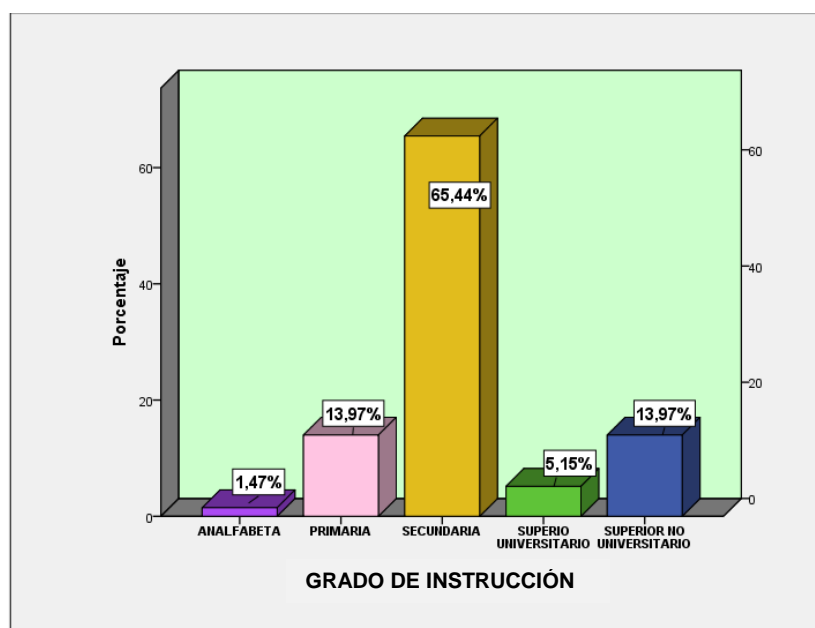
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ANALFABETA	4	1,5
PRIMARIA	38	14
SECUNDARIA	178	65,4
SUPERIOR UNIVERSITARIO	14	5,1
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	38	14
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 03 se aprecia que el mayor número de casos (65.4%) tienen un grado de instrucción secundaria y el menor porcentaje (1.5%) son analfabetas.

En nuestro estudio la mayoría de casos se concentran en el grado de instrucción secundaria con un 65.4%, lo que tiene similitud con el estudio de Heredia. (2015), cuyo Objetivo fue Determinar los factores de riesgo asociados a Preeclampsia.; donde se observó que el mayor porcentaje 62.7% de los casos.

GRÁFICO N° 03



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 04: PROCEDENCIA

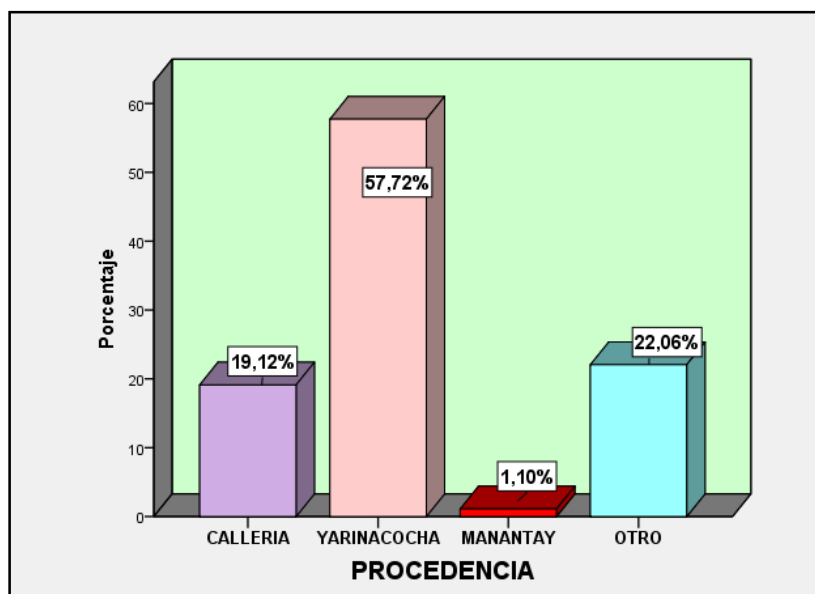
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CALLERIA	52	19,1
YARINACOCHA	157	57,7
MANANTAY	3	1,1
OTROS	60	22,1
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 04 se aprecia que el mayor número de casos (57.7%) procedentes de distrito de Yarinacocha, un (22,1%) de otras procedencia, un (19.1%) procedentes del distrito de Calleria y el menor porcentaje (1.1%) pertenecen al distrito de Manantay.

En nuestro estudio la mayoría de casos se concentran en el distrito de Yarinacocha con un 57.7%, demostrando que la población acuden a su centro de salud determinado por jurisdicción, y acabe recalcar que un 22.1% de la población pertenecen a otra procedencia (Huánuco, Purús, Puerto Inca, Campo Verde, Oxapampa, Codo Del Pozuzo, Nueva Requena Rupa Rupa, Irazola, Honorio, Curimana), los cuales eran pacientes referidos a dicho Hospital.

GRAFICO N° 04



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 05: OCUPACIÓN

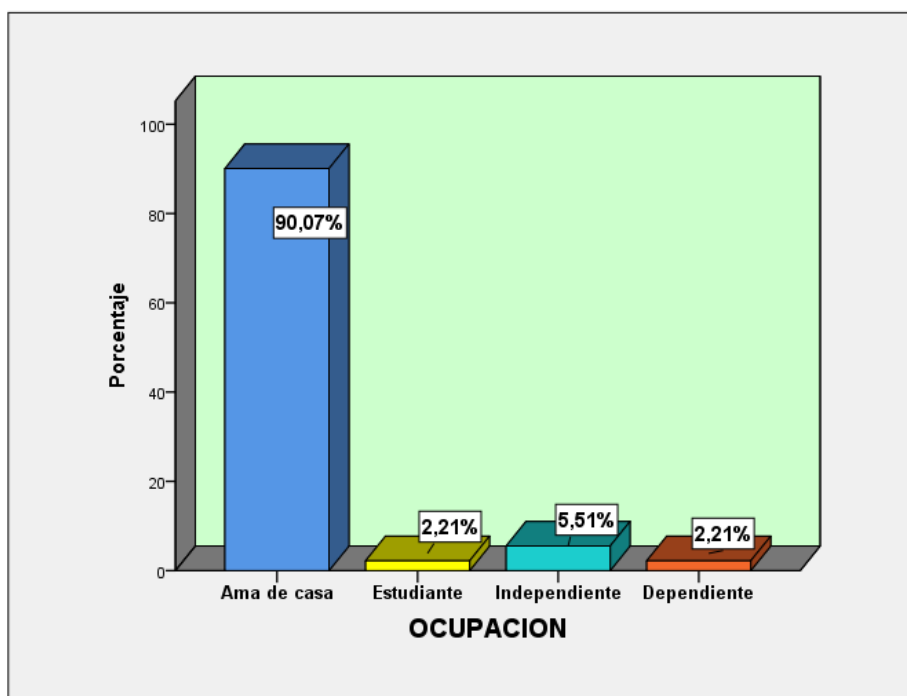
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
AMA DE CASA	245	90,1
ESTUDIANTE	6	2,2
INDEPENDIENTE	15	5,5
DEPENDIENTE	6	2,2
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: en la tabla y gráfico N° 05 se aprecia que el mayor porcentaje con 90.1% de los casos son ama de casa; y se encuentra una similitud de porcentaje de un 2.2% de ocupación de estudiante y dependiente.

Contrastando los resultados con el estudio de Heredia. (2015), cuyo objetivo fue Determinar los factores de riesgo asociados a Preeclampsia, se observa que mientras en su estudio el mayor porcentaje se reportó en la categoría es estudiantes con 88.2 % de los casos; en nuestro estudio el mayor porcentaje se registró en amas de casa con un 90.1% de casos.

GRÁFICO N° 05



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ACTUAL

TABLA 06: EDAD GESTACION AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

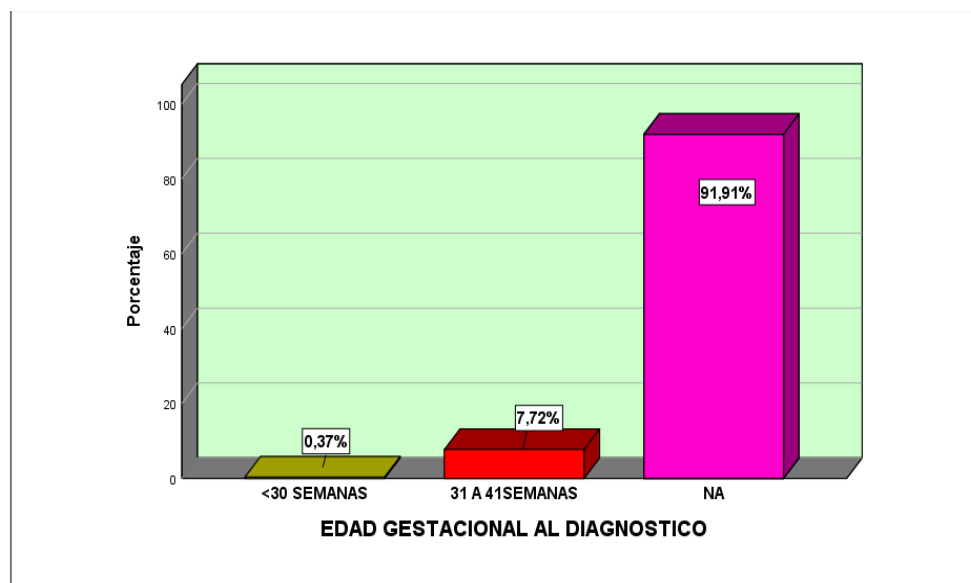
EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<30 SEMANAS	1	0,4
31 A 41SEMANAS	21	7,7
>42 SEMANAS	0	0
NA	250	91,9
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 06 se aprecia que el 7.7 % de los casos corresponde a la edad gestacional de 31 a 41 semanas; y un 0% de los casos de >42 semanas.

Contrastando los resultados con el estudio de Heredia. (2015), con el Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia.; en el cual se obtuvo que el mayor porcentaje se reportó en la edad gestacional de 31 a 41 semanas, estos resultados tuvieron similitud con nuestro estudio ya que se observó una población de 79,1% de los casos.

GRÁFICO N° 06



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 07: NÚMERO DE GESTACIÓN

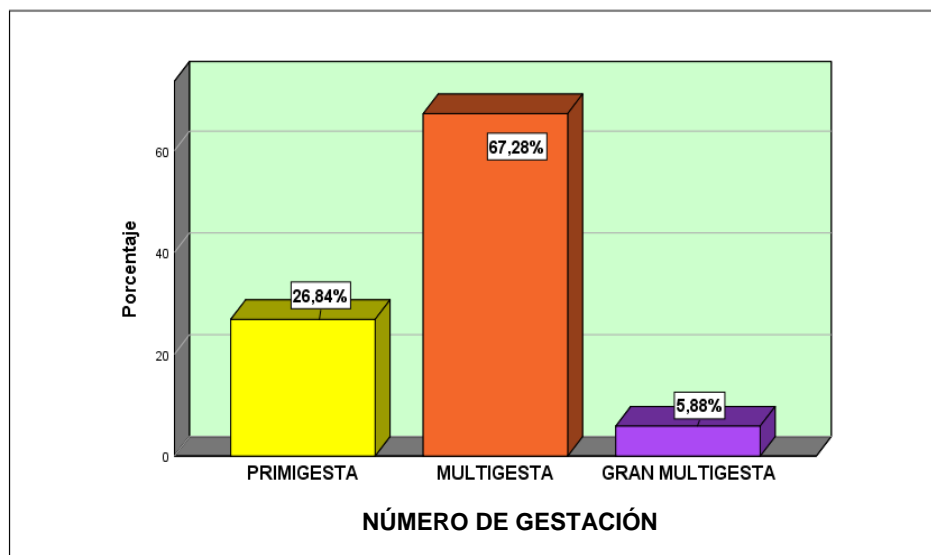
NÚMERO DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PRIMIGESTA	73	26,8
MULTIGESTA	183	67,3
GRAN MULTIGESTA	16	5,9
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 07 se aprecia que el 67.3% de los casos corresponden Multigesta; un 26.8% son Primigestas y un 5.9% fueron Gran Multigesta.

Contrastando los resultados con el estudio de Heredia. (2015), con el Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia.; en el cual se obtuvo que el mayor porcentaje se reportó en pacientes primigestas (42,7%), a diferencia de este estudio donde la mayor cantidad de casos (67.3%) corresponde a Multigesta.

GRÁFICO N° 07



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 08: PERIODO INTERGENÉSICO

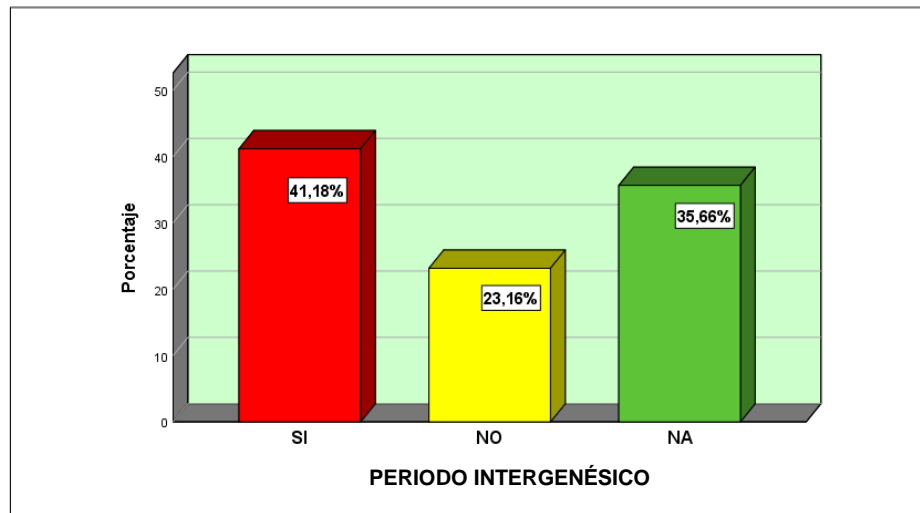
PERIODO INTERGENÉSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	112	41,2
NO	63	23,2
NA	97	35,7
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 08 se aprecia que el 41.2% de los casos corresponde a un periodo intergenésico adecuado; un 35.7% de los casos no aplican; y un 23.2% de los casos pertenecen a un periodo intergenésico no adecuado.

En nuestro estudio la mayoría de casos pertenecen a un periodo intergenésico adecuado con un 41.2%, cabe mencionar que el 35.7% considerado como no aplica, corresponde nulíparas.

GRÁFICO N° 08



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

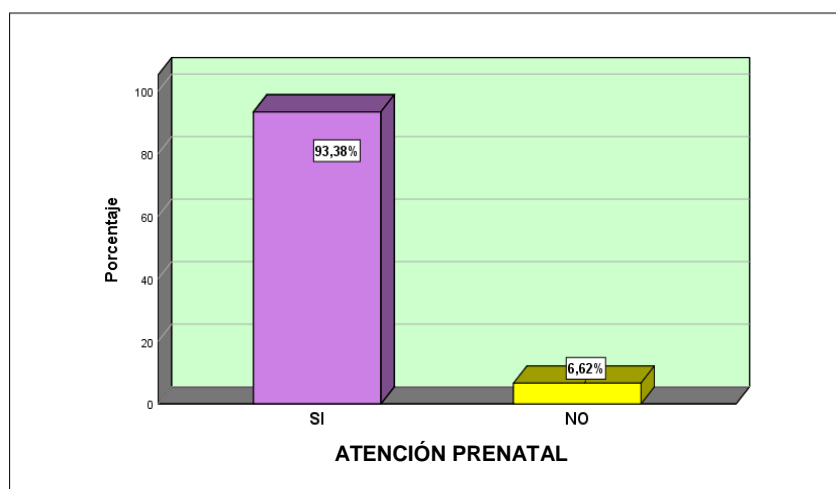
TABLA 09: ATENCIÓN PRENATAL

ATENCIÓN PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	254	93,4
NO	18	6,6
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 09 se aprecia que el 93.4% de los casos si tuvieron atención prenatal y un 6.6% de los casos no tuvieron atención prenatal; Indicando que a mayor atención prenatal mayor probabilidad de diagnóstico precoz de la patología.

GRÁFICO N° 09



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

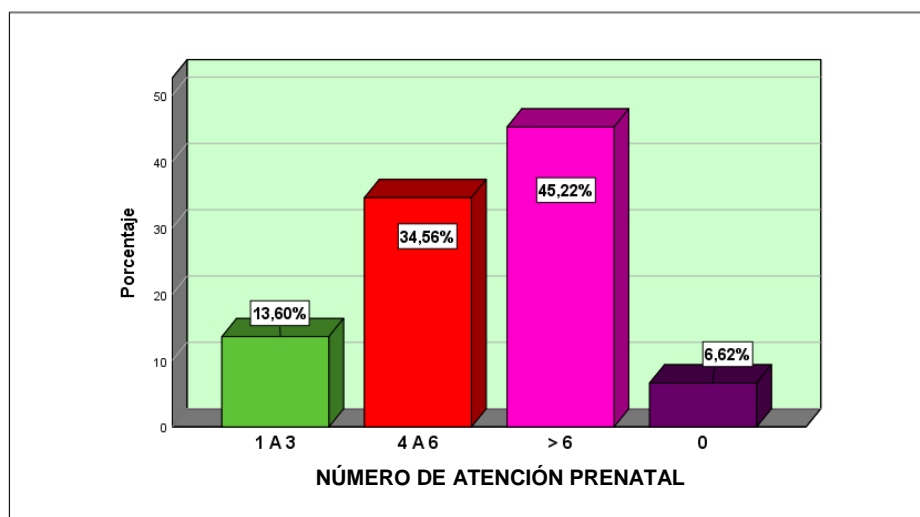
TABLA 10: NÚMERO DE ATENCIÓN PRENATAL

NÚMERO DE ATENCIÓN PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1 A 3	37	13,6
4 A 6	94	34,6
> 6	123	45,2
0	18	6,6
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 10 se aprecia que el 45,2% de los casos corresponde al grupo con seis a más atenciones prenatales, un 34.6% de los casos tuvieron entre 4 a 6 atenciones prenatales, un 13.6 % de los casos son con 1 a 3 atenciones prenatales; y un 6,6% de los casos pertenecen al grupo sin atención prenatal.

GRÁFICO N° 10



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 11: Timestre de inicio de atención prenatal

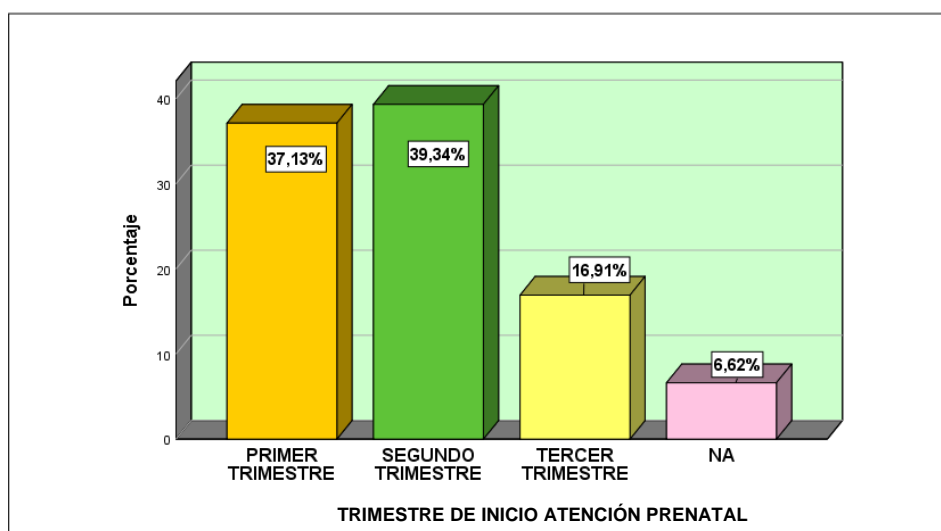
TRIMESTRE DE INICIO DE ATENCIÓN PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PRIMER TRIMESTRE	101	37,1
SEGUNDO TRIMESTRE	107	39,3
TERCER TRIMESTRE	46	16,9
NA	18	6,6
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 11 se aprecia que el inicio de la atención prenatal un 37.1% de los casos pertenecen al primer trimestre, un 39.3% de los casos corresponde al segundo trimestre, un 16.9% de los casos son del tercer trimestre y un 6,6% de los casos perteneces a pacientes sin atención prenatal.

En el presente estudio la mayoría de casos se concentra en el segundo trimestre con un 39,3%, lo que indica que el control prenatal no fue precoz, lo que le resta calidad al control prenatal. Es importante mencionar que el solo un 6.6% de los casos no tuvieron control prenatal.

GRÁFICO N° 11



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

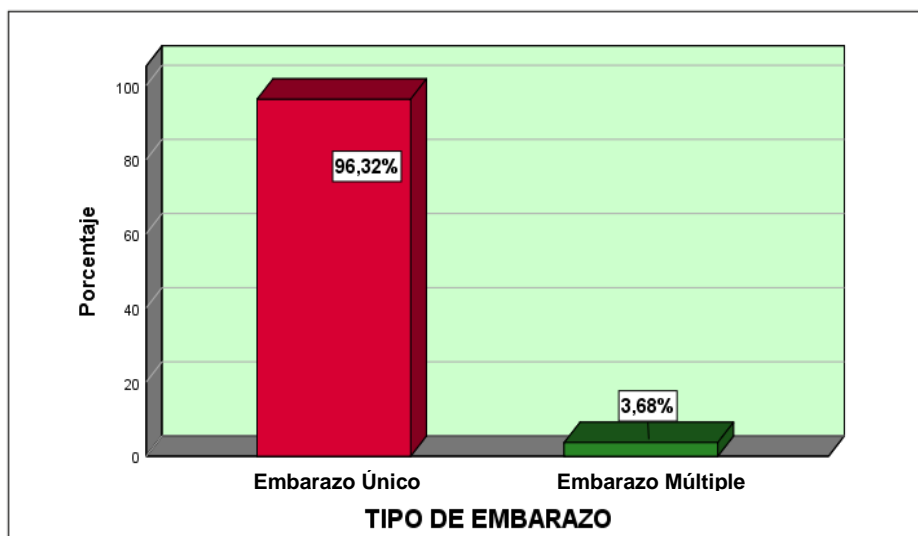
TABLA 12: TIPO DE EMBARAZO

TIPO DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EMBARAZO ÚNICO	262	96,3
EMBARAZO MÚLTIPLE	10	3,7
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 12 se aprecia que el 96.3% corresponde a embarazos únicos y un 3.7% perteneces a embarazos múltiples.

GRÁFICO N° 12



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

FACTORES DE RIESGO ANTECEDENTES PERSONALES

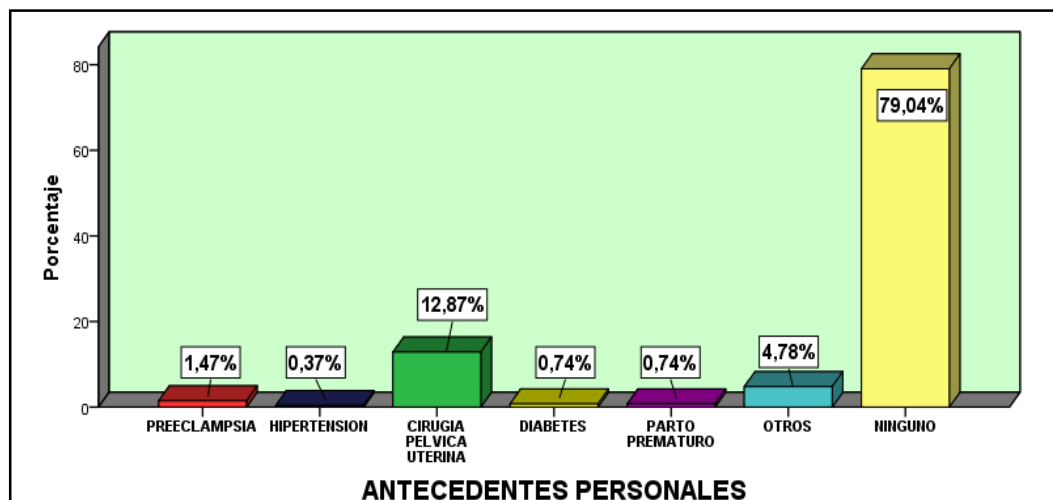
TABLA 13: ANTECEDENTES PERSONAL

ANTECEDENTES PERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PREECLAMPSIA	4	1,5
HIPERTENSION	1	0,4
CIRUGIA PÉLVICA	35	12,9
DIABETES	2	0,7
PARTO PREMATURO	2	0,7
OTROS	13	4,8
NINGUNO	215	79
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 13 se aprecia que el mayor porcentaje se refleja con un (79%) de los casos corresponde al grupo sin ningún antecedente obstétrico, un (12.9%) de los casos son Cirugía Pélvica, un (4.8%) de los casos son otros antecedentes, un (1.5%) de los casos son Preeclampsia, existe un similitud de un (0.7%.) de los casos tienen como antecedente Diabetes y Parto Prematuro; y el menor porcentaje con un 0.4% de casos con antecedentes de Hipertensión.

GRÁFICO N° 13



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

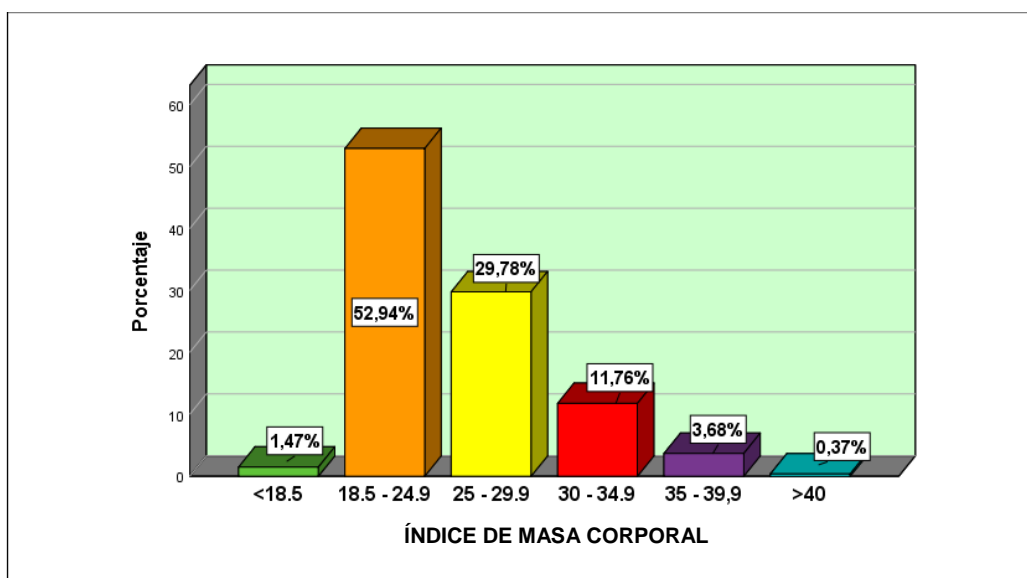
TABLA 14: ÍNDICE DE MASA CORPORAL

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<18.5	4	1,5
18.5 - 24.9	144	52,9
25 - 29.9	81	29,8
30 - 34.9	32	11,8
35 - 39,9	10	3,7
>40	1	0,4
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 14 se aprecia que el 52.9% corresponde a pacientes con un índice de masa corporal (IMC) normal; y un 0.4% pacientes con un índice de masa corporal (IMC) obesidad tipo III. Contrastando los resultados con el estudio de Heredia. (2015), con el Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia.; en el cual se obtuvo que el mayor porcentaje en pacientes con un índice de masa corporal (IMC) normal (62,7%); similar a este estudio donde el mayor porcentaje (52.9%) corresponde al índice de masa corporal (IMC) normal.

GRÁFICO N° 14



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

PREECLAMPSIA

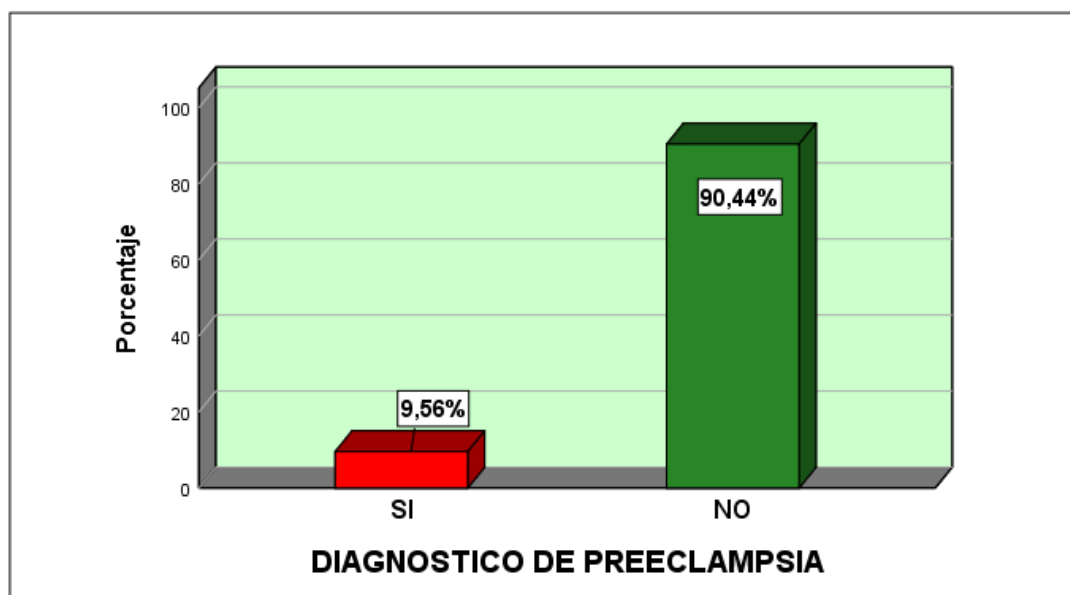
TABLA 15: DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA

DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	26	9,6
NO	246	90,4
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 15 se aprecia que el 90,4% corresponde a pacientes que no se le diagnostica Preeclampsia y un 9,6% pertenecen a pacientes con diagnóstico de Preeclampsia.

GRÁFICO N° 15



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 16: TIPO DE PREECLAMPSIA

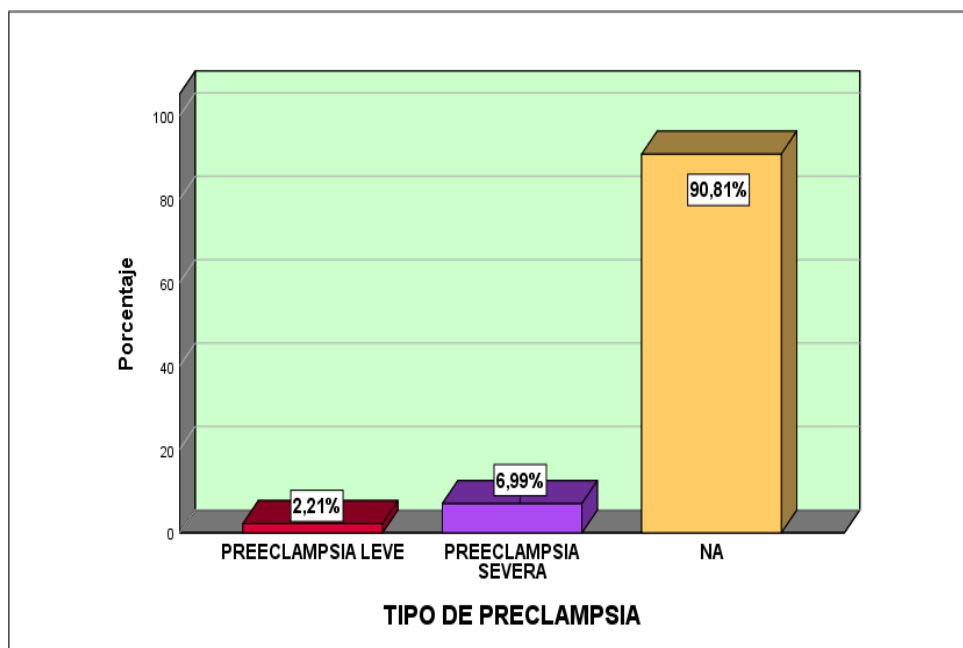
TIPO DE PREECLAMPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PREECLAMPSIA LEVE	6	2,2
PREECLAMPSIA SEVERA	19	7
NA	247	90,8
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 16 se aprecia que el 7% de los casos corresponde al grupo con preeclampsia severa; y un 2.2% de los casos con preeclampsia leve; el resto de los casos (90.8%) no presentaron preeclampsia.

Según American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), la Preeclampsia Leve es más frecuente que la Preeclampsia Severa, a diferencia del resultado de nuestro estudio donde es la Preeclampsia Severa más frecuente con un 7% de los casos.

GRÁFICO N° 16



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

TABLA 17: COMPLICACIONES

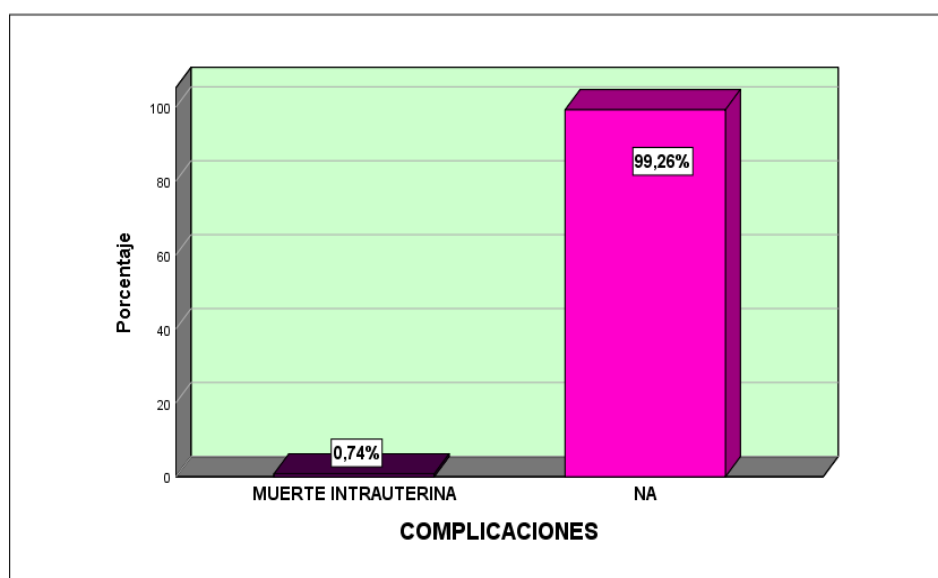
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SINDROME DE HELLP	0	0
MUERTE INTRAUTERINA	2	0,7
ECLAMPSIA	0	0
CID	0	0
NA	270	99,3
TOTAL	272	100

FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 17 se aprecia que el 0,7% de los casos corresponde a la complicación de muerte intrauterina. Implicando que no existió otro tipo de complicación.

Es probable que la muerte intrauterina, se deba a la disminución de la reserva placentaria por la Hipertensión Gestacional; pero no se encontró reportes de otros estudios al respecto.

GRÁFICO N° 17



FUENTE: Historias clínicas del Sistema informático Perinatal (SIP 2000) - HOSPITAL AMAZÓNICO.

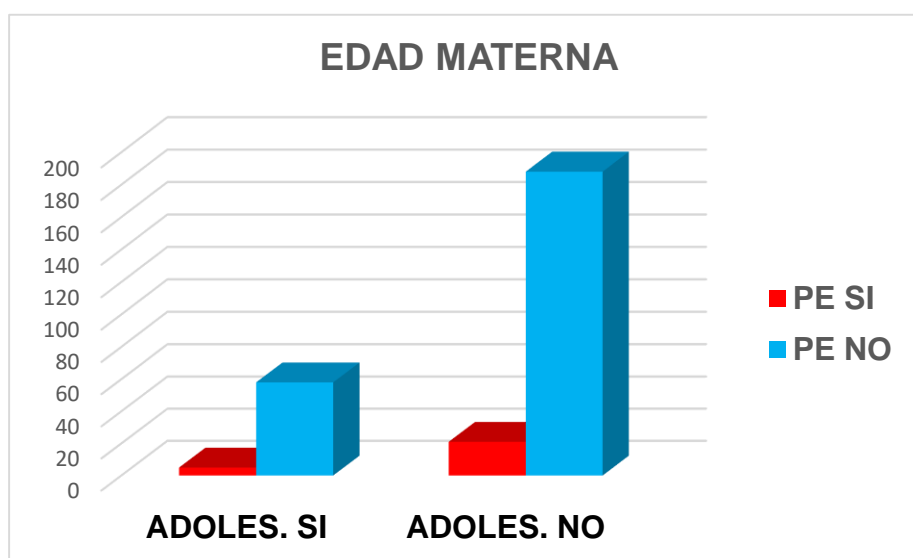
**FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON
LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL
PERIODO ENERO A MARZO DEL 2016
TABLAS DE CONTINGENCIA**

TABLA 18: EDAD MATERNA

		ADOLESCENTES		TOTAL
		ADOLES. SI	ADOLES. NO	
		SI	NO	
PREECLAMPSIA	SI	5	21	26
	NO	58	188	246
TOTAL		63	209	272
<i>Chi x² = 0.385</i>				

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Con una confiabilidad de 95% y un Alfa de 0.05, el Chi cuadrado del estudio muestra resultado de 0.385, lo cual sustenta la no asociación del factor de riesgo Edad Adolescente con la Preeclampsia.

GRAFICO N° 18



**FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS EN EL EMBARAZO ACTUAL
RELACIONADOS CON LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL
HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO ENERO A MARZO DEL 2016**

TABLA 19: NÚMERO DE GESTACIÓN

		PRIMIGESTAS		TOTAL
		PRIMI SI	PRIMI NO	
PREECLAMPSIA	SI	10	16	26
	NO	63	183	246
TOTAL		73	199	272
<i>Chi x² = 1.85</i>				

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Con una confiabilidad de 95% y un Alfa de 0.05, el Chi cuadrado calculado del estudio es de 1.85, resultado menor que el Chi cuadrado de la tabla (3.8415) para 1 grado de libertad. Esto significa aceptar la hipótesis nula y rechazar la del estudio. Es decir, la Primiparidad en el estudio no se asocia a Preeclampsia.

GRÁFICO N° 19

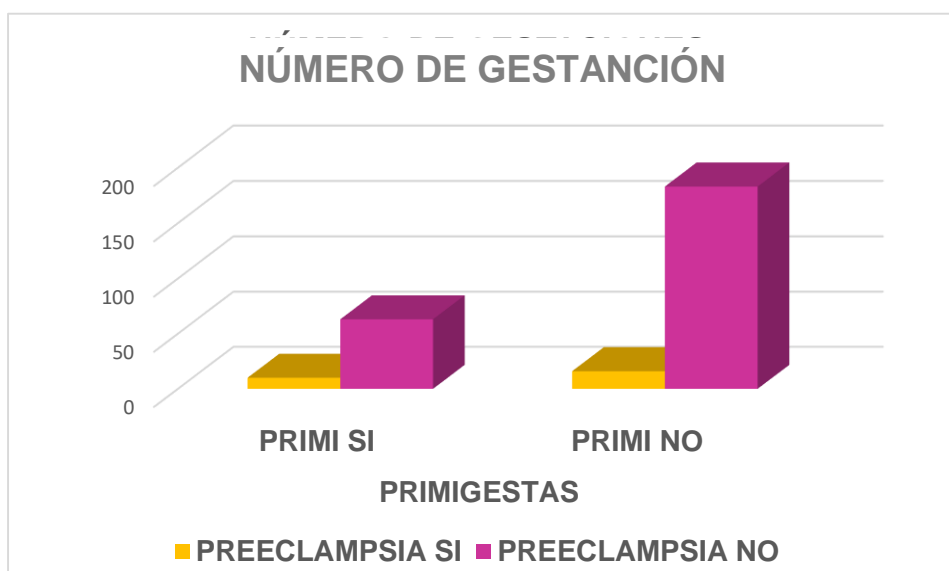
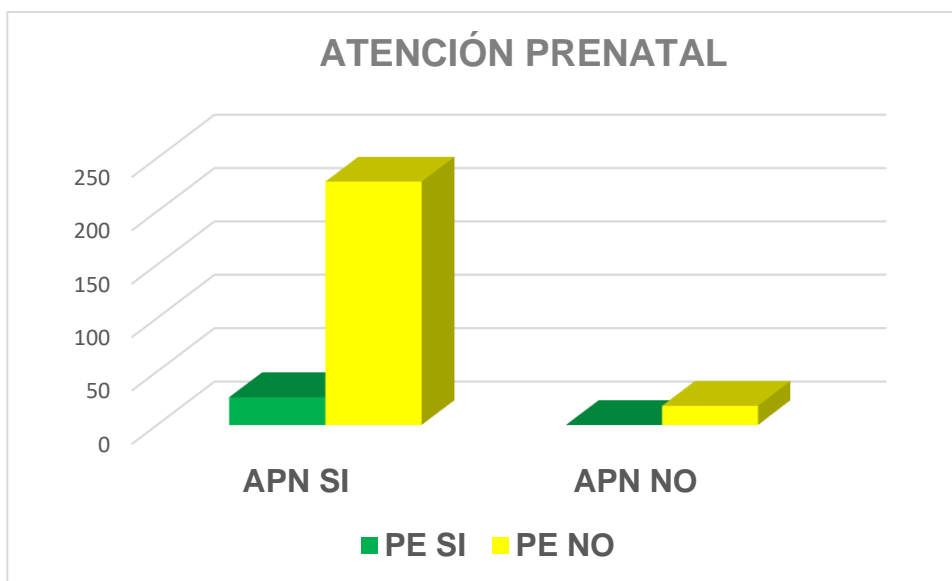


TABLA 20: ATENCIÓN PRENATAL

		ATENCIÓN PRENATAL		TOTAL
		APN SI	APN NO	
PREECLAMPSIA	SI	26	0	26
	NO	228	18	246
TOTAL		254	18	272
<i>Chi x² = 2.29</i>				

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN Con una confiabilidad de 95% y un Alfa de 0.05 el chi cuadrado del estudio muestra un Chi cuadrado de 2.29 lo cual sustenta la no asociación del factor de riesgo de Atención Prenatal con la Preeclampsia.

GRÁFICO N° 20



IDENTIFICAR LOS ANTECEDENTES PERSONALES COMO FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO ENERO A MARZO DEL 2016.

TABLA 21: ANTECEDENTES PERSONALES

		ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA		TOTAL
		ANT PE SI	ANT PE NO	
PREECLAMPSIA	SI	2	2	4
	NO	24	244	268
TOTAL		26	246	272

$Chi x^2 = 9.38$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Con una confiabilidad de 95% y un Alfa de 0.05, el Chi cuadrado calculado del estudio es de 9.38, resultado mayor que el Chi cuadrado de la tabla (3.8415) para 1 grado de libertad. Esto significa rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis del estudio. Es decir, el antecedente de Preeclampsia en el estudio se asocia a pre eclampsia.

GRÁFICO N° 21

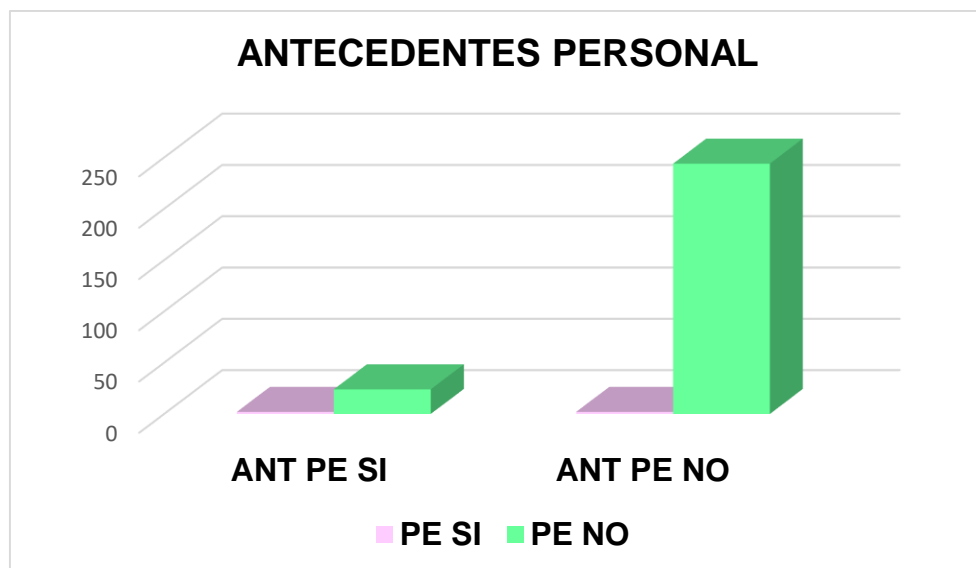


TABLA 22: ÍNDICE DE MASA CORPORAL

		ÍNDICE DE MASA CORPORAL			TOTAL
		BAJO	NORMAL	SOBREPESO	
PREECLAMPSIA	SI	1	12	13	26
	NO	3	132	111	246
TOTAL		4	144	124	272

$Chi x^2 = 1.57$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Con una confiabilidad de 95% y un Alfa de 0.05 el chi cuadrado del estudio muestra un Chi cuadrado de 1.57 lo cual sustenta la no asociación del factor de riesgo de índice de masa corporal con la Preeclampsia.

GRÁFICO N° 22

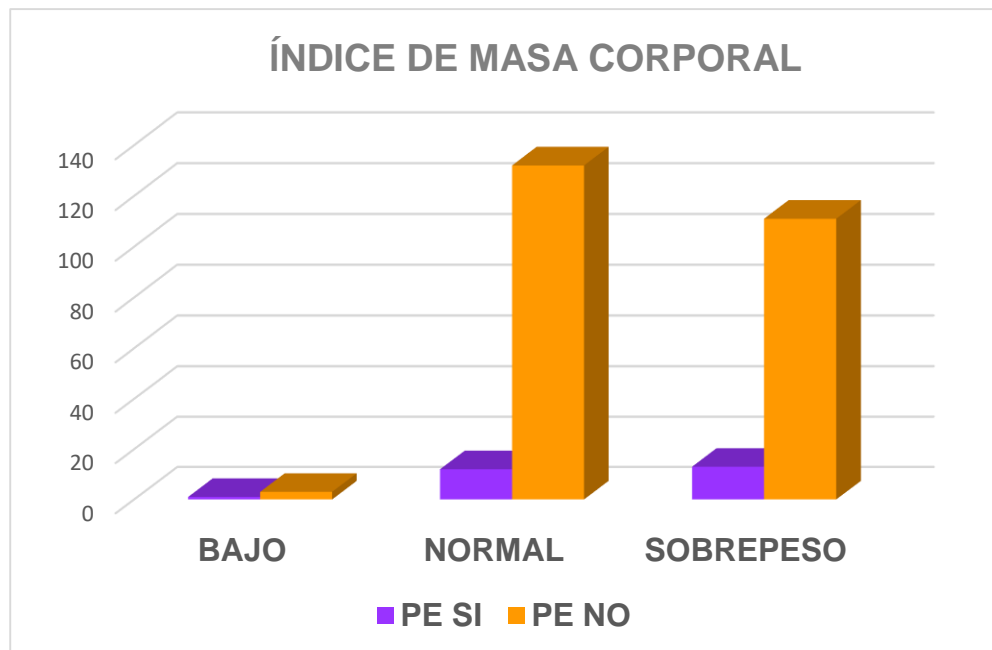
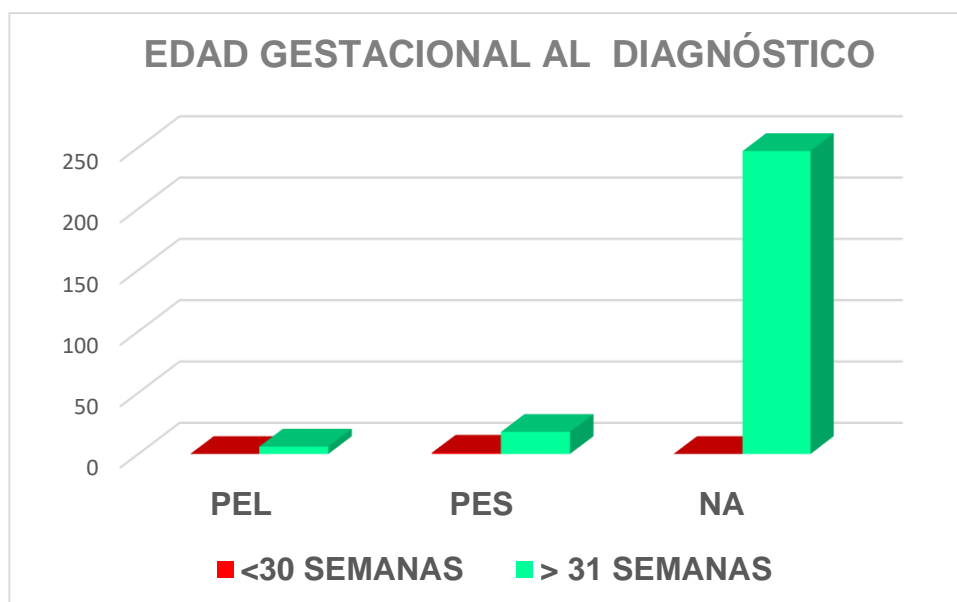


TABLA 23: EDAD GESTACIONAL AL DIAGNÓSTICO

		TIPO DE PREECLAMPSIA			TOTAL
		PEL	PES	NA	
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE DIAGNÓSTICO	<30 SEMANAS	0	1	0	1
	> 31 SEMANAS	6	18	247	271
TOTAL		6	19	247	272
<i>Chi x² = 3.614</i>					

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Con una confiabilidad de 95% y un Alfa de 0.05 el chi cuadrado del estudio muestra un Chi cuadrado de 3.614 lo cual sustenta la no asociación del factor de riesgo tipo de Preeclampsia con la Edad Gestacional al momento del Diagnóstico.

GRÁFICO N° 23



CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se concluye que el total de los casos, la preeclampsia corresponden a un 9.6%, siendo la preeclampsia severa, la más frecuente, con el 7% de los casos y la preeclampsia leve con el 2.2%. La complicación asociada a preeclampsia fue Muerte Intrauterina con un 0.7%. De los factores de riesgo propuestos en el estudio, solo el antecedente de preeclampsia es estadísticamente significativo en las pruebas de comprobación de hipótesis con un Valor de Chi cuadrado calculado de 9.38, considerando un intervalo de confianza de 95% y un Alfa /error de 0.05.
2. Respecto a los factores de riesgo sociodemográficos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico en el periodo Enero a Marzo del 2016 se encontró: La edad materna está concentrada en el grupo etareo de 20 a 34 años con un 66.2%; En razón al estado civil, la mayor parte son convivientes con un 89.3% de los casos; El grado de instrucción mayormente alcanzado es secundaria con un 65.4%; la mayoría de casos proceden del distrito de Yarinacocha con un 57.7%. Finalmente la ocupación con mayor porcentaje es Ama de casa con un 90.1%.
3. En lo referente a los factores de riesgo obstétricos del estudio, en el Hospital Amazónico en el periodo Enero a Marzo del 2016 se encontró que la edad Gestacional al momento del diagnóstico de la preeclampsia fue: de 31 a 41 semanas con un 7.7%, con respecto al número de gestación, los casos de Multigestas son más frecuentes, con un 67.3%, el periodo intergenesico con mayor porcentaje es adecuado con un 41.2%, la mayoría de los casos si tuvieron atenciones prenatales con un 93.4%, el número de atenciones prenatales con mayor frecuencia fue el grupo con seis a más atenciones con un 45,2%, el trimestre de inicio de atención prenatal más frecuente es al segundo trimestre con un 39.3%, el tipo de embarazo más frecuente es el Embarazo único con un 96.3%.

4. De los antecedentes personales como factores de riesgo relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico en el periodo Enero a Marzo del 2016. Se determinó mayor frecuencia en antecedente de cirugía pélvica, con un 12.9%, y en lo referente al índice de masa corporal, el mayor número de casos, se concentran en el grupo de normosómicos, con un 52.9%.

RECOMENDACIONES

1. Concientizar a los educandos y personal de salud, en la práctica continua de investigaciones sobre factores relacionados a preeclampsia, lo que permitirá hacer una mejor vigilancia y detectar oportunamente complicaciones maternas fetales; y en base a ello disminuir la morbimortalidad.

Insistir en la Atención Prenatal Reenfocada en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta el antecedente de preeclampsia, como factor de riesgo para un nuevo evento de preeclampsia. Mejorar el registro de las patologías maternas en el sistema informático perinatal, en todos los niveles de atención, que garantice una óptima información para las investigaciones futuras.

2. Cumplimiento de la Norma Técnica de la Atención Prenatal Reenfocada, detectando oportunamente las complicaciones. No considerar el enfoque de riesgo ya que se ha demostrado que Todos los embarazos son de RIESGO.
3. Se sugiere evitar las cesáreas innecesarias, para reducir el porcentaje de las mismas. Hacer mejor evaluación del estado nutricional de la gestante a través del índice de masa corporal (IMC), que a pesar de tener normalidad en 52.9%, presenta también un alto porcentaje de obesidad y sobrepeso 45.7%.
4. Capacitar al personal de salud del servicio de Gineco- Obstetricia en el diagnóstico, de la Preeclampsia – Eclampsia y demás trastornos hipertensivos, para un mejor y adecuado registro de los casos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sibai B, Dekker G, Kupfermink M. Pre-eclampsia thelancet 205; 365 (9461):785-799.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, TunçalpÖ, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: AWHO Systematic Analysis. Lancet Global Health. 2014; 2(6):323-333.
3. Ministerio de Salud de Perú. Salud materna [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2011 (citado 05 de octubre de 2016). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub 5:7
4. Benites Y, Bazán S, Valladares D. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un Hospital de Piura, Perú. CIMEL. 2011;16(2):77-82
5. Heredia IC. Factores de riesgo asociados a Preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2010 a diciembre 2014 [Tesis]. Universidad Privada Antenor Orrego;2015
6. Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, B e r k o w i t z G, B e r k o w i t z R. Pregnancy outcome at Age 40 and Older. 1996; 87(6):917-922.
7. Flores M. Factores de riesgo materno de preeclampsia en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2014. [Tesis]. Universidad nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
8. Bosmediano N. Factores de riesgo en pacientes gestantes añosas con preeclampsia en Hospital III Iquitos- EsSalud 2013 [Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014
9. Amarán JE, Sosa M, Pérez M, Arias A c o s t a D, Va l v e r d e B r a v o I. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. MEDISAN. 2009; 13(3).

10. Cruz J, Hernández P, Yanes M, Isla A. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007; 23(4).
11. Villanueva-Egan LA, Collado-Peña SP. Conceptos actuales sobre la preeclampsia eclampsia. Rep. Fac Med UNAM 2007;50(2):57-61
12. Castillo-Fernández FA, Navas-Ábalos N. Hipertensión grave que complica al embarazo. Arch Med Camagüey 2006; 10(1). Disponible en <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n1-2006/2138.htm>
13. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia severa: ¿Tratamiento agresivo o expectante? Ginecol Obstet Mex 2007;75(1):95-103
14. Scout JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. Sexta edición. México: Panamericana McGraw-Hill; 1994. p. 431.
15. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Diagnóstico clínico y tratamiento. Cuadragésima primera edición. México: Manual Moderno; 2006. p. 668-670.
16. Instituto Nacional de Salud Pública. Preeclampsia/eclampsia. Boletín de Práctica Médica Efectiva 2006; julio.
17. Duarte-Mote J, Díaz-Meza S, Rubio-Gutiérrez J, Lee Eng-Castro V, Fernández-Policarpio LY, Castro-Bravo J, et al. Preeclampsia y disfunción endotelial. Bases fisiopatológicas. Med Int Mex 2006; 22(3):220-230.
18. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lineamiento técnico-médico para la atención obstétrica durante el embarazo parto y puerperio. México: IMSS; 2007. p. 102-107

19. Ros HS, Cnattingius S, Lipworth L. Comparison of risk factors for preeclampsia and gestational hypertension in a population-based cohort study. *Am J Epidemiol* 1998;147(11):1062-1068
20. Vásquez Vásquez J. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. 2011. Cuarta Edición. Tierra Nueva Editores. pp. 99-101
21. Chamym, E; Aránguiz, N; Guerra, V; Cárcamo, K; Rejas, A. Perfil Clínico de Embarazadas con Preeclampsia y Embarazos no Complicados. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(5).
22. Tubbergen, Lachmeijer, Althuis, Vlakme, Vangeijn, Dekker. Change in paternity: A Risk Factor For Preeclampsia in multiparous women? *Journal Of Reproductive Immunology*. 1999 Nov;45(1):81-8
23. Sánchez, Qiuc, Williams, Lamn, Sorensen. Headaches And Migraines Are associated With An Increased Risk Of preeclampsia in Peruvian Women. *American Journal Of Hypertension*. 2008 Mar;21(3):360-4.
24. Moreno, S; Piña, F; Reyes, A; Williams, M. Obesidad Pregestacional Como Factor De Riesgo asociado A Preeclampsia. *Anales De La Facultad de Medicina*. 2003;64(2):101-6
25. Mesacm, L; Jimeno, M; Mora, A.... 2001; 15(1): 19-28. Factores de Riesgo para La preeclampsia severa y temprana en el hospital general de Medellín 1999-2000. *Revista CES MEDICINA*. 2001; 15(1):19-28.
26. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010) *Metodología de la Investigación* (5ta Ed.). México: McGraw Hill Educación
27. Jaqueline Hurtado de Valera, Las Hipótesis de Investigación ¿cuándo se formulan? Disponible en: <http://investigacionholistica.blogspot.pe/2013/03/las-hipotesis-en-investigacion-cuando.html>

28. Tatiana Mejía Jervis, Investigación Correlacional: Definición, Tipo y Ejemplos. Disponible en: <http://www.google.com/amp/s/www.lifer.com/investigacion-correlacional/amp/>
29. Jennifer Falcón, Método Analítico-Sintético. Disponible en: <http://prezi.com/m/aj7o61na2bb/metodo-analitico-sintetico>.
30. Valdés M, Yong, I, Hernández J. Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista cubana de Medicina Militar* 2014; **43(3):307-316**.
31. Balestena Sánchez J.M., Fernández Alech R., Hernández Sordo A. Comportamiento de la preeclampsia grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(3):226-32.
32. Morgan-Ortiz F., Calderón-Lara S., Israel Martínez-Félix J., González-Beltrán A. Quevedo-Castro E. Factores de riesgo asociado con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78(3):153-159.
33. Gozar M. Factores de riesgo asociados a Preeclampsia Leve en mujeres primigestas en el Hospital de Vitarte en el año 2015. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma .Facultad de Medicina Humana 2017
34. Heredia I; Factores de riesgo asociados a preeclampsia realizado en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2010 a Diciembre 2014. Tesis para obtener el título de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana. 2015.
35. Sánchez-Carrillo H.C. Romero-Ramírez L., Rázuri-Ruggel A., Díaz-Vélez C, Torres-Anaya V. Factores de riesgo de la preeclampsia severa en gestantes del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2010.
36. Gary F; Kenneth J; Steven L; Catherine Y; Jodi S; Bárbara L; Brian M; Jeanne S. Hypertensive Disorders. En: *Williams Obstetrics*. 24et edition-2014.11(728)

37. Jiménez R, López M, Santalla A. Predicción de preeclampsia Factores de riesgo
38. Paré E, Parry S, Mc Elrath TF, Pucci D, Newton A, Lim K. Clinical Risk Factors for Preeclampsia in the 21st Century. *Obstet Gynecol.* 2014;763-770.
39. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005; 330:1-7.
40. Saftlas AF, Olson DR, Franks AL, Atrash HK, Pokras R. Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979-1986. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:460-465.
41. Hernandez-Diaz S, Toh S, Cnattingius S. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. *BMJ* 2009; 338:b2255
42. England LJ, Levine RJ, Qian C, Morris CD, Sibai BM, Catalano PM et al. Smoking before pregnancy and risk of gestational hypertension and preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:1035-1040.
43. Skupski DW, Nelson S, Kowalik A, Polaneczky M, Smith-Levitin M, Hutson JM et al. Multiple gestations from in vitro fertilization: successful implantation alone is not associated with subsequent preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1029-1032.
44. Chappell LC, Enye S, Seed P, Briley AL, Poston L, Shennan AH. Adverse perinatal outcomes and risk factors for preeclampsia in women with chronic hypertension: a prospective study. *Hypertension* 2008; 51:1002-1009.
45. Persson M, Norman M, Hanson U. Obstetric and perinatal outcomes in type 1 diabetic pregnancies: A large, population-based study. *Diabetes Care* 2009; 32:2005-2009.

46. Branch DW, Porter TF, Rittenhouse L, Caritis S, Sibai B, Hogg B et al. Antiphospholipid antibodies in women at risk for preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:825-832.
47. Meads CA, Crossen JS, Meher S, Juarez-Garcia A, Ter RG, Duley L et al. Methods of prediction and prevention of pre-eclampsia: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. *Health Technol Assess*. 2008; 12:1-270.
48. Basso O, Christensen K, Olsen J. Higher risk of pre-eclampsia after change of partner. An effect of longer interpregnancy intervals? *Epidemiology* 2001; 12:624-629.
49. Sun LM, Walker MC, Cao HL, Yang Q, Duan T, Kingdom JC. Assisted reproductive technology and placenta-mediated adverse pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol* 2009; 114:818-824.
50. Meher S, Abalos E, Carroli G. Bed rest with or without hospitalization for hypertension during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2009. Oxford: Update Software
51. Magee LA, et al. Management of hypertension in pregnancy. *Br Med J*. 1999; 318:1332-6.
52. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson- Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2011. Oxford: Update Software.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION		METODO
PRINCIPAL	GENERAL	GENERAL	VARIABLE	INDICADORES	
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016?</p>	<p>Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016</p>	<p>Los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos, antecedentes personales y familiares están asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016.</p>	<p>Factores de Riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad Materna • Estado Civil • Grado de Instrucción • Distrito de procedencia • Ocupación • Edad gestacional en el momento de Dx • Número de gestaciones • Periodo Intergenésico • Atención Prenatal • N° de APN • Tipo de embarazo • Partos prematuros. • Antecedente de cirugía pélvica uterina • Antecedente De Preeclampsia En Gestación Previa • Antecedentes de Abortos • Diabetes mellitus o gestacional preexiste. • Índice de masa corporal 	<p>Cuantitativa, Aplicada, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>No experimental, descriptivo analítico, correlacional</p>

SECUNDARIO	ESPECIFICO	SECUNDARIO			
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016?</p>	<p>Determinar los factores de riesgo sociodemográficos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016</p>	<p>Existe asociación y riesgo significativo entre la preeclampsia y las características sociodemográficas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016.</p>			
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016?</p>	<p>Conocer los factores de riesgo obstétricos relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016</p>	<p>Existe asociación y riesgo significativo entre la preeclampsia y las características obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016.</p>	<p>Preeclampsia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>Cuantitativa, Aplicada, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>No experimental, descriptivo analítico, correlacional</p>
<p>¿Cuáles son los antecedentes personales y familiares como factores de riesgo relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016?</p>	<p>Identificar los antecedentes personales y familiares como factores de riesgo relacionados con la preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016</p>	<p>Existe asociación y riesgo significativo entre la preeclampsia y los antecedentes personales y familiares en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo 2016.</p>			

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PREECLAMPSIA EN GESTANTES
DEL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO ENERO A MARZO 2016”

Historia Clínica N°:

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS MATERNAS:

1. Edad Materna

≤19 ().....

20-34 ().....

≥35 ().....

2. Estado civil

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Otros ()

3. Grado de Instrucción

Analfabeta ()

Superior Univ. ()

Primaria ()

Superior No Univ. ()

Secundaria ()

4. Distrito de Procedencia

Calleria ()

Manantay ()

Yarinacocha ()

Otros ()

5. Ocupación

Ama De Casa ()

Independiente ()

Estudiante ()

Dependiente ()

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

1. Tipo de Embarazo

Embarazo Único ()

Embarazo Múltiple ()

2. Número de gestaciones

Primigesta ()

Gran Multigesta ()

Multigesta ()

3. Índice de Masa Corporal

< 18.5 ()

30 – 34.9 ()

18.5 – 24.9 ()

35 – 39.9 ()

25 – 29.9 ()

>40 ()

4. Antecedentes Personales

Preeclampsia ()	Parto Prematuro ()
Hipertensión ()	Otros ()
Cirugía Pelvica Uterina ()	Ninguno ()
Diabetes ()	

EMBARAZO ACTUAL

1. Periodo intergenésico

SI ()	NO ()	NA ()
--------	--------	--------

2. Atención Prenatal

Si ()	No ()
--------	--------

3. N° Atención Prenatal

1 a 3 ()	>6 ()
3 a 6 ()	0 ()

4. Trimestre que inicio la Atención Prenatal

Primer Trimestre ()	Tercer Trimestre ()
Segundo Trimestre ()	NA ()

DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

SI ()	NO ()
--------	--------

1. Edad Gestacional en el momento del Dx

< 30 semanas ()	De 42 semanas ()
31 a 41 semanas ()	NA ()

2. Tipo de Preeclampsia

Preeclampsia leve ()	NA ()
Preeclampsia severa ()	

3. Complicaciones

Síndrome de Hellp ()	CID ()
Eclampsia ()	NA ()
Muerte intrauterina ()	



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Solicitud de Autorización para recolección de información

Pucallpa, 28 de Septiembre 2018

Carta N°01 – 2018 FSPS
Dr. Luis Stalin Romero Jara
Director Ejecutivo del Hospital Amazónico

Asunto: Solicito autorización para recolección de datos para Investigación Científica

Estimado Señor Director:

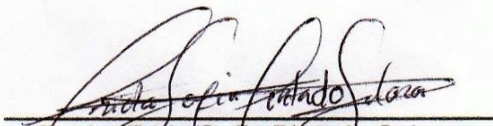
Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y solicitarle autorización para coordinar con el Servicio de Estadística e Informática sobre la ejecución de la Tesis. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO ENERO A MARZO 2016**, la misma que me permitirá obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia.

Asimismo, los resultados de la investigación se aportarán al mejoramiento de la manejo de los paciente y por ende la calidad de la atención.

Por lo anterior expuesto solicito además el permiso para acceder a la información de las historias clínicas maternas para el estudio.

Agradeciéndole por la atención a la presente y en espera de su respuesta me suscribo de usted.

Atentamente


Bach. Erida Sofia Pintado Salazar
DNI:

MINISTERIO DE SALUD	
DIRESAU - GDS - GRU	
HOSPITAL AMAZONICO	
TRAMITE DOCUMENTARIO	
28 SEP 2018	
REGISTRO N°	11-16 cu
HORA	
FIRMA	